

Zur Transformation sozialistischer Gesundheitssysteme – Am Beispiel Ungarns

1. Gemeinsame Voraussetzungen und Strukturveränderungen der ehemaligen sozialistischen Gesundheitssysteme

Mit dem Zusammenbruch des »real existierenden Sozialismus« in Osteuropa und der aufkommenden Parole »Zurück nach Europa«, was die Rückkehr zum Kapitalismus meinte, begann auch die Neuordnung der sozialistischen Gesundheitssysteme. Im Vergleich zu Westeuropa waren die osteuropäischen Gesundheitssysteme relativ einheitlich, selbst wenn sie nicht identisch waren. Grundsätzliche Unterschiede gab es so gut wie nicht. Differenzen äußerten sich allenfalls im Detail. Der Gesundheitsschutz orientierte sich weitgehend am sowjetischen Vorbild.¹ Sein *staatlicher Charakter*, der privatwirtschaftliche Interessenvertretung ausschloß, galt als oberstes Prinzip. Es gab deshalb in den sozialistischen Ländern auch keine Verbände, die als Akteure ihre gruppenegoistischen Interessen durchsetzen konnten. Es sollte eine kostenlose und allgemein zugängliche medizinische Hilfe für alle sowie eine allseitige und gleichmäßige Entwicklung der Gesundheitseinrichtungen gewährleistet werden. Mit wenigen Ausnahmen waren die Einrichtungen *Staatseigentum* und die Beschäftigten Staatsangestellte. Darüber hinaus war Gesundheitspolitik integraler Bestandteil der Sozialpolitik, was wiederum organisatorisch zur Folge hatte, daß ihre Finanzmittel gemeinsam in einer *Einheitsversicherung* verwaltet wurden. Eine überschaubare und politisch steuerbare Zurechenbarkeit auf Kostenträger und -arten fand hier nicht statt. Dies führte dazu, daß das Gesundheitswesen auch Leistungen, die nicht unmittelbar die Krankenversorgung betrafen – wie die Betreuung von Kindern in Krippen und Heimen, zu erbringen hatte. Die *Sozialpolitik* selbst wurde nicht als Ergänzung oder Kompensation zur Wirtschaftspolitik verstanden, sondern war eng mit dieser verflochten. Den klassischen Funktionen der bürgerlichen Sozialpolitik – wie Absicherung gegen das soziale Risiko Krankheit, Alter, Invalidität und Arbeitslosigkeit – als Reaktion auf die Durchdringung der Gesellschaft durch die Kapitalakkumulation sollte bereits präventiv

am Ort ihrer Entstehung begegnet werden. Es sollte die »Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik« verwirklicht werden. Für das Gesundheitssystem charakteristisch waren deshalb die ausgebauten Betriebspolikliniken in den staatseigenen Betrieben. Wie insgesamt der Arbeitsplatz das Zentrum der Sozialpolitik war. Die Leitung, Planung, und Organisation des Gesundheitsschutzes beruhte auf den Vorstellungen des »Demokratischen Zentralismus« und die Verwaltung der Finanzmittel oblag den Gewerkschaften. Schon diese Skizzierung wichtiger gesundheits- und sozialpolitischer Prinzipien verdeutlicht, wie eng Gesundheitssysteme mit dem jeweiligen Gesellschaftssystem verflochten sind.

Gemeinsam ist weiter allen ehemaligen sozialistischen Staaten, daß sie sich in einer tiefen wirtschaftlichen und politischen *Krise* befinden. Ihre *Volkswirtschaften* zehrten in den letzten Jahren vor 1989 von der Substanz bzw. lebten zunehmend von Krediten. Durch ihre Umstellung auf die Marktwirtschaft mit der direkten Anbindung an den Weltmarkt und den Wegfall von staatlichen Subventionen sind sie weitgehend kollabiert. Traditionelle Handelsbeziehungen ließen sich nicht mehr aufrechterhalten und können auch durch mangelnde Wettbewerbsfähigkeit mit dem Westen nicht ausgeglichen werden. Alle Länder verzeichnen hohe Inflationsraten. Massenarbeitslosigkeit, die im Sozialismus unbekannt war, und Armut sind folglich weit verbreitet und haben zu dramatischen gesellschaftlichen Spannungen geführt. Markt und Wettbewerb sollen nun zur Grundlage der neuen Wirtschaftsordnung werden. Ehemals staatliches Eigentum an den Produktionsmitteln, insbesondere Betriebe und öffentliche Dienste, stehen zum Verkauf und sollen privatisiert werden. Allerdings gelingt dies nur bei wenigen rentabel arbeitenden Betrieben, andere werden geschlossen oder gehen Pleite. Der gesellschaftliche Transformationsprozeß wurde in Osteuropa *politisch* begonnen. Die osteuropäischen Staaten haben in diesem ihre hoheitliche Autonomie behalten bzw. neu erhalten. Das politische System wurde nach dem Vorbild bürgerlicher Demokratien umstrukturiert. Die neue Politik ist jedoch nur schwer in der Lage, den strukturellen Wandel zu steuern und zu regulieren, was politische Instabilität zur Folge hat. Die Parteien, die nach dem Umbruch die Reformen im Gesundheits- und Sozialsystem durch politische Entscheidungen eingeleitet hatten, sind inzwischen ausnahmslos nicht mehr an der Regierung. Während diese in der zweiten Parlamentswahl nach 1989 deutliche Niederlagen erlitten, konnten die sozialistischen Parteien erhebliche Erfolge erzielen. Letztere stellen

nun die meisten Regierungen oder die stärksten Fraktionen in den Regierungskoalitionen.

Da die Sozialpolitik in den Betrieben ihren Ausgang hatte und zentralstaatlich geleitet wurde, war zu erwarten, daß die allgemeine Umstrukturierung von Politik und Wirtschaft darauf einen erheblichen Einfluß hat. Sozialpolitik ist nämlich in einer Marktwirtschaft anders zu begründen und auszugestalten als in einer Planwirtschaft. Für die Transformation der Gesundheitssysteme ergaben sich daraus zwei Leitorientierungen: 1. Die Trennung der Finanzierung und Versorgung vom Staat und 2. Die Trennung von Finanzierung und Versorgung. Letzteres meint, daß die Institutionen der Finanzierung nicht zugleich auch Träger von Versorgungseinrichtungen sein sollen. In allen Ländern – mit Ausnahme von Polen – wurde 1992/93 mit dem Aufbau neuer bis dahin nicht existierender *sozialer Krankenversicherungen*, der Herauslösung ihrer Finanzierung aus dem Staatshaushalt und einer Finanzierung durch Beiträge, die von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern als Prozentsatz des Versicherten-einkommens aufgebracht werden, begonnen.² Das Prinzip der Kostenerstattung wurde in keinem Land als adäquates Finanzierungs- und Steuerungsinstrument angesehen. Mit dem Umbau der Finanzierung und der Entstehung neuer Gewerkschaften wurden die Verwaltung der sozialen Krankenversicherung der früheren Einheitsgewerkschaft entzogen und Selbstverwaltungsgremien mit unterschiedlicher Zusammensetzung und Kompetenz eingeführt. Allerdings setzt das Modell der Selbstverwaltung funktionierende Organisationen der beteiligten Akteure voraus. Diese waren jedoch nicht gegeben und können auch nur sehr langsam aufgebaut werden.³ Als Orientierungshintergrund für die soziale Krankenversicherung dienten fast durchgehend die westeuropäischen Systeme und hier wiederum insbesondere das in Deutschland. Die Nationalen Gesundheitsdienste in Westeuropa wurden dabei als Vorbild nicht akzeptiert, obwohl deren Modelle den vorhandenen Strukturen in Osteuropa näher stehen und Neuordnungen wahrscheinlich erleichtert hätten. Ein entscheidender Gesichtspunkt für die Festlegung auf ein soziales Krankenversicherungssystem dürfte nicht zuletzt gewesen sein, daß hier den Reformvorstellungen entsprechend, Privatisierungen des Leistungsangebotes, verbunden mit einer weitgehenden Wahlfreiheit ärztlicher Leistungen, leichter zu erreichen sind. Hinzu kommt, daß die geopolitischen Veränderungen in Europa das wirtschaftlich starke und vereinte Deutschland in eine Vorbildposition brachte. Der Umstrukturierungsprozeß ist freilich in allen

Ländern mit erheblichen Problemen verbunden wie der Finanzierung der Reformen, fehlender technischer Möglichkeiten, die Neuordnung selbst bewältigen zu können, dem Umgang mit der neu entstandenen regionalen Umverteilung (Finanzausgleich) oder einer fehlenden spezifischen Verwaltungspraxis (Beitragseinzug, Sanktionsmöglichkeiten).

Die Einführung von sozialen Krankenversicherungen hatte auch deutliche Auswirkungen auf die Struktur der *Krankenversorgung*. Sie war eine Voraussetzung dafür, das Gesundheitssystem für private Leistungsanbieter attraktiver zu machen – und hier insbesondere für die ambulante Betreuung durch private Arztpraxen. Auf seiten der Patienten stand die Einführung der »freien Arztwahl« im Mittelpunkt. In allen ehemaligen sozialistischen Ländern ist die Auflösung der staatlichen Arztpraxen bzw. des Kreisarzt systems und die Zurückdrängung der Polikliniken sowie der Aufbau einer freiberuflichen Niederlassung von Ärzten – in der Regel als allgemeinmedizinische Hausärzte – zu erkennen. Eine treibende Kraft dafür wird bei der Ärzteschaft selbst gesehen, die sich dadurch bessere Arbeitsbedingungen und höhere Einkommen verspricht. Dabei wurden die Ärzte zumindest in der Anfangsphase nachhaltig von westeuropäischen Ärzteverbänden unterstützt, was dann auch recht schnell – meistens schon 1989 oder kurz danach – zur Gründung von Ärztekammern führte. Im Zentrum dieses Prozesses stehen bis heute Probleme und Fragen der Erlangung einer eigenen Praxis und der Vergütung. Die Situation im Krankenhaus wird vor allem durch Kostendämpfungsmaßnahmen und technologische Modernisierung geprägt.

Insgesamt stehen die Gesundheitssysteme in den ehemaligen sozialistischen Ländern unter einem doppelten Druck: Zum einen wird die institutionelle Verfaßtheit des Gesundheitswesens wie die Finanzierung, Planung, Steuerung und Leistungserbringung nach westlichen Vorbildern neu geregelt. Dieser Aspekt läßt sich auch als *Druck durch Strukturanpassung* bezeichnen. Er ist bei den Ländern, die ihre nationale Autonomie erhalten haben, nicht ganz so groß wie bei der ehemaligen DDR und eröffnet die Möglichkeit, zurückhaltender und verantwortungsbewußter mit der Einführung neuer Strukturen umzugehen. Zum anderen sollen bisher hintangestellte Bereiche – wie die Einkommen der Beschäftigten und die materielle Ausstattung der medizinischen Einrichtungen – angepaßt werden. Die Gesundheitssysteme sind demzufolge zusätzlich einem *Modernisierungsdruck* unterworfen, der erhebliche Finanzmittel erfordert.⁴ Dem Veränderungsdruck sollte insgesamt behutsam und

nicht überstürzt nachgegeben werden. Es ist auch zu fragen, ob beides zeitgleich geschehen muß. Nach den fundamentalen wirtschaftlichen und politischen Transformationen scheint die Strukturanpassung der Gesundheitssysteme Vorrang zu haben. In dem Umgestaltungsprozeß ist jedoch auf jeden Fall zu überlegen, ob nicht – insbesondere aus volksgesundheitlichen und finanziellen Gründen – Teile des öffentlichen Gesundheitssystems zunächst erhalten bleiben können – vielleicht sogar müssen. Immerhin gibt es auch in marktwirtschaftlichen Gesellschaften positive Erfahrungen mit Nationalen Gesundheitsdiensten. Diese Kombination muß nämlich keineswegs ein Systemwiderspruch sein und sollte deshalb auch nicht vorschnell als unrealistisch abgetan werden.

Gesundheitssysteme sind als komplexe soziale Gebilde mit den ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Strukturen eng verflochten und werden überdies von der jeweiligen Kultur und Tradition eines Landes geprägt. Sie lassen sich deshalb auch nur schwer isoliert dem analytischen Zugriff zugänglich machen. Gleichwohl gibt es allerdings schon einige wenige Kernfragen, die die charakteristischen Merkmale eines Gesundheitssystems erhellen können, wie

- Wer finanziert das Gesundheitswesen?
- Wer erbringt die Versorgungsleistung?
- Wie ist die Eigentumsstruktur der Versorgungseinrichtungen?
- Wie ist der Zugang zu den Versorgungseinrichtungen geregelt?
- Wer entscheidet und reguliert?

Diese strukturleitenden Fragen sollen im folgenden die Folie für die Untersuchung des ungarischen Gesundheitssystems bilden. Darüber hinaus ist zu fragen, ob die Entwicklung in Ungarn typisch für die osteuropäische Entwicklung insgesamt ist oder ob sich hier Besonderheiten herauskristallisieren.

2. Zum sozialistischen Gesundheitssystem in Ungarn

»Das Gesundheitssystem, das in Ungarn nach dem Zweiten Weltkrieg errichtet wurde, war ein getreues Abbild des sowjetischen Modells«, schrieb Milton Roemer 1991.⁵ Obwohl diese Feststellung gerade von ungarischen Wissenschaftlern nicht ganz geteilt wird⁶, erfolgte die Krankenversorgung auf drei Ebenen, die für alle sozialistischen Länder Osteuropas typisch war:

- die primäre ambulante Versorgung durch Kreisärzte (Hausärzte),
- die spezialisierte ambulante Versorgung durch Polikliniken und
- die stationäre Versorgung durch Krankenhäuser.

Dieses System wurde 1950 eingeführt und war zentralstaatlich aufgebaut. Die oberste Verantwortung und Planung lag beim nationalen Gesundheitsministerium, davon abhängige Verwaltungseinheiten gab es auf regionaler und kommunaler Ebene. Die Einrichtungen der Krankenversorgung (Krankenhäuser, Polikliniken und Arztpraxen) waren staatliches Eigentum. Während die Krankenhäuser von den Regionen verwaltet wurden, fiel die primäre ambulante Krankenversorgung in den Bereich der Kommunen. Alle Ärzte waren folglich im staatlichen Gesundheitsdienst angestellt. Die ambulante Versorgung wurde von Fachärzten sowie von Allgemein- und Kinderärzten an Polikliniken oder von Kreisärzten in staatlichen Praxen durchgeführt. In den staatlichen Unternehmen gab es große Betriebspolikliniken, in denen etwa ein Drittel aller ambulant tätigen Ärzte arbeitete.

Die offiziellen *Einkommen* im Gesundheitswesen waren gering. Die Ärzte besserten ihre Einnahmen durch ausgeprägte freiwillige Zuzahlungen der Patienten (»Parasolvenz«) sowie durch private Behandlungen, die meistens zu Hause durchgeführt wurden, auf. Die private ambulante ärztliche Behandlung war in Ungarn, als einzigem sozialistischen Land in Osteuropa, zu keiner Zeit verboten. Sie wurde allerdings auch nicht vom Staat bezahlt.⁷ Sie beschränkte sich auf maximal 2 Nachmittage pro Woche – für Zahnärzte auf 3 Nachmittage – und setzte eine hauptamtliche Tätigkeit im Staatsdienst voraus. Allenfalls in der zahnmedizinischen Versorgung konnte sie einen umfangreicheren Raum einnehmen.

Der *Zugang* der Patienten zum Gesundheitswesen erfolgte über den Kreisarzt. Das Land war in Kreise eingeteilt, und die Bewohner eines Kreises durften nur den hier zugelassenen Kreisarzt konsultieren. In der Stadt entsprachen die Kreise den Stadtbezirken. Der Wechsel zu einem anderen Kreisarzt war zwar möglich, aber mit erheblichen Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten verbunden war. Es gab in Ungarn etwa 4500 Kreisärzte und 1500 Kreiskinderärzte. Jeder Kreisarzt hatte 2000-2500 Einwohner zu betreuen, ein Kreiskinderarzt 800-1000 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren.⁸ Für die Inanspruchnahme einer Poliklinik, auf deren Auswahl die Patienten keinen Einfluß hatten, war die Überweisung durch einen Kreisarzt erforderlich. Es war eine seiner Hauptaufgaben.⁹ Die Einweisung ins Krankenhaus erfolgte in der Regel durch Polikliniken. Insgesamt kann das Versorgungssystem als krankenhausorientiert bezeichnet werden. Offensichtlich war es nicht immer einfach oder gar möglich, die erforderliche Behandlung zum rechten Zeitpunkt zu erlangen, so daß sich ein »schwarzer Markt« herausbildete.

Die medizinischen *Leistungen* waren seit 1975 für alle Staatsbürger kostenlos und wurden direkt aus dem Staatshaushalt bezahlt. Lediglich bei Medikamenten mußten – mit Ausnahme von Soldaten, Schülern, Studenten, einkommensschwachen Gruppen, sowie solchen, die auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme angewiesen waren (z.B. Diabetiker) – rund 10 Prozent des Preises zusätzlich bezahlt werden. Das Krankengeld betrug – je nach Dauer der Krankheit – 75-80 Prozent des durchschnittlichen Nettoeinkommens, bei Krankenhausaufenthalten wurde es auf 65 Prozent reduziert.

Die *Finanzierung* der Krankenversorgung erfolgte durch gekennzeichnete Sozialabgaben der Betriebe, die zunächst in den Staatshaushalt flossen und dann dem Gesundheitsministerium zugeteilt wurden. Von hier wurden sie an die Sozialversicherung weitergeleitet, die die Alters- und Krankenversorgung sowie andere soziale Dienstleistungen als Einheitsversicherung finanzierte. Dabei kam die Sozialversicherung lediglich für die laufenden Kosten auf, während die Investitionskosten (Neubau, Renovierung, Einrichtung und Geräte) von den zuständigen regionalen und kommunalen Behörden getragen wurden (duale Finanzierung).¹⁰ Die Gelder der Sozialversicherung waren also ein Teil des Staatsbudgets. Ihre Verwaltung teilten sich bis 1966 Regierung und Gewerkschaften, ab diesem Zeitpunkt wurde sie unmittelbar und alleine den Gewerkschaften übertragen.

3. Zur Reform des ungarischen Gesundheitssystems und ihre Auswirkungen¹¹

Die Reform des ungarischen Gesundheitssystems begann 1989 nach dem Zusammenbruch des sozialistischen Lagers in Osteuropa und lief parallel zur allgemeinen wirtschaftlichen und politischen Umgestaltung des Landes. Diese war und ist nach wie vor geprägt von der Umwandlung der zentral geleiteten Wirtschaft in eine Marktwirtschaft¹², der Auflösung traditioneller Handelsbeziehungen sowie der Umstellung auf neue Absatzmärkte. Im Programm der im April 1990 gewählten neuen Regierungskoalition unter der Führung des Demokratischen Forum (MDF) hieß es: Die ungarische Wirtschaft ist in eine »Soziale Marktwirtschaft« umzugestalten.¹³ Und das ungarische Wohlfahrtsministerium erklärte im November 1990:

The new government intends to be *European* and not only in the geographical sense. It wishes to follow the traditions of democracy, pluralism and openness and to return to the European heritage.¹⁴

Dementsprechend mußte der Staatshaushalt, das Steuersystem und die Finanzierung sozialer Leistungen geändert werden. Bei der Neuordnung der Finanzierung sozialer Leistungen ging es vornehmlich um deren Herauslösung aus dem allgemeinen Staatsbudget und ihre Umwandlung in eine nationale Sozialversicherung, in der die Absicherung gegen soziale Risiken wie Alter, Krankheit, Unfälle und schließlich auch Arbeitslosigkeit einzeln erfaßt und transparent wird. Darüber hinaus entschied das ungarische Parlament im »Programm der nationalen Erneuerung«, daß die Gesundheitsleistungen, die bisher kostenlos waren und jedem Staatsbürger gewährt wurden, in Zukunft auf Versicherungsbasis erfolgen sollen.¹⁵ Diese – in der Anfangsphase keineswegs übersichtliche – Umstrukturierung ging von folgenden *Grundüberlegungen* aus:

- Die Sozialversicherung ist auf der Basis des Versicherungsprinzips aufzubauen, ohne das Solidaritätsprinzip für Bedürftige zu vernachlässigen.
- Unverändert bleibt der gesetzliche Charakter der Sozialversicherung. Private zusätzliche Versicherungen sowie private Träger von Versorgungseinrichtungen werden zugelassen.
- Die einheitliche Sozialversicherung wird entsprechend den sozialen Risiken gegliedert.
- Es wird in jedem Versicherungszweig eine Selbstverwaltung bestehend aus Vertretern des Staates, der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber eingerichtet.
- Die Finanzierung der Sozialversicherung erfolgt durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Für Bedürftige kommt der Staat auf.¹⁶

Die Reform des Gesundheitssystems wurde 1989 mit der Errichtung eines Sekretariats für Reformen im Ministerium für Gesundheit eingeleitet. Zunächst wurden hier Erfahrungen mit der Krankenversorgung in West-Deutschland, Österreich, Schweden, den USA, England und Frankreich ausgewertet. Nachdem 1990 zunächst die Sozialversicherung als eine autonome Einrichtung mit einem vom Staatsbudget unabhängigen Haushalt eingerichtet worden war, fand am 1. Juli 1992 die Teilung der Sozialversicherung in eine voneinander unabhängige Rentenversicherung und Krankenversicherung statt.¹⁷ Beide Versicherungen werden jeweils von einem *Selbstverwaltungsgremium* (Direktorium) mit 60 Mitgliedern geleitet, das sich zur Hälfte aus delegierten Vertretern der Arbeitgeber und aus gewählten Vertretern der Versicherten, die über gewerkschaftliche Wahllisten in die Gremien kommen, zusammensetzt.¹⁸

Die Gewerkschaften führten zu diesem Zeck erstmals im Mai 1993 Wahlen durch. Diese Direktorien entscheiden über die Organisation der Verwaltung und die Verwendung der Geldmittel. Sie haben regionale Zweigstellen auf der Ebene der Komitate sowie Büros in Betrieben mit mehr als 100 Beschäftigten, die die Ansprüche der Versicherten bearbeiten und Leistungen auszahlen. Diese Substrukturen bearbeiten Ansprüche der Versicherten und zahlen Leistungen aus. Die beiden selbstverwalteten Direktorien unterstehen als zentrale Verwaltungseinheit mit finanzieller und juristischer Eigenständigkeit nur der Aufsicht der Regierung und zwar dem Wohlfahrtsministerium mit seinen beiden Hauptabteilungen Sozialversicherung und Gesundheitswesen.¹⁹ Diese Selbstverwaltung ist nach korporatistischen Vorstellungen von »Sozialpartnerschaft« konzipiert. Erfahrungen damit existieren freilich in Ungarn nicht. Hinzu kommt, daß Arbeitgeberorganisationen, die in den sozialistischen Staaten unbekannt waren, erst langsam aufgebaut werden können. Ihr Einfluß ist deshalb bisher noch gering. Und die neu entstandenen Gewerkschaften rivalisieren miteinander, finden nur langsam zu einem sozialpolitischen Konsens und schwächen damit ihre Position gegenüber der Regierung. Die relevanten Akteure operieren insgesamt auf einer organisatorisch unsicheren Basis.

Bei der *gesetzlichen Krankenversicherung* in Ungarn handelt es sich also offensichtlich um eine selbstverwaltete öffentliche Institution mit eigenen Einnahmen, Ausgaben, Vermögensbestand und Rücklagen. Das Information Center for Health Care des Ministeriums für Wohlfahrt charakterisiert sie wie folgt:

The compulsory health insurance system is operating on the basis of social security (and) is not a business enterprise ... The general compulsory health insurance collects the contribution covering the expenses of health care services from the population and from employers in proportion to salaries and incomes earned by work. Through the method of paying contributions the principle of social cohesion can be furthered in favor of citizens with higher risks, lower wages, or with bigger families.²⁰

Der größte Teil der *Finanzierung* der Krankenversicherung erfolgt also über Beiträge, die von Arbeitgebern und Beschäftigten als ein Prozentsatz des Versicherteneinkommens bezahlt werden. Dieser Prozentsatz betrug 1994 insgesamt 23,5 Prozent. Davon wurden 19,5 Prozent von dem Arbeitgeber und 4 Prozent von dem Arbeitnehmer entrichtet.²¹ Damit ist die Finanzierung der Krankenversicherung wie in Deutschland und Österreich direkt an die Wirtschaftsentwicklung und die tarifpolitischen Auseinandersetzungen gekoppelt. Das heißt, das Resultat gewerkschaftlicher Lohnpolitik

macht sich unmittelbar bei den Einnahmen der Krankenversicherung bemerkbar. Die Beiträge für Arbeitslose und Rentner werden von der Arbeitslosen- bzw. der Rentenversicherung bezahlt. Lediglich 1 Prozent der Krankenversicherungsausgaben werden direkt durch das Staatsbudget abgedeckt wie für die Versicherung von Studenten, Soldaten, Beamten, Sozialhilfeempfängern u.a.. Generell gilt, daß die Beiträge der Versicherten zur Absicherung des sozialen Risikos im Falle von Krankheit eingesetzt, während Steuermittel nur noch zur Deckung von Defiziten herangezogen werden sollen. Darüber hinaus soll sich die Verteilung der Geldmittel nicht mehr primär nach der bestehenden Personal- und Einrichtungsstruktur richten, sondern den Patienten bzw. erbrachten Leistungen folgen. 1994 wurden knapp 6 Prozent des ungarischen BIP für Gesundheit ausgegeben. Das sind etwa 33 600 Forint (ca. 542 DM) pro Einwohner im Jahr.²²

Während früher alle Staatsbürger Ungarns bei Vorlage des Personalausweises ein garantiertes Recht auf Krankenversorgung hatten, gilt dies heute nur noch für Mitglieder der Versicherung. Allerdings sind alle Staatsbürger berechtigt, der Krankenversicherung beizutreten. Es wurde deshalb am 1. Juli 1992 eine Versicherungskarte (»Blaue Karte«) eingeführt. Sie wurde im April 1992 vom Staatlichen Versicherungsinstitut an alle ungarischen Staatsbürger verschickt. Mit dieser Karte haben die Versicherten einen Anspruch auf umfassende Krankenversorgung. Der Leistungskatalog der Krankenversicherung umfaßt alle notwendigen medizinischen Behandlungs- und Pflegeleistungen.

Krankengeld wird für die ersten zehn Tage der Krankheit in Höhe von mindestens 75 Prozent des Durchschnittsverdienstes der letzten drei Monate vor der Krankheit vom Arbeitgeber übernommen. Danach tritt die Sozialversicherung ein mit 75 Prozent der Bruttodurchschnittsbezüge des Kalenderjahres vor Eintritt der Krankheit – und zwar bis maximal ein Jahr.²³

Obwohl in Ungarn die inoffizielle direkte Zuzahlung zu den Versorgungskosten in Form der »Parasolvenz« weit verbreitet ist und eine lange Tradition hat²⁴, wird gegenwärtig nicht an eine offizielle Einführung der »Selbstbeteiligung« an den Krankheitskosten gedacht. Davon betroffen sind zur Zeit lediglich spezielle Leistungen wie der Zahnersatz. Es wird davon ausgegangen, daß die aktuelle wirtschaftliche Situation das nicht erlaubt und davon heute besonders die Armen mit einem ohnehin schlechten Gesundheitsstatus betroffen wären.²⁵

Die neue *Versorgungsstruktur* des ungarischen Gesundheitssystems soll bipolar ausgerichtet werden. An dem einen Pol befindet sich dann die primäre (Allgemeinärzte) und an dem anderen die spezialisierte Krankenversorgung (Krankenhaus und Spezialambulanzen). Die bisherige Arbeitsteilung zwischen niedergelassenen Ärzten und Fachärzten soll zugunsten der ersten verlagert werden. Dies soll einhergehen mit einer besseren technischen Ausstattung und Qualifikation der Allgemeinärzte, damit sie zum »Stützpfiler« der ambulanten Versorgung werden können.

Die wichtigste Neuerung ist in diesem Zusammenhang die Wiedereinführung des niedergelassenen *Hausarztes* (»Familienarzt«) in der primärärztlichen Versorgung. Sie ist deutlich orientiert an der Stellung und Funktion des general practitioner im englischen Gesundheitssystem.²⁶ Die Hausärzte haben Verträge mit der örtlichen Selbstverwaltung, die wiederum die ambulante regionale Versorgung sicherzustellen hat. Ihre Hauptaufgaben besteht in der Prävention, dem Streben nach abschließender Behandlung, der Organisation und Planung der Behandlung sowie der Koordination erforderlicher Spezialbehandlungen. Die Patienten haben in einer Region die »freie Wahl« des Hausarztes und darüber hinaus auch die Wahlmöglichkeit für stationäre Einrichtungen mit fachärztlicher Versorgung. Die freie Wahl des Arztes im Krankenhaus deckt die gesetzliche Krankenversicherung nicht ab. Die Patienten können immer nur bei einem Hausarzt eingetragen sein. 1994 hatten sich etwa 92 Prozent der ungarischen Bevölkerung mit ihrer Versicherungskarte bei Hausärzten eingetragen. Die Patienten können den Hausarzt wechseln. Für die Inanspruchnahme fachärztlicher Versorgung ist eine Überweisung des Hausarztes erforderlich. Der Facharzt kann Patienten wieder einbestellen und ist verpflichtet, dem Hausarzt über seine Tätigkeit zu berichten.²⁷

Die *Bezahlung der Hausärzte* erfolgt auf der Grundlage der Versicherungskarte (»Blaue Karte«). Monatlich hat der Arzt die bei ihm eingetragenen Patienten der Krankenversicherung zu melden. Er erhält dann von ihr eine Vergütung, die sich aus zwei Komponenten zusammensetzt: einem pauschalen Sockelbetrag pro Patient (»Kopfpauschale«), der mit einem Punktesystem multipliziert wird.²⁸ Die Einkommenshöhe der Hausärzte ist also abhängig von der Anzahl der bei ihnen eingetragenen Patienten; hinzu kommt das Punktesystem, das den Ort der Niederlassung (Stadt, Dorf), die Ausübung der Praxis alleine oder in einem gemeinsamen Gebäude mit anderen Ärzten, die Alterszusammensetzung der eingetragenen

Patienten sowie die Qualifikation und die Dauer der Berufserfahrung des Arztes berücksichtigt. Von der Krankenversicherung erhielt ein Hausarzt in der Anfangsphase 25-30 und 1994 45-55 Forint pro Patient. Die Vergütung der Hausärzte durch eine »Kopfpauschale« ist ein finanzieller Anreiz, möglichst viele Patienten zu bekommen. Um jedoch eine Verschlechterung der Qualität der hausärztlichen Versorgung durch ungleiche Verteilung der Patienten zu vermeiden, ist die Anzahl der eingetragenen Patienten bei einem Hausarzt auf 1800 begrenzt. Für darüber hinaus behandelte Patienten werden die Leistungen degressiv vergütet.²⁹ Es ist beabsichtigt, diese Zahl mit der Zunahme der Hausärzte zu reduzieren.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang freilich die Frage, wie die *Eigentumsstruktur* am Arbeitsplatz der ambulant tätigen Hausärzte hinsichtlich ihrer Praxis geregelt werden soll. Auszugehen ist zunächst von angestellten Ärzten im staatlichen Gesundheitsdienst. Die Perspektive wird in freiberuflich tätigen Ärzten mit eigener Praxis gesehen. Der Übergangsprozeß dahin befindet sich zur Zeit in folgender Situation: Teile der staatlichen Polikliniken bzw. Sprechzimmer werden seit 1992 Ärzten zur Nutzung zur Verfügung gestellt und bleiben solange im Staatsbesitz, bis der Arzt in der Lage ist, den dafür erforderlichen Kaufpreis bezahlen zu können. Für die Nutzung der Räume und Geräte müssen die Ärzte eine Gebühr bezahlen. Darüber hinaus haben sie Mitarbeiter in der Praxis (z.B. Sprechstundenhilfe) auf eigene Rechnung anzustellen und müssen ihre Arbeitsmaterialien selbst einkaufen. Von den insgesamt etwa 27 000 Ärzten in Ungarn arbeiteten 1994 6766 als Hausärzte in einer Praxis.³⁰

Die *Polikliniken*, die Hauptträger der ambulanten Krankenversorgung im sozialistischen Gesundheitssystem, sind mit ihrer fachärztlichen Versorgung in Ungarn formell noch erhalten, auch wenn ihre ehemalige Leistungs- und Funktionsfähigkeit erheblich geschwächt und ihre Anzahl reduziert ist. Sie sollen perspektivisch aufgelöst, und ihre Aufgaben von Hausärzten und Krankenhäusern wahrgenommen werden.³¹ Die hier arbeitenden Ärzte sind nach wie vor Angestellte mit festem Gehalt. Die Finanzierung der Polikliniken erfolgt über ein kombiniertes System, das sich zusammensetzt aus einem jährlich vom Staat festgelegten Budget (61 Prozent) und über Preise für die Anzahl und Qualität ihrer Leistungen (39 Prozent). Letzteres wird nach dem aus Deutschland übernommenen Punktwert-System geregelt.

Über die *Betriebspolikliniken*, in denen immerhin ein Drittel der ambulant tätigen Ärzte arbeitete, ist aus der Literatur bisher leider

nur sehr wenig zu erfahren. Sie waren in das Gesundheitssystem organisatorisch integriert und unterstanden in aller Regel den kommunalen Behörden. Die Betriebe waren lediglich für Gebäude, Ausstattung und die Bezahlung der Beschäftigten verantwortlich. Die betriebsärztliche Versorgung in Ungarn wird bis 1989 – im Gegensatz zu anderen Versorgungsbereichen – als sehr gut bezeichnet. Sie scheint allerdings im Zuge der wirtschaftlichen Sanierung und Privatisierung der Betriebe weitgehend zusammengebrochen zu sein.³²

Da das in Westeuropa bekannte Verbändewesen, das vor allem private wirtschaftliche Interessen von sozialen Gruppen vertritt, in den sozialistischen Ländern nicht existierte, wird es im Zuge der marktwirtschaftlichen Umorientierung aufgebaut. In diesem Kontext wurde im ungarischen Gesundheitssystem 1989 die *Ärzttekammer* mit Unterstützung der deutschen Bundesärztekammer neu gegründet. Darin sind seit dem 1. Januar 1992 alle in Ungarn praktizierenden Ärzte Pflichtmitglied. Allerdings wurde die Weiterbildung in dem 1993 verabschiedeten Kammergesetz nicht – wie in Deutschland – der Ärztekammer, sondern einer Weiter- und Fortbildungsuniversität zugeordnet.³³

Ebenso wie im ambulanten wurde 1992 auch im stationären Sektor die »freie Wahl« des *Krankenhauses* eingeführt. Auch wenn das nun formal möglich ist, so ergeben sich in der Realität jedoch nicht selten Schwierigkeiten. Im Mittelpunkt der Neuorganisation des stationären Sektors steht dessen Finanzierung. Wie in anderen entwickelten Ländern ist auch in Ungarn das Krankenhaus der größte Kostenfaktor innerhalb der nationalen Gesundheitsausgaben (55,5 Prozent). Darin kommt auch zum Ausdruck, daß das ungarische Gesundheitssystem – wie in allen sozialistischen Ländern Osteuropas – besonders krankenhauserorientiert war.³⁴ Die meisten Krankenhäuser sind auch heute noch staatliche Einrichtungen, obwohl inzwischen Privatisierungen vorgesehen und erlaubt sind. Zuschußbetriebe, die gesellschaftlich notwendig sind, lassen sich allerdings nicht ohne weiteres privatisieren – es sei denn, daß die »Rosinen« von privaten Kapitaleignern herausgepickt werden. Da die Komitate und Kommunen aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Situation unter einem enormen Finanzdruck stehen, sind sie sehr an Kostenentlastungen – und das betrifft auch die Krankenhäuser – interessiert. Eine Reduzierung der stationären Versorgungskosten erwartet man deshalb von einer Veränderung der bisherigen Krankenhausleistungen (Konzentration auf schwere, nur stationär zu versorgende Krankheiten; Entlastung durch den ambulanten Sektor) und

durch die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups) im Krankenhaus für akute Erkrankungen, die aus den USA übernommen und den ungarischen Bedingungen angepaßt wurden. Ihre Einführung wurde 1993 gesetzlich festgelegt. Dabei kann man in Ungarn auf erste Erfahrungen mit DRGs zurückgreifen, die bis in das Jahr 1986 reichen.³⁵

Die Reduzierung der Krankenhauskosten ist allerdings mit erheblichen Problemen verbunden. Früher resultierte nämlich ein beträchtlicher Teil der Kosten daraus, daß unheilbar Kranke, Alte und Pflegebedürftige weiter im Krankenhaus bleiben konnten. Nun ist nach ihrer Entlassung deren weitere Betreuung nicht mehr garantiert, denn sie haben häufig keine Familien und auch nicht das Geld, mit dem sie sich ihren Lebensunterhalt und die Pflege sichern können. Und neue – diese Situation kompensierende Institutionen – gibt es noch nicht. Es wird davon ausgegangen, daß früher etwa 10-30 Prozent aller Krankenhausbetten davon betroffen waren.³⁶

Die Umstrukturierung und Modernisierung des ungarischen Gesundheitssystems vollzieht sich langsam, ist dem angestrebten Ziel keineswegs nahe und kostet insgesamt viel Geld. Hinzu kommt, daß sich Ungarn – wie auch die anderen ehemaligen sozialistischen Länder – in einer tiefgreifenden Wirtschaftskrise mit Massenarbeitslosigkeit und niederen Einkommen befindet.³⁷ Und die neue soziale Krankenversicherung ist mit ihren Einnahmen direkt an die Einkommen der Versicherten gekoppelt. Das hat inzwischen zu einer breiten Diskussion über Kostendämpfungsstrategien in der Krankenversorgung geführt. Obwohl ein »staatliches Gesundheitssystem als das billigste« angesehen wird, geht das Ungarische Wohlfahrtsministerium davon aus, daß der Transformationsprozeß des Gesundheitssystems grundsätzlich breite Zustimmung und Unterstützung in der Bevölkerung und insbesondere bei einem großen Teil der Ärzte findet. Allerdings wird die *Akzeptanz der Bevölkerung* für Streichungen von Leistungen und Zugangsbeschränkungen als nur äußerst gering eingeschätzt. Denn der Lebensstandard der großen Mehrheit der ungarische Bevölkerung ist so niedrig, und Erfahrungen mit einer eigenverantwortlichen Vorsorge sind unbekannt »that they would be incapable of using the health services under market conditions«. ³⁸ Es soll deshalb in diesem Bereich zurückhaltend vorgegangen werden, damit die labile »politische Stabilität« in Ungarn nicht gefährdet wird.

4. Zur Vorbildfunktion anderer Gesundheitssysteme

Insgesamt befindet sich das ungarische Gesundheitssystem in einem Strukturwandel, der sich im Gegensatz zu den Veränderungen in der ehemaligen DDR offensichtlich nur langsam entwickelt. Immerhin hat Ungarn auch seine nationale Hoheit behalten. Sie wurde sogar durch die Auflösung des Ostblocks noch gestärkt. Ungarn gilt als das ehemalige sozialistische Land, das im Prozeß der wirtschaftlichen Umgestaltung am weitesten fortgeschritten ist, das bei der Umstrukturierung des politischen Machtapparates deutliche Zeichen gesetzt und sein Rechtssystem schnell und stark an westlichen Vorbildern orientiert hat. In der Anfangsphase (1989-1992) fanden unter der Antall-Regierung strukturelle gesundheitspolitische Entscheidungen statt, die sich allerdings nur zögernd realisieren. Da diese Umstrukturierung nicht unerhebliche Finanzmittel erfordert, ist die Reform ganz besonders von der allgemeinen Finanz- und Wirtschaftssituation Ungarns abhängig – und diese hat nach dem Zusammenbruch des sozialistischen Lagers mit massiven Schwierigkeiten zu kämpfen. Überdies hat Ungarn eine gemeinsame Grenze mit einem Land, in dem Krieg geführt wird. In solchen Zeiten werden – wie das auch aus anderen Ländern bekannt ist – sozial- und gesundheitspolitische Themen stets an den Rand des allgemeinen politischen und wirtschaftlichen Geschehens gedrängt. Und der Sozialhaushalt wird nicht selten als Finanzierungsreserve benutzt. Hinzu kommt, daß es in Ungarn auch ernstzunehmende politische Kräfte gibt, die an einer Erhaltung der positiven Aspekte des sozialistischen Gesundheitssystems interessiert sind. Gleichwohl lassen sich inzwischen einige relevante Strukturveränderungen des Gesundheitssystems feststellen, obwohl deren Endpositionen noch keineswegs erreicht zu sein scheinen. Das ungarische Gesundheitssystem ist »auf dem Weg« nach Westeuropa, der privaten Marktwirtschaft mit ihren Wohlfahrtsstaaten, ein Ziel, das die soziale Massenbewegung von 1989 sich sehnlichst wünschte. Auf diesem Weg nach Westeuropa ist in der Reform des Gesundheitssystems eine starke Orientierung an Westdeutschland und Österreich, die traditionell sehr ähnliche Gesundheitssysteme haben, zu erkennen. Dabei ist insbesondere an die Einführung einer gesetzlichen Krankenversicherung mit Selbstverwaltung und Beitragsfinanzierung, die Herauslösung der Finanzierung der Krankenversorgung aus dem allgemeinen Staatshaushalt und der zentralen Staatsverwaltung sowie der Trennung von Finanzierung und Leistungserbringung zu denken. Mit

der Verselbständigung der Leistungserbringung wird die Möglichkeit zur Entwicklung privater Leistungsanbieter eröffnet. In der Krankenversorgung selbst sind inzwischen Schritte eingeleitet, die das tripolare Versorgungssystem (Kreisärzte, Polikliniken, Krankenhäuser) in ein bipolares (ambulante und stationäre Versorgung) umwandeln sollen. Dabei wird der Schwerpunkt, der bisher im Krankenhaus lag, zugunsten der ambulanten Versorgung verlagert. Die neue ambulante Versorgung soll sich an der primary health care in Großbritannien, die sich zur Zeit selbst in weitreichenden Umstrukturierungen befindet, orientieren. Unabhängig davon gilt die Einführung der »freien Arztwahl« im ambulanten Sektor als eine der wichtigsten Neuerungen. Damit verbunden ist die Tendenz zur privaten Niederlassung von Ärzten. Die Funktionen der Polikliniken mit ihrer fachärztlichen Versorgung sollen zwischen dem neuen ambulanten Sektor und dem Krankenhausbereich aufgeteilt werden. Das Krankenhaus selbst steht weniger unter dem Einfluß struktureller Veränderungen als vielmehr unter dem Druck, Kosten zu sparen und gleichzeitig technologisch zu modernisieren. Um das zu erreichen, wird inzwischen ein Teil der Krankenhausleistungen nach DRGs finanziert.

Bei der Reform des Gesundheitssystems wird in Ungarn also vor allem auf Erkenntnisse und Erfahrungen aus Deutschland, Österreich, England und den USA zurückgegriffen. Obwohl diese Länder wirtschaftlich reicher sind und hier kein gesellschaftlicher Umbruch auf der Tagesordnung steht, finden auch in ihnen zur Zeit Gesundheitsreformen statt mit dem Ziel, die Ausgaben für die Krankenversorgung zu reduzieren. Hier wird ebenfalls die neoliberale Vorstellung vertreten, daß Privatisierung und Wettbewerb geeignete Instrumente sind, die medizinische Qualität zu erhöhen und gleichzeitig die Kosten zu dämpfen. In der Praxis jedoch – und hier sei vor allem aber nicht nur auf das us-amerikanische Gesundheitssystem verwiesen³⁹, in dem diese beiden Merkmale am deutlichsten ausgeprägt sind – haben sie meistens zu einer Zunahme der sozialen Ungleichheit in der Versorgung und zu einer Reduzierung der Effizienz geführt. Private Leistungsanbieter und Versicherer haben nämlich bei Strafe des wettbewerblichen Untergangs darauf zu achten, daß sie ihre finanziellen Risiken minimieren und ihre Gewinne maximieren. Sie haben es generell darauf anzulegen, sich die profitablen »Rosinen« aus dem »Kuchen« herauszupicken und finanzielle Zuschußbereiche, die aber für die Krankenversorgung gesellschaftlich notwendig sind, dem Staat zu überlassen. Die alte

Erkenntnis von der »Privatisierung der Profite und der Sozialisierung der Verluste« ist also keineswegs überholt, selbst wenn sie sich unter modifizierten Bedingungen vollzieht. Die Ökonomisierung unter privaten Eigentumsverhältnissen auf der Basis des einzelwirtschaftlichen Interesses der medizinischen Dienst und Einrichtungen führt zwangsläufig zu einer Verschlechterung der gesamtgesellschaftlichen Versorgungsqualität, insbesondere freilich für die gesellschaftlichen Gruppen, die teure, aber medizinisch notwendige private Leistungen nicht bezahlen können. Solche Fehler, die in westlichen Ländern gemacht wurden und zur Zeit auch noch gemacht werden, die überdies teuer zu stehen kommen, sollten möglichst im Transformationsprozeß der osteuropäischen Gesundheitssysteme vermieden werden. Bei der Suche nach internationalen Vorbildern gilt es deshalb einige Grundsätze zu beachten:

- Es gibt unter den gegenwärtigen politischen Konstellationen auf der ganzen Welt kein »bestes« Gesundheitswesen, das komplett als Vorbild für das eigene dienen kann. In allen Ländern gibt es – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen – Unzufriedenheiten mit der Krankenversorgung oder Gesundheitssicherung. Hinzu kommt, daß zur Zeit in allen entwickelten Gesundheitssystemen über Kostensteigerungen, die stärker als das Wachstum des Sozialproduktes sind, geklagt wird. Und die teuersten Gesundheitssysteme müssen keineswegs auch die »besten« sein (z.B. USA).
- Gesundheitssysteme lassen sich überdies nicht importieren oder exportieren. Sie sind in den Strukturen, der Kultur und der Geschichte einer Gesellschaft verwurzelt.⁴⁰ Jedes Land hat also sein eigenes Gesundheitssystem aufzubauen.⁴¹
- Die strukturelle Veränderung von Gesundheitssystemen ist weder ein abstrakter Verwaltungsakt noch unmittelbares Resultat wissenschaftlicher Erkenntnisse, sondern ist stets Ausdruck des politischen Kräfteverhältnisses gesellschaftlicher Interessen. Es muß also für ein bestimmtes Gesundheitssystem gekämpft werden. Historisch vollzogen sich in Europa Strukturreformen meistens in gesellschaftlichen Krisen- oder Umbruchzeiten. Sie etablierten sich nur langsam und mußten immer wieder an die reale gesellschaftliche Entwicklung angepaßt werden. Es gibt kein »endgültiges« Gesundheitssystem.
- Dennoch macht die Analyse anderer Gesundheitssysteme Sinn, weil daraus neue Erkenntnisse gewonnen werden können, die den Blick für die Probleme des eigenen Gesundheitssystems schärfen und Ideen für Entwicklungsperspektiven liefern. Dabei

sollte nicht nur auf die offensichtlich oder vermeintlich positiven Aspekte geschaut werden, sondern vor allem auch auf deren reale Probleme und Defizite. In der Regel läßt sich nämlich aus den Fehlern und Widersprüchen mehr lernen, als aus unkritischen Erfolgsmeldungen. Vorbilder sollten also nicht nur dazu verführen, lediglich Positives auszudeuten, sondern sollten auch dazu verhelfen, das zu erkennen, was man auf keinen Fall übernehmen möchte. Es ist deshalb eine generelle Vorsicht bei der Übernahme ausländischer Konzepte geboten und zwar gerade auch dann, wenn eine allgemeine euphemistische Stimmung in der Bevölkerung – wie etwa zur Zeit des Umbruchs der sozialistischen Staaten in Osteuropa – das erlaubt.

- Was aus den Reformen der Gesundheitssysteme in Osteuropa schließlich werden wird, läßt sich zur Zeit noch nicht absehen. Sie befinden sich in der Anfangsphase eines Prozesses und sind mit enormen Schwierigkeiten konfrontiert. Der bestehende Druck nach Veränderung ist zweifellos groß. Das sollte allerdings nicht dafür blind machen, auch zu reflektieren, was an dem sozialistischen Gesundheitssystem, mit dem Erfahrungen vorliegen, trotz aller Bedenken positiv war und was deshalb erhaltenswert sein könnte. Institutionen, die sich bewährt haben, sollten bestehen bleiben. Selbst im Westen gibt es inzwischen ernstzunehmende Stimmen, die dazu raten, einzelne Komponenten der bisherigen »sozialen Sicherungssysteme im Sozialismus« zu erhalten, in der gegenwärtigen Zwischenphase des osteuropäischen Transformationsprozesses nur zurückhaltende Übergangslösungen zu wählen und Systembrüche zu vermeiden. Ja, sie sind sogar keineswegs davon überzeugt, »in allen Ländern Mittel- und Osteuropas einen konzeptionellen Neubeginn der sozialen Sicherung zu wagen«. ⁴² Und für die Gesundheitssysteme formulierte Cichon bereits 1991:

Die existierenden Systeme sind keineswegs a priori inkompatibel mit einer neuen Wirtschaftsordnung. Und die allgemeine Meinung einer dringend erforderlichen und umfassenden Gesundheitsreform in diesen Ländern scheint deshalb vor allem politischen Überlegungen zu entspringen. ⁴³

In den Parlamentswahlen vom Mai 1994 wurde die Sozialistische Partei Ungarns (MSZP) mit überwältigender Mehrheit gewählt. Sie bildet mit dem linksliberalen Bund Freier Demokraten (SZDZ) eine Koalition, die über eine Zweidrittelmehrheit der Parlamentsmandate verfügt. Die bis dahin amtierende Koalitionsregierung bestehend aus dem Demokratischen Forum (MDF), der Kleinlandwirtpartei

(FKGP) und der Christlich Demokratischen Partei (KDNP), die die Reform des Gesundheitssystems einleitete, erlitt eine empfindliche Niederlage. Angesichts der dramatischen Wirtschaftslage hat die neue Regierung im März 1995 ein finanzpolitisches Notprogramm mit drastischen Einschnitten im Sozialbereich verabschiedet. Es bleibt also abzuwarten, wie sich der erfolgte Regierungswechsel auf die Gesundheitsreform auswirken wird.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr Hans-Ulrich Deppe, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin, Abteilung Medizinische
Soziologie, Theodor-Stein-Kai 7, 60 590 Frankfurt am Main

Anmerkungen und Literaturverzeichnis

- 1 Winter, K., Lehrbuch der Sozialhygiene, Berlin 1977, S.170.
- 2 Schneider, M., Soziale Krankenversicherung in Mittel- und Osteuropa, in: Basys Informationen, Jg. 9, Nr. 1, 1994, S.1-3; Banoob, S.N., Privatization of health systems with care: A message to east from western systems, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, H.2, 1993, S.130-136.
- 3 v. Maydell, B., Einführung, in: v. Maydell, B., E.-M. Hohernlein (Hg.), Die Umgestaltung der Systeme in den Staaten Mittel- und Osteuropas, Berlin 1993, S.13f.
- 4 Deppe, H.-U., Gesundheitspolitik im Kontext der deutschen Vereinigung und der europäischen Integration, in: Deppe, H.-U., H. Friedrich, R. Müller (Hg.), Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD, Frankfurt a.M. 1993, S.29.
- 5 Roemer, M.I., National health systems on the world, Bd. I, New York 1991, S.259.
- 6 Morava, E., Financing public health services in Hungary, in: W.C. Włodarczyk, K. Tymowska (Hg.), Antidotum, Management in the health sector, Supplement No.1, Warsaw 1993, S.48.
- 7 Kincses, G., J. Nagy, The establishment of health insurance for the new Hungarian health care system and the issues of financial equalization, hg. von Ministry of Welfare Hungary 1994, hektographiertes Manuskript, S.5.
- 8 Lépes, P., On the road, Health care reform in Hungary, Vortrag gehalten auf der IHF PAN Regional Conference, London, 20.-23. Oktober 1992, hektographiertes Manuskript, S.7.
- 9 Schmidt, P., Aktuelle Fragen des ungarischen Gesundheitswesens, Dezember 1994, S.3 (hektographiertes Vortragsmanuskript).
- 10 Ministry of Welfare, The process of restructuring Hungarian health care 1990-1994, Budapest 1994, S.7.
- 11 Für wichtige Hinweise und die Beschaffung von Material danke ich Dr. Peter Schmidt (Győr), der von Oktober bis Dezember 1994 in der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Frankfurt a.M. als Gastwissenschaftler arbeitete.
- 12 Laut Vorhersagen von 1993 sollten 1994 mehr als die Hälfte des ungarischen BIP von privatisierten Unternehmen, also durch Privateigentümer, produziert werden. Nach: Czúcz, O., Soziale Folgen der raschen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Umwandlung und Methoden zur Früherkennung sozialer Spannungen – das Beispiel Ungarn, in: v. Maydell, B., E.-M. Hohernlein (Hg.), a.a.O., S.121.
- 13 Szalai, J., E. Orosz, Social policy in Hungary, in: B. Deacon u.a., The new eastern Europe, Social policy past, present and future, London 1992, S.145.
- 14 Ministry of Welfare (Republic of Hungary), The social welfare sector in the Republic of Hungary, Problems and perspectives, Budapest 1990, S.2 (hektographiertes Manuskript).

- 15 »Programm der nationalen Erneuerung« des Sozialministeriums von 1990, in: Internationale Revue für Soziale Sicherheit, H.4, 1991, S.23ff.
- 16 Brückner, Ö., Systemänderung in der ungarischen Sozialversicherung, in: Österreichische Krankenhaus-Zeitung 32, 1991, S.63-71.
- 17 Kincses, G., J. Nagy, a.a.O., S.8. Andere Autoren datieren die Einführung der Krankenversicherung auf 1990 (Divinyi Anm. 34).
- 18 Schlammadinger, J., Legal background of health insurance reform in Hungary, in: W.C. Wlodarczyk, K. Tymowska, a.a.O., S.45.
- 19 Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung (Hg.), Soziale Sicherung in West-, Mittel- und Osteuropa, Baden-Baden 1994, S.291.
- 20 Kincses, G., J. Nagy, a.a.O., S.7.
- 21 Mit 23,5 Prozent ist der Beitragssatz relativ hoch. In Deutschland beträgt er zur Zeit 12,8 Prozent. Dieser Unterschied ist vor allem darauf zurückzuführen, daß die Einkommen bei gleichzeitig hoher Arbeitslosenquote in Ungarn niedrig sind, und das Leistungsniveau in der Krankenversorgung ohne schwerwiegende Folgen nicht bruchartig abgesenkt werden kann. Darüber hinaus unterscheidet sich der ungarische Arbeitgeberanteil mit 19,5 Prozent deutlich von dem deutschen, der lediglich die Hälfte des Gesamtbeitrages beträgt. Das ist freilich kein Anreiz für private Unternehmen, gleichwohl ist dabei zu beachten, daß 1994 noch etwa die Hälfte des BIP von staatseigenen Betrieben erwirtschaftet werden sollte. Vgl. Czúcz, O., a.a.O., S.121.
- 22 Ebda, S.29f; siehe auch: Murray, C.J.L., A.D. Lopez, Global comparative assessments in the health sector, WHO, Geneva 1994, S.154.
- 23 Gesellschaft für..., a.a.O., S.295.
- 24 Szalai, J., E. Orosz, a.a.O., S.160; ebenso: Götting, U., Welfare state development in post-communist Bulgaria, Czechoslovakia, and Hungary. A review of problems and responses (1989-1992), Zes-Arbeitspapiere Nr. 6, 1993, S.18.
- 25 Kincses, G., J. Nagy, a.a.O., S.8, 31f.
- 26 Ebda, S.15.
- 27 Ebda, S.32.
- 28 Szátmari, M., Foundations of the Hungarian health care system rooted in health insurance and the institution of family doctors, in: W.C. Wlodarczyk, K. Tymowska, a.a.O., S.40.
- 29 Schmidt, P., a.a.O., S.8; ebenso: Kincses, G., J. Nagy, a.a.O., S.15,16.
- 30 Kincses, G., J. Nagy, ebda.
- 31 Gesellschaft für ..., a.a.O., S.291.
- 32 Schmidt, P., a.a.O., S.11.
- 33 Kloiber, O., Mitteleuropäische Ärztekammern im Aufbruch, in: Deutsches Ärzteblatt, H. 39, 1994, S.1913.
- 34 Divinyi, P., Changes in the system of financing specialist health care, in: Wlodarczyk, W.C., K. Tymowska, a.a.O., S.51.
- 35 Kincses, G., J. Nagy, a.a.O., S.22.
- 36 Czúcz, O., a.a.O., S.124.
- 37 Siehe hierzu: Ebda., S.120-123.
- 38 Ministry of Welfare, 1994, a.a.O., S.21-23.
- 39 Deppe, H.-U., Gesundheitspolitik in Europa und den USA, in: Arbeit und Sozialpolitik, H. 7/8, 1993, S.41-46.
- 40 Deppe, H.-U., Zum »Objekt« der Medizin, in: Das Argument 50/3, 1969, S.284ff.
- 41 Banoob, S.N., Privat and public financing – health care reform in eastern und central Europe, in: World Health Forum, Vol 15, 1994, S.333.
- 42 Pitschas, R., Institutionell-organisatorische Grundfragen der Transformation sozialer Sicherungssysteme in Mittel- und Osteuropa, in: v.Maydell, B., E.-M. Hohernlein (Hg.), a.a.O., S.327.
- 43 Cichon, M., Health sector reforms in Central and Eastern Europe: Paradigm reversed? In: International Labour Review, Vol. 130, 1991, No. 3, S.312.