

Mehr Staat, aber auch mehr Wettbewerb – Die Zwiespältigkeit der französischen Krankenversicherungspolitik

Die Analyse der Entwicklungen der französischen Krankenversicherungspolitik dürfte für die Bundesrepublik Deutschland besonders interessant und aufschlussreich sein, nicht nur weil Frankreich Deutschlands erster Wirtschaftspartner ist, sondern weil es auch recht viele Ähnlichkeiten zwischen den beiden Gesundheitssystemen gibt. Das französische Krankenversicherungssystem, 1928 eingeführt, wurde vom Modell »Bismarck« stark beeinflusst. Unter anderem stellt die Krankenversicherung in Frankreich, wie auch in Deutschland, den dominanten Teil des Gesundheitssektors dar, und beide Systeme können als wohlfahrtsstaatlich hoch integriert angesehen werden. Das französische System wird durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert; es gibt auch Krankenkassen, die mit Vertretern der Beitragszahler besetzt sind. Im Gegensatz zu Deutschland sind die Krankenkassen durch eine starke Zentralisierung gekennzeichnet, weil es im wesentlichen vier Kassenarten gibt, die auf der nationalen Ebene organisiert sind: Die Kasse für lohnabhängige Arbeiter (CNAMTS), die zwei Drittel der Versicherten umfasst, die Kasse für Landarbeiter (MSA), die Kasse für selbständige Arbeiter (CANAM) und verschiedene Kassen für Beamte und Arbeitnehmer des öffentlichen Sektors. Man spricht deswegen auch am anderen Ufer des Rheins von einer paritätischen Selbstverwaltung (*paritarisme*) in den Krankenkassen. Eine weitere wichtige Ähnlichkeit besteht darin, dass die Ärzte in Frankreich im ambulanten Sektor als Selbständige und im Krankenhaus als Angestellte tätig sind (dies trifft jedoch nicht für den ganzen stationären Sektor zu: ein Teil der Ärzte arbeitet als Selbständige in Privatkliniken). Die Gesundheitsausgaben der beiden Nachbarländer sind vergleichbar hoch: Sie betragen im Jahr 2000 10,6% des BIP in Deutschland und 9,5% in Frankreich.

Diese grundlegenden Strukturelemente erweisen sich jedoch als zu grob, wenn es um Fragen der Charakterisierung der sozialpolitischen Kräfteverhältnisse und der Analyse längerfristiger struktureller Entwicklungen geht. Hierzu werden im vorliegenden Artikel zunächst die Veränderungen in den Beziehungen der verschiedenen gesundheitspolitischen

Akteure (im wesentlichen: staatliche Akteure, Krankenkassen, Ärzteverbände) im französischen Gesundheitssystem dargestellt. Die Akteurkonstellation kann als ein langfristig angelegter Verstaatlichungsprozess gekennzeichnet werden. Aber diese wachsende Rolle und Einflussnahme staatlicher Akteure, die man in den verschiedenen Maßnahmen, die seit den 80er Jahren beschlossen wurden, identifizieren kann, bedeutet nicht, dass keine Liberalisierung im französischen Krankenversicherungssystem stattfände. Die Absicht dieses Aufsatzes ist es vielmehr aufzuzeigen, dass eine zunehmende Wettbewerbsorientierung sehr viel mehr durch den Staat als von privaten Akteuren initiiert und forciert wurde.

1 Die »Verstaatlichung« des französischen Krankenversicherungssystems

Wie in Deutschland gilt in Frankreich das Selbstverwaltungsprinzip, worunter eine zwischen Gewerkschaften (in Frankreich werden die Arbeitnehmer durch fünf Organisationen vertreten) und Arbeitgebern (zwei Verbände) paritätische Besetzung der Gremien in den Krankenkassen verstanden wird. Völlig fremd ist dem französischen System die Vorstellung, die in Deutschland von hohem Rang ist, dass die Selbstverwaltung als quasi Materialisierung einer weitgehend staatsfreien gesellschaftlichen Selbstregulierung verstanden wird. In dieser Hinsicht ist eine tatsächliche Selbstverwaltung im französischen Krankenversicherungssystem zu hinterfragen. Es ist auch bemerkenswert, dass es in der französischen Sprache keine Übersetzung für das Wort »Selbstverwaltung« gibt.

1.1 Ein Krankenversicherungssystem ohne Selbstverwaltung?

Als erstes zu erwähnen sind die weitreichenden staatlichen Interventionsrechte, durch die der französische Staat, insbesondere seit der Reform des Sozialversicherungssystems von 1967, direkt in die Funktionsweise der Krankenkassen eingreifen kann (Catrice-Lorey 1987). Die Höhe der Beitragssätze wird nicht durch die Krankenkassen, sondern durch einen interministeriellen Erlass festgelegt. Der nationale Direktor der größten Krankenkasse (CNAMTS) wird von der Regierung ernannt. Diese sehr wichtige Position wird meistens von einem hohen Beamten aus dem Rechnungshof (Cour des Comptes) besetzt. Der Staat entsendet auch zwei Vertreter in den Aufsichtsrat dieser Kasse, auf nationaler und dezentraler Ebene. Damit ist die Position der zentralen Ministerialverwaltung direkt auf der Ebene der Krankenkassen repräsentiert. Der Staat ist auch in der Lage, die Entscheidungen der Kassen aufzuschieben, und deren Haushaltspläne können erst nach einer Vorabkontrolle in Kraft treten.

Darüber hinaus steht der stationäre Sektor unter direkter Kontrolle des Sozial- und Gesundheitsministeriums. Die Budgets, der Umfang des Bettenangebots sowie das Leistungsgeschehen in öffentlichen wie in privaten Krankenhäusern unterliegen einer direkten ministeriellen Kontrolle auf zentraler Ebene. Pflegesatzverhandlungen und andere vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Krankenkassen, wie sie in Deutschland üblich sind, findet man in Frankreich daher nicht. Diese zentrale Rolle des Staates erklärt die strukturbildende Kraft des Krankenhaussektors, hauptsächlich seit den 60er Jahren in Folge der sogenannten »Réforme Debré« (Jamous 1969). Die Krankenhäuser wurden staatlicherseits primär aus industriepolitischer Perspektive wahrgenommen und entsprechend gefördert. Nicht nur, dass sie als Ort des technischen Fortschritts galten, sondern auch als ökonomische Wachstumsbranche, der ein großes Potenzial zur Schaffung von Arbeitsplätzen innewohnt. Daher stand der stationäre Sektor lange Zeit im Mittelpunkt staatlicher Gestaltungsinteressen.

Auch der ambulante Sektor ist in Frankreich intensiven staatlichen Interventionen ausgesetzt, mehr als in der Bundesrepublik. Es gilt zwar auch das Prinzip der kollektiven Selbstverwaltung durch Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzteverbänden, aber anders als in Deutschland gibt es keine relative Autonomie in diesen Vertragsbeziehungen. Die Verhandlungsfreiräume sind unter anderem dadurch sehr beschränkt, dass das Sozial- (und Gesundheits-)Ministerium regelmäßig detaillierte Regierungsempfehlungen abgibt und die Verträge nicht ohne staatliche Zustimmung in Form eines Ministerialerlasses in Kraft treten können. Darüber hinaus führt das Sozial- (und Gesundheits-)Ministerium vor jeder Vertragsverhandlung eine Repräsentativuntersuchung durch, auf deren Grundlage dann jener Ärzteverband bestimmt wird, der berechtigt ist, an den Vertragsverhandlungen teilzunehmen. Insofern sind die Vertreter der Ärzteschaft vom Staat nicht wirklich unabhängig (Hassenteufel 1997a: 169ff.).

Schließlich ist auch die pharmazeutische Industrie in ein vergleichsweise dichtes Geflecht staatlicher Kontrollen eingebunden (Baumheier 1993). Nicht nur, dass der Staat durch finanzielle Beteiligungen an der pharmazeutischen Industrie Einfluss ausüben kann. Darüber hinaus besteht auch keine Preisbildungsfreiheit für die Unternehmen; die Arzneimittelpreise unterliegen einer administrativen Reglementierung.

Der Staat verfügt damit in Frankreich über eine erheblich breitere Palette an direkten Interventionshebeln im Gesundheitssektor als in Deutschland.

1.2 Kostendämpfungspolitik und »Verstaatlichung«

Wie in Deutschland führte die Wirtschaftskrise der 70er Jahre zu einer Neuorientierung der Krankenversicherungspolitik. In zunehmendem Maße setzte sich das Prinzip der Kostendämpfung im Gesundheitsbereich als strukturierendes Regulierungsprinzip auf Kosten anderer Prinzipien (vor allem die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes für die Bevölkerung) durch. Anstelle der Bedarfsdeckung rückte die Kosteneindämmung als Organisationsziel des Krankenversicherungssystems in den Vordergrund. Man kann hier eine starke Kontinuität beobachten zwischen den strukturellen Grundelementen des französischen Systems und jenen Regulierungsmaßnahmen, die zur Bewältigung der Kostenentwicklung eingesetzt wurden. Die zentrale Rolle des Staates in der sektoralen Konstellation schlug sich in der Vorherrschaft einer administrativen Regulierung nieder, die auf den Instrumenten direkter staatlicher Intervention beruht.

Den zentralen Bestandteil der administrativen Regulierung bilden die sogenannten »Finanzsanierungspläne« der Sozialversicherung (*plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale*). Insgesamt wurden seit 1975 18 Pläne dieser Art verabschiedet (Palier 2002), meistens ohne parlamentarische Diskussion und Entscheidung. In jedem Plan findet man Maßnahmen für die Krankenversicherung, die der Staat schnell und unmittelbar in die Praxis umsetzen kann. Der erste und sehr wichtige Aspekt im Rahmen dieser Pläne ist die starke Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten für ärztliche Behandlungen, für Arzneimittel (die Rückerstattungsquote von mehr als 2 000 Arzneimittel wurde von 70% auf 40% gesenkt) und für Krankenhausaufenthalte mit der Einführung eines Zuzahlungsfestbetrages (*forfait hospitalier*), der seit 1977 ständig erhöht wurde (heute beträgt er 10,67 Euro pro Tag). Der zweite Aspekt betrifft die Absenkung der Preise, hauptsächlich von ärztlichen Leistungen und von Arzneimitteln. Die dritte Komponente ist die Budgetierung der Gesundheitsausgaben durch zwei Maßnahmen: Einfrieren der Arztgebühren und eine a priori Festlegung des Ausgabenvolumens in Form eines Gesamtbudgets. Diese Politik wurde 1984 im Krankenhaussektor eingeführt. Die Priorität des Krankenhaussektors erklärt sich aus der Tatsache, dass der Staat auf Grund der Zugehörigkeit der Krankenhäuser zum öffentlichen Sektor dort direkt intervenieren kann, indem er per Erlass jährliche Zuwachsraten festlegt. Der letzte wichtige Aspekt betrifft nicht die Ausgaben, sondern die Finanzierung der Krankenversicherung. Hier sind wiederum zwei Maßnahmen erwähnenswert: Die regelmäßige Erhöhung der Beitragssätze und die Einführung neuer

Steuern, hauptsächlich der Tabak- und Alkoholsteuer sowie der Steuer für die Werbungsausgaben der pharmazeutischen Industrie. Die Verstaatlichung der Sozialversicherung im allgemeinen (und nicht nur der Krankenversicherung) wird auf der Ebene der Finanzierung besonders sichtbar. Insgesamt werden heutzutage 23 verschiedene Steuern zur Finanzierung der Sozialversicherung herangezogen. Zu erwähnen ist auch die 1991 erfolgte Einführung des allgemeinen Sozialbeitrags (*contribution sociale généralisée*). Dieser Beitrag setzt sich aus drei Einnahmequellen zusammen: Löhne, Patrimonial- und Finanzanlageeinnahmen. Seine Quote, die vom Staat festgesetzt wird, wurde ebenfalls ständig erhöht (die Einnahmen waren im Jahr 2000 12,5 mal höher als noch im Jahr 1991). 1999 hatten die Steuern einen Anteil von 18,6% der Einnahmen der Sozialversicherung (Palier 2002: 347). Diese Beschränkung des Anteils der Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge an den Einnahmen hat eine wichtige Folge: Die Aushöhlung der paritätischen Verwaltung, die dadurch einen Großteil ihrer Legitimität verliert. Dieser Trend ist auch in der seit 1967 wichtigsten Reform der Sozialversicherung, der sogenannten »Juppé Reform« von 1996, sehr deutlich zu beobachten.

Diese Reform wurde im Herbst 1995 vom Regierungschef Alain Juppé selbst vor dem Parlament bekannt gegeben. Die Reformpläne hatten damals eine besondere Bedeutung aus drei Gründen: Erstens, weil man gerade den fünfzigsten Geburtstag der französischen Sozialversicherung gefeiert hatte (Gründung der *Sécurité sociale* im Oktober 1945); zweitens, weil Jacques Chirac nur ein paar Monate zuvor zum ersten Mal zum Präsidenten gewählt wurde auf der Basis von programmatischen Aussagen, die den staatlichen Willen, Reformen einzuleiten, stark betonten; und schließlich drittens, weil die schlechte finanzielle Lage (hohes Defizit der Sozialversicherung in einer Größenordnung von ungefähr 8 Milliarden Euro) den Übertritt zum Euro gefährdete. Die Reform wurde Anfang 1996 per Erlass beschlossen, also ohne parlamentarische Debatte. Die finanziellen Aspekte sind ein wichtiger Teil dieser Reform: Es handelte sich dabei um die Schaffung von neuen Beiträgen (hauptsächlich die *contribution pour le remboursement de la dette sociale*) und die Erhöhung bereits vorhandener (hauptsächlich der *contribution sociale généralisée*). Die Stärkung der Rolle des Staats ist jedoch die bemerkenswerteste Dimension dieser Reform: Der Verstaatlichungsprozess ist überaus deutlich ausgeprägt (Hassenteufel 1997b: 181ff.). Die Reform verschärfte als erstes die Budgetierung der Krankenausgaben. Die Verantwortung für die Finanzierung der Sozialversicherung wurde im Rahmen eines jährlichen Gesetzes für die Finanzierung der Sozialversicherung

(*loi de financement de la sécurité sociale*) an das Parlament übertragen. Das Parlament ist verpflichtet, jedes Jahr über die Entwicklung der Ausgaben im Gesundheitsbereich zu entscheiden. Die Ausgaben werden in verschiedene Budgets unterteilt: ein Budget für die Arzneimittel, ein Budget für die Arztgebühren (mit einer Unterteilung zwischen praktischen Ärzten und Fachärzten) und ein Budget für den Krankenhaussektor. In der Tat bedeutet diese neue Rolle des Parlaments im Prinzip eine Stärkung der staatlichen Administration, weil die Regierung nach wie vor über die Höhe der Beiträge entscheidet, und weil das Parlament, das nur über geringe Mittel zur Rekrutierung von wissenschaftlichem Sachverstand verfügt, von der Orientierung der Regierung abhängig ist. Die Festlegung von jährlichen nationalen Zielen für Krankenversicherungsausgaben (*objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie*) bedeutet eine deutliche Einschränkung der Verhandlungsautonomie von Krankenkassen und Ärzteverbänden, die sich seitdem strikt in diesen Rahmen einpassen müssen. Dazu stellt die Reform neue staatliche Interventionsinstrumente zur Verfügung, um auf die verträglichen Beziehungen einwirken zu können. So gibt es jetzt für die jährlichen Verhandlungen einen auf 65 Tage festgesetzten Verhandlungszeitraum, und sollte ein Vertrag von den Partnern in diesem Zeitraum nicht unterschrieben werden, entscheidet der Staat allein. Bei den Krankenkassen floss dem Vertreter der Ministerialverwaltung, dem »nationalen Direktor«, mehr Einfluss und Macht zu. Er kontrolliert nunmehr die Nominierung der Direktoren auf der lokalen Ebene, deren Rolle ebenfalls aufgewertet wurde. Auf der nationalen Ebene wurde zusätzlich ein Überwachungsrat für die Krankenkassen eingerichtet, in dem die Ministerialbürokratie ebenfalls vertreten ist. Ein letzter, sehr wichtiger Aspekt dieser »Verstaatlichung« stellt die Gründung von zwei neuen Institutionen dar: die regionalen Ämter für die Krankenhäuser (*agences régionales d'hospitalisation*) und das nationale Amt für die Akkreditierung und Evaluierung im Gesundheitswesen (*agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé*). Erstere sind staatliche Institutionen (deren Direktoren direkt von der Regierung ernannt werden), die die früheren Kompetenzen der Krankenkassen im stationären Sektor übernehmen. Ihre Verantwortung umfasst die Organisation und Planung der Krankenhausversorgung, die Koordinierung zwischen öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken sowie die Finanzierung des gesamten stationären Sektors. Die zweite Institution ist ebenfalls direkt dem Sozial- und Gesundheitsministerium unterstellt. Ihre Hauptaufgabe besteht in der Entwicklung von therapeutischen Richtlinien, auf deren Basis medizinische Behandlungsstandards (*références médicales opposables*) definiert werden, die die Ärzte im ambulanten Sektor berücksichtigen sollen.

Dieser Verstaatlichungsprozess spiegelt insgesamt die zunehmend stärkere Rolle und Einflussnahme von staatlichen Akteuren in der Krankenversicherungspolitik wider, die man als Teil einer »Welfare Elite« kennzeichnen kann (Genieys/Hassenteufel, 2001).

1.3 Der Einfluss der staatlichen Elite in der Krankenversicherung

Der Sozialsektor war bis in die 80er Jahren hinein kein attraktiver Bereich für hohe Beamte, die meistens an der nationalen Verwaltungsschule (*école nationale d'administration*) ausgebildet werden. Mit der finanziellen Neuorientierung der Sozialversicherungspolitik und der steigenden Intervention des Staates, insbesondere in der Krankenversicherung, haben zunehmend mehr hohe Beamte, die den obersten staatlichen Behörden angehören (wie dem Rechnungshof oder dem Staatsrat) Karriere in der Sozialverwaltung gemacht. Diese spielen eine zunehmend größere Rolle – als Sachverständige wie auch in den Entscheidungsprozessen. Die wichtigsten Sachverständigeninstitutionen im Gesundheitsbereich werden vom Staat streng kontrolliert, so z.B. das staatliche Planungsamt (*commissariat général au Plan*) (Jobert 1981), die Rechenschaftskommission für die Sozialversicherung (*commission des comptes de la sécurité sociale*) und der Beirat für die öffentliche Gesundheit (*haut comité de la santé publique*). Oft werden auch vom Ministerium oder gar vom Regierungschef selbst, wie 1994 für das sogenannte »Weißbuch« für das Gesundheits- und Krankenversicherungssystem (Soubie/Portos/Prieur 1994), Arbeitsgruppen oder Kommissionen eingesetzt, die hauptsächlich mit hohen Beamten bestückt sind. Das Sozial- und Gesundheitsministerium selbst verfügt über eine spezielle Verwaltungsabteilung für Forschung und Entwicklung (*direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*) und über eine spezielle Aufsichtsbehörde im Sozialbereich (*inspection générale des affaires sociales*). Wie unsere Studie zeigen konnte (Hassenteufel 1999), teilen diese hohen Beamten unabhängig ihrer politischen Zugehörigkeit die selben Reformkonzeptionen für den Krankenversicherungsbereich: Um das Krankenversicherungssystem zu bewahren, bedarf es einer Anpassung an den Finanzierungsdruck durch eine verbesserte und stärkere staatliche Steuerung.

Die Rolle dieser hohen Beamten, die man der »Welfare Elite« zuschreiben kann, wird auch in den Entscheidungsprozessen sehr deutlich. Hierfür drei Beispiele: Das erste Beispiel ist die Einführung des Krankenhausgesamtbudgets und des neuen Informationsprogramms über medizinische Leistungen im Krankenhaus (*Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information*). In diesem Fall hat der Leiter der Abteilung für die Krankenhauspolitik im Ministerium, ein hoher Beamter (Jean de

Kervasdoué), der einige Jahre in den USA verbracht hat, eine entscheidende Rolle gespielt. Die Reform wurde von ihm konzipiert und von den hohen Beamten des Kabinetts des Sozialministers (Pierre Bérégovoy) unterstützt. Die zentrale Rolle des Leiters der Abteilung für das Krankenhaus im Ministerium (Gérard Vincent) und des Beraters für Krankenhauspolitik (Edouard Couty) im Kabinett des Sozialministers (Claude Evin) lässt sich auch im Fall der Krankenhausreform von 1991 nachweisen. Gleiches gilt für die bereits erwähnte sehr wichtige »Juppé Reform«. In diesem Fall hat man es mit einem besonders »geschlossenen Entscheidungsprozess« zu tun, der vom Regierungschef Alain Juppé streng kontrolliert wurde. Die Reform selbst wurde von einer kleinen Gruppe von hohen Beamten unter der Leitung des Sozialberaters im Kabinett Alain Juppé, Antoine Durlemann, konzipiert. Diese Gruppe wurde von Kommissionsberichten (insbes. Commissariat Général du Plan 1993) stark beeinflusst, die wiederum von hohen Beamten erstellt wurden. Bei der Bekanntgabe der Reform vor dem Parlament Mitte November 1995 gab es dort darüber keine Debatte, da das Parlament seine gesetzgeberische Macht der Regierung übertragen hatte. Die Erlasse wurden von der Ministerialverwaltung Anfang 1996 abgefasst.

Diese »Verstaatlichung« des französischen Systems bedeutet aber nicht eine Nationalisierung und ein Mehr an Dirigismus, sondern eher eine staatliche Steuerung mit Wettbewerbselementen.

2 *Wettbewerbsorientierung in einer staatlichen Krankenversicherung*

Die Veränderungen der letzten Jahre im französischen System sind durchaus zwiespältiger Natur: Entsolidarisierung auf der einen und zugleich Verallgemeinerung und Ausweitung des Personenkreises der Krankenversicherung auf der anderen Seite; starke Konkurrenz im ambulanten Sektor, zugleich der Versuch, diese Konkurrenz einzuschränken; Einführung von Wettbewerbselementen im Krankenhausssektor, dies jedoch ohne Privatisierung.

2.1 *Die Krankenversicherung zwischen Entsolidarisierung und Verallgemeinerung*

Wie schon erwähnt, wurden über mehrere »Finanzsanierungspläne« die Zuzahlungen der Patienten erhöht, hauptsächlich für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte. Ein anderer wichtiger Aspekt ist die Gründung des sogenannten »Sektor 2« (*secteur 2*) im Jahre 1980, in dem den Ärzten erlaubt wurde, höhere Honorare als die vertraglich vereinbarten Tarife

(*tarif conventionnel*) zu verlangen. Die Differenz zahlt der Patient bzw. eine Zusatzversicherung, sofern der Versicherte eine solche abgeschlossen hat. Hauptsächlich Fachärzte und Ärzte in den Großstädten gehören diesem »Sektor 2« an.

Diese Maßnahmen haben zu einer Reduzierung des Anteils der Gesundheitsausgaben geführt, die vom Krankenversicherungssystem erstattet werden: Von 79,4% im Jahr 1980, über 75,9% in 1987, auf 74,4% in 1994 (SESI 1997: 305). Studien haben gezeigt, dass ungefähr 150 000 Personen in Frankreich überhaupt keine Krankenversicherung haben, und dass 6 Millionen Versicherte keine Zusatzversicherung haben, was dazu führt, dass diese Personen zum Teil auf medizinische Leistungen verzichten müssen, weil sie sich diese nicht leisten können (Volovitch 1999). Deshalb wurde im Jahr 2000 eine Allgemeine Krankenrisikodeckung (*couverture maladie universelle*) eingeführt. Mit diesem Gesetz hat jede Person, die in Frankreich lebt, das Recht auf eine Krankenversicherung, ohne Beitragszahlung für Personen mit sehr niedrigem Einkommen (unter 530 Euro pro Monat für eine Einzelperson, unter 800 Euro für zwei Personen etc). Im Juni 2002 hatten 4,4 Millionen Personen durch die CMU das Recht auf eine Zusatzversicherung bekommen und keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

Trotz dieser sehr bedeutsamen sozialpolitischen Maßnahme der Regierung Jospin kann man nicht von einem Ende des Entsolidarisierungsprozesses sprechen. Drei Elemente sind hier in Betracht zu ziehen: Erstens bedeutet die CMU, trotz ihres Namens, keine echte Universalisierung: sie ist im Grunde eine besondere Krankenversicherung für Personen mit niedrigem Einkommen. Zweitens gibt es eine große soziale Ungleichheit im Hinblick auf den Gesundheitsstatus. So waren zum Beispiel 1996 die Unterschiede in den verbleibenden Lebensjahren für Männer im 35. Lebensjahr recht deutlich ausgeprägt: 37 Jahre bei Arbeitern ohne Qualifikation, 44,5 Jahre bei Vorgesetzten in Privatunternehmen und Selbständigen, 46 Jahre bei Vorgesetzten im öffentlichen Dienst und für intellektuelle Berufe (Garros/Rodrigues 2000: 44). Darüber hinaus finden sich auch deutliche geographische Unterschiede, hauptsächlich zwischen Nord- und Südfrankreich.

Das dritte Element bilden die Reformprojekte der Raffarin-Regierung. Im Oktober 2002 hat der ehemalige Sozialminister (und heutige Chef der Parlamentarischen Gruppe der UMP, der Partei des Präsidenten) Jacques Barrot eine heftige Debatte über den Ausschluss »kleiner medizinischer Risiken« aus der Krankenversicherung ausgelöst; demnach sollte sich die Krankenversicherung auf das »medizinische Notwendige« beschränken. Zeitgleich hat der Gesundheitsminister (und Medizin-

professor) Jean-François Mattei eine Arbeitsgruppe zur Zukunft der Krankenversicherung eingesetzt. Diese Gruppe wird von einem ehemaligen Angestellten des privaten Versicherungsunternehmens Axa, Jean-François Chadelat, geleitet. In diesem Feld gibt es einen recht massiven Druck des größten Arbeitgeberverbands, des MEDEF, der enge Kontakte zur aktuellen Regierung pflegt. In diese Linie passt, dass seit Oktober 2002 die Kosten für einen Arztbesuch nur dann komplett rückerstattet werden, wenn er als medizinisch indiziert gilt, und dass ab Juli 2003 die Rückerstattung der Arzneimittel auf der Preisbasis von Generika erfolgen wird. Darüber hinaus hat im Dezember 2002 das Parlament die kostenlose Behandlung schwerkranker, sich unerlaubt im Land aufhaltender Ausländer (hauptsächlich Aidskranke) abgeschafft. Zusätzlich plant die Regierung eine Reform der allgemeinen Krankenrisikodeckung für den nächsten Herbst. Es ist nach den bislang bekannt gewordenen Diskussionen in der damit betrauten Arbeitsgruppe, die von Jean-François Chadelat geleitet wird, zu erwarten, dass ein zweistufiges Krankenversicherungssystem eingeführt wird. Auf der ersten Stufe könnte es in Zukunft eine Allgemeine Pflichtkrankenversicherung (die vordefinierte Gesundheitsleistungen abdeckt) geben, die auch von den Komplementärversicherungen (wie der Mutualité Française) finanziert werden könnte. Die zweite Stufe bildeten freiwillige Verträge mit Komplementärversicherungen oder Privatversicherungen, die durch steuerliche Maßnahmen begünstigt werden könnten.

Auf dem Gebiet der Krankenversicherung sind also die Entwicklungen eher zwiespältig; gleiches gilt auch für den ambulanten Sektor.

2.2 Die Einschränkung der Konkurrenz im ambulanten Sektor

In Frankreich ist die medizinische Versorgung im ambulanten Sektor durch die Prinzipien der »*médecine libérale*« gekennzeichnet, was historische Grundlagen hat (Hassenteufel 1997a: 94ff). Im Kontext der Diskussion über das Sozialversicherungsgesetz in den 20er Jahren wandte sich die französische Ärzteschaft gegen die Einführung der Kassenmedizin nach dem deutschen Modell, was vor allem in der Ablehnung des Sachleistungsprinzips und von kollektivvertraglich festgelegten Honoraren seinen Ausdruck fand. Die Ärzteeelite, die sich an der Spitze des damaligen Ärzteverbandes (der *Confédération des Syndicats Médicaux Français*) befand und stark von der rechtspopulistischen Bewegung *Action Française* beeinflusst war, propagierte die Prinzipien einer »liberalen Medizin«, die in einer »Ärzte-Charta« (*charte des médecins*) 1927 festgelegt wurden. Diese Prinzipien betreffen die freie Arztwahl (und den freien Zugang zum Arzt), die ärztliche Schweigepflicht, die Verordnungsfreiheit,

die direkte Bezahlung der ärztlichen Behandlung und die »freie Übereinkunft« (*libre entente*) bei der Honorarfestlegung. In der 1930 erfolgten Novellierung des Gesetzes zur Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung von 1928 wurde den Interessen der Ärzteschaft weitgehend entsprochen, indem die Ärzte fortan Honorare verlangen durften, die über den von den Kassen festgelegten Tarifen lagen, und das Kostenerstattungsprinzip galt. Erst mit den »Bacon-Erlass« von 1960, der Kollektivverträge zwischen den Kassen und der *Confédération des Syndicats Médicaux Français* auf departementaler Ebene einführt, verlor die Ärzteschaft ihre Preissetzungsfreiheit für medizinische Leistungen (Hatzfeld 1963). Da dieses System von einem Teil der Ärzteschaft nicht akzeptiert wurde, kam es zur Abspaltung eines neuen Verbandes, die *Fédération des Médecins de France*. Doch der Erlass bewahrt auch wesentliche Elemente der »liberalen Medizin«, wie die freie Arztwahl, die freie Niederlassung, die Therapiefreiheit, die direkte Kostenerstattung durch den Patienten und die Einzelleistungsvergütung (*paiement à l'acte*). Darüber hinaus erhielten mit der bereits benannten Einführung des »Sektor 2« 1980 die Ärzte wieder das Recht, Tarife zu verlangen, die über denen der Sozialversicherung liegen.

Seit Anfang der 90er Jahre gab es seitens des Staates im Rahmen der Kostendämpfungspolitik mehrere Versuche, diese Vorherrschaft der Prinzipien der »liberalen Medizin« abzuschwächen, aber meistens ohne großen Erfolg. Die gelegentlichen Versuche, den »Sektor 2« abzuschaffen, sind alle gescheitert, oft aufgrund einer starken Gegenmobilisierung der Ärzteschaft, besonders der Praxisärzte im Praktikum. In den aktuellen Verhandlungen zwischen den Ärzteverbänden und den Krankenkassen verteidigen die Fachärzte den »Sektor 2« vehement. Die Einführung eines Gesamtbudgets mit jährlichen Zuwachsraten im ambulanten Sektor ab Anfang der 90er Jahre ist auf Grund des starken Widerstandes, der in großen Demonstrationen der Gesundheitsberufe 1991 zum Ausdruck kam, gescheitert. Diese Maßnahme wurde dann mit der »Juppé Reform« wieder eingeführt. Aber dieser neue Versuch, die freie Aktivität der Ärzte zu begrenzen, ist im wesentlichen ebenfalls gescheitert, weil finanzielle Sanktionen im Fall einer Überschreitung der jährlichen Steigerungsquote der Ausgaben auf Grund von Klagen der Ärzteverbände vor dem Staatsrat und einer Entscheidung des Verfassungsrates nicht angewandt werden konnten (Pellet/de Kervasdoué 2000).

Die im Jahre 1993 Einführung einer auf Leistungseinschränkung basierenden Kostendämpfung der Gesundheitsausgaben (*maîtrise médicalisée des dépenses de santé*) ist eher als ein Versuch zu sehen, die ärztliche Therapiefreiheit einzuschränken. Diese Politik beruht auf einer

Richtlinienliste, die für verschiedene Krankheitsbilder bestimmte Behandlungen und Verschreibungen ausschließt und damit indirekt Vorgaben zu einer effizienteren Patientenversorgung macht. Diese Behandlungsrichtlinien (*références médicales opposables*) sollten die niedergelassenen Ärzte dazu anhalten, sich auf medizinisch notwendige und sachgemäße Therapien zu beschränken. Sie sollten damit auf unnötige Mehrfachuntersuchungen und therapeutisch zweifelhafte Behandlungsverfahren verzichten. Aber diese Maßnahmen wurden kaum umgesetzt, weil sie als eine Gefahr für die Therapiefreiheit, die ärztliche Schweigepflicht und die ärztliche Autonomie angesehen wurden. Darüber hinaus waren sie schlecht konzipiert und dadurch schwer umzusetzen (Ogien 1998). Nicht zuletzt deshalb ist die Einführung der Abkommen zur Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung (*accords de bon usage des soins*), die im Jahre 2003 vereinbart werden sollen, durchaus fraglich.

Als den bis dato letzten Versuch kann die 1997 erfolgte Einführung des Hausarztmodells gelten, was einer Grundforderung des Allgemeinärzterverbands *MG France* entspricht. Die Patienten können sich freiwillig bei einem Hausarzt, der diesem Modell beigetreten ist, einschreiben. Für die Patienten gilt hier nicht das Kostenerstattungs- sondern das Sachleistungsprinzip; sie verzichten dabei auf den freien Zugang zum Facharzt. Der Hausarzt übernimmt in diesem Modell die Rolle eines *»gate keepers«* zur Gesundheitsversorgung. Mit dem Hausarztmodell ist verbunden, dass Patientenkarrieren mit Hilfe neuer technischer Systeme systematisch dokumentiert werden. Der Hausarzt dokumentiert diagnose- und therapierelevante Informationen, und auch die Krankenversichertenkarte enthält Speicherplatz für medizinische Daten. Nur 15% der Allgemeinärzte haben sich für dieses Hausarztmodell entschieden. Das Problem liegt hier in der Tat darin, dass es eher zu einer verstärkten Konkurrenz als zu einer Kooperation zwischen Fachärzten und hausärztlich tätigen Allgemeinmedizinern führt. Die Entwicklung von Netzwerken ist ein weiterer Versuch, die Kooperation zwischen den Ärzten zu befördern. Solche Gesundheitsnetzwerke haben sich in den letzten Jahren vermehrt etabliert und führen zu neuen Formen des Wettbewerbs, einem Wettbewerb um die Qualität der Versorgung (Arliaud/Robelet 2000), der den Krankenhaussektor mit einschließt.

2.3 Die Einführung von Wettbewerbsinstrumenten im Krankenhaus

Die Einführung der Budgetierung für das Krankenhaus, die mit der *»Juppé Reform«* auf den ganzen stationären Sektor erweitert wurde, und die Etablierung neuer Managementinstrumente im Krankenhaus (Pierru 1999) haben die Entstehung neuer Wettbewerbsformen auf der Finanzie-

rungsseite geführt. Dieser Wettbewerb beruht mit der 1997 erfolgten Einführung des Programms der »Medikalisierung der Informationssysteme« (PMSI) (Moisdon 2000) auf einer Kostenabschätzung für gleichartige Patientengruppen mit den selben Krankheiten. Dieser neue Wettbewerb bezieht nicht nur quantitative sondern aber auch qualitative Indikatoren mit ein, wie sich am Beispiel der Akkreditierung der Krankenhausabteilungen durch die regionalen Krankenhausämter zeigt (Robelet 1999).

Trotz der Einführung dieser neuen Wettbewerbs Elemente kann nicht eindeutig von einer Liberalisierung des französischen Gesundheitswesens gesprochen werden. Die derzeit wichtigsten Probleme, wie zum Beispiel der Mangel an Gesundheitsberufen – ein neuer Kommissionsbericht prognostiziert für 2010 einen Rückgang der Arztlizenzen von 20% und der Arztdichte von 24% –, oder zum Beispiel die Finanzlage der Krankenversicherung – das Defizit der Krankenversicherung betrug 2002 rund 3,3 Mrd. Euro und wird für 2003 auf 7 Mrd. Euro veranschlagt, weil seit 1998 die effektiven Ausgaben jedes Jahr die gesetzlichen Ziele für Krankenversicherungsausgaben überschreiten (De Kervasdoué/Pellet 2002) – die derzeit wichtigsten Probleme verlangen also eher staatliche Entscheidungen zur Schaffung von Arbeitsplätzen im Krankenhaussektor. So verweisen die jüngsten Maßnahmen des Gesundheitsministeriums für das Krankenhauswesen eindeutig auf eine vorrangige Steigerung der öffentlichen Finanzierung; jährlich sollen bis 2007 hierfür eine Milliarde Euro mehr aufgewendet werden.

Das französische Gesundheitswesen ist – neben der Finanzierungsproblematik – durch einen Mangel an strukturellen Reformen gekennzeichnet. Probleme der sozialen und regionalen Ungleichheit im Hinblick auf Gesundheit, die Defizite im präventiven und im Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege auf Grund der starken Dominanz der kurativen Medizin, oder die mangelnde Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren des Gesundheitssystems wurden in den letzten Jahren kaum in Angriff genommen. Die jüngsten Entscheidungen der neuen Regierung versprechen in diesem Bereich keine Aussichten auf Innovation. Es ist dürfte in dieser Hinsicht sehr aufschlussreich sein, dass die erste Entscheidung von Gesundheitsminister Jean-François Mattei im Juni 2002 der Steigerung der Honorare der praktischen Ärzte galt, die diese seit Monaten konfliktreich verlangten. Mitte Januar 2003 wurden auch Steigerungen für die Honorare der Fachärzte beschlossen sowie die Einführung von Sonderuntersuchungen, die den Fachärzten höher vergütet werden. Allerdings enthält das Finanzierungsgesetz für die Sozialversicherung aus dem Jahr 2002 auch Maßnahmen, den Anteil

der Generika an den Arzneimittelverordnungen auszuweiten. Zugleich kam man jedoch der Pharmaindustrie entgegen, indem die Preisbindung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen aufgehoben wurde.

Die aufgezeigte Zwiespältigkeit der französischen Gesundheitspolitik – so könnte man resümieren – entfernt das französische System dem deutschen und nähert es dem englischen an (Hassenteufel 2001): Auf der Reformebene durch die Verstaatlichung und die Einführung neuer Wettbewerbsformen im Krankenhausbereich und im Hinblick auf die Versorgung durch die Erhöhung der Wartezeiten und steigende Personalprobleme, wie am Beispiel der Verschlechterung der Lage der Krankenhäuser sichtbar wird. Durch den eingeleiteten Liberalisierungsprozess differenziert sich das französische Krankenversicherungssystem immer stärker aus, was in einer Medizin der »verschiedenen Geschwindigkeiten« (»médecine à plusieurs vitesses«) zum Ausdruck kommt. Wie die aktuelle Entwicklung zeigt, hängt das Tempo ab von der finanziellen Lage des Patienten: Nach einer Umfrage des *Quotidien du Médecin* vom Februar 2003 verlangen zunehmend mehr, derzeit fast 50 % der Ärzte im »Sektor 1« von den Patienten – absolut illegal – ein zusätzliches Honorar, wenn sie bei der Terminvereinbarung, was in der Regel eine frühere Behandlung bedeutet, bevorzugt werden wollen.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Patrick Hassenteufel
Université Rennes 1-C.R.A.P.E.
9, rue Jean Macé-CS 54203
F-35042 Rennes Cedex
E-Mail: patrick.hassenteufel@univ-rennes1.fr

Literatur

- Arliaud, M.; Robelet, M. (2000): Réformes du système de santé et devenir du »corps médical«. *Sociologie du travail* 42: 91-112.
- Baumheier, U. (1993): Staat-Industrie Beziehungen und Politikkoordination im Pharmasektor. *Politische Vierteljahresschrift* 34: 455-473.
- Commissariat Général du Plan (1993): Santé 2010. Équité et efficacité du système. Paris: La documentation Française.
- Catrice-Lorey, C. (1987): L'assurance maladie et le système de santé. *Revue Française d'Administration Publique* 43: 71-89.
- Garros, B.; Rodrigues J-M. (2000): »Regards sur la santé des Français aujourd'hui«. In: J. de Kervasdoué (Hg.): *Le carnet de santé de la France en 2000*. Paris: Mutualité Française et Syros, 13-58.

- Genieys, W.; Hassenteufel P. (2001): Entre les politiques publiques et la politique: l'émergence d'une élite du *Welfare*. *Revue française des affaires sociales* 4: 41-50.
- Hassenteufel, P. (1997a): Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne. Paris: Presses de Sciences Po.
- Hassenteufel, P. (1997b): Le «plan Juppé». Fin ou renouveau d'une régulation paritaire de l'assurance maladie? *La revue de l'IRES* 24: 175-189.
- Hassenteufel, P. (1999): L'émergence d'une «élite du *Welfare*». Le cas des politiques de protection maladie et de prestations familiales (1981-1997), Paris: MIRE (Forschungsbericht Conv. 17/96).
- Hassenteufel, P. (2001): Liberalisation through the State. Why is the French Health Insurance System becoming so British? *Public Policy and Administration* 16 (4): 84-95.
- Hatzfeld, J. (1963): *Le grand tournant de la médecine libérale*. Paris: Les éditions ouvrières.
- Jamous, H. (1969): *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et hospitalières*. Paris: Éditions du CNRS.
- Jobert, B. (1981): *Le social en Plan*. Paris: Les éditions ouvrières.
- De Kervasdoué, J.; Pellet R. (2002): *Le carnet de santé de la France 2000-2002*. Paris: Economica.
- Moison, J.-C. (2000): Quelle est la valeur de ton point ISA? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français. *Sociologie du travail* 42: 31-49.
- Palier, B. (2002): *Gouverner la sécurité sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.
- SESI (1997): *Indicateurs socio-sanitaires. Comparaisons internationales: évolution 1980-1994*. Paris: La documentation Française.
- Ogien, A. (1998): Les conditions de la mesure de l'efficacité en matière de santé. Une analyse de la mise en œuvre des références médicales opposables, Paris: Commissariat Général du Plan, MIRE.
- Pellet, R.; de Kervasdoué, J. (2000): L'État et la maîtrise des dépenses de santé. In: J. de Kervasdoué (Hg.): *Le carnet de santé de la France en 2000*. Paris: Mutualité Française et Syros, 125-196.
- Pierru, F. (1999): L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée. *Politix* 46: 7-47.
- Robelet, M. (1999): Les médecins placés sous observation. Mobilisations autour du développement de l'évaluation médicale en France. *Politix* 46: 71-97.
- Soubie, R.; Portos J.-L.; Prieur C. (1994): *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*. Paris: La documentation Française.
- Volovitch, P. (1999): Égalité devant les soins, égalité devant la santé: quel rôle pour l'assurance maladie? *La revue de l'IRES* 30: 149-176.