

Systemtreu umsteuern

Die Gesundheitsreform der Regierung Raffarin aus deutscher Perspektive

INGO BODE*

Frankreich gehört mit Deutschland zu den Kernländern Europas, findet aber in der internationalen Debatte über Reformen des Wohlfahrtsstaates eher wenig Beachtung. Der sporadische Blick der Medien auf die Verhältnisse im Nachbarland sorgt dementsprechend nicht selten für Irritationen. Das gilt auch für die im Sommer dieses Jahres verabschiedete Gesundheitsreform. Die Presse berichtete, die Reform orientiere sich am „Modell Deutschland“¹ – unter anderem, weil auch hier nun eine „Praxisgebühr“ eingeführt wurde. Anderswo konnte man nachlesen, dass bei Arztbesuchen in Frankreich schon lange hohe Eigenbehalte anfallen. Gleichzeitig wurde gemeldet, die Reform sehe Beitragserhöhungen vor und taste das „fast völlig staatliche System“ nicht an, werde aber von der gemeinhin staatskeptischen OECD dennoch gelobt.²

Bei näherem Hinsehen zeigt sich zweierlei: So wie das französische Gesundheitssystem Eigenheiten aufweist, deren Logik sich erst bei einer differenzierteren Gesamtbeurteilung erschließt, so weist auch die gegenwärtige Reformentwicklung Besonderheiten auf, die dem flüchtigen Blick über den Zaunpfahl verborgen bleiben. Das ist durchaus bedauerlich, führen doch die französi-

schen Verhältnisse die Vielfalt von (möglichen) Reformpfaden im Gesundheitssystem und damit möglicherweise auch der Reformoptionen hierzulande vor Augen.

Das System und seine Eigenheiten

Das französische Gesundheitssystem ähnelt in vielerlei Hinsicht seinem deutschen Pendant.³ Der Versicherungsschutz wird durch einkommensabhängige Beiträge finanziert und von gesetzlichen Krankenkassen abgewickelt, die zudem steuernd in das Versorgungssystem eingreifen. Für dieses System grundlegend sind ein mehrgliedriger stationärer Bereich, in dem öffentliche und freigemeinnützige Träger das Gros der Versorgung sicherstellen, sowie ein freiberuflich organisierter ambulanter Sektor mit Haus- und Fachärzten.

Zugleich gibt es indes französische Besonderheiten: So wird ein gutes Drittel der Ausgaben für die Krankenversicherung – die de facto eine Einheitsversicherung darstellt – über steuerähnliche Beiträge (die so genannte „Contribution sociale généralisée“, CSG) finanziert. Dabei decken die gesetzlichen Krankenkassen jedoch nur etwa 80 Prozent der Versorgungsaufwendungen ab. Circa 90

* PD Dr. Ingo Bode ist Privatdozent am Institut für Soziologie der Universität Duisburg-Essen.

Prozent der Franzosen haben deshalb eine Zusatzversicherung auf Kopfprämienbasis abgeschlossen, zwei Drittel dieser Zusatzversicherungen werden von genossenschaftlichen Kassen verwaltet. Der so genannte Komplementärsektor (zu dem auch kommerzielle Privatversicherungen zählen) finanziert insgesamt gut 11 Prozent der Gesundheitsausgaben – mit wachsender Tendenz.⁴ Erwähnenswert ist zudem die staatliche Grundsicherung („Couverture maladie universelle“, CMU), die für Personen mit einem Jahreseinkommen von weniger als 6 700 Euro (plus Familienaufschläge) die Beiträge sowohl zur gesetzlichen als auch zur Zusatzversicherung (Basistarif) übernimmt. Das im stationären Sektor dominierende öffentliche Klinikwesen wird zentralstaatlich koordiniert und fungiert sehr viel häufiger als in Deutschland als Notfall-Ambulanz. Schließlich gibt es in Frankreich keine kassenärztliche Selbstverwaltung, stattdessen wird der ambulante Sektor über Verträge zwischen Krankenkassen und konkurrierenden Ärztenverbänden reguliert.

Die Strukturprobleme des französischen Gesundheitswesens ähneln aber weitgehend denen des deutschen. Experten monieren die mangelnde Koordination zwischen Versorgungsstufen sowie die fehlende Patientenzentrierung des Systems. Zudem kam es in den vergangenen Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Gesundheitsausgaben, dem die Einnahmeseite nicht mehr nachkam. Im Jahre 2003 lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt bei 10 Prozent (gegenüber knapp 11 Prozent in Deutschland), und damit um einiges höher als Mitte der 1990er Jahre (um 8,5 Prozent). Ursache waren neben dem Abflauen des Wirtschaftswachstums vor allem steigende Arzneimittelausgaben und zuletzt auch – vor allem arbeitsmarktpolitisch bedingt⁵ – wachsende Aufwendungen für die Krankenhausversorgung. Die Probleme auf der Einnahmeseite haben allgemein damit zu tun, dass Einnah-

men der Sozialversicherung vielfach für andere Zwecke verwendet werden (zum Beispiel Niedriglohnsubventionen).

Auch die Reformpolitik der letzten Jahre war teilweise mit den Entwicklungen in Deutschland vergleichbar (beispielsweise im Hinblick auf die Erhöhung von Selbstbeteiligungen oder die wachsenden Bemühungen zur Kostensteuerung auf der Angebotsseite). Daneben gab es zuletzt eine Reihe frankreichspezifischer Entwicklungen: Erstens wurde im Bereich der Arzneimittelversorgung zuletzt auf eine deutliche Verknappung der erstattungsfähigen Produkte hingearbeitet, auch um damit auf die im internationalen Vergleich exorbitant hohen Arzneimittelausgaben pro Kopf (30 Prozent höher als in Deutschland) zu reagieren. 2003 wurde beschlossen, die Kostenerstattung für über 600 Medikamente mit „mittlerer Wirkungsqualität“ deutlich abzusenken. Zweitens gibt es das in Deutschland erst jüngst zum Durchbruch kommende Hausarztmodell in Frankreich bereits seit Anfang der 1990er Jahre (auf freiwilliger Basis und für eine beschränkte Zielgruppe): Patienten konnten sich für ein Jahr an einen Referenzarzt („médecin référent“) als „Erstkontaktstelle“ binden und mussten dafür – anders als im übrigen ambulanten Sektor vielfach üblich – weder Privatgebühren entrichten noch die Honorare vorstrecken. Drittens wurde – was die Finanzierungsseite betrifft – die oben bereits erwähnte steuerähnliche Sozialabgabe (CSG) sukzessive ausgebaut, was im Übrigen nicht zur Infragestellung der selbstverwalteten Kassen als Träger des Versicherungssystems geführt hat. Schließlich wurde 2003 mit der Einführung eines dem deutschen Modell ähnelnden, fallpauschalenbasierten Vergütungssystems im Krankenhaussektor begonnen, dieses aber mit einem Sonderbudget gekoppelt, aus dem dauerhaft die Erfüllung von staatlich definierten Versorgungszielen (zum Beispiel territorial einheitliche Basisversorgung) jenseits der Fallpauschalenfi-

nanzierung honoriert werden soll.⁶ Ungeachtet dieser Maßnahmen war der Reformbedarf zuletzt jedoch unübersehbar: Nachdem bis zur Jahrtausendwende annähernd ausgeglichene Kassenbudgets erreicht werden konnten, kam es in der Folge zu wachsenden Defiziten: Im Jahre 2004 verzeichneten die Kassen ein Minus von 14 Milliarden Euro, ferner hatten sich 35 Milliarden Euro Schulden angehäuft. Entsprechend sah sich die Regierung zu umfassenden Maßnahmen veranlasst.

Die Achsen der Reform

Die im Sommer 2004 verabschiedete Gesundheitsreform ist in zweierlei Hinsicht konservativ: Einerseits bleibt die Gesamtarchitektur des Gesundheitssystems unangetastet – man wollte gewissermaßen systemtreu umsteuern, die Reform sollte „niemanden ärgern“⁷, wengleich Premierminister Raffarin in einem Radiointerview erklärte, er „mache Reformen für die nächsten 20 Jahre“.⁸ Andererseits wurde eine Reihe von Maßnahmen mit klassischen konservativen Argumenten begründet: Die Inanspruchnahme öffentlicher Mittel rechtfertige extensive staatliche Kontrollen und setze ein höheres Maß an Selbstdisziplin auf Seiten der Versicherten voraus. Die entsprechenden Reformmaßnahmen bleiben indes überwiegend im Rahmen altbekannter Kostendämpfungsstrategien. Konservativ erscheint sicherlich auch die Schonung der Ärzte. Für sie gibt es sogar erweiterte Möglichkeiten, von den Kassenpatienten Privathonorare einzufordern. Neue Impulse sind vor allem dort erkennbar, wo bislang zögerliche Versuche einer zentral moderierten, sich auf medizinische Kriterien stützenden Rationalisierung des Steuerungs- und Versorgungssystems auf solidere Grundlagen gestellt werden.

Im Einzelnen weist die Reform drei Achsen auf. Die erste betrifft Maßnahmen der Versorgungssteuerung:

- Praktiken, die von der Krankenversicherung als missbräuchliche Leistungsanspruchnahme beziehungsweise -veranlassung eingestuft werden (vor allem überdurchschnittlich hohe Transportkosten oder Krankschreibungen), sollen einer verschärften Kontrolle durch die Kassen unterzogen werden; in solchen Fällen stehen weitere Leistungen unter Genehmigungsvorbehalt.
- Alle Patienten sollen sich auf einen „behandelnden Hauptarzt“ festlegen, den sie bei jeder Leistungsanspruchnahme zuerst aufzusuchen haben. Andernfalls ist ein erhöhter Eigenbehalt fällig. Dies folgt dem oben genannten fakultativen Referenzarztssystem und ist grob vergleichbar mit dem deutschen Hausarztmodell, jedoch muss es sich nicht zwingend um einen Allgemeinmediziner handeln.
- Es wird (bis 2007) eine vom „behandelnden Hauptarzt“ zu verwaltende, obligatorische Patientenakte eingeführt, die mit der elektronischen Gesundheitskarte gekoppelt werden soll. Diese Akte soll streng gegen Missbrauch geschützt werden. Zum Beispiel soll strafrechtlich verfolgt werden, wer – auch mit Zustimmung des Betroffenen – vor Abschluss von Versicherungs- oder Arbeitsverträgen Daten der Akte ein sieht.
- Das bereits Anfang 2004 eingeführte „Versorgungsprotokoll“ für die derzeit 5,7 Millionen Personen mit einem zuzahlungsbefreienden Chronikerleiden (die circa 50 Prozent der Krankenkassenausgaben verursachen) wird nun regelmäßig vom medizinischen Dienst eingesehen und soll bestimmten Kriterien folgen, die von einer neu geschaffenen zentralen Gesundheitsbehörde erarbeitet werden.
- Es wird eine französische Variante der „Praxisgebühr“ in Höhe von 1 Euro je Praxisbesuch (also nicht quartalsweise, bei einer Höchstgrenze von 30 Euro im Jahr) eingeführt. Das eigentlich Neue besteht darin,

dass deren Erstattung durch Zusatzversicherungen für diese (steuerrechtlich) unattraktiv wird. Bezieher der Grundsicherung (CMU), Kinder und Jugendliche, Schwangere und ambulante Notfall-Klinikpatienten werden von der Gebühr befreit; gleichzeitig kommt es zu einer schrittweisen Erhöhung der Krankenhaustagespauschale von jetzt 13 auf 16 Euro (in 2007).

Als zweite Achse der Reform gelten Maßnahmen zur Reorganisation der „governance“ des Gesamtsystems:

- Es wird ein Kassenverbund eingerichtet, der aus den bislang lose gekoppelten Kassen für Arbeitnehmer, Landwirte und Selbständige besteht. Der Verbund übernimmt vom Staat Zuständigkeiten wie die Festlegung von Erstattungs- und Selbstbehaltquoten, was ein echtes Novum darstellt. Die Krankenkassen werden zudem selbständiger bei der Aushandlung von Verträgen mit (nicht-stationären) Leistungsanbietern, die zukünftig nicht mehr von der Regierung aus Gründen der Nichtvereinbarkeit mit Kostensteuerungszielen suspendiert werden und zudem Sonderbeihilfen für Praxisgründungen in Problemregionen vorsehen können.
- Gegründet wird eine zentrale Gesundheitsbehörde („Haute autorité de santé“), die der Staat mit Experten besetzt und die unter anderem medizinisch begründete Richtlinien für die Arzneimittelverordnung aufstellen soll.
- Die Zusatzversicherer (auch die kommerziellen) werden an Verträge mit Leistungsanbietern „assoziiert“ und können solche Verträge mitunterzeichnen; dadurch soll erreicht werden, dass die bislang zwischen Basis- und Komplementärssystem kaum koordinierte Kostensteuerung im nicht-stationären Versorgungsbereich (zum Beispiel hinsichtlich der Frage, wer welche Kosten erstattet) harmonisiert wird.

Die Regierung verspricht sich von diesen Reorganisationsmaßnahmen und der Verbesserung der Versorgungssteuerung Einsparungen in Höhe von circa 10 Milliarden Euro – ein Ertrag, der jedoch selbst regierungsintern angezweifelt wird.⁹ Offensichtlich ist, dass die Regierung angesichts einer Wirtschaftswachstumsprognose von 2,3 Prozent für 2004 auch auf Einnahmezuwächse hofft. Weitere 5 Milliarden Euro sollen durch Maßnahmen auf der Finanzierungsseite erzielt werden:

- Die steuerähnliche Sozialabgabe (CSG) wird angehoben. Der Anstieg ist geringfügig für Arbeitnehmer und Erwerbslose und trifft stärker Rentner und Kapital- beziehungsweise Vermögenserträge; am stärksten fällt sie für Glücksspielgewinne aus. Unternehmen zahlen einen Aufschlag auf die bereits bestehende Solidaritätsabgabe (0,16 anstelle von 0,13 Prozent auf Umsätze von mehr als 760 000 Euro). Zusätzlich wird die an die CSG angelehnte sogenannte „Schuldentilgungskassenabgabe“ leicht erhöht und bis auf weiteres entfristet.¹⁰
- Ein Teil des Aufkommens der Tabaksteuer (gut 1 Milliarden Euro) wird in die Krankenversicherung (zurück) überführt.

Als weitere Maßnahme führt die Regierung Zuwendungen der Krankenkassen (im Umfang von circa 300 Millionen Euro) an den Komplementärsektor ein. Damit sollen dort Versicherungsverhältnisse für Personen subventioniert werden, die bislang keine Ansprüche auf die Grundsicherung (CMU) hatten und deren Einkommen bis zu 15 Prozent oberhalb der für diese geltenden Bewilligungsgrenze liegt. Die Gelder werden den Sozialfonds der Krankenkassen entnommen, die daraus bislang Härtefallhilfen und Präventionsmaßnahmen finanziert haben. Damit kehren de facto Elemente des Solidarprinzips in die Zusatzversicherung zurück: Nachdem die genossenschaftlichen Träger in

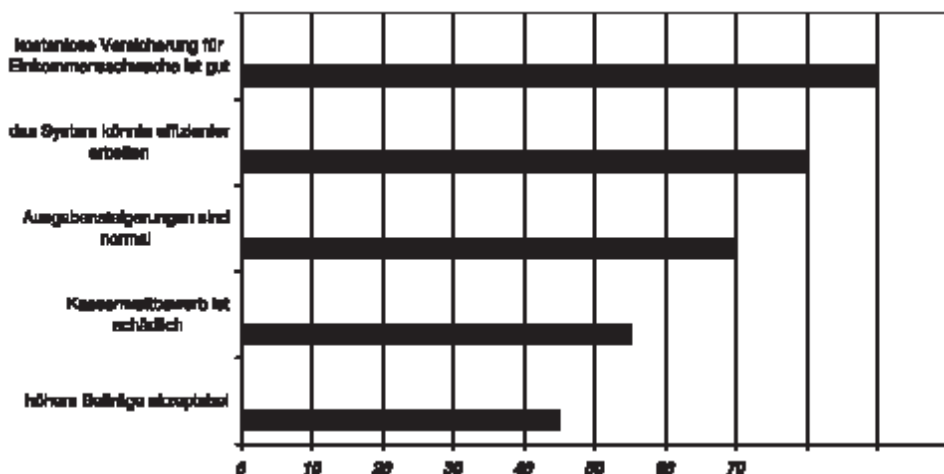
den letzten Jahrzehnten zunehmend dazu übergegangen waren, von ihren Mitgliedern altersrisikoäquivalente Prämien zu fordern (was bei Privatversicherungen schon immer der Normalfall war), erhalten ältere Personen nun eine höhere Zuwendung als jüngere (vorgesehen sind 250 Euro jährlich für Personen über 60 Jahre gegenüber 50 Euro für Personen unter 25 und 150 Euro für alle anderen).

Warum diese und keine andere?

Vergleicht man die Ausrichtung der Reform grob mit ihrem deutschen Pendant, so wird leicht erkennbar, dass sie zwar teilweise ähnliche Mechanismen zur Rationalisierung der Systemsteuerung vorsieht, dabei aber sehr viel weniger systemverändernd ausfällt. Das liegt nur zum Teil daran, dass bestimmte Mechanismen (wie etwa Barleistungen gegenüber Ärzten) in Frankreich bereits seit langem Usus sind. Auch die in Deutschland sehr

viel stärkere Ausweitung von Zuzahlungen besonders bei Heil- und Hilfsmitteln holt zum Teil nur nach, was in Frankreich bereits existiert – wobei zu berücksichtigen ist, dass das Einspringen von Zusatzversicherungen hier fest institutionalisiert ist und diese mehrheitlich nicht-kommerziell ausgerichtet sind. Systemverändernd sind in Deutschland vielmehr die Verlagerung von Erstattungen für eine Reihe von Leistungen (zum Beispiel Sehhilfen, mittelfristig wohl auch Zahnersatz) in den Privatversicherungsbereich sowie die deutliche Ausweitung des Krankenkassenwettbewerbs auch im Hinblick auf das Angebot von Zusatzleistungen. In Frankreich bleibt der Wettbewerb auf ein Zehntel des Versorgungsvolumens (i.e.: den Komplementärbereich) beschränkt, außerdem zahlt die gesetzliche Versicherung in begrenztem Umfang weiterhin für Leistungen, die in Deutschland ausgegrenzt worden sind.

Abb. 1: Einstellungen der Franzosen zu Prinzipien der Gesundheitspolitik (Zustimmungsquoten in Prozent der Befragten)



Quelle: Boisselot, Pierre: Santé, famille, protection sociale, exclusion: les opinions des Français de 2000 à 2003. DREES Études & Résultats No. 223, Paris.

Warum nun aber diese und keine andere, zum Beispiel stärker am deutschen „Vorbild“ orientierte Reform? Um diese Frage zu beantworten, erscheint zunächst ein Meinungspanorama hilfreich, wie es aus einer repräsentativen Umfrage zu Prinzipien der Gesundheitspolitik hervorgeht (siehe Abb. 1). Der Befragung zufolge zeigte sich im Vorfeld der Reform mehr als die Hälfte der Besserverdienenden (der Wert für die Gesamtbevölkerung liegt bei gut 40 Prozent) bereit, höhere Beiträge für die Krankenversicherung zu zahlen. Die Einführung eines offenen Wettbewerbs fand bei einer Mehrheit keine Zustimmung, wobei in der Befragung auf eine Konkurrenz zwischen privaten und öffentlichen Krankenkassen abgestellt wurde.¹¹ Über zwei Drittel der Franzosen stimmten der Aussage zu, dass es normal sei, wenn die Ausgaben für Gesundheit in einem hochentwickelten Industrieland ansteigen. Gleichzeitig hielt indes eine noch größere Zahl von Franzosen eine effizientere Systemsteuerung für möglich und erforderlich. Überwältigend scheint schließlich die Zustimmung für die kostenlose Grundabsicherung (CMU). Kurzum: Eine tendenziell universalistische, öffentlich regulierte Gesundheitsversorgung wird relativ eindeutig – und Schichten übergreifend – für positiv befunden, wenngleich die Bereitschaft, für ansteigende Ausgaben auch einen entsprechenden Beitrag zu leisten, weniger stark ausgeprägt ist.

Für die Ausrichtung der Reform ist ferner wesentlich, dass die Regierung durchaus schmerzhaft Erinnerungen an die (im Vergleich zu Deutschland vergleichsweise milde) Rentenreform aus dem Vorjahr hatte, gegen die Millionen von Franzosen auf die Straßen gegangen waren. Die Rentenreform wurde zwar durchgesetzt, galt aber als einer der Gründe für den Erdrutschsieg der diese Reform ablehnenden Linken bei den Regionalwahlen im März 2004. In der Debatte um die Gesundheitsreform gab es zwar Stimmen für weiter reichende Systemveränderungen¹².

Wirtschafts- und Finanzminister Sarkozy sprach sich für die Übertragung von Prinzipien der Privatassekuranz in die Krankenversicherung aus: Im Sinne einer Beitragsrück-erstattungslogik sollten alle Franzosen jährlich (zusätzliche) 100 Euro als Eigenbehalt übernehmen, der ihnen im Falle der Gesundung der Kassenfinanzen dann wieder zurückgegeben werden sollte.¹³ Zudem war der Regierungsdiskurs durch klassisch konservative Attitüden geprägt: Beklagt wurde ein ungezügelter Leistungsmissbrauch sowie Verantwortungslosigkeit bei den Versicherten.

Gleichzeitig war aber augenfällig, wie im Vorfeld der Reform ein die oben genannten sozialstaatlichen Prinzipien bekräftigender Reformkonsens gesucht wurde. Ein von der Regierung in Auftrag gegebener Expertenbericht vom Januar 2004 votierte einstimmig für den Erhalt bestehender Systemstrukturen und beschrieb die relative Zunahme der Gesundheitsausgaben an der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung als unumgänglich. In ihrem Kommentar zum Gesetzentwurf bestätigte die Regierung dann auch wesentliche Eckpfeiler des bestehenden Systems, so etwa das Prinzip des gleichen Zugangs aller zu Versorgungsleistungen und der Finanzierung nach Leistungsfähigkeit. Seinen Reformentwurf, der den Prinzipien des etablierten Gesundheitssystems weitgehend treu bleibt und die Umsteuerungsbemühungen in diesem Rahmen belässt, bezeichnete der Gesundheitsminister denn auch als „sozialliberal“.¹⁴

Trotzdem gab es in der politischen Öffentlichkeit sehr viel mehr Reformkritik als hierzulande. Nicht nur die Gewerkschaften zeigten sich kritisch und sprachen vom „Anfang der Privatisierung der Krankenversicherung“.¹⁵ Auch die politische Opposition ging auf Distanz. Die ehemalige Arbeits- und Sozialministerin Aubry veröffentlichte schon Ende 2003 einen Gegenentwurf¹⁶, der einen gänzlich anderen Reformdiskurs selbst der „gemäßigten“ Linken signalisierte. Dieser

verlangte zum Beispiel den Ausstieg aus der Einzelleistungsvergütung im ambulanten System sowie Kopfpauschalen für bestimmte ärztliche Leistungen (Prävention, Weiterbildung, Qualitätsprogramme); vorgeschlagen wurde zudem die Umstellung der Arbeitgeberbeiträge auf eine Wertschöpfungsabgabe sowie die Verdopplung der Sozialabgabe (CSG) auf Unternehmensgewinne. Ferner warb man für eine evaluationsbasierte Reduzierung der Arzneimittelausgaben pro Kopf der Bevölkerung um 20 Prozent in den nächsten drei Jahren. Schließlich wurde die spürbare Erhöhung des oben genannten Sonderbudgets für aus der Fallpauschalenfinanzierung ausgegliederte Versorgungsaufgaben der öffentlichen Krankenhäuser gefordert. Anders als in Deutschland gibt es mithin in Frankreich keinen Konsens in Richtung marktorientierter Sozialreformen.

Deutsche Fragen – französische Antworten?

Die Erfahrungen aus Frankreich verweisen auf die Pfadabhängigkeit von Reformen, auf die Rolle wohlfahrtskultureller Prinzipien, aber auch auf die Vielfalt von Reformoptionen. Betrachtet man gegenwärtige Reformdebatten in Deutschland, so erscheint es interessant, zwei „Systemfragen“ im Lichte der französischen Verhältnisse näher in Augenschein zu nehmen: die Organisationsstruktur des Kassenwesens und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung.

Was die Organisationsstruktur betrifft, so ist in Deutschland zuletzt darüber gestritten worden, inwieweit der Kassenwettbewerb nicht Verwaltungskosten in die Höhe treibt und eine Schuldenpolitik einzelner Kassen provoziert. Unklar ist derzeit auch, wie weit die ausgebauten Möglichkeiten einer selektiven „Einkaufspolitik“ von Kassen bei einzelnen Anbietern nicht die Ausbildung (noch) unterschiedlicher(er) Versorgungsniveaus befördert. In Frankreich verspricht man sich

offensichtlich von einer Kassenkonkurrenz ebenso wenig wie von einer stärker wettbewerblichen Organisation des Angebots. Ziel ist mehr denn je eine Krankenversicherungspolitik aus einer Hand. Die Vertragspolitik mit ambulanten Leistungserbringern sowie die Steuerung des stationären Sektors sind zwar teilweise regionalisiert, bleiben aber zentral moderiert. Wettbewerb bleibt auf die freiberuflichen Anbieter sowie den Zusatzversicherungssektor beschränkt, der allerdings durch den faktischen Ausschluss von Gesundheitschecks sowie die oben genannte Prämiensubventionierung sozial reguliert ist. Ganz offensichtlich ist eine solche Steuerung kompatibel mit einem Versorgungssystem ohne Wartelisten und mit freier Anbieterwahl, und internationale Gesundheitsdaten lassen diesen (französischen) Weg der Systemsteuerung als durchaus satisfaktionsfähig erscheinen.¹⁷

Gegenwärtig weit stärker in der deutschen Reformdiskussion ist die Umstellung der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung – es geht darum, das bestehende Beitragssystem aufzubrechen und dabei soziale Verwerfungen zu vermeiden. Betrachtet man die in diesem Streit vorgetragenen Argumente, so sind die französischen Verhältnisse eher irritierend: Die Arbeitgeberbeiträge, um deren Absenkung es in Deutschland vorwiegend zu gehen scheint, werden nur im Niedriglohnbereich entlastet, verbleiben ansonsten aber auf hohem Niveau. Gleichzeitig hat es einen reibungslosen Übergang zu einer quasi-steuerförmigen Finanzierung von Krankenkassen über die verschiedene Einkommensarten (ohne Beitragsbemessungsgrenze) erfassende Sozialabgabe (CSG) gegeben.¹⁸ Hinzu kommen die Kopfpauschalen im Komplementärsektor (siehe Abb. 2). Dieser Mix hat die Defizitentwicklung nicht verhindern können, wird aber in Frankreich als sozial ausgewogen betrachtet und hat sich in der Vergangenheit auch nicht unbedingt als

wachstumsfeindlich erwiesen. Möglicherweise hat er dazu beigetragen, dass es vergleichsweise bruchlos zu einer Anpassung der Einnahmeseite im System kommen konnte und die Reformpolitik weniger als in

Deutschland das Gefühl erzeugt, dass Finanzierungslasten ungleich verteilt werden. Und das ist reformpolitisch alles andere als unerheblich.

Abb. 2: Finanzierung der Krankenversicherung in Frankreich ab 1.1.2005

Abgabenart	Abgabenhöhe (in % des Einkommens)
Arbeitnehmerbeitrag ohne Beitragsbemessungsgrenze	0,75 %
Arbeitgeberbeitrag ohne Beitragsbemessungsgrenze	12,80 %
Generalisierte Sozialabgabe (CSG)	(circa zwei Drittel des Aufkommens für die Krankenversicherung)
auf Erwerbseinkommen	7,5 %
auf Kranken- und Arbeitslosengeld	6,2 %
auf Alters- und Invaliditätsrenten	6,6 %
auf Kapitaleinkommen	8,2 %
auf Vermögenserträge	8,2 %
auf Glücksspielerträge	9,5 %
Beiträge zur Zusatzversicherung - voller Beitrag - ermäßigter Beitrag	35 – 45 Euro/Monat ¹⁹ minus circa 5 – 20 Euro/Monat ²⁰
Kostenlose Basis- und Zusatzversicherung für Personen mit einem Jahreseinkommen unter 6 700 Euro (plus Angehörigenzuschläge).	

- 1 „Die Welt“, 19.5.2004.
- 2 „Handelsblatt“, 21.7.2004.
- 3 Grundzüge des Systems sind zusammengefasst in *Bode, Ingo*: Die Regulierung des Gesundheitssystems in Frankreich und Deutschland. In: *Neumann, Wolfgang / Laurain, Jean* (Hg.): Welche Zukunft für den Sozialstaat? Reformpolitik in Frankreich und Deutschland. Leske & Budrich / Verlag für Sozialwissenschaften, Opladen 2004, S. 103–134. Sowie in *Rodwin, Victor*: The Health Care System Under French National Health Insurance. In: *International Perspectives Forum* (93) 1/2003, S. 31–37. Zur Reformpolitik der letzten Jahre vgl. auch *Bode, Ingo / Veil, Mechthild*: Arbeit, Gesundheit, Renten. Die ungleiche Entwicklung des Sozialstaates in Frankreich und Deutschland. In: *DOKUMENTE*, 3/2003, S. 24–46.
- 4 Insbesondere die aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen ausgegliederten Leistungen für Arzneimittel sind zuletzt verstärkt durch die Zusatzversicherungen übernommen worden – was naturgemäß zur Erhöhung ihrer Prämien führte.
- 5 Die zwischen 1997 und 2001 amtierende Regierung hatte eine drastische Arbeitszeitverkürzung im stationären Sektor beschlossen und entsprechende Neueinstellungen auf den Weg gebracht (die allerdings kurzfristig nicht zu bewältigen waren, was Überstundenzuschläge für das bereits vorhandene Personal zur Folge hatte).
- 6 In der deutschen Debatte ist auf die problematischen Rationalisierungseffekte der Fallpauschalenfinanzierung verwiesen worden, weil vom realen Versorgungsaufwand unabhängige Vergütungen (für bestimmte, „diagnostic related groups“ zugeordnete, Behandlungen) Anreize für medizinisch nicht angezeigte Maßnahmen wie etwa vorzeitige Entlassungen schaffen. Die Sonderbudgets in Frankreich wirken hier partiell entlastend.
- 7 So ein Kommentar des „L'Express“, 14.6.2004.
- 8 „Europe 1“, 29.6.2004.
- 9 Kurz vor Verabschiedung der Reform brachte eine Wirtschaftszeitung ein Gutachten aus dem Finanzministerium an die Öffentlichkeit, das die anvisierten Spareffekte als unrealistisch einschätzte (vgl. „Les Échos“ 25.6.2004).
- 10 Die durch eine Sonderabgabe in Höhe von 0,5 Prozent aller Einkommen gespeiste „Tilgungskasse“ war – befristet bis 2014 – für die Rentenversicherung geschaffen worden, um bestehende Schulden abzubauen; nun übernimmt sie auch den Schuldenberg der Krankenversicherung, was dieser Zinsersparnisse von 1 Milliarde Euro einbringen wird.
- 11 Hintergrund dafür ist, dass Privatversicherungen immer wieder versucht haben, sich dem Staat als Ersatz für die gesetzlichen Krankenkassen anzudienen. Ein Versicherungskonzern hat zum Beispiel Ende der 1990er Jahre den Vorschlag unterbreitet, die Krankenversicherung für den Pariser Großraum zu übernehmen, und zwar auf der Grundlage staatlicher Vorgaben (Kontrahierungszwang, sozialisierte Finanzierung) und bei freier Gestaltung der Beziehungen zu den Leistungsanbietern. Ähnliche Vorschläge haben die Unternehmerverbände und auch einzelne Politiker bürgerlicher Parteien wiederholt ins Spiel gebracht.
- 12 *Laurent, Daniel*: Assurance maladie: Contribution au débat. In: *Montbrial, Thierry de* (Hg.): Retraites, santé: n'est-il pas trop tard? PUF, Paris 2002, S. 99–111.
- 13 Vgl. das Interview des Wirtschafts- und Finanzministers *Sarkozy* für die Wirtschaftszeitung „Les Échos“, 23.6.2004, sowie „Libération“, 27.6.2004.
- 14 In einem Interview für „Le Parisien“, 17.7.2004.
- 15 „Force Ouvrière Héβδο“ (14.7.2004). Die anberaumten Gewerkschaftskundgebungen waren allerdings vergleichsweise schwach besucht.
- 16 *Aubry, Martine* (Koordinatorin): L'important, c'est la santé. Éditions de l'Aube, Paris 2003.
- 17 Jedenfalls zeigen OECD-Vergleiche, dass es wettbewerblich regulierte Systeme gibt, die kostenintensiver sind; laut WHO hat Frankreich zudem ein exzellentes Versorgungsniveau.
- 18 Ein Teil dieser Abgaben ist steuerlich abzugsfähig.
- 19 Geschätzte Durchschnittswerte für genossenschaftliche Anbieter auf der Basis von 2001, variiert je Versicherungsträger und -komfort, (separate) Versicherung von Familienmitgliedern eingeschlossen, vgl. *Roussel, Philippe*: Les mutuelles en France: un panorama économique en 2001. DREES Études & Résultats No. 299, Paris 2004.
- 20 Je nach Alter.