

Sonderweg im Mainstream

Neue Entwicklungen in Frankreichs Gesundheitswesen

Ingo Bode*



Geht es um die Zukunft des Gesundheitssystems, so gibt es auch in Frankreich viele Bestrebungen, dem internationalen Mainstream zu folgen: Bei genauerem Hinsehen finden sich aber nicht wenige – typisch französische – Besonderheiten.

Auch im französischen Gesundheitswesen gibt es zunehmend wettbewerbliche Strukturen auf der Anbieter- und Nachfrageseite: Das betrifft zum Beispiel den für das französische System bedeutsamen Bereich der Zusatzversicherungen, in dem Bürger, Betriebe und Tarifpartner von einer Vielzahl konkurrierender Anbieter umworben werden. Überdies lassen sich Tendenzen erkennen, Versorgungsprozesse stärker marktförmig zu organisieren, zum Beispiel durch Individualverträge zwischen Kassen und Ärzten oder „leistungsabhängige“ Vergütungen im Krankenhaussektor. Gleichzeitig wird versucht, primärmedizinische Leistungserbringer als *Gatekeeper* einzusetzen und Versorgungsangebote passgenauer miteinander zu verzahnen. Man will – paradoxerweise – mehr Vernetzung und mehr Markt beziehungsweise Wettbewerb bei der Regulierung des Versorgungsgehehens.

Andererseits färben die gewachsenen wohlfahrtskulturellen Traditionen Frankreichs die Umbaustrategien in besonderer Weise ein. So setzt man jenseits des Rheins für maßgebliche Teilbereiche des Gesundheitssystems noch immer auf den Primat der Politik. Markt und Wettbewerb gelten nicht, wie etwa in Deutschland, per se als „natürliche“ Instrumente einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung. Überdies misst man deren sozialen Rahmenbedingungen in der Öffentlichkeit eine große Bedeutung bei. Aus dieser Gemengelage ergibt sich eine widerspruchreiche Entwicklungsdynamik, die, blickt man auf die

Verhältnisse in anderen Ländern, durchaus auf den Fortbestand einer „*exception française*“ verweist.

Französische Besonderheiten

In seinen Grundzügen ähnelt das französische Gesundheitssystem seinem deutschen Pendant. Wie hierzulande gibt es paritätisch (selbst-)verwaltete gesetzliche Krankenkassen (getrennt (für Landwirte, Selbstständige, Beamte und Arbeitnehmer), die (arbeitgeberseitig) durch einkommensabhängige Beiträge finanziert werden und dabei Versorgungsprozesse mitgestalten (schwerpunktmäßig im ambulanten Sektor). Der stationäre Bereich ist wie in Deutschland mehrgliedrig organisiert und wird von einem starken öffentlichen Pfeiler geprägt. Im ambulanten Sektor dominieren freiberuflich niedergelassene Haus- und Fachärzte.

Ungeachtet dieser Gemeinsamkeiten mit dem deutschen System gibt es indes französische Besonderheiten. So finden sich in Frankreich Ansätze einer Bürgerversicherung: Die Krankenversicherung ist für Einkommensschwache kostenlos (*Couverture maladie universelle*, CMU). Die Arbeitnehmerbeiträge sind in steuerähnliche Abgaben überführt worden, die auch auf Kapital- und Renteneinkommen erhoben werden. Gleichzeitig decken die gesetzlichen Kassen nur 77 % der Versorgungsaufwendungen ab (Wert für 2006); lediglich für die knapp 8 Millionen chronisch Kranken ist die Versorgung zuzahlungsfrei. Das Gros

* PD Dr. Ingo Bode lehrt am Fachbereich Bildungs- und Sozialwissenschaften der Bergischen Universität Wuppertal.

der Franzosen ist deshalb gleich zweimal krankenversichert: Neben die Pflichtmitgliedschaft im BasiSystem treten Zusatzversicherungen auf Kopfpauschalbasis, die zu zwei Dritteln von genossenschaftlichen Anbietern verwaltet werden. Zahlreiche Arbeitnehmer sind dabei über Branchenbeziehungsweise Betriebsvereinbarungen abgesichert. Einkommensschwache erhalten die Zusatzversicherung (für Kernleistungen) beitragsfrei, Personen mit Einkünften knapp oberhalb einer Einkommensgrenze erhalten Zuschüsse für eine Zusatzversicherung. Der so genannte Komplementärsektor trägt 13 % aller Gesundheitsausgaben; der Rest verbleibt beim (kranken) Bürger.

Anders als in Deutschland gibt es in Frankreich keinen Kassenwettbewerb im gesetzlichen System. Zudem wird das öffentliche Krankenhauswesen zentralstaatlich koordiniert; es erfüllt in weiten Teilen des Landes primärärztliche Versorgungsfunktionen. Der private Kliniksektor hat eine lange Tradition und war lange Zeit auf fachchirurgische Interventionen spezialisiert sowie kleinbetrieblich strukturiert; private Ketten sind bislang marginal. Schließlich gibt es in Frankreich keine kassenärztliche Selbstverwaltung, stattdessen wird der ambulante Versorgungsbereich über Verträge zwischen Krankenkassen und konkurrierenden Ärztenverbänden reguliert. Bemerkenswert ist, dass niedergelassene Ärzte (in bestimmten Maße) die Möglichkeit haben, zusätzlich zu den Kassentarif-Direkthonorare einzufordern.

Reformwege und Barrieren

Blickt man auf jüngere Systementwicklungen, so ergibt sich ein vielschichtiges Bild. Einerseits sucht man in Frankreich Wege zu eigenständigen Systeminnovationen. Die Regierung Fillon hat beispielsweise im Frühjahr 2008 angekündigt, in unterversorgten Regionen die Einrichtung von 100 *Maisons de santé* als integrierte Gruppenpraxen zu fördern. Ein zeitgleich verabschiedeter so genannter *Plan Santé Jeunes* sieht kostenlose Gesundheitschecks für 18–25-Jährige vor. Ferner unterstützt die Regierung eine Initiative der Sozialpartner, die auf nationaler Ebene über Maßnahmen gegen den wachsenden Arbeitsstress beraten

und dazu Anfang Juli 2008 einen landesweiten Tarifvertrag verabschiedet haben. Betont wird hier und in vielen anderen Initiativen stets der soziale Kontext der Gesundheitsversorgung. Der Reformdiskurs ist dabei stark geprägt von Hinweisen auf Ungleichheitsprobleme – so etwa im so genannten *Rapport Larcher*, einem im Frühjahr 2008 erschienenen, einflussreichen Expertenbericht.

Andererseits lassen sich auch in Frankreich viele der aus anderen Ländern bekannten Innovationsblockaden beobachten. So laufen Versuche der maßgeblichen Entscheidungsinstanzen, Leistungserbringer stärker in die Verantwortung zu nehmen, weitgehend ins Leere beziehungsweise beschränken sich darauf, die Anbieter finanziell kürzer zu halten. Die Dynamisierung der Arzthonorare ist Ende 2007 eingefroren und von Erfolgen bei der Kostendämpfung abhängig gemacht worden. Die Regierung hat Krankenkassen und Ärztenverbände beauftragt, Maßnahmen zur Förderung von Niederlassungen in unterversorgten Gebieten zu vereinbaren. Sie hat ferner die Kassen ermächtigt, niedergelassenen Ärzten Einzelverträge mit „leistungsabhängiger Honorierung“ anzubieten – vorrangig im Bereich Vorsorge und Generikaverordnung. Die Verhandlungen dazu sind im Frühjahr 2008 aufgenommen worden, aber ihr Ausgang ist derzeit noch ungewiss: Die Kassenärzte fordern allgemeine Honoraranhebungen und wehren sich gegen geplante Einschränkungen bei der Privatliquidation. Diese hat zuletzt massiv zugenommen und dazu geführt, dass im ambulanten Sektor de facto vor allem die Versicherten belastet wurden.

Gleiches zeigt sich bei den Versuchen, dem Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln entgegenzutreten. Dieser Zuwachs überschreitet in Frankreich traditionell denjenigen bei anderen Kostenpositionen – was laut Analysen der Nationalen Krankenkasse (etwa zur Hälfte) auf die Verordnung von Produktinnovationen mit oft zweifelhaftem therapeutischem Zusatznutzen zurückzuführen ist. Auf diese inflationäre Preisdynamik reagierten die Kassen einerseits mit Bestrebungen, das ärztliche Ordnungsverhalten zu ändern, vor allem mit dem Ziel einer höheren Generikaquote bei der Arzneimittelversorgung. Andererseits aber wurde wiederholt, zuletzt im Jahre 2007, auf das

Instrument der Leistungsausgrenzung zurückgegriffen – also auf eine Kostendämpfungsstrategie, die wiederum vor allem die Versicherten belastet.

Der im Oktober 2008 vom Ministerrat verabschiedete Kostendämpfungsplan zielt nicht zuletzt auf die Verbesserung der Einnahmeseite. Geplant ist die Ausweitung der Abgabepflicht auf bislang nicht erfasste Einkommenselemente, vor allem im Bereich der (in Frankreich teilweise gesetzlich vorgeschriebenen) Arbeitnehmergewinnbeteiligungen. Hinzu kommt eine neue Steuer auf den Umsatz der Zusatzversicherungen (4 %), um damit die Versicherungszuschüsse für Niedrigeinkommensbezieher auszubauen. Gleichzeitig sollen die Zusatzversicherer an Kostensteuerungsprozessen vor allem im Bereich der Vertragsverhandlungen für den ambulanten Sektor beteiligt werden, etwa hinsichtlich der sie zunehmend belastenden Privatliquidationen. Vorgesehen ist auch der Transfer von Mitteln aus der Unfallversicherung in die Krankenversicherung, weil letztere – so die Regierung – vielfach Kosten für nicht-deklarierte Arbeitsunfälle tragen muss.

Die Kosten sollen jedoch vor allem dadurch langsamer steigen, dass die Entscheidungsprozesse im System rationalisiert werden. Kernziele sind dabei eine gleichmäßigere regionale Verteilung der Versorgungsangebote sowie der Aufbau neuer integrierter Steuerungsbehörden (*Agences régionales de santé*), verbunden mit der Ablösung der bis dato hochgradig arbeitsteiligen Lenkungsprozeduren (siehe Abb. 1). Und auch der Krankenhausesektor soll nachhaltig umgebaut werden.

Neue stationäre Versorgung

Bezüglich des Krankenhauswesens finden sich einige der international hervorstechenden Wandlungstendenzen auch in Frankreich wieder: Die Liegezeiten haben sich deutlich verkürzt, die Finanzierung wird auf Fallpauschalen umgestellt und insbesondere „Großversorger“ stehen zunehmend unter Kostendruck. Im Privatsektor wächst die Bedeutung von Klinikketten, allerdings überwiegend zu Lasten der in diesem Sektor traditio-

Abb. 1: Steuerungskompetenzen im französischen Gesundheitswesen

	Dependancen der Zentralverwaltung (DRASS – DDASS)	Krankenkassen	Krankenhausagenturen	„Agences régionales de santé“ (ARS, geplant)
Öffentliche Gesundheit und Vorsorge	Aufsicht und Festlegung regionaler Gesundheitsziele	Konzeption von Präventionsprogrammen	Beteiligung der stationären Träger an Präventionsprogrammen	
Ambulanter Sektor	Sicherstellung der ambulanten Versorgung	Finanzierung und Vertragsgestaltung		alles
Stationärer Sektor		Verbesserung der professionellen Berufspraxis	Organisierung, Finanzierung und Maßnahmen zur Verbesserung der Berufspraxis	
Langzeit-Pflegesektor	Organisation und Finanzierung			

Quelle: Rapport Larcher 2008, S.10

nell vorherrschenden kleinen Privatchirurgien. Eine Privatisierung öffentlicher Häuser ist (derzeit) in Frankreich (noch) undenkbar.

Das System der Krankenhausplanung basiert seit einigen Jahren auf dezentralen Zielvereinbarungen zwischen den *Agences régionales de l'hospitalisation* und jeder einzelnen Klinik; die Verletzung der – vor allem das vorzuhaltende Versorgungsangebot und die apparative Ausstattung betreffenden – Vereinbarungen kann finanziell sanktioniert werden, was de facto aber selten vorkommt. 2004 begann die sukzessive Einführung von Fallpauschalen (*tarification à l'activité*, T2A), also der Kassenfinanzierung von Behandlungskosten nach Maßgabe von krankheitsbezogenen Standardkostenprofilen. Für den öffentlichen Sektor bedeutete dies eine große Umstellung: Viele Häuser – zum Beispiel 3/5 der Kliniken im Großraum Paris – klagen über Einnahmeverluste, auch weil sie bislang, anders als ihre deutschen Pendants, kaum Einschnitte beim Pflegepersonal vorgenommen haben. Die Krankenhäuser reagieren mit Outsourcing und der Einrichtung von Verwaltungsgemeinschaften. Viele wagen riskante Investitionen (zum Beispiel in Privatbetten). Zudem gibt es neue personalpolitische Optionen: So können seit 2006 angestellten Ärzten Zusatzvergütungen für vereinbarte Sonderleistungen gewährt werden; Direktoren von kriselnden Häusern erhalten Sanierungsprämien.

Recht flexible Auflagen

Bemerkenswert sind die Sonderprogramme für Übergangshilfen: Defizitären Häusern werden von den Regionalagenturen Sanierungsvereinbarungen (*Contrats de retour à l'équilibre*) angeboten, durch die interne Anpassungsmaßnahmen abgedeckt werden sollen. Solche Maßnahmen zielen auf Personalabbau, vor allem im Bereich der befristet Angestellten, sowie angebotsorientierte Investitionen (wie zum Beispiel den Ausbau von Privatzimmerangeboten). Der Umgang mit solchen Vereinbarungen ist allerdings typisch französisch, werden doch die vertraglichen Auflagen recht flexibel – Kritiker, zum Beispiel Experten der so genannten Sozialinspektion, sagen: zu lax – gehand-

habt. Angesichts der prekären Lage vieler Kliniken setzen die Regionalbehörden vielfach die bei Zielverfehlung vorgesehenen Sanktionen aus; zudem lindern punktuelle öffentliche Hilfen und staatliche Sondermaßnahmen zur Förderung der öffentlichen Gesundheit den mitunter gewaltigen Kostendruck.

Aus deutscher Sicht interessant erscheint überdies die Existenz von Gemeinwohlbudgets (*enveloppes de missions d'intérêt général et de l'aide à la contractualisation*, MIGAC), eines neben die Fallpauschalen tretenden Finanzierungsinstruments. Mit diesen Budgets sollen aus dem Gemeinwohlauftrag der Kliniken resultierende Lasten entgolten werden, unter anderem solche, die mit den – in Frankreich traditionell stark ausgebildeten – Primärversorgungsfunktionen der Notaufnahmen (*urgences*) verbunden sind. Hinzu kommen verbreitet auch gesonderte, auf Personen in prekären Lebenslagen zugeschnittene Fachdienste (*permanences d'accès aux soins de santé*, PASS).

„Managerialistische“ Steuerung

Die derzeit anvisierte Krankenhausreform, die im Januar 2009 endgültig verabschiedet werden soll, lässt all diese Instrumente weitgehend unangetastet. Auch die primärmedizinischen Funktionen der öffentlichen Kliniken stehen nicht zur Disposition. Es ist vielmehr vorgesehen, das Gemeinwohlbudget zu optimieren (mehr Zuwendungen bei einem höheren Anteil von „Sozialfällen“) und den Patienten zu garantieren, dass sie (zu 90 %) binnen 20 Minuten durch die Krankenhaus-Notaufnahme betreut werden.

Zentrales Reformziel ist allerdings die Veränderung der Verwaltungsstruktur. Im Zentrum der konkret anvisierten Maßnahmen steht die finanzielle Förderung von Klinikfusionen, wobei Lokalkliniken in Pflegeheime umgewandelt werden sollen. Hinzu kommt eine Straffung der Entscheidungswege in den Kliniken: Es soll dort nunmehr eine zentrale Spitze geben – ein Vorhaben, welches wohl mit der auch in Frankreich eingespielten Steuerungspraxis kollidiert, in der Manager, Ärzte und Vertreter der Kommunalpolitik gemeinsam für die Politik einer (öffentlichen) Klinik verant-

wortlich sind. Insgesamt scheint es so, als stünde Frankreich vor neuen Gehversuchen in Richtung „managerialistische“ Krankenhaussteuerung – allerdings unter Einbau flexibler Ventile, die den Widerständen und Umsetzungsproblemen Rechnung tragen.

Frankreich bleibt anders

Auch in Frankreich greifen mithin eine ganze Reihe jener Veränderungen, wie man sie aus Gesundheitssystemen anderer Länder kennt. Der Sozialisierungsgrad des Finanzierungssystems wird tendenziell reduziert, das Versorgungsangebot nach Maßgabe harter Kennzahlen (sukzessive) rationalisiert. Dabei gibt es viele Barrieren, doch brechen diese nicht den Trend. Gleichwohl bleibt in Frankreich vieles anders. Auf substantielle Umstellungen in Richtung mehr Markt wird verzichtet; der Strukturwandel vollzieht sich eher latent und mit begrenzter Reichweite. Das liegt nicht zuletzt an einer spezifischen Akteurslandschaft: Der (öffentliche) Gesundheitssektor ist eine Hochburg der Gewerkschaften, die sich im Hinblick auf Vermarktlichungsvisionen relativ kompromisslos zeigen. Mit dem genossenschaftlichen Versicherungssektor existiert zudem ein in Deutschland unbekannter „player“, der – anders als seine gewerbliche Konkurrenz – den Ausbau seiner eigenen Geschäftsdomäne ablehnt.

Überdies sind die Verbände der Anbieter auch in Frankreich durchaus einflussreich. Das gilt für den stationären Bereich, dessen Vertreter zuletzt massive Kritik an der geplanten Engführung der Entscheidungswege in den Kliniken geäußert haben; und es betrifft mehr noch die niedergelassenen Ärzte, deren Verbände sich die Verteidigung der in Frankreich so genannten „*médecine libérale*“ (samt Privatliquidation) auf die Fahnen geschrieben haben, zugleich aber die Kassenmedizin stützen.

Auffällig sind zudem aktuell Aktionsbündnisse wie zum Beispiel das CISS (*Collectif interassociatif sur la santé*), ein Netzwerk von 32 Verbrau-

chergruppen und Interessenverbänden, oder eine 70 Organisationen umfassende Anti-Selbstbeteiligungs-Koalition mit dem Namen *Collectif national contre les franchises*. Solche zivilgesellschaftlichen Initiativen mobilisieren tatkräftig für den Erhalt eines breit gefächerten und von der Solidargemeinschaft finanzierten Versorgungsangebots. Zu ihrem Repertoire gehören mitunter auch Hungerstreiks oder – besonders eindrucksvoll während des letzten Frühjahrs in Carhaix (Bretagne) – machtvolle Demonstrationen zum Erhalt gefährdeter Versorgungseinrichtungen.

Die Eigenheiten des Systemwandels im französischen Gesundheitswesen erklären sich nicht zuletzt aus den in solchen Ereignissen zum Ausdruck kommenden wohlfahrtskulturellen Traditionen, und diese können auch von eher am internationalen Mainstream orientierten Reformpolitikern offenbar nur schwer übergangen werden. Es ist gut möglich, dass diese Traditionen auch in Zukunft dem französischen Gesundheitssystem ihren eigenen Stempel aufdrücken.

Weiterführende Literatur:

- Rayssiguier, Y. / Jégu, J. / Laforcade, M. (Hg.), *Politiques sociales et de santé*, Paris 2008.
- Ingo Bode, *Die Regulierung des Gesundheitssystems in Frankreich und Deutschland. Ähnliche Debatten, aber unterschiedliche Reformperspektiven*, in: Neumann, W. / J. Laurain (Hg.), *Welche Zukunft für den Sozialstaat? Reformpolitik in Frankreich und Deutschland*, Wiesbaden 2004, S. 87–118.
- Larcher, G. (Rapporteur), *Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital. Le Président de la République, Le Premier ministre, la ministre de la santé*, Paris 2008.
- Cordier, M., *Hôpitaux et cliniques en mouvement. Changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente de patients*, DREES Études et Résultats No. 633, 2008.