

# Frankreich: Gesundheitspolitik weiter „en marche“?

MATTHIAS BRUNN,  
PATRICK HASSENTEUFEL

Dr. Dr. Matthias Brunn ist Mitglied des Forschungsinstituts PRINTEMPS (*Professions, Institutions, Temporalités*) der Universität Paris-Saclay / Versailles-St-Quentin

Prof. Dr. Patrick Hassenteufel ist Mitglied des Forschungsinstituts PRINTEMPS (*Professions, Institutions, Temporalités*) und lehrt Politikwissenschaft an der Universität Paris-Saclay / Versailles-St-Quentin sowie in Sciences-Po Saint-Germain-en-Laye

Die europäischen Nachbarn erleben Präsident Macron als reformeifrigen Politiker an allen Fronten. Gilt dies auch für das Gesundheitswesen? Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig, die längerfristigen Veränderungen der letzten Jahre und Jahrzehnte zu würdigen. Auf diese Weise scheint erkennbar, dass die Zeichen der Zeit eher auf Kontinuität als auf Wandel stehen, in einem System, das durch die Spannung zwischen staatlichem Regulationsanspruch und Korporatismus geprägt ist, im Kontext fortwährender Budgetdefizite.

## 1. Grundstruktur: Bismarck, die Leistungserbringer und der Staat

Das Bild eines durch Bismarck geprägten Gesundheitssystems mit staatlicher Kontrolle wurde durch die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1945 maßgeblich geprägt, zuerst für Angestellte in Handel und Industrie, dann in der Landwirtschaft (1961) und für Selbstständige (1966). Trotz der Einführung der öffentlichen Krankenversicherung blieben viele Bestandteile des Versorgungssystems aus der Zeit vor dem Krieg bestehen: Einzelleistungsvergütung für niedergelassene Ärzte die in privaten Praxen arbeiten, freies Festsetzen der Gebühren (*libre entente*), Konkurrenz zwischen den Leistungserbringern. Ein eng integriertes Vertragssystem zwischen Ärzten und Krankenkassen wie in Deutschland besteht nicht. Jedoch gibt es seit 1960 regelmäßige Verhandlungen (ca. alle fünf Jahre) über die Höhe der Gebühren der niedergelassenen Vertragsärzte. Da diese Einschränkung der Gebührenfreiheit in einem Teil der Ärzteschaft auf heftigen Protest stieß, gibt es seit 1980 für bestimmte Niedergelassene eine Sonderregelung: diese dürfen Zusatzgebühren frei erheben<sup>1</sup>.

Weitere Unterschiede zu Deutschland liegen in der stärkeren Zentralisierung

des Krankenkassensystems: pro Berufsgruppe gibt es nur eine Kasse, in welcher Pflichtversicherung besteht und die Beiträge einheitlich festgesetzt sind; dadurch kann es zwischen den Kassen keine Konkurrenz um Versicherte geben. Es gibt im französischen Gesundheitssystem auch keine substitutive Privatversicherung – private Anbieter dürfen nur Zusatzversicherungen für Leistungen oder Leistungsanteile anbieten, die nicht von der gesetzlichen Pflichtversicherung gedeckt werden.<sup>2</sup>

Die Rolle des Zentralstaates wurde 1941 durch die Verstaatlichung der Krankenhäuser und 1958 durch die Schaffung eines eigenen Status für Universitätskliniken gestärkt. Im Rahmen

\* In Anlehnung an die politische Bewegung die Emmanuel Macron gegründet hat: *La République en marche* – „die Republik in Bewegung“.

1 Diese Ärzte im sog. „Sektor 2“ verzichten im Gegenzug auf bestimmte Sozialleistungen. Im eigentlichen Sinne handelt es sich um frei festgesetzte Honorare; die Differenz zu den von der Pflichtversicherung mit den Ärzten im „Sektor 1“ verhandelten Honoraren wird gemeinhin als Zusatzgebühr (*dépassement d'honoraire*) bezeichnet.

2 Die genossenschaftlichen Zusatzversicherungen *mutuelles* haben eine besondere Rolle: sie waren Krankenkassen im eigentlichen Sinne, bevor 1928 die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt wurde.

der Reform von 1958 wurden Krankenhausärzte auch verbeamtet. Diese Prozesse spiegeln einen wichtigen Dualismus der Krankenhauslandschaft wider: auf der einen Seite universellen Zugang, auf der anderen Seite Leistung und technische Exzellenz.

Die Reformen der 1970er und 1980er Jahre standen unter dem Zeichen der Kostendämpfung, da der Anstieg der Gesundheitskosten den des Bruttosozialprodukts seit Anfang der 1970er übertraf. Initial betrafen diese Anstrengungen die Preisregulation, von der Reduktion der Tagespauschalen im Krankenhaus bis hin zu – im europäischen Vergleich – niedrigen Preisen für verschreibungspflichtige Medikamente. Da dies jedoch durch andere Akteure durch Mengensteigerung ausgeglichen wurde, konzentrierten sich die Reformen fortan auf die Nachfrageseite (Einführung von Zuzahlungen, z.B. für Krankenhauspatienten 1982) und die Steigerung der Einnahmen (Erhöhung des Arbeitnehmerbeitrags und Steuern auf Alkohol und Tabak) (Palier 2009).

Dies zeigt, wie die unzureichende Einflussnahme auf die Gesundheitskosten ein offenes und immanentes Problem des französischen Mittelwegs zwischen Etatismus und Korporatismus darstellt.

## 2. Grundzüge der Reformen der letzten 25 Jahre

Seit den 1980ern lässt sich der steigende Einfluss einer relativ kleinen Gruppe spezialisierter hoher Beamter mit gemeinsamen Reformideen feststellen, einer sogenannten programmatischen Elite (Genieys und Hassenteufel 2015), für deren Bildung die Lehren aus den Kostendämpfungsmaßnahmen der 1980er und 1990er eine wichtige Rolle spielte. Jenseits von Parteigrenzen spielte dabei der Wille zur Beschränkung der Macht von Interessengruppen eine Rolle, mit dem gemeinsamen politischen Ziel dem Staat eine zentrale Rolle in der Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Diese Gruppe nutzte den politischen Kontext der (angespannten) finanziellen Situation und den Einfluss von Akteuren in Regierungspositionen um drei entscheidende Reformen voranzutreiben (siehe unten): 1996, 2004, 2009. Die meisten dieser Reformen

führten zu starken Konflikten mit den Leistungserbringern, allen voran Ärzteorganisationen, wobei letztere meist zumindest mittelfristig politische Vorteile zurückerlangen konnten. Trotz dieser Zugeständnisse hat der kontinuierliche Prozess technokratischer Veränderungen seine Spuren hinterlassen, wie im Folgenden aufgezeigt wird.

### 3. Die 1990er: Neue Steuern und Juppé-Verordnungen mit *maitrise médicalisée*

Zu Beginn der 1990er stand die Einführung einer neuen, proportionalen Sozialversicherungssteuer (CSG) auf alle Einkommensarten (inklusive Kapital und Sozialleistungen), die bis 1998 auf 7,5% anstieg. Dieser Verschiebung in der Finanzierungsstruktur weichte die Kopplung von Arbeit und Leistungsanspruch auf, und verlagerte Einfluss von den Sozialpartnern hin zu staatlichen Organen.

Das Herzstück dieser Periode stellen jedoch die „Juppé-Verordnungen“ von 1996 dar, in Form von Ordonnanzen und Dekreten, die keiner Zustimmung des Parlaments bedurften. Diese folgten dem erfolglosen Versuch, die steigenden Ausgaben im ambulanten Sektor durch verhandelte Vereinbarungen zu Kostendeckelungen und zum Einhalten von Praxisempfehlungen zu bremsen. Jedoch lag der Saldo der Krankenversicherungssparte 1995 mittlerweile bei 6 Milliarden Euro, was die Einführung des Euro in Frankreich gefährdete. So kam es zu Einführung einer Obergrenze für die finanziellen Mittel, die an die Sozial-

**Jenseits von Parteigrenzen gibt es das politische Ziel, dem Staat eine zentrale Rolle in der Gesundheitspolitik zu ermöglichen.**

versicherung fließen sollten, einschließlich des Prozentsatzes, der davon an die Krankenversicherung gehen sollte (ONDAM), und die in einer jährlich stattfindenden Parlamentsdebatte festgelegt wurde. Die Vorbereitung des jährlichen Gesetzentwurfs obliegt einer Ministerialabteilung (DSS), in welcher die o.g.

programmatische Elite großen Einfluss hatte und hat. Einen weiteren Teil der Reformen stellte die Ausweitung staatlicher Regulierungskompetenzen mittels regionaler Krankenhaus-Agenturen (ARH) zur Bedarfsplanung, Festsetzung und Prüfung von Krankenhausbudgets dar.

Im ambulanten Sektor setzten die Juppé-Verordnungen auf die Ausweitung eines für Frankreich wichtigen Narrativs, der *maitrise médicalisée* – also einer medizinisch begründeten Steuerung der Gesundheitskosten, im Gegensatz zu rein budgetären Maßnahmen. Grundlage ist die Idee, dass eine Verhaltensänderung der Leistungserbringer (z.B. über Praxisempfehlungen oder vereinbarte „Referenzen“) die Leistungsmenge, Qualität und damit letztlich Kosten beeinflusst. Im Rahmen der Reform wurde dieses „weiche“ Regulierungsinstrument ausgeweitet, indem Ärzte im Falle nicht eingehaltener Kostenobergrenzen Rückzahlungen leisten sollten – eine Klausel, gegen die die Ärzteschaft noch 1996 erfolgreich Klage einreichte. Im Verlauf gingen Mediziner auch 2002 für höhere Gebühren auf die Straße und konnten die öffentliche Meinung mobilisieren, jedoch war mit den Reformen von 1996 eine wichtige, wegbereitende Stufe der Ausweitung zentralstaatlicher Kompetenzen erklommen worden.

### 4. Die frühen 2000er: Zuzahlungen, Rationalisierung, weitere Stärkung des Staates

Auch das folgende Jahrzehnt stand weiter unter dem Zeichen knapper Kassen: so betrug der Saldo der Krankenversicherungssparte fast 11 Milliarden Euro in 2003. Dies trug zur Verletzung der Maastricht-Kriterien bei und gab dem Impetus zu einer umfassenden Krankenversicherungsreform 2004 unter dem konservativen Präsidenten Chirac. Diese umfasste einerseits direkte Finanzierungsaspekte, allem voran die Einführung einer Zuzahlung von einem Euro auf Arztbesuche, eine Erhöhung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte, geringere Erstattungen für bestimmte Medikamente sowie eine finanzielle Beteiligung der Pharmaindustrie.

Gleichzeitig wurde das Konzept der *maitrise médicalisée* mit Einführung verschiedener Rationalisierungs-Institutionen fortgesetzt. Darunter fällt die Gründung der HAS, in Teilen durch das

NICE im Vereinigten Königreich inspiriert. Zusätzlich zu den Aufgaben der Vorläuferinstitution ANAES (Akkreditierung und Erstellen von Leitlinien) ist HAS auch für Fragen der Effizienz mittels HTA zuständig. Die „Regulation durch Kommunikation mit den Klinikern“ (Rolland und Sicot 2012) wird durch ein „in-die-Pflicht-Nehmen“<sup>3</sup> seitens der Krankenversicherung unterstützt, indem bei den Krankenkassen angestellte Ärzte im direkten Gespräch ihren ambulanten Kollegen eine Rückmeldung zu evidenzbasierten Praktiken geben.

Die staatliche Steuerung des Krankenversicherungssystems wurde durch die Schaffung von UNCAM gestärkt, eines Zusammenschlusses der verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungszweige, der von einem durch die Regierung ernannten hohen Beamten geleitet wird. Im Rahmen dieser Umstrukturierung sind Gewerkschaften fortan nicht mehr im (abgeschafften) Aufsichtsrat der Krankenversicherung, sondern lediglich Mitglieder eines Beirats. Die nunmehr enge Verbindung zum Staat und die Machtfülle wird auch dadurch illustriert, dass UNCAM seitdem die Erstattungsraten für Medikamente festsetzt, bevor das Gesundheitsministerium endgültig über die Erstattungsfähigkeit entscheidet. Intern hat der UNCAM-Direktor die Institution „vom Kostenerstatter zum aktiven Gestalter“ gewandelt und z.B. maßgeblich die Einführung von Disease Management und leistungsorientierten Vergütungssystemen (mit u.a. starken Anreizen zum Verschreiben von Generika) durch UNCAM vorbereitet und durchgesetzt (Brunn 2017).

Ebenso wurde ein Hausarztmodell eingeführt, in dem zwar prinzipiell die freie Arztwahl weiterbesteht, Patienten jedoch finanzielle Nachteile entstehen, wenn sie einen Spezialisten außerhalb des vorgegebenen „koordinierten Behandlungspfads“ (in der Regel ein Erstkontakt mit einem frei zu wählenden Hausarzt) konsultieren. Die politische Bewertung dieses Modells ist die einer Win-win-Situation. So war der Erstkontakt mit einem Hausarzt ein lang bestehendes Anliegen des führenden Hausärzteverbandes (MG France); die Zustimmung der bis dahin skeptischen Spezialisten konnte über die Möglichkeit der Erhebung einer Zusatzgebühr<sup>4</sup> gesichert werden. Die staatlichen Akteure wiederum konnten mit dem Hausarztmodell eine strukturelle Reform präsentieren, die mit dem

Thema Arztwahl einen symbolischen Punkt anrührt (Bras 2006).

Zuletzt fällt in diese Zeit auch das Narrativ der „Gesundheitsdemokratie“ (démocratie sanitaire), das nach dem Skandal um verseuchte Blutprodukte 1991 in ein Erstarken der Patientenorganisationen mündete. Teil dieses Prozesses war ein Gesetz im Jahre 2002 zur Stärkung der Patientenrechte und Mitbestimmung. Patientenorganisationen sind seitdem zunehmend in verschiedenen Institutionen vertreten, mit einer im Vergleich zu Deutschland eher betonten Rolle von Einzelpersonen und top-down-Strukturen (Brunn 2017).

## 5. Die späten 2000er – mehr vertikaler Machtfluss, Konvergenz des Krankenhausesektors und Finanzkrise

Die Jahre unter dem konservativen Präsidenten Sarkozy (2007-2012) waren erneut von der Notwendigkeit geprägt das „Finanzloch“ der Krankenversicherung (nach einem Rückgang in den Vorjahren erneut fast 11 Milliarden im Jahre 2009) zu beseitigen, was durch die weltweite Finanzkrise verschlimmert wurde. Die wichtigsten Veränderungen fanden im Rahmen eines Reformpakets im Jahre 2009 statt (HPST-Reform), deren Bestimmungen zur regionalen Planung und zur Regulation des Krankenhausesektors besondere Bedeutung zukommt.

Die regionale Planung wurde durch die Schaffung regionaler Gesundheitsagenturen (ARS) verändert, welche bisher unabhängige und staatliche Institutionen (z.B. ARH zur Krankenhausplanung) unter einem Dach vereinen, und damit nun auch den ambulanten Sektor, den öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Maßnahmen zur sektorübergreifenden Koordination und Qualitätssicherung umfassen. Der Direktor einer ARS wird von der Regierung ernannt und ist angehalten, den Vorgaben des Gesundheitsministeriums zu folgen, womit die ARS die regionale Ausübung der zentralstaatlichen Macht sicherstellen.

In öffentlichen Krankenhäusern hat die HPST-Reform zur einer Stärkung der Kompetenzen des Direktors und einer Schwächung des Aufsichtsrats geführt. Diese den privaten Häusern ähnelnde Struktur steht in Verbindung mit einer zunehmenden Wettbewerbsorientierung des Sektors. Dazu trug auch die im jährlichen Sozialversicherungsfinanzierungs-

gesetz von 2004 beschlossene Einführung von DRGs bei, die im Jahre 2008 abgeschlossen war. Bei anfangs noch distinkten Fallpauschalen für öffentliche und private Krankenhäuser führte die angestrebte vollständige Preiskonvergenz zu erheblichen Druck auf die öffentlichen Krankenhäuser. Gleichzeitig gab die Reform den privaten Krankenhäusern nun auch theoretisch die Möglichkeit, traditionell „öffentliche“ Aktivitäten wie universitäre Lehre durchzuführen. Dies folgt der Angleichung von Zertifizierungsstandards (1997) und dem Einbeziehen der privaten Krankenhäuser in regionale Krankenhausplanung 1991. Damit schafft die Reform sowohl erhöhte Marktanreize für öffentliche Krankenhäuser als auch vermehrtes Einbinden von privaten Krankenhäusern in „öffentliche“ Standards – beides in Ausweitung staatlicher Einflussnahme.

Im niedergelassenen Sektor wurde das Betreiben multidisziplinärer „Gesundheitshäuser“ vereinfacht und der Stellenwert nicht-ärztlicher Berufsgruppen erhöht. Das Reformpaket enthielt auch Bestimmungen um Ärzte zur Arbeit in unterversorgten Gebieten zu zwingen; diese wurden jedoch nie umgesetzt und letztlich 2011 durch ein anderes Gesetz verworfen. Im Verlauf wurde versucht, auf freiwilliger Basis durch einen „Territorialpakt“<sup>5</sup> mehr Ärzte in ländlichen Regionen zu gewinnen. Der Erfolg dieser Maßnahmen hängt also von finanziellen Anreizen und vom guten Willen der Ärzte ab – nach dem Scheitern der Juppé-Verordnungen hat es die Politik vermieden die Ärzteorganisationen mit restriktiven Instrumenten direkt zu konfrontieren.

Diese Reformperiode war im Weiteren durch den politischen Willen eines größeren „in-die-Pflicht-nehmen“ der Patienten gekennzeichnet, als Fortführung der Kostendämpfungsmaßnahmen, aber auch zur Eindämmung einer wahrgenommenen Überversorgung. So wird seit 2008 ein Selbstbehalt von 50 Cent auf Medikamente und Krankentransporte erhoben. In den folgenden Jahren wurden diese inkrementellen Schritte im Rahmen der Finanzkrise fortgesetzt: es kam zu einer weiteren Reduktion von Kassenleistungen mit einer größeren Inanspruchnahme

3 Im französischen Diskurs gemeinhin *responsabilisation*.

4 Im Falle des direkten Aufsuchens eines Spezialisten.

5 Unter Präsident Hollande.



von Zusatzversicherungen sowie weiteren Preissenkungen bei Medikamenten (Brunn et al. 2015). Insgesamt waren die genannten Veränderungen (Hierarchisierung, Bürokratisierung, Stärkung des Wettbewerbs und Ausweitung der Selbstbeteiligung) kaum von öffentlichen Debatten begleitet. Wichtige strukturelle Veränderungen (z.B. DRGs) betrafen vor allem den Krankenhaussektor, was sich in den folgenden Jahren ändern sollte.

## 6. Die Jahre unter den Präsidenten Hollande und Macron: kleinere Trendwenden

### 6.1 Europa und Kostendämpfung

Obwohl unter dem sozialistischen Präsident Hollande (2012-2017) die Effekte der Finanzkrise weiterhin schwer wogen (mit einem Anstieg der Arbeitslosigkeit bis auf 10,5% im Jahre 2015), versuchte die Regierung Sparmaßnahmen mit einer Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen zu verknüpfen. Den makroökonomischen Kontext bildeten dabei das Defizit der öffentlichen Kassen und die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen. Nachdem die öffentliche Schuldenlast von 3,4% des Bruttonationalprodukts 2008 auf 7,5% im Jahre 2009 und 7,1% im Jahre 2010 angestiegen war, war die Regierung gezwungen mit der Europäischen Kommission ein Stabilitätsprogramm auszuhandeln, mit dem Ziel eines ausgeglichenen Budgets 2017. Frankreich stand also unter genauer Beobachtung und war auf die Unterstützung der EU im Falle von (Re-) Finanzierungsproblemen sowie zur Beruhigung der Kapitalmärkte angewiesen. Die getroffenen Maßnahmen im Gesundheitssektor betrafen vor allem Preissenkungen für Medikamente und apparative Leistungen, die Förderung von Generika sowie das Aussetzen von Lohnerhöhungen für Krankenhauspersonal (Hassenteufel und Palier 2015). Das Defizit der Krankenversicherungssparte betrug 2010 noch 11,6 Milliarden Euro und sank bis 2016 auf einen Stand von 4,8 Milliarden Euro, gefolgt von 4,9 Milliarden Euro 2017. Trotz dieses spürbaren Rückgangs (auch der Arbeitslosigkeit auf unter 9% seit Ende 2017) bleibt der finanzielle Kontext demnach weiter angespannt.

### 6.2 Patientenbeteiligung und Zusatzversicherung

Die Regierung unter Präsident Hollande nahm es also in Angriff, die Gesundheitsausgaben ohne die Ausweitung von Eigenbeteiligungen zu senken. So gab es den Versuch bestimmte Arztgruppen vom Erheben überhöhter Zusatzgebühren abzubringen. Es kam zu einer freiwilligen Vereinbarung, in der die betroffenen Ärzte steuerliche Vorteile im Gegenzug zu einer Nicht-Steigerung ihrer Zusatzgebühren erhalten, mit geringer Wirkung (Bras 2016). Insgesamt kam es jedoch nach 2012 zu einem Rückgang des Patientenanteils an der Finanzierung des Gesundheitssystems, was der Effekt automatischer Prozesse ist: durch das Altern der Bevölkerung profitieren mehr und mehr Patienten von einem 1945 eingerichteten Sonderstatus

### Unter Präsident Hollande versuchte die Regierung Sparmaßnahmen mit einer Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitswesen zu verknüpfen.

chronisch Kranker (aktuell unter dem Namen ALD), im Rahmen dessen Kosten zu 100% von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden; dasselbe gilt für den Anstieg der Arbeitslosigkeit (Arbeitslose zahlen keinen Eigenanteil).

Hinter diesen Zahlen versteckt sich jedoch ein anderes Phänomen: die langfristig zunehmende Rolle der Zusatzversicherung bei Finanzierung und Absicherung. Die Bedeutung dieser Versicherung hatte naturgemäß bis dahin in dem Maße zugenommen, in dem sich der Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen verkleinerte – vor allem im ambulanten Sektor, in dem nur ca. 60% der Leistungen durch die Pflichtversicherung erstattet werden. Dazu kam nun 2012, dass Zusatzversicherer auch Zusatzgebühren ambulanter Ärzte erstatten, wenn diese moderat ausfallen (im Gegenzug zu Steuervorteilen für Ärzte, im Rahmen eines „optionalen“ Gebührenssektors). Zusätzlich legt das Arbeitsplatzsicherungsgesetz von 2013 fest, dass alle Arbeitgeber Zusatzversicherungs-Gruppenverträge für die Arbeitnehmer anbieten müssen. Dies

entlastet zwar prinzipiell den Finanzierungsanteil der Patienten, wirft aber wegen der Beschränkung auf Arbeitnehmer Fragen der sozialen Gerechtigkeit auf.

In dem Maße, in dem sich die Zusatzversicherer in den letzten Jahren als „zweite Säule“ der Krankenversicherung weiter etablieren, ist der Markt auch durch stärkere Regulation und einen zunehmend harten Konkurrenzkampf gekennzeichnet. Die Zusatzversicherungen sind unterteilt in traditionelle und dominierende nicht-gewinnorientierte Hilfskassen (*mutuelles*) und privatwirtschaftliche Firmen. Politisch ist diese Heterogenität mitbestimmend für die Unterstützung aus verschiedenen Lagern: diese kommt aus dem linken Spektrum für die solidarische Tradition der *mutuelles* und aus dem liberal-konservativen Spektrum für die privatwirtschaftlich orientierten Unternehmen. Die Idee, weitere Teile des Leistungskatalogs (die „kleinen Risiken“) in den Bereich der Zusatzversicherer zu verlagern, wurde im letzten Wahlkampf intensiv diskutiert. Aktuell kündigt Präsident Macron an, dass Sehhilfen, Zahnersatz und Hörhilfen vollständig zuzahlungsfrei sein sollen, was allein durch verstärkten Wettbewerb und nicht durch erhöhte Prämien der Zusatzversicherer finanziert werden soll.

### 6.3 Einführung des Sachleistungsprinzips

Als signalträchtige Maßnahme zum Abbau finanzieller Zugangshürden ist die im Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens von 2016 verankerte allgemeine Einführung des Sachleistungsprinzips für niedergelassene Ärzte hervorzuheben. Dies ist als Zugeständnis an das politisch linke Lager zu werten und stieß erwartungsgemäß auf heftigen Widerstand der Ärzteschaft, die die Sicherheit der Zahlungen gefährdet sah und dies als Eingriff in die privilegierte und geschützte Arzt-Patienten-Dyade sahen. Jedoch war der Eingang in die Gesetzgebung wohl mit einer Gegenleistung verknüpft: so wurde 2016 bei turnusmäßigen Gebührenverhandlungen zwischen UNCAM und den Ärzteorganisationen für die folgenden fünf Jahre ein Paket mit geschätzt 1,3 Milliarden Euro zusätzlichem Einkommen geschnürt. Grundlage ist die Erhöhung der Vergütung der Einzelsprechstunde bei Hausärzten und Spezialisten, sowie eine

Pauschale für IT-Ausrüstung – weitere strukturelle Änderung am Vergütungssystem waren somit abgewendet, was zum Teil von jüngeren Ärzten kritisiert wurde.

Noch vor Inkrafttreten des Gesetzes entschied jedoch der Verfassungsrat, dass das allgemeine Sachleistungsprinzip nur auf den Gebührenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung anwendbar ist – somit müssen Patienten den Anteil, der üblicherweise von Zusatzversicherungen getragen wird (meist 30%), weiterhin direkt an den Leistungserbringer entrichten. Obwohl es letztlich zur Umsetzung kam, blieb das Projekt umstritten, und wie durch den Kandidaten Macron im Wahlkampf angekündigt wurde die weitere Einführung 2017 ausgesetzt. Dabei blieb es nicht: nachdem ein Bericht über technische Hürden erstellt wurde, verkündete die Gesundheitsministerin im April 2018 dass sie sich eine Überwindung der Hürden bis Ende 2019 wünsche – weitere Wendungen sind hier nicht ausgeschlossen.

## 6.4 Bekenntnis zum öffentlichen Krankenhaussektor

Verschiedene Maßnahmen der vorangegangenen Legislaturperiode im Krankenhaussektor wurden von der neuen Regierung zurückgenommen. Dies betrifft die geplante Konvergenz der Fallpauschalen zwischen öffentlichen und privaten Kliniken, was den wirtschaftlichen Druck auf die öffentlichen Häuser senkt. Ebenso wurde unter Kritik der privaten Kliniken und der Konservativen symbolträchtig der Begriff der „öffentlichen Krankenhausversorgung“ (wieder)eingeführt, was de facto die meisten privaten Krankenhäuser ausschließt, da diese auf Zusatzgebühren verzichten mussten. Die Kompetenz der ARS in diesem Sektor wurde durch die Möglichkeit der Schaffung von lokalen Krankenhausverbünden geschaffen (GHT), die gemeinsam konkreten Projekte wie z.B. Investitionen in Telemedizin auflegen können.

## 6.5 Ungleichheit im Zugang, soziale Gerechtigkeit und Universalismus

Die vorgenannten Aspekte finanzieller Zugangssteuerung (Sachleistungsprinzip, Zusatzgebühren, Zuzahlungen) verdeutlichen wie sehr die Frage der sozialen Gerechtigkeit in den letzten 20 Jahren mitbestimmend für den gesundheitspolitischen Diskurs geworden ist. In der Tat fanden 53% der Befragten in einer Umfrage 2015

dass die Versorgungsqualität vom Einkommen abhängt (DREES 2016). 2010 gaben 16,5% der Befragten einer anderen Umfrage an, Gesundheitsleistungen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen zu haben, im Vergleich zu 14,0% im Jahre 2006. Dabei stieg das Risiko der Nichtinanspruchnahme mit sinkendem Einkommen (Brunn et al. 2015).

In der aktuellen Diskussion sind dabei, neben Aufklärung und Prävention<sup>6</sup>, zwei Themen von besonderer Bedeutung. Zum einen die Zusatzgebühren, die von einem bestimmten Teil der niedergelassenen Ärzte erhoben werden können. Zwischen 2007 und 2012 stieg der Anteil von Hausärzten, die Zusatzgebühren erheben, von 15,5 auf 17,4%; bei Spezialisten von 49 auf 53% (Brunn et al. 2015). Zum anderen wurde der Begriff der „medizinischen Wüsten“ für Regionen geprägt, in denen nach der Definition des Gesundheitsministeriums eine Unterversorgung an Hausärzten vorherrscht (Vergier et al. 2017). Dies betrifft 8% der Bevölkerung und schwankt zwischen 22% in isolierten Gegenden und 1% in großen Städten. Wie weiter oben diskutiert, war das Angehen dieser Phänomene durch sanktionsfreie Maßnahmen bisher wenig erfolgreich.

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist daher die Frage nach dem allgemeinen (universellen) Zugang zur Krankenversicherung. Dieser ergibt sich für Angehörige der verschiedenen Berufskategorien durch die Pflichtmitgliedschaft in der jeweiligen Kasse (z.B. für Angestellte). Für die zunehmende Zahl der sozial Schwachen wurde 1999 die universelle Absicherung im Krankheitsfall (CMU) eingeführt, sowie im Bedarfsfall eine öffentlich getragene Zusatzversicherung (CMU-C). Diese einheitliche Regelung trägt ein zentralstaatliches Siegel, da sie verschiedene bis dahin überwiegend lokale Unterstützungszahlungen ablöste und dadurch vereinheitlichte (Steffen 2010). Für die regulär Pflichtversicherten ohne ausreichende Mittel für eine Zusatzversicherung wurde 2004 zusätzlich ein Subventionssystem eingeführt. Da ambulante Leistungserbringer bei Beziehen der CMU keine Zusatzgebühren erheben dürfen, sahen sich diese Patienten einer deutlichen Abweisung ausgesetzt. Diese betrug 2009 im niedergelassenen Sektor 20%, was dazu führte, dass im Reformgesetz von 2009 Abweisung verboten wurde (Desprès 2009).

Das Sozialversicherungsfinanzierungsgesetz für 2016 hat den universellen Charakter der gesetzlichen Krankenversicherung weiter bestärkt, indem unterschiedliche Regelungen der einzelnen Kassen vereinfacht wurden und Absicherungslücken z.B. bei Änderung des Beschäftigungsstatus beseitigt wurden. In diesem Rahmen wurde auch die CMU erweitert und in PUMA umbenannt.

Zusammenfassend haben in den letzten 25 Jahren verschiedene Reformen dem französischen Gesundheitssystem typische Elemente nationaler Gesundheitssysteme nach Beveridge (NHS) hinzugefügt, vor

**Die verschiedenen Gesundheitsreformen spiegeln die französische Tradition des „starken Staates“ wider – es bleibt anzunehmen, dass dieser Trend fortgesetzt wird.**

allem die Ausweitung der Versorgungsansprüche und die zunehmende Rolle von Steuern in der Finanzierung der Krankenversicherung. Dies zeigt sich auch institutionell im jährlichen Finanzierungsgesetz, der Schwächung der Sozialpartner, der Einrichtung neuer (teil)staatlicher Agenturen und dem Einsatz von Steuerungskonzepten wie dem Hausarztmodell. Dieser Wandel hin zu einem stärker regulierenden Staat hängt mit drei Hauptfaktoren zusammen: dem starken finanziellen Druck auf das System; der zunehmenden Rolle einer staatsnahen politischen Elite; und der Auswirkung von Themenfeldern wie soziale Gerechtigkeit, Public Health und Qualitätsverbesserung. Diese Themen finden sich auch in den Prioritäten der Regierung wieder, die Präsident Macron nach seiner Wahl im Mai 2017 ernannt hat: Wegfall der Zuzahlung im Zahnarzt- und Optikerbereich, Verbesserung der Qualität und Prävention (Ausweitung von Pflichtimpfungen, Vorstellung eines 25-Punkte-Plans im März 2018), Stärkung der Koordina-

<sup>6</sup> Dies ist ein Gebiet mit traditionell hoher Bedeutung und politischer Sichtbarkeit. Die aktuelle Regierung plant, den verpflichtenden Einsatz von Studenten der Gesundheitsberufe für 3 Monate zur Gesundheitserziehung in Schulen. Weiter hervorzuheben ist die vollständige Einführung der Einheitspackung (*paquet neutre*) für Zigaretten 2017; geplant ist außerdem eine Anhebung des Packungspreises auf 10 Euro.

tion in der Versorgung (Ausweitung von multiprofessionellen Versorgungszentren und ambulanter Chirurgie, Anpassung der Vergütung von ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern als Anreiz für Kooperation, Einrichtung eines Fonds für organisatorische Innovationen, etc.). Hier zeigt sich also Kontinuität, die sich auch in den Akteuren wiederfindet: mit der Ernennung von Agnès Buzyn zur Gesundheitsministerin trat eine Fachfrau auf den Plan, die als ehemalige Krankenhausärztin, Forscherin und Präsidentin der HAS sowie des nationalen Krebsinstituts durchaus als Teil des Establishments gewertet werden kann.<sup>7</sup>

In vielen Sachfragen (Zusatzgebühren, Vergütungsstruktur, ländliche Versorgung) ist die politische Situation weiter durch die Spannung zwischen staatlichem Regulationsanspruch und Korporatismus geprägt. Ein allmählicher Wandel zeigt sich jedoch in der Machtposition der Ärzteschaft. Obwohl letztere weiter Rückhalt in der öffentlichen Meinung genießt und dies als Vetomöglichkeit nutzt, leiden die Ärzteverbände an schwindenden Mitgliederzahlen sowie einer zunehmenden Fragmentierung entlang disziplinärer Grenzen oder Altersunterschieden. Dies schwächt den Berufsstand in den oft konflikthafte Verhandlungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung (Bandelow und Hassenteufel 2006). Unter anderem hat dies dazu geführt, dass UNCAM 2008 ein System zur leistungsorientierten Vergütung gegen den Widerstand der ambulanten Ärztevertreter eingeführt hat, indem Direktverträge mit den einzelnen Hausärzten geschlossen wurden. Erst nachdem ein signifikanter Teil der Ärzte unterschrieben hatte zog die Führung der Ärzteverbände nach, so dass das System (nun genannt ROSP) seit 2012 Teil der kollektiven Vereinbarungen ist. ROSP wurde seitdem auch auf andere Arztgruppen ausgeweitet und stellt somit ein direktes Regulierungsinstrument des (teil)staatlichen Akteurs UNCAM dar (Brunn 2017). Gleichzeitig gibt es Gruppierungen vor allem im Bereich jüngerer Allgemeinmediziner, die die Nähe zu politischen Entscheidern suchen um ihre Vorstellungen bezüglich alternativer Vergütungssysteme und besserer Arbeitsbedingungen einzubringen. Dadurch ist die Fragmentierung der Ärzteschaft einerseits als „Reformbremse“, andererseits aber auch als Faktor für einen Wandel im Gesundheitswesen zu verstehen<sup>8</sup>.

## 7. Ausblick: tiefere Gräben

Wir haben aufgezeigt, auf welche Art und Weise das französische Gesundheitswesen seit der Nachkriegszeit Prinzipien von Bismarck und Beveridge vereint – mit allen Auswirkungen die dies nach sich ziehen kann, z.B., wenn Patienten mit allgemeinem Zugang zu Leistungen von Ärzten abgelehnt werden. Zunehmende Spannungen zwischen derart divergierenden Politikzielen sind zu erwarten, wie auch dem „in-die-Pflicht-nehmen“ von Patienten und Ärzten einerseits und der freien Arztwahl mit der privilegierten Arzt-Patienten-Dyade andererseits. Ein weiteres Beispiel ist die aktuelle Kontroverse über Pflichtimpfungen<sup>9</sup>: während Versicherte Informationen aus zunehmend diversen Kanälen beziehen und Impfungen immer öfters ablehnen, verfolgt der Staat seine Gesundheitsfürsorge top-down bis hin zur Abweisung nicht geimpfter Kinder in (Vor-)Schulen.

Patienten fordern mehr Mitbestimmung, während die Ärzteschaft weiter ihre Selbstbestimmung als zentralen Wert hervorhebt. Alle zurückliegenden Reformen illustrieren wie staatliche Regulation an diesen Konzepten ansetzt, was zu zunehmenden Konflikten und einer Fragmentierung des Berufsstands führt. Indem die aktuelle Gesundheitsministerin ankündigt dass „30% der Kassenausgaben nicht angebracht sind“<sup>10</sup> zeigt sich der fortgesetzte politische Wille zur Kostendämpfung durch Rationalisierung, was bestehende Konfliktlinien wahrscheinlich verhärtet und bei manchen Akteuren zu konservativen Rückzugspositionen führt.

Verschiedene Regierungen haben versucht, ein Gleichgewicht zwischen gegensätzlichen Politikzielen zu finden: Universalismus und die Stärkung von Zusatzversicherung; Zugang und Kostendämpfung; universelle Versorgung und Wettbewerb. Eine Konstante im Zuge dieser Reformen war die zunehmende Regulierungskompetenz des Staates. Die Einführung aller „neuen“ Prinzipien (z.B. Universalismus und Leistung/Qualität), Institutionen (Agenturen wie HAS) und Instrumente (basierend auf Managementtechniken und Hierarchie) spiegeln somit die französische Tradition des „starken Staates“ wider – und es bleibt anzunehmen, dass dieser Trend bis auf weiteres fortgesetzt wird. Der Staat bleibt also in Bewegung – en marche! ■

## Literatur

- Bandelow, N., Hassenteufel, P., 2006.** Mehrheitsdemokratische Politikblockaden und Verhandlungsdemokratischer Reformeifer. Akteure und Interessen in der französischen und deutschen Gesundheitspolitik. Köln. Z. Für Soziol. 46, 320–42.
- Bras, P.-L., 2006.** Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique. Droit Soc. 1, 59–72.
- Bras, P.-L., 2016.** Politique économique et politique de santé. Les Tribunes de la santé, 53, 73–86.
- Brunn, M., 2017.** Global ideas, national challenges: the introduction of disease management and pay-for-performance in France and Germany. Thesis in political science, Université Paris-Saclay.
- Brunn, M., Berg Brigham, K., Chevrel, K., 2015.** The impact of the economic crisis on health and the health system in France. In: Maresso et al. (eds.), Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Country Experiences. Maidenhead: Open University Press, 75–101.
- Desprès, C., Guillaume, S., Couralet, P.-E., 2009.** Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C à Paris. Paris: IRDES.
- DREES, 2016.** Baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale, les inégalités et la cohésion sociale. Principaux enseignements de l'enquête 2015. Paris: DREES.
- Genieys, W., Hassenteufel, P., 2015.** The shaping of New State Elites: Healthcare Policymaking in France Since 1981, Comparative Politics, 47, 280–295.
- Hassenteufel, P., Palier, B., 2015.** Still the sound of silence? Towards a New Phase in the Europeanization of Welfare Policies in France. Comparative European Politics, 13, 112–130.
- Palier, B., 2009.** La réforme des systèmes de santé. Paris: Presses Universitaires de France.
- Rolland, C., Sicot, F., 2012.** Les recommandations de bonne pratique en santé. Gouv. Action Publique 3, 53–75.
- Steffen, M., 2010.** The French health care system: liberal universalism. J. Health Polit. Policy Law 35, 353–387.
- Vergier, N., Chaput, H., 2017.** Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? Les Dossiers de la DREES 17.

- 7 Dies obwohl ein politisches Markenzeichen von Präsident Macron und seiner Bewegung *La République en marche* die Idee der persönlichen Erneuerung von Parlamentariern und Regierung durch Nicht-Berufspolitiker war.
- 8 Ein Wandel, der wiederum durch Personen getragen wird: so wurde im Juni 2017 der ehemalige Kopf der Organisation junger Allgemeinmediziner ReAGJIR in das Team der neuen Gesundheitsministerin berufen.
- 9 Diese wurden für nach dem 1. Januar 2018 geborene Kinder von 3 auf 11 ausgeweitet.
- 10 <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/030763213775-pour-agnes-buzyn-30-des-depenses-de-lassurance-maladie-ne-sont-pas-pertinentes-2124136.php>