

Ulrike Lindner

Die Krise des Wohlfahrtsstaats im Gesundheitssektor

Bundesrepublik Deutschland, Großbritannien und Schweden im Vergleich

I. EINLEITUNG

Der Erdölpreisschock des Jahres 1973 und die darauf folgende weltweite Wirtschaftskrise trafen alle westeuropäischen Länder und wirkten sich in den meisten Feldern der Sozialpolitik deutlich aus.¹ In der Gesundheitspolitik belasteten sinkendes Wirtschaftswachstum und steigende Arbeitslosigkeit sowohl die Krankenkasseneinnahmen als auch das Steueraufkommen der Gesundheitsdienste. Gleichzeitig stellten demografische Veränderungen und säkulare Trends die Gesundheitssysteme vor erhebliche zusätzliche Probleme: Zum einen trieben die sinkende Zahl der Erwerbstätigen und das steigende Durchschnittsalter die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen in die Höhe. Zum zweiten erhöhten wissenschaftliche und technische Fortschritte in der Medizin die Nachfrage nach meist kostenintensiven Neuerungen. Drittens sahen sich die westeuropäischen Gesundheitssysteme mit Forderungen nach einer stärkeren Patientenorientierung konfrontiert; besser informierte Bürger artikulierten ihre Wünsche deutlicher und versuchten, mit Hilfe von Interessengruppen auf das Gesundheitswesen Einfluss zu nehmen.² Die Gesundheitssysteme standen nun vor der schwierigen und zeitgenössisch als krisenhaft wahrgenommenen Aufgabe, nach zwei Dekaden der Expansion Ausgaben einzuschränken und gleichzeitig neuen Anforderungen nachzukommen.

Nachfolgend untersuche ich die Reaktionen der Gesundheitspolitik auf die Herausforderungen der 1970er-Jahre in drei westeuropäischen Staaten: in Schweden, Großbritannien und Westdeutschland. Die Studie umfasst dabei die Zeitspanne von der Nachkriegszeit bis zum Beginn der 1990er-Jahre. Ein Vergleich der drei Länder bietet die Möglichkeit zu analysieren, wie verschiedene Gesundheitssysteme im politisch-ökonomischen Rahmen westlich-demokratischer Staaten mit den Krisenphänomenen und den zuvor genannten Trends umgingen. Die organisatorische Ausgangsbasis war in den drei Ländern unterschiedlich. Während sich das deutsche System im Wesentlichen auf die seit Ende des 19. Jahrhunderts bestehende, immer weiter ausgebauten gesetzliche Krankenversicherung stützte, hatte Großbritannien 1948 einen zentral gelenkten, steuerfinanzierten Gesundheitsdienst, den *National Health Service* (NHS) eingeführt; das schwedische Gesundheitswesen wiederum basierte auf einer Pflichtversicherung mit einem steuerfinanzierten, regional verwalteten Krankenhaussektor. Aus diesen strukturellen Unterschieden ergaben sich nicht nur divergierende administrative Anforderungen, sondern auch ganz anders gelagerte Handlungsmechanismen und Entscheidungsspielräume in der Gesundheitspolitik.

1 Die Begriffe Sozial- und Wohlfahrtsstaat werden im Folgenden synonym verwendet.

2 Vgl. z. B. Panos Kanavos/Martin Mc Kee, *Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health Systems*, in: Richard B. Saltman/Joseph Figueras/Constantino Sakellariades (Hrsg.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham etc. 1998, S. 23–52, hier: S. 41–42; OECD, *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris 1992, S. 16; Paul Pierson, *Post-industrial Pressures on Mature Welfare States*, in: ders. (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 80–107, hier: S. 82–83.

Die Situation des Gesundheitswesens in den 1970er-Jahren wurde in allen drei Staaten als krisenhaft wahrgenommen und diskutiert, dabei treten jedoch auch einige Unterschiede hervor. In Großbritannien war der von Steuergeldern abhängige NHS seit seiner Einführung chronisch unterfinanziert und von einem dauerhaften Problemdiskurs begleitet. Die immer wieder prekäre finanzielle Situation des Dienstes schien nur in den 1960er-Jahren für eine kürzere Periode der Prosperität überwunden zu sein.³ In Schweden und der Bundesrepublik Deutschland war es dagegen in den 1950er- und 1960er-Jahren vor allem um einen Ausbau der Leistungen im Gesundheitswesen gegangen.⁴ In diesen beiden Ländern ist eine grundlegende Änderung in der Wahrnehmung zu beobachten, während man in Großbritannien eher von qualitativen Unterschieden im Problemdiskurs sprechen könnte. Generell erfuhren in den drei Ländern latente Probleme der Gesundheitssysteme durch die veränderten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen jeweils eine starke Zuspitzung und wurden nun als Krise wahrgenommen. Der Begriff Krise soll hier in einem historisch-kontextualisierten Sinn verwendet werden, der sich nicht nur auf die veränderten ökonomischen Verhältnisse bezieht, sondern auch den diskursiven Charakter der Krisenwahrnehmung in den Blick nimmt.⁵ Die Krise der 1970er-Jahre im Wohlfahrtsstaat und insbesondere in den Gesundheitssystemen soll demzufolge vor allem als ein Zustand veränderter gesellschaftlicher Wahrnehmung verstanden werden, der bei den Akteuren im Gesundheitswesen einen Vertrauensverlust in die bestehenden Systeme der Gesundheitspolitik bedingte.⁶

Die wirtschaftliche Krise, ihre Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik und die darauf folgenden Reformbemühungen sind bislang – wenn überhaupt – vor allem in vergleichenden politikwissenschaftlichen und soziologischen Studien analysiert worden.⁷ Gene-

3 Vgl. für die stets problematische finanzielle Situation des NHS umfassend *Charles Webster*, *The Health Services Since the War*, Band 1: *Problems of Health Care: The National Health Service before 1957*, London 1988, insb. S. 133–186; vgl. für die Phase der Investitionen in den 1960er Jahren *Rudolf Klein*, *The Politics of the National Health Service*, London 1983, S. 62–104.

4 Vgl. z. B. *Ulrike Lindner*, *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*, München 2004, S. 33–46, 82–90; *Sven Olson*, *Sweden*, in: *Peter Flora* (Hrsg.), *Growth to Limits. Western European Welfare States after 1945*, New York 1986, S. 4–116.

5 *Reinhard Koselleck*, *Krise*, in: *Otto Brunner/Werner Conze/Reinhard Koselleck* (Hrsg.), *Geschichtliche Grundbegriffe*, Bd. 3, Stuttgart 1982, S. 617–650, vgl. besonders zur Bedeutungsvielfalt von Krise, die weit über die wirtschaftliche Bedeutung hinausgeht, S. 647–650.

6 Einer Definition von Hansjörg Siegenthaler folgend geht es dabei um ein Verständnis von Krisen, das wirtschaftliche Entwicklung, institutionelle Entwicklung und individuelles Lernen in Zusammenhang bringt. *Hansjörg Siegenthaler*, *Regelvertrauen, Prosperität und Krisen. Die Ungleichmäßigkeit wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung als Ergebnis individuellen Handelns und Lernens*, Tübingen 1993, S. 159–177. Ähnliche Ansätze findet man in neueren Untersuchungen aus der Politikwissenschaft, wo ebenfalls das soziale Lernen wieder stärker in das Staatsverständnis integriert wird und Politikänderungen nicht nur als Reaktionen auf gesellschaftlichen Druck und politische Koalitionen, sondern auch als Ergebnis eines sozialen Lernens individueller Politik-Akteure interpretiert werden: *Peter A. Hall*, *Policy Paradigms, Social Learning and the State*, in: *The Case of Economic Policymaking in Britain*, in: *Comparative Politics* 1993, S. 275–296, hier: S. 275–281.

7 Vgl. z. B. *Marshall W. Raffel* (Hrsg.), *Comparative Health Systems. Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems*, University Park, Pennsylvania etc. 1984; *John Fox/Roy Carr-Hill* (Hrsg.), *Health Inequalities in European Countries*, Aldershot etc. 1989; *H. J. J. Leenen/G. Pinet/A. V. Prims*, *Trends in Health Legislation in Europe*, Paris etc. 1986. *J. Rogers Hollingsworth/Jerald Hage/Robert A. Hanneman*, *State Intervention in Medical Care: Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890–1970*, Cornell 1990; *Richard B. Saltman/Joseph Figueras/Constantino Sakellarides* (Hrsg.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham etc. 1998.

rell ist die Phase des Sparens und des Abbaus der wohlfahrtsstaatlichen Leistungen im Gegensatz zur Phase des Aufbaus und der Expansion eher wenig untersucht.⁸ Historiker widmen sich noch seltener solchen Überblicksvergleichen. Eine historisch angelegte Untersuchung kann jedoch, wie Peter Baldwin in seiner vergleichenden Studie über die Reaktion westlicher Staaten und ihrer Gesundheitssysteme auf die Bedrohung durch AIDS überzeugend gezeigt hat, die Auswirkungen länderübergreifender wirtschaftlicher, sozialer oder epidemiologischer Probleme von nationalen Prägungen und Traditionen mit größerer Trennschärfe abgrenzen und erlaubt so eine genauere Analyse im komplexen Feld der Gesundheitspolitik.⁹ Generell kann man im hier untersuchten Zeitraum beobachten, dass die meisten politischen Akteure auf die Krise und die Reformanforderungen mit großer Unsicherheit reagierten, was vor allem der unübersichtlichen, komplizierten Administration der jeweiligen Gesundheitssysteme und der Vielfalt der beteiligten Akteursgruppen geschuldet war. Reformen im Gesundheitswesen wurden von Politikern verschiedener europäischer Nationen als äußerst schwierig und kaum beherrschbar empfunden.¹⁰

Gleichzeitig findet im Untersuchungszeitraum in den hier untersuchten europäischen Staaten ein mehr oder weniger rascher Paradigmenwechsel im Verständnis von Sozialstaat und Sozialstaatsreformen statt. Die Idee des Wohlfahrtsstaats war eng mit den Prinzipien von sozialen Rechten, Universalität und Solidarität verbunden gewesen.¹¹ Reformen in der Phase der 1950er- und 1960er-Jahre – z. B. die Einführung einer Einheitsrente und eines Gesundheitsdienstes in Großbritannien, der Ausbau der Renten- und Krankenversicherung in Westdeutschland – zielten in allen drei Ländern darauf, diese Prinzipien zumindest teilweise durchzusetzen. Seit den 1970er-Jahren bekam der Begriff »Reform des Wohlfahrtsstaats« zunehmend eine andere Bedeutungsausrichtung: Es ging nun meist um Sparmaßnahmen, Teilprivatisierungen und Kostenbegrenzungen, was wiederum dem sozialpolitischen Handeln eine ganz neue Logik aufzwang.¹²

Diesen Beobachtungen folgend vertrete ich erstens die These, dass dieser Paradigmenwechsel auch die Gesundheitspolitik deutlich beeinflusst hat und wichtige politische Entscheidungen nun von anderen Rationalitäten als in den Dekaden zuvor bestimmt wurden. Einschränkend steht dem gegenüber, dass die Gesundheitssysteme einen politisch sehr empfindlichen Bereich darstellten, in dem Kürzungen und Einsparungen trotz krisenhafter Wahrnehmung nur relativ vorsichtig umgesetzt wurden. Gesundheit galt und gilt im-

8 Philip Manow, Comparative Institutional Advantages of Welfare State Regimes and New Coalitions in Welfare State Reforms, in: Paul Pierson (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 146–164, hier: S. 150.

9 Peter Baldwin, *Disease and Democracy. The Industrialised World Faces AIDS*, Berkeley etc. 2005; siehe auch Ulrike Lindner/Merith Niehuss, Einleitung, in: *dies.* (Hrsg.), *Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts*, Köln etc. 2002, S. 1–19.

10 Joseph Figueras/Richard B. Saltman/Constantino Sakellirades, Introduction, in: Richard B. Saltman/Joseph Figueras/Constantino Sakellirades (Hrsg.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham etc. 1998, S. 1–20, hier: S. 4.

11 Vgl. z. B. die Diskussion bei Peter Baldwin, *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare States 1875–1975*, Cambridge/Mass. 1990, S. 21–36.

12 Robert Henry Cox, The Consequences of Welfare Reform: How Conceptions of Social Rights are Changing, in: *Journal of Social Policy* 27, 1998, S. 1–16; vgl. auch Evelyne Huber/John D. Stephens, Welfare State and Production Regimes in the Era of Retrenchment, in: Paul Pierson (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 107–145. Paul Pierson hat für diese Entwicklung den sehr treffenden Begriff des »coping with permanent austerity« geprägt. Vgl. Paul Pierson, *Coping with Permanent Austerity: Welfare Restructuring in Affluent Democracies*, in: *ders.* (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 410–456, hier: S. 456. Vgl. Auch den Beitrag von Martin H. Geyer in diesem Band.

mer noch als besonderes Gut. Eingriffe, die die Gesundheitsversorgung der Bürger eines Staats erheblich verschlechtern würden, erschienen als höchst unpopulär und politisch kaum durchsetzbar. Zweitens gehe ich davon aus, dass im Gesundheitswesen mit seinen vielen Akteursgruppen – insbesondere mit der Ärzteschaft, die aufgrund ihres Expertenstatus und ihrer Deutungshoheit in allen westeuropäischen Staaten eine Sonderrolle einnahm – Reformen zu Lasten dieser Gruppen nur sehr schwer durchzusetzen waren. Drittens wird betont, dass in den einzelnen Staaten nicht so sehr die politische und ideologische Ausrichtung der jeweiligen Regierung als vielmehr die Prägestkraft der nationalen Institutionen und einmal getroffene sozialpolitische Richtungsentscheidungen die Art der Reformen erheblich beeinflussten. Die Institutionen der Gesundheitsverwaltung, ihre Beharrungskräfte und die Art ihrer Verwaltung bestimmten nachhaltig die Reaktionen auf Krisen und Reformen. Hier kann man Pfadabhängigkeiten identifizieren, die Entscheidungsspielräume stark einschränkten.¹³ Es soll schließlich viertens gezeigt werden, dass eine erfolgreiche Kostenreduzierung – in der zeitgenössischen Wahrnehmung eine erfolgreiche Reform – nur möglich war bei immer wieder angepasster Budgetierung der Ausgaben in Einzelsektoren des Gesundheitswesens mit gleichzeitiger enger staatlicher Erfolgskontrolle.¹⁴ Im Folgenden sollen zunächst die Prägungen und Entwicklungen der drei Gesundheitssysteme in der Zeit der Expansion der 1950er- und 1960er-Jahre beschrieben werden, bevor die Reaktionen auf die Krise einer genauen Analyse unterzogen werden.

II. DIE ENTWICKLUNG BIS ZUM BEGINN DER 1970ER-JAHRE

Mit der Ausbreitung der Industrialisierung und unter dem Druck der wachsenden Arbeiterbewegung führten die meisten westeuropäischen Staaten Ende des 19. oder Anfang des 20. Jahrhunderts zumindest rudimentäre Regelungen zur Absicherung von Arbeitern im Krankheitsfall ein. Gleichzeitig begannen die schnell wachsenden Kommunen in Europa, die Fürsorge für gefährdete Gruppen der Gesellschaft in Form eines öffentlichen Gesundheitsdienstes auszubauen. Die Einrichtung der verschiedenen Institutionen der gesundheitlichen Sicherung mit ihrer jeweiligen nationalen Prägung hatte einen erheblichen Einfluss auf die weitere Ausformung der Gesundheitspolitik.¹⁵ Die 1950er- und 1960er-Jahre waren dann in allen drei Ländern eine Periode des relativ stabilen Wirtschaftswachstums, wenn auch die Entwicklung in Deutschland die in Großbritannien und Schweden übertraf. In allen Bereichen der Sozialpolitik kann man einen Ausbau der Leistungen beobachten, diese Phase wird als Zeit der Expansion des Sozialstaats be-

13 Das Konzept der Beharrungskräfte bzw. der Pfadabhängigkeit soll hier grundsätzlich so verstanden werden, dass dadurch Entscheidungsmöglichkeiten stark eingeschränkt werden und nicht in dem Sinne, dass dadurch bestehende Strukturen unverändert fortbestehen, vgl. *Pierson, Coping*, S. 415; vgl. für das Konzept der path dependency im Gesundheitswesen auch *Baldwin, Disease*; *D. J. Rothman, Beginnings Count. The Technological Imperative in American Health Care*, New York 1997; *J. Rogers Hollingsworth/Jerald Hage/Robert A. Hanneman, State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890–1970*, Cornell 1990; *Ulrike Lindner/Stuart Blume, Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and (West) Germany 1955–1965*, in: *Medical History* 50, 2006, S. 425–446. Vgl. für das Konzept der path dependency grundlegend *Paul David, The Economics of QWERTY*, in: *American Economic Review* 75, 1985, S. 332–337.

14 Vgl. *David Chinitz/Alex Preker/Jürgen Wasem, Balancing Competition and Solidarity in Health Care Financing*, in: *Richard B. Saltman/Joseph Figueras/Constantino Sakellariades* (Hrsg.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham etc. 1998, S. 55–77, hier: S. 67.

15 *Gerhard A. Ritter, Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, München 1991, S. 87–102.

schrrieben.¹⁶ Bei der Einrichtung des NHS in Großbritannien, der Wiedererrichtung der Krankenkassen in Westdeutschland und der Einführung der Pflichtversicherung in Schweden hatte man mit einem derart erfolgreichen Wirtschaftswachstum kaum gerechnet. Der Sozialstaatsausbau wurde Ende der 1940er-Jahre vielmehr in einer Zeit der Unsicherheit entwickelt, in der nicht ein stabiles Wachstum erwartet wurde, sondern eher wiederkehrenden sozialen Problemen entgegengewirkt werden sollte.¹⁷ Mit dem stabilen Wachstum der nächsten zwei Dekaden begann dann jedoch in allen drei Staaten ein erheblicher Ausbau der Gesundheitsdienste und Krankenkassenleistungen. Später wurde die Expansion der 1950er- und 1960er-Jahre insbesondere von konservativer politischer Seite als schwerwiegende Hypothek für die zukünftige Entwicklung gesehen.

Bundesrepublik Deutschland

Das westdeutsche Gesundheitssystem ist ganz erheblich durch die bereits unter Bismarck eingeführte Pflichtkrankenversicherung geprägt, in die bis 1945 ein Großteil der Bevölkerung einbezogen wurde. Ehefrauen und Kinder waren schon früh über den Hauptverdiener mitversichert. Die Krankenkassen verhandelten stets direkt mit den Leistungsanbietern. Besonders die niedergelassenen Kassenärzte erreichten bald eine sehr starke Stellung. Das kommunale öffentliche Gesundheitswesen wurde in den 1920er-Jahren stark ausgebaut, dabei blieb aber immer eine für Deutschland typische strikte Trennung zwischen kurativer Medizin, die von den Kassen finanziert wurde, und präventiver Medizin, die vom öffentlichen Gesundheitswesen angeboten wurde, bestehen. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden sowohl die Krankenkassen als auch das öffentliche Gesundheitswesen geschwächt, die Ärzteschaft konnte dagegen ihre Position weiter ausbauen.¹⁸ In der Bundesrepublik war dann die erste Dekade im Wesentlichen von der Rekonstruktion der Krankenversicherung bestimmt. Damit wollte man sich gegen nationalsozialistische Kollektivierungstendenzen wenden und sich gleichzeitig von der Entwicklung in der DDR distanzieren.¹⁹ Dies war maßgeblich von der CDU-geführten Bundesregierung unter Adenauer bestimmt worden, die sich von sozialistisch geprägten Entwürfen des Sozialstaats absetzte. Die Bedeutung der gesetzlichen Krankenkassen im bundesdeutschen Gesundheitssystem wuchs weiterhin, da mittlerweile der überwiegende Teil der Bevölkerung in ihnen pflichtversichert war (72 Prozent im Jahr 1949; 1959 bereits 85 Prozent).²⁰ Der Mitgliederkreis der Kassen bestand aus Arbeitern und Angestellten bis zu

16 Hugh Hecló, *Towards a New Welfare State*, in: Peter Flora/Arnold J. Heidenheimer (Hrsg.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, London etc. 1981, S. 383–406, hier: S. 386–387.

17 Hecló, S. 395

18 Vgl. Ulrike Lindner, *Chronische Gesundheitsprobleme. Das deutsche Gesundheitssystem vom Kaiserreich bis in die Bundesrepublik*, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte B 33–34*, 2003, S. 21–28; Jens Alber, *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*, Frankfurt/Main etc. 1992, S. 25–39; Lindner, *Gesundheitspolitik*, S. 33–46, 59–70; Florian Tennstedt, *Sozialgeschichte der Sozialversicherung*, in: Maria Blohmke (Hrsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*, Band 3, Stuttgart 1976, S. 385–492; Alfons Labisch/Florian Tennstedt, *Der Weg zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, 2 Bände, Düsseldorf 1985.

19 Hans Günter Hockerts, *Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland. Alliierte und deutsche Sozialversicherungspolitik 1945 bis 1957*, Stuttgart 1980, S. 363–364; vgl. auch ders., *Vorsorge und Fürsorge. Kontinuität und Wandel der sozialen Sicherung*, in: Axel Schildt/Arnold Sywottek (Hrsg.), *Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre*, Bonn 1993, S. 223–241.

20 Tennstedt, *Sozialgeschichte*, S. 422.

einer gewissen Einkommensgrenze, aus den mitversicherten Familienangehörigen und aus nichterwerbstätigen Gruppen, von denen die Rentner die größte bildeten. Den Kassen standen als Anbieter medizinischer Leistungen in der ambulanten Versorgung die Ärzte und in der stationären Versorgung die Krankenhäuser gegenüber. Die niedergelassenen Kassenärzte waren in der Bundesrepublik sowohl auf Landes- wie auf Bundesebene in Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert und konnten als selbstverwaltete und autonome Partner mit den Kassen verhandeln. Daher blieb für das deutsche Gesundheitswesen eine beständige Auseinandersetzung der organisierten Interessengruppen kennzeichnend.²¹

Trotz zahlreicher Kontinuitäten aus der Vorkriegszeit gab es in den 1950er-Jahren auch einige wichtige Veränderungen, die die weitere Entwicklung entscheidend prägten. Die niedergelassenen Ärzte hatten schon lange versucht, die ambulante Versorgung komplett zu übernehmen. Sie betonten stets, dass »echtes Arztum« nur in einer freien ärztlichen Berufsausübung bestehen könne. Ihre Position, nur ein freier Arzt könne das Vertrauen seiner Patienten erwerben und eine angemessene medizinische Versorgung garantieren, fand in der Bundespolitik der 1950er-Jahre starke Zustimmung. Das »Gesetz über das Kassenarztrecht« von 1955 übertrug schließlich gegen den vehementen Protest der Krankenkassen den Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulante Versorgung.²² So festigte es die im deutschen System starke Stellung der Ärzte endgültig.²³ Zusätzlich wurden die Sektoren des stationären und ambulanten Sektors vollständig getrennt; die Krankenhäuser gaben nun den ambulanten Bereich ganz an die niedergelassenen Ärzte ab. Diese strikte Trennung unterscheidet das deutsche System wesentlich von anderen europäischen Gesundheitsdiensten.²⁴ Ein weiterer wichtiger Schritt in der Entwicklung der ambulanten Versorgung der Bundesrepublik Deutschland war die Niederlassungsfreiheit der Kassenärzte: 1960 hob das Bundesverfassungsgericht die bestehenden Beschränkungen als verfassungswidrig auf. Dies führte in den nächsten Jahren zu einem erheblichen Anstieg der Ärztezahlen, insbesondere bei den Fachärzten, und trug stark zum Kostenanstieg im Gesundheitswesen bei. Gleichzeitig gingen die Kassen in den 1960er-Jahren mehr und mehr zur Einzelleistungsvergütung für Ärzte über, was eine Kontrolle der steigenden Ausgaben für den ambulanten Bereich nochmals erschwerte.²⁵ Während die Ärzteschaft gegenüber den Kassen ihre Position ausbauen konnte, wurde das öffentliche Gesundheitswesen in seinen Kompetenzen stark beschnitten und gab immer mehr Aufgabenbereiche an die niedergelassenen Ärzte ab.²⁶ Der öffentliche Gesund-

21 Lindner, Gesundheitspolitik, S. 37.

22 Frieder Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform. Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg 1967, S. 103–105; vgl. auch Marian Döhler/Philip Manow, Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen 1997. Zu den Protesten der Kassen z. B. Anlage zum Ausschussprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Sozialpolitik und für Fragen des Gesundheitswesens am 9.9.1954, Vereinigungen der Ortskrankenkassenverbände an die Mitglieder des Deutschen Bundestages, 15.6.1954, Parlamentsarchiv, II 165 A 2. Das Gesetz in BGBl. I, 1955, S. 513.

23 Vgl. Volker Wanek, Machtverteilung im Gesundheitswesen, Struktur und Auswirkungen, Frankfurt/Main 1994, S. 133.

24 Siegfried Eichhorn, Germany, in: Marshall W. Raffel (Hrsg.), Comparative Health Systems. Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems, Pennsylvania/London 1984, S. 286–317, hier: S. 289; Bernd Rosewitz/Douglas Webber, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/Main 1990, S. 41–42.

25 Wanek, Machtverteilung, S. 134; Rosewitz/Webber, S. 234.

26 Ludwig von Manger-Koenig, Der öffentliche Gesundheitsdienst zwischen Gestern und Morgen, in: Das öffentliche Gesundheitswesen 37, 1975, S. 433–448; Alfons Labisch/Florian Tennstedt, Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949–1965), in: Thomas Elkeles (Hrsg.): Prävention

heitsdienst wurde in den 1960er-Jahren weitgehend seiner präventivmedizinischen und sozialen Aufgaben beraubt und auf kontrollierende Tätigkeiten beschränkt.²⁷

Eine grundlegende Reform des bundesdeutschen Gesundheitswesens scheiterte bereits Anfang der 1960er-Jahre.²⁸ Die Bundesregierung strebte eine Struktur- und Gesamtreform des Krankenkassenwesens durch das »Krankenversicherungsneuregelungsgesetz« (KVNG) an. Das neue Gesetz sollte die Tendenz zum Versorgungsstaat wieder bremsen und vor allem durch Selbstbeteiligung die Leistungen der Krankenkassen stärker auf schwere Krankheitsfälle konzentrieren, was auf heftigen Widerstand in der SPD und den Arbeitnehmerkreisen der CDU stieß. Gleichzeitig strebte das neue Gesetz durch staatliche Honorarfestlegungen eine bessere Kontrolle über die Ausgaben im Gesundheitswesen an. Die Verhandlungsautonomie zwischen Ärzten und Kassen sollte weitgehend aufgehoben werden. Dagegen opponierte vor allem die Ärzteschaft, die auf jeden Fall eine staatliche Kontrolle ihrer Honorarverhandlungen verhindern wollte und wesentlich zum Scheitern des Gesetzes im Jahr 1961 beitrug.²⁹ Stattdessen wurden in den 1960er-Jahren einzelne Leistungsverbesserungen aus der Gesamtreform herausgenommen und umgesetzt, ohne ein wirksames Instrument der staatlichen Ausgabensteuerung einzufügen.

Neben den ständigen Auseinandersetzungen zwischen Kassen, Leistungsanbietern und Staat kennzeichneten auch Strukturprobleme, die aus dem föderalen Aufbau der Bundesrepublik herrührten, das westdeutsche Gesundheitswesen. Die Verhältnisse waren von Anfang an durch eine starke Verschränkung der Zuständigkeiten von Bund und Ländern geprägt.³⁰ Für das öffentliche Gesundheitswesen waren grundsätzlich die Länder verantwortlich, nur in bestimmten Fällen konnte der Bund eingreifen und von seinem Gesetzgebungsrecht Gebrauch machen. In der Zuständigkeit des Bundes verblieb die gesetzliche Krankenversicherung.³¹ Auf Bundesebene findet man erneut eine organisatorische Zersplitterung des Gesundheitswesens: Die Belange der Sozialversicherungen und mit ihr die Krankenkassen fielen in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums. Lediglich Fragen der öffentlichen Fürsorge, der Zulassung zu ärztlichen Berufen, der übertragbaren Krankheiten etc. wurden in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums bzw. ab 1961 im neu gegründeten Bundesgesundheitsministerium bearbeitet.³² Bis zu den 1970er-Jahren kann man so in Westdeutschland einen enormen Ausbau der Kassenleistungen bei fortbestehenden Strukturproblemen und bei gleichzeitigem Schwinden der Regelungsmöglichkeiten durch den Staat beobachten.

und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990, Berlin 1991, S. 129–158.

27 Lindner, Gesundheitspolitik, S. 71; Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge, 24.2.1956, Bundesarchiv Koblenz, B 142/4043.

28 Ursula Reucher, Reformen und Reformversuche in der gesetzlichen Krankenversicherung (1956–65). Ein Beitrag zur Geschichte bundesdeutscher Sozialpolitik, Düsseldorf 1999; Rosewitz/Webber, S. 172–183.

29 Naschold, S. 222–264; zu den heftigen Diskussionen um die Selbstbeteiligung in den Bundestags-Ausschüssen für Gesundheitswesen, Arbeit und Sozialpolitik vgl. Parlamentsarchiv, III 1002 A1 und A2 passim.

30 Fritz Bernhardt, Zuständigkeiten des Bundes und der Länder, in: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland. Sonderdruck aus der Wochenschrift »Das Parlament« Nr. 35 vom 31.8.1966 für das Bundesministerium für Gesundheitswesen, [Bonn 1966], S. 3–8.

31 Von Manger-Koenig, S. 438; Alber, Gesundheitswesen, S. 17–18.

32 BAK, B 142/647, Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Entwurf, 1953; Bernhardt, Zuständigkeiten, S. 7; diese Teilung war in Deutschland bedingt durch die Bindung der Krankenversicherung an die anderen Sozialversicherungen. Dies legte eine Verwaltung im Sozialministerium nahe, während in anderen Ländern wie Großbritannien der staatliche Gesundheitsdienst selbstverständlich im Gesundheitsministerium verwaltet wurde.

Großbritannien

In Großbritannien gab es seit 1911 eine Pflichtkrankenversicherung, die jedoch nur einen kleineren Teil der arbeitenden Bevölkerung einbezog; Familienmitglieder waren grundsätzlich nicht mit in die Versicherung eingeschlossen. Auch in Großbritannien entwickelte sich in den 1920er-Jahren ein starkes öffentliches Gesundheitswesen, in dessen Einrichtungen sich Patienten behandeln lassen konnten. Im Gegensatz zu Deutschland gab es hier keine scharfe Trennung zwischen kurativen und präventiven Leistungen. Seit 1919 wurden sowohl Versicherung als auch öffentlicher Gesundheitsdienst im *Ministry of Health* verwaltet, was eine einheitlichere Organisation des Gesundheitswesens ermöglichte. Bis nach dem Zweiten Weltkrieg bestanden jedoch ein unstrukturiertes Nebeneinander von verschiedenen Absicherungsformen sowie eine ungleiche und teilweise sehr mangelhafte Versorgung der Bevölkerung mit stationären und fachärztlichen Leistungen.³³ Die Zentralisierung der Krankenhäuser während des Zweiten Weltkriegs war in Großbritannien ein erster Schritt in Richtung eines nationalen Gesundheitsdienstes.³⁴ Im Jahr 1945, nach dem deutlichen Wahlsieg der Labour Party mit ihrem Programm der sozialen Reformen, stand fest, dass nun ein umfassendes, neues Gesundheitssystem eingeführt würde.³⁵ Aneurin Bevan, dem neuen Gesundheitsminister, gelang es, die Nationalisierung der von gemeinnützigen Organisationen getragenen Kliniken und der bisherigen kommunalen Krankenhäuser durchzusetzen und beide unter ein neues Verwaltungsschema zu stellen.³⁶ Die Kämpfe mit der Ärzteschaft und deren mächtiger Vereinigung, der *British Medical Association* (BMA), ließen sich nur mit einem Kompromiss lösen: Die niedergelassenen Allgemeinärzte wollten auf jeden Fall ihren Status als frei praktizierende Ärzte bewahren. Ihnen gelang es dank des großen Einflusses der BMA, eine Anstellung im neuen NHS zu verhindern. Sie wurden mit Fallpauschalen über neu eingerichtete Verwaltungsgremien, die *Executive Councils* vergütet. Die Ärzte waren bei den Verhandlungen um den NHS die entscheidende Expertengruppe, die Gesundheitsminister Bevan nicht verärgern durfte, wenn er den NHS erfolgreich zum Start bringen wollte.³⁷ Der NHS, der schließlich am 5. Juli 1948 offiziell ins Leben gerufen wurde, bot nun allen Bürgern des Staats eine kostenlose umfassende Gesundheitsvorsorge und medizinische Therapie an. Die Verantwortung für den NHS lag beim Gesundheitsministerium.³⁸

Der NHS war dreigeteilt in *Regional Hospital Committees*, die das Krankenhauswesen verwalteten, *Executive Councils*, denen die ärztliche Versorgung der Bevölkerung unterstand, sowie *Local Health Authorities*, die die lokalen Gesundheitsdienste leiteten. Die dreiteilige Struktur des NHS führte in den folgenden Jahren zu erheblichen organisatorischen Schwierigkeiten.³⁹ Die wichtigste Neuerung war der staatsfinanzierte Kranken-

33 Vgl. *Bentley B. Gilbert*, *The Evolution of National Insurance in Great Britain. The Origins of the Welfare State*, London 1966; *ders.*, *British Social Policy, 1914–1939*, Ithaca/New York 1970, S. 255–304; *Charles Webster*, *The Health Services Since the War*, Band 1: *Problems of Health Care: The National Health Service before 1957*, London 1988, S. 5–11; *W. M. Frazer*, *A History of English Public Health 1838–1939*, London 1950.

34 Vgl. *Richard M. Titmuss*, *Problems of Social Policy*, London 1950, S. 66–73; *Harry Eckstein*, *The English Health Service*, Cambridge/Mass. 1958; *Klein*, *Politics*, S. 7–11.

35 Vgl. zu den Vorhaben der Regierung Attlee *Paul Addison*, *The Road from 1945*, in: *Peter Hennessy/Anthony Seldon* (Hrsg.), *Ruling Performance. British Governments from Attlee to Thatcher*, Oxford 1987, S. 5–27; *Kenneth O. Morgan*, *Labour in Power 1945–51*, Oxford 1984.

36 Vgl. zu Bevan als Gesundheitsminister *Michael Foot*, *Aneurin Bevan. A Biography*, Band 2: *1945–1960*, London 1973, S. 102–217.

37 *Klein*, *Politics*, S. 22–23.

38 *Lindner*, *Gesundheitspolitik*, S. 52.

39 *Leslie A. Banks*, *Administrative Divisions within the National Health Service*, in: *British Journal of Preventive and Social Medicine* 7, 1953, S. 99–104.

haussektor; die von Kommunen und gemeinnützigen Institutionen betriebenen Krankenhäuser hatten stets unter Geldnot gelitten und konnten oft nur eine sehr schlechte Versorgung anbieten.⁴⁰ Dies änderte sich nun schlagartig, brachte aber einen starken Anstieg der Kosten mit sich.

Das Hauptproblem der ersten Jahre stellten dementsprechend die finanziellen Schwierigkeiten dar. Die Kosten des NHS waren anfangs stark unterschätzt worden. Die Diskrepanz zwischen Prognose und tatsächlicher Entwicklung war so groß, dass – verstärkt durch die immer noch prekäre wirtschaftliche und finanzielle Situation des Landes – die enorm steigenden Ausgaben des Gesundheitssektors schnell als völlig unkontrollierbar eingestuft wurden.⁴¹ Diese Fehlkalkulationen ließen den NHS von Beginn an in finanzielle Probleme geraten und führten zu ständigen Kämpfen zwischen dem Finanz- und dem Gesundheitsministerium. Um die Ausgaben etwas zu begrenzen, wurde bereits 1949 eine Selbstbeteiligung in Form einer Rezeptgebühr eingeführt. Als sich die Finanzkrise ausweitete, und weitere Gebühren für die Patienten eingeführt werden sollten, trat Gesundheitsminister Bevan nach langem, heftigen Streit im April 1951 zurück.⁴² Trotz dieser Probleme entwickelte sich der NHS zu einer wichtigen und hochgeschätzten staatlichen Einrichtung, die von den britischen Bürgern fast ausnahmslos bejaht wurde. Nach dem Wechsel zu einer konservativen Regierung im Jahr 1951 blieb der Gesundheitsdienst unverändert bestehen. Bei der Debatte im Unterhaus zum 10-jährigen Jubiläum des *National Health Service* im Jahr 1958 priesen ihn Abgeordnete aller Parteien in den höchsten Tönen.⁴³ Auch wenn der NHS sicher nicht allen Bürgern eine gleichmäßige Versorgung bot und es nach wie vor gravierende regionale und soziale Unterschiede gab, so hatten sich doch die medizinischen Angebote für die Bevölkerung seit 1948 extrem verbessert. Auch die Verbindung sozialer und medizinischer Dienste sowie kurativer und präventiver Maßnahmen gelang unter dem einheitlichen Verwaltungsschema wesentlich überzeugender als in der Bundesrepublik.⁴⁴

Der beständige Streit um die hohen Kosten des NHS ebte erst ab, als ein unabhängiges Gremium, das *Guillebaud Committee*, dem NHS 1956 bescheinigte, dass die Kosten lediglich inflationsbedingt so stark angestiegen seien und keine nennenswerte Kostenexplosion vorliege.⁴⁵ Ein hingegen weiter schwelendes Problem des NHS blieb in den folgenden Jahren der Kampf mit der Ärzteschaft um eine bessere Honorierung ihrer Leistungen. Da der NHS das Beschäftigungsmonopol für die gesamte Ärzteschaft hatte, gab es fast alljährlich Auseinandersetzungen zwischen den mächtigen Ärzteverbänden und dem Gesundheitsministerium, bei denen die Ärzte oftmals Erfolge erzielen konnten.⁴⁶

Rudolf Klein hat die Zeit der 1950er-Jahre im NHS als eine Phase der Erschöpfung bezeichnet, die auf die innovativen 1940er-Jahre folgte, als der NHS konzipiert und in sehr kurzer Zeit administrativ umgesetzt wurde.⁴⁷ Die enorme Kostensteigerung der Anfangsjahre, die vor allem aus der Übernahme des gesamten Krankenhaussektors resultiert hatte, führte dazu, dass trotz des anhaltenden Wirtschaftswachstums die Ausgaben für

40 *Anne Hardy*, *Health and Medicine in Britain since 1860*, Houndmills 2001, S. 141.

41 *Harry Eckstein*, *The English Health Service*, Cambridge/Mass. 1958, S. 216–218.

42 *Webster*, *Health Services*, Band 1, S. 143–145, 165–166.

43 Vgl. die Diskussion im britischen Parlament zum 10. Jahrestag des NHS; *British Parliamentary Papers*, Band 592, Sp. 1382–1506, Session 30.7.1958; *Charles Webster*, *The Health Services since the War*, Band 2, *Government and Health Care*, London 1996, S. 2.

44 *Lindner*, *Gesundheitspolitik*, S. 126.

45 Ministry of Health, *Report of the Committee of Enquiry into the Cost of the National Health Service (Cmd 9662)*, London 1956 (Guillebaud Report).

46 *Klein*, *Politics*, S. 40–56.

47 *Klein*, *Politics*, S. 41.

den NHS nicht den Wachstumswahlen folgten, sondern weiterhin stark beschränkt wurden. Da der NHS fast ausschließlich aus Steuergeldern finanziert wurde, unterlag er einer wesentlich genaueren öffentlichen Kontrolle als das deutsche Gesundheitswesen mit seiner schwer durchschaubaren Mischfinanzierung. Bis Mitte der 1960er-Jahre wurde so kaum in neue Krankenhäuser investiert, die Zuzahlungen der Patienten blieben bestehen.

Danach schien auch in Großbritannien die Zeit des Sparens vorüber zu sein. Noch unter der Konservativen Partei wurde ein Krankenhausplan entwickelt, der einen starken Ausbau und eine Konzentration des Krankenhauswesens vorsah.⁴⁸ Als die Labour Party 1964 unter Premierminister Wilson wieder an die Macht kam, bekannte sie sich ausdrücklich zu einer weiteren Expansion und Modernisierung des Wohlfahrtsstaats. Auch wenn die Gesundheitspolitik nicht an vorderster Stelle des Wahlprogramms stand, so waren doch höhere Investitionen für den NHS angekündigt worden; außerdem sollten die Zuzahlungen zu Medikamenten wieder beseitigt werden. Im Winter 1964 wurden die Zuzahlungen für Medikamente tatsächlich aufgehoben, die Patientenbeiträge zu anderen Leistungen blieben jedoch bestehen. Schon diese Maßnahme führte jedoch zu weit höheren Kosten als angenommen und resultierte erneut in Problemen mit dem Finanzministerium.⁴⁹ Während der Labour-Regierungen unter Wilson versuchte das Gesundheitsministerium, einen größeren Anteil der wachsenden Sozialausgaben für sich zu reklamieren. Es begann eine Zeit der großen Planungen, die aber in Großbritannien immer von einer Diskussion um die beschränkten Finanzen begleitet wurde. Dennoch kann man die zweite Hälfte der 1960er-Jahre als eine Periode der Planungseuphorie und der großen Investitionen charakterisieren. Der Umfang der Ausgaben für das Gesundheitswesen stieg zwischen 1968 und 1972 deutlich an; das Gesundheitsministerium investierte besonders in neue Zentralkliniken.⁵⁰ Im Zuge dieser Tendenz zur Konzentration wurde 1968 auch das Gesundheitsministerium mit dem Sozialministerium in einer riesigen Verwaltungseinheit zusammengefasst, dem *Department for Health and Social Security* (DHSS).⁵¹ Mit dieser und den folgenden Umformungen verlor auch die Ärzteschaft als Experten- und Interessengruppe zunehmend an Einfluss im englischen Gesundheitswesen, das immer stärker zentral ausgerichtet war. 1974 gab es erneut eine organisatorische Reform, die die problematische dreigeteilte Organisation des NHS abschaffte. Der NHS wurde nun über *Regional and Area Health Authorities* verwaltet, die die verschiedenen Teilbereiche des NHS (Verwaltung der Krankenhäuser, der lokalen Gesundheitsfürsorge, der niedergelassenen Allgemeinärzte) in Form von parallelen Strukturen für die einzelnen Professionen in ein Organisationsschema integrieren sollten. Dadurch entstand aber erneut eine höchst komplizierte Verwaltungsstruktur, die die erhoffte verbindende Wirkung nicht erreichte und schon bald wieder stark kritisiert wurde.⁵²

Schweden

In Schweden wurde nach dem deutschen Vorbild ebenfalls sehr früh – bereits 1891 – eine Form der staatlichen Absicherung im Krankheitsfall eingerichtet. Der Staat leistete Beihilfen für eine freiwillige Krankenversicherung, die jedoch anders als in Deutschland ihre Leistungen direkt an die Patienten auszahlte. Es gab somit keine unabhängigen Verhandlungen zwischen Kassen und Ärzteschaft über die Vergütung der ärztlichen Leistungen. Die in Schweden außerdem zahlenmäßig sehr kleine Gruppe der Ärzteschaft ver-

48 Lindner, Gesundheitspolitik, S. 117.

49 Webster, Health Services, Band 2, S. 178–191.

50 Richard Perry, United Kingdom, in: *Flora*, Growth to Limits, S. 161.

51 Webster, Health Services, Band 2, S. 181.

52 Perry, S. 177; siehe für die kritische Beurteilung der Reform auch Merrison Report, Royal Commission on the National Health Service (Cmd 7615), London 1979.

fügte insgesamt über weniger Einfluss als in Deutschland oder Großbritannien. Der staatliche Krankenhaussektor hatte dagegen in Schweden eine lange Tradition. Die Krankenhäuser wurden bereits seit den 1860er-Jahren durch die Regierungen der schwedischen Bezirke verwaltet und über Steuern finanziert. Dort wurde sowohl ambulant als auch stationär behandelt, und die Krankenhäuser nahmen auf diese Weise früh eine dominante Rolle im schwedischen Gesundheitssystem ein. Daneben gab es einen zentral verwalteten öffentlichen Gesundheitsdienst mit Distriktärzten sowie privat niedergelassene Ärzte, die Patienten ambulant behandelten.⁵³ Bereits seit den 1930er-Jahren verfügten die Sozialdemokraten in Schweden über eine stabile Mehrheit im Parlament und trieben die Expansion des Wohlfahrtsstaats voran. Bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs bauten sie die freiwillige Versicherung und den Krankenhaussektor weiter aus.⁵⁴ Diese parteipolitische Konstellation bestand auch nach 1945 fort.

Während in anderen Bereichen des Sozialstaats relativ schnell zahlreiche neue Gesetze verabschiedet wurden (Pensionen, Familienunterstützung etc.), kam es im Bereich des Gesundheitswesens jedoch zu einer eher zögerlichen Entwicklung.⁵⁵ Zunächst war zwar ein Gesetz für eine nationale Krankenversicherung im Parlament mit großer Zustimmung verabschiedet worden, die Implementation gestaltete sich jedoch problematisch. Eine von Axel Höjer, dem Generaldirektor des Schwedischen Rates für Gesundheit und Wohlfahrt, bereits 1943 einberufene Kommission hatte Vorschläge für eine Reform der gesamten Gesundheitssicherung und insbesondere der ambulanten Medizin erarbeitet, die dann im Rahmen des nationalen Krankenversicherungsgesetzes umgesetzt werden sollten. Der von Höjer schließlich entwickelte Plan sah ein dem NHS ähnliches Modell mit einer starken Betonung der lokalen Gesundheitszentren vor, das jedoch hinsichtlich der Stellung der Ärzte noch radikalere Änderungen vorsah als der britische Gesundheitsdienst.⁵⁶ In den lokalen Zentren sollte die Bevölkerung eine medizinische Grundversorgung erhalten und von dort auf die Fachärzte und Krankenhäuser überwiesen werden, gleichzeitig sollten alle Ärzte vom Staat angestellt und jegliche private Praxis unterbunden werden. Die 1948 veröffentlichte Reform stieß jedoch nicht nur bei der Ärzteschaft auf erheblichen Widerstand.⁵⁷ Wie in Deutschland und Großbritannien lehnten die Ärzte eine Anstellung rundheraus ab und verwiesen auf ihre notwendige professionelle Freiheit.⁵⁸ Höjer wurde insbesondere in der Presse heftig attackiert. Schließlich schlugen sich auch die Bezirksregierungen auf die Seite der Kritiker, da sie fürchteten, bei einem Verbot der Privatpraxis ihre Fachärzte in den von ihnen betriebenen Kliniken zu verlieren, da diese dann kein Zusatzeinkommen durch private Praxen verdienen könnten. Die Bezirke schlugen vor, zunächst die Anzahl der Ärzte zu vergrößern, bevor man weitergehende Reformen ins Auge fassen sollte. Die Diskussion um die Höjer-Reform war schließlich so erhitzt, dass die Regierung es als unmöglich erachtete, das Gesetzesvorhaben weiter zu

53 Olson; Hirobumi Ito, Health Insurance and Medical Services in Sweden and Denmark 1850–1950, in: Arnold J. Heidenheimer/Nils Evander (Hrsg.), *The Shaping of the Swedish Health System*, London 1980, S. 44–67; Uncas Sermer, Swedish Health Legislation: Milestones in Reorganisation since 1945, in: Arnold J. Heidenheimer/Nils Evander (Hrsg.), *The Shaping of the Swedish Health System*, London 1980, S. 99–116

54 Ellen Immergut, *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*, Cambridge 1992, S. 195.

55 Olson, S. 7 f.; Immergut, S. 203 ff.

56 Axel Höjer, *Den öppna läkarvården i riket*, Stockholm 1948.

57 Edgar Borgenhammer, Sweden, in: Marshall W. Raffel (Hrsg.), *Comparative Health Systems. Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*, Pennsylvania/London 1984, S. 470–488, hier: S. 477; Immergut, S. 205.

58 Odin Anderson, *Health Care: Can there be Equity? The United States, Sweden and England*, New York 1972, S. 78–79; Ito, S. 63.

verfolgen.⁵⁹ Die schwedische Ärztevereinigung konnte so die private medizinische Versorgung sowohl im ambulanten Sektor wie auch innerhalb der öffentlichen Krankenhäuser aufrechterhalten. Ärzte wurden weiter auf der Basis von Einzelleistungen vergütet und nicht mit einem Gehalt beim Staat angestellt.

Nach dem Scheitern der Höjer-Reform schwand die Unterstützung für radikale Maßnahmen sowohl in der Regierung wie auch in der Bevölkerung. Der Koalitionspartner der Sozialdemokraten, die Bauernpartei, hatte immer erhebliche Probleme mit Höjers Vorschlägen gehabt; grundlegende Reformen fanden nun keine Zustimmung mehr. Zudem war die Versorgung der Bevölkerung mit ärztlichen und stationären Leistungen wesentlich besser als in Großbritannien vor der Einführung des NHS, weswegen auch kein so drängender Reformdruck wie im Großbritannien der Nachkriegszeit bestand.⁶⁰

Mitte der 1950er-Jahre kann man in Schweden wieder ein stärkeres Interesse am Gesundheitssektor erkennen: 1954 bezeichnete der Innenminister das Gesundheitswesen als defizitären Bereich der sozialpolitischen Planung.⁶¹ Im selben Jahr wurde eine neue Kommission unter dem Sozialdemokraten Richard Sterner ernannt, die erneut die Probleme des Gesundheitswesens untersuchen und Vorschläge für eine Neuordnung vorlegen sollte.⁶² Zunächst kam es jedoch nicht zu einer umfassenden Reform, sondern zur Einführung der bereits 1947 verabschiedeten nationalen Pflicht-Krankenversicherung im Jahr 1955. Dies war zwar ein wichtiger Schritt in Richtung eines umfassenden Gesundheitssystems, jedoch weit entfernt von den ursprünglichen Planungen. Im Unterschied zu Deutschland deckte die Versicherung vor allem die Kosten für Arbeitsausfall, ambulante Behandlung und Medikamente ab; die stationäre Behandlung wurde weiterhin über die von den Bezirksregierungen verwalteten, aus Steuergeldern finanzierten Krankenhäuser geleistet.⁶³ Die Patienten konnten mit der Versicherung zudem verschiedene Formen der privaten medizinischen Versorgung wählen. In den Krankenhäusern durften Oberärzte Privatpatienten ambulant und zum Teil stationär betreuen; außerhalb der Krankenhäuser wurden sowohl die Leistungen von Ärzten mit einer Privatpraxis wie auch die privaten Abrechnungen von Distriktärzten erstattet.⁶⁴ Anders als in Deutschland mussten die Patienten die Ärzte direkt bezahlen; ca. 60 bis 70 Prozent der Auslagen wurden später von der Krankenversicherung rückerstattet. In den großen schwedischen Städten erreichte die private Krankenversorgung so Ende der 1950er-Jahre ein erhebliches Ausmaß. Stationäre Versorgung von Privatpatienten hatte in Schweden dagegen nie eine wichtige Rolle gespielt.⁶⁵

In den folgenden Jahren versuchten die sozialdemokratischen Regierungen, die gescheiterte Höjer-Reform Schritt für Schritt nachzuholen und die Möglichkeiten der privaten Krankenversorgung wieder einzudämmen, da ein umfassender staatlicher Gesundheits-

59 *Arnold J. Heidenheimer*, Conflict and Compromise between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947–1972, in: *ders./Nils Evander* (Hrsg.), *The Shaping of the Swedish Health System*, London 1980, S. 119–142, hier: S. 123; *Immergut*, S. 207.

60 *Allan Bruce/Ernst Jonsson*, *Competition in the Provision of Health Care. The Experience of the US, Sweden and Britain*, Aldershot 1996, S. 39; *Peter Garpenby*, *The State and the Medical Profession. A Cross-National Comparison of the Health Policy Arena in the United Kingdom and Sweden 1945–1985*, Linköping 1989, S. 84.

61 *Garpenby*, S. 85.

62 *Serner*, S. 105; vgl. auch den Sterner-Report: *Hälsövård och öppen sjukvård i landstingsområdena*, Stockholm 1958. Richard Sterner war Sozialstatistiker, gehörte der sozialdemokratischen Partei Schwedens an und schrieb als Sozial- und Fürsorgeexperte einen Report zur weiteren Entwicklung des schwedischen Gesundheitswesens, der die Einrichtung eines umfassenden staatlichen Gesundheitsdienstes befürwortete.

63 *Garpenby*, S. 85; vgl. auch *Baldwin*, *Politics*, S. 144–146.

64 *Immergut*, S. 210–211.

65 *Heidenheimer*, *Conflict*, S. 131; *Immergut*, S. 211.

dienst ohne private Praxis zu den wichtigsten Zielen schwedischer sozialdemokratischer Gesundheitspolitik gehörte. Diese Richtung unterstützte auch der schließlich 1958 veröffentlichte Sterner-Report.⁶⁶ 1959 wurde schließlich die stationäre Privatbehandlung von Patienten in den Krankenhäusern beendet. Das Krankenhausgesetz verpflichtete außerdem alle Kliniken, Patienten ambulant zu behandeln und so eine Konkurrenz zu den Privatpraxen der niedergelassenen Ärzte aufzubauen.⁶⁷ Patientenbesuche in den Ambulanzen der Kliniken stiegen rasch an, 1963 fanden ca. 40 Prozent aller ambulanten Behandlungen in den Krankenhäusern statt. Dies führte in Schweden zu einer noch stärkeren Konzentration der Gesundheitsleistungen auf den Krankenhausbereich.⁶⁸ 1963 übernahmen dann die Regionalregierungen zusätzlich zur Verwaltung der Krankenhäuser auch die Organisation der Distriktärzte.⁶⁹ Tendenz der Gesetzgebung der 1960er-Jahre war es, die gesamten Gesundheitsleistungen unter die Verwaltung der Bezirksregierungen zu stellen. Diese Ausrichtung des Gesundheitswesens führte zu grundsätzlichen Problemen: Im schwedischen System fehlte wie in der Bundesrepublik eine funktionierende Integration sozialer und medizinischer sowie kurativer und präventiver Leistungen. Durch die starke Fixierung auf die Krankenhäuser als Anbieter gesundheitlicher Versorgung gab es eine noch stärkere Konzentration auf rein medizinische und therapeutische Leistungen. Zudem fungierte der Allgemeinarzt nicht wie in Großbritannien als »Türhüter« die fachärztlichen Dienste, vielmehr tendierten die Patienten dazu, selbst in Krankenhausambulanzen und Notaufnahmen zu gehen. Dies machte eine Kontrolle der Leistungen schwierig und trug erheblich zur Kostensteigerung bei.⁷⁰

Nachdem die Sozialdemokraten 1968 wieder die absolute Mehrheit erhielten, versuchten sie nun ihr Ziel, die privatärztlichen Behandlungen abzuschaffen, möglichst schnell umzusetzen. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung war die 1970 durchgeführte »Sieben-Kronen«-Reform, die private Behandlung in den Ambulanzen der Kliniken untersagte. Die Patienten bezahlten nun nicht mehr direkt für die Behandlung mit späterer Rückerstattung durch die Kasse, vielmehr zahlten sie einen fixen Betrag – sieben Kronen – an das Krankenhaus; die Krankenversicherung überwies für jede Behandlung den Restbetrag direkt an die Bezirksregierungen. Die Ärzte, die in den Krankenhäusern angestellt waren, erhielten nun ein festes Gehalt.⁷¹ Die niedergelassenen Allgemeinärzte waren zwar nicht von dieser Reform betroffen, da aber die Patienten in den Ambulanzen nur noch sieben Kronen für eine Behandlung zahlten, während sie bei einem niedergelassenen Allgemeinarzt zunächst den vollen Betrag begleichen mussten, gab es für sie einen erheblichen Anreiz, die Krankenhausambulanzen aufzusuchen. Dementsprechend sank die Zahl der niedergelassenen Allgemeinärzte in den nächsten Jahren stetig. Generell kann man bis zu Beginn der 1970er-Jahre eine Entwicklung hin zu einer zentral von den Bezirksregierungen gesteuerten Gesundheitspolitik beobachten. Die Sieben-Kronen-Reform sollte zudem die in den 1960er-Jahren extrem gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen eindämmen. Die vorher übliche Einzelleistungsvergütung hatte – wie in der Bundesrepublik – in manchen Bereichen die Ausgaben in außerordentliche Höhen getrie-

66 Vgl. dazu ausführlich Anm. 62.

67 *Serner*, S. 105; *Immergut*, S. 212; *Mack Carder/Bendix Klingeberg*, *Towards a Salaried Medical Profession: How Swedish Was the Seven Crowns Reform?*, in: *Arnold J. Heidenheimer/Nils Evander* (Hrsg.), *The Shaping of the Swedish Health System*, London 1980, S. 143–171, hier: S. 146.

68 *Garpenby*, S. 85.

69 *Olson*, S. 8–9.

70 *Stefan Håkansson*, *New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden*, in: *International Journal of Health Planning and Management* 9, 1994, S. 103–124, hier: S. 107.

71 Siehe ausführlich *Carder/Klingeberg*, *Medical Profession*; auch *Borgenhammar*, S. 477.

ben; dem hoffte man mit stärker zentral organisierten Gesundheitsleistungen zu begegnen.⁷²

Erstaunlich ist an dieser Entwicklung, dass die schwedische Ärztevereinigung, die die Höjer-Reform 1948 heftig bekämpft und blockiert hatte, nun ohne größeren Widerstand die Reform von 1969 mittrug. Hier sind mehrere Gründe zu nennen: Im Zuge der schrittweisen Verstaatlichung des Gesundheitswesens war der Einfluss der schwedische Ärztevereinigung gegenüber der starken, einheitlichen Exekutive geschwunden. Sich den Reformen zu widersetzen, gestaltete sich wesentlich problematischer als in Westdeutschland mit einem stark zersplitterten, von vielen verschiedenen Akteuren dominierten Gesundheitswesen. Andererseits war es auch für die Ärzte selbst relativ attraktiv geworden, Gehälter vom Staat zu beziehen, da die Verdienstmöglichkeiten mit privater Praxis bei einer stetig steigenden Anzahl von Ärzten stark gesunken waren.⁷³

Die Phase der Prosperität

In allen drei Ländern findet man nach zwei Dekaden der Expansion zu Beginn der 1970er-Jahre ein gut ausgebautes, umfassendes Gesundheitswesen, jedoch mit divergierenden Strukturen. In der Bundesrepublik Deutschland ging es in den 1950er- und 1960er-Jahren um eine erhebliche Erweiterung der Leistungen innerhalb des bestehenden Kassensystems. Strukturreformen scheiterten zwar, dies erschien jedoch in der Phase der Expansion als wenig problematisch und wurde durch Leistungsausbau aufgefangen. In Schweden baute man ebenfalls die Gesundheitsleistungen ganz erheblich aus, gleichzeitig wurde ab Mitte der 1950er-Jahre das System verändert und das Gesundheitswesen immer stärker staatlicher Kontrolle und Regulierung unterstellt. In Großbritannien schließlich bestand der 1948 unter großem finanziellen Aufwand eingeführte staatliche Gesundheitsdienst zunächst relativ unverändert fort. Hier ist im Unterschied zu den beiden anderen Ländern in den 1950er-Jahren kaum eine Expansion der Leistungen zu beobachten. Vielmehr zeigte sich im steuerfinanzierten NHS bereits nach 1948 das Problem der Unterfinanzierung. Die ständige strenge Budgetierung ließ die Ausgaben des NHS nie so stark ansteigen wie in den beiden anderen untersuchten Ländern. Hier gehörte die Geldknappheit bis Ende der 1950er-Jahre zur Gesundheitspolitik, sie verschwand erst während der Planungs- und Investitionsphase der 1960er-Jahre.

Gleichzeitig waren in den einzelnen Ländern die Machtverhältnisse zwischen den staatlichen Steuerungsorganen und den wichtigsten Leistungsanbietern und Akteursgruppen im Gesundheitswesen ganz anders gelagert. In der Bundesrepublik bestand durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen und die unabhängigen Verhandlungen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Kassen eine starke Autonomie der Akteure, die im Fall von Steuerungsversuchen des Bundes vieles blockieren konnten.⁷⁴ In Großbritannien konnten die Ärzte als Expertengruppe und ihre professionelle Vertretung, die *British Medical Association* (BMA), zwar in den 1950er-Jahren noch erheblichen Druck auf das Gesundheitsministerium ausüben, ihr Einfluss schwand jedoch zunehmend. Insgesamt beobachtet man hier eine starke zentrale Regelungsmacht im Ministerium. Probleme bereiteten vielmehr die Abhängigkeit des steuerfinanzierten Dienstes vom jährlichen Haushalt und die ständigen Auseinandersetzungen mit anderen Ressorts.⁷⁵ In Schweden schließlich dominierten die Krankenhäuser und ihre Verwaltungen stärker als in den beiden anderen Systemen, die Ärzte konnten lediglich zu Beginn der 1950er-Jahre ihre Interessen in der

72 Carder/Klingeberg, S. 144; Immergut, S. 220.

73 Heidenheimer, S. 139.

74 Wanek, Machtverteilung, S. 214–216; Rosewitz/Webber, S. 314–316.

75 Vgl. zur BMA und ihrer Rolle bei der Einführung des NHS z. B. Peter Bartrip, *Themselves Writ Large. The British Medical Association 1832–1966*, London 1996, S. 248–269.

Gesundheitspolitik durchsetzen. Hier sieht man einen Zuwachs staatlichen Regelungs- und Kontrollmöglichkeiten.⁷⁶

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung entwickelten sich ebenfalls mit deutlichen Unterschieden, wie Tabelle 1 zeigt: Während in Schweden und Deutschland der Anteil der Gesundheitsausgaben an den Inlandsausgaben seit den 1960er-Jahren bis 1980 überproportional anstieg, fiel diese Entwicklung in Großbritannien, dessen Gesundheitsdienst insgesamt deutlich preiswerter war, wesentlich schwächer aus.⁷⁷ Besonders das schwedische Gesundheitswesen war bis 1980 äußerst teuer geworden.

Tabelle 1: Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen 1960–1990, Anteil der Ausgaben an den gesamten Inlandsaufwendungen in %⁷⁸

	1960	1970	1980	1990
BRD	4,9	6,0	8,4	8,8
Schweden	4,7	7,1	9,2	8,6
UK	3,9	4,6	5,9	6,0

III. GESUNDHEITSSYSTEME IN DER KRISE

In den 1970er-Jahren wirkten sich Ölschock und Wirtschaftskrise in verschiedener Weise auf die einzelnen Gesundheitssysteme aus. Steigende Arbeitslosigkeit belastete in der Bundesrepublik Deutschland die Kasseneinnahmen, in Großbritannien das Steueraufkommen und in Schweden einerseits die Steuereinnahmen der Regionalverwaltungen und andererseits die Einnahmen der Pflichtversicherung. Die drei Staaten begannen – wenn auch in unterschiedlichem Maße und zeitversetzt – Gesundheitsleistungen zu beschneiden und Reformen zur Kostendämpfung anzustreben. Gleichzeitig verabschiedete man sich zumindest teilweise von den zuvor vertretenen Maximen des Ausbaus der Leistungen und der umfassenden Versorgung. »Krise« entwickelte sich seit Mitte der 1970er-Jahre zu einem prägenden Begriff in den Diskursen um die Gesundheitspolitik.

Bundesrepublik Deutschland

1972/1973 hatte die Expansion des Sozialstaats in der Bundesrepublik Deutschland sicherlich ihren Höhepunkt erreicht.⁷⁹ Dies spiegelt sich auch im Gesundheitssystem wider. Mit dem »Krankenhausfinanzierungsgesetz« von 1972 wurde die gesamte Finanzierung der Kliniken neu geregelt. Bund und Länder übernahmen nun die Investitionskosten, während die Krankenkassen verpflichtet wurden, kostendeckende Pflegesätze zu zahlen.⁸⁰ 1972 wurden zudem noch weitere Berufsgruppen, Selbständige und Landwirte, in die

76 *Immergut*, S. 212–220.

77 *Garpenby*, S. 51.

78 *OECD*, Gesundheitssystem im Vergleich: Fakten und Trends 1960–1991, Landsberg/Lech 1994, S. 23.

79 *Gabriele Metzler*, Der deutsche Sozialstaat. Vom Bismarckschen Erfolgsmodell zum Pflegefall, Stuttgart etc. 2003, S. 187–188.

80 *Ulrike Lindner*, »Wir unterhalten uns ständig über den Milchpfennig aber auf die Gesundheit wird sehr wenig geachtet«. Gesundheitspolitik und medizinische Versorgung 1945–1972, in: *Thomas Schlemmer/Hans Woller*, Die Erschließung des Landes 1949–1973. Bayern im Bund, Bd. 1, München 2001, S. 205–271, hier: S. 251; *Wanek*, S. 146.

Krankenversicherung aufgenommen. Die neue Finanzierungsform der Krankenhäuser führte zusammen mit dem Ausbau der anderen Kassenleistungen zu einem weiteren erheblichen Anstieg der Gesundheitskosten.⁸¹ Auch die Ausgaben für die ambulante Behandlung bei den niedergelassenen Kassenärzten waren in den letzten Jahren dank der Einzelleistungsvergütung ohne jegliche Rahmenvereinbarung extrem angestiegen. Der deutsche Kassenarzt war zum »teuersten Arzt der Welt« geworden. Dies war in einer Zeit der wirtschaftlichen Krise und sinkenden Einnahmen kaum noch zu finanzieren, so dass in den Diskussionen zur Gesundheitspolitik sowohl in der Presse als auch in der politischen Arena plötzlich das Schlagwort der »Kostenexplosion« dominierte. Der Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung war vor allem auf die insgesamt ansteigenden Kassenbeiträge zurückzuführen, die jeden Bürger betrafen und dementsprechend die Diskussion stark anheizten.⁸²

Nach dem Kanzlerwechsel 1974 definierte der sozialdemokratische Bundeskanzler Helmut Schmidt eine Stabilisierung der öffentlichen Ausgaben und eine Bekämpfung der Wirtschaftskrise als vorrangiges Ziel seiner Politik. Im Gesundheitswesen befürchtete man in den nächsten vier Jahren einen Anstieg der Krankenkassenbeiträge von neun auf 13 Prozent, falls nicht gegengesteuert würde. Ein erster Versuch, die Kosten einzudämmen, war das »Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz« von 1977. Es sollte die Ausgaben im Bereich der ambulanten Behandlung in Einklang mit den Lohnkosten bringen und verhindern, dass der prozentuale Anteil der Krankenversicherungsbeiträge am Bruttogehalt weiter anstieg. Dies richtete sich vor allem gegen die niedergelassenen Kassenärzte, die wie schon 1960 bei der gescheiterten Krankenversicherungsreform heftig gegen Einschnitte in ihre Verdienstmöglichkeiten protestierten. Diesmal konnten sie jedoch nicht wie 1960 mit einer starken Unterstützung in der Bevölkerung rechnen und befürchteten eine Einschränkung ihrer Statusrechte, falls sie nicht kooperierten.⁸³ Der SPD/FDP-Koalition gelang es 1977, das Gesetz ohne wesentliche Änderungen durchzusetzen. Das wichtigste Instrument dieser Reform war die sogenannte Konzertierte Aktion, eine Kommission, in der sich Vertreter der Ärzte, der Krankenkassen, der Apotheker und der Zahnärzte zweimal jährlich treffen sollten, um dabei jeweils den Anstieg ihrer Vergütungen auszuhandeln. Gleichzeitig wurden die Leistungen der Krankenkassen in manchen Bereichen beschnitten, insbesondere bei Zahnersatz, Kuren, etc.⁸⁴ Tatsächlich stiegen die Gesundheitskosten bis Ende 1980 nicht mehr so stark an. Rosewitz und Webber betonten jedoch in ihrer Untersuchung, dass dies weniger dem neuen Gesetz als vielmehr Vereinbarungen der Krankenkassen mit den niedergelassenen Ärzten über einen »Honorarstillstand« im Jahr 1976 geschuldet war.⁸⁵ Die Kostendämpfung hielt daher nicht lange vor, bereits 1980 kam es zu einem erneuten erheblichen Anstieg der Gesundheitsausgaben. Darauf folgten wiederum neue Versuche, die Kosten einzudämmen: ein »Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz« von 1981 sowie die Einführung neuer Zuzahlungen für Patienten, diesmal auch für Krankenhausaufenthalte.⁸⁶ Zur bereits angekündigten, umfassenden Strukturreform durch die Regierung Schmidt kam es nicht mehr, da die sozial-liberale Koalition im Jahr 1982 auseinanderbrach. Grundsätzlich zeigten die Jahre

81 Eichhorn, S. 308; Jens Alber, Germany, in: *Flora*, Growth to Limits, S. 1–154, hier: S. 24.

82 Rosewitz/Webber, S. 240.

83 In Umfragen lehnten 84 Prozent der Bevölkerung eine weitere Steigerung der Ärztehonorare ab, vgl. Rosewitz/Webber, S. 239, 269; vgl. auch Gunnar Griesewell, Kostendämpfungs- und Strukturpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Gedenkschrift für Ulrich Geißler, in: Christian von Ferber/Uwe E. Reinhardt u. a. (Hrsg.), *Kosten und Effizienz im Gesundheitswesen*, München 1985, S. 555–579.

84 Eichhorn, S. 308.

85 Rosewitz/Webber, S. 282.

86 Alber, Germany, S. 115.

1977 bis 1984, dass es auch im stark zersplitterten, schwer steuerbaren bundesrepublikanischen Gesundheitswesen möglich war, die Kosten im ambulanten Sektor zu senken. Die Ärzte mussten dafür jedoch unter erheblichem politischen Druck stehen und sich gezwungen sehen, eher Honorarverluste als Einschränkungen in ihren Status- und Selbstverwaltungsrechten hinzunehmen.⁸⁷

Nach dem Machtwechsel zur konservativen CDU/FDP-Koalition im Jahr 1982 wurde die extreme Kostensteigerung im Gesundheitswesen weiterhin als erhebliches Problem wahrgenommen. Es entsprach den politischen Vorstellungen der »Wende«-Koalition, dass Deutschland durch die hohen Beiträge zur Sozialversicherung auf dem internationalen Markt nicht mehr konkurrenzfähig sei.⁸⁸ Dieses Problem sollte auch im Gesundheitsbereich bekämpft werden. Trotz der neuen ideologischen Ausrichtung ging es in den nächsten Jahren aber weniger um grundlegende, strukturelle Veränderungen als vielmehr um das Ziel, die Krankenkassenbeiträge stabil zu halten. Nach den Kostendämpfungsgeboten von 1977 und 1981 waren die Kosten des Gesundheitswesens bis 1984 nicht erheblich gestiegen, danach explodierten jedoch die Ausgaben und die Debatte begann erneut. Unter Arbeitsminister Blüm wurde abermals eine Gesundheitsreform angestrebt, die zu einer »effektiven und zugleich sozial ausgewogenen Kosten- und Beitragssatzsenkung führen sollte«.⁸⁹ Grundsätzlich sollten die Kassen sich stärker darauf beschränken, »medizinisch notwendige« Maßnahmen zu finanzieren; die eingesparten Beträge sollten zur Hälfte für die Senkung der Krankenkassenbeiträge, zur anderen Hälfte für präventive Maßnahmen wie Screening-Programme und für ambulante Pflegeleistungen verwendet werden. Im Gegensatz zu den Gesetzen zur Kostendämpfung der sozialliberalen Regierung sollte diese Reform die Strukturen der Krankenversicherung modernisieren und die Effizienz des Systems verbessern.⁹⁰ Die geplanten 13 Mrd. DM an Einsparungen sollten zur Hälfte von den Anbietern der Gesundheitsleistungen und zur Hälfte von den Versicherten über höhere Selbstbeteiligungen und Kürzungen von Leistungen getragen werden. Auch auf der Seite der Anbieter von Gesundheitsleistungen sollte es Beschränkungen und schärfere Kontrollen geben. Der vertrauensärztliche Dienst sollte als Kontrollorgan der Kassenärzte gestärkt und Richtlinien und Beschränkungen für Medikamentenverordnungen eingeführt werden; Krankenhäuser sollten Patienten vor und nach dem stationären Aufenthalt diagnostizieren und behandeln dürfen und die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte stärker kontrolliert werden. Den Ärztenverbänden gelang es jedoch, diese Einschränkungen weitgehend abzuwehren.⁹¹ Die Reform wurde unter dem Druck der Interessengruppen stark abgeschwächt und führte letztlich zu keinen gravierenden Veränderungen. Volker Wanek verweist außerdem darauf, dass nicht nur die Lobbys der Akteure das Gesetz stark zu ihrem Vorteil beeinflussten, sondern dass gerade die FDP innerhalb der Regierungskoalition mit CDU/CSU einen überproportionalen Einfluss ausüben konnte. FDP-Politiker setzten sich für ihre Klientel, die freiberuflichen Leistungsanbieter wie Ärzte und Apotheker, massiv ein und waren entscheidend daran beteiligt, dass deren Vorstellungen berücksichtigt wurden. Letztlich mussten in der 1988 verabschiedeten Reform vor allem die Patienten Einschnitte hinnehmen, da deren Interessenverbände am wenigsten Druck auf die Regierung ausüben konnten.⁹²

87 Rosewitz/Webber, S. 284–287.

88 Jens Borchert, *Die konservative Transformation des Wohlfahrtsstaats*, Frankfurt/Main etc. 1995, S. 118–119.

89 Wanek, S. 301.

90 Douglas Webber, *Health Policy in West Germany*, in: Christa Altenstetter/Stuart C. Haywood, *Comparative Health Policy and the New Right. From Rhetoric to Reality*, Houndmills etc. 1991, S. 49–90, hier: S. 53–56.; Wanek, S. 302.

91 Webber, S. 73–74, Alber, *Gesundheitswesen*, S. 107–108.

92 Wanek, S. 400; Webber, S. 59.

Im Grunde war es der CDU/CSU/FDP-Bundesregierung nicht gelungen, selbst mit einer politischen Richtungsentscheidung in das Gesundheitswesen einzugreifen. Sie sah sich vielmehr gezwungen, mit den mächtigen organisierten Interessengruppen, die in ihrem Bereich als Gesundheitsdienstleister oftmals Monopolstellungen hatten, schwierige Abkommen auszuhandeln, die kaum noch der ursprünglichen Intention entsprachen. Die Regierung setzte letztlich erneut auf Selbstregulierung der Akteure im Gesundheitswesen.⁹³ Gleichzeitig scheuten sich Bundes-, Landes und Kommunalpolitiker vor allzu drastischen und unpopulären Einschnitten in Bereichen, die ihren Kompetenzen unterstanden. In dem mit Krankenhausbetten übertourten Bayern der 1980er-Jahre galten beispielsweise Diskussionen um die Schließung einiger der letztlich entbehrlichen Krankenhäuser als »politischer Selbstmord«.⁹⁴ Strukturelle Reformen oder Sparmaßnahmen waren unter diesen Voraussetzungen nur schwer umzusetzen.

Für die bundesdeutschen Arbeits- bzw. Gesundheitsminister wurden Gesundheitsreformen zu extrem problematischen Unterfangen und zu Testfällen ihrer Durchsetzungsfähigkeit.⁹⁵ Eine Kostenreduzierung wurde so nicht erreicht. Die sehr fragile Stabilisierung der Gesundheitskosten Ende der 1980er-Jahre war in der Bundesrepublik nicht von langer Dauer. Die veränderten Rahmenbedingungen und die erheblichen Belastungen durch den Zusammenbruch der DDR und der Wiedervereinigung stellten das bundesdeutsche Gesundheitssystem vor ganz neue Herausforderungen, die im Rahmen dieses Beitrags nicht mehr bearbeitet werden können.⁹⁶ Allerdings wurden auch hier die alten Strukturen des komplizierten Kassensystems und der unabhängigen Akteursgruppen perpetuiert und auf die ehemalige DDR ausgeweitet, ohne dass grundlegende strukturelle Reformen gewagt worden wären, die die Steuerbarkeit des bundesdeutschen Gesundheitswesens verbessert hätten.

Großbritannien

In Großbritannien kann man in der Zeit nach dem Ölschock im NHS eine Art Erosion von innen beobachten. Rudolf Klein hat diese Phase in seiner grundlegenden Analyse des NHS »politics of disillusionment« genannt.⁹⁷ Auch die Labour-Regierungen der 1970er-Jahre mussten die wachsenden Ausgaben für die Gesundheitssicherung der ökonomischen Krise anpassen.⁹⁸ Das Vereinigte Königreich litt stärker unter dem gestiegenen Ölpreis als andere europäische Länder; die Inflationsrate ging erheblich nach oben. Dies führte noch unter den Labour-Kabinetten zu starken Kürzungen in den öffentlichen Ausgaben: das Finanzministerium forderte für den gesamten Staatshaushalt eine Kürzung um eine Milliarde Pfund für das Jahr 1976/77. Die damalige Gesundheitsministerin Barbara Castle empfand diese Entscheidung als »traumatic blow«. Die damit verbundene drastische Reduzierung des Gesundheitsbudgets musste schnell erreicht werden, daher wurden die Zuzahlungen für Brillen und Zahnbehandlungen schon 1975 deutlich erhöht und insgesamt die Wachstumsraten für die Gesundheitsleistungen stark zurückgefahren. Die

93 Vgl. die Analyse von Alber zu dieser Problematik von Reformen im bundesdeutschen Gesundheitswesen, *Alber*, Gesundheitswesen, S. 167–169.

94 *Webber*, S. 49–53.

95 *Webber*, S. 86; vgl. auch *Susan M. Giaimo*, Health Care Reform in Britain and Germany: Recasting the Political Bargain with the Medical Profession, in: *Governance* 8, 1995, S. 354–379.

96 *Susan M. Giaimo*, Who Pays for Health Care Reform?, in: *Paul Pierson* (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 334–367, hier: S. 353. Vgl. zu den Folgen der Wiedervereinigung den Beitrag von Gerhard A. Ritter in diesem Band.

97 *Klein*, *Politics*, S. 145.

98 *Allan Bruce/Ernst Jonsson*, *Competition in the Provision of Health Care. The Experience of the US, Sweden and Britain*, Aldershot 1996, S. 71.

Kürzungen im NHS für die Jahre 1977/78 und 1978/79 betrug nochmals jeweils 145 Millionen und 200 Millionen. Bis 1979 wurden dann die Zuzahlungen für Patienten weiter erhöht und die Schulumilchspeisung beendet. Allerdings waren finanzielle Probleme von Anfang an so sehr mit dem NHS verbunden, dass sie nach dem ersten Ölpreisschock nur deutlicher hervortraten. Gleichzeitig wurde an der Art der Finanzierung des NHS festgehalten.⁹⁹

Nach dem Regierungswechsel von 1979, mit Margaret Thatchers Amtsantritt, wurde ein noch rigiderer Sparkurs gefahren und die Öffnung des Gesundheitssektors für den privaten Markt vorangetrieben.¹⁰⁰ Das Jahr 1979 bedeutete grundsätzlich einen ideologischen Kurswechsel in der Haltung gegenüber dem Sozialstaat: Die neue Rechte identifizierte den Wohlfahrtsstaat als Grund für die ökonomischen Probleme der Nachkriegszeit, wollte deswegen das Ausmaß der sozialen Leistungen stark zurückschrauben und die Lücken mit privater und freiwilliger Vorsorge füllen.¹⁰¹ Der neue Ansatz gegenüber dem NHS bestand aber nicht in einer sofortigen Privatisierung, sondern vielmehr in der Einführung einer neuen Management-Philosophie, die zu mehr Effizienz führen sollte.¹⁰²

Der NHS genoss die ungebrochene Unterstützung in der Bevölkerung und wurde deswegen nicht wie andere Sozialleistungen, – z. B. in der Wohnungspolitik –, einfach drastisch zusammengestrichen. Margaret Thatcher selbst pries den Gesundheitsdienst im Jahr 1989 mit den Worten: »The National Health Service is at its best without equal.«¹⁰³ So findet sich in der Politik der Thatcher-Kabinette eine relativ große Kontinuität im Gesundheitssektor. Thatcher hielt an dem steuerfinanzierten Gesundheitsdienst fest; die Einführung einer privaten Krankenversicherung wurde zwar in konservativen Kreisen diskutiert, kam aber nie über den Status eines *working papers* hinaus. Die Änderungen waren eher graduell, wenn auch finanziell belastend für die Patienten: Die Zuzahlungen für Medikamente stiegen zwischen 1979 und 1988 um das 13-fache und Zahnarztbehandlungen mussten nun zum großen Teil selbst bezahlt werden. Generell sollte eine größere Effizienz dadurch erreicht werden, dass man versuchte, Managementkonzepte der Privatwirtschaft in den NHS zu integrieren. Effizienz wurde in den gesundheitspolitischen Diskussionen der 1980er-Jahre meist rein ökonomisch verstanden. Die Regierungen unter Thatcher wie auch andere konservative Regierungen in West- und Nord-Europa strebten grundsätzlich eine Versorgung von mehr Patienten für weniger Geld bei

99 Webster, *Health Services*, Band 2, S. 390–391, 595–597.

100 Wendy Ranade/Stuart C. Haywood, *Privatisation from Within: the National Health Service under Thatcher*, in: Christa Altenstetter/Stuart C. Haywood, *Comparative Health Policy and the New Right. From Rhetoric to Reality*, Houndmills etc. 1991, S. 91–110, hier: S. 98–99; vgl. zu der Entwicklung des Welfare Systems in Großbritannien unter der Regierung Thatcher; Ken Judge, *The British Welfare State in Transition*, in: Robert R. Friedmann/Neil Gilbert/Moshe Sherer (Hrsg.), *Modern Welfare States*, New York 1987, S. 1–43.

101 Generell wird der Wechsel zu Thatcher mit einem grundlegenden Wandel beschrieben, »Not only were the settings of policy changed but the hierarchy of goals and set of instruments employed to guide policy shifted radically as well. Inflation replaced unemployment as the pre-eminent concern of policymakers.« Vgl. Peter A. Hall, *Policy Paradigms, Social Learning and the State. The Case of Economic Policymaking in Britain*, in: *Comparative Politics* 25, 1992/1993, S. 275–296, hier: S. 283–284, vgl. auch Borchert, S. 102–103. Vgl. allgemein zum Ende des Nachkriegskonsenses in Europa Tony Judt, *Postwar. A History of Europe since 1945*, London 2005.

102 Bruce/Jonsson, S. 72, vgl. auch R. Mishra, *The Welfare State in Crisis: Social Thought and Social Change*, London 1984.

103 Mrs. Thatcher's Foreword, in: Department of Health and Social Security, *Working for Patients* (Cmd 555), London 1989, vgl. auch John Carrier/Ian Kendall, *Introduction »At Its Best without Equal«*, in: *dies.* (Hrsg.), *Socialism and the NHS*, Avebury 1990, S. 1–18; Klein, *New Politics*, S. 135.

möglichst gleich bleibendem Qualitätsstandard an und hofften, dies mit veränderten Kontrollmechanismen oder neuen Managementkonzepten zu erreichen. In Großbritannien hatte der 1983 veröffentlichte Griffiths-Report eine Integration von privatwirtschaftlichen Managementkonzepten in den NHS gefordert. Diese Vorschläge wurden bereits 1984 eingeführt.¹⁰⁴ Hier wird auch der neue Stil der Kabinette Thatcher deutlich: Hatten frühere Kommissionen versucht, in ihren Berichten die verschiedenen Interessengruppen im NHS zu berücksichtigen, war der Griffiths-Report innerhalb eines Jahres von einigen konservativen Politikern und ihren Beratern ohne Abstimmung mit den Akteursgruppen im NHS fertiggestellt worden. Ähnlich kurzfristig wurden die Maßnahmen auch umgesetzt.¹⁰⁵ Allerdings muss man hinsichtlich der neuen Experten berücksichtigen, dass – wie schon in den Paragraphen zuvor ausgeführt –, die wichtigste traditionelle Experten-Gruppe, die Ärzteschaft mit ihren Standesorganisationen, ihren Einfluss auf den NHS immer mehr verloren hatte.

Generell war der NHS in einer sehr problematischen Situation: Die Nachfrage nach teuren Gesundheitsleistungen stieg an, bedingt durch den technischen Fortschritt in der Medizin und die immer stärker alternde Bevölkerung. Gleichzeitig hatte sich die Thatcher-Regierung einem extremen Sparkurs in allen Bereichen des Sozialstaats verschrieben. Obwohl die Gesamtkosten des NHS im Vergleich zu anderen europäischen Gesundheitssystemen immer relativ niedrig blieben, sollte auch hier noch reduziert werden.¹⁰⁶ Die Gesundheitsminister schienen nur die Option zu haben, mit einer verbesserten Effizienz die Leistungen des NHS den veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. Diese Initiativen hatten jedoch nur einen sehr bedingten Erfolg, es wurde vielmehr beklagt, dass letztendlich nur durch Kürzungen der Leistungen und zu Lasten der Patienten gespart würde.¹⁰⁷ Deutlich kann man diese Sparpolitik auch an den Ausgaben des NHS verfolgen, die bis 1990 fast stagnierten.¹⁰⁸ Der NHS geriet so 1987 in eine erhebliche Krise; Unterfinanzierung führte zu starken Einschränkungen im Krankenhaussektor und zur Schließung zahlreicher Stationen. Dies verschlechterte die Versorgung der Patienten deutlich; Wartezeiten für Behandlungen und Operationen stiegen dramatisch an. Es kam zu Skandalen wie dem Fall eines Patienten, dessen Herzoperation trotz langer Wartezeit noch fünfmal verschoben wurde. Er starb schließlich, bevor er ein Krankenhaus erreichte. Solche Missstände wurden sowohl im Parlament als auch in den Medien heftig kritisiert.¹⁰⁹

Als Reaktion auf diese Probleme unternahm die Regierung Thatcher eine erneute Reform des NHS, die nun mit einem stärkeren Angriff auf die Prinzipien des Gesundheitsdienstes einherging. Das *White Paper* »Working for Patients« von 1989 pries einerseits den NHS als erfolgreichen Anbieter von Gesundheitsleistungen, führte andererseits aber einen neuen Markt und Konkurrenz *innerhalb* des NHS ein und veränderte so die Grund-

104 Roy Griffiths, NHS Management Inquiry: Report to the Secretary of State for Social Services, Department of Health and Social Security, London 1983, siehe auch *Ranade/Haywood*, S. 99, 107–108

105 Edwin Griggs, The Politics of Health Care Reform in Britain, in: *The Political Quarterly* 62, 1991, S. 419–430, hier: S. 422–423.

106 Clive H. Smee, Self-Governing Trusts and GP Fundholders: The British Experience, in: *Richard B. Saltman/Carsten von Otter* (Hrsg.), *Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility*, Buckingham/Philadelphia 1995, S. 177–208, hier: S. 208.

107 Bruce/Jonsson, S. 75; Griggs, S. 420.

108 OECD, *Gesundheitssystem im Vergleich: Fakten und Trends 1960–1991*, Landsberg/Lech 1994, S. 23.

109 Griggs, S. 421; vgl. auch C. Duncan/K. I. Sams/P. J. White, *The House of Commons and the NHS*, in: *The Political Quarterly* 60, 1989, S. 365–373.

konstellation des Gesundheitssystems deutlich.¹¹⁰ Insbesondere den Krankenhäusern gestand man mehr Unabhängigkeit zu. Die *District Health Authorities* waren nun nicht mehr direkt für das Management der Krankenhäuser verantwortlich. Die Krankenhäuser wurden vielmehr in unabhängige Trusts umgewandelt, deren Aufsichtsräte jedoch weiterhin vom *Secretary of State* benannt wurden, so dass eine starke staatliche Kontrolle fortbestand.¹¹¹ Die neuen Trusts konnten nun selbst Verträge mit den *Health Authorities* oder gegebenenfalls auch mit privaten Anbietern abschließen. Sie sollten zudem in der Lage sein, sich gegenseitig Dienste und Patientenversorgung anzubieten und auf diese Weise einen internen Markt zu kreieren.¹¹² Auch große Gemeinschaftspraxen der *General Practitioners* sollten nun unabhängiger agieren und als *GP Fundholders* mit eigenem Jahreshaushalt Leistungen für ihre Patienten »einkaufen«.¹¹³ Generell wurde so die Verantwortung zwischen der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen und dem Erwerb dieser Leistungen getrennt und eine Art Pseudo-Markt geschaffen. Man erhoffte sich davon einerseits eine verbesserte Qualität und Effizienz der Leistungen sowie einen stärkeren Fokus auf Patientenwünsche. Andererseits sollte durch Konkurrenz eine Preissenkung erreicht werden. Die Reform wird insgesamt als radikalste Änderung des NHS seit 1948 beurteilt.¹¹⁴ Gleichzeitig wurde aber die zentrale Leistungskontrolle für die einzelnen Bereiche des NHS eher verstärkt. Trotz der starken Proteste sowohl der Ärzte wie auch der Krankenhausverwaltungen gab es 1991 bereits 57 Krankenhaus-Trusts und 306 *GP Fundholders*. 1994 war die Trennung im NHS zwischen Käufern und Anbietern von Gesundheitsleistungen im Wesentlichen vollzogen. Entgegen den Hoffnungen auf eine stärker rationalisierte und letztendlich weniger kostenintensive Form der Gesundheitsversorgung führte die neue Form des Management aber zunächst zu einem Kostenanstieg, da sich die Ausgaben für die Verwaltung erheblich erhöhten. Hatte der NHS vor 1991 im Vergleich zu anderen europäischen Gesundheitssystemen nur relativ geringe Verwaltungskosten gehabt, so rückte er im europäischen Vergleich nach 1991 weit nach vorne.¹¹⁵ Als Rezept zur Kostensenkung wirkte die Privatisierung innerhalb des NHS zunächst sicherlich nicht. Besonders die Einrichtung der Krankenhaus-Trusts wird jedoch insgesamt als positive Entwicklung beurteilt, da sie es den Krankenhäusern ermöglichten, lokale Monopole aufzubrechen, Leistungen und Waren preisgünstiger einzukaufen und somit kostengünstiger zu wirtschaften.¹¹⁶ Dies war aber nur der Fall, wenn gleichzeitig die Budgets für die einzelnen Trusts festgesetzt und scharf durch die zentrale Verwaltung des NHS kontrolliert wurden. Die Bewertungen der Reform gestalteten sich meist verhalten positiv, in einer vergleichenden Studie der OECD zu verschiedenen Gesundheitssystemen hieß es 1992: »There were signs that the new ›self-governing‹ trusts were using their greater managerial freedoms to improve the quality and efficiency of their services.«¹¹⁷ Der Anteil der zusätzlich privat krankenversicherten Personen stieg zwar in der Zeit der Thatcher-Regierung an (1990 waren es 11 Prozent der Bevölkerung). Dabei handelte es sich aber nie wie in anderen Ländern um ein alternatives Versicherungssystem, sondern lediglich um eine Versicherung für Zusatzleistungen wie ein Privatzimmer

110 Department of Health and Social Security, *Working for Patients* (Cmd 555), London 1989.

111 *Bruce/Jonsson*, S. 75; *Klein*, *New Politics*, S. 190.

112 *Griggs*, S. 425.

113 *Bruce/Jonsson*, S. 77.

114 *Smee*, S. 179; *Bruce/Jonsson*, S. 102.

115 *Klein*, *New Politics*, S. 173–177.

116 *Smee*, S. 204–205.

117 *OECD*, *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*, Paris 1992, S. 128. Es hieß dort weiter: »Several had announced reductions in in-patient length of stay, increases in activity and reductions in waiting times. Several had conducted their own survey's of consumers' views and satisfaction.«

und die Wahl eines Facharztes bei Krankenhausbehandlung. Die Grundversorgung erhielten auch die meisten privat Versicherten über den NHS. Die Struktur des NHS mit dem Prinzip der Solidarität und des egalitären Zugangs überdauerte so auch die neoliberalen Reformansätze. Der NHS konnte sicherlich auch deswegen weiter bestehen, weil er unter den europäischen Gesundheitssystemen die preiswerteste und effizienteste Gesundheitsversorgung bot. Durch die Steuerfinanzierung drückte er zudem nicht so stark auf die Arbeitskosten wie die Kassensysteme des Kontinents, was der Wirtschaftspolitik der Regierung Thatcher entgegenkam.¹¹⁸

Schweden

Anders als in Westdeutschland und Großbritannien betrieb Schweden bis über die Mitte der 1970er-Jahre hinaus einen Ausbau des Gesundheitssystems. Das Krankengeld wurde noch 1974 auf 90 Prozent des Bruttogehaltes angehoben und eine Versicherung für Zahnbehandlungen eingeführt.¹¹⁹ Die Krise des Wohlfahrtsstaats traf Schweden erst etwas später als andere europäische Länder, obwohl auch hier das wirtschaftliche Wachstum sank, die wichtigsten Industrien des Landes, die schwedische Stahl- und Schiffsbauindustrie, in den 1970er-Jahren unter gravierenden Problemen litten und die Inflation anstieg. Die sozialdemokratischen Regierungen bemühten sich jedoch, die erreichten sozialpolitischen Standards zu halten und kürzten weniger deutlich als in Großbritannien und in Westdeutschland. Die 1970er-Jahre gestalteten sich so für den schwedischen Gesundheitsdienst als nicht so krisenhaft wie für andere europäischen Staaten.¹²⁰ Das Gesundheitswesen schien vielmehr eine Erfolgsgeschichte zu repräsentieren, auch wenn es bis 1980 zu einem der teuersten Systeme der Welt geworden war.¹²¹ Einer der Gründe für die relativ große Akzeptanz dieser Entwicklung in der schwedischen Bevölkerung ist wohl darin zu sehen, dass in Schweden bereits seit der Einführung von sozialstaatlichen Leistungen um 1900 ein verschiedene Schichten verbindender Konsens hinsichtlich eines Ausbaus des Wohlfahrtsstaates geherrscht hatte. Dieser Konsens verstärkte sich noch durch die lange Phase der sozialdemokratischen Regierungen – von den 1930er- bis in die 1970er-Jahre –, deren Bekenntnis zum Sozialstaat von einer stabilen Mehrheit der Bevölkerung mitgetragen wurde.¹²² In diesem Kontext ist es nicht erstaunlich, dass eine Steigerung der Kosten für Gesundheitsleistungen sehr viel länger hingenommen wurde als in anderen europäischen Ländern.

1976 erlebte das Land dann wie Großbritannien eine deutliche politische Zäsur. In Schweden kam damals zum ersten Mal seit den 1930er-Jahren eine Parteienkoalition ohne die Sozialdemokraten an die Regierung. Auch wenn die Sozialdemokratische Partei bereits 1982 wieder zur Macht zurückkehrte, bedeutete dies doch ein Ende der langen Nachkriegsära mit ihrer starken sozialdemokratischen Mehrheit und ihrem ungebrochenem Bekenntnis zum Wohlfahrtsstaat.¹²³ Die wirtschaftliche Krise wurde im schwedischen Sozialstaat schließlich seit Beginn der 1980er-Jahre deutlich spürbar. Alle Sozialausgaben waren nun von Kürzungen betroffen. Die ständig steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen war mit einem kaum wachsenden Haushalt und einer schlechten

118 *Giaio*, Who Pays, S. 348–350.

119 *Olson*, S. 9.

120 *Richard B. Saltman*, Nordic Health Policy in the 1980s, in: *Christa Altenstetter/Stuart C. Haywood*, Comparative Health Policy and the New Right. From Rhetoric to Reality, Houndmills etc. 1991, S. 111–128, hier: S. 112; *Olson*, S. 85.

121 *Andrew C. Twaddle*, Health Care Reform in Sweden, 1980–1994, Westport/Conn. 1999, S. 4–5.

122 Vgl. *Baldwin*, Politics, S. 83–94, 134–146; *Serner*, S. 99–116.

123 *Saltman*, S. 116.

Leistungskontrolle nicht mehr aufrecht zu erhalten. Schweden hatte zu dieser Zeit ein im internationalen Vergleich extrem teures Gesundheitssystem, das auch ambulante Patienten mit leichteren Erkrankungen vor allem in Krankenhäusern behandelte, also in einem wegen der hohen Infrastrukturkosten kostenintensiven Umfeld. Die effizientere und mitunter auch patientenfreundlichere Versorgung durch Allgemeinärzte und kommunale Einrichtungen (bei leichten Erkrankungen z. B. kürzere Wartezeiten oder die Möglichkeit einer Kombination sozialer und medizinischer Versorgung) war dagegen im schwedischen Gesundheitswesen unterentwickelt.¹²⁴

Zunächst wurden auch in Schweden als Reaktion auf die Finanzkrise die Zuzahlungen für Patienten angehoben: Seit 1981 mussten Beiträge für zahnärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausbehandlungen geleistet werden; für chronisch Kranke gab es nun einkommensabhängige Zuzahlungen für Krankenhausleistungen. Gleichzeitig wurde das Gesundheitssystem weiter regionalisiert: Mit dem Gesundheitsgesetz von 1982 konnten die 26 Bezirksregierungen als unabhängige Anbieter von Gesundheitsleistungen agieren.¹²⁵ Damit wollte man die zentrale Verwaltungsstruktur des schwedischen Gesundheitssystems aufbrechen und hoffte, dass die einzelnen Bezirke besser und flexibler auf die neuen Anforderungen reagieren würden. Seit der sogenannten Dagmar-Reform von 1984 wurde die Abrechnung in der ambulanten Versorgung von Leistungsabrechnung mit den Versicherungen auf Kopfpauschalen umgestellt und ebenfalls komplett über die Bezirksregierungen verwaltet. Dies sollte ebenfalls zur Reduzierung der Kosten beitragen und gleichzeitig die privaten Abrechnungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich wieder zurückdrängen.¹²⁶

In den folgenden Jahren waren es dementsprechend die einzelnen Bezirksregierungen, die versuchten, Kosten zu begrenzen und die Finanzierung ihrer Gesundheitsleistungen umzugestalten. Der Rückgang der Steuereinnahmen führte zusammen mit einer geringen Effizienz der Krankenhäuser zu ständig wachsenden Wartelisten für die Patienten und zu einer schlechteren Versorgung mit medizinischen Leistungen. Die Wartezeiten wurden in der Öffentlichkeit und der Presse heftig kritisiert. Bei Eingriffen wie Bypass-Operationen fingen die schwedischen Bezirksregierungen sogar an, Patienten zur Operation ins Ausland zu schicken.¹²⁷ Die Bezirksregierungen kamen so unter erheblichen Reformdruck.

Die Überlegungen blieben nun nicht mehr bei erhöhten Zuzahlungen für Patienten stehen. Trotz der sozialdemokratisch geführten Regierung kam es auch hier wie in den meisten anderen europäischen Ländern zu einem regelrechten Paradigmenwechsel hinsichtlich des Verständnisses des Sozialstaates und der Diskussion über Sozialpolitik.¹²⁸ Die politische Debatte über das Gesundheitswesen bewegte sich überraschend schnell weg von den Prinzipien der Solidarität und der zentralen Planung hin zu einem Diskurs über Wettbewerb, Markt und Privatisierung. Von dieser Umorientierung erhoffte man sich neue Lösungen für die bestehenden Probleme.¹²⁹ Bemerkenswert ist hier die Rolle des Gesundheitsökonomens Alain Enthoven von der Stanford University, der sowohl auf die Entwicklung des NHS wie des schwedischen Gesundheitswesens eine entscheidende Rolle ausübte. Nachdem er 1985 in Großbritannien die Regierung Thatcher beraten hatte

124 Twaddle, S. 5.

125 Olson, S. 88; M. Bezzola/P. Martinsson, Overview of the Two Systems, in: *Developments in Health Economics and Public Policy* 7, 1998, S. 9–28, hier: S. 12–13; Saltmann, S. 113.

126 Twaddle, S. 8–9.

127 Saltmann, S. 119.

128 Stefan Håkansson, New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden, in: *International Journal of Health Planning and Management* 9, 1994, S. 103–124, S. 112; Saltmann, S. 124.

129 Twaddle, S. 63.

und die Ausrichtung des Reports »Working for Patients« von 1989 ganz erheblich beeinflusst hatte, unternahm er in den nächsten Jahren in Schweden eine Analyse des Gesundheitswesens und empfahl die Einführung von Marktmechanismen.¹³⁰ Auch hier kann man wie in Großbritannien den Einfluss von neuen neoliberalen Experten beobachten, die eine marktförmige Ausrichtung des Gesundheitswesens als Lösung der gesundheitspolitischen Probleme propagierten. Im Gegensatz zu den Dekaden zuvor kamen diese Experten nicht mehr aus dem Kreis der Ärzte, der Medizinalverwaltung oder aus den sozialwissenschaftlichen Fächern, sondern wesentlich häufiger aus den von neoliberalen Ideen geprägten wirtschaftswissenschaftlichen Departments. Dieser Paradigmenwechsel ist in ganz Europa und in den Vereinigten Staaten unübersehbar. Im Unterschied zu Westdeutschland und in Übereinstimmung mit Großbritannien hatte in Schweden zusätzlich die Ärzteschaft ihre Rolle als entscheidende Expertengruppe bereits zuvor eingebüßt. Neue Expertengruppen erhielten dadurch offensichtlich leichter Einfluss in der Gesundheitsverwaltung.

Einige Bezirksregierungen begannen nun, diesen Empfehlungen zu folgen und Bedarf und Nachfrage innerhalb des Systems zu trennen, um so einen internen Markt im Gesundheitswesen zu schaffen, von dem sie sich mehr Effizienz erhofften. Im Bezirk Dala bekam beispielsweise der Sektor der Primärversorgung, der wiederum in Distrikte aufgeteilt wurde, alle Mittel für das Gesundheitswesen zugewiesen. Die Administration der Primärversorgung schloss dann wiederum mit den Krankenhäusern Verträge über fachärztliche und stationäre Behandlungen ab. Einige Bezirksverwaltungen wie Stockholm begannen bestehende Gesundheitszentren an private Konsortien und Unternehmer zu verpachten sowie privat geführte Ambulanzzentren einzurichten.¹³¹ Ähnlich wie in Großbritannien kaufte der öffentliche Sektor nun vor allem private Gesundheitsleistungen für die Patientenversorgung ein. Eine private Versicherung der Patienten spielte weiterhin keine Rolle. In vielen Distrikten wurden nun Organisationen geschaffen, die für den Einkauf von Leistungen im Gesundheitswesen zuständig waren.¹³² Obwohl in Schweden sowohl die nationale als auch die Bezirksregierungen von den Sozialdemokraten geführt wurden, standen hier einer Teilprivatisierung im Gesundheitswesen offenbar nur wenige ideologische Bedenken gegenüber.¹³³

Gleichzeitig sollte vor allem den Patienten mehr Wahlmöglichkeiten im Gesundheitswesen eingeräumt werden. Sie sollten die Dienstleister für medizinische Grundversorgung und Krankenhausaufenthalt selbst wählen können, das Geld sollte also stärker »den Patienten folgen« als zuvor. Davon erhofften sich die Bezirksregierungen eine bessere Versorgung und höhere Effizienz des Gesundheitsdienstes. Insgesamt verlief die Reform jedoch sehr inkonsistent, da die einzelnen Bezirksregierungen ganz unterschiedliche Strategien verfolgten und es keine zentrale Kontrolle gab. Andere Bezirke hielten dagegen an der zentralen Finanzverwaltung fest, so z. B. Jönköping und Kronoberg. Der Erfolg der Teilprivatisierungen blieb umstritten.¹³⁴

130 »That is, Sweden needs to create an institution that determines needs, sets standards and priorities and measures performance that is independent of the institutions that supply those needs«, in: *A. C. Enthoven*, Management Information and Analysis for the Swedish Health Care System, Lund 1989, zitiert nach *Håkansson*, S. 113. Vgl. für die grundsätzliche Ausrichtung von Enthovens Reformplänen auch *Alan C. Enthoven*, The History and Principles of Managed Competition, in: *Health Affairs* 12, 1993, Supplement 1, S. 24–48.

131 *Twaddle*, S. 14–18; *Saltman*, S. 124.

132 *Anders Anell*, Implementing Planned Markets in Health Services: The Swedish Case, in: *Richard B. Saltman/Carsten von Otter* (Hrsg.), Implementing Planned Markets in Health Care. Balancing Social and Economic Responsibility, Buckingham etc. 1995, S. 209–226, hier: S. 215.

133 *Saltman*, S. 125.

134 *Twaddle*, S. 17–19; *Anell*, S. 210–211, 225.

In Schweden findet man also als Reaktion auf die finanziellen Probleme der 1970er- und 1980er-Jahre nicht nur einen Wechsel vom Ausbau der Leistungen hin zum Sparzwang im Gesundheitswesen, sondern einen Paradigmenwechsel weg von einem staatlich gesteuerten Gesundheitswesen hin zu einer Teilprivatisierung innerhalb des Gesundheitsdienstes. Gründe dafür werden vor allem in dem politischen Umschwung nach 1976 gesehen, als die Sozialdemokraten ihre stabile Nachkriegsmehrheit verloren und nicht mehr auf den zuvor existierenden Konsensus vertrauen konnten und deswegen selbst den ideologischen Umschwung teilweise mitvollzogen.¹³⁵ Dies ist umso erstaunlicher, als in Schweden der Krisendiskurs insgesamt abgeschwächer als in Deutschland und Großbritannien abließ, wie z. B. Andrew Twaddle in verschiedenen Interviews mit Politikern, Interessenverbänden und Experten gezeigt hat.¹³⁶ Zu einer ähnlichen Einschätzung kam auch ein internationales Expertenkomitee im Jahr 1991, das auf Einladung des schwedischen Zentrums für Wirtschafts- und Politikstudien das schwedische Gesundheitswesen untersuchte: »There is a consensus amongst the authors that there is no Swedish crisis.«¹³⁷ Dennoch führte die Wirtschaftskrise auch in Schweden zu einer Zuspitzung der Probleme im Gesundheitswesen, die die Gesundheitsverwaltungen der Bezirke dazu veranlasseten, neue Wege zu beschreiten.

Die Phase des Sparens

Die Wirtschaftskrise traf alle drei Gesundheitssysteme erheblich, wenn auch etwas zeitversetzt: Während der steuerfinanzierte Gesundheitsdienst Großbritanniens bereits ab 1974 stark einsparen musste, folgte die Bundesrepublik mit Kostendämpfungsgesetzen ab 1977. Schweden beschnitt erst zu Beginn der 1980er-Jahre Kosten und führte Zuzahlungen ein. Die Patienten im britischen NHS wurden dabei wohl am stärksten von Zuzahlungen und Einschränkungen getroffen, sie waren aber auch seit 1948 an einen unterfinanzierten Gesundheitsdienst mit Wartezeiten gewöhnt.

In der Bundesrepublik Deutschland gelangen unter dem Eindruck des Sparzwanges einige kostenbegrenzende Teilreformen. Eine umfassende Strukturreform Ende der 1980er-Jahre scheiterte jedoch am Widerstand der starken Interessengruppen. Entgegen den neokonservativen Positionen der »Wende«-Regierung unter Kohl mit ihren Zielen der Deregulierung und des Umbaus des Wohlfahrtsstaats kam es im Gesundheitswesen zu keinen wirklichen Strukturreformen, die mehr Marktmechanismen in das System eingeführt hätten. Der britische NHS wiederum blieb trotz der ideologischen Neuausrichtung der Politik unter der Regierung Thatcher als staatlicher Gesundheitsdienst bestehen. In der radikalsten Reform des NHS seit seinem Bestehen führte Margaret Thatcher schließlich 1989 marktorientierte Mechanismen innerhalb des NHS ein und verband diese gleichzeitig mit einer stärkeren Zentralkontrolle. Dies schien trotz gestiegener Verwaltungsausgaben im Krankenhaussektor langfristig zu größerer Effizienz und zu einer etwas besseren Versorgung der Patienten zu führen. In Schweden hatten die sozialdemokratischen Regierungen bis Mitte der 1970er-Jahre das Gesundheitswesen zunehmend verstaatlicht und der Verwaltung der Bezirke unterstellt. Im sehr teuren krankenzentrierten System begannen kostendämpfende Maßnahmen etwas später als in der Bundesrepublik und Großbritannien. Hier findet man schließlich ähnlich wie in Großbritannien eine Umorientierung mit einer partiellen Marktöffnung innerhalb des staatlichen Systems, diesmal unter einer so-

135 Vgl. Twaddle, S. 206. Dies erscheint mir allerdings keine hinreichende Erklärung zu geben.

136 Twaddle, S. 94–105.

137 A. J. Culyer, Health Care and Health Care Finance in Sweden: The Crisis that Never Was – the Tensions that Ever Will Be, Stockholm 1991, zitiert nach Stefan Håkansson, New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden, in: International Journal of Health Planning and Management 9, 1994, S. 103–124, hier: S. 113.

zialdemokratischen Regierung. In Verbindung mit einer dezentralisierten, regionalen Verwaltung des schwedischen Gesundheitswesens führte diese Reform allerdings zu sehr uneinheitlichen Ergebnissen.

Auch unterschiedliche nationale Politikstile traten hervor: In Deutschland zeigt sich eine staatliche Politik, die auf Konsens mit den Akteursgruppen, insbesondere mit der Ärzteschaft, ausgerichtet war. Gleichzeitig wurden durch starke Interessengruppen, schwache staatliche Institutionen und das Misslingen einiger Strukturreformen die Einflussmöglichkeiten des Staats zunehmend eingeschränkt. Besonders das Scheitern des Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes von 1961 ließ Reformen, die in den 1950er-Jahren noch als durchführbar galten, nun aussichtslos erscheinen. Die strukturellen Probleme traten in den 1980er-Jahren unter den Rahmenbedingungen der Wirtschaftskrise immer deutlicher hervor.¹³⁸ In Schweden sieht man ebenfalls eine auf Konsens ausgerichtete Sozialpolitik, hier ermöglichten allerdings die starken staatlichen Institutionen eine bessere Steuerbarkeit des Gesundheitswesens. Anders als in der Bundesrepublik gelang es den schwedischen Regierungen, Interessengruppen und insbesondere die freie Ärzteschaft als *pressure group* weitgehend auszuschalten, die mit ihrem Veto die sozialdemokratischen Reformen der Gesundheitspolitik bis Mitte der 1970er-Jahre hätten blockieren könnten.¹³⁹ Mit dem Umschwenken in den 1980er-Jahren hin zu mehr Wettbewerb und Markt im Gesundheitswesen entfernte sich die schwedische Politik vom sozialdemokratischen Nachkriegskonsens. Diese Politikänderung wurde relativ rasch von den einzelnen Bezirksregierungen durchgeführt, oftmals mit Hilfe von ganz neuen, international agierenden neoliberalen Experten. Im zentral gesteuerten NHS in Großbritannien findet man wiederum eine Neigung zu rascheren, radikaleren Strukturreformen ohne längere Abstimmung mit den Akteursgruppen.¹⁴⁰ Diese Tendenz wurde unter Margaret Thatcher erheblich verstärkt. Sie führte ebenfalls neue konservative und neoliberal ausgerichtete Beratergruppen ein und drängte den NHS zu umwälzenden Änderungen. In Großbritannien wie in Schweden hatte zudem die Ärzteschaft als traditionelle Expertengruppe bereits zuvor erheblich an Einfluss verloren.

Wie schon in Tabelle 1 dargestellt, entwickelten sich auch die Gesamtausgaben in der Zeit der Krise unterschiedlich, auch wenn in allen Ländern das Ende der Expansion deutlich sichtbar ist. Während sich die Ausgaben in Schweden nach 1980 etwas reduzierten, kam es in der Bundesrepublik und in Großbritannien lediglich zu einem verringerten Anstieg der Ausgaben. In Großbritannien stabilisierten sich die Gesundheitsausgaben auf einem deutlich niedrigeren Wert.

IV. ZUSAMMENFASSUNG

Die wichtigste Entwicklung, die man in den drei Sozialstaaten und ihren Gesundheitssystemen beobachten kann, ist sicherlich der Paradigmenwechsel weg von einer Sozialstaatsreform, die als Ausbau von Leistungen definiert war, und hin zu einem Verständnis von Reform als Kostenbegrenzung. Rückgreifend auf die anfangs genannten Thesen kann man dies als entscheidende Veränderung identifizieren, wenn sie auch in den drei Ländern zeitlich etwas verschoben stattfand. Besonders deutlich tritt das neue Reformverständnis des Sparens als Zielorientierung in der Bundesrepublik Deutschland zu Tage. Hier war die Gesundheitspolitik fast ausschließlich auf Kostensenkung fixiert, da weitergehende strukturelle Reformen regelmäßig scheiterten. Soziale Gerechtigkeit, Solida-

138 *Wanek*, Machtverteilung, S. 289.

139 *Immergut*, S. 223–224.

140 Vgl. zu den wiederholten Umstrukturierungen im NHS in den 1960er- und 1970er-Jahren *Webster*, Health Services, Band 2, sowie *Klein*, New Politics.

rität und Umverteilung wurden in allen drei Staaten seit Ende der 1970er-Jahre kaum noch als Indikator für das Funktionieren des Gesundheitswesens genannt, vielmehr standen nun Finanzierbarkeit und Effizienz im Vordergrund. In Großbritannien und Schweden ging der Paradigmenwechsel noch einen Schritt weiter: Hier wurden in der Gesundheitspolitik ganz bewusst neoliberale Positionen übernommen und eine Teilprivatisierung innerhalb des Systems bzw. eine Schaffung von Pseudomärkten als Lösung der strukturellen und der finanziellen Probleme verfolgt. Dies überrascht für Großbritannien wenig, da mit der Regierung Thatcher in allen Bereichen des Sozialstaats ein neues, liberales Denken Einzug hielt. Hier ist es eher bemerkenswert, wie viel staatliche Kontrolle trotz der markorientierten Politik Thatchers im NHS verblieb. Dies ist eher den Beharrungskräften der Institutionen des Gesundheitssystems zuzuschreiben, das in seiner Organisation und Verwaltung als staatlich finanzierter und verwalteter Gesundheitsdienst fortbestand.¹⁴¹ In Schweden setzte das Umschwenken hin zu Schaffung von Marktmechanismen innerhalb des Gesundheitswesens zwar später ein als in Großbritannien, war dafür aber umso überraschender, als es von einer sozialdemokratischen Regierung gefördert wurde, deren politische Ziele in den Dekaden zuvor ganz anders gelagert waren. Die ideologische Ausrichtung der jeweiligen Regierung – sozialdemokratisch in Schweden oder konservativ-neoliberal in Großbritannien – schien für diesen Paradigmenwechsel innerhalb der europäischen Sozialstaaten weniger wichtig zu sein. Bezeichnend dabei ist der offenbar große Einfluss von neuen Expertengruppen, die sowohl die schwedische sozialdemokratische als auch die britische konservative Regierung bei der Konzeption der neuen Strukturen berieten. Dies würde auch dem anfangs definierten Verständnis von Krise entsprechen. Eine Krise ist demzufolge unter anderem dadurch zu identifizieren, dass die Politikakteure ihr Vertrauen in bestehende Institutionen und vertraute Formen der Wissensorganisation verlieren und sich neuen Erklärungsmustern zuwenden, die einen institutionellen Wandel begünstigen können.¹⁴²

Als weiterer Punkt ist deutlich geworden, dass trotz dieses Umschwenkens im Verständnis von Sozialpolitik im sensiblen Gesundheitssektor extreme finanzielle Einschnitte von allen Regierungen vermieden wurden, sogar von der kürzungs- und reformfreudigen Thatcher-Regierung. In Großbritannien hatte der NHS im nationalen Verständnis allerdings auch eine ganz besondere Stellung. Er galt als das wesentliche Element des britischen Sozialstaats, das allen Bürgern nach 1948 erhebliche Erleichterung nach den Entbehrungen des Zweiten Weltkriegs gebracht hatte. An einem System, das sich auf eine so breite Zustimmung in der Bevölkerung stützen konnte, wagte man nicht zu rütteln. Aber auch in den anderen Staaten scheute man sich davor, Wähler zu verschrecken und bemühte sich, Leistungsstandards zu halten.

Die Rolle der Akteure und insbesondere der Ärzteschaft als Expertengruppe und gleichzeitigem Anbieter von Gesundheitsleistungen entwickelte sich in den drei Ländern unterschiedlich. Während die Ärzteverbände in der Bundesrepublik Deutschland auch noch in den 1980er-Jahren dank der strukturellen und der politischen Rahmenbedingungen erheblichen Einfluss auf die Gesundheitspolitik ausüben konnten und Reformen zu Ihren Gunsten stark verändern konnten, schwand der Einfluss der Ärzteschaft als wichtiger Akteursgruppe in Schweden und Großbritannien seit den 1970er-Jahren deutlich. Hier konnten die Ärzte bei den Reformen der 1980er-Jahre ihre Interessen nur noch in geringerem Maße geltend machen und mussten sich den Ansätzen der neuen neoliberalen Expertengruppen anpassen, die keineswegs immer den Vorstellungen der ärztlichen Standespolitik entsprachen.

141 Susan Giaino, Who Pays for Health Care Reform?, in: Paul Pierson (Hrsg.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford 2001, S. 334–367, hier: S. 346–347.

142 Vgl. Siegenthaler sowie die Ausführungen in Anm. 6.

In allen Ländern traten zudem starke Beharrungskräfte der einmal eingerichteten Institutionen zu Tage, die ein Verlassen des eingeschlagenen Weges erheblich einschränkten. Besonders in der Bundesrepublik konnte die Gesundheitspolitik nur innerhalb eines sehr kleinen Entscheidungsspielraums agieren, der von den Strukturen des Krankenkassensystems und der Autonomie der Akteursgruppen vorgegeben war. Hier gelang es trotz erheblichen Reformdrucks nicht, neue Steuerungsmechanismen einzuführen. In Großbritannien und Schweden wurden dagegen die bestehenden Pfade der Sozialpolitik etwas bereitwilliger verlassen und begrenzte Marktmechanismen innerhalb des staatlichen Sozialsystems eingerichtet.¹⁴³ Solche Änderungen waren offenbar innerhalb eines staatlich verwalteten Systems leichter durchzusetzen als im föderalen und dezentralen Kassensystem der Bundesrepublik, in dem sich die staatliche Steuerung in vielen Bereichen auf Rahmenvorgaben beschränken musste. Allerdings wurden weder in Großbritannien grundsätzliche Systemänderungen am gesamten Modell des NHS erwogen noch in Schweden die Organisation des staatlichen Gesundheitswesens über die Bezirksregierungen geändert. So ist auch hier eine deutliche Beharrungskraft der Gesamtsysteme zu beobachten. Bei der Einführung marktorientierter Mechanismen in Schweden und Großbritannien versuchte man außerdem, den Markt durch die gleichzeitige verschärfte staatliche Überwachung der Ausgaben wieder zu begrenzen, insofern handelte die Politik weiterhin in der Logik eines staatlich verwalteten Gesundheitswesens.¹⁴⁴

In Schweden, Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland wurde schließlich seit Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre eine Kostenreduzierung im Gesundheitswesen angestrebt. Eine tatsächlich wirksame Kostensenkung war in den untersuchten Ländern lediglich bei streng kontrollierten Ausgabenbeschränkungen in einzelnen Teilbereichen des Gesundheitswesens zu beobachten, z. B. während der kurzzeitig erfolgreichen Kostensenkungen in der Bundesrepublik Ende der 1970er-Jahre, als die Krankenkassen den Ausgaben des ambulanten Sektor einen engen finanziellen Rahmen setzten. In den staatlich verwalteten Systemen in Großbritannien und im Krankenhaussektor Schwedens konnte eine Kostenbegrenzung durch zentral angeordnete Maßnahmen zwar schneller durchgesetzt werden, hatte aber oftmals nicht die erhofften Resultate. Die Einführung marktwirtschaftlicher Mechanismen führte nur zu höherer Effizienz, wenn sie, wie im Fall der Krankenhaus-Trusts unter dem NHS, mit strikten zentral überwachten finanziellen Rahmenbedingungen kombiniert wurde. In Schweden zeigten sich ähnliche Reformen nur bedingt erfolgreich, da hier eine zentrale Kontrolle der Ausgaben fehlte.¹⁴⁵

Die neue Knappheit nach der Wirtschaftskrise der 1970er-Jahre und die Paradigmenwechsel im Verständnis von Sozialstaat und Sozialreform trafen alle drei Gesundheitssysteme erheblich. Die Gesundheitspolitik der einzelnen Länder reagierte mit Lösungsmustern, die auch jenseits politischer Ideologien entwickelt wurden, wie gerade am schwedischen Beispiel deutlich wurde. Die Persistenz bestehender Strukturen bei der Reaktion auf die Problemlagen war dagegen meist unübersehbar. Wie in anderen Bereichen des Sozialstaats hatte das Wachstum der Dekaden zuvor stabilisierend auf die Systeme gewirkt, während in der Phase der fortdauernden Krise nun zahlreiche Probleme zu Tage traten, die die Gesundheitspolitiker bis heute beschäftigen.

143 Claus Wendt/Simone Grimmeisen/Uwe Helmert u. a., *Convergence or Divergence of OECD Health Care Systems?* TranState Working Papers No. 9, Bremen SFB 579 »Staatlichkeit im Wandel«, Bremen 2004, S. 23–24.

144 Figueras/Saltmann/Sakellariades, Introduction, S. 4–5.

145 A. J. Culyer, *Cost Containment in Europe*, in: OECD Social Policy Studies No. 7: *Health Care Systems in Transition. The Search for Efficiency*, Paris 1990, S. 29–40, hier: S. 39.