

Zwischen Differenzierung und Integration

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den
Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland

Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Sozialwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum

- Fakultät für Sozialwissenschaft -

vorgelegt von

Anja K. Hartmann

aus Bonn-Oberkassel

Bochum 2000

Zwischen Differenzierung und Integration

Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland

INHALTSVERZEICHNIS

Übersichten	4
Einleitung	6
1 Differenzierung und Integration im Gesundheitssystem.....	17
1.1 Gesundheit als ausdifferenziertes gesellschaftliches Teilsystem	17
1.1.1 Zum Begriff der Differenzierung.....	17
1.1.2 Gesundheit unter systemtheoretischer Perspektive	20
1.1.3 Gesundheit unter akteurtheoretischer Perspektive	27
1.2 Gesundheit unter integrationstheoretischen Aspekten.....	34
1.2.1 ‘Von der Medikalisierung zur Vergesellschaftung des Gesundheitssystems’	35
1.2.2 Die Verselbständigung gesellschaftlicher Teilsysteme.....	43
1.2.3 Integrationsmechanismen: Interpenetration und Entdifferenzierung, (Selbst-) Steuerung und Reflexion.....	51
1.3 Schlußfolgerungen.....	62
2 Bestandsanalyse des niederländischen und deutschen Gesundheitswesens	65
2.1 Gestaltungsmerkmale des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems.....	66
2.1.1 Gesundheit als korporatistisches Verbandswesen.....	66
2.1.2 Aufbau des Versorgungssektors	69
2.1.3 Aufbau des Versicherungs- und Vergütungssystems	73
2.2 Quantitative Ergänzung: Einige Daten zum niederländischen und deutschen Gesund- heitssektor	83
2.3 Schlußfolgerungen.....	88
3 Das Gesundheitssystem im Wandel der Wohlfahrtsgesellschaft.....	91
3.1 ‘Worlds of Welfare’: Das deutsche und niederländische Gesundheitswesen im wohl- fahrtlichen Kontext.....	91
3.2 Statik und Dynamik wohlfahrtlicher Regimes	101
3.2.1 Phase 1 - Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates.....	105
3.2.2 Phase 2 - Die Rekonstitution des Wohlfahrtsstaates	110
3.2.3 Phase 3 - Die Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates	113
3.3 Schlußfolgerungen.....	122

4 Gesundheitspolitik im Vergleich: Streifzug durch die Reformgeschichte.....	126
4.1 Gesundheitspolitik zwischen Selbststeuerung und Regulierung	126
4.2 Gesundheitspolitische Reformen im nationalen Vergleich	132
4.2.1 Reformpolitik in den Niederlanden: Von HENDRIKS zur ‘managed liberalisation’	132
4.2.2 Reformpolitik in der BRD: Von BLANKE zur Gesundheitsreform 2000.....	146
4.2 Schlußfolgerungen.....	163
5 Modernisierungsstrategien in der Gesundheitsversorgung	168
5.1 Die Folgen des ‘Wohlfahrtspluralismus’	168
5.2 Modernisierungsstrategien im Versorgungssektor	173
5.2.1 Kooperation und Vernetzung	173
5.2.2 Patientenorientierung.....	180
5.2.3 Qualitätsmanagement.....	185
5.2.4 Neue Medien.....	190
5.2.5 Public Health.....	196
5.3 Schlußfolgerungen.....	201
6 Beschäftigungsentwicklung und Wachstumsperspektiven im Gesundheits- system.....	205
6.1 Gesundheit als Sektor der Dienstleistungsgesellschaft	205
6.2 Bedarfsprofile und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen.....	209
6.2.1 Pflege und Gesundheitsversorgung im Alter.....	212
6.2.2 Prävention und Rehabilitation.....	219
6.2.3 Psychosoziale Gesundheit	223
6.3 Gesundheit als wirtschaftlicher Wachstumssektor?.....	226
6.3.1 Ansichten und Erfahrungen in Deutschland.....	230
6.3.2 Ansichten und Erfahrungen in den Niederlanden.....	237
6.4 Schlußfolgerungen.....	241
7 Diskussion und Ausblick	245
Literatur	268
Abkürzungen.....	302
Anhang.....	307

ÜBERSICHTEN

Abb. 1:	Überblick über die Gliederung der Arbeit	11
Abb. 2:	Akteur-Struktur-Dynamiken.....	33
Abb. 3:	Die Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Regimes: Pfadabhängigkeit und Pfadwechsel in drei Phasen	104
Abb. 4:	Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft.....	229
Tab. 1:	Das gemischte Versicherungssystem in der BRD und den Niederlanden.....	77
Tab. 2:	Vergütungssysteme in den Niederlanden und der Bundesrepublik	80
Tab. 3:	Anteil der Gesundheitsausgaben in % des BSP, Anteil einzelner Gesundheitsbereiche in % an den Gesamtausgaben.....	84
Tab. 4:	Ressourcen im Gesundheitswesen - Personal und Betten pro 1.000 Einwohner.....	85
Tab. 5:	Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten.....	86
Tab. 6:	Wartelisten: Anzahl der Personen, die auf eine offene Herzoperation / auf eine Herzbehandlung warten.....	87
Tab. 7:	Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren	88
Tab. 8:	Indikatoren von Wohlfahrtsstaaten.....	94
Tab. 9:	Klassifikation von Industrieländern in Wohlfahrtsstaatstypen	97
Tab. 10:	Die Einführung sozialer Sicherungssysteme in Westeuropa.....	105
Tab. 11:	Sozialleistungsquoten in Westeuropa	115
Tab. 12:	Sektoren der Wohlfahrtsproduktion.....	170
Tab. 13:	Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitssektoren in den Niederlanden.....	210
Tab. 14:	Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitssektoren in NRW.....	210
Tab. 15:	Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitsberufen in den Niederlanden.....	211
Tab. 16:	Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitsberufen in der BRD	212
Tab. 17:	Ambulante und stationäre Kapazitäten der Wohlfahrtsverbände in der BRD.....	214
Tab. 18:	Beschäftigungsentwicklung im Bereich Pflege und Versorgung in den Niederlanden.....	216
Tab. 19:	Beschäftigungsentwicklung im Bereich Home Care	218
Tab. 20:	Beschäftigungsentwicklung in den Health Centres	221
Tab. 21:	Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in NRW	222
Tab. 22:	Beschäftigungsentwicklung im Bereich Prävention in den Niederlanden.....	223
Tab. 23:	Beschäftigung in der ambulanten geistigen Gesundheitsversorgung (AGGZ).....	225
Tab. 24:	Beschäftigung in den Randsektoren des Gesundheitswesens in NRW.....	231

Textbox 1:	Beispiele für Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten.....	178
Textbox 2:	Beispiele für Patientenorientierung.....	182
Textbox 3:	Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement	188
Textbox 4:	Beispiele für den Einsatz neuer Medien.....	193
Textbox 5:	Public Health-Aktivitäten in den Niederlanden und NRW.....	199
Textbox 6:	Beispiele für regionale Aktivitäten im Bereich Gesundheitswirtschaft.....	234

„The first theorem goes like this: Regardless of the amount of money a nation spends on health care and regardless of the structure of its health system, people will complain about that health system. The second theorem is: In any country at any time there will always be a health reform. The third theorem is: In any country at any time people will say that the last health reform has been a failure. The fourth theorem is: As a Gesundheits-systemforscher, my husband will never be unemployed. And the fifth theorem is (...): Ministers of Health in any country must have done something bad in an earlier life. That is why they are Ministers of Health in that life. These are the theorems that in principle should be proven but they need no proof because my wife is never wrong.“

(Uwe E. Reinhardt in der Festrede zum Carl Bertelsmann-Preis 2000)

EINLEITUNG

Im September diesen Jahres verlieh die Bertelsmann-Stiftung den Preis für vorbildliche Leistungen im Gesundheitswesen zu gleichen Teilen an die Schweiz und die Niederlande. In der Schweiz wurde das *Eidgenössische Department des Innern* für die Einführung eines neuen Krankenversicherungssystems ausgezeichnet, welches in vorbildlicher Weise Wettbewerb und Solidarprinzipien miteinander in Einklang bringt. In den Niederlanden ging der Preis an die *Vereinigung der Hausärzte* für ihre herausragenden Anstrengungen um die Versorgungsqualität. Gleichzeitig wurde das deutsche Gesundheitswesen einer scharfen Kritik unterzogen. „Die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssektors, also die Möglichkeit der gezielten Einflußnahme in Richtung Systemverbesserung, hat sich in der Vergangenheit in Deutschland als zu gering erwiesen.“, so das Urteil im Vorwort der Preispublikation (Böcken u.a. 2000). Die hohe Anzahl der Akteure und die komplexe Verflechtungsstruktur verhindere eine schnelle und am Gemeinwohl orientierte Problemlösung, der kaum überschaubare gesetzliche Ordnungsrahmen scheine nicht geeignet, die Verantwortung von Politik, Leistungsanbietern und Kostenträgern zu koordinieren, insgesamt werde die effektive Nutzung der begrenzten Ressourcen im deutschen Gesundheitswesen erschwert oder sogar unmöglich gemacht.

Die Preisverleihung und das Urteil der Bertelsmann-Stiftung ist eine erneute Bestätigung für die politische und gesellschaftliche Brisanz des Themas Gesundheit. Die Modernisierung des Gesundheitssystems ist seit langem ein Dauerbrenner auf der politischen Tagesordnung, wobei die unzähligen Reformversuche mehr oder weniger vom Mißerfolg der Regulierungsbestrebungen zeugen, das System an die gesellschaftlichen Bedürfnisse anzupassen. Zwar ist die Durchführung von Reformmaßnahmen in nahezu allen sozialen Sicherungssystemen mit größeren Problemen verbunden,

im Gesundheitssystem scheinen diese jedoch ein besonderes Ausmaß anzunehmen. Warum weist sich gerade das Gesundheitswesen als derart reformresistentes System? Was sind die spezifischen Merkmale seines Gutes, seiner Strukturen und seiner Akteure, die dem Sektor den Ruf einer 'Löwengrube' verleihen und insbesondere Politikern ein äußerstes Maß an taktischer Erfahrung und Durchhaltevermögen abverlangen?

Das Gesundheitswesen ist einer der sensibelsten Bereiche der sozialen Sicherung. Mehr als in irgendeinem anderen Politikfeld bekommen hier die Bürger die Konsequenzen politischer Entscheidungen 'am eigenen Leib' zu spüren. Auch in wirtschaftlicher Hinsicht spielt das Gesundheitswesen eine besondere Rolle – mehr als 500 Mrd. DM werden hierfür jährlich in der Bundesrepublik ausgegeben. Entsprechend kritisch wird die Entwicklung des Gesundheitswesens gleichermaßen von Bürgern, Politikern und Wissenschaftlern beobachtet, wobei insbesondere die Begrenzung der Ausgabensteigerung bei gleichzeitiger Stabilisierung des Leistungsniveaus im Mittelpunkt der Debatte steht. Handlungsbedarf läßt sich gleich auf mehreren Ebenen des Gesundheitswesens beobachten; die Reformierung der Versicherungs- und Vergütungssysteme gilt ebenso wie die Modernisierung der Versorgungsorganisationen als Schlüsselpunkt für eine bedarfsgerechte und ressourcenschonende Entwicklung des Systems.

Der Reformbedarf im Gesundheitswesen ist jedoch, wie die Bertelsmann-Stiftung zu Recht konstatiert, kein spezifisches Problem der deutschen Gesellschaft, sondern betrifft mehr oder weniger alle modernen Wohlfahrtsstaaten. Warum, so stellt sich dann die Frage, schneidet gerade das Gesundheitswesen der Bundesrepublik in seiner Entwicklung verhältnismäßig schlecht ab? Die Ursache liegt mit Sicherheit nicht in mangelnder Leistungsfähigkeit – das deutsche Gesundheitswesen ist aus medizinisch-technischer Perspektive durchaus als fortschrittlich einzuschätzen, und in bezug auf die Dichte an Gesundheitseinrichtungen und Dienstleistungen nimmt es einen internationalen Spitzenplatz ein. An Modernisierungskonzepten aus Praxis und Wissenschaft mangelt es ebenfalls nicht, und das im politischen Lager durchaus Reformwilligkeit vorhanden ist, belegen gerade die Bemühungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000. Dennoch sind andere Länder offenbar erfolgreicher, wenn es um die bedarfsgerechte und ökonomisch verträgliche Weiterentwicklung des Systems geht. Was liegen also die spezifischen Nachteile des deutschen Gesundheitswesens und wo sind mögliche Lösungsansätze zu suchen?

In dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, die Entwicklungsrichtung und -dynamik des Gesundheitswesens analytisch aufzuarbeiten und die hier skizzierten Fragen in einem länderbezogenen Vergleich näher auszuloten. Als relevante Faktoren stehen somit einerseits die nationalen

Merkmale des Gesundheitswesens im Mittelpunkt, andererseits aber auch die Besonderheiten, die der Gesundheitssektor in Abgrenzung zu anderen gesellschaftlichen Feldern aufweist. Als Vergleichsland zur Bundesrepublik wurden die Niederlande gewählt – aus zweierlei Gründen: Erstens weist die Konstruktion der Gesundheitssektoren in beiden Ländern Gemeinsamkeiten auf, ähnliches gilt für die Gestaltungs- und Ordnungsprinzipien des sozialpolitischen Kontext. Daher ist eine gute methodische Basis für einen Vergleich gegeben. Zweitens haben sich die Niederlande mit ihren jüngsten Reformen im Bereich Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik internationale Aufmerksamkeit und Reputation erworben und werden auch für die Reformierung des deutschen Sozialstaates immer wieder als ‚Lehrstück‘ herangezogen werden. Die Frage ist, ob Ansätze einer derartig erfolgreichen Reformpolitik auch im niederländischen Gesundheitswesen zu beobachten sind und wie es um die Chancen der Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse steht. Möglich wäre aber auch, daß sich das niederländische Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Feldern sozialer Sicherung als reformresistenter erweist. In diesem Fall könnten neue Aufschlüsse über die spezifischen Besonderheiten des Gesundheitswesens in Abgrenzung zu anderen gesellschaftlichen Bereichen gewonnen werden.

In theoretischer Hinsicht bieten sich für eine derartige Analyse mehrere Vorgehensweisen an. Aufgrund seiner wirtschaftlichen Relevanz könnte das Gesundheitswesen beider Länder z.B. unter ökonomischer Perspektive skizziert werden. Im Mittelpunkt stünden die monetären Finanzströme in den verschiedenen Leistungs- und Versicherungsbereichen sowie Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen auf organisatorischer Ebene. Ein politikwissenschaftlicher Ansatz würde hingegen auf das Macht- und Kräfteverhältnis zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen abstellen; die Aufmerksamkeit richtet sich auf die Verbandslandschaft und die Beziehungen zwischen politischen und gesellschaftlichen Akteuren. Unter einer gesundheitssoziologischen Perspektive wiederum wären die Entwicklung des Gesundheitsverständnisses und die Verteilung von Gesundheitsschancen und -risiken in modernen Gesellschaften zu diskutieren.

Alle Ansätze beinhalten wichtige Aufschlüsse über die Entwicklungsdynamik des Sektors; jeder blendet aber durch seine Schwerpunktsetzung andere Perspektiven aus. Die Wahl fiel daher auf ein differenzierungstheoretisches Vorgehen, bei dem möglichst viele der hier angesprochen Aspekte subsummiert werden können. In diesem Kontext wird Gesundheit als *System* analysiert, welches sich durch eine spezifische Sinnlogik und durch spezifische Akteurkonstellationen von anderen gesellschaftlichen Teilsystemen abgrenzt. Der besondere Vorteil dieses Ansatzes ist darin zu sehen, daß er sich hervorragend als Diagnoseinstrument eignet, mit denen die Leistungsdefizite des Systems theoretisch erfaßt werden können. Denn als gesellschaftliches Teilsystem operiert

das Gesundheitswesen autopoietisch; dies begründet einerseits seine hohe Leistungsfähigkeit, geht jedoch andererseits in der Umwelt mit negativen Folgewirkungen in Form von zu hohem Ressourcenverbrauch, unzureichender Leistungsproduktion und gesellschaftlichen Risiken einher. In diesem Sinne ist das Gesundheitswesen eben nicht reformbedürftig, weil es 'unmodern' wäre. Das Problem stellt sich vielmehr umgekehrt dar: Die Reformbedürftigkeit ist ein Resultat seiner Modernität und Leistungsfähigkeit, die Forderung nach Veränderungen eine Reaktion auf die negativen Folgewirkungen in der gesellschaftlichen Umwelt.

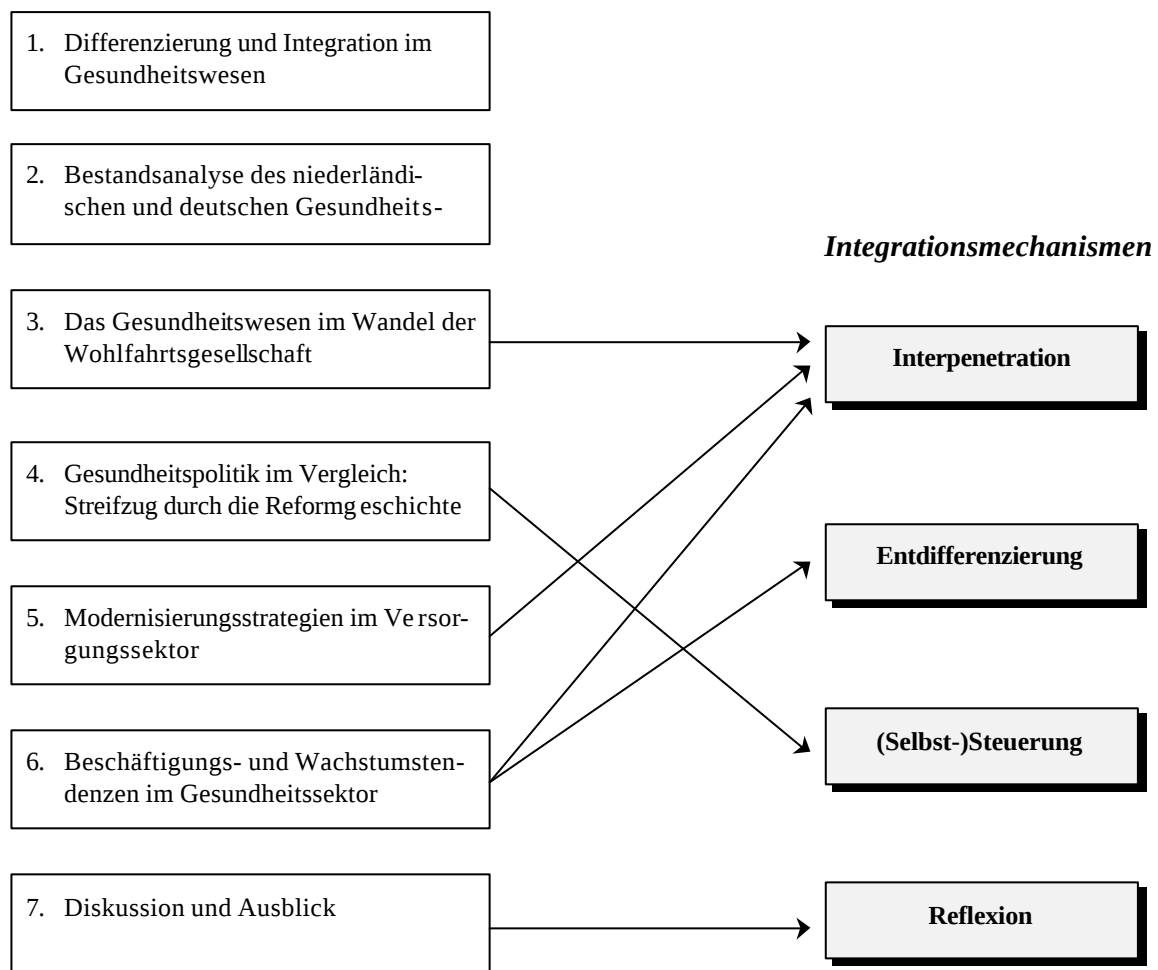
Ein differenzierungstheoretisches Vorgehen eignet sich daher hervorragend, um den Ruf nach Reformen analytisch herzuleiten. Damit ist jedoch zunächst nur das Problem erfaßt, über eine mögliche Lösung wird nichts ausgesagt. Vielmehr muß die Entwicklungsperspektive in diesem Zusammenhang äußerst pessimistisch bewertet werden, denn insbesondere aus Sicht der Systemtheorie wäre eine gezielte Reformpolitik, die das System an die gesellschaftlichen Anforderungen rückkoppeln will, aufgrund der autopoietischen Wirkungsweise des Systems illusorisch. Nun muß man diese Auffassung nicht unbedingt teilen; innerhalb der Differenzierungstheorie gibt es genügend Ansätze, die gesellschaftliche Entwicklung nicht nur als Frage der Differenzierung, sondern ebenso als Frage der Integration auffassen. Die moderne Gesellschaft verfügt demnach über Mechanismen, die zwar nicht die Geschlossenheit gesellschaftlicher Teilsysteme aufbrechen, sie aber soweit abschwächt, daß eine umweltverträgliche Entwicklung möglich ist. Damit ist auch ein Anknüpfungspunkt für die Entwicklung und Bewertung des Reformgeschehens im niederländischen und deutschen Gesundheitswesen gegeben. Die Reformierung des Gesundheitssystems wäre demnach ein Versuch, das System zu reintegrieren; der unterschiedliche Verlauf von Reformmaßnahmen in beiden Ländern ein Hinweis auf den unterschiedlichen Grad an Integrationsfähigkeit.

In dieser Arbeit werden verschiedene Integrationsmechanismen thematisiert, die als Analyserahmen für die Entwicklung des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems dienen. Ein erster Mechanismus ist die sog. *Interpenetration*. Hier bilden sich Zonen zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen heraus, die das Gesundheitssystem mit systemfremden Elementen durchsetzen, um eine Anknüpfung an die Bedarfe der Umwelt zu erzielen. Auf der Makroebene ist insbesondere der Wohlfahrtsstaat eine solche Zone, auf der Mesoebene erfolgt die Anbindung über Organisationen, auf der Mikroebene über die Berufsentwicklung. Ein anderer Mechanismus ist *Entdifferenzierung*, bei der eine Ab- oder Anlagerung von Funktionen erfolgt. Dies läßt sich insbesondere mit dem Stichwort 'Gesundheit als wirtschaftlicher Wachstumssektor' verdeutlichen, welches auf die Beschäftigungs- und Wachstumsfunktionen des Gesundheitssektors abstellt. Die Me-

chanismen (*Selbst-*) *Steuerung* und *Reflexion* hingegen beziehen sich auf die Aktivierung systeminterner Potentiale, die eine Einschränkung oder Anpassung der systemischen Leistungen zu Folge haben sollen. (Selbst-)Steuerung zielt insbesondere auf das Verhältnis zwischen politischen und gesellschaftlichen Akteuren im Gesundheitswesen ab und läßt sich anhand des politischen Reformgeschehens der letzten Jahrzehnte konkretisieren. Reflexion bedeutet Selbstbeobachtung des System in Hinblick auf mögliche Alternativen seiner Operationen. In diesem Zusammenhang wird aufzuzeigen sein, daß Reflexion gerade im Gesundheitssystem mit spezifischen Problemen verbunden ist.

Anhand dieser Kategorien wird es in dieser Arbeit darum gehen, die Entwicklungen im niederländischen und deutschen Gesundheitswesen zu skizzieren und aus einer integrationsbezogenen Perspektive zu bewerten. Um den Leser mit dem weiteren Verlauf dieser Arbeit vertraut zu machen, wird in den folgenden Absätzen eine Vorschau auf die einzelnen Kapitel erfolgen. Dabei wird auch deutlich werden, daß die Anwendung der Integrationsthese auf die Entwicklung des Gesundheitswesen den Bezug auf andere theoretische Ansätze erforderlich macht, die jeweils spezifische Aspekte des gesundheitlichen Wandels aufgreifen. Darunter fallen insbesondere wohlfahrtstheoretische Ansätze sowie Steuerungs- und Dienstleistungstheorien. Eine ausführliche Darstellung dieser Ansätze wird in den Kapiteln erfolgen, die auf die jeweiligen Aspekte im Gesundheitssystem abstellen. Nicht zuletzt dient der folgende Überblick aber auch dem Zweck, erste Ansätze einer Verknüpfung zwischen differenzierungstheoretischen Konzepten und anderen soziologischen Disziplinen aufzuzeigen.

Kapitel 1 widmet sich dem theoretischen Kontext und leitet das Verhältnis von *Differenzierung und Integration* her. Hier geht es zunächst darum, die wesentlichen Merkmale des Gesundheitssystems aus der Sicht verschiedener Differenzierungsansätze zu skizzieren. Unter systemtheoretischer Perspektive zeichnet sich das Gesundheitssystem demnach durch Selbstreferentialität und durch eine spezifische Codierung aus, die seine Konstitution als funktionales gesellschaftliches Teilsystem begründen; in der akteurbezogenen Ergänzung geraten hingegen seine spezifischen kollektiven Akteure und Verhandlungsprozesse in den Blick. Anschließend wird nachgezeichnet, wie sich im Zuge zunehmender Inklusion und Leistungsfähigkeit auch die Verselbstständigungstendenzen des Gesundheitssystems ausprägen, die den Reformbedarf hervorrufen. Damit verschiebt sich der Focus von der Differenzierungs- zur Integrationsperspektive: Anhand der bereits erwähnten Mechanismen wird dargestellt, über welche Integrationspotentiale moderne Gesellschaften verfügen, um die Leistungen gesellschaftlicher Teilsysteme bedarfsgerecht zu koordinieren und wie sich diese in bezug auf das Gesundheitssystem konkretisieren lassen.

Abb. 1: Überblick über die Gliederung der Arbeit

In Kapitel 2 schließt sich dann eine kurze ‘neutrale’ *Bestandsanalyse* der hier zu vergleichenden Gesundheitssektoren an. Diese hat den Zweck, einige markante Merkmale des Begriffes Gesundheit aufzuzeigen und die Strukturen und Institutionen des niederländischen und deutschen Gesundheitssektors vorzustellen. Damit soll dem Leser ein erster Überblick über die Konzeption beider Gesundheitssektoren ermöglicht werden, der für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel eine wertvolle Hilfestellung ist.

In Kapitel 3 wird mit Hilfe wohlfahrtstheoretischer Ansätze die Entwicklung des niederländischen und deutschen *Wohlfahrtsstaates* skizziert. Der Wohlfahrtsstaat fungiert als Interpenetrationszone auf der Makroebene und vermittelt zwischen dem Gesundheitswesen und anderen gesellschaftlichen Teilsystemen. Daher hat seine Entwicklung auch einen prägenden Einfluß bei der nationalen Gestaltung der Gesundheitsversorgung und -finanzierung. Hier spielen vor allem die ‘Pfadwech-

sel', die der niederländische Wohlfahrtsstaat insbesondere seit dem 2. Weltkrieg vollzogen hat, eine wichtige Rolle. Mehr noch: Die Tatsache, daß die Niederlande im Gegensatz zu Deutschland mittlerweile einen gemischten Wohlfahrtsstaat repräsentieren, der Elemente verschiedener Typologien kombiniert, erläutert sehr anschaulich, wie die differenzierungstheoretische These der Ausprägung von Interpenetrationszonen wohlfahrtstheoretisch gewendet werden kann.

Mit der (Selbst-)Steuerung des Gesundheitswesens beschäftigt sich Kapitel 4. Hier stehen *reformpolitische Maßnahmen* zur Regulierung des deutschen und niederländischen Gesundheitswesens im Mittelpunkt. Da es sich bei dem Gesundheitssystem um einen sog. staatsnahen Sektor handelt, ist vor allem nach dem Verhältnis staatlicher und gesellschaftlicher Akteure zu fragen ('gesellschaftliche Selbstregulation versus staatliche Steuerung') sowie nach den Versuchen, die Akteurkonstellationen mittels staatlicher Interventionen zu regulieren. Hier wird insbesondere auf das Steuerungsverständnis des 'aktivierenden Staates' und die Erkenntnisse der Policy-Forschung zurückgegriffen. Dabei wird sich nicht nur zeigen, daß die Verhandlungssysteme im niederländischen Gesundheitswesen radikalere Eingriffe in das System ermöglichen, sondern daß auch die Reforminhalte andere Akzente setzen als in der Bundesrepublik.

Kapitel 5 ist der Interpenetration auf organisatorischer Ebene gewidmet. Hier kann die Zunahme systemfremder Elemente am besten durch das Konzept des 'Wohlfahrtspluralismus' beschrieben werden: Ausgangspunkt ist, daß wohlfahrtliche Sektoren wie das Gesundheitswesen durch unterschiedliche Leistungsinstitutionen mit eigenen Handlungslogiken geprägt sind (Unternehmen, Staat, Verbände und Privathaushalte). In jüngster Zeit vollzieht sich eine zunehmende Vermischung dieser Handlungslogiken, um gesundheitliche Leistungen zu optimieren und besser an den gesellschaftlichen Bedarf anpassen zu können. Diese Tendenz wird durch verschiedene *Modernisierungsstrategien im Versorgungssektor* veranschaulicht: Kooperation, Patientenorientierung, Qualitätsmanagement, Einsatz neuer Medien und *Public Health*. Hier wird sich zeigen, daß durch die Vermischung systemischer Logiken Wohlfahrtssteigerungen erzielt werden können, wobei sich der niederländische Gesundheitssektor als experimentierfreudiger und modellerprobter erweist als der deutsche.

In Kapitel 6 stehen *Beschäftigungs- und Wachstumstendenzen* des Gesundheitswesens im Mittelpunkt. Erstens wird hier die Interpenetrationsthese noch einmal aus der Perspektive der Berufsentwicklung aufgegriffen. In diesem Zusammenhang ist vor allem das Aufbrechen des ärztlichen Monopols und die Karriere der sog. neuen Gesundheitsberufe von Interesse, die starke Überschneidungen zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen aufweisen (Soziales, Ökonomie). Dabei

wird sich zeigen, daß die institutionelle Aufwertung dieser Berufsgruppen in den Niederlanden frühzeitiger und umfassender erfolgte als in der Bundesrepublik. Zweitens wird in diesem Kapitel auch die These der Entdifferenzierung getestet. Denn aufgrund der Bedarfszunahme nach Gesundheitsdiensten mehren sich die Stimmen, die dafür plädieren, das Gesundheitssystem nicht als gesellschaftliche Belastung, sondern vielmehr als Chance für *Wachstum und Beschäftigung* aufzufassen. Entdifferenzierung liegt hier insofern vor, als das Gesundheitssystem mit einer Funktion belegt wird, die eigentlich genuin dem Wirtschaftssystem zugehörig ist. Aufgrund der aktuellen Arbeitsmarktproblematik finden sich vor allem in Deutschland viele Vertreter dieser These.

Die Frage nach der Reflexionsfähigkeit des deutschen und niederländischen Gesundheitswesens wird erst im abschließenden Diskussionskapitel aufgegriffen. Denn erstens ist Reflexion ein theoretisches Konzept, was im Rahmen dieser Arbeit nur schwer zu operationalisieren ist. Und zweitens ist davon auszugehen, daß die Reflexionspotentiale des Gesundheitswesens in engem Zusammenhang mit den bisher skizzierten Integrationsmechanismen steht. Das Abschlußkapitel wird daher die Frage aufgreifen, inwiefern mit der Entwicklung des Gesundheitswesens auch sog. *Zweitcodierungen* einher gehen, die das Gesundheitssystem veranlassen, seine Leistungen im Hinblick auf die Folgewirkungen in der Umwelt zu überprüfen. Des weiteren werden dort die wesentlichen Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefaßt und diskutiert.

Obwohl der Focus dieser Arbeit eher auf der theoretischen Ebene angesiedelt ist, beinhalten die Ergebnisse auch Anregungen für eine sozial- und wirtschaftsverträgliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und sollten daher auch für Empiriker von Interesse sein. Dies betrifft zum Beispiel Strategien für gesundheitspolitische Steuerungsbemühungen, die sich aus der Darstellung der Reformgeschichte beider Länder ableiten lassen. Auf organisatorischer Ebene hingegen werden diverse Konzepte und Modelle für eine effizientere und bedarfsgerechtere Versorgung diskutiert, wobei die niederländischen Erfahrungen Chancen und Grenzen aufzeigen, die auch für die Modernisierung des deutschen Sektors lehrreich sind. Ebenso dürften die Ausführungen zur Beschäftigungsentwicklung in beiden Gesundheitssektoren und das Design der Versicherungssysteme interessante empirische Aspekte für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems einschließen. Als Soziologin kann die Verfasserin zwar kaum die notwendige Fachkenntnis beanspruchen, um diese Anregungen für das deutsche Gesundheitswesen 'kleinzuarbeiten'. Mit Sicherheit lassen sich aber aus dem länderbezogenen Vergleich Vorschläge ableiten, an die die Fachexperten auf Seiten der Politik und der *scientific community* in ihrer Arbeit anknüpfen können.

Abschließend noch einige methodische Anmerkungen: In manchen Kapiteln dieser Arbeit wird auf die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zurückgegriffen, die 1998/99 von der Verfasserin im niederländischen und deutschen Gesundheitssektor durchgeführt wurde.¹ Im Mittelpunkt standen zwei Fragestellungen: Welche Modernisierungsstrategien lassen sich auf der Ebene der Gesundheitsversorgung identifizieren? Und: Welche Gesundheitsfelder bieten neue Wachstums- und Beschäftigungspotentiale? Zu diesem Zweck wurden in den Niederlanden und im Ruhrgebiet insgesamt 28 Interviews (Dauer 1,5-2 Stunden) durchgeführt – und zwar in sehr unterschiedlichen Feldern, um einen möglichst umfassendes Bild über aktuelle Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen zu erhalten. Hierzu gehörten Prävention, Krebsforschung und -behandlung, Kur und Reha, Medizin- und Rehabilitationstechnologie, Psychiatrie, *Home Care*, Arbeitsmedizin, *Public Health*, Selbsthilfe und Alternativmedizin. Die befragten Personen arbeiteten entweder in Versorgungseinrichtungen (z.B. Kliniken, Gesundheitsämter, Selbsthilfegruppen und freie Praxen) oder in Forschungsinstitutionen und Universitäten, die sich z.B. mit sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, Qualitätssicherung, *Public Health* und Berufsgruppenforschung beschäftigten. Eine dritte Gruppe von Befragten ‚arbeitet‘ Gesundheitseinrichtungen zu, z.B. technologieorientierte Einrichtungen, Marketing-Agenturen und Wirtschaftsförderungen.

Da die Interviews in sehr unterschiedlichen Gesundheitsfeldern durchgeführt wurden, wurde kein standardisierter Leitfaden entwickelt, sondern für jedes Interview ein neuer Fragenkatalog formuliert, der die spezifischen Merkmale der einzelnen Gesundheitsfelder berücksichtigte. Allerdings lag den Leitfäden ein einheitliches Muster zugrunde (s. Anhang), welches folgende Fragenkomplexe beinhaltete:

- a) *Institution*: In welchem Gesundheitsfeld ist die Organisation aktiv? Wie sieht die Angebotspalette aus? Welche Zielsetzungen werden verfolgt?
- b) *Übergreifende Entwicklungstendenzen*: Gab es wichtige Veränderungen in den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen oder zeichnet sich derartiges ab? Welche Angebote werden der-

¹ Diese Untersuchung wurde im Rahmen des Projektes „Strukturwandel an der Ruhr im internationalen Vergleich“ durchgeführt, welches vom *Initiativkreis Ruhrgebiet* (IR) initiiert wurde. Ziel des Projektes war, Erkenntnisse über den Strukturwandel in verschiedenen Regionen Europas und der USA zu sammeln und für die Entwicklung des Ruhrgebiets nutzbar zu machen. Im Zentrum standen die Themen Qualifizierung, Informations- und Kommunikationstechnologien, Wirtschaftsförderung, Standortmarketing und Qualifizierte Dienstleistungen (vgl. Hartmann 1999, IR 1999 sowie die Beiträge in Hilbert/Naegele 1999). Die Verfasserin möchte an dieser Stelle dem Initiativkreis ausdrücklich für sein Engagement danken, ebenso Rolf G. Heinze, Josef Hilbert und Gerhard Naegele für die wissenschaftliche Betreuung sowie Toon Kerkhoff, Kees van Paridon und Bert de Vroom für ihre wertvolle Unterstützung in den Niederlanden. Vor allem aber sei den zahlreichen Interviewpartnern gedankt, die mir durch ihre Informationen und Anregungen einen Einblick in das niederländische und deutsche Gesundheitswesen ermöglichten!

zeit besonders stark nachgefragt? Wie wird sich die Nachfrage zukünftig entwickeln? Wie entwickelt sich das Verständnis von Gesundheit?

- c) *Modernisierungsstrategien*: Was bedeutet Patientenorientierung im jeweiligen Gesundheitsfeld und wie kann sie ggf. verbessert werden? Welche Rolle spielt Kooperation? Mit welchen Institutionen in und außerhalb des Gesundheitswesens wird kooperiert und wie wird die Kooperation beurteilt? Werden Maßnahmen der Qualitätssicherung durchgeführt, und wenn ja, welche? Welche Informations- und Kommunikationstechnologien werden zu welchem Zweck eingesetzt?
- d) *Arbeitsmarkt- und Regionalpolitik*: Welche Berufsgruppen werden zukünftig besonders stark nachgefragt werden? Welche Rolle spielt das Gesundheitsfeld in der regionalen Ökonomie? Gibt es öffentliche Initiativen oder Projekte, um den Gesundheitssektor der Region zu profilieren? Welche Rolle spielt die private Finanzierung im jeweiligen Gesundheitsfeld?

Anhand dieses Musters wurde für jedes Gesundheitsfeld ein neuer Leitfaden konstruiert, um die Fragen auf die spezifischen Merkmale des Feldes zuschneiden zu können. Dabei war oftmals eine unterschiedliche Gewichtung der Fragenkomplexe vonnöten. So standen in den Versorgungseinrichtungen eher Fragen nach Modernisierungsstrategien im Vordergrund, während z.B. in der Wirtschaftsförderung eher der Punkt „Arbeitsmarkt- und Regionalpolitik“ thematisiert wurde. Um Differenzen und Gemeinsamkeiten zwischen unterschiedlichen Gesundheitsfeldern sowie zwischen dem niederländischen und deutschen Gesundheitswesen systematisieren zu können, wurden die Interviewprotokolle verschlagwortet und in ein Schema mit folgenden Kategorien eingefügt:

1. Institution
2. Wachstum und Bedarf
3. Wettbewerbsbedingungen
4. Patienten-, Kundenorientierung
5. Kooperation
6. Qualität und Effizienz
7. IuK-Technologien
8. Arbeit und Personal
9. Policy und Verhandlungssysteme
10. Gesundheitsverständnis
11. Standort

Die Untersuchung hatte im wesentlichen den Zweck, sich mit den aktuellen Entwicklungstendenzen des Gesundheitswesens vertraut zu machen und geeignete Fallbeispiele zu präsentieren. Sie leistete außerdem den unverzichtbaren Dienst, das Gesundheitswesen der Niederlande nicht nur anhand der Literatur, sondern in einem dreimonatigen Auslandsaufenthalt auch im Feld und im

Gespräch mit Experten studieren zu können. Die Ergebnisse sind weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht geeignet, als empirische Grundlage und Legitimation dieser Arbeit dienen, sie stellen jedoch wertvolle Ergänzungen und Veranschaulichungen der hier skizzierten Trends dar. In diesem Sinne wurden diverse Praxisbeispiele und Interviewauszüge genutzt, um die Aussagen dieser Arbeit zu illustrieren. Die niederländischen Interviews wurden aus dem Englischen übersetzt; auf die Nationalität der Interviewpartner verweist ein ‚D‘ bzw. ‚N‘ hinter dem jeweiligen Auszug.

1 DIFFERENZIERUNG UND INTEGRATION IM GESUNDHEITSSYSTEM

1.1 Gesundheit als ausdifferenziertes gesellschaftliches Teilsystem

Im ersten Teil dieses Kapitels werden die wesentlichen Merkmale des Gesundheitswesens unter differenzierungstheoretischen Aspekten skizziert, um darauf aufbauend die Frage nach der gesellschaftlichen Integration des Gesundheitssystems abzuleiten. Im Rahmen der Differenzierungstheorie stellt Gesundheit ein gesellschaftliches Teilsystem dar, welches sowohl unter system- als auch unter akteurtheoretischer Perspektive skizziert werden kann. Bei der systemtheoretischen Betrachtung steht vor allem die sinnhafte Codierung im Mittelpunkt, die dem Gesundheitswesen den Status eines gesellschaftlichen Teilsystems verleiht, welches sich durch Selbstreferentialität und Autonomie von seiner gesellschaftlichen Umwelt abgrenzt. Aus den akteurbezogenen Ansätzen lassen sich im Anschluß weitere Erkenntnisse über die Binnendifferenzierung des Gesundheitswesens, seine kollektiven Akteure und seinen institutionellen Kontext gewinnen. Zunächst soll jedoch in kurzen Worten ein Überblick über die Entwicklung des Differenzierungsbegriffes innerhalb der Soziologie gegeben werden.

1.1.1 Zum Begriff der Differenzierung

Die Theorie sozialer Differenzierung verfolgt zwei Ansprüche – eine Theorie der gesellschaftlichen Entwicklung und Strukturtheorie der modernen Gesellschaft zugleich zu sein (Tyrell 1978: 176). Sie beschreibt also gesellschaftlichen Wandel als Prozeß, dessen einzelne Stationen durch unterschiedliche Differenzierungsformen gekennzeichnet sind, die wiederum Aufschlüsse über die Struktur der jeweiligen Gesellschaftsform zulassen. In diesem Kontext lassen sich drei Varianten der Differenzierung unterscheiden, die auf der gleichen oder ungleichen Beschaffenheit der gesellschaftlichen Elemente basieren und unterschiedliche Ebenen gesellschaftlicher Entwicklung widerspiegeln (Hondrich 1995, Luhmann 1977, Schimank 1996: 150 f., Tyrell 1978):¹ Die *segmentäre Ausdifferenzierung* meint die Gliederung der Gesellschaft in gleichartige und gleichrangige Teile, wie sie z.B. in archaischen Gesellschaften in Form von Familien, Clans oder Dörfern vorgefunden werden kann. Die *stratifikatorische Differenzierung* hingegen bezeichnet ein wesentliches Kennzeichen hochkultureller Gesellschaften – die Aufgliederung in ungleichartige und ungleichrangige Teile, also die Differenzierung in soziale Schichten. Für moderne Gesellschaften

¹ Neben den hier genannten Differenzierungsformen spielt außerdem die *räumliche Differenzierung* in Zentrum und Peripherie eine Rolle (Luhmann 1997: 663).

schließlich ist die *funktionale Differenzierung* charakteristisch: Gesellschaft gliedert sich in ungleichartige, aber gleichrangige Teilsysteme, die jeweils spezialisierte Beiträge zur gesellschaftlichen Reproduktion liefern.¹

Gesellschaftliche Differenzierung ist von jeher ein wichtiger Sachverhalt der soziologischen Forschung gewesen. Daraus ging jedoch keine einheitliche Differenzierungstheorie hervor, sondern vielmehr ein Konglomerat an durchaus unterschiedlich angelegten Ansätzen (Schimank 1996: 8ff., vgl. auch Tyrell 1978). So geriet im Zuge der industriellen Revolution zunächst die Ungleichheit der gesellschaftlichen Lebensverhältnisse (stratifikatorische Differenzierung) in den Mittelpunkt des Interesses, aus der der bis heute bestehende Strang der Sozialstruktur- und Ungleichheitsforschung hervorgegangen ist. Beispiele sind die marxistische Klassentheorie, Schichtungstheorien, und Ansätze der Milieu- und Lebensstilforschung (Hradil 1999).

Von Anfang an existierte jedoch parallel dazu ein Strang, der sich auf die Unterschiede zwischen den funktionalen Bausteinen der Gesellschaft konzentrierte und im Laufe der Zeit an Bedeutung zunahm.² Unter den Klassikern waren vor allem die Arbeiten von DURKHEIM, SPENCER, WEBER und SIMMEL wegweisend (Kneer/Nollmann 1997, Schimank 1996, Tyrell 1978: 177ff.). So deutete SPENCER gesellschaftliche Ausdifferenzierung in Analogie zu biologischen Organismen als Entwicklung von homogenen, einfachen Einheiten zu *heterogenen, komplexen Einheiten*. DURKHEIM, bestrebt, sich von dieser biologistischen Variante der Soziologie abzugrenzen (‘Soziales nur durch Soziales erklären’ – Durkheim 1984), ersetzte den Begriff der Differenzierung durch den der *Arbeitsteilung*: Im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung vollzieht sich eine Spezialisierung der Tätigkeiten und Aufgaben, also eine Ausdifferenzierung von Rollen, die sich z.B. auch auf die zunehmende Spezialisierung der Geschlechtsrollen innerhalb der Familie beziehen läßt. SIMMEL zeigt dann auf, daß die zunehmende *Individualisierung* eine Konsequenz eben

¹ Gesellschaftlicher Wandel meint in diesem Zusammenhang nicht, daß in der modernen Gesellschaft andere Differenzierungsformen außer der funktionalen obsolet werden (Hondrich 1987: 283 ff.). Lediglich deren Primat, also die dominante Form der Differenzierung, wechselt. So ist die moderne funktionale Gesellschaft ebenso segmentär und stratifikatorisch gegliedert und differenziert diese Gliederung auch weiter aus (z.B. durch die Pluralisierung der Sozialstruktur in Milieus und Lebensstile). Dabei lassen sich durchaus Entsprechungen zwischen den verschiedenen Differenzierungsformen diagnostizieren. So kann soziale Ungleichheit in der Semantik funktionaler Differenzierung über die *Exklusion* der Individuen aus den gesellschaftlichen Teilbereichen beschrieben werden – ein Thema, mit dem sich beispielsweise NASSEHI beschäftigt (Nassehi 1997).

² Wobei auch dieser Strang nicht durch Einheitlichkeit gekennzeichnet ist. So kann sich der Begriff der funktionalen Differenzierung a) auf ein Ganzes beziehen, was sich in unterschiedliche Subsysteme ausdifferenziert, b) auf die Prozesse der Trennung, die zu einem Nebeneinander von Teilbereichen führen, c) auf den internen Prozeß der Ausdifferenzierung einer Einheit. Nicht umsonst vermeidet TYRELL daher den Begriff ‘Theorie’ und spricht von einem ‘Differenzierungs’ diskurs’ (Tyrell 1998: 123, 126).

jener Ausdifferenzierung von Rollen ist. Anders gelagert ist der Begriff bei WEBER. Hier geht es um die für den Okzident charakteristische Ausdifferenzierung von *gesellschaftlichen Wertsphären*, d.h. der Differenzierungsbegriff verschiebt sich erstmals auf die gesellschaftliche Makroebene. Die Vielfalt dessen, was Gesellschaftsmitglieder in bestimmten Situationen erreichen wollen, orientiert sich an einer Palette von Wertmaßstäben, die einer jeweils eigenen Rationalität gehorchen. So ist für die Politik das Streben nach Macht Leitmotiv, in der Wirtschaft Gewinn, in der Jurisprudenz Recht, in der Kunst Schönheit und in der Erotik Lustbefriedigung.

Auf einen neuen Punkt gebracht wird das Konzept der funktionalen Differenzierung dann bei PARSONS. Differenzierung vollzieht sich demnach anhand vier funktionaler Erfordernisse, die durch das AGIL-Schema bezeichnet werden: *goal attainment* (Verfolgung und Erreichung selbstgesetzter Ziele), *adaptation* (Steigerung der Anpassungsfähigkeit), *integration* (Steigerung der Inklusionsfähigkeit durch Abstimmung interner Strukturen und Prozesse) sowie *latent pattern maintenance* (Ausbildung und Aufrechterhaltung von Ordnungsmustern durch die Generalisierung kultureller Leitideen und Werte). Mit seiner strukturfunktionalistischen Theorie und dem darin beheimateten AGIL-Schema erhob PARSONS' den Anspruch, ein universelles Differenzierungsmuster formuliert zu haben, das auf allen gesellschaftlichen Ebenen zur Anwendung kommt. Jedes Handlungssystem (gleich, ob es sich um eine Familie, eine Kleingruppe oder eine Organisation handelt) sichert demnach seine Reproduktionsfähigkeit durch die Ausdifferenzierung von Subsystemen, die einer jeweiligen Funktion des AGIL-Schemas entsprechen. Dies gilt auch für die Gesellschaft als übergeordnete Ebene: Ihr Subsystem Politik realisiert gemeinsame Ziele durch kollektiv bindende Entscheidungen, die Wirtschaft sichert über Waren und Dienste die Anpassungsfähigkeit an die natürliche Umwelt, die gesellschaftliche Gemeinschaft garantiert insbesondere über das Recht die Integration der einzelnen Subsysteme und das sog. Treuhandsystem, zu dem Familie und Schule gehören, schafft Wertbindungen über die Weitergabe kultureller Orientierungsmuster.

PARSONS hat mit seiner Theorie das Tor zur Entwicklung der modernen Differenzierungstheorie aufgestoßen. Im Gegensatz zu den Klassikern, die noch an einer dichotomen Vorstellung von vormoderner und moderner Gesellschaft festhielten, zielt PARSONS auf die Vielschichtigkeit spezifischer Differenzierungsformen ab. Gleichzeitig erweist sich sein Ansatz als *universell*, d.h. seine Analyse schließt sowohl die einzelnen Gesellschaftsmitglieder wie auch das gesellschaftliche Ganze mit ein. Des weiteren ist der Zugang klassisch *makrotheoretisch*: Gesellschaft wird über

strukturelle oder systemische Faktoren rekonstruiert.¹ Diese beiden Merkmale – Universalismus und makrotheoretischer Zugang – sind auch kennzeichnend für die nächste Phase der Differenzierungstheorie. Hier steht vor allem LUHMANN im Mittelpunkt, der mit seiner Systemtheorie den wohl gründlichsten Differenzierungsansatz formulierte. Im folgenden Abschnitt soll es daher darum gehen, Gesundheit als gesellschaftliches Teilsystem im Licht systemtheoretischer Grundannahmen darzustellen, bevor anschließend auf akteur- und handlungsorientierte Ergänzungen eingegangen wird, die für die gegenwärtige Phase der Differenzierungstheorie charakteristisch sind.

1.1.2 Gesundheit unter systemtheoretischer Perspektive

Genau wie PARSONS knüpft LUHMANN mit seinen Vorstellungen über die grundsätzliche Beschaffenheit sozialer Systeme an allgemeine systemtheoretische Arbeiten aus den Bereichen der Kybernetik, Biologie und Neurologie an (Schimank 1996: 137, vgl. auch Willke 1978). Beide Theoretiker teilen die Annahme, daß soziale Systeme *umweltoffene Systeme* in einer komplexen Umwelt sind. LUHMANN trifft darüber hinaus allerdings eine fundamentale anthropologische Grundannahme, die weitreichende Konsequenzen für die Konzeption seiner Theorie hat: Soziale Systeme kompensieren die fehlende Instinktaustattung des Menschen; sie reduzieren die Komplexität der Welt und sichern durch Institutionen und den darin bestehenden Interaktionen das Überleben der Mängel-Spezies Mensch. Die Funktion von Struktur- und Systembildung besteht für LUHMANN also darin, im Geltungsbereich eines bestimmten sozialen Systems das unendliche Möglichkeitsspektrum der Welt einzuschränken, d.h. *Komplexität zu reduzieren*.² Diese Aufgabe erfordert die Ausbildung und Erhaltung systemspezifischer Sinnengrenzen.

¹ Ebenso wie die Soziologie insgesamt steht auch die Entwicklung der Differenzierungstheorie unter der sog. Mikro-Makro-Problematik (Alexander u.a. 1987, Mayntz 1990a, Nolte 1994, 1999). Zugrunde liegt die Frage, wie das Verhältnis von individuellen und gesellschaftlichen Aspekten, subjektiven und objektiven Faktoren, Handlung und Struktur theoretisch einzuschätzen ist. *Makrotheoretische* Ansätze versuchen, Gesellschaft über objektive Faktoren wie System, Struktur oder Institution zu rekonstruieren (exemplarische Beispiele sind die Systemtheorie und marxistische Ansätze), *mikrotheoretische* Ansätze hingegen leiten Gesellschaft aus den Handlungen und Interpretationen ihrer Individuen ab (z.B. Rational Choice-Ansätze oder der Symbolische Interaktionismus). Der Versuch, diese Dichotomie zu überwinden, stand in den letzten Jahren im Mittelpunkt der Soziologie. *Mesotheorien* zielen explizit auf die Verknüpfung zwischen Akteur- und Systemtheorie ab. Beispiel ist die Dualität von Handlung und Struktur, wie sie von GIDDENS formuliert wurde: Struktur bildet in diesem Konzept einen Korridor, der die Handlungsalternativen einerseits vorgibt, andererseits durch Handlung beständig reproduziert oder auch verändert wird (Giddens 1988).

² „Komplexitätsreduktion heißt selektive Erhaltung eines Möglichkeitsbereiches auf der Grundlage von Strukturen (...) die die Möglichkeiten vorselektieren, die Elemente miteinander zu verknüpfen.“ (Baraldi u.a. 1998: 96). Dabei müssen Systeme eine der Umweltkomplexität angemessene Eigenkomplexität aufweisen, denn „nur Komplexität kann Komplexität reduzieren“ (Schimank 1996: 141). KÜHL zeichnet dies am Beispiel *lean production* nach: Auf den ersten Blick läßt sich diese als Komplexitätsvereinfachung in Organisationen deuten. Aufgezeigt wird aber, daß die interne Komplexität durch diese Vereinfachungsstrategie gesteigert wird -

„Soziale Systeme müssen sachlich, zeitlich und sozial ausweisen, was in einem System wann von wem erwartet bzw. nicht erwartet werden kann. Systembildung geschieht dann sozusagen um bestimmte Sinnhorizonte herum. Spezialisiert ein System sich etwa auf eine bestimmte Aufgabe, so läßt sich an der jeweiligen selektiven Handhabung von Sinnselektionen erkennen, welche Operation zum System gehört und welche nicht.“ (Kneer/Nassehi 1993: 120)

Dies führt zu einem neuen Verständnis funktionaler Differenzierung: Gesellschaftliche Teilsysteme sind nicht entlang ihrer Arbeitsteilung oder Funktion differenziert – wie es noch bei DURKHEIM bzw. PARSONS der Fall war – sondern entlang spezifischer Sinnsphären, die durch teilsystemische Leitdifferenzen abgesteckt werden (Luhmann 1986b).¹ Gesellschaftliche Teilsysteme unterscheiden sich demnach durch „ (...) die Institutionalisierung von Perspektiven, unter denen die „Realität“ behandelt wird“ (Türk 1995: 171). Die moderne Gesellschaft differenziert sich folglich aus in Teilsysteme, die nicht mehr durch eine allen Systemen gemeinsame Grundsymbolik integriert werden, sondern aus ihrer eigenen sinnspezifischen Perspektive heraus operieren.² Das Gesundheitssystem stellt ebenso wie Wirtschaft, Politik, Recht, Religion, Wissenschaft, Kunst ein solches gesellschaftliches Teilsystem dar und ist durch folgende spezifische Merkmale gekennzeichnet:

a) Als gesellschaftliches Teilsystem operiert das Gesundheitssystem *selbstreferentiell*. Mit anderen Worten: Es ist ein autopoietisches System, welches sich in seinen Operationen auf sich selbst bezieht und die Komponenten, aus denen es besteht, fortlaufend selbst generiert (Baraldi u.a. 1998: 163ff., Kneer/Nassehi 1993: 48f., Luhmann 1984: 593ff.). Da das Gesundheitswesen außerdem ein soziales System ist, bestehen die Letztelemente dieser selbstreferentiellen Produktion

und somit ein Äquivalent zu einer turbulenten werdenden Umwelt darstellt (Kühl 1998: 104ff.). Dies deutet auf den paradoxen Sachverhalt hin, daß Mechanismen der Komplexitätsreduzierung selbst wieder zu einer Komplexitätssteigerung beitragen – was schließlich bedeutet, daß der funktional differenzierten Gesellschaft ein immanenter Wachstumsimpuls innewohnt.

¹ So erweisen sich im Unterschied zur Arbeitsteilung nur die Leitdifferenzen als katalysatorisch für die Herausbildung eines Teilsystems. Leitdifferenzen erlauben einen spezifischen Zugriff auf die ganze Gesellschaft, sind also *global* angelegt. Sichtweisen hingegen, die aus unterschiedlichen Berufen und Tätigkeiten hervorgehen, sind auf einen engen *speziellen* Gesellschaftsbereich bezogen (Türk 1995: 173f.). Die Abgrenzung zur funktionsorientierten Differenzierung im Sinne PARSONS ist komplizierter: Zwar übernehmen die Teilsysteme bestimmte Funktionen gesellschaftlicher Reproduktion, das Autopoiesis-Konzept verbietet aber die Ausrichtung der Teilsysteme an den Erfordernissen der Umwelt. Daher setzt LUHMANN an die Stelle der Funktion die Leitdifferenz bzw. Codierung (Schimank 1996: 154f.).

² Dies ist ein fundamentaler Unterschied zur primär stratifikatorisch differenzierten Gesellschaft. Hier werden die ungleichen Teilschichten der Gesellschaft noch „durch eine gesamtgesellschaftliche Grundsymbolik der Hierarchie und der direkten Reziprozität“ zusammengehalten (Kneer/Nassehi 1993: 127), die der Leitcodierung oben/unten folgt. In der funktional differenzierten Gesellschaft hingegen bildet jedes Teilsystem seine eigene Leitcodierung aus.

aus Kommunikationen, die in einem rekursiven Prozeß beständig aneinander geknüpft werden.¹ Was aus dem Horizont der Kommunikationsmöglichkeiten selektiert wird, entscheidet ein gesellschaftliches Teilsystem mit Hilfe einer spezifischen binären Codierung. Diese bestimmt, was dem systemischen Sinnkontext entspricht und setzt bei Vorliegen des positiven Wertes die internen Prozesse in Gang (Baraldi u.a. 1998: 33ff., Luhmann 1990a, Schimank 1996: 155ff.). Der Codierung des Gesundheitswesens lautet ‚krank/gesund‘ und unterscheidet sich von der anderer Teilsysteme durch eine Besonderheit: Sie ist die einzige Codierung, in der der sozial erwünschte Wert nicht mit dem positiven Wert des Systems identisch ist. So löst nicht der Wert ‘Gesundheit’ das Prozessieren des Gesundheitswesens aus, sondern der Wert ‘Krankheit’ (dies hat wichtige Konsequenzen für die Reflexionsfähigkeit des Systems, wie später noch aufgezeigt wird). Die Kriterien für die korrekte Zuschreibung eines Codewertes werden durch Programme definiert (Baraldi u.a. 1998: 139 f., Luhmann 1986a: 89ff.). So legen im Gesundheitssystem Diagnose- und Therapieverfahren die Bedingungen fest, unter welchen jemand als krank oder gesund zu bezeichnen ist. Programme können sich verändern (z.B. durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt) – dies aber nur auf Grundlage des binären Codes, der selbst nicht modifiziert werden kann. Dadurch kann allerdings die strenge Binarität des Codes kompensiert werden, denn in den Programmen können auch systemfremde Elemente Berücksichtigung finden (z.B. wirtschaftliche Kostenerwägungen). Die Implementation systemfremder Elemente und ebenso die Frage nach der Transformierbarkeit des gesundheitlichen Codes werden im Laufe dieser Arbeit noch eine Rolle spielen.

b) Als gesellschaftliches Teilsystem verfügt das Gesundheitssystem über sinnspezifisch ausgerichtete *Organisationen*, die essentiell für die systemische Reproduktion sind. „Organisationen sind Mechanismen, die ihren Mitgliedern die teilsystemischen Programmstrukturen besonders eindrücklich einprägen.“ (Schimank 1996: 169, vgl. auch Kneer/Nassehi 1993: 42f., Luhmann 1990c: 672ff.). Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken usw. gewährleisten als Gesundheitsorganisationen eine generalisierte Konformitätsbereitschaft, indem sie die Mitgliedschaft an spezifische Bedingungen knüpfen. Diese sind z.B. für die Beschäftigten im Gesundheitswesen durch die Ar-

¹ ...und nicht etwa Handlungen. Im Gegensatz zur Kommunikation erzeugt eine Handlung nicht notwendigerweise eine Anschlußhandlung (sondern verbleibt z.B. beim reinen Erleben). Diese ist aber essentiell für die fortwährende Reproduktion eines sozialen Systems. Insofern ergibt sich die Annahme von Kommunikation als elementare Operationseinheit logischerweise aus der Konzeption sozialer Systeme als autopoietische Systeme (Schimank 1996: 148f.). Kommunikation ist in diesem Sinne als dreistelliger Selektionsprozeß aufzufassen, der Information, Mitteilung und Verstehen miteinander kombiniert (Luhmann 1984: 193ff.). Jede Information ist eine Selektion aus einem Horizont an Möglichkeiten, für die mehrere Mitteilungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und die außerdem mehrere Verständnisvarianten beinhaltet.

beitsverträge festgelegt, für die Mitglieder von Interessensverbänden (z.B. Ärzte-, Kassen- und Wohlfahrtsverbände) durch Satzungen. Durch derartige Erwartungszusammenhänge gewinnen Organisationen in zeitlicher Hinsicht eine eigene Kontinuität, die die Unbeständigkeit des Personals und der Aufgaben ausgleicht und Programme für Mitglieder und Nicht-Mitglieder gleichermaßen berechenbar macht. Allgemein formuliert ermöglichen Organisationen die Ausbildung extrem unwahrscheinlicher Programmstrukturen (Schimank 1996: 170). Sie sichern die Autopoiesis der teilsystemischen Kommunikationszusammenhänge gegenüber Neigungen zur Abweichung von Code und Programmierung ab. Wichtig in diesem Zusammenhang ist aber, daß die Teilsysteme und auch das Gesundheitssystem nicht in den ihnen zugeordneten Organisationen aufgehen (Kneer/Nassehi 1993: 140). Mit anderen Worten: Gesellschaften sind ebenso wenig als Organisationsgesellschaften zu bezeichnen wie das Gesundheitssystem als Summe all seiner Organisationen. Denn das spezifische Charakteristikum des Gesundheitssystems ist und bleibt seine Sinnorientierung, die die Grenze zur Umwelt bildet. Allerdings gibt es Anzeichen dafür, daß Organisationen auf der Ebene der Programmierung einen wichtigen Beitrag zur Abstimmung unterschiedlicher Teilsystemperspektiven leisten. Sie spielen daher insbesondere in der akteurtheoretischen Variante als 'kollektive Akteure' eine wichtige Rolle.

c) Als gesellschaftliches Teilsystem strebt das Gesundheitswesen eine möglichst umfassende *Inklusion* an, d.h. prinzipiell müssen alle Individuen an den Leistungen des Systems partizipieren können ('Angebotsgeneralisierung und Universalität der Nachfrage').¹ Inklusion ist also der Mechanismus, der die Teilhabe der psychischen Systeme an der Kommunikation der Teilsysteme ermöglicht (Hillebrandt 1999, Luhmann 1990c: 33, 346, Nassehi 1997).² Dabei werden nicht psychische Systeme als solche inkludiert, sondern *Personen*, also rollenspezifische Aspekte der Individuen, die es den gesellschaftlichen Teilsystemen ermöglichen, Adressaten für die Weiterproduktion von Kommunikation zu finden.³ So gäbe es kein Gesundheitssystem ohne die Personen

¹ Daher geht nach PARSONS funktionale Ausdifferenzierung mit einem steigenden Inklusionsgrad einher, verstanden als fortschreitende Universalisierung von Teilhaberechten an allgemein begehrten gesellschaftlichen Leistungen. Im Gesundheitssystem kommt dies durch den existentiellen Charakter des Gutes und durch die Einbindung über die gesetzliche Krankenversicherung zum Ausdruck.

² STICHWEH unterscheidet folgende Formen der Inklusion (Stichweh 1988): Professionelle Betreuung (Personen sind als Professionelle oder Klienten in ein Funktionssystem integriert), Exit/Voice-Optionen (quantitativ angehäuften Kommunikationen wie z.B. bei Abstimmungen), wechselseitige Leistungs- und Publikumsrollen (zu finden in Familien- und Liebesbeziehungen, in denen Personen ihr Handeln am Erleben des Anderen orientieren), indirekte Inklusion (Personen profitieren von einem System durch Vermittlung, z.B. vom Wissenschaftssystem durch das Bildungssystem).

³ Dies ist ein spezifisches Merkmal der *funktional* differenzierten Gesellschaft (Luhmann 1991, 1997, Nassehi 1997). In *segmentären* und *stratifizierten* Gesellschaft erfolgt eine eindeutige und vollständige Zuordnung der

Patient und Arzt, Krankenschwester und Kassenangestellter. Die Beteiligung der psychischen Systeme über spezifische Rollen ist für die Entwicklung des Gesundheitswesens von entscheidender Bedeutung. Denn psychische und soziale Systeme stehen in einem privilegierten Verhältnis zueinander, welches als *Interpenetration* bezeichnet wird (Baraldi u.a. 1998: 85ff., Hillebrandt 1999: 231. Dies bedeutet, daß sie sich zwar nicht kausal beeinflussen können, aber über die Möglichkeit verfügen, sich gegenseitig in ihren Operationen zu reizen, zu irritieren und zu stören.¹ Auf diese Weise konfrontieren sich psychische und soziale Systeme gegenseitig mit veränderten Umwelтанforderungen, die wiederum Auslöser für eine sog. Ko-Evolution der Systeme darstellen. So werden neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen – demographische Entwicklung, aber auch Budgetierung und Rationierung – häufig über die Irritationen der psychischen Systeme an das Gesundheitswesen herangetragen. Das Gesundheitswesen wiederum wird versuchen, diesen Anforderungen über neue Formen der Inklusion gerecht werden zu können.

d) Mit der autopoietischen, selbstreferentiellen Natur des Gesundheitssystems ist nicht gemeint, daß kein *Kontakt zur Umwelt* bestünde oder keine externen Ressourcen benötigt würden. So erfordert die Reproduktion insbesondere 'Energie' in Form von Geld, ist aber auch auf die Leistungen anderer Systeme angewiesen, z.B. des Wissenschafts- oder Bildungssystems (das Verhältnis zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen wird später unter dem Stichwort der strukturellen Kopplung erneut aufgegriffen). Allerdings wird die Aufnahme von Materie und Energie von den Systemoperationen eigengesetzlich reguliert und in systemspezifische Elemente transformiert und verarbeitet (Kneer/Nassehi 1993: 51f., Luhmann 1997: 92ff.). Anders formuliert: Das Gesundheitssystem ist autonom, aber nicht autark. Als Folge seiner Autonomie errichtet das Gesundheitssystem außerdem 'Schwellen legitimer Indifferenz': „Sobald die Kommunikation einen bestimmten Code zugrunde legt, duldet dieser keine weiteren Gesichtspunkte neben sich.“ (Schimank 1996: 158, vgl. auch Tyrell 1978: 183). So kann eine Diskussion über Tabakgenuß unter verschiedenen systemischen Aspekten diskutiert werden (z.B. unter wirtschaftlichen oder Erziehungsgesichtspunkten); diese sind aber für eine medizinische Erörterung völlig unerheblich, wenn auch bekannt.

Individuen zu einem gesellschaftlichen Segment (Zugehörigkeit zu einem Stamm oder Dorf bzw. zu einer Schicht). Bei der funktionalen Differenzierung ist die Zuordnung erstens nicht eindeutig; vielmehr erfolgt eine 'Multiinklusion' in alle gesellschaftlichen Teilsysteme. Zweitens bleibt diese unvollständig, da ja jedes Teilsystem nur spezifische personale Aspekte selektiert und andere exkludiert. *Exklusion* bezeichnet demnach die Freisetzung der Individuen aus den gesellschaftlichen Teilsystemen und bringt jene Form der Individualisierung hervor, die für die moderne Gesellschaft charakteristisch ist.

¹ Psychische Systeme reproduzieren sich durch Gedanken, während sich soziale Systeme durch Kommunikationen reproduzieren. Demnach bilden sie zwei emergente autopoietische Bereiche, die sich gegenseitig

Demnach bedeutet die legitime Indifferenz, daß Gesichtspunkte aus anderen Teilsystemen die codeorientierte Ausrichtung der eigenen internen Operationszusammenhänge nicht stören können und dürfen.¹ Hieraus ergeben sich folgeschwere Konsequenzen für die Integration und Steuerung gesellschaftlicher Teilsysteme, die ebenfalls später aufgegriffen werden.

Die systemtheoretische Perspektive ist ein unverzichtbares Instrument, um die strukturellen Merkmale des Gesundheitswesens zu analysieren. Sie beschreibt Gesundheit als gesellschaftliches Teilsystem, welches autopoietisch konstruiert ist und sich durch seinen spezifischen Code von anderen Teilsystemen unterscheidet. Wie alle anderen Teilsysteme auch gehorcht das Gesundheitswesen somit seinen eigenen Gesetzmäßigkeiten, die durch externe Interventionen nicht willkürlich und punktgenau verändert werden können. Wie noch zu zeigen sein wird, stellt dies die Steuerungsproblematik im Gesundheitswesen in ein neues Licht. Allerdings erweist sich eine rein systemtheoretisch angelegte Analyse als unzureichend, um die Merkmale des Gesundheitssektors vollständig wiederzugeben.

Dies läßt sich insbesondere anhand des Problems der *Genese gesellschaftlicher Differenzierung* verdeutlichen, also der Frage nach ihren Ursachen. Die traditionelle Antwort von seiten der Differenzierungstheoretiker weist in der Regel Effizienz- und Effektivitätsgewinne als Motiv aus, die über evolutionäre Mechanismen² entstehen, also durch die zufällig-zwangsläufige Angleichung von Systemstrukturen an die durch die Umwelt gestellten Anforderungen (Schimank 1985, Schimank 1996: 172 ff., Wehling 1992: 163f.). Gegen diese Annahme sprechen jedoch die Koordinationskosten, die mit der funktionalen Differenzierung zweifellos ansteigen (z.B. Verknüpfungprobleme zwischen ambulanten und stationären Sektor), Demotivierungs- und Entfremdungstendenzen (burn-out-Syndrom des Pflegepersonals), oder die Beeinträchtigung der Flexibilität,

nicht beeinflussen können, obwohl sie aufeinander angewiesen sind. Denn: „Die Kommunikation kommuniziert und denkt nicht. Und: Das Bewußtsein denkt und kommuniziert nicht.“ (Kneer/Nassehi 1993: 73)

¹ Über die Schwellen der legitimen Indifferenz führt TYRELL drei weitere Merkmale funktionaler Differenzierung an, die aufschlußreich sind (Tyrell 1978: 183 f.). So sind die Grenzen zwischen den Teilsystemen zumeist auch durch rechtliche Markierungen gegen externe Kontrolle oder Interventionen abgeschirmt (insofern sind Differenzierungsprozesse zugleich auch Delegitimierungsprozesse älterer Kontroll- und Interventionsstrukturen). Hieraus folgt zweitens, daß funktionale Differenzierung nicht nur konkurrenzlose ‘Zuständigkeit’ für bestimmte Funktionen beinhaltet, sondern auch ‘Unzuständigkeit’ für die anderen Teilsysteme. Und drittens geht mit funktionaler Differenzierung eine ‘thematische Reinigung’ einher: Die gesellschaftlichen Teilsysteme bilden spezifische Rationalitätsmuster aus, die untereinander inkommensurabel sind, d.h. ihre Übertragbarkeit in thematisch anders orientierte Teilsysteme ist strukturell blockiert (und wird je nachdem als sinnfremd, anstößig, komisch oder töricht interpretiert).

² Nach LUHMANN ist evolutionäre Anpassung das Ergebnis dreier Mechanismen: *Variation* produziert zufällige Veränderungen der Systemstruktur, *Selektion* regelt das Aufgreifen dieser Strukturänderungen und *Retention* steuert ihre dauerhafte Institutionalisierung (Baraldi u.a. 1998: 52f., Luhmann 1997).

die mit Differenzierung einher gehen kann. Von pauschalen Effizienz- und Effektivitätssteigerungen kann also keine Rede sein; vielmehr müssen Differenzierungsvorteile und -kosten gegeneinander abgewogen werden, wobei das Endergebnis durchaus variabel ausfallen kann. Dies leitet dazu über, daß Effizienzkonzepte und -kriterien offensichtlich keine objektive oder rationale Geltung beanspruchen können, sondern selbst erst durch gesellschaftliche Gruppierungen definiert und durchgesetzt werden. Welche Kriterien von Effizienz hier schließlich anerkannt werden, welche Vorgänge als Effizienzgewinne definiert werden, hängt entscheidend von ökonomischen und politischen Interessen, von sozialen Strukturen, Deutungsmustern und Modellvorstellungen ab (Rüchemeyer 1977: 6ff.). Funktionale Differenzierung wäre dann nicht mehr als gleichsam automatischer Anpassungsmechanismus sozialer Systeme zu konzipieren, sondern als Durchsetzung spezifischer sozialer Modelle von Effizienz, sprich: als Resultat unterschiedlicher Interessen und Machtressourcen gesellschaftlicher Akteure.

Daraus folgt, daß sich eine Theorie funktionaler Differenzierung offenbar auch den gesellschaftlichen Akteuren widmen muß – was von den makrotheoretischen Ansätzen LUHMANN'S und PARSONS' nicht geleistet wird. SCHIMANK spricht hier von einer „halbierten Theorie der Differenzierung moderner Gesellschaften“, die durch akteurtheoretische Ansätze ergänzt werden muß (Schimank 1996; 201). Der Einbezug akteurtheoretischer Ansätze hat auch einen methodischen Vorteil, der im Rahmen dieser Arbeit unverzichtbar ist: Er ermöglicht nämlich die Erklärung unterschiedlicher nationaler Ausprägungen von gesellschaftlichen Teilsystemen, die im Rahmen einer systemtheoretischen Herangehensweise nur unzureichend Platz findet: So lassen sich aufgrund der Systemtheorie zwar allgemeine Merkmale über das Gesundheitssystem formulieren – über die unterschiedliche nationale Ausgestaltung und ihre Ursachen können jedoch kaum Aussagen gemacht werden.¹

Akteurbezogene Ansätze können diese Lücke füllen. Daher werden in den folgenden Abschnitten die Arbeiten der US-amerikanischen Neofunktionalisten und der Ansatz des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung als notwendige Ergänzung der systemtheoretischen Agenda im Mittelpunkt stehen.

¹ Für LUHMANN ist nämlich die Gesellschaft als Gesamtheit aller Kommunikationen *Weltgesellschaft*, deren funktionale Teilsysteme globaler Natur sind. Entsprechend geht die Systemtheorie auch von einem weltweiten Gesundheitssystem aus. Gleichwohl räumt LUHMANN ein, daß die segmentäre Differenzierung, die anhand nationalstaatlicher Grenzen verlaufen kann, durchaus Einfluß auf die Kommunikation in den funktionalen Teilsystemen hat (Richter 1997: 195).

1.1.3 Gesundheit unter akteurtheoretischer Perspektive

In der Terminologie von HABERMAS läßt sich der Unterschied zwischen Akteur- und Systemtheorie als Bezug auf Sozial- bzw. Systemintegration fassen. In systemintegrativer Perspektive werden soziale Systeme als sich selbst steuernde Systeme mit entsprechenden Regulationsmechanismen interpretiert; die sozialintegrative Perspektive hingegen deutet soziale Wirklichkeit als Zusammenspiel intentionaler Akteure. Letzteres entgeht dem systemtheoretischen Ansatz: Dieser vermag zwar die handlungsprägende Kraft von Systemen zu erfassen, nicht aber die Handlungsfähigkeit von Akteuren und damit deren systemkonstituierendes Potential (Degele 1999, Habermas 1988: 173ff., Schimank 1985: 427). In diesem Zusammenhang ist zunächst der Begriff des Akteurs zu spezifizieren: Im Alltagsverständnis bezieht sich dieser zumeist auf Individuen¹, in der Differenzierungstheorie wird er jedoch auch für Sozialsysteme anwendbar gemacht. Unterschieden wird hier zwischen handlungsprägenden Sozialsystemen – dies sind die gesellschaftlichen Teilsysteme, wie sie von LUHMANN beschrieben werden. Sie selbst sind nicht handlungsfähig, schließen aber Sozialsysteme ein, die sehr wohl auch als Handlungsakteure beschrieben werden können. Diese Sozialsysteme werden auch als *kollektive* oder *korporative Akteure* bezeichnet (Mayntz/Scharpf 1995a, Schimank 1985). Sie umfassen Gruppen bestimmter Rollenträger (Ärzte, Patienten, Gesundheitspolitiker), soziale Bewegungen (Selbsthilfebewegung, Alternativmedizin, Wellnessbewegung), formale Organisationen (Kliniken, Krankenkassen, Gesundheitsämter) und interorganisationelle Zusammenschlüsse (Krankenkassen- und Ärzteverbände, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen).

Will man die Genese gesellschaftliche Differenzierungsprozesse unter Einbezug handlungsfähiger Sozialsysteme erklären, kommen folgende „fundamentale Konzepte der akteurtheoretischen Herangehensweise“ zum Tragen (Schimank 1996: 211, Schimank 1985): Akteure handeln erstens nicht immer, aber oftmals so, daß sie bestimmte Ziele verfolgen. Hiermit gehen spezifische *Interessenslagen* einher, die sich zumeist auf die Anteilnahme an einem individuellen Gut oder Zustand beziehen. Dabei wird auch von Bedeutung sein, ob die Interessen der Akteure identisch sind mit gesellschaftstrukturellen Interessenslagen oder davon abweichen. Zur Verfolgung ihrer Interessen verfügen Akteure über soziale *Einflußpotentiale* wie Macht, Geld, Wissen, Moral oder Gewalt – also alles, womit sie das Handeln anderer in bestimmte Richtungen zu lenken vermögen. Dies kann sich in Form von Sanktionen vollziehen (negativer oder positiver Art) oder durch Manipula-

¹ Dies gilt ebenso für die beiden Stränge früherer akteurtheoretischer Ansätze wie den Symbolischen Interaktionismus und den Methodologischen Individualismus.

tionen, z.B. durch ideologische Beeinflussung oder die Selektion von Informationen. Durch Zielinterferenzen und wechselseitige Beeinflussung bilden Akteure außerdem *Konstellationen*, die in ihrer Pluralität soziale Strukturen, also auch gesellschaftliche Differenzierungsstrukturen hervorrufen. Allerdings sind die Konstellationseffekte häufig transintentional, entsprechen also nicht dem, was die Akteure beabsichtigt haben.

SCHIMANK faßt den Zusammenhang zwischen akteur- und systemtheoretischen Komponente im Rahmen gesellschaftlicher Differenzierung folgendermaßen zusammen:

„Das Gesellschaftssystem als immer schon differenziertes bringt auf der einen Seite handlungsprägende, auf der anderen Seite handlungsfähige Sozialsysteme hervor. In der modernen, funktional differenzierten Gesellschaft sind die handlungsprägenden Sozialsysteme auf bestimmte funktionale Erfordernisse gesellschaftlicher Reproduktion spezialisiert. Diese funktionalen Erfordernisse, die zur Wahrung gesellschaftlicher Systemintegration erfüllt werden müssen, konditionieren gesellschaftliches Handeln im Sinne einer Negativauswahl. Die positive Auswahl des tatsächlich realisierten Handelns geschieht dann durch die Interaktion handlungsfähiger Sozialsysteme, nämlich durch die zwischen ihnen sich aufbauenden Interessens- und Einflußkonstellationen. Gesellschaftliche Differenzierung als das teils beabsichtigte, teils unbeabsichtigte Ergebnis gesellschaftlichen Handelns muß daher aus gesellschaftlichen Interessens- und Einflußkonstellationen im Rahmen funktionaler Erfordernisse gesellschaftlicher Reproduktion erklärt werden.“ (Schimank 1985: 431f.).

Unter diesen Vorzeichen setzen sich zunächst die sog. Neofunktionalisten mit der Systemtheorie PARSONS' auseinander (Nolte 1999: 101ff.). So kam RÜSCHEMEYER zu dem Schluß, daß neu entstandene Differenzierungsstrukturen nicht primär auf Effizienz beruhen, sondern den Interessen korporativer Akteure besser entsprechen (Rüschemeyer 1977). Diese drängen dann auf weitergehende Differenzierung, wenn das Interesse an Domänenmonopolisierung und Autonomiewahrung erwacht. Wie noch zu zeigen sein wird, ist beispielsweise die berufliche und organisatorische Differenzierung des Gesundheitssystems eng mit dem Autonomie- und Machtstreben der ärztlichen Professionen verknüpft. Viele auf Effizienzsteigerungen ausgerichtete Analysen erfassen somit lediglich die Interessenslagen der jeweils mächtigen Akteure eines Teilsystems. EISENSTADT hingegen zeigte auf, daß gleichartige funktionale Probleme sehr unterschiedlich geprägte Differenzierungsvorgänge auslösen können, je nachdem wie innovative Eliten soziale Probleme wahrnehmen, Problembewältigungen konzipieren und diese durchsetzen (Eisenstadt 1964). Dabei spielt das Verhältnis zu konkurrierenden gesellschaftlichen Eliten eine große Rolle für den Erfolg der Differenzierungspolitik. SMELSER wiederum betont die Pluralität sich wandelnder Werthorizonte, vor denen sich die unterschiedlichen Interessen verschiedener gesellschaftlicher Gruppierungen bildeten (Smelser 1985). Eine neu etablierte Differenzierungsstruktur ist demnach nicht nur als Lei-

Leistungssteigerung in bezug auf funktionale Erfordernisse zu sehen, sondern ebenso als eine Neuverteilung von Gelegenheiten zur Interessensbefriedigung, die sich auch als nicht vorhergesehener Effekt einstellen kann. Wir werden dies später anhand der Entwicklung der sog. ‚neuen Gesundheitsberufe‘ bestätigt sehen.

COLOMY hat die überwiegend empirischen Studien der Neofunktionalisten anhand dreier auf PARSONS' bezogene Leitvorstellungen gebündelt (Colomy 1990). Die erste Leitvorstellung bezieht sich auf die Annahme, daß funktionale Differenzierung mit Leistungssteigerung einhergehe – wie bereits beim Thema Effizienz ausgeführt, muß dies aber nicht unbedingt der Fall sein. Die zweite Leitvorstellung PARSONS' kennzeichnet funktionale Differenzierung als den *master trend* gesellschaftlicher Entwicklung. Demgegenüber konstatieren die Neofunktionalisten jedoch Abweichungen: Differenzierung könne beispielsweise aufgrund von Widerständen bestimmter Akteure dauerhaft unvollständig bleiben (*blunted differentiation*), des weiteren sei der Grad der Ausdifferenzierung innerhalb einer Gesellschaft (*unequal differentiation*) und auch innerhalb eines Teilsystems (*uneven differentiation*) häufig ungleich verteilt. Und schließlich ließen sich fundamentalistische *Regressionen* beobachten, also das Bemühen, ein bereits erreichtes Niveau an funktionaler Differenzierung zurückzuschrauben.

Die zweite Leitvorstellung besagt, daß systemische Leistungsdefizite die Ursache fortschreitender funktionaler Differenzierung sind. Die Neofunktionalisten aber begreifen Differenzierungsvorgänge als Ergebnis von Interessensauseinandersetzungen und sehen demnach strategische Akteurkonstellationen als treibende oder blockierende Kraft der Ausdifferenzierung: Die *institutional entrepreneurs* sind an einem Differenzierungsvorgang interessiert und treiben ihn aktiv voran. Ihnen zur Seite stehen die *institutional followers*. Diesen Gruppen stehen die *institutional conservatives* als diejenigen gegenüber, die das gegebene Muster ausfrechterhalten wollen. Eine Mittelstellung nehmen die *institutional accommodationists* ein, die Kompromisse zwischen der bisherigen und der neuen propagierten Differenzierungsstruktur suchen.

Im Unterschied zu den Neofunktionalisten setzen sich die Arbeiten des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung vor allem mit der Systemtheorie LUHMANN'S auseinander und sind darüber hinaus theoriebedachter, um der Gefahr eines Abgleitens in die 'Geschichtsschreibung' zu entgehen.¹ Im Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus legen die Hauptprotagonisten –

¹ Diese Gefahr ist bei den Neofunktionalisten durchaus zu sehen, denn sie plädieren für eine entsprechende Arbeitsteilung: Die Systemtheorie liefere theoretische Muster, die eine grobe Richtung gesellschaftlicher Differenzierung angebe; die akteurtheoretische Betrachtung wäre hingegen dafür zuständig, nachzuzeichnen,

RENATE MAYNTZ und FRITZ SCHARPF – die Grundzüge einer differenzierungstheoretischen Herangehensweise fest, die nicht nur akteur- und systemtheoretische Perspektiven bündelt, sondern auch konkrete methodische Hinweise zur empirischen Untersuchung gesellschaftlicher Teilsysteme liefert (Mayntz/Scharpf 1995a, Schimank 1996: 241ff.). Beabsichtigt wird also eine Reformulierung des Modells der funktionalen Ausdifferenzierung, die dem Aspekt der Binnendifferenzierung und den Handlungskonstellationen *innerhalb* der gesellschaftlichen Teilsysteme mehr Aufmerksamkeit zukommen läßt und somit auch nationale Varianzen aufzuschlüsseln erlaubt. Im Folgenden sollen die Spezifika des Gesundheitssystems noch einmal anhand dieses angereicherten Modells durchdekliniert werden (Mayntz 1988: 11ff., Mayntz/Scharpf 1995a, Schimank 1996: 241ff.).

Im Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus werden drei gesellschaftliche Strukturdimensionen aufeinander bezogen: teilsystemische Orientierungshorizonte, institutionelle Ordnungen und Akteurkonstellationen. Auf der Ebene der *teilsystemischen Orientierungshorizonte* ist vor allem die sinnhafte Spezialisierung als herausragendes Merkmal funktionaler Differenzierung von Interesse. Sie ist um einen binären Code herum zentriert und reduziert für die Akteure die Komplexität der gesellschaftlichen Umwelt. Im Falle des Gesundheitswesens orientiert sich der teilsystemische Orientierungshorizont an der Codierung krank/gesund. Er repräsentiert auf höchst fiktionaler Weise das *Wollen* der Akteure, indem er einerseits ihre vielschichtigen Ziele simplifiziert, gleichzeitig aber den Charakter einer *self fulfilling prophecy* hat, insofern jeder Akteur den anderen gemäß der jeweiligen teilsystemischen Handlungslogik behandelt. Der Charakter des Orientierungshorizontes weist je nach Teilsystem unterschiedliche Ausprägungen auf:¹ Er kann sich auf die Realisierung eines gesellschaftlich anerkannten Zentralwertes beziehen (wie im Gesundheitswesen der Fall), aber auch auf die Erfüllung eines wahrgenommenen Bedürfnisses (Sport) oder auf einen anerkannten Selbstwert (Kunst). Wichtig ist weiterhin, daß dieser Handlungssinn historisch veränderbar ist – er ist also nicht, wie in systemtheoretischen Ansätzen behauptet, vorgegeben und statisch, sondern wird in sozialen Definitionsprozessen kognitiv-symbolisch festgelegt. Im nächsten Abschnitt wird deutlich werden, daß auch der Orientierungssinn des Gesundheitswesens derartigen Wandlungsprozessen unterliegt.

wie sich die konkreten Akteure sich innerhalb dieses Rahmens bewegen. Die Systemtheorie wäre demnach ein Reservoir für spezifikationsbedürftige differenzierungstheoretische Behauptungen. MÜNCH macht darauf aufmerksam, daß dieses Reservoir allerdings irgendwann einmal erschöpft sein kann, zumal die Neofunktionalisten bislang nicht zur Weiterentwicklung der systemtheoretischen Grundlage beitragen, sondern diese „Stück für Stück demontieren“ (Schimank 1996: 241).

¹ MAYNTZ spricht in diesem Zusammenhang von der „empirischen Wende“: Während sich in der Systemtheorie der spezifische Sinnhorizont eines Teilsystems immer auf einen funktionalen Imperativ bezieht, lassen sich in der Empirie unterschiedliche Arten sinnhafter Spezialisierung ermitteln (Mayntz 1988: 19).

Akteurkonstellationen hingegen repräsentieren das *Können* der Akteure. Auf dieser Ebene steht die organisatorische Differenzierung im Mittelpunkt, die sich innerhalb gesellschaftlicher Teilsysteme und zwischen ihnen vollzieht. Im Unterschied zu den beiden anderen Dimensionen stellt sich hier Struktur als die jeweils anderen Akteure dar – ein einzelner Akteur kann nicht einfach monologisch seine eigenen Intentionen verfolgen, sondern ist auf die Koordination mit anderen Akteuren angewiesen. Akteurkonstellationen treten im Gesundheitswesen in folgenden Formen auf, die je nach Nation variabel ausgestaltet sein können:

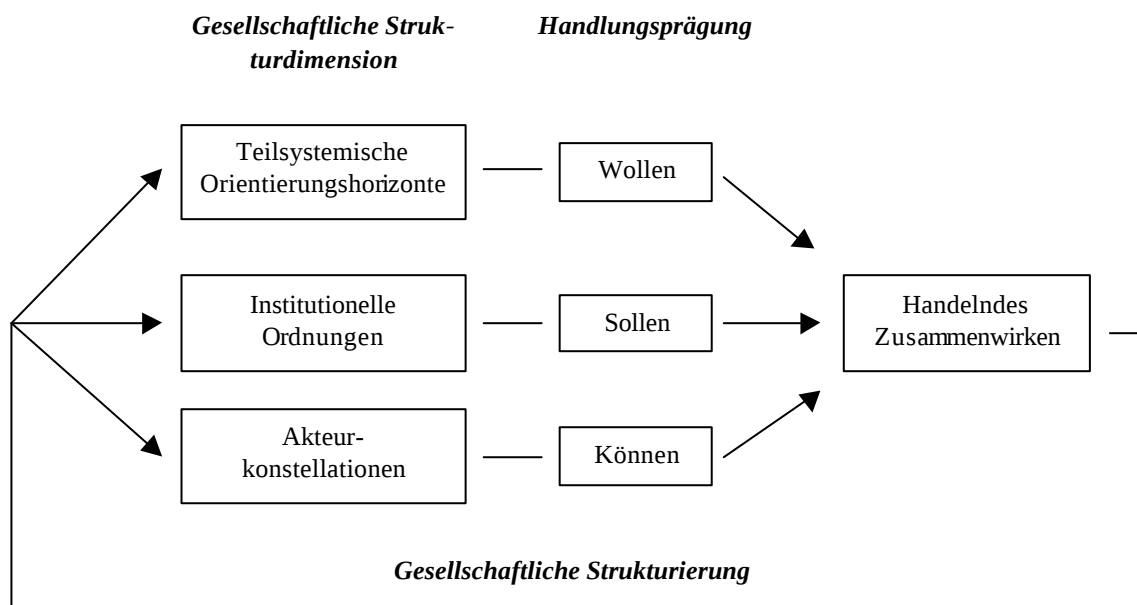
- *Netzwerkartige Zusammenfassungen von Rollenträgern*, z.B. Gruppen (z.B. Forschergemeinschaften, Selbsthilfegruppen) und soziale Bewegungen (im Gesundheitswesen allerdings nur ansatzweise vertreten, z.B. durch die Verfechter der Alternativmedizin).
- *Formale Organisationen*, die auf spezifische Handlungszwecke spezialisiert sind: Hier ist zu unterscheiden zwischen denen, die an der Hervorbringung der für das System spezifischen Leistung beteiligt sind (Kliniken, Apotheken, Arztpraxen, aber auch Einrichtungen, die für die Vermittlung des medizinischen Wissens zuständig sind), sowie formale Organisationen, die zwecks kollektiver Verhaltensregulierung oder Interessensvertretung eine bestimmte Kategorie von individuellen und korporativen Akteuren zusammenfassen (Ärzte- und Kassenverbände, Wohlfahrtsverbände).
- *Interorganisationsverbünde*, die der internen oder umweltbezogenen Koordination verschiedener kollektiver Akteure dienen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen, Deutsche Krankenhausgesellschaft).

Die letzte Strukturdimension – *institutionelle Ordnungen* – ist zwischen den Akteurkonstellationen und dem teilsystemischen Orientierungshorizont angesiedelt. Dieser Kontext steht für das *Sollen* und bezeichnet Erwartungszusammenhänge, Verhaltens- und Verfahrensnormen, die bei Interaktionen, Verhandlungen oder Ressourcenverteilungen zum Tragen kommen. Dabei kann es sich um informelle Regelungen, Sitten und Umgangsformen oder formalisierte Rechtsnormen, Ordnungsprinzipien, Verfahrensregeln oder Mitgliedschaftserwartungen von Organisationen handeln. Gemeinsam ist allen institutionellen Vorgaben eine primär normative Modalität. Sie kennzeichnen, wie (sollen) was (wollen) mit wem (können) zu tun ist. Der institutionelle Kontext ist nicht nur relativ breit angelegt, sondern auch empirisch höchst variabel. Er umfaßt beispielweise nationale 'Präferenzen' bei der Ausgestaltung der Krankenversicherungssysteme (z.B. die deutsche Vorliebe für lohnarbeitszentrierte Systeme), die Vorstellungen über das angemessene Ausmaß der Selbstregelungskompetenz der Gesundheitsakteure sowie Normen des Umgangs der

Gesundheitsakteure untereinander (Verhältnis Arzt/Patient, definierte Stationen bei Vergütungsverhandlungen zwischen Kassen- und Ärzteverbänden).

Wollens- und Sollensvorgaben sowie Könnenskalküle bestimmen vereint die Handlungssituation. Dabei sind Wollensvorgaben hochgradig generalisiert und verändern sich in ihren *grundlegenden* Ausrichtungen kaum (in allen Ländern ist das Gesundheitssystem an der Codierung gesund/krank ausgerichtet). Die Sollensvorgaben hingegen liegen auf einem niedrigeren Generalisierungsniveau; so gibt es viel mehr institutionelle Ordnungen als Teilsysteme, die sich außerdem häufiger verändern als teilsystemische Handlungslogiken. Die Könnenskalküle wiederum sind viel spezifischerer Natur als institutionelle Regelungen: Sie sind zahlreicher und verändern sich schneller. Der Handlungskontext, innerhalb dessen sich die Akteure bewegen, ist also im Sinne einer Dualität von Handlung und Struktur konzipiert (Giddens 1988): Die teilsystemischen Orientierungshorizonte, die Akteurkonstellationen und die Institutionen begründen eine Erwartungssicherheit, indem sie Handlungskorridore definieren, innerhalb derer Akteure miteinander umgehen. Diese wiederum beeinflussen den strukturellen Kontext durch ihre Handlungen, indem sie ihn reproduzieren oder auch gegebenenfalls verändern.¹

¹ Dies geschieht manchmal gezielt, ist aber meistens ‚transintentional‘, also eine unbeabsichtigte Nebenfolge der Akteurshandlungen.

Abb. 2: Akteur-Struktur-Dynamiken

Quelle: Schimank 1996: 247

Das Verhalten der Akteure wird jedoch nicht nur durch Normen und Werte, durch kognitive und motivationale Aspekte und durch strukturspezifische Intentionen und Zielsetzungen bestimmt. Der Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus rückt außerdem die Vielfalt der *Handlungssituationen* in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit, wobei MAYTNZ/SCHARPF auf wesentliche Ergebnisse der Rational Choice Forschung zurückgreifen.¹ Dementsprechend unterscheiden sie beispielsweise je nach Größe des Verlustrisikos Hochkosten- und Niedrigkostensituationen, institutionell geregelte Handlungsanlässe oder Situationen, in denen sich besonders erfolgsversprechende Optionen auftun. Die Resultate wiederum stellen sich als komplexe Interdependenz aufeinanderbezogener Handlungen dar. Abstrahierte Grundformen sind einseitige und wechselseitige Anpassung, Verhandlung, Abstimmung oder hierarchische Entscheidung – wobei der Grad der kollektiven Handlungsfähigkeit jeweils ansteigt. Diese kurze Aufzählung soll an dieser Stelle ausreichen – in Kap. 4 wird im Kontext der Steuerungsproblematik erneut auf Verhandlungssysteme zurückzukommen sein.

¹ Es wäre sicherlich auch lohnenswert, die differenzierungstheoretische Handlungsagenda unter dem Blickwinkel des Symbolischen Interaktionismus durchzuspielen. Im Unterschied zum rationalen Nutzen, der in den Rational Choice-Theorien im Vordergrund steht, würde es dann stärker um Interpretation, Alltagswissen und Intersubjektivität gehen.

Dem Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus kommt zweifelsohne der Verdienst zu, die Konstitution gesellschaftlicher Teilsysteme näher zu erklären und ihren Gebildecharakter institutionell zu untermauern. Damit erscheint erstens die Genese der Ausdifferenzierung in einem erweiterten Licht: Nicht nur Leistungsdefizite und systemspezifische Sinnhorizonte, sondern auch Akteurinteressen und Handlungssituationen sind wichtige Triebkräfte gesellschaftlicher Differenzierung. Und zweitens wird sich die akteurtheoretische Ergänzung als unverzichtbares Instrument in dieser Arbeit erweisen, um die unterschiedliche Ausgestaltung nationaler Gesundheitssysteme sowie nationale Steuerungs- und Regulierungsspielarten theoretisch in den Griff zu bekommen.

1.2 Gesundheit unter integrationstheoretischen Aspekten

Vergegenwärtigt man sich das bis jetzt gezeichnete Bild der funktionalen Teilsysteme, wird immer wieder deutlich, daß eine substantiell faßbare übergreifende Identität in der Gesellschaft im Grunde nicht besteht (Nassehi 1997). In den Worten SCHIMANKS:

“Eine funktional differenzierte Gesellschaft ist eine polykontexturale Gesellschaft. Jedes Faktum und jede Möglichkeit in dieser Gesellschaft hat eine Mehrzahl gesellschaftlich relevanter sinnhafter Bedeutungen, je nachdem, im Kontext welcher teilsystemischer Leitdiffferenz es betrachtet wird (...) Jedes Teilsystem konstituiert einen in sich geschlossenen, sich auf nichts rückbeziehenden und auf nichts außerhalb hinweisenden Zusammenhang von binären Codes und Programmen; und die so angelegten teilsystemischen Weltsichten sind untereinander strikt inkommensurabel.” (Schimank 1996: 185f.).

Damit stellt sich das Problem der *gesellschaftlichen Integration* in einer vorher nicht gesehenen Radikalität. Denn die moderne Gesellschaft ist eine Gesellschaft “ohne Spitze und ohne Zentrum” (Luhmann 1981: 22); sie besitzt keine Meta-Ebene und keine konsensstiftende Identität. Für die moderne Gesellschaft bleibt dieser Umstand nicht ohne Konsequenzen. Denn mit der sinnhaften Geschlossenheit der gesellschaftlichen Teilsysteme ist gleichzeitig ein immanenter Trend zum Wachstum verknüpft, d.h. alle gesellschaftlichen Teilsysteme tendieren zu einer möglichst umfassenden Inklusion gesellschaftlicher Problemlagen, die im Sinne der jeweiligen Codierung abgearbeitet werden können. Aus dieser beständigen ‘Kompetenzausweitung’ resultiert bekanntlich die hohe Leistungsfähigkeit der modernen Gesellschaft. Andererseits steigen damit die *spin offs*, die jedes System im Zuge seiner internen Operationen produziert, also die nicht-intendierten Nebenwirkungen, die sich für die gesellschaftliche Umwelt eines Teilsystems als riskant oder störend erweisen können. Fraglich ist demnach, ob und wie die Leistungsoperationen gesellschaftlicher Teilsysteme im Sinne eines gesellschaftlichen ‘Gemeinwohls’ gesteuert werden können, sprich: Welche Integrationsmechanismen greifen in modernen Gesellschaften, um eine Verselbständigung

gesellschaftlicher Teilsysteme zu verhindern? Dieser Frage soll in den folgenden Abschnitten nachgegangen werden. Um die wachsende Inklusion und Funktionsausweitung des Gesundheitswesens zu verdeutlichen, wird zunächst die funktionale Differenzierung des Systems in historischer Perspektive skizziert. Anschließend werden diverse Merkmale der Verselbständigung in bezug auf das Gesundheitswesen durchdekliniert, bevor auf die Möglichkeiten der Integration in funktional differenzierten Gesellschaften eingegangen wird.

1.2.1 ,Von der Medikalisierung zur Vergesellschaftung des Gesundheitssystems‘

Die Anfänge des modernen Gesundheitssystems sind in der spätabolutistischen, frühbürgerlichen Gesellschaft zu verorten (Bauch 1996a: 21ff., Hillebrandt 1999: 127ff.). Bis zu diesem Zeitpunkt war Gesundheit eingebunden in die ganzheitlichen Lebenswelten multifunktionaler und sinnstiftender Institutionen wie Religion und Stand. Entsprechend sind es vor allem Priester, die bis in das 18. Jahrhundert am Krankenbett und am Totenlager zuständig sind, die Krankenpflege wiederum obliegt der Familie. Zwar nimmt bereits zu diesem Zeitpunkt die Präsenz der Ärzte vor allem in den Städten zu – sie haben aber zunächst lediglich die Aufgabe, den drohenden Tod anzukündigen und nicht wie heute über spezialisierte Heilungsmethoden abzuwenden.

„Krankheit erscheint im vormodernen Zusammenhang als Heimsuchung eines strafenden Gottes aus dem Jenseits, die als Strafe und Vergeltung der diesseitigen Sünden konzipiert ist. Der Hilferuf an Gott wird als einzig wirkliche Hoffnung des Kranken angesehen.“ (Hillebrandt 1999: 129)

Mit dem Eintritt in die Moderne wird jedoch die schicksalshafte Erduldung der Krankheit als Strafe oder Prüfung schrittweise durch einen professionell-wissenschaftlichen Blickwinkel abgelöst. Gleichzeitig entwickelt sich Gesundheit im Gefolge der Entflechtung von Staat und Gesellschaft zum Bearbeitungsgegenstand eines funktional ausdifferenzierten Teilsystems. Gesundheit wird „enteignet“ (Illich 1975), d.h. sie befreit sich zunehmend von religiösen und lebensweltlichen Überdeterminierungen und wird von einem spezialisierten System zur Bearbeitung in alleiniger Kompetenz übernommen. BAUCH bezeichnet diese erste Phase als *Medikalisierung der Gesellschaft* (Bauch 1996a: 22). Hier werden erstens Strukturen der Zugriffssicherheit für das neue Gesundheitssystem etabliert – durch die Professionalisierung der Ärzteschaft, die interne Herausbildung von Organisationen und die Verwissenschaftlichung der Medizin. Hand in Hand mit dieser strukturellen Entwicklung entwickelt sich zweitens die funktionstypische Codierung krank/gesund. Diese wiederum stellt sicher, daß die Gesamtgesellschaft mitsamt der Lebenswelt auf das ratio-

nale Erfordernis einer systemspezifischen Bearbeitung von Krankheit und Gesundheit ausgerichtet wird.

Die Medikalisierung der Gesellschaft ist eng verknüpft mit der Entstehung der bürgerlichen Gesellschaft. Denn kennzeichnend für diese Phase ist ein fundamentaler Rationalisierungsbedarf in allen gesellschaftlichen Bereichen (Bauch 1996a: 25f., Tauchnitz 1999: 135): Die bürgerliche Kultur legitimiert sich über Produktivität, Arbeitsbezogenheit und innovative Anwendung der Vernunft. Dies aktiviert einen entsprechenden Gesundheitsdiskurs: Nur der gesunde Mensch kann zupacken und die Ärmel aufkrempeln. Gesundheit war in diesem Sinne also die Voraussetzung für die Realisation des Leistungsethos, das im Rahmen der gesellschaftlichen Rationalisierung gefragt war – der Körper mußte zwecks gesellschaftlicher Reproduktion instrumentalisiert werden. Um Gesundheit als Voraussetzung für die Realisierung der sich etablierenden Leistungsgesellschaft sicherzustellen, waren zum einen Strukturen für eine funktionsspezifische Arbeitsweise zu schaffen, zum anderen mußten diesem neuen System auch Zugriffssicherheiten auf weite gesellschaftliche Bereiche ermöglicht werden.

Hier treten zwei weitere Faktoren in den Vordergrund, die den Prozeß der funktionalen Differenzierung entscheidend vorantreiben: Zum einen die Professionalisierung des Ärztestandes, zum anderen die Verwissenschaftlichung der Medizin. Die Herausbildung einer *kompetenten Ärzteschaft* vollzog sich zunächst im Schatten des Staates, denn der auf Machtsteigerung und Ressourcenoptimierung hin orientierte spätabolutistische Staat benötigte Instrumente der Sozialdisziplinierung, um die Idee von Gesundheit und Gemeinwohl an seine Untertanen heranzutragen (Bauch 1996a: 26ff.).¹ Die Ärzte konnten wie kein anderer Berufsstand ein derartiges Verhaltensmanagement betreiben; sie wurden zu entscheidenden gesellschaftlichen Vermittlungsagenten. Tatsächlich war die Ärzteschaft zunächst eher eine parastaatliche Institution – dies garantierte zwar Privilegien und einen erheblichen Statuszuwachs², führte andererseits aber auch zu einem ambivalenten

¹ Denn der absolutistische Staat war als 'junger' Staat hinterfragbar und mußte die Notwendigkeit seiner Existenz begründen. Die Legitimationsformel war das naturrechtlich und vertragstheoretisch begründete „gemeine Wohl“: Die Förderung der allgemeinen Wohlfahrt wurde als oberstes Staatsziel begriffen. Die Medizin wurde in die Wohlfahrtspflege integriert, sie wurde eine öffentliche Aufgabe, die insbesondere durch die 'medizinischen Policy' wahrgenommen wurde, in der viele Ärzte beschäftigt waren. Diese richtete sich erstmals in spezifischer Weise auf eine öffentliche Gesundheit und entsprechende Maßnahmen (Bauch 1996a: 33ff., Labisch/Wolk 1998: 57ff.).

² Im 16. und 17. Jahrhundert war die soziale Stellung des Arztes alles andere als bedeutend (Bauch 1996a: 30, Hillebrandt 1999: 128). Zu dieser Zeit war der Beruf in keiner Weise geschützt; jeder konnte sich medizinische Tätigkeiten aneignen, und insbesondere auf dem Land trieben Scharen von selbsternannten Heilern ihr Unwesen. Die akademischen Ärzte fühlten sich in diesem Rahmen zwar als die eigentlichen Ärzte, konnten sich aber

Verhältnis zwischen Staat und Ärzten, das durch alle gesellschaftlichen Entwicklungen bis zur heutigen Zeit verfolgt werden kann. Erst mit der Medizinalreformbewegung 1848 konnten die Ärzte ihre Unabhängigkeit von den staatlichen Instanzen durchsetzen – ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zum *autonomen* gesellschaftlichen Teilsystem, denn damit differenziert sich die Medizin aus der obrigkeitsstaatlichen Umklammerung heraus und wird selbstwertig und selbstreferentiell.

Die Monopolisierung und Autonomisierung der ärztlichen Professionskultur wiederum ist eng verknüpft mit dem Prozeß der *Verwissenschaftlichung der Medizin* (Bauch 1996a: 33ff., Hillebrandt 1999: 132f.). Mit der Instrumentalisierung der Ärzteschaft als ‘Verhaltensmanager’ verlor zunächst die theoretische Medizin an Bedeutung; die Medizin wurde zu einem praktischen Experiment, zu einer Handlungswissenschaft mit Erfolgszwang. Im Zuge dieser Entwicklung verschiebt sich der Focus der Aufmerksamkeit vom kranken Patienten zur Krankheit selbst. Die Medizin beginnt zu systematisieren und zu klassifizieren, d.h. die Krankheit wird entsubjektiviert. Und je mehr Beobachtung, Experiment und Statistik für die Identifizierung und Etikettierung von Krankheiten wichtig werden, desto mehr verschiebt sich auch der Ort der Medizin: Nicht mehr das Haus der Familie, sondern das Hospital gilt jetzt als wesentliche Lokalität der Medizin. Das Gesundheitssystem beginnt also, seine spezifischen *Organisationen* auszubilden – das Hospital wird zum Ort der Herausbildung eigener Systemreferenzen. Damit etabliert sich eine eigene medizinische Kultur, abgegrenzt von alternierenden Wissensbeständen, welche wiederum von den Ärzten als professions-politisches Instrument zur Monopolisierung und Autonomisierung genutzt wird.

Zu dem Prozeß der Organisationsbildung gehört auch die Entwicklung der Krankenkassen (Tauchnitz 1999). Bereits ab dem 16. Jahrhundert hatten sich die sog. ‘Bruderbüchsen’ der Handwerksgesellen und die Knappschaftskassen der Bergarbeiter herausgebildet. Traditionelles Merkmal dieser Assoziationen war ihre ‘Totalinklusion’: Nach außen gegenüber anderen Berufsständen abgeschottet, wirkten diese Vereinigungen nach innen massiv disziplinierend und regulierend auf den gesamten Lebensvollzug und das ‘Seelenheil’ ihrer Mitglieder ein. Im 19. Jahrhundert bilden sich dann die klassischen Krankenkassen, die lediglich eine Partialinklusion ihrer Mitglieder vornehmen, nämlich die Sicherung von Einkommen und Versorgung bei Krankheit und Alter. Auch bei dieser Entwicklung spielt der Staat eine entscheidende Rolle. Denn über den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts werden die Kassen als staatlich unabhängige Instanzen rechtlich legitimiert; gleichzeitig verstärkt sich aber mit den Vollzugs- und Verantwor-

wegen ihres Theoretisierens und der insgesamt gering ausgeprägten medizinischen Kenntnisse von der Konkurrenz der ‘Medikaster’ (Laienheiler, Quacksalber, Kurpfuscher) nicht positiv abheben.

tungspflichten ihre zweckrationale Ausrichtung und Berechenbarkeit – die Krankenkasse wird zu einer formalen, aus der gemeinschaftliche Sphäre herausgelösten Organisation. Insofern ist die Entwicklung der öffentlich-rechtlichen Krankenkasse auch als obrigkeitliche Lösung eines Teilaspektes der ‚sozialen Frage‘ zu sehen, der einen möglichst hohen Inklusionsgrad bei der Subsistenzsicherung im Krankheitsfall garantiert.

„Ohne an dieser Stelle einen exakten Zeitpunkt der definitiven funktionalen Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens geben zu können, ist doch davon auszugehen, daß Mitte des 19. Jahrhunderts bis gegen Ende des 19. Jahrhunderts die entscheidenden Weichen für die Systemkonstitution des Gesundheitswesens gestellt worden sind. Zeichen der funktionalen Autonomisierung des Gesundheitswesens sind die Entstehung gesundheitlicher Organisationen und Institutionen (wie Ärzteverbände, Krankenkassen etc.), die nur und ausschließlich Gesundheit und Krankheit zum Bearbeitungsgegenstand haben und die Etablierung der Medizin als eigenständige, naturwissenschaftlich untermauerte Wissenschaft, die über eine eigenständige Codierung ‘gesund/krank’ ihre Operationen kurzschließt.“ (Bauch 1996a: 54f.)

Mit der Etablierung des Gesundheitswesens als eigenständiges funktional differenziertes Teilsystem treten dann die Prozesse der *Inklusion* und *Diffusion* ein, die für alle Teilsysteme charakteristisch sind (Bauch 1996a: 55): Das ausdifferenzierte System versucht, gesellschaftsweite Wirkung zu erzielen; die funktionale Systemsicht wird flächendeckend über möglichst weite gesellschaftliche Bereiche gestreut. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von Selbsthypostasierung, d.h. gesellschaftliche Teilsysteme neigen dazu, ihre Systemperspektive zu universalisieren und möglichst große gesellschaftliche Bereiche ihrer Referenz zu unterwerfen. Die Hypostasierung des Gesundheitswesens ist durch ein besonderes Merkmal gekennzeichnet, die es von anderen funktionellen Teilsystemen unterscheidet. Denn zunächst bezieht sich die funktionale Spezialisierung des Systems auf den Körper, was bedeutet,

„ (...) daß seine Funktion sich nicht auf das Gesellschaftssystem selbst bezieht, sondern auf dessen Umwelt. Körper und Psyche des Menschen sind nicht Teile und nicht Elemente des Gesellschaftssystems selbst, das nur aus Kommunikationen besteht.“ (Luhmann 1983: 319)

Das Gesundheitssystem weist also in seiner ersten Phase ein extremes Maß an Umweltorientierung auf, denn es rekuriert auf einen außergesellschaftlichen Gegenstandsbereich – die körperlich-leibliche Existenz des Menschen. Obwohl diese nicht vergesellschaftet werden kann (sie ist dinglich, folglich in Kommunikation nicht grenzenlos auflösbar), bleibt sie doch von sozialen Prozessen nicht unbeeinflussbar. Denn psychisches und körperliches System sind über Interpenetration und strukturelle Kopplung mit den sozialen Systemen verknüpft und daher äußerst anfällig für

Störungen und Irritationen. Genau dieses Verhältnis eröffnet dem Gesundheitswesen im Zuge der weiteren Entwicklung völlig neue Inklusionsperspektiven. Denn die Leistungsfähigkeit der modernen funktional differenzierten Gesellschaft – Temposteigerungen, Zeitknappheit, Intransparenz, Anonymität und Leistungsdruck –, setzt den Körper massiven Irritationen aus. Die sozialmedizinische Forschung hat aufgezeigt, daß diese Begleitprozesse Psyche und Soma permanent überfordern.¹ Entsprechend reagieren diese mit Krankheit, was nichts anderes bedeutet, als daß sie ihre Eigenkomplexität nur noch eingeschränkt reproduzieren.²

In dem Maße, wie kommunikative Einflüsse auf die menschliche Körternatur wachsen, wächst auch die Orientierung des Gesundheitssystems an diesen gesellschaftlichen Einflußnahmen. Gesellschaft verursacht Krankheit – folglich orientiert sich das Gesundheitssystem an der Gesellschaft und rekurriert zunehmend auf soziale Tatbestände als eigentliche Verursachungsfaktoren für α -organpathologische Prozesse (Bauch 1996a: 62). BAUCH kennzeichnet diese zweite Phase als *Ver-gesellschaftung des Gesundheitssystems*, und erst jetzt wird das System zu einem gesellschaftlichen Teilsystem im eigentlichen Sinne:

„Dieses neue Gesundheitswesen löst sich so von seiner direkten Körperfixierung ab und hat, wie alle anderen Funktionssysteme, Kommunikation zum Zielpunkt seiner Operationen. In diesem Sinne steigt es zu einem ‘echten’ gesellschaftlichen Funktionssystem wie Politik, Wirtschaft, Wissenschaft auf. Da das Gesundheitssystem Kommunikationen zum Bearbeitungsgegenstand gewählt hat, kann es nunmehr auch erfolgreich eine Inklusion-Politik betreiben.“ (Bauch 1996a: 62)

Diese erfolgreiche Inklusions-Politik läßt sich an der Entwicklung des Krankheitspektrums ablesen: Während vor 100 Jahren noch die akuten Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Lungenentzündung, Typhus, Infektionen im Kindesalter) das Krankheitsprofil der Gesellschaft dominierten,

¹ Dies verdeutlichen insbesondere die Ergebnisse der Stressforschung. Ursprünglich dienten Stressreaktionen der kurzfristigen Anpassung an veränderte Umweltbedingungen. Belastungen in der Arbeitswelt, im privaten Beziehungsgefüge und in der Umwelt (z.B. Lärm) können jedoch zu einer Daueraktivierung der physiologischen Regulationssysteme führen, die langfristig zur Schwächung des Immunsystems und zur Schädigung des Herz-Kreislaufsystems beitragen (Siegrist 1996, Siegrist/Möller-Lehmkuhler 1998: 96ff., Stock/Sachser 1998: 192)

² „Geschweige denn als Voraussetzung für die Operationen von Sozialsystemen einbringen können. Denn: „Wenn die Gesellschaft die Menschen krank macht, dann machen die kranken Menschen die Gesellschaft ‘krank’, weil diese ihre Grundfunktionen dann nur sehr schwer realisieren kann. Das läßt sich gesundheitsökonomisch bilanzieren, wie die aktuelle ‘Kostendämpfungs-Diskussion’ immer wieder zeigt. Steigt die Morbiditätslast einer Gesellschaft, so sinkt durch Akzeleration der Lohnnebenkosten der Ertrag gesellschaftlicher Arbeit. Ein Übermaß an gesellschaftlich indizierter Krankheit beschränkt die Fähigkeit zur Variation, Selektion und Stabilisation der Sozialsysteme, weil diesen die zur Reproduktion notwendigen Ressourcen entzogen werden (...)“ (Bauch 1996a: 60).

sind es heute vor allem die chronisch-degenerativen Krankheiten, die die Morbiditäts- und Mortalitätsraten in die Höhe treiben (Gerber/Stünzner 1999: 20, Gerhardt 1999, Siegrist 1998: 110). Hinzu treten psychosomatische Beschwerden und psychische Erkrankungen, Suchtkrankheiten, Allergien, Asthmabronchiale und Rückenbeschwerden. Demnach hat das gesellschaftliche Krankheitsprofil eine beachtliche *Ausweitung und Ausdifferenzierung* erfahren, und kennzeichnend ist in diesem Zusammenhang die enge Verknüpfung von sozialen Tatbeständen und medizinischen Indikatoren: Arbeitswelt, Wohnumfeld, Umweltbelastungen gelten ebenso als Verursachungsfaktoren wie individuelle Lebensgewohnheiten, z.B. Ernährung, Sport, Rauchen oder soziale Beziehungen (vgl. auch Eis 1998, Fehr 1998, Kolip 1998).¹

Der Bezug auf soziale Tatbestände eröffnet dem Gesundheitswesen also neue Inklusionsmöglichkeiten. Gesellschaftliche Problemlagen und Bevölkerungsgruppen werden auf ihre Gesundheitsrelevanz hin 'abgeklopft'. Die damit einhergehende Aufgabensummutation führt nach BAUCH zu einem zweiten Medikalisierungsschub in der Gesellschaft. Dieser unterscheidet sich vom ersten dahingehend, daß nicht Strukturen der Zugriffssicherheit für das Gesundheitswesen hergestellt, sondern gesellschaftliche Problemlagen direkt in die Zuständigkeit des Gesundheitswesens überführt werden (Bauch 1996a: 12). Besonders deutlich wird dies an der 'Psychologisierung des Gesundheitswesens':

„So wurden also, zunächst langsam, solche Dinge wie Hysterie, Hypochondrie, Zwangsneurose und Depression in die Kategorie Krankheit eingeordnet. Dann begannen die Ärzte und vor allem die Psychiater mit steigendem Eifer als Krankheit (...) alles und jedes zu bezeichnen, worin sie ein Zeichen von Funktionsstörungen entdecken konnten, auf welcher Norm sie auch immer beruhten. Daher ist also auch die Agoraphobie eine Krankheit, weil man sich nicht vor offenen Plätzen fürchten soll. Die Homosexualität ist eine Krankheit, weil die gesellschaftliche Norm nun einmal die Heterosexualität ist. Scheidung ist eine Krankheit, weil sie das Scheitern der Ehe signalisiert.“ (Szasz 1964: 44f., zitiert nach Bauch 1996a: 65)

Die Hypostasierung wird in diesem Zusammenhang dadurch erreicht, daß nicht auf das Heilen von Krankheiten, sondern auf das *Herstellen von Gesundheit* abgestellt wird. Dies folgt einer Semantik, die einen jeweils steuerungsfähigen Zustand, nämlich uneingeschränktes Wohlbefinden in Aus-

¹ Wobei natürlich auch dem *politischen* Umstand Rechnung getragen wird, daß das individuelle Gesundheitsverhalten eng verknüpft ist mit ungleich verteilten Lebenschancen. Die moderne Sozialmedizin spricht vom *sozialen Gradienten*: Hiermit wird der Umstand bezeichnet, daß Mortalität und Morbidität einem spezifischen Muster folgen: Sie sind umso höher, je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit ist, d.h. je bescheide-

sicht stellt. Dieser Bedeutungswandel des Gesundheitsbegriffes befördert eine massenhafte personale Inklusion in das Gesundheitssystem. Über den modernen Begriff Gesundheit wird die Krankheit zum Problem; sie widerspricht dem Ziel, ein gesundes und somit leistungsfähiges Leben zu führen. Genau dies kommt in der Gesundheitsdefinition der WHO zum Ausdruck:

„Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindes und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946, zitiert nach Vogt 1998: 117)

Die Komplementärseite dieser Vergesellschaftung ist die *Individualisierung des Gesundheitsdiskurses* (Hillebrandt 1998: 136f., Thönnessen 1997). Denn die Inklusion in das Gesundheitswesen setzt zunächst voraus, daß Gesundheit zu einem individuellen Imperativ wird. War Krankheit früher eine Strafe Gottes, dann ein Resultat industrieller Lebens- und Arbeitsbedingungen, wird sie in der späten Moderne zu einer individuellen Verpflichtung, ohne die jede massenhafte Verbreitung medizinischer Praktiken ins Leere laufen würde.

„Gesundheit rückt zunehmend in den Verantwortungsbereich des Individuums. Eine ganze Reihe von Erwartungen werden an die eigene Gesundheit gerichtet: Wir erwarten, uns wohl zu fühlen, ohne Schmerz und Behinderung zu sein, lange Zeit nach dem mittleren Lebensalter zu leben; wir erwarten das Überleben der Geburt und der Kindheit unserer Kinder und vieles anderes. Für die Mehrzahl werden diese Erwartungen in der Tat in Erfüllung gehen, was uns dazu bringt, sie umso stärker in der Praxis erleben zu wollen (...) (Dies) hat zu einem verstärkten Druck auf die Individuen geführt, Verhaltensweisen und Einstellungen in ihren Alltag einzufügen, die als ‘gesundheitsgerecht’ gelten. Dies führt nicht notwendigerweise zu ‘mehr’ Gesundheit. Auch ein anderer Effekt ist denkbar: Alles mögliche wird versucht, um Gesundheit herbeizuführen.“ (Thönnessen 1997: 210)

Mit der individuellen Zuständigkeit für Gesundheit verstärkt sich das Bedürfnis, Gesundheit nicht nur zu erfahren, sondern auch zur Schau zu stellen – gewissermaßen als Indiz der eigenen Leistungsfähigkeit. Ein braungebrannter, jugendlicher, schlanker Körper ist zum Synonym für Gesundheit geworden, der nicht nur körperliche Stärke, sondern auch geistig-moralische Disziplin anschaulich darstellt (Lupton 1995). Gesundheit wird zu einem ethischen und ästhetischen Gut, welches individuell ‘erarbeitet’ werden muß (Schnabel 1996: 191). Die anhaltende Konjunktur der Diäten, die Wellness- und Fitnessbewegung, die boomende Schönheitschirurgie, aber auch der

Besuch von Selbstfindungsseminaren und Kreativ-Workshops sind einige aussagekräftige Beispiele für dieses Gesundheitsverständnis.

Diese individuelle Verpflichtung zu Gesundheit schafft den Rahmen für bevölkerungsweite medizinische Angebote, also für eine potentielle Inklusion der gesamten Bevölkerung in das Gesundheitssystem. Alle sind gezwungen, sich selbst um ihren Körper zu sorgen, indem sie ein gesundes Leben führen und Krankheiten von Ärzten behandeln lassen.¹ Als Folge kommt es zu einem *take-off* der medizinischen Praxis, die sich zu einem hochkomplexen gesellschaftlichen Bereich entwickelt.

Die Vergesellschaftung des Gesundheitswesens wird des weiteren verschärft durch den *medizinisch-technischen Fortschritt*, der die Eingriffsmöglichkeiten in die menschliche Körperlichkeit erweitert. Solange sich der Mensch der Naturgesetzmäßigkeiten nur 'bedienen', sie aber nicht transzendieren konnte, waren die Interventions- und Manipulationsmöglichkeiten per se begrenzt. Mittlerweile kann der Körper nicht mehr als unbeeinflussbare Entität angesehen werden; vielmehr steht er zunehmend selbst zur Disposition (Bauch 1996a: 68ff.). Gentechnik, biochemische Interventionen u.ä. erlauben weitgehende Eingriffe und Einflüsse in Aussehen, Wachstums-, Reife- und Alterungsprozesse – die Naturschranke des Körpers wird in vielfacher Hinsicht niedergelassen. BAUCH spricht hier von einem *zweiten Säkularisierungsprozess*: Der erste Säkularisierungsprozeß brachte das naturwissenschaftliche Verständnis des Körpers hervor, abstrahiert von vorgegebenen ideologischen Setzungen über das Wesen des Menschen. Im zweiten Säkularisierungsprozeß verliert der Körper seine Unbeeinflussbarkeit; die Körpernatur wird kontingent, verhandelbar und kommunikativ steuerbar, was wiederum dem Gesundheitssystem neue Betätigungsfelder erschließt.

Der Prozeß der Aufgabensummutation und Inklusion bleibt nicht ohne Auswirkungen auf die Binnenrationalität des Systems. Gesellschaftlichen Bearbeitungsfelder werden nicht durch die Integration in das Wirkungsfeld des Gesundheitssystems „medizinisiert“, sondern wirken ebenso auf Struktur und Funktion des Systems ein. So verläuft die eigentliche Krankheitsbekämpfung nun

¹ Hier zeigen sich die Ambivalenzen der Individualisierung, wie sie von BECK beschrieben wurden (Beck 1986): Einerseits wird das Individuum in seinem Gesundheitsverhalten freigesetzt von traditionellen Bezügen, andererseits steigt die Abhängigkeit von 'neuen Institutionen', zu denen auch die Einrichtungen des Gesundheitswesens zu zählen sind. In der individualisierten Gesellschaft wird der Einzelne zur Wahl verpflichtet, wenn es um die 'Gestaltung' seiner Gesundheit geht - welchen Arzt, welches Krankenhaus, welches Fitnessangebot soll er wählen? Mit dieser Wahl ist wiederum das Risiko der falschen Entscheidung verknüpft:

unter dem Etikett *Prävention* – mit dem Ziel, die Transformation sozialpathologischer Abläufe in körperlichen Reaktionsformen zu unterbinden (Bauch 1996a: 67). Dies öffnet das Feld für neue Teildisziplinen, Berufsgruppen und Einrichtungen, die das Monopol der Ärzte und Kliniken zunehmend unterminieren.¹ Das Gesundheitswesen wird polyzentrisch – die eigentliche Körpermedizin stellt nicht mehr das Zentrum des Systems dar, sondern wird von einem Gesundheitssystem geschluckt, das sich zunehmend mit präventiver Sozialpolitik, Ökologie und gesunder Lebensführung im weitesten Sinne befaßt.

1.2.2 Die Verselbständigung gesellschaftlicher Teilsysteme

Im letzten Abschnitt wurde die Entwicklung des Gesundheitssystems als zunehmende Inklusion und Aufgabensumation beschrieben – ein Prozeß, der mehr oder weniger für alle gesellschaftlichen Teilsysteme charakteristisch ist. Durch die wachsende Inklusion erzielen die Teilsysteme eine Verabsolutierung ihrer binären Codes und eine immer weitergehende Perfektionierung ihrer Leistungen. In der Umwelt (sprich: in den anderen gesellschaftlichen Teilsysteme) kann diese Entwicklung massive Störungen hervorrufen. Denn obwohl zwischen den Teilsystemen vielfältige Interdependenzen bestehen, weisen sie eine bemerkenswerte Verständnislosigkeit gegenüber den Sinnhorizonten anderer Teilsysteme auf. Zwar können die fremden Codierungen generell nachvollzogen werden, aber weder ist ein Teilsystem in der Lage, die Operationen eines anderen detailliert zu verfolgen, noch kann es sich einen fremden Code zu eigen machen. Teilsysteme stehen also in einer wechselseitigen Intransparenz zueinander.

Zunächst kann diese Eigenschaft gesellschaftlicher Differenzierung vorteilhaft gewendet werden. Denn die Indifferenz oder Ignoranz gegenüber Kriterien aus der gesellschaftlichen Umwelt ist äußerst leistungsfördernd, da sie das System von entsprechenden Limitationen aus der Umwelt entlastet (Tyrell 1978: 183 ff.). Das Resultat ist, daß Systeme ihre Funktion hypostasieren: Sie konzentrieren sich auf ihre Funktionserfüllung und versuchen, diese zu optimieren. Dies gilt auch für das Teilsystem Gesundheit:

Versäume ich, eine zweite Diagnose einzuholen, betreibe ich den falschen Sport oder rauche ich, so werden mir die Konsequenzen dieses Verhaltens zugeschrieben.

¹ Ein Beispiel für eine solche Teildisziplin ist *Public Health*. Diese befaßt sich mit der Analyse, Bewertung und Organisation von Gesundheitsproblemen und beruht ausdrücklich auf dem Verständnis, daß nicht nur die kurative Medizin, sondern auch soziale Variablen einen gewichtigen Einfluß auf das gesundheitliche Befinden haben (Mann 1997: 197). Neue Berufsgruppen und Organisationen finden sich vor allem im Feld der sozialmedizinischen (Drogenberatung) und der paramedizinischen Professionen (Krankengymnastik, Ergotherapie). In Kap. 6 wird darauf ausführlicher eingegangen.

“So versucht das Gesundheitssystem auch die “letzte” Krankheit aufzuspüren und Therapiekonzepte zu entwickeln oder veraltete Therapiekonzepte durch moderne zu ersetzen, die eine restitutio ad integrum schneller oder besser ermöglichen (...) Die Ausgabendynamik des Gesundheitssystems ist ohne jeden Zweifel auf diese Hypostasierung der eigenen Funktion zurückzuführen. Die Ausweitung des Leistungskataloges der GKV, die Entwicklung der High-Tech-Medizin sowie der medizinische Fortschritt sind eindeutige Beispiele dieser Selbsthypostasierung des Gesundheitswesens.” (Bauch 1996b: 243)

Mit einem hohen Grad an Selbstreferentialität und Autonomie geht also ein hoher Grad an Leistungsfähigkeit einher – eine Kombination, die für moderne Gesellschaften geradezu charakteristisch ist.¹ Was aber bedeutet gesellschaftliche Integration unter dieser leistungsbezogenen und polykontextualen Perspektive? In der radikalen LUHMANN’schen Lesart ist sie negativ definiert, also als Abwesenheit von Desintegration. Damit ist die Vermeidung des Umstandes gemeint, daß die Operationen eines Teilsystems in einem anderen Teilsystem zu unlösbaren Problemen führen. Der Mechanismus, der dieses Minimum an Integration gewährleistet, ist die sog. *strukturelle Kopplung* (Baraldi u.a. 1998: 186ff., Kneer/Nassehi 1993: 62f., Schimank 1996: 191f.). Mit diesem Begriff wird der Umstand beschrieben, daß gesellschaftliche Teilsysteme zwar autopoietisch konstituiert, nichtsdestotrotz aber faktisch auf ihre Umwelt angewiesen sind. Sie benötigen ein ‘Materialitätskontinuum’, um ihre internen Operationen durchführen zu können. So ist das Gesundheitssystem auf psychische Systeme angewiesen, die an der Kommunikation der sozialen Systeme teilnehmen können, des weiteren benötigt es finanzielle Ressourcen und Inputs aus dem Wissenschaftssystem. Diese Umwelteinwirkungen (‘Irritationen’) fließen in die autopoietischen Programmstrukturen des Gesundheitswesens ein und werden über den binären Code in die Sprache des Systems transformiert.² Vollzieht sich die strukturelle Kopplung in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis zwischen zwei Systemen, spricht man von wie erwähnt von *Interpenetration*.³

¹ Nicht umsonst führt z.B. MAYNTZ den Zusammenbruch der osteuropäischen Staaten auf ein Modernisierungsdefizit der gesellschaftlichen Funktionssysteme zurück, die - da staatlich gesteuert - in ihrer Autonomie und somit in ihrer Leistungsfähigkeit extrem eingeschränkt waren (Mayntz 1992: 22f.)

² Was nicht bedeutet, daß die strukturelle Kopplung die Autonomie des Systems infrage stellt. Beide stehen in einem “orthogonalen Verhältnis” zueinander (Baraldi u.a. 1998: 186): Auch wenn sie sich voraussetzen, können sie sich gegenseitig nicht bestimmen. So ist der Finanzstrom aus anderen Systemen existentiell für die Operationen des Gesundheitswesens, kann diese aber nicht determinieren, geschweige denn ersetzen.

³ Beide Begriffe sind nicht eindeutig voneinander abzugrenzen. Der Begriff der Interpenetration geht auf PARSONS zurück und stellt nicht nur auf gegenseitige Abhängigkeit, sondern zumeist auch auf das Verhältnis zwischen sozialen und psychischen Systemen ab (vgl. S. 24). Der Begriff der strukturellen Kopplung (zurückgehend auf MATURANA) hingegen ist allgemeiner angelegt und bezieht sich auf die Verhältnisse, die in der Umwelt eines Systems für seine Reproduktion gegeben sein müssen.

Integration kann in diesem Licht deutlicher definiert werden: Sie vollzieht sich gewissermaßen als *Ko-Evolution* strukturell gekoppelter und interpenetrierender Teilsysteme (Luhmann 1990c: 29, Luhmann 1997: 604ff.). Jedes Teilsystem paßt seine internen Strukturen an die von den anderen Teilsystemen erzeugten Umwelt Ereignisse immer wieder in Hinblick darauf an, die Ordnung der eigenen Operationen aufrechtzuerhalten. Da dies wechselseitig geschieht, endet das Nebeneinander der Teilsysteme evolutionen nicht im völligen Chaos und gesellschaftlicher Desintegration. Hierzu ein Kommentar von SCHIMANK:

“Man kann möglicherweise zu dem Schluß gelangen, daß die Tatsache des Überlebens der modernen Gesellschaft bis heute im wesentlichen auf geglückte Ko-Evolution der Teilsysteme zurückzuführen ist, die mannigfachen Steuerungsbemühungen demgegenüber wirkungslos geblieben sind und die Ko-Evolutionen vielleicht sogar eher behindert haben. Aber der Evolution wohnt eben, wie Luhmann selbstverständlich weiß, keinerlei Erfolgsgarantie inne. Daß es bis jetzt gutgegangen ist, heißt nicht im mindesten, daß es weiter gutgehen muß” (Schimank 1996: 192).

Was aber geschieht, wenn die Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme nicht ko-evolutionär verläuft? Oder anders gefragt: Was geschieht, wenn die Outputs der immanenten Leistungssteigerung eines Systems nicht mehr von anderen Teilsystemen verarbeitet werden können, sondern im Gegenteil deren autopoietische Funktionsweise angreifen? Gegenwärtig finden sich in einigen Teilsystemen Anzeichen dafür, daß der Vorteil der teilsystemischen Leistungsfähigkeit mit schädlichen Folgewirkungen – sog. *negative Externalitäten* – für die gesellschaftliche Umwelt erkaufte wird (vgl. hierzu auch Willke 1978, Berger 1988).¹ Kommt noch eine wachsende Resistenz gegenüber Steuerungs- und Regulierungsversuchen aus der Umwelt hinzu, droht das Minimum an gesellschaftlicher Integration brüchig zu werden. Mit anderen Worten: Das Teilsystem tendiert zur *Verselbständigung* und Entkopplung von seiner gesellschaftlichen Umwelt. Dekliniert man die wesentlichen Indikatoren durch, die ROSEWITZ/SCHIMANK (1988) in bezug auf Verselbständigung nennen, wird deutlich, daß auch das Gesundheitswesen dieser Tendenz unterworfen ist:

a) *Ressourcenverbrauch*: Von der Verselbständigung eines gesellschaftlichen Teilsystems wird dann gesprochen, wenn die Leistungsproduktion zu viele gesellschaftliche Ressourcen, vor allem finanzieller Art, verbraucht. In Bezug auf Gesundheit ist Ressourcenverbrauch wohl der Indikator,

¹ Die deutlichsten Anzeichen finden sich derzeit wohl im Wirtschaftssystem. Die Steigerung der Produktionsfähigkeit löst nicht nur in der biologischen Umwelt, sondern durch die Folgewirkung der Arbeitslosigkeit auch in anderen gesellschaftlichen Teilsystemen massive Probleme aus, die die gesellschaftliche Integration gefährden.

der in den letzten Jahren am intensivsten diskutiert wurde. So sind die Ausgaben für Gesundheit, gemessen am Anteil des BSP, in den letzten Jahren beständig angestiegen. Die dadurch hervorgerufenen negativen Folgewirkungen schlagen sich vor allem in steigenden Lohnnebenkosten nieder; entsprechend plädieren vor allem die Tarifvertragsparteien für eine Begrenzung der Gesundheitsausgaben, aber ebenso politische Akteure auf Länderebene, die Infrastrukturleistungen von Gesundheitseinrichtungen mitfinanzieren (so ist das Land z.B. finanziell am Aufbau von medizinischer Großtechnik beteiligt).

Die Ursachen des steigenden Ressourcenverbrauchs sind insofern systemintern induziert, als daß sie eine Folge des medizinischen Fortschritts und der damit einhergehenden Ausweitung diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten sind. Dies läßt sich exemplarisch am Beispiel der *steigenden Lebenserwartung* verdeutlichen: Der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens ist es zu verdanken, daß die altersspezifischen Mortalitätsraten wichtiger chronisch-degenerativer Erkrankungen verringert werden konnten. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit immer geringer, vor Erreichen der maximalen biologischen Lebensspanne (die bei etwa 115 Jahren liegt) zu sterben. Der Erfolg dieser Anstrengung entpuppt sich aber zunehmend als Fortschrittsfalle: Denn mit dem Alter nimmt der Bedarf nach Gesundheitsleistungen zu und steigt insbesondere in den letzten Lebensjahren überproportional an. Um es in der Sprache der Ökonomie zu formulieren:

„Auch in der Medizin kommt offensichtlich das Gesetz des abnehmenden Grenznutzens zum Tragen. Gerade, weil schon soviel erreicht ist, wird es immer schwieriger und aufwendiger, noch mehr zu erreichen. Die Untersuchung einer Schweizer Krankenkasse zeigt, daß ihre verstorbenen Versicherten im letzten Lebensjahr rund siebenmal höhere Kosten aufweisen als die übrigen Versicherten: Die Abwendung eines letztlich unanuschweiblichen Todes muß mit enorm steigenden Grenzkosten der gewonnenen Lebenserwartung erkaufte werden.“ (Leu 1988: 26)

Insbesondere die Vertreter der sog. *Expansionsthese* zeichnen daher ein eher pessimistisches Szenario, in der die quantitative Zunahme älterer Menschen auch eine Potenzierung von Gesundheitsdiensten und -ausgaben nach sich ziehen wird (Bäcker u.a. 1995: 16f., Maas u.a. 1996: 28ff., Schwartz/Walter 1998: 133f.).¹ Dreh- und Angelpunkt ist auch hier der medizinisch-

¹ Demgegenüber steht die *Kompressionsthese*. Hier wird davon ausgegangen, daß der hinausgeschobene Tod auch hinausgeschobene bzw. eingesparte Kosten bedeutet. Denn die Kosten für Versterbende liegen zwar weit über den Kosten für Überlebende, diese Differenz nimmt aber mit der Höhe der Altersstufe ab. So zeigt eine deutsche Untersuchung, daß der Tod eines 60jährigen 20mal, der eines 90jährigen aber nur 5mal teurer ist als die Versorgung von Überlebenden (Seidler u.a. 1996). Die Argumentation läuft darauf hinaus, daß sich die Manifestation tödlicher Krankheiten verstärkt an der Grenze der maximalen Lebensspanne kumulieren

technische Fortschritt: Erstens begünstigt dieser, indem er die Lebenserwartung verlängert, das Auftreten von Krankheiten mit langen Latenzzeiten (z.B. Krebs, arteriosklerotische Gefäßveränderungen) oder von Krankheiten, die sich infolge steigender Exposition bilden (z.B. Belastung durch physikalisch-chemische Umweltfaktoren).¹ Und zweitens ist der medizinisch-technische Fortschritt ungleich verteilt: Er schreitet im Bereich der diagnostischen Methoden sehr viel rapider voran als im Bereich der therapeutischen Verfahren – LEU spricht von einem „diagnostischen Overkill“ (Leu 1988: 26). Gerade bei altersspezifischen Erkrankungen kommt dieses Ungleichgewicht zum Tragen – dahingehend, daß Erkrankungen zwar immer frühzeitiger und genauer diagnostiziert werden, aber nicht geheilt werden können. Mit anderen Worten: Sie entwickeln sich zu chronischen Leiden. Die therapeutischen Verfahren tragen allenfalls zu einer Linderung bei, führen aber nicht zu einer vollständigen Heilung. Folglich sind diese Technologien (auch als *halfway technologies* bezeichnet – Maas u.a. 1996: 31) lebensverlängernd, ziehen aber die Notwendigkeit kontinuierlicher medizinischer Versorgung nach sich:

„We do not need science-fiction-like phantasies or any form of exaggeration to show that medical technology is the second most important driving force behind the changes in population health status. One important reason for this is, that diagnostic applications develop much more rapidly than therapeutic applications. Another reason is that many therapeutic technologies may prolong life without leading to complete recovery, keeping the patient more or less dependent on some form of health care.“ (Maas u.a. 1996: 30)

Natürlich ist anzumerken, daß der mit dieser Entwicklung verbundene Kostenanstieg nicht allein auf die systeminterne Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems zurückgeführt werden kann. Abgesehen davon, daß die Steigerung der Lebenserwartung auch immer eine politische Zielsetzung gewesen ist, ist die Überalterung der Gesellschaft ebenso dem generativen Verhalten (sinkende Geburtenraten) und dem Anstieg der Lebensqualität (bessere Ernährung, Wohn- und Arbeitsbedingungen) geschuldet. Das Beispiel zeigt aber, wie sich das Gesundheitssystem gesellschaftliche Tatbestände zu eigen macht, um seine Funktion auszuweiten. Diese interdependente

wird. Ein Großteil der kostenintensiven medizinischen Pflege, die gegenwärtig in den letzten Lebensjahren geleistet werden muß, würde somit zukünftig obsolet.

¹ Hinzu kommt, daß viele dieser Krankheiten 'junge' Krankheiten sind, die in ihren Entstehungszusammenhängen und Therapiemöglichkeiten bislang nur unzureichend erforscht sind (z.B. Alzheimer, Parkinson). Es ist also zu vermuten, daß in Zukunft viele Ressourcen in ihre Erforschung investiert werden. Entsprechend konstatiert KRÄMER: „Weit entfernt von einem Halbgott in Weiß, der den Schlüssel zu ewiger Jugend verwaltet, gleicht der moderne Mediziner eher einem Sisyphus, dessen Nöte mit jedem Erfolg nur größer werden - je mehr er sich abmüht, desto weiter rückt das Ziel, desto unerreichbarer entweicht eine Gesellschaft glücklicher und gesunder Menschen in das Reich der fernen Utopie: die moderne Medizin sitzt ein für alle mal in einer großen Fortschrittsfalle fest.“ (Krämer 1993: 38)

Verknüpfung zwischen Gesundheit, Politik und gesellschaftlicher Umwelt führt zwangsläufig zum Anstieg der Gesundheitsausgaben, die mittlerweile zunehmend als gesellschaftliche Belastung (zugespitzt als ‘Gefahr für den Wirtschaftsstandort’) interpretiert werden.

b) *Unzureichende Leistungsproduktion*: Von der Verselbständigung eines gesellschaftlichen Teilsystems wird des weiteren dann gesprochen, wenn die Leistungserwartungen, die Akteure in der gesellschaftlichen Umwelt an das Teilsystem adressieren, nicht oder nur ungenügend befriedigt werden. Dies klingt auf den ersten Blick paradox – war doch eben noch von der immanenten Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens die Rede. Dies muß aber nicht heißen, daß diese Leistung immer kompatibel zu den Bedürfnissen in der systemischen Umwelt ist. Denn obwohl die Leistungen quantitativ und monetär beständig ausgeweitet wurden, wird die Gesundheitsversorgung in qualitativer Hinsicht häufig als unzureichend und nicht bedarfsgerecht bewertet. Dies liegt vor allem daran, daß gesellschaftliche Wandlungsprozesse eine erhebliche Ausweitung und Ausdifferenzierung an Gesundheitsbedürfnissen kreieren, die in diesem Tempo nicht vom Gesundheitswesen aufgegriffen werden können.

Beispielsweise geht die Überalterung der Gesellschaft mit einem sehr heterogenen Krankheitsprofil einher, das von ‘Abnutzungserscheinungen’ über psychosoziale Belastungen durch Verluster Ereignisse (Verwitwung) bis zur Manifestation letaler Erkrankungen mit langer Latenzzeit reicht. Entsprechend heterogen sind die Versorgungsbedarfe (Garms-Homolová/Schaeffer 1998: 538ff., Schwartz/Walter 1998: 136ff.). Eine einseitige *kurative* Ausrichtung auf die ‘harten’ medizinischen Folgen des Alterns wird diesen Ansprüchen häufig nicht gerecht; gefragt sind eher psychische, soziale und infrastrukturelle Unterstützung, die der medizinischen Versorgung im präventiven Sinne vorgeschaltet ist bzw. diese in Rehabilitationsphasen ergänzt. Ähnlich verschoben hat sich das Feld der Arbeitsmedizin: Mit dem Wandel zur Dienstleistungsgesellschaft geht auch ein qualitativer Wandel der Arbeitsbelastungen einher (Elkeles 1998: 517, Troschke u.a. 1998: 88f.); Unfall- und giftinduzierte Beeinträchtigungen werden abgelöst durch ergonomische, psychische und soziale Belastungen, die nicht monokausal auf ein spezifisches Tätigkeitsprofil zurückgeführt werden können (z.B. Mobbing und Stress). Die Arbeitsmedizin vollzieht diesen Wandel nur sehr langsam und blendet einen großen Teil der somatischen Folgen des modernen Arbeitsleben aus.

Wie das Gesundheitssystem empfunden und bewertet wird, hängt des weiteren mit dem *Werte- und Normenkanon* zusammen, der in modernen Gesellschaften spezifischen Wandlungsprozessen unterliegt. INGLEHART spricht beispielsweise von einem Wandel von materialistischen zu postmaterialistischen Werten, die SPEYERER Werteforschung geht von einem Trend von Pflicht-

und Akzeptanzwerten zu Selbstentfaltungswerten aus, und VESTER hat in seiner Studie über die pluralisierte Klassengesellschaft sehr anschaulich dargestellt, daß sich in den 'neuen' soziale Milieus der Individualisierungstrend besonders deutlich widerspiegelt: Ihre Mitglieder streben nach Kompetenzerweiterung, nach Autonomie und nach Selbstverwirklichung jenseits traditioneller Orientierungshorizonte (Inglehart 1989, Klages 1999: 699f., Vester u.a. 1993, Vester 1997).

Unter diesen Prämissen verändert sich der Umgang mit dem Gut Gesundheit und seinen Versorgungsinstitutionen: So wird Gesundheit jetzt zunehmend mit Freizeit, Spaß, Genuß und psychosozialem Wohlbefinden assoziiert (Opaschowski 1993: 102); gegenüber den professionellen Instanzen nimmt das Selbstbewußtsein und die Anspruchshaltung von Versicherten und Patienten zu; Kosten- und Nutzenkalküle werden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten verstärkt gegeneinander abgewogen (Wasem/Güther 1998, Wasem 2000).¹ In diesem Zusammenhang erweisen sich die Institutionen des Gesundheitswesens als äußerst starr und unbeweglich: Die zunehmende Professionalisierung und Bürokratisierung der Versorgungseinrichtungen trägt zu wachsendem Unmut bei, als nicht bedarfsgerecht wird außerdem die Intransparenz des Systems empfunden, die Dominanz und Anonymität der Apparatedizin², sowie die Ignoranz gegenüber dem Wissen und den Wünschen des Patienten.

Unzureichende Leistungsproduktion bezieht sich also erstens darauf, was geleistet wird. Hier zeigt sich insbesondere, daß das Gesundheitswesen immer noch sehr stark in der kurativen Medizin verhaftet ist, obwohl moderne Krankheitsprofile eher eine präventive/rehabilitative Versorgung benötigen. Aber auch die Versorgungsleistung steht im Zentrum der Kritik: Im Zuge des gesellschaftlichen Wertewandels werden die Institutionen des Gesundheitswesens als bürokratisch, patientenfeindlich und intransparent empfunden.

c) *Gesellschaftliche Risiken*: Von der Verselbständigung eines gesellschaftlichen Teilsystems wird schließlich dann gesprochen, wenn die Leistungsproduktion Nebenfolgen mit sich bringt, die als gesellschaftliche Risiken eingestuft werden. Zunächst hat das Gut Gesundheit ja einen recht soliden Ruf. Es gilt als superiores Gut und genießt daher höchste gesellschaftliche und individuelle

¹ Dies bedeutet allerdings nicht, daß die wesentlichen Solidarprinzipien des Gesundheitssystems (Risikoausgleich, Umverteilung) in Frage gestellt werden. Gerade weil Gesundheit ein existentielles Gut mit hohem Risikograd ist, scheint die Solidaritätsbereitschaft im Vergleich mit anderen Sicherungssystemen stärker ausgeprägt (Ullrich 1998).

² Man muß aber auch KRÄMER Recht geben, wenn er konstatiert: "(...) so muß ich hier an Leute denken, die sich waschen wollen, ohne naß zu werden. Von einer künstlichen Niere oder von einem Computertomogra-

Anerkennung und Aufmerksamkeit (Wasem/Güther 1998). Dennoch wird der Fortschritt im Gesundheitswesen zunehmend auch als bedrohlich empfunden. Dies gilt insbesondere für die Entwicklung im Bereich der Bio- und Gentechnologie und der Reproduktionsmedizin¹, die als ethisch stark umstritten gelten und einen hohen gesellschaftlichen Diskussionsbedarf darüber auslösen, ob alles, was machbar sei, auch wünschenswert ist (vgl. auch Schauer 1999, Perrow 1992 sowie die Beiträge in Krull 2000). Zwar haben medizinisch-technische Neuerungen immer ein gewisses Unbehagen in der gesellschaftlichen Umwelt ausgelöst;² mit den neuesten Errungenschaften der sog. medizinischen 'Zukunftstechnologien' scheint aber eine neue Stufe der Risikoempfindung erklommen – insofern, als daß ihre Auswirkungen als unkontrollierbar und universell empfunden werden.

Anhand des Gesundheitswesens läßt sich exemplarisch aufzeigen, wie die moderne Gesellschaft zur Risikogesellschaft im BECK'schen Sinne mutiert. Das Gesundheitswesen generiert eine "Solidarität der Angst" (Beck 1986: 66), die die Bürger aller gesellschaftlichen Gruppierungen vereint: Angst, die letzten Lebensjahre an einer Beatungsmaschine fristen zu müssen (das moderne Äquivalent zum Lebendig-begraben-sein) oder auch aufgrund pränataler Diagnostik über Leben und Sterben eines behinderten Kindes entscheiden zu müssen. Die Optionen moderner Medizin werden hier als individuelle Bedrohung empfunden, wobei symptomatisch ist, daß der medizinisch-technologische Fortschritt zwar durch die Hypostasierung des Gesundheitssystems (und natürlich auch des Wissenschaftssystems) generiert wird, die Diskussion über Sinn und Risiko aber hauptsächlich in der gesellschaftlichen Umwelt stattfindet.

Das moderne Gesundheitswesen ist demnach im Zeitalter der „unbekannten Nebenfolgen“ angekommen (Beck 1996b: 289ff., vgl. auch Wagner 1995). Denn je moderner das Gesundheitswesen wird, desto mehr Wissen erzeugt es, die seine Grundlage als gesellschaftliches Teilsystem mitkonstituieren. Die Anwendung dieses Wissens generiert Nebenfolgen, und diese kennzeichnen

phen kann man nun mal keine Gefühle erwarten, auch wenn sie uns zehnmal das Leben retten. Und eine Intensivstation wird nie so gemütlich wie ein Wohnzimmer." (Krämer 1993: 10).

¹ Man muß noch nicht einmal auf diese exemplarischen Bereiche zurückgreifen. Ich empfehle - auch auf die Gefahr extremer Beklemmungen hin - den Artikel einer GEO-Special zu den neuesten Methoden der Verbrennungsmedizin. Zitat eines Arztes: "Wir produzieren hier ein Monster. Und wir können nichts mehr dagegen machen - außer hoffen, daß die Kleine sich aufgibt und stirbt." (GEO-Wissen 1995: 68).

² POSTMAN berichtet z.B. von den Ressentiments der Patienten gegen den Einsatz des Stethoskops: "(Sie) erschrecken oft bei (seinem) Anblick, weil sie es für das Anzeichen eines unmittelbar bevorstehenden chirurgischen Eingriffs hielten (...) " (Postman 1992: 108). Aber auch die Ärzte hatten einen ernstzunehmenden Einwand, nämlich daß die Einschaltung eines Instrumentes zwischen Patient und Arzt die gesamte medizinische

den Konflikt in der Moderne. Denn wenn es um die 'wahre' Natur der Nebenfolgen geht, treffen die Ansprüche und Interessen diverser Expertengruppen, des Alltagswissens und der sozialen Bewegungen aufeinander. Mit anderen Worten: Hier eröffnet sich ein Konfliktfeld pluralistischer Rationalitätsansprüche, die um das Definitionsmonopol der Nebenfolgen konkurrieren: Die Nebenfolgen der Gentechnik sind positiv, weil sie unfruchtbaren Eltern zu Kindern verhelfen, weil sie Krankheiten im pränatalen Stadium diagnostizierbar machen, weil sie wirtschaftlichen Aufschwung verheißen und wissenschaftliches Renommé. Die Nebenfolgen der Gentechnik sind negativ, weil sie die Manipulation menschlicher Natur ermöglichen, die Ausmerzungen 'unwerten' Lebens nach sich ziehen können und den Trend zur Apparatedizin verstärken. Ebenso wie die moderne Gesellschaft als solche wird auch das Gesundheitswesen im Zuge dieser Entwicklung zu einer politischen Arena, in der die Grundlagen und -normen des Systems selbst reflexiv hinterfragt werden.

Als Fazit läßt sich zweierlei festhalten: Erstens resultieren aus den Entwicklungen im Gesundheitswesen negative Folgewirkungen in der gesellschaftlichen Umwelt. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, daß diese Folgen nicht entstehen, weil das Gesundheitssystem unproduktiv oder leistungsschwach ist. Vielmehr erzeugt gerade die Leistungsfähigkeit des Systems negative Auswirkungen in seiner Umwelt, was sich insbesondere an den Kategorien Ressourcenverbrauch und gesellschaftliche Risiken ablesen läßt. Die zweite Schlußfolgerung hingegen bezieht sich vor allem auf die Kategorie der unzureichenden Leistungsproduktion. Auch hier geht es weniger um quantitative Defizite. Vielmehr kann die Leistung als nicht bedarfsgerecht bezeichnet werden und damit als nicht kompatibel zu den Erfordernissen, die sich aus den Entwicklungstendenzen auf der Nachfrageseite ergeben. Die Frage ist nun, wie der Verselbständigung des Gesundheitssystems in einer polykontexturalen Gesellschaft entgegengewirkt werden kann. Hierzu ist zunächst eine genauere Darstellung der in der Literatur vorfindbaren möglichen Integrationsmechanismen erforderlich.

1.2.3 Integrationsmechanismen: Interpenetration und Entdifferenzierung, (Selbst-) Steuerung und Reflexion

Mit den Begriffen und strukturellen Kopplung und der Interpenetration wurden bereits zwei Mechanismen angesprochen, die in der Systemtheorie für ein Minimum an Integration sorgen. Die Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme vollzieht sich demnach als Ko-Evolution, in „Abwesen-

heit von Desintegration'. Nach dieser Konzeption ist Integration eine äußerst fragile Angelegenheit, denn sie führt nicht zur stabilen Koordination, geschweige denn zur Fusion der beteiligten Systeme. Vielmehr weist LUHMANN ausdrücklich darauf hin, daß sie sich als temporäres Ereignis vollziehe, welches im Moment seines Erscheinens auch schon wieder verschwinde. Mit anderen Worten: Integration haftet etwas Willkürliches an, sie ist in keiner Weise ‚institutionalisiert‘ und kann nicht zu Zwecken der Umweltverträglichkeit instrumentalisiert werden.

Dieses Integrationsverständnis ist bei einigen Differenzierungstheoretikern auf Widerstand gestoßen. Dahinter steht nicht nur das normative Bestreben, Lösungsansätze für die negativen Folgewirkungen der modernen funktional differenzierten Gesellschaft zu formulieren. Offen bleibt auch, warum die moderne Gesellschaft nicht längst unter dem Druck der Verselbständigung zerbrochen ist. Strukturelle Kopplung und Interpenetration werden hier als unzureichende, als zu ‚schwache‘ Konzepte gesehen, die den Bindekräften der Gesellschaft im Grunde nicht gerecht werden (vgl. auch Schimank 1998: 178ff). Drittens – und dies ist das Hauptmotiv dieser Arbeit – stellt sich die Frage, ob die Analyse speziell ‚reformbedürftiger‘ Teilsysteme wie dem Gesundheitswesen nicht ein ausgeweitetes Integrationskonzept erfordert. Denn was als Reformbedarf beschrieben wird, scheint ja eben kein Modernisierungsdefizit im Sinne mangelnder funktionaler Differenzierung zu sein, sondern bezieht sich auf die Verselbständigungstendenzen, die in deren Folge auftreten. Reformvorhaben im Gesundheitswesen – seien sie politischer, organisatorischer oder professionsbezogener Natur – müßten daher nicht unter der Perspektive der Ausdifferenzierung, sondern unter der Perspektive der integrativen ‚Rückkopplung‘ an die gesellschaftliche Umwelt analysiert werden.

Die These, die sich in diesem Zusammenhang formulieren läßt, lautet: *Um die negativen Folgewirkungen zu verringern, die das Gesundheitssystem in seiner gesellschaftlichen Umwelt auslöst, vollzieht sich eine Abkehr vom Primat der funktionalen Ausdifferenzierung. Diese wird zwar nicht ersetzt, aber flankiert durch Integrationsmechanismen, die eine bessere Anpassung des Gesundheitssystems an die gesellschaftlichen Bedarfslagen ermöglichen.* In den folgenden Absätzen werden Integrationsmechanismen vorgestellt, die über die bisher skizzierten Ansätze hinausreichen und als Analyseraster für Entwicklungstendenzen und Reformvorhaben im Gesundheitswesen herangezogen werden können.

Unter integrationstheoretischen Aspekten ist zunächst das Interpenetrationskonzept auszuweiten. Während sich Interpenetration bei LUHMANN immer nur ereignishaft vollzieht, ist der Begriff bei MÜNCH ganz anders gelagert und zielt auf eine Vermischung von Systemlogiken ab.¹ Demnach sind funktionale Teilsysteme über *generalisierte Kommunikationsmedien* verknüpft, die unabhängig von partikularen systemischen Bindungen als Transportmittel über die Systemgrenzen hinweg wirksam sind. Hierzu zählen politische Macht, Geld, Einfluß und Wertbindungen. MÜNCH beläßt es jedoch nicht bei einer bloßen Verknüpfung, sondern leitet daraus eine wesentlich stärkere Definition von Interpenetration ab, nämlich die gegenseitige Durchdringung unterschiedlicher Systeme, die zur Bildung einer gemeinsamen Schnittstelle oder *Zone* führt (Münch 1994a: 388, vgl. auch Münch 1984: 11ff., Münch 1991):

“Durch die Interpenetration, d.h. die gegenseitige Durchdringung von zwei unterschiedlichen Systemen entsteht eine neue Systemeinheit in deren Interpenetrationszone, die fortan als Bindeglied zwischen einander entgegengesetzten Systemen dient.” (Münch 1994a: 388f.)

Dieser Prozeß stellt zudem für MÜNCH keinen pathologischen Ausreißer dar, der die funktionale Differenzierung unterminiert, sondern einen wesentlichen „Baustein der Moderne“. So habe sich beispielsweise im Zuge wachsender Ausdifferenzierung zwischen dem Wirtschaftssystem und der Moral eine Interpenetrationszone gebildet, die moralische Anforderungen in die Ökonomie und umgekehrt ökonomische Imperative in die Moral hinein trägt. Dem zufolge hat jedes ökonomisch kalkulierte Handeln moralischen Maßstäben zu gehorchen, umgekehrt wird die ökonomische Kalkulation zu einem Bestandteil der Moral. Weitere Interpenetrationszonen zwischen Ökonomie und Moral, die auch das Rechtswesen mit einschließen, sind das Eigentumsrecht, das Vertragsrecht und das Wirtschaftsrecht. Charakteristisch für moderne Gesellschaften ist, daß mit der Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Teilsysteme auch deren Schnittmengen anwachsen und komplexer werden: Moralische Diskurse nehmen einen immer breiter werdenden Raum ein und begründen eine wachsende Anzahl von Rechten, die Gesetzgebung vermehrt das Paragraphenwerk hinsichtlich des Wirtschaftslebens (Münch 1994a).

Systemische Integration vollzieht sich demnach aus dem gelungenen Brückenbau zwischen Funktionssystemen, der auf eine Konfliktaustragung zwischen unterschiedlichen systemischen Anforderungen gerichtet ist. Im Zuge funktionaler Ausdifferenzierung werden die expandierenden Inter-

¹ MÜNCH knüpft in seiner Konzeption an PARSONS an. Bei PARSONS bezeichnet der Begriff die Verflechtung normativer Strukturelemente in einzelnen Systembausteinen und damit zugleich den Prozeß der Verflechtung

penetrationszonen nicht sich selbst überlassen, sondern erfahren eine institutionelle Stabilisierung und Absicherung. Derartige Bestrebungen lassen sich auf allen systemischen Ebenen beobachten. Auf der Makroebene kann der *Wohlfahrtsstaat* als klassisches Beispiel für eine institutionalisierte Interpenetrationszone interpretiert werden, der Ökonomie, Politik, Familie und eben auch das Gesundheitswesen integriert – mit der Zielsetzung, die negativen systemischen Folgewirkungen zu kompensieren. Entsprechend skizziert KAUFMANN dann auch den Begriff des Wohlfahrtsstaat (vgl. auch Münch 1994a):

“Wohlfahrtsstaatliche Entwicklung verläuft quer zur Differenzierung der großen Sinnsphären. So entstanden die Einrichtungen des Arbeitsschutzes und der sozialen Sicherung im Grenzbereich von Politik und Wirtschaft; Bildungs- und Gesundheitswesen verselbständigen sich systematisch unter dem Einfluß von Politik und Wissenschaft; (...) die Ausdifferenzierung von sozialen Diensten schließlich erfolgte im Grenzbereich von Politik und Religion.” Und: “Die wohlfahrtliche Entwicklung ist ein wesentliches Element der Lösung von Folgeproblemen der Verselbständigung von Politik und Ökonomie, sie folgt deshalb auch keiner einheitlichen Logik, sondern strebt nach einer Synthese unterschiedlicher – politischer, wirtschaftlicher, kultureller und sozialer – “Logiken””. (Kaufmann 1994a: 367).

Auf der Mesobene sind vor allem Organisationen Träger der Interpenetration. So schreibt WILLKE ihnen intersystemische Vermittlungs- und Koordinationsfunktionen zu, indem er sie als kollektive Akteure konzipiert, die über Agenten (Rollenträger) kollektive Handlungsfähigkeit erlangen (Willke 1996a: 183, Willke 1996b: 178ff.).¹ In ähnlicher Weise argumentiert TÜRK, daß die Homogenität der Organisationen die Verbindung zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Teilsystemen erleichtert (Türk 1995: 198ff.). Denn da alle Organisationen programmatische Transformationsleistungen für ‚ihre‘ gesellschaftlichen Teilsysteme erbringen, bilden sie auch ähnliche Strukturen aus, die die Verkopplung der Teilsysteme in der gesellschaftlichen Praxis erleichtern.² Über organisationale Handlungskompetenz können somit die Outputs anderer Organisationen ‚verstanden‘ und als Handlungsprämissen in die eigenen Programme aufgenommen werden. Darüber hinaus ist zu beobachten, daß Organisationen verschiedener gesellschaftlicher Teilsysteme gemeinsame Richtungswechsel vollziehen, sich also in ihren Merkmalen angleichen („strukturelle Isomorphien“) (DiMaggio/Powell 1983). So diffundieren beispielsweise Qualitätssicherungs-

der Systeme zu einem Ganzen. Interpenetration ist also ein Prozeß der Bildung von homogenen Mustern in analytisch distinktiven Systemen (Jensen 1978: 126).

¹ Nicht zuletzt deshalb wird das Konzept der Kontextsteuerung auch als Annäherung der Systemtheorie an handlungsorientierte Ansätze begriffen (Nolte 1999: 106f.)

² „Es ist ja schon aus logischen Gründen zwingend, daß alle Organisationen gemeinsame Merkmale aufweisen, sonst würden sie ja nicht „Organisationen“ genannt werden.“ (Türk 1995: 204)

konzepte und ‚lean management‘ in die gemeinnützigen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Wohlfahrtsverbände) und durchsetzen die Programme des Systems mit (betriebs-)wirtschaftlichen Elementen, die die Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung steigern sollen.

Auf der Mikrobene schließlich vollzieht sich Interpenetration über *Berufe* (Münch 1994b). Definiert als Bündelung sozialer Rollen, sind Berufe zwar einzelnen Teilsystemen zugeordnet, aber multipel konzipiert, insofern sie auch gleichzeitig mit Sinnlogiken anderen Teilsysteme ausgestattet sind. Entsprechend sind auch ihre individuellen Träger (Ärzte, Schwestern, Apotheker, Kassenangestellte) nicht als pure Vollzugsinstanzen der systemischen Autopoiesis zu verstehen, sondern als Agenten, die durch ihre Entscheidungen bestimmen, welche analytischen Gesetzmäßigkeiten in welchem Ausmaß geltend werden und welche Vermittlung zwischen ihnen zustande kommt. Im Gesundheitswesen ist in diesem Zusammenhang vor allem das Aufbrechen des ärztlichen Monopols und die Karriere der sog. ‚neuen Berufe‘ von Interesse, beispielsweise im Bereich Sozialmedizin, Paramedizin, Pflege, aber auch Organisationsberatung, Informationstechnik und Gesundheitsmanagement. Als gemeinsames Merkmal weisen Berufsgruppen aus diesen Feldern eine starke Überschneidung zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen auf (z.B. zum Sozialsektor und Wirtschaftssystem) und begünstigen somit die Diffusion systemfremder Logiken.

Mit seinem Konzept der Interpenetration kommt MÜNCH der Verdienst zu, die (potentiellen) Bindekräfte der polykontexturalen Gesellschaft aufzuzeigen. Aber auch die Kritik an seinem Modell ist beachtenswert (Nassehi 1997, Wehling 1992: 171ff.): Indem er den Focus auf Einheit und Integration richtet, die die Entwicklung funktionaler Teilsysteme über die Ausdifferenzierung der Interpenetrationszonen gleichsam flankieren, verkennt er das Konfliktpotential der modernen Gesellschaft, ihre riskante Verfassung und ihre Steuerungsprobleme. Er zeichnet ein zu harmonisches Bild der Gesellschaft, welches „empirisch, normativistisch und optimal zugleich“ (Wehling 1992: 195) intoniert ist und Desintegrationstendenzen negiert. Am ehesten bietet sich sein Konzept in der normativen Variante an, also als Lösungsansatz gegen die drohende Verselbständigung gesellschaftlicher Teilsysteme. Entsprechend schlägt beispielweise BECK vor, daß die Fragestellungen funktionaler Differenzierung durch Fragestellungen der funktionalen Koordination, Vernetzung, Abstimmung und Synthese zu ersetzen seien (Beck 1996a: 46f.). Wir finden diese Forderung in vielen Stichworten wieder, die derzeit in bezug auf Gesundheitsversorgung und -finanzierung diskutiert werden. Zu denken wäre an die stärkere Verknüpfung zwischen Gesundheits- und Bildungssystem (‘Gesundheitserziehung’), an die Einführung betriebswirtschaftlicher Effizienzkriterien

zur Optimierung der Versorgungsabläufe oder an die stärkere Berücksichtigung und Einbeziehung von Patienteninteressen.

Ein weiterer ausschlußreicher Begriff ist der der *Entdifferenzierung*. Entdifferenzierung stellt ebenfalls auf den Versuch ab, die Krisenerscheinungen der funktionalen Differenzierung institutionell zu verarbeiten. Wenn funktionale Differenzierung als eine Eins-zu-Eins-Zuordnung von Funktion und Standard beschrieben werden kann (das Gesundheitssystem ist für Krankheit zuständig und erfüllt diese Funktion anhand medizinischer Kriterien), dann liegt Entdifferenzierung dann vor, wenn diese Zuordnung aufgebrochen oder relativiert wird (Berger 1990: 237). Dies kann auf verschiedenen Wegen geschehen: Entweder werden nicht-medizinische Funktionen an das Gesundheitssystem angelagert oder medizinische Funktionen wandern ab in andere Teilsysteme. So ließe sich die Fitness- und Wellnessbewegung als Abwanderung gesundheitlicher Funktionen in den Freizeit- und Sportsektor interpretieren; ebenso verweist die zunehmende Bedeutung des betrieblichen Arbeitsschutzes, des Umweltschutzes, des Sozial- und Ernährungssektors auf die Auslagerung insbesondere präventiver gesundheitlicher Aufgaben. Umgekehrt verhält es sich mit der sog. Wachstumsthese: Die Tatsache, daß der Gesundheitssektor häufig als ‚Hoffnungsträger‘ für Wachstum und Beschäftigung interpretiert wird, kann als Anlagerung genuin wirtschaftlicher Funktionen aufgefaßt werden. Empirisch wird jedoch eine völlige Trennung von systemspezifischen Aufgaben eher selten zu beobachten sein – vielmehr handelt es sich um eine Vermischung verschiedener systemspezifischer Funktionen. Ähnlich gelagert ist dann auch die Definition, die Buß/Schöps anbieten:

“Die Entdifferenzierung behandelt jenen sozialen Prozeß, der die Struktur gesellschaftlicher Subsysteme (...) gewissermaßen diversifiziert: nicht die thematische Vielfalt, nicht die relative Autonomie, sondern die relative Heteronomie, nicht die funktionale Spezialisierung, sondern die funktionale Verflechtung und funktionale Erweiterung stehen im Vordergrund; konkret: gesellschaftliche Teilbereiche übernehmen ursächliche Fremdfunktionen, um dadurch Unvereinbarkeiten zwischen kontrastierenden Zielen einzelner gesellschaftlicher Teilsysteme zu reduzieren und die Koordinationssanstrengungen der Gesellschaft zu entlasten” (Buß/Schöps 1979: 317).

Die Abgrenzung zum Begriff der Interpenetration bereitet einige Schwierigkeiten. Gemeinsam ist nämlich beiden Konzepten, daß sie auf eine Vermischung von Systemlogiken abzielen, die die Eigengesetzlichkeit der betroffenen Systeme nicht unangetastet läßt. Im Rahmen der Entdifferenzierung kommt aber der intersystemischen Zonenbildung nicht so eine große Bedeutung zu; die Betonung liegt stärker auf der Assimilation systemfremder Funktionen, die schließlich selbst strukturbildend in den Aufbau eines Subsystems eingehen. Der ausschlaggebende Unterschied ist

aber vor allem darin zu sehen, daß Interpenetration als Integrationsinstrument von vorneherein funktionale Differenzierung begleitet, während Entdifferenzierung häufig eher als *Krisenfolge teilsystemischer Verselbständigung* gilt.

“Entdifferenzierungen sind nicht in erster Linie Krisenursache in funktional differenzierten Gesellschaften, wie Luhmann behauptet, sondern Krisenfolge, Resultat eines krisenhaften Verlaufs und ‘dysfunktionaler’ Ergebnisse von funktionalen Differenzierungsprozessen. Sie signalisieren, daß die hegemonialen gesellschaftlichen Definitionen von “Funktionen” und “Effizienz” krisenhaft geworden sind; Entdifferenzierungen zeigen an, daß der Verweis auf allgemeine und unvermeidliche “Folgeprobleme der funktionalen Differenzierung” nicht ausreicht, daß es vielmehr darauf ankommt, die jeweiligen Formen funktionaler Systemdifferenzierung zu analysieren” (Wehling 1992: 165f.)

Dies wiederum bedeutet nicht, daß Entdifferenzierung erst im Zuge der jüngsten gesellschaftlichen Entwicklungen eine Rolle spielt. Zwar tritt sie chronologisch als Reaktion auf Krisenerscheinungen auf, ist aber in der Geschichte keineswegs ein marginales Phänomen, sondern ebenso gegenwärtig wie Differenzierung. Manchmal finden sich auch beide gleichzeitig. “Der moderne Department Store stellte z.B. als Organisation eine Fusion von Funktionen dar, während er gleichzeitig die Arbeit spezialisierte”. (Rüschemeyer 1991: 379) Ähnliches gilt für die Entwicklung moderner Krankenhäuser. Zunächst als ‘Siechenhäuser’ konzipiert, assimilierten sie im Laufe der Zeit auch die Funktionen von Hebammen und Chirurgen (die damals genaugenommen noch nicht zur medizinischen Zunft zählten) und trieben gleichzeitig ihre interne Arbeitsteilung und Ausdifferenzierung voran. Insofern stellt sich die Frage, ob der isolierte Differenzierungsbegriff nicht unzureichend für ein adäquates Verständnis der Moderne ist, und ob sich nicht durch eine genauere Analyse von Entdifferenzierungsprozessen neue Erkenntnisse für die Entwicklung funktional differenzierter Gesellschaften gewinnen lassen.

Obwohl als Krisenfolge konzipiert, müssen Phänomene der Entdifferenzierung nicht unbedingt als Scheitern oder Regression auf ein früheres Niveau begriffen werden.¹ Im Gegensatz zu Evolutions- und Modernisierungstheorien bewerten HALFMANN/JAPP Entdifferenzierungsprozesse als durchaus positiv, wenn auch risikogeladen. Im sozialen Sektor, so argumentieren sie, sind Entdif-

¹ So setzt beispielsweise ETZIONI Entdifferenzierung mit der Regression zu einfacheren Systemen gleich, die die instrumentellen Gewinne der Differenzierung unterminieren. In seinem Evolutionsmodell folgt daher auf die differenzierte Gesellschaft die reintegrierte Gesellschaft, die die Fähigkeiten der differenzierten und die integrative ‘Ganzheit’ der undifferenzierten Gesellschaft kombiniert (Etzioni 1975: 580ff.). Unklar bleibt allerdings, wie sich denn genau der Prozeß der Reintegration vollziehen soll - sowohl auf der Ebene gesellschaftlicher Teilsysteme als auch auf Akteurebene.

ferenzierungsprozesse Resultat der Bürokratisierung und des Verlustes lebensweltlicher Kompetenz (Halfmann/Japp 1981). Die Folge ist ein sinkende Selektivitätsniveau, d.h. die Grenze zwischen dem sozialen Sektor und seiner Umwelt verliert an Trennschärfe. Dies führt einerseits zum Domänenverlust der Sozialbürokratien, andererseits werden neue Formen der klientelistischen Interessensorganisation und der Durchsetzung von Ansprüchen ermöglicht. Insofern können Entdifferenzierungsprozesse auch die Rückbindung systemischer Steuerungs- und Problemlösekompetenzen an *lebensweltliche Kontexte* zu Folge haben – und dies wiederum wäre kein Anzeichen für gesellschaftliche Regression als vielmehr ein Mechanismus zur Reintegration.

Unter integrationstheoretischen Aspekten sind zwei weitere aufschlußreiche Begrifflichkeiten anzuführen: (Selbst-)steuerung und Selbstreflexion. Während sich Interpenetration und Entdifferenzierung vor allem auf die *Durchlässigkeit von Systemgrenzen* und die Zunahme fremder Sinnlogiken beziehen, steht bei Selbststeuerung und -reflexion die *Aktivierung systeminterner Potentiale* im Vordergrund, die ein besseres Verständnis über die in der Umwelt erzeugten Folgewirkungen und eine dementsprechende Anpassung ermöglichen sollen.

Befassen wir uns zunächst mit dem Begriff der *Steuerung*. Zunächst wirft bereits der Begriff als solcher Kontroversen auf, denn gemäß dem zuvor Gesagten kann in einer polyzentrischen Gesellschaft kein System gesamtgesellschaftliche Steuerungskompetenzen beanspruchen. Dies gilt auch für das politische System, welches zwar gemeinhin als Steuerungssubjekt angesehen wird, aber auch nur ein weiteres autopoietisches Teilsystem darstellt. Gleichwohl es zwar die Funktion hat, kollektiv bindende Entscheidungen für die Gesellschaft zu formulieren, sind seine Leistungen für die anderen Systeme nicht mehr als Impulse, die dort nach eigenem Code registriert und prozessiert werden. Daraus folgt nach LUHMANN zunächst die prinzipielle Unsteuerbarkeit der Systeme. Allerdings scheint auch für ihn die strukturelle Kopplung allein unzureichend als Integrationsmechanismus, daher bietet er zwei weitere Mechanismen an: Sachzwänge und Reflexion. *Sachzwänge* eignen sich insbesondere zur Dämpfung von Ansprüchen und mildern die daraus hervorgehenden Wachstumstendenzen. Ein erster Sachzwang wären finanzielle Knappheiten, denn alle Funktionssysteme sind darauf angewiesen, Geld als Energie zu verbrauchen (Rosewitz/Schimank 1988: 301f.).

“‘Mehr Geld’ ist der kategorische Optativ dieser Gesellschaft, gerade weil alle Erhaltungs- und Steigerungsansprüche damit in Gang gehalten werden können; und ‘weniger Geld’ ist zugleich das einzige Regulativ, das auf der Ebene symbolischer Kommunikation die Grenze des Erreichbaren (...) repräsentiert” (Luhmann 1983: 39)

Ein zweiter Sachzwang sind Interdependenzbeziehungen; in diesem Fall zwingen andere Funktionssysteme zur Leistungsminderung. Hier sind vor allem gesetzliche und rechtliche Maßnahmen interessant, denn ebenso wie Geld tangiert Recht alle gesellschaftlichen Teilsysteme, weil es via Autorität substantielle Entscheidungskriterien für die Regulierung gesellschaftlicher Konflikte bereitstellt.¹ Geld und Recht werden unter der Kategorie *Globalsteuerung* subsumiert: Sie sind gesellschaftsweit zirkulierende generalisierte Medien, die von allen Systemen ‘verstanden’ werden. Bei beiden Steuerungsformen kommt dem politischen System eine exponierte Stellung zu: Erstens ist es mit der Zusatzfunktion ausgestattet, sich Geld ohne Gegenleistung zu beschaffen (über Steuern etc.), bzw. Geld zurückhalten zu können, zweitens spielen politische Institutionen eine wichtige Rolle bei der Generierung rechtlicher Entscheidungen. Denn die kollektiv bindenden Entscheidungen, die im politischen System getroffen werden, werden über die Transformation zu Rechten gesellschaftsweit interpretierfähig (Habermas 1992: 465).

Auch im Gesundheitswesen bedient sich das politische System der Kombination Geld/Recht zu Steuerungszwecken. Durch Gesetzgebung werden z.B. die versicherungsfinanzierten Ausgaben des Gesundheitswesens auf einen bestimmten Anteil des BSP limitiert oder die öffentlichen Institutionen bei Infrastrukturleistungen eingeschränkt. Resultat ist die berühmt-berüchtigte Budgetierung der Gesundheitsausgaben, die in den Reformbemühungen der letzten zwanzig Jahre im Vordergrund stand. Die Wirksamkeit dieser Steuerungsbemühung wird jedoch als äußerst fragwürdig und unter Umständen auch kontraproduktiv eingeschätzt (Bauch 1996b, Düllings 1997). Denn die Resonanz im Gesundheitswesen bedeutet ja zunächst nur, daß das System reagiert; ob und wie es im Sinne der politischen Sollvorstellung reagiert, ist eine andere Frage. Da sind zunächst die *nicht intendierten Nebenwirkungen*: Budgetierungsintentionen des politischen Systems können beispielsweise durch vorweggenommene Ausgabenexplosionen unterlaufen werden (z.B. der Run auf die Zahnärzte vor Inkrafttreten des GRG), oder die Leistungserbringung verschiebt sich zunehmend in den Bereich der privaten Finanzierung. Anstatt also Ausgaben zu limitieren, stellt das Gesundheitswesen auf einen anderen Finanzierungsmodus um – und dies wiederum bringt das politische System in arge Bedrängnis (Stichwort ‘Zwei-Klassen-Medizin’). Im schlimmsten Fall kommt es zu einer *Übersteuerung*: Der ökonomische Druck im Gesundheitswesen wird so stark,

¹ Insbesondere HABERMAS räumt dem Recht aufgrund seiner Vermittlungsfunktion zwischen System- und Lebenswelt eine sehr exklusive Stellung ein: Lebensweltliche Botschaften sind, damit sie von den Systemen der Gesellschaft überhaupt verstanden werden können, zunächst in die Sprache des Rechts zu übersetzen. Dieses fungiert also wie ein Transformator, der sicherstellt, daß “normativ gehaltvolle Botschaften *gesellschaftsweit* zirkulieren” (Habermas 1992: 78).

daß die Codierung des System unterlaufen wird – Gesundheitsleistungen werden rationiert; Krankheit löst nicht mehr unmittelbar das Prozessieren des Systems aus.

Vielversprechender erscheinen daher Ansätze, die auf eine stärkere *Selbststeuerung* des Systems abzielen. In diesem Sinne formulierten TEUBNER und WILLKE das Konzept der *Kontextsteuerung* (Teubner/Willke 1984, Willke 1989). Ein Beispiel für Kontextsteuerung ist das sog. *reflexive Recht*: Hier verzichtet die staatliche Rechtssprechung darauf, substantielle Entscheidungskriterien für die Regulierung gesellschaftlicher Konflikte bereitzustellen und schafft stattdessen Verhandlungssysteme und -verfahren, in deren Rahmen dann die betreffenden gesellschaftlichen Teilsysteme ihre Abstimmungsprobleme autonom regulieren. Genau dies kommt z.B. bei den Vergütungsverhandlungen zwischen den Gesundheitspartnern zum Ausdruck. Nimmt man eine akteurtheoretische Perspektive ein, so wird nicht nur das komplexe Zusammenspiel der beteiligten Akteure in derartigen Verhandlungen deutlich, sondern auch die *Schwachstellen* der Kontextsteuerung: So besteht gerade im Gesundheitswesen die Gefahr einer zu großen Steuerungsfähigkeit – das dichte Geflecht von Ärzteverbänden, Versicherten und Pharmaunternehmen ist durchaus in der Lage, durch Reformblockaden die politischen Steuerungsbestrebungen langfristig zu konterkarieren (Mayntz 1990b, Rosewitz/Webber 1990).

Dennoch scheint die (politisch flankierte) Selbststeuerung ein vielversprechender Integrationsmechanismus, da sie treffsicherer als Sachzwänge auf Verselbständigungstendenzen zu reagieren vermag (Schimank 1996: 198). Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, daß Selbststeuerung ein reflexiver Charakter innewohnt, womit wir beim zweiten von LUHMANN vorgeschlagenen Integrationsmechanismus angelangt wären. Unter *Reflexion* versteht LUHMANN eine spezifische Form der Selbstbetrachtung eines Systems, das sich selbst als Gesamtheit beobachtet und seinen Zustand mit alternativen Zuständen vergleicht (Baraldi u.a. 1998: 117, Japp 1996: 199ff.). Auf diese Weise kann eine Art Kontrolle und Modifizierung des Operationsmodus erlangt werden.¹ Ausgangspunkt ist hierbei eine Umstellung der Codierungssemantik: So wurde im Zuge der Herausbildung des ökonomischen Systems die Codierung arm/reich zu Kapital/Arbeit und später zu zahlungsfähig/nicht zahlungsfähig transformiert. Der Operationsmodus wird somit dahingehend modifiziert, daß eine stärkere Kontrolle in bezug auf die Folgewirkungen in anderen Systemen ermöglicht wird – und dies ist für das Wirtschaftssystem insofern rational, weil seine eigene Funktionsfähigkeit von der reibungslosen Funktion anderer Systeme abhängt.

¹ BERGER definiert noch konkreter: “Unter Reflexion kann man allgemein eine Selbstbeschränkung eines gesellschaftlichen Teilbereichs bei der Verfolgung der bereichsspezifischen Ziele verstehen” (Berger 1986: 94).

Nun ist aber ausgerechnet das Gesundheitssystem denkbar schlecht für die Ausbildung einer Reflexionstheorie präpariert (Luhmann 1990a). Dies hat mit seiner außergewöhnlichen Codierung zu tun. Denn während das Prozessieren eines Systems durch den *positiven Wert* (Krankheit) ausgelöst wird, basiert Reflexion, also die Vorstellung, es könnte auch anders sein, nach LUHMANN immer auf dem *negativen Wert* eines Systems, und der ist in diesem Falle Gesundheit. Doch Gesundheit ist ein universeller und inhaltsleerer Begriff zugleich: Während die Krankheitsterminologien in der Medizin anwachsen, ist Gesundheit bestenfalls negativ als Abwesenheit von Krankheit oder als Noch-nicht-Krankheit zu definieren. Aus diesem Grund kann das Gesundheitssystem keine Reflexionstheorie ausbilden, ist also defizitär ausgestattet, wenn es um die Anpassung an die gesellschaftliche Umwelt geht. Allerdings kann es dieses Manko kompensieren (Luhmann 1990a).¹ So ist insbesondere der medizinisch-technische Fortschritt ein treibender Faktor zu ersten Ansätzen einer *Zweitcodierung*, die neue Kontingenz- und Reflexionsspielräume eröffnet.² LUHMANN führt hier die Unterscheidungen heilbar/unheilbar und genetisch o.k./genetisch bedenklich als mögliche Zweitcodierungen an, BAUCH schlägt die Differenzierung in lebensförderlich/lebenshinderlich vor.³ Diese könnten die Operationen des Systems modifizieren, da dadurch neue Behandlungskriterien und -probleme in den Vordergrund rücken.

Neue Reflexionsmöglichkeiten steigern aber nicht nur die potentiellen Anpassungsspielräume, sondern bergen auch neue Gefahren und Risiken. Gerade die Zweitcodierungen des Gesundheitswesens sind hierfür ein gutes Beispiel. Denn deren Kriterien sind ja bislang nicht spezifiziert. Ab wann ist etwas als genetisch bedenklich einzustufen, und wie soll darauf reagiert werden? In wel-

¹ Zum Beispiel durch seine professionelle Ethik, die sich angesichts des technischen Fortschritts neuen Problemlagen anpassen muß. Außerdem verfügt das Gesundheitssystem über die außergewöhnliche Fähigkeit, alle anderen Systeme zur Anpassung zu drängen. Dies geht auf die durchschlagende prioritäre Logik von Krankheit zurück: Der Arzt hat Vortritt vor allen Funktionsbereichen; wenn der Körper aktuelle Hilfe verlangt, müssen alle anderen teilsystemischen 'Uhren' stillstehen (Luhmann 1990a: 188ff.).

² Alle wichtigen gesellschaftlichen Teilbereiche haben Zweitcodierungen ausgeprägt, z.B. die Zweitcodierung der politischen Macht durch das Recht oder die des Eigentums durch das Geld. Zweitcodierungen sind besser technisierbar und führen zu einem gesteigerten Repertoire der Programme und der der Risikoabsorption (Luhmann 1990a: 188).

³ Nach BAUCH entwickelt sich diese Unterscheidung zu einer *gesamtgesellschaftlichen Leitcodierung*, die eine Art Supervision über alle anderen gesellschaftlichen Teilbereiche ausübt. Diese Leitcodierung ist ebenfalls ein Integrationsmechanismus, denn sie bremst den Selbstlauf der Systeme insofern, als daß die Fremdgefährdung von Natur und Mensch nicht zur Selbstgefährdung der Gesellschaft durch sich selbst wird (Bauch 1996a). Obwohl diese These äußerst attraktiv ist, wird sie von der Verfasserin nicht geteilt. Denn andere Teilsysteme könnten aufgrund ihrer Relevanz ebenfalls die gesellschaftliche Leitcodierung beanspruchen. Bestes Beispiel ist derzeit das Wirtschaftssystem: Die wirtschaftliche Semantik diffundiert zunehmend in die Prozesse anderer gesellschaftlichen Teilsystemen (Stichworte Effizienz, Innovation, Kundenorientierung); insofern übt auch das Wirtschaftssystem eine Art Supervision über seine gesellschaftliche Umwelt aus.

chen Fällen soll Leben verlängert werden, in welchen nicht? Mit diesen Fragen wird das bereits skizzierte Terrain der unbekannten Nebenfolgen betreten, auf die BECK seine 'reflexive Modernisierung' bezieht (Beck 1996a, zu einer kritischen Auseinandersetzung Wehling 1992). Gleichzeitig gehen mit Zweitcodierungen verstärkte Interdependenzen mit anderen Teilsystemen einher. Zu denken ist hier an die politischen und ethischen Komponenten der Genetik oder an die Betroffenheit anderer gesellschaftlicher Bereiche bei unheilbaren Krankheiten (sozialer Sektor, Rechtssektor, Ökonomie, Familie). BECK plädiert in diesem Zusammenhang für ein Aufbrechen alter systemischer Monopole (Beck 1986: 368ff.). Das Gesundheitssystem wäre demnach nicht länger die einzige Arena, in dem über die Zukunft von Gesundheit und Krankheit entschieden wird. Würden die Stimmen der 'Öffentlichkeit' und anderer Teilsysteme, die sich bislang im Gesundheitssystem nur mühsam gegen die professionelle Dominanz behaupten können, institutionell etabliert, wäre ein neuer Weg zu Selbstkritik und -beschränkung möglich.

1.3 Schlußfolgerungen

Im ersten Abschnitt dieses Kapitel wurde das Gesundheitssystem im Licht der Differenzierungstheorie als funktionales *Teilsystem der Gesellschaft* analysiert. Unter *systemtheoretischen* Aspekten standen dabei vor allem die Selbstreferentialität und die sinnhafte Codierung des Gesundheitswesens im Vordergrund. In *akteurtheoretischer* Hinsicht wurden die Binnendifferenzierung und die kollektiven Akteure des Gesundheitswesens betont; damit gerieten gleichzeitig Fragen des institutionellen Kontextes und der Verhandlung in den Blick. Während die Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems im Licht der Systemtheorie als evolutionäre 'Zwangsläufigkeit' mit dem Ziel der Effizienzsteigerung begriffen wird, zielt die akteurtheoretische Variante eher auf Interessen und Aushandlungsprozesse zwischen den beteiligten Akteuren ab, die sich im Rahmen veränderbarer struktureller Kontexte vollziehen.

Im zweiten Abschnitt dieses Kapitels ging es um den Komplementärbegriff der *Integration*. Zunächst wurde aufgezeigt, daß gesellschaftliche Teilsysteme aufgrund ihrer Selbstreferentialität zur *Hypostasierung* tendieren. Historisch wurde nachgezeichnet, wie sich das Gesundheitswesen über den Mechanismus der *Inklusion* gesellschaftliche Problemlagen aneignete und so eine Ausweitung seiner Funktionen erzielte. Die damit einhergehende immanente Leistungssteigerung hat u.U. negative Auswirkungen in der gesellschaftlichen Umwelt zur Folge; im Extremfall droht die *Verselbständigung* des Systems. Anhand der Indikatoren Ressourcenverbrauch, unzureichende Leistungsproduktion und gesellschaftliche Risiken konnte der Trend zur Verselbständigung auch in bezug auf das Gesundheitssystem diagnostiziert werden.

Daraus leitete sich die wesentliche Frage dieser Arbeit ab: Wie kann das Gesundheitswesen integriert, d.h. an seine gesellschaftliche Umwelt ‚rückgekoppelt‘ werden? Vermutet wird in diesem Zusammenhang, daß die Reform- und Entwicklungsprozesse im Gesundheitssystem – gesundheitspolitische Maßnahmen, Professionsentwicklung, die Modernisierung des Versorgungsektors – eine Reaktion auf die drohende Verselbständigung des Teilsystems sind. Die These, die sich in diesem Zusammenhang formulieren läßt, lautete: Um die negativen Folgewirkungen zu verringern, die das Gesundheitssystem in seiner gesellschaftlichen Umwelt auslöst, vollzieht sich eine Abkehr vom Primat der funktionalen Ausdifferenzierung. Diese wird zwar nicht ersetzt, aber flankiert durch Integrationsmechanismen, die eine bessere Anpassung des Gesundheitssystems an die gesellschaftlichen Bedarfslagen ermöglichen.

In der vorliegenden Arbeit wird es darum gehen, die Entwicklung des Gesundheitswesens unter der Integrationsperspektive genauer zu analysieren. Zu diesem Zweck wurden in diesem Kapitel mehrere Konzepte diskutiert, die als Integrationsmechanismen fungieren können. Den Auftakt bildeten *Interpenetration* und *Entdifferenzierung*, die sich parallel zur funktionalen Ausdifferenzierung vollziehen. Der Focus beider Konzepte zielt darauf ab, daß die Grenzen zwischen Systemen nicht so starr sind wie in der LUHMANN'schen Systemtheorie vorgesehen. Im Fall der Interpenetration bilden sich Zonen zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen aus, die Elemente systemfremder Logiken transportieren. In Bezug auf das Gesundheitswesen vollzieht sich dies über den Wohlfahrtsstaat, über Organisationen und über Berufe. Im Falle der Entdifferenzierung wird die Grenze zur Umwelt herabgesetzt, um Funktionen anderer Teilsystemen zu implementieren und eigene Funktionen abzugeben. In diesem Sinne kann die Fitness- und Wellnessbewegung als Abgabe gesundheitlicher Funktionen interpretiert werden, umgekehrt verweist die These vom Gesundheitssektor als Wachstums- und Beschäftigungsfaktor auf die Übernahme (wirtschaftlicher) Fremdfunktionen. In beiden Konzepten wird zwar nicht die genuine Codierung des Systems unterlaufen, jedoch diversifizieren sich die Operationen und Programme, die sich im Teilsystem vollziehen. In diesem Sinne kann der Austausch von Sinnlogiken oder Funktionen als Integrationsleistung gewertet werden, die die Anpassung des Gesundheitssystems an die Umwelt erleichtert und negative Externalitäten zu verringern hilft.

Anschließend wurden die Integrationsmechanismen *Selbststeuerung* und *-reflexion* diskutiert. Beide beziehen sich auf die Aktivierung systeminterner Potentiale, die eine Einschränkung oder Anpassung der systemischen Leistungen in bezug auf die gesellschaftliche Umwelt zu Folge haben. Im Unterschied zu extern erzwungenen Steuerungsformen (Sachzwänge wie Geld, rechtliche Regulierung), die mitunter kontraproduktive Effekte haben können, zielt Selbststeuerung auf die Ein-

richtung von Verhandlungsarenen, in deren Rahmen die Akteure des Gesundheitswesens und der betroffenen Teilsysteme ihre Abstimmungsprobleme autonom regulieren. In diesem Sinne sind vor allem die politischen und verbandlichen Bemühungen zur finanz- und versorgungstechnischen Regulierung des Gesundheitswesens von Interesse. Reflexion wiederum bedeutet, daß gesellschaftliche Teilsysteme ihre Operationsmodi in bezug auf mögliche (geeignete) Alternativen beobachten. In diesem Zusammenhang wurde auch darauf hingewiesen, daß Reflexion im Gesundheitswesen aufgrund der außergewöhnlichen Codierung mit besonderen Problemen verbunden ist.

Unter Einbezug weiterer theoretischer Ansätze (Wohlfahrtstheorie, Steuerungs- und Dienstleistungstheorie) wird in den folgenden Kapiteln der Versuch unternommen, die hier genannten Integrationsmechanismen in bezug auf das Gesundheitssystem zu konkretisieren. Dies wird mit Hilfe eines Vergleichs zwischen den Entwicklungstendenzen im niederländischen und deutschen Gesundheitssystem erfolgen. Bevor *en detail* auf die Integrationsthese eingegangen wird, schließt sich im folgenden Kapitel zunächst eine ‚neutrale‘ Bestandsanalyse beider Gesundheitssektoren an. Diese hat einerseits den Zweck, einige markante Merkmale des Begriffes Gesundheit aufzuzeigen. Andererseits soll dem Leser damit aber auch ein erster Überblick über die Konzeption des niederländischen und deutschen Gesundheitssektors gegeben werden, der für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel eine wertvolle Hilfestellung ist.

2 BESTANDSANALYSE DES NIEDERLÄNDISCHEN UND DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESENS

Gesundheit ist ein *superiores*, d.h. lebensnotwendiges Gut, welches nicht nur die Spitze der individuellen Bedürfnisskalen anführt, sondern auch die Leistungsfähigkeit von Gesellschaften entscheidend beeinflusst. Gemäß dieser exklusiven Bedeutung haben moderne Gesundheitssysteme ein vielfältiges Aufgabenspektrum zu bearbeiten. Unter funktionalen Gesichtspunkten läßt sich das Gesundheitssystem beschreiben als Planung und Bereitstellung, Durchführung und Finanzierung von Einrichtungen, Maßnahmen und Programmen, die folgenden Zielen dienen (Bauer 1992, BMBF 1997, Schwartz u.a. 1995: 3):

- **Prävention:** Minderung von Erkrankungsrisiken der Bevölkerung und Verbesserung des gesundheitlichen Wohlbefindens
- **Kuration:** Erkennung und Therapie von Krankheiten durch professionelle Dienste
- **Rehabilitation:** Wiederherstellung beeinträchtigter funktionaler, somatischer, kognitiver, emotionaler und sozialer Fähigkeiten
- **Pflege** dauerhaft Erkrankter bzw. Behinderter.

In modernen Wohlfahrtsstaaten wird Gesundheit außerdem als *meritorisches Gut* klassifiziert. Dies bedeutet, daß Gesundheit prinzipiell durch einen freien Markt erbracht werden könnte, aber durch gesellschaftspolitische Entscheidungen den Charakter eines *öffentlichen Gutes* erhält (Henrichsmeyer u.a. 1991: 293). Ausschlaggebende Ursache für diese Klassifizierung sind die spezifischen Merkmale des Gutes Gesundheit, die als „infrequent, but unpredictable and very costly“ beschrieben werden können (CPB 1997: 505). Damit ist gemeint, daß der Bedarf nach Gesundheit nicht nur in unregelmäßigen Abständen auftritt, sondern auch unvorhersehbar und teuer ist. Überließe man die Erbringung eines solchen Gutes den Kräften des freien Marktes, wäre eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung für alle Mitglieder der Bevölkerung gefährdet (*Marktversagen*) – ein Effekt, der in modernen Wohlfahrtsstaaten als wenig wünschenswert eingeschätzt wird.

Um eine umfassende Gesundheitsversorgung garantieren zu können, bedarf es also politischer Regulierung, die mehrere Ziele ausbalancieren muß (Murswieck 1992: 129): Auf der *gesellschaftlichen Ebene* geht es um den Anspruch, daß im Bedarfsfall jeder Bürger unabhängig von Einkommen und sozialem Status Anspruch auf die erforderliche Versorgung hat. Auf der *medizinischen Ebene* wird die bestmögliche Qualität der Gesundheitsversorgung unter Wahrung der

menschlichen Würde und Freiheit angestrebt. Auf der *ökonomischen Ebene* steht die kostengünstige Bereitstellung von Gütern und Diensten im Vordergrund.

Gesellschaftliche, medizinische und ökonomische Ziele stehen in Konflikt miteinander; einzelne Akteure des Gesundheitssystems räumen ihnen aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen unterschiedliche Prioritäten ein (Murswieck 1992: 129). Je nachdem, wie sich das Verhältnis dieser Ziele gestaltet, weisen nationale Gesundheitssysteme Varianzen auf. So verfügen zwar alle westlichen Industrienationen über ein gesundheitspolitisches System – wer aber Gesundheitsleistungen in welcher Höhe finanziert, wer sie in welchem Umfang in Anspruch nehmen kann, wer sie mit welchen Kompetenzen verwaltet und wer auf Umfang und Qualität der Versorgung Einfluß nimmt – dies ist in Deutschland anders als in Großbritannien und dort wiederum anders als in den skandinavischen Ländern. Daher soll in diesem Kapitel zunächst ein Überblick über die wesentlichen Merkmale, Gemeinsamkeiten und Unterschiede des niederländischen und deutschen Gesundheitswesens gegeben werden.

2.1 Gestaltungsmerkmale des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems

2.1.1 Gesundheit als korporatistisches Verbandswesen

Charakteristisch für das gesundheitspolitische System in den Niederlanden und der Bundesrepublik ist, daß die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsdiensten gesellschaftlichen Akteuren obliegt, die durch staatliche Regulierung koordiniert werden. So wird die Gesundheitsversorgung in beiden Ländern durch Ärzte und Apotheker erbracht, die auf privatwirtschaftlicher Basis tätig sind, durch Krankenkassen, die als parafiskalische Einrichtungen rechtlich und organisatorisch autonom sind und durch Kliniken und Pflegeheime, die auf gemeinnütziger Basis arbeiten. Allerdings ist das Geschehen im Gesundheitswesen kein gesellschaftlicher ‘Selbstlauf’, sondern wird durch staatliche Vorgaben, Rahmensetzungen und Subventionen flankiert. Das Zusammenspiel zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren ist demnach ein erstes wichtiges Kriterium zur Skizzierung des niederländischen und deutschen Gesundheitssektor.

In beiden Ländern stehen die Gesundheitsakteure dem Staat als *korporatistische Akteure* gegenüber, d.h. sie schließen sich zu Verbänden zusammen (Kassenverbände, Ärzteverbände, Wohlfahrtsverbände, Patientenvereinigungen). In regulierungsbedürftigen Gesellschaftsfeldern kommt den Verbänden eine *duale Funktion* zu (Döhler 1991, Lütz 1995, Streeck/Schmitter 1985): Als *Interessensverbände* repräsentieren sie einerseits die Interessen ihrer Mitglieder in

politischen Aushandlungsprozessen, andererseits sind sie als *Sozialleistungsverbände* zum Vollzug öffentlicher Aufgaben legitimiert und als solche ‘Partner des Staates’ bei der Gesundheitsversorgung.¹ Im Gegenzug erhalten sie für diesen Versorgungsauftrag nicht nur finanzielle Ressourcen (im Falle des Gesundheitswesens über die Versicherungssysteme und über staatliche Zuschüsse), sondern auch einen rechtlich legitimierten Einfluß auf die Gestaltung und Durchführung von ‘policy-Maßnahmen’. Dies bedeutet, daß sie Mitspracherecht bei der Ausgestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen haben.

Dieses Verflechtungssystem zwischen gesellschaftlichen Interessenverbänden und Staat wird durch den Begriff des *Neo-Korporatismus* auf den Punkt gebracht (vgl. die Beiträge in Gäfgen 1988, Heinze/Olk 1981, kritisch Schmid 1987). In der klassischen Definition von SCHMITTER ist Korporatismus ein Interessenvermittlungssystem,

„ (...) dessen wesentliche Bestandteile organisiert sind in einer begrenzten Anzahl singulärer Zwangsverbände, die nicht miteinander im Wettbewerb stehen, über eine hierarchische Struktur verfügen und nach funktionalen Aspekten voneinander abgegrenzt sind. Sie verfügen über staatliche Lizenz, wenn sie nicht sogar auf das Betreiben des Staates hin gebildet worden sind. Innerhalb der von ihnen vertretenen Bereiche wird ihnen ausdrücklich ein Repräsentationsmonopol zugestanden, wofür sie als Gegenleistung bestimmte Auflagen bei der Auswahl des Führungspersonals oder Unterstützung zu beachten haben.“ (Schmitter 1979: 24)²

In Bezug auf den Sozial- und Gesundheitssektor müssen in diesem Zusammenhang folgende Mißverständnisse ausgeräumt werden: So ist erstens die Auffassung falsch, daß der Staat seine Belange ‘großzügig’ an gesellschaftliche Akteure abgetreten hätte. Im Bereich der Armen- und Krankenfürsorge existierte vielmehr schon im deutschen Kaiserreich ein Nebeneinander an dezentralen öffentlichen und gesellschaftlichen Initiativen (Städte und Kommunen vs. freie Genossenschaften und Kirchen). Insbesondere im Zuge der Industrialisierung und der in Folge einsetzenden

¹ Diese duale Funktion wird auch in dem Begriff der *intermediären Organisation* deutlich, der Verbände als soziale Gebilde beschreibt, die in einem Spannungsverhältnis stehen: Einerseits unterliegen sie einer Mitgliedschaftslogik, die sich auf die Interessenrepräsentation der Mitglieder bezieht, andererseits einer Einflußlogik, die sich auf die Mitsprache und Durchführung von politischen Entscheidungen bezieht. Verbände verknüpfen diese Logiken, indem sie die aus der politisch-institutionellen Umwelt erhaltenen Ressourcen zur Lösung ihrer Mitgliedschaftsprobleme einsetzen (Streeck 1994).

² LEHMBRUCH macht zu Recht darauf aufmerksam, daß der Neokorporatismus des deutschen Gesundheitswesens von dieser der idealtypischen Definition abweicht: So ist das Gesundheitssystem eher durch ein pluralistisches Nebeneinander freier Verbände gekennzeichnet, die zudem in einem Konkurrenzverhältnis zueinander stehen. Dies gilt für die Ärzte- und Pharmaverbände, insbesondere aber für die fragmentierte und föde-

staatlichen Sozialpolitik kommt es zwar zu Zentralisierungstendenzen auf beiden Seiten und zu einer starken Konkurrenz – diese ist heute aber einer institutionalisierten Arbeitsteilung gewichen, die in der Regel vorsieht, daß gesellschaftliche Träger ein Versorgungsmonopol innehaben, welches vom Staat legitimiert und finanziell unterstützt wird (Alber 1992a: 36ff., Backhaus-Maul/Olk 1994: 101ff.).¹ Etwas anders, wenn auch mit ähnlichem Ergebnis, sieht die Entwicklung in den Niederlanden aus (Alber 1995, Nokielski 1987). Hier lag die Gesundheitsversorgung anfangs in den Händen der ‘Säulen’, die lange Zeit das wesentliche Strukturprinzip der niederländischen Gesellschaft bildeten.² Erst als in den 60er Jahren das Säulengefüge zu erodieren begann, füllten staatliche Aktivitäten das entstehende Vakuum der Gesundheitsversorgung aus. Sie erkannten dabei aber weitgehend das Versorgungsmonopol gesellschaftlicher Organisationen an und beschränkten sich auf Finanzierung und rechtliche Regulierung.

In beiden Ländern spielen staatliche Einrichtungen bei der Gesundheitsversorgung also eine eher untergeordnete Rolle. Dies sollte aber nicht zu einem weiteren Mißverständnis verführen, nämlich, daß der Staat keinen Einfluß auf die Ausgestaltung des Sozial- und Gesundheitssektors hätte. Im Gegenteil sind die gesellschaftlichen Akteure verpflichtet, die in Zusammenarbeit mit staatlichen Akteuren ausgehandelten Rahmenbedingungen und Auflagen umzusetzen und einzuhalten. Des weiteren tritt die staatliche Steuerung in Kraft, wenn die Selbstregulierung der gesellschaftlichen Akteure negative Effekte hervorruft, die das kollektive Interesse gefährden – die gesellschaftlichen Akteure agieren also im ‘Schatten der Hierarchie’ (Scharpf 1988, Schmitter/Grote 1997: 541). Dies ist z.B. dann der Fall, wenn die Gesundheitsausgaben gesetzlich gedeckelt werden, um die Lohnnebenkosten zu begrenzen. Ebenso ‘feinsteuert’ der Staat unter Umständen das Machtgefüge von Kassen- und Ärzteverbänden, um ausgewogene Verhandlungspositionen zu gewährleisten.

native Struktur der Kassenverbände. LEHMBRUCH spricht daher von einem staatlich privilegierten „interorganisatorischem Verhandlungssystem“ statt von einem zentralisierten Verbandssystem (Lehmbruch 1988: 22).

¹ Entscheidende Stationen auf dem Weg zu dieser Arbeitsteilung waren der *Subsidiaritätsstreit* in Deutschland (Backhaus-Maul/Olk 1994: 105ff.) und der *Schulstreit* in den Niederlanden (Schmid 1995b: 243). Ersterer bezog sich auf die gesellschaftlich-staatliche Arbeitsteilung im Sozial- und Gesundheitswesen (60er Jahre), letzterer auf die im Bildungswesen (1917). In beiden Feldern gelang es der gesellschaftlichen Seite, die öffentlichen Akteure zur Zusammenarbeit und zu finanziellen Zuschüssen zu verpflichten und die sog. *Funktionssperre* zu erstreiten, die besagt, daß staatliche Akteure erst bei Versorgungsdefiziten auf gesellschaftlicher Seite tätig werden dürfen.

² Unter Säulen sind segmentäre blockartige Gebilde zu verstehen, die ideologisch und religiös geprägte Lebens- und Funktionsbereiche sicherstellen sollen (Dunk 1998: 44, Nokielski 1987: 110f.). In den Niederlanden existierten vier Säulen - zwei konfessionell geprägte sowie ein liberale und eine konservative. Die Säulen übernahmen existentielle Versorgungsfunktionen in nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen (Bildung, Gesundheit, Medien), stellten also für ihre jeweiligen sozialen Milieus geschlossene Lebenswelten dar.

Idealtypisch weist ein neokorporatistisch strukturiertes Gesundheitswesen folgende Vorteile auf (Heinze/Olk 1981): Der Staat kann infrastrukturelle und personelle Ressourcen und das Know-How der Kassen-, Wohlfahrts- und Ärzteverbände für seine sozialpolitischen Intentionen und deren Umsetzung 'instrumentalisieren'. Gleichzeitig trägt deren Einbeziehung in den politischen Entscheidungsprozeß zur Legitimation und Konsensfindung bei. Die Verbände hingegen erhalten im Gegenzug finanzielle Ressourcen, einen privilegierten Zugang zu politischen Entscheidungsverfahren sowie die Lizenz als 'Durchführungsinstanzen'. Wie sich dieses korporatistische Beziehungsgefüge im niederländischen und deutschen Gesundheitssystem konkret gestaltet, soll auf den folgenden Seiten anhand des Versorgungs- und Versicherungssektor nachgezeichnet werden.

2.1.2 Aufbau des Versorgungssektors

Quer zu der anfangs angesprochenen funktional orientierten Gliederung liegt die institutionelle Gliederung der Gesundheitsversorgung, die sich aus historisch gewachsenen Abgrenzungen ergeben hat. In Deutschland sind unter diesem Gesichtspunkt folgende Versorgungsfelder relevant (Schwartz u.a. 1995: 4):

- Die **stationäre Versorgung** ist als Gesundheitsversorgung in besonderen Einrichtungen definiert, die durch kontinuierliche Unterbringungsmöglichkeit, umfassende Versorgung und medizinische Betreuung der Patienten gekennzeichnet sind.
- Die **ambulante Versorgung** umfaßt alle Gesundheitsdienste, die nicht stationär erfolgen. Hierzu gehören vor allem ärztliche Leistungen, aber auch Leistungen anderer Heilberufe, die teilweise ergänzend (z.B. Krankengymnasten), teilweise konkurrierend (z.B. Heilpraktiker) zu den Ärzten tätig sind. Die ambulante Versorgung erfolgt hauptsächlich in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, in geringem Umfang in Krankenhausambulanzen oder universitären Polikliniken.
- Die **Rehabilitation** wird ambulant und stationär durchgeführt und kombiniert ärztliche und nichtärztliche Behandlungen (soziale und berufliche Rehabilitation). Sie wird als eigener institutioneller Bereich geführt, da sie rechtlich und organisatorisch deutlich abweichenden Rahmenbedingungen unterliegt.
- Die **Arzneimittelversorgung** wird ebenfalls wegen ihrer Bedeutung und ihren besonderen Rahmenbedingungen (Apothekenwesen) gesondert betrachtet und grenzt sich von der **Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln** ab, die spezifische rechtliche und professionelle Charakteristika (nichtakademische Dienstleistungsberufe, handwerkliche Innungen, Gewerbetreibende) aufweist.

- Die **nicht-ärztliche Pflege** ist ein weiterer Gesundheitsbereich, der Sozialstationen, freie Pflegedienste und Heimpflege umfaßt. Ihr Klientel ist in den autonomen Alltagsfunktionen durch Krankheit, Unfall oder Alter beeinträchtigt und auf Hilfe Dritter angewiesen.
- Der **Öffentliche Gesundheitsdienst** umfaßt staatliche und kommunale Einrichtungen, die insbesondere präventive und kontrollierende, teils hoheitlich beaufsichtigende, teils beratende Aufgaben wahrnehmen. Der Umfang an behandelnden Leistungen ist hingegen gering.

Die Struktur des niederländischen Versorgungssektors ähnelt der des deutschen Gesundheitswesens, bietet aber ein homogeneres Erscheinungsbild. Unterschieden wird hier zwischen folgenden Bereichen (NIVEL 2000, Royal Netherlands Embassy 1998, Statistisches Bundesamt 1993):

- Der **‘preventive sector’** umfaßt sozialmedizinische Prävention und die frühe Diagnostizierung von Gesundheitsproblemen. Die Betonung liegt auf Information und Aufklärung, sozialpsychologischer Beratung, Familienhilfe und Gesundheitserziehung. Zuständig sind neben den kommunalen (GGDs) vor allem die gemeinnützigen Gesundheitsdienste (RIAGGs). Die Niederländer haben frühzeitig versucht, die einseitige Ausrichtung an kurativer Medizin zu vermeiden – aus diesem Grund spielt Prävention eine wichtigere Rolle als im deutschen Gesundheitssektor.
- Der **‘primary sector’** umfaßt alle ambulanten Einrichtungen. Hierzu gehören vor allem Hausärzte und Apotheker, aber auch Ausführende anderer Heilberufe, z.B. Hebammen, Krankenschwestern (*district nurses*), Physiotherapeuten, u.ä. Auffallend ist, daß neben den ‚konventionellen‘ Einrichtungen ein breites Netz an gemeinnützigen Pflegediensten (*home care*) und *Health Centres* (Gemeinschaftspraxen, die häufig soziale und medizinische Dienste unter einem Dach bündeln) existieren.
- Der **‘secondary sector’** beinhaltet einerseits die akute medizinische Versorgung in stationären Einrichtungen und die Betreuung durch die Fachärzte, andererseits alle Arten der Langzeitbetreuung in psychiatrischen Krankenhäusern, Rehabilitationszentren und Pflegeheimen.

Diese Gliederung verdankt sich nicht nur einem vielleicht sparsameren Umgang mit sprachlicher Differenzierung. Vielmehr spiegelt sich hier bereits ein grundlegender Unterschied zwischen dem deutschen und niederländischen Versorgungssektor wider, der im weiteren Verlauf dieser Arbeit noch eine große Rolle spielen wird. Erstens ist der niederländische ambulante Sektor als Einstiegsektor in das Gesundheitswesen konzipiert, der ggf. den weiteren Durchgang in den stationären Sektor vermittelt. Dies kommt in der *gate keeper*-Funktion der Hausärzte zum Ausdruck: Patienten müssen zunächst den Hausarzt aufsuchen, bevor sie an einen Facharzt überwiesen werden

können (Royal Netherlands Embassy 1998, 1999).¹ Daraus folgt auch, daß die niederländischen Hausärzte im gesamten Behandlungsverlauf eine zentrale Rolle spielen, insofern sie die Tätigkeiten der anderen Leistungsanbieter koordinieren und entsprechende Informationen über Diagnosen und Behandlungsverläufe bündeln (da die Gesundheitsreform 2000 ebenfalls eine Stärkung der deutschen Hausärzte intendiert, wird die Entwicklung des niederländischen *gate-keeper* in den folgenden Kapiteln noch häufiger eine Rolle spielen). Zweitens ist der niederländische Versorgungssektor homogener angelegt – insofern, als daß Fachärzte keine eigenen Praxen haben, sondern in den Kliniken angesiedelt sind.² Wie sich in Kap. 5 zeigen wird, kommen diese beiden Faktoren insbesondere bei der Durchführung von Modernisierungsstrategien positiv zum Tragen.

Für beide Länder ist weiterhin charakteristisch, daß das Versorgungssystem ‘gemischter’ Natur ist, d.h. die Gesundheitsversorgung wird von unterschiedlichen Akteurtypen wahrgenommen, die über ihre (Spitzen-)Verbände einen wesentlichen Einfluß auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse nehmen. Eine dominante Stellung nehmen *gemeinnützige Akteure* ein, also Vereine, Verbände und Stiftungen (in den Niederlanden als *particulier initiatifs* bezeichnet). Diese schließen sich zu Wohlfahrtsverbänden zusammen, die allerdings stark variierende nationale Strukturen aufweisen. In Deutschland sind die einzelnen Wohlfahrtsträger einem der sechs Spitzenverbände³ zugeordnet – das Verbandswesen ist also hochgradig zentralisiert. In den Niederlanden hingegen ist die Verbändelandschaft wesentlich differenzierter. Spitzenverbände im deutschen Sinne existieren dort nicht, statt dessen gibt es ca. 250 Dachverbände (Schmid 1995b: 115).

Im ambulanten Sektor, im Arzneimittelsektor und in der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln treten in großer Zahl *kommerzielle Akteure* hinzu (freiberufliche Praxen, Apotheken, private Sozialdienste), die sich in beiden Ländern zu spezifischen Berufs- und Interessengemeinschaften zusammenschließen: Besondere Bedeutung haben in diesem Zusammenhang die Ärzteverbände, die neben Kassenverbänden und Staat traditionelle Verhandlungspartner in der Gesundheitspolitik darstellen (Jackson 1996, Lampert 1994: 235). Die Kassenärzte in Deutschland sind zur Zwangsmitgliedschaft in den *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KVen) verpflichtet und können

¹ Jeder Einwohner der Niederlande muß sich bei einem Hausarzt registrieren lassen und darf sich im Bedarfsfall ausschließlich an ihn wenden. Ohne die (zeitlich befristete) Überweisung des Hausarztes darf der Patient keine fachärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen (Bos 1999: 145).

² Allerdings sind nur 10% der Fachärzte als Angestellte der Kliniken beschäftigt; die meisten arbeiten dort auf selbständiger Basis und vergüten die Klinik für die Inanspruchnahme der Infrastruktur (Bos 1999: 145).

³ Dies sind: *Deutscher Caritasverband* (DCV), *Diakonisches Werk* (DW), *Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband* (DPWV), *Deutsches Rotes Kreuz* (DRK), *Arbeiterwohlfahrt* (AWO), *Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden* (ZWStdJ) (Schmid 1995b:2).

sich darüber hinaus in freien Ärzteverbänden (z.B. *Hartmann-Bund*) organisieren. In den Niederlanden spielen auf nationaler Ebene vor allem die *Landelijke Huisartsenvereniging* (LHV) und *Landelijke Specialistvereniging* (LSV) eine wichtige Rolle, die wiederum Mitglied in der *Nederlandse Vereniging van Artsen* (VVAA) sind.

Über diese Institutionen hinaus gibt es in beiden Ländern noch einen weiteren wichtigen Versorgungszweig. Gemeint ist der *informelle Sektor*, der in der formellen Gliederung zumeist nicht berücksichtigt wird: Dieser umfaßt vor allem Eigenleistungen, die innerhalb der Familie erbracht werden sowie organisatorisch erbrachte Leistungen im Rahmen von Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftsinitiativen u.ä. (Beuels/Wohlfahrt 1991: 78ff., BMBF 1997: 107ff., Heinze/Strünck 2000). Ausmaß und Bedeutung der Versorgung im informellen Kontext sind nicht zu unterschätzen. So gilt z.B. die Familie nach wie vor als die Nr. 1 unter den 'Gesundheitsdienstleistern',¹ und auch die Selbsthilfegruppen erfüllen für ihre Mitglieder wichtige Funktionen (Erweiterung der medizinischen Kompetenz und Hilfe zur aktiven Lebensführung). Der informelle Sektor hat seit den 70er Jahren aus mehreren Gründen die Aufmerksamkeit auf sich gezogen: Erstens stärkt er die Position des Patienten im professionellen Versorgungssektor, zweitens ergänzt er die professionelle Versorgung, indem er Aktivität und Eigenengagement fördert und drittens entlastet er im Zuge steigender Kostendämpfungsmaßnahmen die professionellen Versorgungsinstitutionen. Aus diesen Gründen spielt der informelle Sektor eine große Rolle bei der Modernisierung des Versorgungssektors – wie noch zu zeigen sein wird.

Auffallend ist in beiden Ländern der geringe Anteil an *öffentlichen Akteuren*: Abgesehen vom Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. *Gemeentelijke Gezondheidsdienst* (GGD), die vor allem präventive und überwachende Funktionen ausüben, werden öffentliche Akteure in beiden Ländern nur dann aktiv, wenn ein Versorgungsdefizit auf Seiten der gesellschaftlichen Akteure besteht. Für die Niederlande gilt dies noch in stärkerem Maße als für die Bundesrepublik. Städtische Kliniken finden sich hier beispielsweise wesentlich seltener als in der Bundesrepublik (wenn, dann in unterversorgten Regionen wie Zeeland). Dafür kommt die Anwesenheit des niederländischen Staates umso gravierender in der politischen Regulierung des Versorgungssektors zum Ausdruck. Über das *gate keeper*-Prinzip hinaus muß zum Beispiel der Einsatz neuer Diagnose- und Therapieverfahren und neuer Arzneimittel einer umfassenden Bewertung unterzogen werden

¹ So werden z.B. in NRW knapp 65% aller Pflegebedürftigen von Angehörigen und Verwandten im Haushalt versorgt (Bäcker u.a. 1995: 81).

(Müller 1999: 29).¹ Ebenso gehen viele Maßnahmen zur Qualitätssicherung auf staatliche Initiativen und Gesetzesvorschriften zurück.²

Nicht zuletzt ist es auch der politischen Regulierung zu verdanken, daß in den Niederlanden die *Patientenvereinigungen* eine weitaus wichtigere Stellung einnehmen als in Deutschland. (Blaauwbroek 1997, Royal Netherlands Embassy 1998). Derzeit existieren rund 300 Patienten- und Verbraucherassoziationen. Diese sind auf regionaler Ebene in etwa 28 Organisationen zusammengefaßt, auf nationaler Ebene werden sie durch die *Nederlandse Patienten/Consumenten Federatie* (NP/CF) repräsentiert. Die Patientenvereinigungen sind in manchen Belangen (z.B. Qualitätsmanagement) rechtlich als vierter Partner neben Staat, Kassen- und Ärzteverbänden etabliert. Des weiteren ist gesetzlich festgelegt, daß alle Gesundheitseinrichtungen über einen sog. *Klientenraad*, also eine organisatorische Interessenvertretung für Patienten, verfügen müssen.

2.1.3 Aufbau des Versicherungs- und Vergütungssystems

Bezüglich der Finanzierung von Gesundheitsdiensten wären zunächst mehrere Modelle denkbar (Veen/Limberger 1996: 159ff.): Vorstellbar ist, daß der Arzt für den Dienst einen von ihm festgesetzten Betrag vom Patienten selbst erhält (*direct model*). Die Nachteile dieses Modells liegen auf der Hand: Aufgrund der Unvorhersehbarkeit und der Kostenintensität von Gesundheit käme es zu einer defizitären, weil kaufkraftabhängigen Versorgung der Bevölkerung. In den weiteren Modellen wird daher eine andere Beziehung zwischen Konsument und Produzent vorausgesetzt, die die finanziellen Risiken im Krankheitsfall besser zu streuen vermag: Um den Zugang zu Gesundheitsdiensten zu erleichtern, spart eine Gruppe nach dem Versicherungsprinzip regelmäßige Beiträge an, die von einer Organisation verwaltet werden. Möglich wäre dann, daß der Patient den Arzt direkt bezahlt und die Rechnung später erstattet bekommt (*reimbursement model*), oder daß die Organisation im Nachhinein den Arzt direkt bezahlt (*contract model*). Im letzten Modell schließlich (*integrated model*) verschmilzt die Finanzierungsorganisation mit den Anbie-

¹ Diverse Organisationen sind mit den Bewertungsverfahren betraut. Hierzu gehört z.B. der *Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde*, der dem *ziekenfondsraad* untersteht, der *Raad voor de Gezondheidsonderzoek* (RGO - eine weitere Beratungskommission der Regierung) und das *ZorgOnderzoek Nederland* (ZON - eine intermediäre Organisation zwischen dem Gesundheitsministerium und der Wissenschaft) (Oortwijn u.a. 1999).

² Die Qualität der Ärzte wird durch ein zentrales und fünf regionale 'disciplinary tribunals' überwacht. Die Hälfte der Mitglieder werden durch Ausbildungseinrichtungen berufen, die andere Hälfte von Berufsverbänden; ein Vertreter wird durch die Regierung gestellt (Jackson 1996). Auf nationaler Ebene spielt insbesondere die *Inspectie voor de Gezondheidszorg* (IGZ) eine wichtige Rolle bei der Qualitätsüberprüfung in Gesundheitseinrichtungen (Royal Netherlands Embassy 1998).

tern von Gesundheitsdiensten. Dies würde bedeuten, daß die regelmäßig erhobenen Beiträge an die Organisation gehen, die letztendlich auch die Gesundheitsversorgung vornehmen.

In den Niederlanden und der BRD herrschen vor allem das *reimbursement model* und das *contract model* vor.¹ Idealtypisch entsprechen die gesetzliche und die private Versicherung diesen beiden Alternativen. Erstere kann in zwei Varianten auftreten, und zwar als Volksversicherung, die alle Bürger einschließt, oder als erwerbsbezogene Arbeitnehmersversicherung. Des weiteren beinhaltet sie häufig eine solidarische Komponente, d.h. ihre Beiträge sind einkommensorientiert konzipiert und bewirken eine sozialpolitisch intendierte Umverteilung von oben nach unten (Veen/Limberger 1996: 160). Die private Versicherung hingegen ist marktlich konzipiert, d.h. sie differenziert ihre Beiträge aus ökonomischen Gründen nach dem individuellen Risiko.

Dies deutet bereits an, daß für den niederländischen und deutschen Gesundheitssektor ein gemischtes Versicherungssystem kennzeichnend ist, welches gleichsam staatliche und gesellschaftliche bzw. soziale und marktliche Elemente kombiniert. Konkret bedeutet gemischt, daß der Gesundheitssektor beider Länder auf drei Säulen ruht, die die Finanzierung der Leistungen sicherstellt (Bos 1999, CPB 1997, Lampert 1994, Müller 1999, Statistisches Bundesamt 1993):

- Die **gesetzliche Krankenversicherung** (*Gesetzliche Krankenversicherung* – GKV bzw. *Ziekenfondswet* – ZFW) ist eine arbeitnehmerorientierte Versicherung. Sie ist einkommensorientiert (und somit solidarisch angelegt), beinhaltet einen Arbeitgeberanteil und schließt die Familienangehörigen mit ein. Sie ist in beiden Ländern verbindlich bis zu gewissen Einkommensgrenzen. In den Niederlanden wird zusätzlich zur monatlichen Beitragsleistung ein jährlicher Nominalbeitrag erhoben.²
- Die **private Krankenversicherung** hingegen ist risikobezogen und orientiert sich in ihren Beiträgen an Alter, Geschlecht und ggf. Region. Sie ist in beiden Ländern zugänglich für Personen, die keinen Arbeitnehmerstatus innehaben (bzw. keine Lohnersatzleistungen beziehen) oder die Einkommensgrenzen der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten.
- Die **Pflegeversicherung** (bzw. *Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten* – AWBZ) ist in beiden Ländern als Volksversicherung konzipiert. Sie bezieht also im Unterschied zur gesetzli-

¹ Das *integrierte* Modell wird hingegen in Großbritannien und in den USA praktiziert. Dagegen spricht u.a., daß eine Versicherung als unabhängige Instanz die Sicherstellung der Versorgungsqualität eher gewährleisten kann, auch wenn dies mit höherem bürokratischen Aufwand einhergeht (Veen/Limberger 1996: 161).

² Die Höhe dieses Pauschalbetrags wird durch die einzelnen Kassen festgesetzt und schwankte 1999 zwischen 296 und 356 Gulden. Der Pauschalbetrag soll das Defizit zwischen Ausgaben und Beiträgen schließen, das durchschnittlich etwa 10% beträgt (Bos 1999).

chen Krankenversicherung die gesamte Bevölkerung mit ein und orientiert sich in ihren Beiträgen am individuellen Einkommen. In Deutschland erfolgt die Abbuchung als Sozialversicherungsbeitrag, in den Niederlanden wird der Betrag über die Einkommenssteuer erhoben.

Von ihren Gestaltungsprinzipien her sind die Versicherungssysteme in den Niederlanden und in Deutschland also recht ähnlich aufgebaut. Wie Tab. 1 jedoch zeigt, steckt der Teufel im Detail, denn die Relationen zwischen den einzelnen Versicherungszweigen schwanken erheblich. Da ist zunächst die Zusammensetzung der Gesamtausgaben, die im Gesundheitssystem getätigt werden: Während in Deutschland rund 80% der Ausgaben über die GKV gedeckt werden, fällt der Anteil des niederländischen ZFW mit 38% relativ bescheiden aus. Dies liegt daran, daß das ZFW nur 'gewöhnliche' Gesundheitsdienste (in den Niederlanden als *compartment 2* bezeichnet) finanziert, und dies sind vor allem Arztleistungen und Arzneimittel.

Dafür spielt offensichtlich das AWBZ mit einem Anteil von 45% eine weitaus größere Rolle bei der Gesundheitsfinanzierung als die deutsche Pflegeversicherung.¹ Dies geht auf die wesentlich umfassendere Konzeption des AWBZ zurück (Bos 1999, CPB 1997: 520f., Winters 1994). Ursprünglich implementiert zur Abdeckung von Langzeitpflege, wurde es im Laufe der Zeit ausgeweitet und umfaßt mittlerweile auch die gesamte psychiatrische Betreuung, die Pflege körperlich und geistig Behinderter und Rehabilitation (zum größten Teil also Risiken, die als schwer versicherbar und wenig kalkulierbar angesehen werden – *compartment 1*). Die deutsche Pflegeversicherung hingegen ist auf Pflegekosten im eigentlichen Sinne spezialisiert.²

Des weiteren fällt die ungleiche Verteilung der privaten Versicherungsleistungen auf. In den Niederlanden lassen sich rund 37% der Bevölkerung ihre Gesundheitsrisiken privat versichern – eine Spitzenposition im europäischen Vergleich. Entsprechend ist auch der Anteil an den Gesamtausgaben mit 15% höher als in Deutschland, wo nur 9% der Bevölkerung privat versichert ist. Diese ungleiche Verteilung hat verschiedene Ursachen (Bos 1999, CPB 1997: 519ff., Müller 1999: 24, Veen/Limberger 1996: 164): Zunächst ist in den Niederlanden ab einer gewissen Einkommensgrenze (die mit 64.300 Gulden weitaus niedriger angesetzt ist als in der BRD) der Eintritt in die private Versicherung verbindlich; das Verbleiben in der gesetzlichen Krankenversicherung ist anders als in Deutschland nicht gestattet. Zum Ausgleich wurde aber der private Versicherungs-

¹ Entsprechend höher ist der Beitragssatz, der 1999 10,25% des steuerbaren Einkommens betrug.

² Analog zum deutschen Pflegegeld besteht auch in den Niederlanden seit einigen Jahren die Möglichkeit, die häusliche Pflege über ein persönliches Pflegebudget finanzieren zu lassen. Bislang wird dies jedoch kaum in Anspruch genommen.

sektor mit solidarischen Komponenten ausgestattet, die eine zunehmende Kongruenz zwischen privater und gesetzlicher Versicherung bewirken.

So ist in den Niederlanden der Zugang zur Privatversicherung garantiert, während die deutschen Privatkassen bestimmte Risikogruppen ausschließen dürfen. Garantiert wird dies durch das 1986 implementierte *Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen* (WTZ), in dem die Privatversicherungen zum Angebot einer sog. *Standard-Police* verpflichtet werden. Diese soll insbesondere Privatversicherten mit geringerem Einkommen, älteren Versicherungsnehmern und neuerdings auch ‚kleinen Selbständigen‘ die Möglichkeit eines bezahlbaren Krankenversicherungsschutzes bieten, welcher mit den Konditionen der gesetzlichen Versicherung vergleichbar ist und die Leistungen des *compartment 2* abdeckt. Etwa 14% aller Privatversicherten verfügen über eine derartige Police.¹ Die verbleibenden 86% sind Privatversicherte im eigentlichen Sinne, die auch von den zusätzlichen Leistungen profitieren, die nicht im Leistungskatalog des ZFW oder der WTZ enthalten sind (*compartment 3* – ‚Luxusdienste‘ wie bestimmte zahnärztliche Leistungen für Erwachsene, Wahlleistungen im Krankenhaus, homöopathische oder anthroposophische Leistungen). Die gesetzlich Versicherten können diese Leistungen durch freiwillige Zusatzversicherungen abdecken, die sowohl von Privatversicherungen als auch von den *ziekenfondsen* angeboten werden. Experten gehen außerdem davon aus, daß rund 90% der niederländischen Bevölkerung über eine derartige *Zusatzversicherung* verfügen (Bos 1999, Müller 1999: 24).

¹ Als Folge sind die Beitragssätze des privaten Versicherungen nicht annähernd so hoch wie in Deutschland (der Durchschnittsbeitrag belief sich 1997 auf 849\$ vs. 2.718\$ in der BRD). Die maximale Prämie der Standardpolice wird gesetzlich festgelegt und liegt derzeit bei jährlich 2.880 Gulden pro Erwachsener (Bos 1999: 147).

Tab. 1: Das gemischte Versicherungssystem in der BRD und den Niederlanden

Versicherungsart	Bundesrepublik	Niederlande
Gesetzl. Arbeitnehmersversicherung	GKV	ZFW
Deckungsgrad	66%	62%
Ausgabenanteil	80%	38%
Arbeitgeberanteil	6,66%	5,55%
Arbeitnehmeranteil	6,66%	1,35%
Festbeitrag		104 \$ pro Erwachsener
Einkommensgrenze	36.000\$	25.091\$
Durchschnittsbeitrag	1.603\$	815\$
max. Beitrag	4.795\$	1.836\$
Teilnahme unter Grenze	verpflichtend	verpflichtend
Teilnahme über Grenze	erlaubt	nicht erlaubt
Solidarität	über Einkommen/Familie/Alter	über Einkommen/Familie/Alter
Abdeckung	komplett	komplett
Zuzahlung	ja mit Ausnahmeregelung	ja
freie Versicherungswahl	ja	ja
freier Marktzutritt f. Versicherung	nein	ja
freie Preisgestaltung	ja	nein
Risikoausgleich	ja	ja
Auswahl von Anbietern	nein	ja
Volksversicherung	Pflegeversicherung	AWBZ
Ausgabenanteil	10%	45%
Arbeitgeberanteil	0,85%	-
Arbeitnehmeranteil	0,85%	8,85%
Einkommensgrenze	36.000 \$	22.203 \$
Durchschnittsbeitrag	205\$	742\$
max. Beitrag	612\$	1.965\$
Teilnahme	verpflichtend	verpflichtend
Solidarität	über Einkommen/Alter	über Einkommen/Alter
Abdeckung	eng	breit
Zuzahlung	ja	ja
freie Versicherungswahl	nein	nein
freier Marktzutritt f. Versicherung	nein	nein
freie Preisgestaltung	nein	nein
Risikoausgleich	nein	nein
Auswahl von Anbietern	nein	ja
Privatversicherung		
Deckungsgrad	9%	31%
Ausgabenanteil	10%	17%
Durchschnittsbeitrag	2718\$	849\$
Garantierter Zugang	nein	ja
Solidarität	nein	nein
Abdeckung	verschieden	verschieden
freie Versicherungswahl	ja	ja
freier Marktzutritt f. Versicherung	ja	ja
freie Preisgestaltung	ja	nein (je nach WTZ)
Risikoausgleich	nein	nein (je nach WTZ)
Auswahl von Anbietern	nein	ja

Quelle: CPB 1997: 517

Des weiteren ist in der Bundesrepublik der Anteil an Selbst- oder Zuzahlung mit 17,8% höher als in den Niederlanden (7,35%), obwohl auch die Niederlande in nahezu allen gesundheitlichen Feldern Zuzahlungen vorsehen (Schneider u.a. 1998: 127).¹ Geringer ist auch der niederländische Anteil der staatlichen Gesundheitsfinanzierung. 1997 betrug der Anteil an den Gesamtausgaben 6,2% im Gegensatz zu 8,3% in Deutschland (OECD 2000: 8f.); ein Indikator dafür, daß die Gesundheitsversorgung und -finanzierung in den Niederlanden im wesentlichen als gesellschaftliche denn als staatliche Aufgabe verstanden wird.

Als weiterer Unterschied fällt die ungleiche Beitragsbelastung zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern in den beiden gesetzlichen Versicherungen auf. In der Bundesrepublik ist die Beitragsbelastung gleichmäßig verteilt, in den Niederlanden schwankt dies je nach Versicherungsart. Insgesamt trägt der Arbeitnehmer höhere Beitragslasten; es wäre aber verfehlt, daraus auf eine einseitige Belastung zugunsten des Faktors Kapital zu schließen. Besondere Aufmerksamkeit erlangt in diesem Zusammenhang beispielsweise das kürzlich implementierte Gesetz zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, welches die Arbeitgeber zur einjährigen Lohnfortzahlung verpflichtet – ein Risiko, welches sie selber tragen oder wogegen sie sich privat versichern lassen können (Paridon 1998, Veen/Trommel 1998, Visser/Hemerijk 1998).

In beiden Ländern obliegt die Verwaltung und Implementation der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung ausnahmslos 'quasi- gesellschaftlichen' Akteuren, d.h. parafiskalischen Körperschaften (Krankenkassen bzw. *ziekenfondsen*). In den Niederlanden existieren derzeit 49 *ziekenfondsen* und 27 private Versicherungen. Erstere werden durch die *Vereniging Nederlands Zorgverzekeraars* (VNZ) vertreten, letztere durch die *Vereniging van partikuliere verzekeraars* (KLOZ). Beide haben sich außerdem vor einigen Jahren zu dem gemeinsamen Verband *Zorgverzekeraars Nederlands* (ZN) zusammengeschlossen. Seit 1992 dürfen die *ziekenfondsen* landesweit tätig sein (Aufhebung des Regionalprinzips); weitere Wettbewerbsmöglichkeiten ergeben sich durch die Gestaltungsfreiheit bei der jährlichen Nominalprämie und durch das Angebot freiwilliger Zusatzversicherungen. Die *ziekenfondsen* sowie andere ausführende Organe der Gesundheitsfinanzierung werden durch den *Ziekenfondsraad* (ZVR) verwaltet und beauf-

¹ Die 1997 eingeführte Regelung, daß medizinische Leistungen bis zu 200 Gulden jährlich privat mitzufinanzieren sind, wurde 1999 aufgrund technischer Probleme wieder abgeschafft. Seitdem gelten folgende Regelungen (Bos 1999): Für häusliche Krankenpflege wird dem Patienten eine einkommensabhängige Selbstbeteiligung in Rechnung gestellt, die auf 10 Gulden/Stunde begrenzt ist. Für die ambulante Versorgung mit Arzneimitteln zahlt der Patient die Kosten, die den Richtpreis überschreiten. Für Pflegeleistungen in Heimen wird unterschieden zwischen der *niedrigen Zuzahlungsregelung* (210 Gulden/Monat unter der Einkommensgrenze von 28.196 Gulden) und der *hohen Zuzahlungsregelung* (im Höchstfall 3.520 Gulden/Monat).

sichtigt, dem gleichzeitig die Verteilung der Beitragsgelder aus dem AWBZ und ZFW obliegt. Der ZVR ist außerdem ständiges Beratungsorgan, auf das sich der Staat bei seiner Gesundheitspolitik stützt (Bos 1999, NIVEL 2000, Royal Netherlands Embassy 2000, Veen/Limberger 1996: 165).¹

In Deutschland hingegen gab es 1997 554 gesetzliche Krankenkassen, die in sieben verschiedene Kassenarten gegliedert sind: Die *Allgemeinen Ortskrankenkassen* (AOK), die lange Zeit Regelkassenart für Arbeitnehmer unter einer gewissen Einkommensgrenze oder Bezieher von Lohnersatzleistungen waren, die *Betriebskrankenkassen*, Kassen für spezifische Berufsgruppen (*Innungskrankenkassen*, *Bundesknappschaft*, *Landwirtschaftl. Krankenkasse*, *See-Krankenkasse*) sowie die *Ersatzkassen* für Arbeiter und Angestellte. Seit 1997 können die Versicherten zwischen den Kassenarten der GKV frei wählen. Jede Kassenart ist auf Landes- und Bundesebene zu Verbänden zusammengeschlossen – im Gegensatz zu den Niederlanden existiert also keine einheitliche Interessenvertretung. Ebenso gibt es keine dem ZVR vergleichbare Einrichtung, dafür unterliegen die Kassen der GKV als Körperschaften des öffentlichen Rechtes der staatlichen Aufsicht der (Landes-)Behörden (Bandelow 1998: 30ff., Beske/Hallauer 1999: 82ff.). Neben den gesetzlichen Krankenkassen existiert eine Vielzahl an Privatversicherungen: 1999 waren im *Verband der privaten Krankenversicherung* (PKV) 52 Mitgliedsunternehmen zusammengeschlossen (PKV 2000).

Gesetzliche und private Versicherungsträger repräsentieren gewissermaßen die Nachfrageseite des Gesundheitssystems. Sie verwalten die finanziellen Beiträge der Versicherten und geben diese nach definierten Verfahren an die Anbieter im Gesundheitssektor weiter. Dabei ist der Umfang des zu verteilenden Kuchens in beiden Ländern begrenzt – die Gesundheitsausgaben sind budgetiert. In Deutschland richtet sich die Budgetierung nach dem Anteil der Versicherungsbeiträge an den Lohnnebenkosten (‚Beitragssatzstabilität‘), in den Niederlanden ist der Anteil der Gesundheitsausgaben am BSP das entscheidende Kriterium. Derzeit gilt, daß das jährliche Wachstum der Gesundheitsausgaben die 2,3%-Marke nicht überschreiten darf (Bos 1999: 145).

Folgende Modelle spielen bei der *Vergütung* eine Rolle (CPB 1997: 523, Müller 1999: 24):

- Bei der **Fallpauschale** wird pro Patient oder Periode ein bestimmter Betrag, der mehrere Behandlungsleistungen einschließt, gezahlt.

¹ Der ZVR wurde vor einigen Jahren umstrukturiert. Ursprünglich von Mitgliedern der Kassen besetzt, besteht er nun aus von der Krone ernannten Mitgliedern und bildet als unabhängige Administrative eine Erweiterung der staatlichen Verwaltung (Grinten 1996).

- Demgegenüber steht die **Einzelleistungsvergütung**, bei der jede getätigte Leistung mit einem festgelegten Betrag vergütet wird. Im Falle privat versicherter Patienten wird die Vergütung von der Versicherung rückerstattet.
- Schließlich können Ärzte und andere Mitarbeiter auch über ein festes **Gehalt** entlohnt werden.

Tab. 2: Vergütungssysteme in den Niederlanden und der Bundesrepublik

	Niederlande	Bundesrepublik
Hausärzte (in BRD einschl. amb. Fachärzte)	Fallpauschale bei ZFW/AWBZ, Einzelleistungsvergütung bei Privatversicherung ^a	Einzelleistungsvergütung nach BMÄ bzw. GOÄ ^b
Fachärzte in Krankenhäusern	Einzelleistungsvergütung ^a	Gehalt; Chefärzte werden bei Privatpatienten zusätzlich über Einzelleistungsvergütung abgerechnet
Pharmazie	Festbetrag bei ZFW/AWBZ u. GKV ^c , Einzelleistungsvergütung bei Privatversicherung	
Krankenhaus	Pflegesatz und zusätzliche Auslagen ^d	Pflegesatz ^e , Fallpauschalen, Sonderentgelte

^a COTG setzt ein Durchschnittseinkommen für jede Berufsgruppe fest, woraus sich der Tarif für Pauschalen bzw. Einzelleistungen berechnet. Die Hausärzte erhielten 1997 eine Pauschale von 127 Gulden pro Patient (bei Rentnern 146 Gulden, bei Patienten aus sozialen Brennpunkten 158 Gulden). Werden in der Praxis auch noch Arzneimittel abgegeben, erhöht sich die Pauschale um 47 Gulden.

^b GKV: Über den *Einheitlichen Bewertungsmaßstab* notieren die Landes-KVen jede Leistung mit einer bestimmten Punktzahl. DM pro Punkt ergibt sich aus dem Gesamtbudget, welches jährlich zwischen den KVen und den gesetzlichen Kassen ausgehandelt wird. Privatversicherung: Leistungen werden nach der *Gebührenordnung für Ärzte* abgerechnet. Die Gebührensätze werden mit einem Steigerungsfaktor multipliziert, wobei ein Schwellenwert (2,3fach) und ein Höchstwert (3,5fach) unterschieden werden.

^c In den Niederlanden richtet sich der durch die Kassen erstattete Preis einer Arznei nach dem Durchschnittspreis in der entsprechenden Arzneimittelkategorie, in der BRD gilt der Minimumpreis in der Kategorie als Richtlinie.

^d COTG setzt Raten für die ärztlichen Einzelleistungen fest. Diese werden von dem geplanten Gesamtbudget (berechnet aus Bevölkerungsdichte, Kapazitäten, Abschreibungen, Unterkunft und Verpflegung, etc.) abgezogen. Die verbleibende Summe wird durch die Anzahl der kalkulierten Betten-Tage geteilt und ergibt den Tagespflegesatz. Mehr- oder Mindererlöse werden im folgenden Budget verrechnet.

^e Dieser wird für jedes Krankenhaus auf Grundlage einer Leistungsaufstellung für ein Jahr zwischen Krankenhaus- und Kostenträgern vereinbart. Er unterteilt sich in einen *Basispflegesatz* (Unterkunft und Verpflegung) und einen *Abteilungspflegesatz* (ärztl. Leistungen, Pflege, Arzneimittel). Mehr- oder Mindererlöse werden im folgenden Budget verrechnet.

Quelle: Beske/Hallauer 1999: 120, 149, 170, CPB 1997: 523

Wie Tab. 2 zeigt, kommen in den Niederlanden und in Deutschland alle drei Vergütungsformen in mehr oder weniger komplizierten Modifizierungen zum Tragen, wobei allerdings die niederländische Vergütung nicht den Differenzierungsgrad der deutschen Gebührenordnungen ('Punktesystem') erreicht. Die konkrete Festlegung der Vergütungsformen wird zu einem großen Teil durch die gesellschaftlichen Akteure, d.h. Kassen- und Ärzteverbände ausgehandelt (Bos 1999, CPB

1997, Lampert 1994).¹ Allerdings spielt der Staat in den Niederlanden bei der Aushandlung der Vergütungssätze eine wesentlich größere Rolle als in Deutschland. Mit dem *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg* (COTG) wurde nämlich 1979 eine Behörde zur administrativen Preisfestlegung im Gesundheitswesen geschaffen, die den Weisungen des Ministeriums untersteht.² Die COTG handelt mit den Gesundheitspartnern Leitlinien aus, die wiederum den Budgetierungsrahmen für die lokalen und berufsspezifischen Tarifverhandlungen stellen; des weiteren müssen sämtliche ausgehandelten Tarife von der COTG gebilligt werden. In Deutschland hingegen wird stärker auf Selbstverwaltung gesetzt. Zwar sind die Gesundheitspartner ebenfalls an ein Budget gebunden (welches sich aus der Beitragsstabilität ergibt), aber innerhalb dieses Rahmens kann die Vergütung zwischen Kassenverbänden und KVen autonom ausgehandelt werden.

Budgetierung spielt auch im *Krankenhauswesen* eine entscheidende Rolle. In Deutschland existiert bekanntermaßen ein *duales Finanzierungssystem*, im dem die Länder für die Investitionskosten und die Sozialleistungsträger für die laufenden Kosten aufkommen. Derartiges ist in den Niederlanden unbekannt. Hier werden die Investitionskosten in die Krankenhausbudgets mit einbezogen und über die Krankenversicherung finanziert. Die Ausgaben unterliegen dabei einem *funktionsorientierten Budget*, welches sich aus drei Komponenten berechnet (Leidl 1997: 197): Verfügbarkeit (Bevölkerungsumfang im Einzugsbereich), Kapazität (Anzahl Betten und Fachärzte) und Produktivität (Aufnahmen, poliklinische Behandlungen, teure Eingriffe). Bei der Krankenhausplanung liegt übrigens ebenso wie die Planung der Pflegeheime die Kompetenz weitgehend in Den Haag; die Provinzen spielen im Unterschied zu den deutschen Bundesländern nur eine untergeordnete Rolle (Müller 1999: 25).

Um den Preisanstieg im *Arzneimittelsektor* zu begrenzen, führten die Niederlande 1992 (zwei Jahre nach Deutschland) ein Festbetragssystem (*Geneesmiddelenvergoedingssysteem* – GVS) ein. Im Unterschied zum deutschen Modell orientiert sich dieses System am Durchschnittspreis und nicht an preisgünstigen Apothekenpreisen. Zum anderen werden die Festbeträge und die Gruppeneinteilung von einer Expertengruppe festgelegt, die unmittelbar dem niederländischen Gesundheitsministerium untersteht – im Unterschied zu Deutschland, wo dem Bundesausschuß

¹ Im Rahmen des AWBZ handeln gesetzliche Träger, nämlich die regionalen Versorgungsämter, die Verträge mit den Leistungserbringern ihres Einzugsgebietes aus. Im Rahmen des ZFW obliegt der Abschluß der Verträge den einzelnen Versicherungen. Hierfür schließt der ZN mit den Leistungserbringern zunächst einen *Mustervertrag* ab, dessen Bestimmungen wiederum maßgeblich sind für die Gestaltung der Einzelverträge (Bos 1999).

² Formal handelt es sich um einen unabhängigen Ausschuß, der von den Mitgliedern der Kassen und Leistungsverbände sowie von Vertretern der Krone besetzt ist.

der Ärzte und Krankenkassen die Bildung der Festbetragsgruppen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die konkrete Festlegung der Festbeträge übertragen ist. Des weiteren koppeln in den Niederlanden aufgrund eines 1996 eingeführten Gesetzes die Arzneimittelpreise an die jeweiligen Durchschnittspreise der Nachbarstaaten an (Müller 1999: 25ff.).

Ziehen wir ein zwischenzeitliches *Fazit* in bezug auf Gestaltung des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems:

- In Bezug auf den *Versorgungssektor* des Gesundheitswesens ist zu konstatieren, daß in beiden Ländern gesellschaftliche Akteure (entweder Verbände oder marktliche Akteure) die dominierende Rolle in der Gesundheitsversorgung spielen. Auffallende Unterschiede zeigen sich allerdings in der Struktur: Der niederländische Versorgungssektor ist weitaus homogener konstruiert als der deutsche. Dies kommt in der *gate keeper*-Funktion der Hausärzte zum Ausdruck sowie in der Tatsache, daß die niederländischen Fachärzte nicht ambulant praktizieren, sondern in den Krankenhäusern niedergelassen sind. Außerdem ist der niederländische Gesundheitssektor stärker an sozialmedizinischer Prävention orientiert.
- Auch bei der *Gesundheitsfinanzierung* obliegt in beiden Ländern die Durchführung des gesetzlichen Versorgungsauftrages parafiskalischen Akteuren, die für Implementation und Verwaltung der Versicherungen zuständig sind. Als weitere Gemeinsamkeit kann festgehalten werden, daß beide Länder über gemischte Systeme verfügen, die marktliche und soziale Komponenten kombinieren. Dies kommt in den drei Säulen der Arbeitnehmersversicherung, der Volksversicherung und der privaten Versicherung zum Ausdruck. Allerdings ist in den Niederlanden die Gesundheitsfinanzierung gleichmäßiger über die drei Versicherungszweige verteilt, während in Deutschland eindeutig das Prinzip der Arbeitnehmersversicherung dominiert.
- Beiden Ländern ist weiterhin gemeinsam, daß der *Staat* eine eher zurückhaltende Funktion bei der Gesundheitsfinanzierung und -versorgung hat. Er reguliert zwar das Gesundheitswesen über gesetzliche Steuerung, überläßt aber die Durchführung der Finanzierung und Versorgung den gesellschaftlichen Akteuren. In beiden Ländern wird diese Arbeitsteilung aber auf unterschiedliche Weise durchbrochen: In Deutschland verzeichnen die staatlichen Ausgaben einen nicht unerheblichen Anteil an den Gesamtausgaben des Gesundheitswesens, d.h. der Staat greift über finanzielle Zuschüsse in das Geschehen des Sektors ein. In den Niederlanden hingegen wird die Selbstverwaltung der Gesundheitsakteure in stärkerem Ausmaß durch politische Regulierung flankiert.
- Abschließend weist das Verbandswesen in beiden Ländern unterschiedliche Züge auf. In Deutschland steht einem fragmentierten Verbandswesen auf Kassenseite ein zentralisiertes

ärztliches Verbandswesen gegenüber; in den Niederlanden sind beide hochgradig zentralisiert. Dafür bietet der gemeinnützige Sektor in den Niederlanden mit 250 Dachverbänden ein sehr uneinheitliches Bild – im Gegensatz zu Deutschland, wo sechs Spitzenverbände die Interessen des Wohlfahrtssektors auf nationaler Ebene repräsentieren. Als Besonderheit des niederländischen Verbandswesens fallen außerdem die Patientenvereinigungen und ihre rechtliche Legitimierung als Verhandlungspartner auf.

Dies wirft die Frage auf, wie diese Unterschiede zu bewerten sind. Möglich wäre, daß sie sich nur marginal auswirken und allenfalls als Indikator für spezifische kulturelle und nationale Besonderheiten anzusehen sind. Möglich wäre aber auch, daß sich in funktionaler Hinsicht spezifische Vor- und Nachteile diagnostizieren lassen, die (womöglich) auf diese Differenzen zurückzuführen sind. Einen ersten Aufschluß soll der Blick auf einige OECD-Daten zur Performance nationaler Gesundheitssektoren geben.

2.2 Quantitative Ergänzung: Einige Daten zum niederländischen und deutschen Gesundheitssektor

Betrachtet man zunächst die Ausgabenhöhe und die Struktur der Gesundheitsausgaben, so fällt auf, daß die Niederlande mit einem BSP-Anteil von 8,7% ein verhältnismäßig sparsames Gesundheitswesen präsentieren. Im Vergleich dazu zählt die Bundesrepublik mit 10,8% zu den Spitzenreitern, die nur noch von den USA übertroffen werden. Die relativ niedrige jahresdurchschnittliche Wachstumsrate der Niederlande ist des weiteren ein erster Indikator für den Erfolg der kostenpolitischen Maßnahmen, die in den letzten Jahren zum Tragen gekommen sind. Ein Blick auf die nähere Aufschlüsselung der Gesamtausgaben zeigt, daß in den Niederlanden vor allem der stationäre Sektor den Löwenanteil der Gesundheitsausgaben ausmacht und den deutschen Anteil bei weitem übertrifft; der Anteil für ambulante Leistungen fällt hingegen, inklusive der (fach-)ärztlichen Leistungen sehr bescheiden aus. Im Vergleich mit den anderen Sektoren erweisen sich auch die Ausgaben für Arzneimittel als hoher Posten, auch wenn sie immer noch weit unter dem deutschen Ausgabenanteil anzusiedeln sind.

Tab. 3: Anteil der Gesundheitsausgaben in % des BSP, Anteil einzelner Gesundheitsbereiche in % an den Gesamtausgaben

	Ausgaben insg.		Stat. Sektor		Amb. Sektor		Ärzte		Arzneimittel		Hilfsmittel	
	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96
USA	14,1	2,73	42,2	-0,88	33,1	1,23	20	0,56	9,4	0,47	1,3	-1,06
Deutschland	10,8	1,27	34,1	0,16	33,8	-0,09	16,4	-0,59	12,3	-0,51	5,9	1,64
Schweiz	10,1	2,46	50,9	1,12	39,1	-0,95	17,3	-0,76	7,6	-4,22		
Frankreich	9,8	1,62	45	-0,43	27,9	0,64	11,8	0,59	16,8	0,36	2,5	2,27
Kanada	9,3	1,63	44,4	-1,15	25,9	0,27	14,2	-0,24	13,6	3,03		
Niederlande	8,7	0,58	52,8	-0,51	28	0,07	8,4	-1,78	10,8	2,03	2,9	5,68
Australien	8,6	1,08	43,9	-1,16	27,2	1,27	18,4	0,98	11,6	2,42	2,2	2,23
Schweden	8,6	-0,52							13	4,44	2,2	-0,37
Island	8,2	1,73	54,9	-0,46	23,4	2,03	15,4	1,47	16,5	0,22		
Dänemark	8,1	-0,88	58,5	-0,21	20,1	-0,28			8,5	1,77	2,8	1,86
Österreich	8	0,24	20,7	0,62	25,6	1,8	15,1	-0,36	14	1,58	2,7	0,95
Belgien	7,8	1,09	39,9	1,19	39,6	0,06			17,9	0,2	2,3	0,37
Finnland	7,8	1,15	41,4	-0,98	48,8	1,26			14,4	1,89	2,4	-1,04
Italien	7,8	0,7	46,9	0,02	29,4	0,41	20,2	1,52	17,9	1,67	2,4	0,33
Norwegen	7,8	0,73	38,1	-3,18					9	0,23		
Spanien	7,4	1,73	45	-1,14					20	-0,29		
Japan	7,1	0,57	30,4	-0,09	42,1	-0,36	34,9	-0,26	21,2	0		
GB	7,1	1,47							16,1	1,44		
Luxemburg	6,8	0,54	32,9	0,32	50,8	0,16	12,8	-4,05	11,7	-1,34	4,8	-2,57

Quelle: OECD 1999

Die Frage ist, ob zwischen der Höhe der Gesundheitsausgaben und der Dichte der gesundheitlichen Infrastruktur ein Zusammenhang besteht. Wenn dem so wäre, müßte die Bundesrepublik im ambulanten Sektor ein dichteres Netz an Gesundheitseinrichtungen aufweisen als die Niederlande. Wie die folgende Tabelle zeigt, trifft dies eindeutig zu: Deutschland verfügt über doppelt so viele Allgemein- und Fachärzte und der Anteil der Apotheken ist rund dreimal so hoch. Auch die niederländischen Wachstumsraten lassen im internationalen Vergleich nicht unbedingt darauf schließen, daß der ambulante Sektor seinen quantitativen Rückstand verliert (erstaunlich ist dies vor allem in bezug auf die Hausärzte, die ja eine wichtige Schlüsselfunktion im holländischen Gesundheitswesen innehaben). Im stationären Bereich zeigt sich erwartungsgemäß ein anderes Bild: Abgesehen von der Kategorie der Pflegeheime stehen der niederländischen Bevölkerung mehr Betten im stationären Sektor zur Verfügung; auch weisen die Niederlande mit 2,39 Personen eine größere Personaldichte pro Bett auf als die Bundesrepublik (1,5) (OECD 1999). Auffallend ist des weiteren der Anteil der Psychiatrie, die im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein-

nimmt. Die Wachstumsraten zeigen weiterhin, daß sich die Niederländer beim Abbau der stationären Ressourcen im Gegensatz zu anderen Ländern sehr zurückhaltend verhalten.

Tab. 4: Ressourcen im Gesundheitswesen - Personal und Betten pro 1.000 Einwohner

	Allg. Ärzte		Fachärzte		Zahnärzte		Apotheker		Stat. Sektor		Psychiatrie		Pflegeheime	
	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96	1996	80-96	1997	80-97	1997	80-97	1996	80-97
Dänemark	0,6	1,12	0,1	0,19	0,5	0,64	0,2	-1,35	4,6	-3,24	0,8	-4,75	6,9	-2,08
Deutschland	1,1	0,29	2,1	4,54	0,7	2,07	0,6	1,11	9,4	-1,19	1,2	-2,8	4,2	
Finnland	1,5		1,4		0,9	2,11	1,4	0						
Frankreich	1,5	1,26	1,5	4,33	0,7	1,01	1	2,32	8,5	-1,55	1,2	-4,05	1,4	
Kanada	0,9	1,29	0,9	1,09	0,5	1,01	0,6		3,7	-1,98	1,4	-5,85	5,2	
Luxemburg	0,8		1,5	5,14	0,5	2,41	0,7	0,72	4,2	-2,71				
Neuseeland	0,8	1,95	0,6	1,07	0,4	0,05	0,6	-0,71	8,1	-2,69	1	-7,31	3,9	
Niederlande	0,4	0,66	1	2,42	0,5	1,01	0,2	2,84	11,5	-0,38	1,7	-0,19	3,6	0,74
Norwegen	0,8		1,8		0,8		0,4		14,7	-0,67	0,7	-5,55	10	2,26
Österreich	1,3	3,23	1,5	3,44	0,5	0,87	0,5	1,74	9,1	-1,23	0,7	-3,47	1,9	
Portugal	0,6		2,1	7,7	0,3	5,96	0,7	2,12	4,1	-1,45	0,7	-2,19		
Schweden	0,6	4,83	2,2		0,9	-0,87	0,7	2,25	5,2	-6,07	0,7	-8,56	0,5	-13,91
Tschechien	0,7	0	2,2	2,15	0,6	1,83	0,4	0,83	9	-1,32	1	-1,68	0,6	0,55
Türkei	0,6	6,35	0,5	1,76	0,2	1,37	0,3	0,93	2,5	0,73	0,1	1,05	0,2	
Ungarn	0,6	1,97	2,7	2,68	0,5	3,3	0,4	1,45	8,3	-0,53	0,5	-6,57		
GB	0,6	0,99			0,4	1,19	0,6		4,3	-3,61	1,5	-2,39	3,7	

Quelle: OECD 1999

Weiteren Aufschluß über die quantitative Performance zeigen die Daten über die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienste. So erklärt sich die Ausgabendominanz des stationären Sektors in den Niederlanden auch aus der Tatsache, daß der niederländische Bürger rund einen Tag länger in der Klinik verweilt als der deutsche. Allerdings ist die Anzahl der Einweisungen auch nur halb so hoch wie in der Bundesrepublik. Mit anderen Worten: Der Niederländer wird zwar seltener eingewiesen, verbringt aber dann auch mehr Zeit in der Klinik. Außerdem sucht er seltener den Arzt auf als dies in Deutschland der Fall ist (wenn auch häufiger als in den vergangenen Jahren). Abschließend noch ein Blick auf die Bettenbelegungsquote, die eine wichtige Variable für die Höhe der Gesundheitsausgaben ist, da sie auf den Auslastungsgrad und die Wirtschaftlichkeit gesundheitlicher Einrichtungen verweist: Die Niederlanden erreichen in ihrer Belegungsquote rund 88% und stellen somit den Spitzenreiter bezüglich stationärer Effizienz dar.

Tab. 5: Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten

	Stat. Pflage tage pro Einw.		Stat. Belegungsquo- te		Stat. Einweisungen in % der Bev.		Arztbesuche pro Kopf	
	1996	1980- 1996	1996	1980-1996	1996	1980-1996	1996	1980-1996
Australien	2,5	-1,81	82		16,4		6,6	3,18
Belgien	2,2	-1,27			20	2,46	8	0,71
Dänemark	1,4	-3,06	83,4	0,36	19,8	0,49	5,7	0,82
Deutschland	2,8	-1,46	80,9	-0,3	20,9	0,66	6,5	-3,45
Finnland	3,2	-2,63			25,7	1,27	4,3	1,83
Frankreich	2,6	-2,01	81,1	0	22,5	0,96	6,5	3,03
Italien	1,7	-2,38	73,4	0,4	18,5	0,14		
Japan	4,1	1,18	84,3	0,07	9,3	2,78	16	0,66
Kanada	1,9	-0,62			12	-1,38		
Mexiko	0,2	1,02	69,3	0,29	5,8		2,2	3,6
Neuseeland	1,5	-3,61			13,8	0,23		
Niederlande	3,6	-0,81	88,7	-0,15	11,1	-0,33	5,4	0,61
Norwegen	4,5	-1,02	83	-0,24	15,3	-0,08		
Österreich	2,6	-1,84	78,8	-0,43	25,1	1,59	6,3	0,97
Portugal	1,1	-0,54	73,9	1,04	11,4	1,56	3,2	-0,9
Schweden	1,3	-7,2	81,9	-0,08	18,1	-0,07	2,9	0,68
Tschechische Rep	2,6	-1,57	76,7	-0,35	22,3	0,54		
Türkei	0,4	1,02	58,3	2,07	6,5	3,24	1,8	2,57
Ungarn	2,5	-0,39	76,5	-0,73	24,2	1,59		
GB	1,7	-2,13			23,1	3,37	5,1	0,65
USA	1,1	-2,68			12,2	-2,09	6	1,4

Quelle: OECD 1999

Die hohe Belegungsquote und die relativ niedrige Anzahl der Einweisungen deuten allerdings auch auf den Umstand hin, daß die Kapazitäten des Versorgungssektors in den Niederlanden weitgehend ausgereizt sind. Dies macht sich besonders deutlich in der Wartelistenproblematik bemerkbar, die in den letzten Jahren an Brisanz zugenommen hat. Für *home care* beliefen sich die Wartelisten 1998 auf 32.000 Personen, bei Pflegeheimen waren es 20.000 Personen (ZN 2000). Die folgende Tabelle zeigt, daß bei Herzoperationen und -behandlungen die Wartelisten 1996 ihr Maximum erreichten, seitdem ist es infolge finanzieller Zuschüsse und organisatorischer Maßnahmen gelungen, die Listen abzarbeiten. Dennoch gilt die Verkürzung der Wartezeiten nach wie vor als eine der wichtigsten Herausforderungen im niederländischen Gesundheitswesen.

Tab. 6: Wartelisten: Anzahl der Personen, die...

Monat	...auf eine offene Herzoperation warten	davon länger als zwei Monate	...auf eine Herz- Behandlung warten	davon länger als zwei Monate
Januar 1996	1929	928	1035	320
Januar 1997	2082	945	766	138
Januar 1998	1712	577	558	18
Januar 1999	1294	309	503	41

Quelle: ZN 2000

Wie lassen sich nun diese Daten interpretieren? Deutlich dürfte sein, daß zwischen den Niederlanden und der Bundesrepublik einige Unterschiede in bezug auf die Performance des Gesundheitswesens bestehen. Fassen wir zunächst die wesentlichen Merkmale dieser kurzen empirischen Darstellung zusammen: Gemessen am Anteil des BSP haben die Niederlande geringere Ausgaben zu verzeichnen als die Bundesrepublik. Auch die nähere Aufschlüsselung der Ausgaben führt zu unterschiedlichen Leistungsprofilen: Dem stationären Sektor kommt in den Niederlanden eine größere Bedeutung zu, ambulante Leistungen und Arzneimittel sind dafür geringer zu veranschlagen als in der Bundesrepublik. Die niederländische Präsenz des stationären Sektors geht allerdings nicht auf die Häufigkeit der Einweisungen, sondern vielmehr auf die längere Verweildauer bei stationären Aufenthalten und die höhere Personaldichte pro Bett zurück. Die geringen Ausgaben im ambulanten Bereich und im Arzneisektor wiederum sind das Resultat seltenerer Arztbesuche und eines recht geringen Arzneimittelverbrauchs. Die geringen Ausgaben des niederländischen Gesundheitssektors scheinen also darauf zurückzuführen zu sein, daß die niederländischen Bürger die Leistungseinrichtungen des Gesundheitswesens seltener in Anspruch nehmen; des weiteren könnte die Belegungsquote im stationären Sektor ein Indikator für ein relativ hohes Effizienzbewußtsein im niederländischen Gesundheitswesen sein. Die Kehrseite dieser positiven Bilanz kommt jedoch in der Wartelistenproblematik zum Ausdruck: Die Zahlen deuten darauf hin, daß die Niederländer ihr günstiges Gesundheitssystem offensichtlich mit knappen Versorgungskapazitäten erkaufen.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, daß die niedrigeren Ausgaben des niederländischen Gesundheitswesens anscheinend nicht zu Lasten der gesundheitlichen Verfassung der Bürger gehen. So ist die Lebenserwartung niederländischer Frauen bei Geburt mit 80,6 Jahren höher als die der deutschen Frauen mit 80,3 Jahren (OECD 1999). Die folgende Tabelle zeigt außerdem, daß der Gesundheitszustand der niederländischen Bevölkerung in bezug auf Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet.

Tab. 7: Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren

Todesursachen nach ICD-Kategorien (Sterbeziffer/100.000 Einw.)		
	1995	1980-1995
Ungarn	1155,83	-0,46
Polen	1002,19	-0,72
Mexiko	919,64	
Irland	848,27	-1,47
Portugal	833,86	-1,69
GB	738,74	-1,6
Finnland	734,28	-1,56
USA	732,81	-0,93
Deutschland	724,63	-1,61
Österreich	704,39	-2,15
Luxemburg	690,4	-2,59
Niederlande	690,15	-0,79
Norwegen	678,41	-0,97
Griechenland	672,36	-1,16
Island	660,47	-0,43
Spanien	639,38	-1,34
Kanada	625,96	-1,57
Australien	624,98	-2
Schweden	615,55	-1,67
Frankreich	599,77	-1,94

Fehlzeiten am Arbeitsplatz (Tage pro Person)		
	1994	1980-1994
Polen	27,5	
Mexiko	24,6	2,46
Tschechische Rep.	21,1	1,74
Ungarn	19	0,47
Schweden	16,6	-1,73
Österreich	13,7	-1,4
Deutschland	12,3	-1,02
GB	7,8	
Finnland	7,7	-0,62
Belgien	7	-0,3
Kanada	6	-0,79
Niederlande	5,5	-3,76
USA	5,2	0,28

Quelle: OECD 1999

Quelle: OECD 1999

2.3 Schlußfolgerungen

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, daß das Gesundheitssystem in den Niederlanden und in Deutschland auf den ersten Blick ähnlich konzipiert ist – und zwar dahingehend, daß es in beiden Ländern einen Kompromiß zwischen markt- und staatsbasiertem System darstellt. Dies wird einerseits deutlich durch die Dominanz der gesellschaftlichen Akteure, die den staatlichen Versorgungs- und Finanzierungsauftrag im Gesundheitswesen wahrnehmen, andererseits durch das gemischte Versicherungssystem, welches marktliche und staatliche Ordnungselemente kombiniert. Darüber hinaus kristallisieren sich jedoch einige markante Unterschiede heraus: So ist das Mischungsverhältnis zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen in den Niederlanden ausgewogener und die Struktur des Versorgungsektors homogener als in Deutschland. Differenzen zeigen sich außerdem in den Strukturen und den Zentralisierungsgraden des Verbandswesens sowie in der Rolle des Staates, der in der Bundesrepublik eher Finanzierungsfunktion, in den Nie-

derlanden eher Steuerungsfunktion hat. Die ergänzende *quantitative Darstellung* über die internationale Performance beider Gesundheitssektoren bringt weitere Unterschiede zum Vorschein, die insgesamt darauf hinauslaufen, daß in den Niederlanden Gesundheitseinrichtungen weniger häufig in Anspruch genommen werden als in der Bundesrepublik. Entsprechend hat das niederländische Gesundheitswesen geringere Ausgabenanteile zu verzeichnen, wobei die zentralen Gesundheitsindikatoren – Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität – besser ausfallen als in der Bundesrepublik.

Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, ist, ob zwischen der Konstruktion der beiden Gesundheitssektoren, ihrer quantitativen Performance und dem Gesundheitszustand der Bevölkerung ein Zusammenhang besteht. Möglich wäre zunächst, daß der Niederländer aufgrund anderer Lebenslagen und Lebensstile per se weniger krankheitsanfällig ist als der bundesdeutsche Bürger. Dies würde bedeuten, daß die quantitative Performance eher eine abhängige Variable gesellschaftlicher Lebenskontexte wäre als eine Folge der Konstruktion des Gesundheitswesens.¹ Möglich wäre aber auch, daß das niederländische Gesundheitssystem in bezug auf seine Klientel bedarfsgerechter und in bezug auf seine gesellschaftliche Umwelt effizienter arbeitet. Mit anderen Worten: Die Konzeption und Performance des niederländischen Gesundheitswesens wäre ein erster Indikator für die im vorangegangenen Kapitel hergeleitete These, daß im niederländischen Gesundheitswesen stärkere Integrationskräfte am Werk sind als im deutschen. Diese

¹ Einige Argumente sprechen für diese Argumentation. So ist nach Schätzungen des *US-Centers for Disease Control* der Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterblichkeit etwa doppelt so groß wie die Einflüsse der biologischen Umwelt und der genetischen Prädispositionen, und diese wiederum sind als doppelt so stark einzustufen wie der Einfluß des Gesundheitswesens (BMBF 1997). Daher resultiert der Anstieg der Lebenserwartung und die sinkende Sterberate seit Anfang dieses Jahrhunderts auch eher aus den Verbesserungen der Lebensbedingungen (Hygiene, Ernährung, Seuchenbekämpfung) als aus der Einführung der ersten Krankenversicherungssysteme. In dieser Arbeit wird jedoch davon ausgegangen, daß Gesundheitssystem und -zustand miteinander verknüpft sind, denn schließlich läßt sich im internationalen Vergleich ein eindeutiger statistischer Zusammenhang zwischen Lebenserwartung/Sterblichkeit und der Existenz eines institutionalisierten, auf Inklusion angelegten Gesundheitswesens aufzeigen.

These gilt es, im weiteren Verlauf der Arbeit zu konkretisieren. Zu diesem Zweck wird im nächsten Kapitel zunächst hergeleitet, welchen unterschiedlichen Verlauf die Interpenetrationszone des Gesundheitssektors – der Wohlfahrtsstaat – in beiden Gesellschaften genommen hat.

3 DAS GESUNDHEITSSYSTEM IM WANDEL DER WOHLFAHRTSGESELLSCHAFT

Nationale Gesundheitssysteme sind in ihrer Ausgestaltung äußerst variabel. So beruht das britische Gesundheitswesen mit seiner staatszentrierten Grundversorgung auf völlig anderen Prämissen als das Gesundheitswesen der skandinavischen Länder. Und die in Kap. 2 durchgeführte Bestandsanalyse zeigte auf, daß selbst so ‘ähnliche’ Nationen wie die Niederlande und die Bundesrepublik im Detail über äußerst markante Abweichungen verfügen. Das Design nationaler Gesundheitssysteme ist also auf den ersten Blick durch ein hohes Maß an Kontingenz gekennzeichnet. Dennoch folgt es einer gewissen Systematik, denn als Element des Wohlfahrtssektors ist die konkrete nationale Ausgestaltung des Gesundheitswesens eng mit den spezifischen Merkmalen der nationalen Wohlfahrtskonfiguration verknüpft, die den Korridor der Gestaltungsmöglichkeiten absteckt. Ein Vergleich zwischen der Entwicklung des niederländischen und deutschen Wohlfahrtsstaates wird daher neuen Aufschluß über die Unterschiede beider Gesundheitssysteme und ihren Integrationsgrad geben.

3.1 ‘Worlds of Welfare’: Das deutsche und niederländische Gesundheitswesen im wohlfahrtlichen Kontext

Der Begriff des Wohlfahrtsstaates¹ wird als deskriptives Konzept zur Kennzeichnung staatlicher Maßnahmen genutzt, die der Förderung von Lebenschancen in den Dimensionen Einkommen, Gesundheit, Wohnen und Bilden dienen (Alber 1992b: 542):

„Der Wohlfahrtsstaat ist das institutionelle Ergebnis des fortgesetzten politischen Anspruchs, mit Mitteln der Gesetzgebung für die Grundlagen des individuellen Wohlbefindens aller Mitglieder einer national definierten Gesellschaft zu sorgen.“ (Girvetz 1968: 512)

Der Begriff intoniert also einen bestimmten Typus der Staatstätigkeit, d.h. er bezieht sich auf Länder, in denen der Staat eine aktive Rolle in der Steuerung wirtschaftlicher und gesellschaftlicher

¹ Während der *Wohlfahrtsstaat* einen bestimmten, vor allem in Nord- und Westeuropa anzutreffenden Typus der Vergesellschaftung kennzeichnet, verweist der Begriff des *Sozialstaates* auf die spezifisch deutsche Wohlfahrtsprogrammatik und impliziert gleichzeitig eine Kampfansage gegen das Ausufern des Wohlfahrtsstaates, der gesellschaftliche Freiräume zugunsten einer umfassenden Betreuung der Bürger von der Wiege bis zur Bahre einschränkt (Alber 1992b: 543, Kaufmann 1997: 21). Der Begriff der *Wohlfahrtsgesellschaft* wiederum verweist auf die Dominanz bürgerlicher Bewegungen, während der *Wohlfahrtsstaat* starke Arbeiterbewegungen und einflußreiche sozialdemokratische Ideologien suggeriert (Schmidt 1988: 167). Die drei Begriffe werden in dieser Arbeit synonym verwendet.

Abläufe einnimmt und einen beträchtlichen Teil seiner Ressourcen sozialpolitischen Zwecken widmet (Alber 1992b: 524). Dies bedeutet allerdings nicht, daß wohlfahrtliche Institutionen genuin staatliche Institutionen sein müssen. Im Gegenteil ist der Wohlfahrtssektor in den meisten modernen Gesellschaften als separater, rechtlich autonomer Bereich neben dem staatlich verfaßten politischen System und der privatrechtlich verfaßten Marktwirtschaft etabliert. Genauer gesagt vermittelt er zwischen marktgesellschaftlicher Privatsphäre, rechtsstaatlicher Öffentlichkeit und der Familie, d.h. die Einrichtungen des Arbeits-, Bildungs- und Sozialrechts bilden eine Zwischensphäre zwischen Wirtschaftsunternehmen, privaten Haushalten und Staat (Kaufmann 1997: 24f.). Aus diesem Grund wurde der Wohlfahrtssektor in Kap. 1 als Interpenetrationszone zwischen unterschiedlichen funktionalen Teilsystemen bestimmt. KAUFMANN diagnostiziert entsprechend:

„Gesellschaftstheoretisch läßt sich der Gedanke einer gleichzeitigen Steigerbarkeit von Staatsintervention und gesellschaftlicher Steuerungsfähigkeit am überzeugendsten auf der Basis einer Theorie der Funktionsdifferenzierung verdeutlichen: Moderne Gesellschaften entwickeln funktionsorientierte Teilsysteme, die sich in ihrer effizienten Einseitigkeit wechselseitig ergänzen und in Schranken halten. Die wohlfahrtsstaatliche Entwicklung ist ein wesentliches Element der Lösung von Folgeproblemen einer Verselbständigung von Politik und Ökonomie, sie folgt deshalb auch keiner einheitlichen Logik, sondern strebt nach einer Synthese unterschiedlicher – politischer, wirtschaftlicher, kultureller und sozialer – „Logiken““ (Kaufmann 1997: 30).

In diesem Zusammenhang weisen alle nationalen Wohlfahrtskonfigurationen gewisse Gemeinsamkeiten auf (Kaufmann 1997: 27f.): So bleiben in der wirtschaftlichen *Produktionssphäre* Privateigentum und unternehmerische Freiheit grundsätzlich gewahrt, werden aber einschränkenden Bedingungen unterworfen – einerseits, um den Gegensatz zwischen Kapital und Arbeit ein Stück weit aufzufangen, andererseits, um die externen sozialen Kosten der wirtschaftlichen Prozesse zu kompensieren. In der politischen *Verteilungssphäre* wird das primäre Verteilungskriterium – das Entgelt – durch eine sekundäre staatliche Umverteilung korrigiert, die auch den Nicht-Erwerbstätigen und den unvermögenden Bevölkerungsschichten ein Auskommen sichert. In der gemeinschaftlichen *Reproduktionssphäre* werden die Leistungen der privaten Haushalte durch öffentlich subventionierte Dienstleistungen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialsektors gestützt.

Über diese analytischen Gemeinsamkeiten hinaus ist aber die jeweilige konkrete Ausgestaltung dieser Funktionen höchst variabel: Nicht nur herrscht in jedem Land eine andere Auffassung über das Ausmaß der unternehmerischen Unabhängigkeit, den angemessenen Grad der staatlichen Intervention und die Reichweite der familiären Unterstützung – auch die Instrumente gesetzlicher

Regulierung und die Strukturen der Leistungssektoren weichen erheblich voneinander ab. Je nach Perspektive läßt sich die Genese *nationaler Wohlfahrtskonfigurationen* folgendermaßen nachzeichnen (vgl. auch Lessenich 2000):

- Unter *funktionalistischer Perspektive* folgt die Genese des Wohlfahrtsstaates der ‘Logik des Industrialismus’ (Flora/Alber 1981): Der Wohlfahrtsstaat wird historisch nötig, weil traditionelle Formen gesellschaftlicher Reproduktion und sozialer Sicherheit wie Familie, Kirche oder Dorfgemeinschaft unter dem Druck der gesellschaftlichen Modernisierung (Mobilität, Urbanisierung, Individualisierung) zerbrechen. Kriterium für das unterschiedliche ‘Ausmaß’ nationaler Wohlfahrt sind die Varianzen der Sozialleistungsquoten, die sich aus dem ‘Problemdruck’ eines Landes (z.B. demographische Entwicklung) und seinen verfügbaren Ressourcen (indiziert durch das BSP pro Kopf) ableiten lassen (Wilensky 1975).
- *Institutionalistische Ansätze* hingegen verstehen den Wohlfahrtsstaat als notwendiges Instrument für die Reintegration der Ökonomie in die Gesellschaft. Denn die gesellschaftliche Leistungs- und Integrationsfähigkeit ist insbesondere durch die Isolierung der Wirtschaft gegenüber sozialen und politischen Institutionen gefährdet – daher ist ein soziales ‘re-embedding’ des ökonomischen Systems über wohlfahrtliche Regulierung notwendig. In diesem Rahmen wird insbesondere auf die Bedeutung demokratischer Strukturen und staatlicher Bürokratien, Institutionen und Eliten als treibende Kräfte sozialer Reformen abgestellt (Polány 1944, Rokkan 1970).
- Die Ansätze der *Politischen Ökonomie* wiederum nehmen eine konflikttheoretische Perspektive ein und betonen die Bedeutung sozialer Klassen als Motoren des Wandels und die Relevanz des klassenpolitischen Kräfteverhältnisses für die Aushandlung gesellschaftlicher Verteilungsstrukturen (Korpi 1983). Sozialpolitische Unterschiede zwischen Nationen werden hier durch die Machtbalance zwischen den Parteien und die Machtbalance zwischen der organisierten Arbeiterbewegung einerseits und liberal-konservativen Kräften andererseits hervorgerufen.

Allen Ansätzen ist gemeinsam, daß sie eine Schlüsselvariable zu identifizieren suchen, die die Varianz zwischen nationalen Wohlfahrtsstaaten quasi monokausal zu erklären vermag (Alber 1995: 279, Esping-Andersen 1998: 32f.). In jüngster Zeit setzt man stärker auf „synthetische Arbeiten, die im Sinne von Konfigurationsanalysen zu klären versuchen, welche Konstellation von Bedingungen verschiedene Staaten dazu bringt, unterschiedliche Entwicklungspfade in der Sozialpolitik einzuschlagen“. (Alber 1995: 279.) Der wichtigste Vertreter in diesem Kontext ist ESPING-ANDERSEN, der mit seinen *Three Worlds of Welfare* drei Regimetypen des Wohlfahrtsstaates unterscheidet – das sozialdemokratische Regime der skandinavischen Länder, das konservativ-

korporatistische Regime der kontinentaleuropäischen Ländern sowie das liberale Regime der angelsächsischen Nationen (vgl. zu den folgenden Ausführungen Esping-Andersen 1990, 1998, Schmidt 1988: 158ff.).¹

Tab. 8: Indikatoren von Wohlfahrtsstaaten

	Typus des Wohlfahrtsstaates		
Indikator	liberal	konservativ	sozialdemokratisch
Schutz gegen Marktkräfte und Einkommensausfälle	schwach	mittel	stark
Sozialrechte und Armenunterstützung	Armenunterstützung	Sozialrechte	Sozialrechte
Anteil der privaten Sozialausgaben	hoch	mittel	niedrig
Ausmaß der individuellen Finanzierung	mittel	hoch	mittel
Nach Berufsgruppen differenzierte Sicherungssysteme	nein	ja	nein
Umverteilungskapazität	gemäßigt	gemäßigt	groß
Vollbeschäftigungsgarantie	nein	nur in Prosperität	ja

Quelle: Schmidt 1988: 162

Als zentrale Dimension dieser Typologie legt ESPING-ANDERSEN die Gewährung sozialer Rechte zugrunde. Dies kommt in seinem Begriff der *De-Kommodifizierung* zum Ausdruck. Diese steht für das Maß, in dem Verteilungsfragen vom Markt abgekoppelt werden. „De-commodification occurs when a service is rendered as *a matter of right, and when a person can maintain a livelihood without reliance on the market.*“ (Esping-Andersen 1990: 22) De-kommodifizierende Rechte sind in den modernen Wohlfahrtsstaaten unterschiedlich weit entwickelt:

- Den höchsten Grad an Markunabhängigkeit erzielen die *skandinavischen Länder*, die sich mit ihren Modellen der Grundsicherung auf alle Bürger beziehen, ungeachtet von vorherigen Einkünften, Beiträgen und Arbeitsleistungen.
- In den *kontinentaleuropäischen Ländern* hingegen ist der De-Kommodifizierungsgrad niedriger, denn die Sozialleistungen sind über lohnarbeitszentrierte Zwangsversicherungen überwiegend an Arbeit und Beschäftigung gekoppelt.

¹ Das Modell weist große Ähnlichkeit mit den von TITMUSS entwickelten Typen *residual welfare*, *industrial achievement-performance* und *institutional redistributive* auf (Titmuss 1974). Diese sind jedoch als idealtypische Gestaltungsmaximen der Sozialpolitik postuliert worden, abgeleitet aus der Sozialtheorie und Philosophie. Eine empirische Zuordnung von Nationen hat TITMUSS nicht vorgenommen (Kohl 1993: 72f.).

- Die *angelsächsischen Wohlfahrtsstaaten* weisen den stärksten Marktbezug auf. Zwar sind die hier vorherrschenden Fürsorgemodelle nicht so stark an Arbeitsleistung geknüpft – sie führen aber zu einer Stärkung des Marktes, insofern ihre Leistungen äußerst gering sind und die am Markt erfolgreichen Bürger zur privaten Vorsorge ermutigen.

Während sich im Begriff der De-Kommodifizierung einige Grundannahmen der funktionalistischen Variante widerspiegeln (der Wohlfahrtsstaat kompensiert die traditionellen Versorgungsformen, die nicht durch den Markt aufgefangen werden können), weist der zweite Begriff der *Stratifizierung* Anleihen des konflikttheoretischen Paradigmas auf (Esping-Andersen 1990: 23ff.). Ausgangspunkt ist, daß der Wohlfahrtsstaat nicht allein Korrekturinstrument der gesellschaftlichen Ungleichheitsstruktur ist. Vielmehr stellt er ein eigenständiges System der Stratifizierung dar, indem er in aktiver und direkter Weise die sozialen Beziehungsmuster einer Gesellschaft ordnet.

- Im korporatistischen statusdifferenzierenden System der kontinental-europäischen Staaten erzeugt das klassische Sozialversicherungsmodell *à la* Bismarck Spaltungen innerhalb der Lohnabhängigen – indem es für unterschiedliche Klassen und Statusgruppen eigene Sicherungsprogramme mit unterschiedlichen Rechten und Privilegien konstruiert (dies kommt besonders deutlich durch die großzügigen Sozialleistungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes zum Ausdruck).
- Das universalistische System hingegen fördert Statusgleichheit, indem alle Bürger, unabhängig von ihrer Klassenzugehörigkeit oder Marktstellung, mit ähnlichen Rechten und Leistungen ausgestattet werden. Im Zuge wachsenden Wohlstands kann dieses Modell allerdings Dualismen produzieren: Die Bessergestellten ergänzen die bescheidene Gleichheit durch angemessene Wohlfahrtsstandards (in Form privater Versicherungen oder betrieblicher Zusatzleistungen) – für die unteren Schichten verbleibt eine bescheidene staatliche Absicherung. Diese Entwicklung gilt als charakteristisch für Großbritannien und die angelsächsischen Länder.
- Die skandinavischen Länder hingegen schlugen einen anderen Weg ein. Der Staat versuchte hier, den universellen Anspruch aufrecht zu erhalten und die aufstrebenden Mittelschichten mit einzubeziehen, indem er auf das einheitlich-egalitäre System ein zweites versicherungsorientiertes System aufsattelte. Der Staat behält hier das Mandat, kann aber erwartungsgerechte Leistungen gewährleisten und somit den Universalismus (trotz Leistungsungleichheiten) beibehalten.

Aus De-Kommodifizierung und Stratifizierung resultieren drittens verschiedene wohlfahrtliche *Arrangements zwischen Markt, Staat und Familie* (Esping-Andersen 1998: 43ff.). Hier kommt die institutionalistische Variante zum Ausdruck: Der Wohlfahrtsstaat als integrierender

Mechanismus oder als Schnittstelle zwischen den möglichen Institutionen der Wohlfahrtsproduktion einer Gesellschaft.

- Die Gruppe der *liberalen Wohlfahrtsstaaten* kombiniert minimale de-kommodifizierende Effekte mit einem klassenpolitischen Dualismus. Wir finden bedarfsgeprüfte Fürsorge, niedrige universelle Transferleistungen und bescheidene Sozialversicherungsprogramme, die sich in der Regel an schlecht bezahlte oder arbeitslose Angehörige der Arbeiterschicht richten. Der Staat fördert hier den Markt, indem er entweder minimale Leistungen bietet (passive Förderung) oder die privaten Sicherungsformen subventioniert (aktive Förderung) und dadurch die aufstrebende Mittelschicht zu einer marktorganisierten privaten Absicherung veranlaßt. Archetypen dieses Modells sind die Vereinigten Staaten, Kanada und Australien.
- In den *konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten* hingegen behält der Staat das Zepter über gesetzliche Versicherungssysteme¹ in der Hand. Die Gewährleistung sozialer Rechte ist zwar unumstritten, intendiert aber durch seinen starken Erwerbsbezug den Erhalt von Statusunterschieden und Berufsschichten. Des weiteren sind die korporatistischen Regimes (nicht zuletzt aufgrund des kirchlichen Einflusses) an der Aufrechterhaltung traditioneller Familienformen orientiert. Zu diesem Typus zählen die kontinentaleuropäischen Länder Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien.
- Norwegen und Schweden hingegen bilden die Archetypen der dritten *sozialdemokratischen* Gruppe: Hier wurden die Prinzipien der De-Kommodifizierung und des Universalismus unter staatlicher Regie auf die neuen Mittelschichten ausgedehnt. Alle Klassen und Schichten sind in ein einziges, universelles Versicherungssystem einbezogen – gleichwohl orientieren sich die Leistungen am vorherigen Einkommen. Dies führt einerseits dazu, daß Leistungen und soziale Dienste so ausgestaltet sind, daß sie auch den Ansprüchen der Bessergestellten gerecht werden. Andererseits wird Gleichheit in dem Sinne hergestellt, daß auch Arbeiter in vollem Maße an den Rechtsansprüchen teilhaben können.

¹ An dieser Stelle soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß nicht das Versicherungssystem als solches kennzeichnend für den korporatistischen Typ ist, sondern dessen Lohnarbeitszentriertheit und statusdifferenzierende Effekte. Das Versicherungssystem selbst findet sich ebenso in sozialdemokratischen und liberalen Wohlfahrtsstaaten. Diese weite Verbreitung ist nach KOHL darauf zurückzuführen, daß das Sozialversicherungsmodell offen ist für konkurrierende Interpretationen, d.h. es kann ebenso nutzbar gemacht werden für liberale und sozialdemokratische Konzeptionen (Kohl 1993: 73ff.).

Tab. 9: Klassifikation von Industrieländern in Wohlfahrtsstaatstypen

	konservativ	liberal	sozialdemokratisch
Stark	Belgien (8)	Kanada (12)	Dänemark (8)
	Deutschland (8)	Schweiz (12)	Norwegen (8)
	Frankreich (8)	USA (12)	Schweden (8)
	Italien (8)	Australien (10)	Finnland (6)
	Österreich (8)	Japan (10)	Niederlande (6)
mittel	Finnland (6)	Frankreich (8)	Australien (4)
	Irland (4)	Niederlande (8)	Belgien (4)
	Japan (4)	Dänemark (6)	Deutschland (4)
	Niederlande (4)	Deutschland (6)	Kanada (4)
	Norwegen (4)	Italien (6)	Neuseeland (4)
		GB (6)	Schweiz (4)
			GB (4)

Quelle: Obinger/Wagschal 1998: 119

ESPING-ANDERSEN kommt zweifellos der große Verdienst zu, eine komplexe Typologie kapitalistischer Wohlfahrtsstaaten entwickelt zu haben, die wichtige Ansätze wohlfahrtstheoretischer Forschung kombiniert und über die bloße Betrachtung von Sozialausgaben hinaus Zusammenhänge zwischen den vielfältigen Determinanten nationaler Wohlfahrtskonfigurationen aufdeckt.¹ Dennoch bleiben Fragen offen. Die erste, die sich im Kontext dieser Arbeit stellt, betrifft die typologische Einordnung der Bundesrepublik und der Niederlande. Die Bundesrepublik fällt in die Kategorie der konservativen Wohlfahrtsstaaten. Die Tatsache, daß Deutschland auch liberale und sozialdemokratische Punkte verzeichnen kann, bestätigt ESPING-ANDERSEN's Aussage, daß die Kategorien in der Realität nur äußerst selten in Reinform anzutreffen sind.² Empirisch dominiert in

¹ Abschließend noch eine Anmerkung zur Genese wohlfahrtsstaatlicher Regimes. ESPING-ANDERSEN greift den von KORPI entwickelten Machtressourcen-Ansatz auf (Esping-Andersen 1998: 47ff., Korpi 1983): Die Gestaltung sozialer Sicherung wird als Gegenstand gesellschaftlicher Verteilungskonflikte begriffen, in denen unterschiedliche Klasseninteressen und deren Regulierung durch politisch organisierte Machtpotentiale zum Ausdruck kommen. Eine entscheidende Variable ist erstens die Art der Klassenmobilisierung und in diesem Zusammenhang das Verhältnis von Handwerker- und Industriegewerkschaften: Während erstere zu Partikularismus und Korporatismus tendieren, neigen letztere zu universalistischen Zielen. Als weiterer Faktor treten politische und konfessionelle Spaltungen hinzu, die konkurrierende Wohlfahrtsprinzipien generieren. Hier wird deutlich, daß die Ausbildung wohlfahrtlicher Regimes nicht einer mächtigen Arbeiterpartei (bzw. deren Nichtvorhandensein) zu verdanken ist, sondern vielmehr der Herausbildung unterschiedlicher klassenpolitischer Koalitionsstrukturen und dem historischen Erbe der Regimeinstitutionalisierung.

² Daß ESPING-ANDERSEN die Charakteristika des konservativen Wohlfahrtsstaates am paradigmatischen Beispiel der Bundesrepublik durchdekliniert, ist im Grunde nicht korrekt (BORCHERTS zynischer Kommentar: "(...) eine in der Würdigung des Buches allgemein unterbewertete Glanzleistung." (Borchert 1998: 142). Öster-

Deutschland demnach der konservative Typus, der von sozialdemokratischen und liberalen Elementen flankiert wird. Wir finden dieses Design im deutschen Gesundheitssektor mit einigen Modifizierungen wieder:

- So dominiert hier die Säule der erwerbszentrierten GKV – die Pflegeversicherung in Form einer generalisierten Volksversicherung und die Privatversicherung als Ausdruck der liberalen Komponente sind zwar vorhanden, aber nicht so präsent. Entsprechend weist das bundesdeutsche Gesundheitsmodell zunächst *de-kommodifizierende Effekte* mittlerer Reichweite auf, insofern die Gesundheitssicherung von Arbeit und Einkommen abhängig ist. Faktisch jedoch ist die Gesundheitsversorgung (fast) universalistisch angelegt, da die gesetzliche Krankenversicherung auch viele nicht-lohnerwerbstätige Bevölkerungsgruppen (Familienangehörige, Studenten) miteinschließt.
- Dies hat paradoxe *stratifikatorische* Effekte. Stratifizierung bedeutet in diesem Zusammenhang weder eine Spaltung zwischen Erwerbstätigen und Nicht-Erwerbstätigen noch die Spaltung diverser Lohnarbeitsgruppen, wie sie noch zu Beginn der GKV zu beobachten war (z.B. in Form unterschiedlicher Sicherungsmodelle für Arbeiter, Angestellte und Beamte). Worum es jetzt geht, ist schlicht die Spaltung zwischen verschiedenen Einkommensgruppen. Denn je höher die Einkommensgruppe, desto eher sind Ressourcen für private Krankenversicherungen gegeben, die zweifellos eine erweiterte Leistungspalette gegenüber der GKV beinhalten. Die universalistische Ergänzung der lohnarbeitszentrierten GKV generiert somit auch stratifizierende Effekte, die typisch sind für universalistische Systeme: Die Bessergestellten heben ihren gesundheitlichen Versorgungsniveau durch private Versicherungen und privat finanzierte Zusatzleistungen an, die schwächeren Einkommensgruppen sind durch das Prinzip der GKV in bescheidenerem Maße abgesichert.
- Entsprechend läßt sich auch das *Arrangement zwischen Markt, Staat und Familie* skizzieren: Einerseits weist das deutsche Gesundheitswesen klassisch konservativ-korporatistische Züge auf, indem es durch die GKV gesundheitliche Versorgung staatlich gewährleistet, gleichzeitig Statusunterschiede fördert und die Aufrechterhaltung traditioneller Familienstrukturen fördert (indem sie die Familienangehörigen Lohnarbeitsstätiger inkludiert). Andererseits veranlaßt die ungleiche Konzeptionierung der privaten und gesetzlichen Säule die aufstrebenden Mittelschichten zu einer privaten Absicherung. Der Staat fördert hier also den Markt, daher weist das deutsche Gesundheitswesen ebenso Kennzeichen eines universalistischen Systems

reich wäre wohl die richtige Wahl gewesen, aber auch weniger spektakulär als das Geburtsland des Bismarck-Systems.

auf, wie sie (wenn auch in viel stärkerem Ausmaß) in den angelsächsischen Ländern zu beobachten sind.

Das deutsche Gesundheitswesen kann also relativ problemlos in das Kategorienschema ESPING-ANDERSENS eingebunden werden. Probleme bereitet hingegen die Einordnung der Niederlande: In der Rangskala repräsentieren die Niederlande einen sozialdemokratischen Typus, angereichert mit konservativen und liberalen Elementen. Dies gilt für das Gesundheitswesen insofern, als daß die Volksversicherung AWBZ den größten Anteil an den Gesundheitsausgaben zu verzeichnen hat. Allerdings fallen die konservativen und liberalen Elemente dann doch zu hoch aus (wie in Kap. 2 anhand des erwerbszentrierten ZFW und der Privatversicherungen skizziert wurde), als daß man von einer Dominanz des sozialdemokratischen Typus sprechen könnte – und dies gilt nicht nur für das niederländische Gesundheitswesen, sondern auch für den gesamten sozialen Sektor der Niederlande.¹

Resümiert man ergänzend die Literatur zum niederländischen Wohlfahrtsstaat, erscheint eine sozialdemokratische Dominanz vollends unbefriedigend. Da sind zum einen die Autoren, die auf die Parallelen zum konservativen Design der Bundesrepublik hinweisen: SCHMIDT beispielsweise ordnet die Niederlande und die Bundesrepublik in die Kategorie der konservativen Staaten ein.² OBINGER/WAGSCHAL hingegen kommen in der clusteranalytischen Überprüfung der Originaldaten von ESPING-ANDERSEN zu dem Schluß, daß beide Länder dem Typus der europäischen Wohlfahrtsstaaten angehören.³ VAN DER VEEN/TROMMEL sprechen von einer sozialdemokratischen und konservativen Kombination: „In its institutional arrangements, low level of labour-participation of women and protection of family, it was a traditional corporatist welfare state. In its universal system of benefits and its high benefit-levels it was a social-democratic welfare state.“

¹ Auch alle anderen Felder sozialer Sicherung basieren in den Niederlanden auf mehreren Säulen. So besteht die niederländische Alterssicherung aus einer Volksversicherung (AOW) und aus einer Arbeitnehmersicherung in Form von betrieblichen Rentenversicherungen. Gleiches gilt für die Berufsunfähigkeit (WAOZ bzw. WOA) und die Lohnfortzahlung (bei der zwischen staatlicher und unternehmerischer Absicherung differenziert wird). Flankiert werden diese Maßnahmen durch staatliche Sozialleistungen, (Sozialhilfe und Kindergeld) und durch private Formen der Absicherung (Kleinfeld 1998: 210ff.).

² Grundlage dieser Einteilung ist der gewerkschaftliche Organisationsgrad und der auf die sozialdemokratischen Parteien entfallende Stimmenanteil, der in Ländern dieser Kategorie geringer ausfällt als beim sozialdemokratischen Regime (Schmidt 1988: 165).

³ Interessant ist, daß sich mit dem clusteranalytischen Verfahren eine völlig neue Kategorisierung von Wohlfahrtsstaaten ergibt. Neben dem *europäischen* Typ (zu dem außerdem Finnland, Irland und Großbritannien zählen) identifizieren OBINGER/WAGSCHAL den *radikalen* (Australien, Neuseeland), den *sozialdemokratischen* (Skandinavien), den *konservativen* (Frankreich, Italien, Österreich) und den *liberalen* Typus (Japan,

(Veen/Trommel 1998: 2). Aber auch die Punktwerte, die die Niederlande im Feld der liberalen Kategorie erzielen, sind bemerkenswert. Hierzu SCHULTE:

„Das niederländische System der sozialen Sicherung ist deshalb besonders interessant, weil es in gewisser Weise eine Synthese darstellt aus den Systemen der Sozialversicherung im klassischen Sinne, wie sie etwa in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich und Italien anzutreffen sind und die man verkürzt als Bismarck-Systeme bezeichnen kann, einerseits, und dem britischen System der sozialen Sicherheit, dem Beveridge-System andererseits. Die niederländischen Arbeitnehmersicherungen, die Einkommensersatzleistungen vorsehen, deren Höhe sich am ausgefallenen Arbeitseinkommen orientiert, sind von den erstgenannten kontinentaleuropäischen Sozialversicherungssystemen beeinflusst, während die Volksversicherungen für jedermann aus Großbritannien übernommen worden sind; die Garantie eines Existenzminimums für Jedermann im Namen der nationalen Solidarität ist das Konzept, das Beveridge dem klassischen Sozialversicherungsgedanken entgegengesetzt hat, und das niederländische System der sozialen Sicherung ist vielleicht das gelungenste Beispiel für eine ausgewogene Verbindung beider Konzepte.“ (Schulte 1980: 330).

Offensichtlich sperren sich die Niederlande gegen eine deutliche Zuweisung im Sinne der *Worlds of Welfare*. Vielmehr repräsentieren sie ein *gemischtes System*, welches gleichermaßen sozialdemokratische, konservative und liberale Elemente kombiniert. Unter diesem Aspekt ist zwar die Konzeption des niederländischen Gesundheitswesens nicht gerade einfacher, aber in jedem Fall zutreffender zu interpretieren:

- Die *sozialdemokratische Komponente* kommt insbesondere durch die Volksversicherung des AWBZ zum Ausdruck. Sie beinhaltet einen hohen De-Kommodifizierungsgrad, da sie nicht auf dem Erwerbstätigen-, sondern auf dem Bürgerstatus aufbaut und somit zu einer Entkopplung von Gesundheitssicherung und Erwerbstätigkeit führt. Unter stratifizierenden Aspekten ist sie auf Universalismus hin angelegt, d.h. sie beinhaltet über die einkommensorientierte Beitragsgestaltung einen Umverteilungseffekt und gewährt gleichzeitig einheitliche Leistungen für alle Bevölkerungsschichten.
- Als *konservativ* ist das niederländische Gesundheitswesen insoweit einzustufen, als daß das staatliche ZFW lohnarbeitszentriert ist und die Familie miteinschließt. Dem zu Folge finden sich entsprechende de-kommodifizierende und stratifizierende Effekte, die denen der Bundesrepublik gleichen: Ein staatlich reglementiertes Versicherungssystem, welches soziale Rechte bei gleichzeitigem Erhalt von Statusunterschieden gewährt und auf die Förderung traditioneller Familienstrukturen abzielt.

Kanada, Schweiz, USA). Allerdings bezieht sich diese Überprüfung nur auf Daten, die im Zusammenhang mit dem Stratifizierungskonzept erhoben wurden (Obinger/Wagschal 1998).

- Der hohe Anteil privater (Zusatz-)Versicherungen verweist hingegen auf den ersten Blick auf eine wesentlich stärkere *liberale Komponente* als im bundesdeutschen Gesundheitswesen der Fall – daher müßten sich hier auch in stärkerem Maße entsprechende De-Kommodifizierungs- und Stratifizierungseffekte finden lassen. Tatsächlich intendiert das niederländische Gesundheitswesen eine Stärkung des Marktes, indem es zur privaten Krankheitsabsicherung auffordert. Allerdings lassen sich dualistische Effekte (Spaltung der Klientel anhand bescheidener gesetzlicher Grundsicherung und anspruchsvoller privater Absicherung) im niederländischen Gesundheitswesen weitaus weniger stark konstatieren wie in den angelsächsischen Staaten. Dies geht auf eine ausgesprochen ‘sozialdemokratische’ Regulierung des Verhältnisses von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zurück: Die zunehmende Angleichung der Beitragssätze und die Einführung der Standard-Police führen dazu, daß auch die unteren Mittelschichten vom Angebot privater Versicherungen profitieren können.

Insgesamt läßt die gemischte Versicherungskonstruktion im niederländischen Gesundheitswesen demnach den Schluß zu, daß die einzelnen Säulen weit mehr auf gesellschaftsübergreifende Inklusion angelegt sind als in Deutschland, wo die Inanspruchnahme einzelner Versicherungsarten stärker einkommens- und schichtspezifisch geprägt ist.

3.2 Statik und Dynamik wohlfahrtlicher Regimes

Die Existenz gemischter Wohlfahrtsstaaten wie der Niederlande wirft weitere Fragen auf, die die Genese und den Wandel von Wohlfahrtswelten berühren: Welche Ursachen liegen der Ausbildung einer Wohlfahrtskategorie zugrunde? Wie kommt es zur Vermischung liberaler, sozialdemokratischer und konservativer Elemente? Und: Kann die Wohlfahrtskategorie gewechselt werden? Diese Fragen werden im weiteren Verlauf dieses Kapitels anhand einer historischen Darstellung geklärt, die sich mit der Herausbildung nationaler Wohlfahrtskonfigurationen beschäftigt. In diesem Zusammenhang soll außerdem das Wohlfahrtskonzept erweitert werden. Bislang ging es zumeist um die monetäre Dimension, d.h. um die Konzeption der gesundheitlichen Finanzierung. Die Versorgungsdimension des Gesundheitswesens blieb hingegen ausgeklammert – ein Defizit, welches dringend aufgearbeitet werden muß.¹ Denn es wird sich zeigen, daß das Versorgungsni-

¹ Mit diesem Argument werden auch viele wohlfahrtstheoretische Analysen kritisiert. Hierzu ALBER: „Gemeinsam ist allen skizzierten Analysetraditionen bei allen Unterschieden der Perspektive die ausschließliche bzw. vorwiegende Konzentration auf soziale Transferleistungen (...) (also) das Verhältnis von Sozialpolitik und Arbeitsmarkt bzw. der Angriff des Klassenkonflikts in den beiden Verteilungssphären „Markt“ und „Staat“. Damit werden neue soziale Probleme, die sich mit quer zu den Klassenlagen verlaufenden Lebenslagen verbinden, systematisch ausgeblendet.“ (Alber 1995: 279).

veau und die Angebotsstruktur in einem engen Zusammenhang mit dem monetären 'Überbau' stehen und daher einigen Einfluß auf die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates haben. Von daher soll die Entwicklung des Versorgungssektors von nun an in die Analyse miteinbezogen werden, um weiteren Aufschluß über die Differenzen zwischen dem bundesdeutschen und niederländischen Gesundheitssystem zu erhalten.

ESPING-ANDERSEN typologisierte nicht nur die Vielfalt der Wohlfahrtsstaaten, sondern stellte in diesem Zusammenhang auch die These auf, daß diese Typologie samt ihrer Differenzierungsmerkmale auch in Zukunft weitgehend ihre Gültigkeit behalten wird (Borchert 1998: 138f.). Insofern sind die heute vorfindbaren wohlfahrtlichen Konfigurationen Ergebnis früherer Strukturentscheidungen bzw. früherer gesellschaftlicher Machtverhältnisse. Einmal etablierte Regimes weisen eine große Beharrlichkeit gegenüber Reformbestrebungen auf; selbst rapide und radikale Veränderungen der politischen Konstellationen führen zumindest nicht kurzfristig zu einem Wechsel des Typus – Wandel ist allenfalls innerhalb der einmal eingenommenen Kategorie möglich. KOHL interpretiert dies einerseits als Korrektiv gegen einen 'unpolitischen Determinismus', der die Konvergenztendenzen¹ sozialer Sicherungssysteme als einen natürlichen, evolutionären Fortschrittsprozeß deutet. Andererseits werde aber auch einem 'politischen Voluntarismus' entgegengewirkt, der Reformprojekte propagiert, ohne die strukturellen Bedingungen ihre Realisierbarkeit zu reflektieren (Kohl 1993: 78).

Die These der divergenten und kategoriengebundenen Entwicklung von Wohlfahrtsstaaten hat bei anderen Wohlfahrtstheoretikern Kritik hervorgerufen. So weist OFFE darauf hin, daß nicht nur die Regimetypen in vielen regionalen Varianten vorkommen und in der Regel 'unrein' sind (oder sich als Mischtyp nur unbefriedigend einordnen lassen), sondern daß sich Wohlfahrtsstaaten auch im Laufe der Zeit verändern und einander annähern können. „ (...) sie kommunizieren miteinander, und es gibt Prozesse der wechselseitigen Beeinflussung, Nachahmung und Anpassung aneinander, zumal wenn deren gemeinsame Umwelten sich ändern.“ (Offe 1993: 84). Ähnlich argumentiert KOHL: „Schließlich kann sich im Laufe der Entwicklung, durch die Einführung neuer Programme oder durch Reformen der alten, der Charakter des Gesamtsystems verschieben. *D.h. ein bestimmtes Land kann zu verschiedenen Zeitpunkten unterschiedlichen Modellen folgen bzw.*

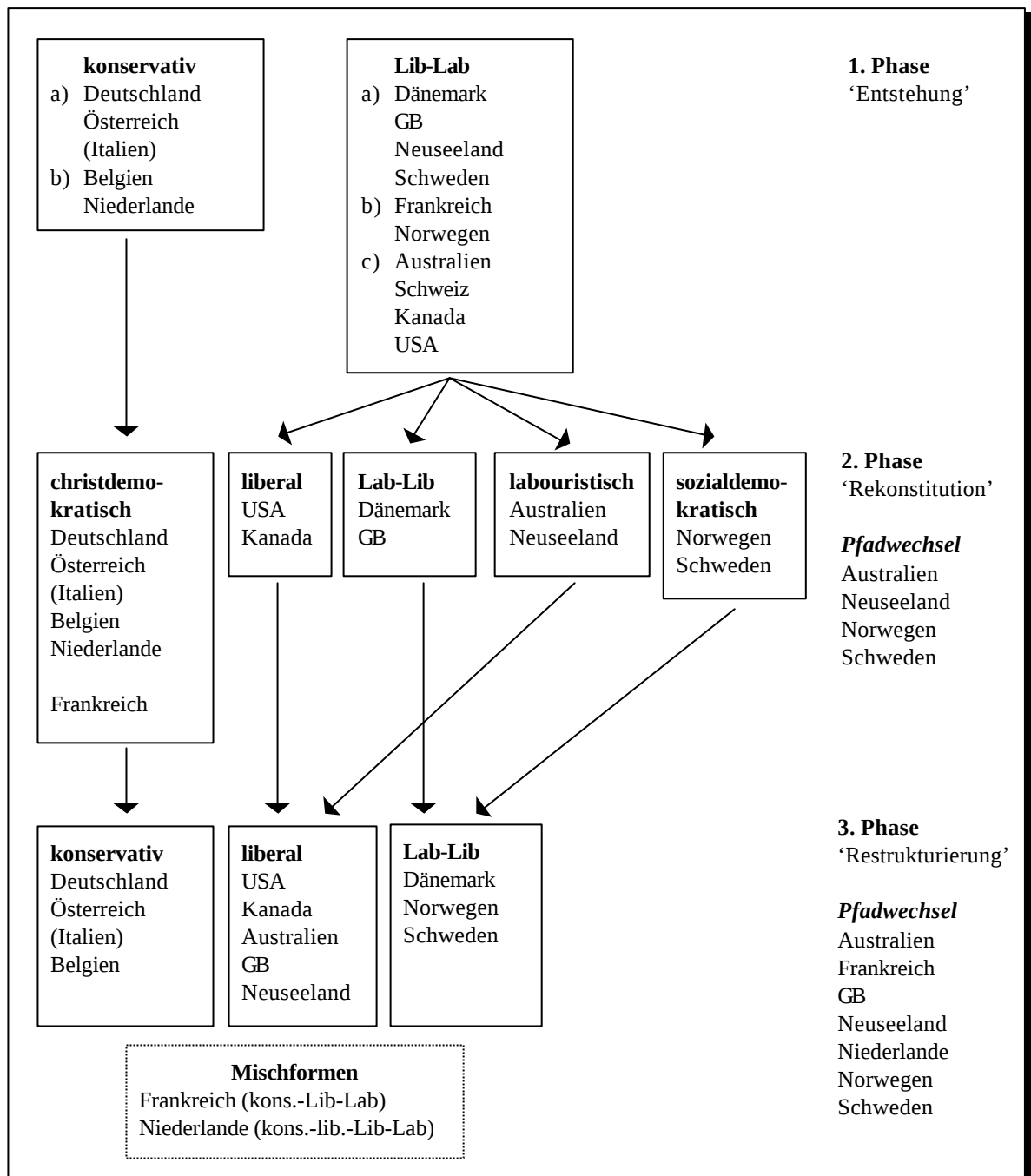
¹ Unter *Konvergenz* ist die Annäherung von nationalen Wohlfahrtsstaaten zu verstehen. So stellt SCHMIDT darauf ab, daß sich insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg die Unterschiede im Ausdehnungsgrad der Sozialversicherungen und die Höhe der Sozialausgaben stärker aneinander angleichen (Schmidt 1988: 137). Ansätze, die sich hingegen auf die Unterschiede von Wohlfahrtsstaaten oder -organisationen beziehen, werden als *divergenztheoretisch* bezeichnet.

nahestehen.“ (Kohl 1993: 76) Sehr scharf wird ESPING-ANDERSEN von BORCHERT kritisiert, der den Ansatz als eine „extreme Theorie der Pfadabhängigkeit“ kennzeichnet (Borchert 1998: 145). Ursprünglich von den Wirtschaftshistorikern entlehnt, bezeichnet dieser Begriff die Beharrungskräfte, die eine einmal getroffene Entscheidung erzeugt, und die ein Fortschreiten auf dem eingeschlagenen Weg begünstigen und grundlegende Kurskorrekturen erschweren.

„Esping-Andersens Ansatz enthält (...) eine sehr starke, sehr deterministische Annahme über die Entwicklung – oder genauer: über die statische Dynamik – von Wohlfahrtsstaaten: dem Gründungs-Urknall folgt der lange Marsch auf ausgetretenen Pfaden, auf denen die Akteure zunehmend lustlos dem sozialdemokratischen Sonnenuntergang entgegenlatzen...“ (Borchert 1998: 147).

Mag BORCHERTS Kritik auch einen Schuß Polemik enthalten – gerechtfertigt ist sie, zumindest im Rahmen des hier angesprochenen Problems. Zwar läßt sich aus den *Three Worlds of Welfare* noch der Schluß ziehen, daß es sich bei den Niederlanden um ein gemischtes System handelt; der Prozeß oder die Genese dieser Konzeption bleibt jedoch weitgehend im Dunkeln. Benötigt wird hier ein Ansatz, der von der statischen Konzeption der Wohlfahrtskategorien absieht, also mehr Raum läßt für Wandlungsprozesse. BORCHERT entwickelt eine derartige Vorgehensweise (eher eine vorläufige Skizze als einen ausformulierten Ansatz), der explizit auf die Dynamik wohlfahrtlicher Entwicklung abzielt und gerade den Mischformen höchste Aufmerksamkeit widmet. Zunächst unterscheidet er drei Stationen der Wohlfahrtsentwicklung, die als *critical junctures* fungieren können. Hierbei handelt es sich um krisenhafte Phasen der Neuorientierung, in denen verschiedene Entwicklungsszenarien möglich erscheinen und in denen die Weichen für die zukünftige Entwicklung gestellt werden. Außerhalb dieser Phasen wird der einmal eingeschlagene Weg meistens nicht in Frage gestellt; wenn es aber Pfadwechsel gibt, liegt es nahe, daß sie zu diesen Zeitpunkten stattfinden (vgl. die folgende Abbildung). In den weiteren Abschnitten dieses Kapitels soll die Entwicklung des niederländischen und des deutschen Wohlfahrtsstaates anhand dieses Phasenmodells durchdekliniert werden (Borchert 1998).

Abb.3: Die Entwicklung wohlfahrtsstaatlicher Regimes: Pfadabhängigkeit und Pfadwechsel in drei Phasen



Quelle: Borchert 1998: 169

3.2.1 Phase 1 – Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates

Der erste *critical juncture* ist die erstmalige Einführung sozialer Sicherungssysteme. Dieser leitet die Phase der *Entstehung von Wohlfahrtsstaaten* ein, die BORCHERT auf den Zeitraum zwischen 1880 und 1930 datiert. In dieser Periode etablieren nahezu alle Länder die grundlegenden Kerngesetze zur sozialen Sicherung gegen Unfall, Krankheit, Alter und Invalidität.

Tab.10: Die Einführung der sozialen Sicherungssysteme in Westeuropa^a

	Gesamtrangplatz für die Einführung der Sozialversicherung	Unfallvers.	Krankenvers.	Rentenvers.	Arbeitslosenvers.
Deutschland	1	1 (1884)	1 (1883)	1 (1889)	5 (1927)
Österreich	2	2 (1887)	2 (1888)	10 (1927)	4 (1920)
Italien	3	5 (1898)	7 (1928)	6 (1919)	3 (1919)
Norwegen	4	3 (1894)	4 (1909)	11 (1936)	6 (1938)
Niederlande	5	6 (1901)	8 (1929)	4 (1913)	8 (1949)
GB	6	12 (1946)	5 (1911)	(1925)	1 (1911)
Luxemburg	6	7 (1902)	3 (1901)	3 (1911)	14
Frankreich	8	12 (1946)	9 (1930)	2 (1910)	8 (1967)
Irland	9	14 (1966)	5 (1911)	15 (1960)	1 (1911)
Dänemark	10	9 (1916)	10 (1933)	7 (1922)	12
Belgien	11	15 (1971)	11 (1944)	8 (1924)	7 (1944)
Schweden	11	9 (1916)	13 (1953)	4 (1913)	5
Finnland	13	4 (1895)	14 (1963)	12 (1937)	13
Island	14	11 (1925)	12 (1946)	13 (1946)	9 (1956)
Schweiz	15	8 (1911)	15	13 (1946)	11 (1976)

^a Die Daten beziehen sich auf die Einführung der Pflichtversicherungen. In vielen Staaten gab es vorher bereits subventionierte freiwillige Versicherungen (z.B. die Arbeitslosenversicherungen in Luxemburg, Dänemark, Schweden und Finnland sowie die Krankenversicherung in der Schweiz).

Quelle: Alber 1982: 28, Schmidt 1988: 118

Überraschend ist die Regelmäßigkeit der Rangfolge. So wird in den meisten Ländern zunächst die Unfallversicherung eingeführt, während die Arbeitslosenversicherung das Schlußlicht bildet. SCHMIDT erklärt diese Sequenz mit zwei Faktoren (Schmidt 1988: 117ff.): Dem Grad der administrativen Steuerungsprobleme sowie dem Ausmaß, in dem die einzelnen Sicherungssysteme einen Bruch mit den bis dahin herrschenden wirtschaftspolitischen Prinzipien und den staatsfreien, verbandsmäßig organisierten Formen sozialer Absicherung darstellen. Bei der Unfallversicherung ist beides als eher gering einzustufen – ihre kollektive Organisation knüpfte an die ältere Idee der Haftpflicht für individuell verursachte Schäden an. Einen tieferen Bruch mit traditionellen Wirtschaftsnormen stellen hingegen die Alters- und Krankensicherung dar. Nicht nur, daß beide Risi-

ken durch die Versicherungen aus der Sphäre individueller Verantwortung und Schuldzuweisung enthoben wurden, auch die erforderlichen Finanzmittel und die Administrationsprobleme waren weitaus größer. Am schwierigsten gestaltete sich die Einführung der Arbeitslosenversicherung. Diese stellte erstens eine Abkehr vom Prinzip der Wohltätigkeit für arbeitslose Arme dar, zweitens konnte man hier nicht an bereits bestehende Rechtsnormen (wie bei der Unfallversicherung) anknüpfen, und drittens stellte ihre unmittelbare hoheitliche Erbringung die staatlichen Institutionen vor neue organisatorische und administrative Probleme.

Erklärungsbedürftig ist des weiteren die Verzögerung zwischen den Ländern. Funktionalistische Ansätze, die auf der 'Logik des Industrialismus' aufbauen, sind hier wenig befriedigend, da die Ranganführer der sozialen Sicherung (Deutschland, Österreich und Italien) wahrlich nicht als Vorreiter des Industrialismus gelten können. Auch die Klassenkonfliktthese ist (zu diesem Zeitpunkt) inkonsistent, da sich keine Entsprechungen zwischen den Rangplätzen und der 'Sozialen Frage' finden lassen. Eher verhält es sich genau umgekehrt: Die autoritär konstitutionellen Monarchien (Deutschland, Österreich, Finnland) haben einen eindeutigen Vorsprung vor den parlamentarischen Ländern (Belgien, Frankreich, Niederlande, Norwegen, GB). In Anlehnung an ALBER führt SCHMIDT diese Reihenfolge darauf zurück, daß zunächst eine 'Sozialpolitik von oben' die Szenarie bestimmt (Alber 1982: 149f., Schmidt 1988: 120ff.): Die führenden Eliten können in straff und hierarchisch organisierten autoritären Regimes ihre Politik in der Regel schneller und wirksamer durchsetzen als die Regierungen in demokratisierten, dezentralisierten Ländern. Dieses Bild verändert sich erst in der Zwischenkriegszeit: Die Ausweitung der Sozialversicherungen ist dann in den Ländern am größten, in denen sozialdemokratisch-sozialistische Parteien die Regierung stellen oder in denen Arbeiterparteien größere Erfolge verzeichnen können. Die 'Sozialpolitik von oben' kehrt sich also um in eine 'Sozialpolitik von unten' – eine Phase, die bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs anhalten soll.

Das deutsche Gesundheitswesen bot in dieser Phase folgendes Bild: Das 1883 in Deutschland verabschiedete *Krankenversicherungsgesetz* bündelte mehrere bereits bestehende Sicherungstraditionen (z.B. freie Hilfskassen, Fabrikkrankenkassen). Der Versicherungspflicht konnte in sieben verschiedenen Kassenarten nachgekommen werden, wobei von Wahlfreiheit keine Rede sein konnte, denn die für einen Beschäftigungszweig vorgesehene Kasse galt in der Regel als Zwangskasse. Die Finanzierung erfolgte zu zwei Dritteln aus Arbeitnehmer-, zu einem Drittel aus Arbeitgeberbeiträgen. Die Krankenversicherung mitsamt ihrem Leistungskatalog weitete sich ebenso zügig aus wie sie eingeführt worden war: 1903 verdoppelte sich die Bezugsdauer von Krankengeld auf 26 Wochen, 1919 wurde die Mutterschaftshilfe für alle weiblichen Versicherten

aufgestockt, 1911 erfolgte die Einbeziehung land- und forstwirtschaftlicher Arbeitnehmer. Zunächst waren die deutschen Kassen nahezu „sozialistenrein“ organisiert (Tennstedt 1977: 48); den Vorsitz stellten meistens die Arbeitgeber. Im Zuge der Zurückdrängung der freien Hilfskassen begann jedoch ein Sturm der Arbeiterbewegung auf die Selbstverwaltungspositionen. Die politischen Eliten sahen schon bald in den Ortskrankenkassen eine „Machtbastion der Sozialdemokratie“ (Alber 1992a: 47), denn erstens boten die Kassen die einzige Chance zur öffentlichen Partizipation der Sozialisten (die Mitarbeit in den Gemeindeverwaltungen war ausgeschlossen), und zweitens bot sich hier für viele Arbeiter die Möglichkeit, einen ‘Weiße-Kragen-Beruf’ zu ergreifen. Interessant ist außerdem, daß den Kassen in dieser ersten Phase auch die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung oblag: Welcher Arzt (oder vielmehr Heilkundige – das Versorgungsmonopol lag damals noch nicht bei den Ärzten) zur Kassenversorgung zugelassen wurde, stand im Belieben der Kassen. Dies änderte sich, als die Ärzte sich zunehmend zu Organisationen zusammenschlossen, deren Hauptziel es war, die uneingeschränkte Zulassung aller niedergelassenen Ärzte zur Kassenpraxis durchzusetzen (Alber 1992a: 45f.).

Im Vergleich zu Deutschland stützen gerade die ersten Schritte auf dem Weg zum niederländischen Wohlfahrtsstaat die These, daß sich der Einführungsprozeß in monarchischen, hierarchisch organisierten Staaten schneller vollzieht. Denn die parlamentarischen Niederlande verhalten sich in dieser Phase eher zurückhaltend. Man orientierte sich zwar in der Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme an dem Bismarck’schen Modell, erlangte aber bei weitem nicht dessen Deckungsgrad.¹ Dies lag vor allem an den ständigen Konflikten über Implementation, Organisation und Kontrolle der Gesetze (Visser/Hemerijk 1998: 165ff.). Klar war nur, daß diese in Selbstverwaltung zu erfolgen hätten, über diese Vereinbarung hinaus schwelte jedoch ein ständiger Streit zwischen den verschiedenen religiösen und politischen *Säulen*, die die holländische Gesellschaft bildeten – Liberale, Protestanten, Katholiken, Sozialisten. Als Folge dieses Streits gestaltete sich die anfängliche Entwicklung des holländischen sozialen Sicherungssystems außerordentlich zäh und stockend: Nach der Einführung der Unfallsversicherung 1901, als der politische Kampf richtig entbrannte, sollte es beispielsweise noch 18 Jahre dauern, bis das Gesetz zur Erwerbsunfähigkeit implementiert werden konnte. Auch das erste Gesetz zur Krankenversicherung wurde zwar schon

¹ Allerdings mit feinen Unterschieden: So oblag, anders als in Deutschland, die Verwaltung der Versicherung gegen Arbeitsunfälle nicht quasi-öffentlichen Arbeitgebervereinigungen, sondern der *Nationalen* (später *Sozialen*) *Versicherungsbank*, eine durch den Staat kontrollierte Einrichtung. Die Protestantische Partei und einige Arbeitgebergruppen wollten das deutsche Modell zwar vollständig übernehmen, konnten sich aber gegen den Staat nicht durchsetzen. Als Reaktion auf die Einführung der Arbeitsunfallversicherung bildeten sich übrigens die ersten Arbeitgeberverbände (Visser/Hemerijk 1998: 167).

1913 beschlossen, konnte aber erst nach 17 Jahren in Kraft treten, weil auch hier die Verwaltungsfrage nicht geklärt werden konnte. Zunächst wollten Arbeitgeber und Gewerkschaften das Gesetz durch die bipartistischen *Betriebsvereinigungen*¹ verwalten lassen. Die regionalen *Raden van Arbeid*² schienen jedoch mit der Verwaltung der Erwerbsunfähigkeitsrente nicht ausreichend ausgelastet und wollten ebenfalls (entsprechend dem Modell der österreichischen Bezirkskrankenkassen) die Administration übernehmen. Der Streit dauerte bis 1930 an, danach wurden kurzerhand beide Organisationen mit dieser Aufgabe betraut – ein Dualismus, der bis 1952 überleben sollte (Visser/Hemerijk 1998: 168f.). Dieses erste Krankenversicherungsmodell orientierte sich übrigens ebenfalls an Bismarck, allerdings führte die entschlossene Opposition der Ärzte zu einer eher absurden Fassung, in der zwar eine Versicherung gegen Einkommensverlust im Krankheitsfall, nicht aber die Finanzierung der ärztlichen Behandlungskosten vorgesehen war. Die Verhandlungen über diesen Punkt mußten auf unbestimmte Zeit verschoben werden, genauer gesagt bis 1942, als die Nationalsozialisten während der Okkupationszeit eine Krankenversicherung nach deutschem Vorbild erzwangen, die auch die medizinischen Leistungen einschloß.

Am Ende der Entstehungsphase konstatiert BORCHERT zwei Wohlfahrtskategorien (Borchert 1998: 154): Die erste Kategorie ist der sog. *konservative Typus*. Dieser bündelt den Bismarck-Pfad, welcher sich durch eine konservativ-absolutistische Tradition und eine stark mobilisierte Arbeiterschaft auszeichnet (Deutschland, Österreich, Italien) und den katholisch-paternalistischen Pfad (Belgien, Niederlande) – ebenfalls eine konservativ-absolutistische Tradition, die aber mit einer unitaristischen Demokratie und katholischen Parteien zusammengeht, während die Arbeiterbewegung erst später erstarkt. Die zweite Kategorie ist das sog. *Lib-Lab-Modell*, welches durch eine unitaristische Demokratie, eine liberale Regierung und eine starke Arbeiterbewegung gekennzeichnet ist (Dänemark, GB, Neuseeland, Schweden). Zum Lib-Lab-Modell gehört auch der liberale Pfad, bei dem der Einfluß der Liberalen in einer unitaristischen Demokratie stark ist, der Einfluß der Arbeiterbewegung hingegen schwach (Frankreich, Norwegen), sowie der föderal-

¹ Die niederländischen Arbeitgeber glaubten, daß sie die Kosten der Sozialversicherung besser kontrollieren und Mißbrauch verhindern könnten, wenn nicht die staatliche Bürokratie, sondern die Industrie selbst für die Durchführung zuständig wäre. Aus diesem Grund bildeten sich nach deutschem Vorbild Betriebsvereinigungen (*Bedrifsverenigingen* - BV). Die großen sozialdemokratischen Gewerkschaften hätten aus praktischen und ideologischen Gründen eine staatliche Steuerung bevorzugt, konnten sich aber nicht durchsetzen. Sie erreichten aber die gewerkschaftliche Mitbestimmung in den Betriebsvereinigungen (Visser/Hemerijk 1998: 166).

² Die *Raden van Arbeid* (RvA) waren tripartistisch organisiert (der Vorsitzende wurde von der Regierung ernannt). Sie wurden vom Sozialminister der Protestantischen Partei mit der Durchführung des ersten Rentenmodells beauftragt (Visser/Hemerijk 1998: 168).

etatistische Pfad, in dem ein föderatives System mit dem Fehlen autoritär-etatistischer und dominanter katholischer Einflüsse zusammentrifft (Australien, Kanada, Schweiz, USA).

In bezug auf die Akteure der gesundheitliche Versorgung weisen Deutschland und die Niederlande in dieser Phase starke Parallelen auf, die sich aus der gemeinsamen konservativen Wohlfahrtskategorie und aus ähnlich gelagerten sozialen Spannungslinien (Staat-Kirche-Konflikt) ergeben (Schmid 1995b: 236ff.). Konsequenz ist,

„ (...) daß sich im Gefolge der Auseinandersetzungen um die Besetzung des „öffentlichen Raumes“ besonders in Deutschland und in den Niederlanden ein breites Organisationsnetz des politischen und sozialen Katholizismus herausbildet. Die starke weltanschauliche Konkurrenz mit dem Protestantismus sowie der entstehenden sozialistischen Arbeiterbewegung führt zu einer geradezu schubartigen Organisationsbildung.“ (Schmid 1995a: 435).

In beiden Ländern wird die soziale und gesundheitliche Versorgung also zunächst neben den niedergelassenen Ärzten durch konfessionell geprägte Einrichtungen erbracht (später treten politisch gefärbte Einrichtungen hinzu), die bereits weit vor der Einführung der ersten sozialen Sicherungssysteme aktiv waren (Alber 1992b: 36, Nokielski 1987). Im Zuge der gesetzlichen Institutionalisierung sozialer Sicherung wird dann die Arbeitsteilung zwischen Staat und Gesellschaft auch rechtlich etabliert. Die heutige Struktur der gesellschaftlich geprägten Gesundheitssektoren läßt sich also als institutionalisierte Konfliktregelung in den Kämpfen zwischen Staat und Kirche interpretieren. Diese stabilisieren die zugrundeliegenden soziopolitischen Grundstrukturen und die daraus resultierenden Organisationsformen und gewährleisten zugleich ein primäres Versorgungssystem für gesundheitliche Dienste. Damit wird gleichzeitig eine organisatorische Differenzierung, Modernisierung und Professionalisierung eingeleitet, die im Laufe der Zeit zu einer zunehmenden Separierung von Kirche und sozialer Dienstleistungsproduktion führt. Dadurch werden die konfessionellen wohlfahrtlichen Einrichtungen zu dem, was sie heute sind: intermediäre Organisationen zwischen Staat und Kirche.

Allerdings sind auch Unterschiede zu diagnostizieren: In den Niederlanden führt die starke Trennung zwischen dem Staat und den konfessionellen Einrichtungen zur Verfestigung der bereits angesprochenen Versäulungsstruktur (Nokielski 1987). Die Trennung zwischen Staat und Gesellschaft ist hier radikaler als in Deutschland, wo nicht zuletzt die zunehmenden Verrechtlichungstendenzen der gesellschaftlichen Vereinigungen (zu sehen am Begriff des Vereins) sowie die Tatsache der staatlich einbehaltenen Kirchensteuer zu einem stärker öffentlichen Charakter der Verbändelandschaft führen (Marrè 1991, Schmid 1995b: 263ff.). Dies bewirkt auch eine Angleichung der organisatorischen Verbändestrukturen an den deutschen föderalistischen Staatsaufbau, die

später in die Entstehung der sechs zentralen wohlfahrtlichen Spitzenverbände auf Bundesebene und entsprechende Landesverbände mündet. In den Niederlanden hingegen bleibt der Zentralisierungsgrad geringer: Bis heute existieren ungefähr 250 verschiedene Einzelverbände.

3.2.2 Phase 2 – Die Rekonstitution des Wohlfahrtsstaates

Was geschieht in der zweiten *Phase der Rekonstitution*, die zwischen 1930 und 1960 angesiedelt ist? Hier sind vor allem die Zeit nach der Weltwirtschaftskrise und dem Zweiten Weltkrieg die *critical junctures*, in denen in vielen Ländern die Strukturen des Wohlfahrtsstaates überdacht, ausgebaut und reformiert werden. Erwartungsgemäß differenziert sich zunächst das Lib-Lab-Modell aus in das sozialdemokratische Modell (Skandinavien) und das liberale Modell (angelsächsische Nationen).¹ Lediglich der britische Wohlfahrtsstaat bleibt seiner Stammkategorie treu und knüpft mit seinem Beveridge-System an den bereits vorhandenen Grundlagen an – dies jedoch unter veränderten politischen Kräfteverhältnissen (Wechsel zur Labour-Regierung). Das konservative Modell hingegen macht zwar eine Modernisierung durch, es differenziert sich aber nicht weiter aus. Die Länder des konservativen Modells entsprechen also durchaus der kontinuierlichen Entwicklung, die ESPING-ANDERSEN den Wohlfahrtsstaaten zugedacht hat und bleiben ihrem Pfad treu – bis auf die Niederlande, die aber erst in der nächsten *critical juncture* richtig zum Leben erwachen.

Im deutschen Krankenversicherungssystem zeigt sich die ‘Modernisierung’ des konservativen Wohlfahrtsstaates vor allem in einer Schwächung der Krankenkassen (Alber 1992a: 48ff.).² Die Finanz- und Wirtschaftskrise gegen Ende der Weimarer Republik führte zu einem dramatischen Rückgang der Einnahmen der Krankenversicherung sowie zu einem steigenden Finanzbedarf der

¹ Das liberale Modell ist also keine Urform des Wohlfahrtsstaates, sondern eher ein „Abfallprodukt einer gescheiterten Sozialdemokratisierung“ (Borchert 1998: 159). Der us-amerikanische New Deal stellt dementsprechend einen unvollendet gebliebenen Versuch einer nachholenden Wohlfahrtsentwicklung im Rahmen des Lib-Lab-Modells dar.

² Genaugenommen handelt es sich um eine Fortsetzung der Schwächung (Alber 1992a: 47f.): Bereits 1911 war durch die Verabschiedung der *Reichsversicherungsordnung* (RVO) versucht worden, den sozialdemokratischen Einfluß einzugrenzen (der seit dem Zurückdrängen der freien Hilfskassen aus der GKV rapide zugenommen hatte). Beschlüsse der Kassenorgane waren fortan nur gültig, wenn sie in gruppenspezifischer Abstimmung sowohl von der Mehrheit der Versicherten wie der Arbeitgeber getragen wurden. Gleichzeitig wurden die Partizipationschancen der Versicherten geschwächt, indem die Zahl der Kassen um die Hälfte reduziert und neue, von Arbeitgebern und Versicherten gemeinsam zu wählende Ausschüsse, gefordert wurden. Die RVO hatte damit die Stellung der Arbeitgeber gestärkt, aber die Interessen der Ärzte unberücksichtigt gelassen. Die Ärzte drohten daraufhin mit einem Generalstreik, der 1913 zum *Berliner Abkommen* zwischen Ärzten und Kassen führte. Die Kassen verloren darin jedes Recht, zu bestimmen, wen sie als Arzt zulassen wollten.

Arbeitslosenversicherung. Um die finanzielle Lage der Kassen zu stabilisieren, griff die Regierung mit mehreren Notverordnungen in die Gestaltung der Krankenversicherung ein. So wurde die Familienmitversicherung als Regelleistung der Kassen vorgesehen, mit einer Krankenscheingebühr von 50 Pfennig kam es außerdem zur ersten Form der Zuzahlung der Versicherten. Die Verhältniszahl zwischen Ärzten und Versicherten wurde gesenkt und ein *Vertrauensärztlicher Dienst* auf Seiten der Kassen eingeführt, der die Krankschreibungen der Ärzte zu überprüfen hatte. Diese Regelung wiederum stärkte die Besorgnis der Ärzte, im Kontext der Finanzkrise erneut professionelle Kompetenzen einzubüßen (vgl. Fußnote auf vorheriger Seite). 1931 wurde daher beschlossen, der neugeschaffenen KV die alleinige Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung zu übertragen – eine gesetzliche Neuerung, die auch dem Staat entgegen kam, der sich dadurch eine bessere Kontrolle der Ausgabenentwicklung erhoffte. Die Kassen zahlten den KVen fortan eine als Kopfpauschale zu bemessende Honorarsumme, die die Vereinigungen nach einem mit den Kassen abzustimmenden Maßstab (im Prinzip Einzelleistungsvergütung) unter den Ärzten verteilte.

Der Regierungsantritt der Nationalsozialisten eröffnete dann weitere Chancen für die Ärzte zur Konsolidierung ihrer Position. Drei Stichworte sind hier kennzeichnend (Alber 1992a: 51ff.): Zerschlagung der Kassenselbstverwaltung (unter staatlich ernannten Leitern werden die Kassen zu einem Sonderzweig der Staatsverwaltung), Verdrängung der jüdischen Ärzte (die Entscheidung lag in den Händen der KVen, die von der Ausschlußmöglichkeit eifrig Gebrauch machten, um die Berufslage für deutsche Mediziner zu verbessern) und Neuordnung des Kassenarztrechts (Zwangsvereinigung aller KVen zur KÄVD, die den Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts erhielt und mit dem formellen Monopol zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung betraut wurde). Damit war der Einfluß der Krankenkassen auf die Gestaltung der Versorgung weitgehend ausgeschaltet.

Einen ähnlichen Gleichschaltungsprozeß ('Zwangskorporierung') mußten übrigens die Wohlfahrtsverbände durchlaufen (Heinze/Olk 1981). Resultat war, daß die ehemals pluralistischen Angebotsstrukturen in der Gesundheitsversorgung und -finanzierung zugunsten eines Oligopols privater staatlich 'eingefärbter' Anbieter beseitigt worden waren. Die Reformbemühungen der frühen 50er Jahren konzentrierten sich entsprechend darauf, die krankenversicherungsrechtliche Ordnung wieder zu restaurieren (Alber 1992a: 55): Das Selbstverwaltungsgesetz von 1951 gab

Statt dessen wurde die Zulassung von einem Arzt je 1.350 Versicherte zwingend vorgeschrieben. Für die Vertragsgestaltung galten von nun an grundsätzlich Kollektivverträge.

den Kassen wieder den staatsunabhängigen Status zurück (wobei die ursprüngliche Zwei-Drittel-Mehrheit der Versichertenvertreter durch die paritätische Repräsentation von Arbeitgebern und Versicherten, sprich Gewerkschaften, ersetzt wurde). Über das Gesetz des Kassenarztrechts von 1955 wurden die Kassen erneut zu Vertragspartnern der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ebenso wurden auch die Wohlfahrtsverbände erneut als autonome Einrichtungen rehabilitiert (Backhaus-Maul/Olk 1994, Heinze/Olk 1981). Insgesamt läßt sich also die Sozialpolitik der Nachkriegszeit als Bemühung verstehen, die konservativ-korporatistischen Strukturen des deutschen Wohlfahrtsstaates zu rekonstituieren.

In den sozialpolitischen Aktivitäten der Niederlande deuten sich hingegen in der Nachkriegszeit erste Anzeichen des bevorstehenden Pfadwechsels an: Die Regierung macht 1942 im englischen Exil erstmals Bekanntschaft mit dem Beveridge-Report und beginnt nach 1945 in den meisten Feldern die bestehenden Bismarck-Versicherungen durch Volksversicherungen zu ergänzen (beginnend mit der Notverordnung über die Rentenzahlungen 1947) (Kleinfeld 1998: 208, Visser/Hemerijk 1998: 170). Dieser Prozeß kommt allerdings nur sehr langsam in Gang, denn die Sozialpartner lehnen lange Zeit den Gedanken an ein universelles soziales Sicherungssystem ab, welches zwar auf tripartistischer Grundlage verwaltet, aber vom Staat beaufsichtigt werden soll. 1952 schließlich wird die Idee einer Zentralverwaltung endgültig fallengelassen; statt dessen kommt es zu einer Reform der bereits bestehenden Arbeitnehmersicherungen, bei der die Sozialpartner ihre Position weiter ausbauen können. Die Aufsicht über die sozialen Sicherungssysteme wird dem neuen Sozialversicherungsrat (SVR – *Sociale Verzekeringsraad*) übertragen, der auf tripartistischer Basis arbeitet und lediglich die Möglichkeit eines Minderheitenvotums für die Regierung vorsieht. Faktisch bedeutet dies, daß die Administration und Implementation der Arbeitnehmersicherungen endgültig bei den Betriebsvereinigungen monopolisiert wird. Dies stattet die Sozialpartner mit großer institutioneller Macht aus (Visser/Hemerijk 1998: 169f.).

Die beginnende Mischung zwischen universellen und arbeitnehmerorientierten Sicherungssystemen vereinfacht nicht gerade die rechtlichen und administrativen Strukturen des niederländischen Wohlfahrtsstaates. Das, was in Kap. 1 als Ausdifferenzierung der Interpenetrationszone des Wohlfahrtsstaates angekündigt wurde, zeigt sich hier eher als Chaos und Fragmentierung:

„Die Hinterlassenschaften aus der Vorkriegszeit lenkten den Ausbau des Wohlfahrtsstaates in der Nachkriegsära in eine sehr verwirrende administrative Struktur. Versuche, die Grundlagen der Organisation der sozialen Sicherungssysteme zu verändern, schlugen immer wieder fehl, bis 1993! Nicht einmal die fünf Jahre von Krieg und Opposition hatten das erreichen können. (...) Das zersplitterte System der sozialen Sicherungssysteme in den Niederlanden wiederholte sich wie ein Spiegelbild in dem komplizierten Muster der sozialen

Leistungen. Planlos entwickelte es sich in ein dreistufiges System aus universaler oder Volksversicherung, Arbeitnehmersicherung und Sozialleistungen“ (Visser/Hemerijk 1998: 169, 170).

Für einen vollständigen Pfadwechsel sind aber die gesellschaftlichen Widerstände noch zu groß. Allerdings weckt die Implementierung erster sozialdemokratischer Elemente die Niederlande aus ihrem Dornröschenschlaf: Mitte der 50er Jahre beginnt die Wandlung des niederländischen Wohlfahrtsstaates von einem Nachzügler zu einem der großzügigsten und umfassendsten Wohlfahrtsstaaten der Welt (Schmidt 1988: 129ff.).

Mit dem Ausbau der sozialen Sicherungssysteme beginnt gleichzeitig die Modernisierung der Versorgungsebene rapide voranzuschreiten. Im Jahre 1952 wird erstmalig ein Ministerium für Sozialarbeit geschaffen; von da an erfolgt von seiten des Staates eine verstärkte Förderung der 'methodischen' Vorgehensweise der Arbeit sozialer Einrichtungen. Mit der Zuweisung staatlicher Mittel setzt eine zunehmende Verberuflichung und Professionalisierung ein, die schließlich in der dritten Phase zu einer Aufweichung der engen säulenbezogenen Wertbindungen führt und deren Erosion und Säkularisierung einläutet (Nokielski 1987: 113). Einen ähnlichen Prozeß durchläuft übrigens auch der deutsche Wohlfahrtssektor.

3.2.3 Phase 3 – Die Restrukturierung des Wohlfahrtsstaates

In der dritten *Phase der Restrukturierung* (1960 bis 1997) werden für die Niederlande endgültig die Weichen gestellt. Die bereits in der Phase der Rekonstitution begonnene Systemkombination von konservativen und Lab-Lib-Modellen wird jetzt manifest: Die Niederlande verlassen das konservative Modell. Ursache für diesen Pfadwechsel ist die 'Vollendung' der Einführung universell ausgerichteter Volksversicherungen. Bereits 1956 wurde die *Allgemeine Altersgrundversicherung* (AOW) eingeführt, die jedem Bürger über 65 ein einheitliches Mindesteinkommen sichert, welches in den folgenden Jahren noch gegen Inflationsverluste abgesichert wird. 1959 folgte das *Allgemeine Witwen- und Waisengesetz* (AWW), 1963 das *Allgemeine Kindergesetz* (AKW) (Visser/Hemerijk 1998: 170). Die Gesundheitsvolksversicherung AWBZ wird 1968 eingeführt - sie beinhaltet eine inhaltliche Ausweitung der arbeitnehmerorientierten Krankenversicherung, durch die außergewöhnliche medizinische Risiken und langfristige Krankenhausaufenthalte abgesichert werden (später wird sie noch ausgeweitet werden auf psychische Hilfen, Arzneimittel- und Familienversorgung). Im Unterschied zu allen anderen universellen Sicherungssystemen, die über staatliche Regierungsbehörden implementiert und verwaltet werden, bleiben aber

im Falle des AWBZ die säulengebundenen Krankenkassen die ausführenden Organe (Visser/Hemerijk 1998: 170).

Der Ausstieg aus der konservativen Kategorie geht Hand in Hand mit einem rapiden Anstieg der Sozialausgaben. 1955 noch ein Nachzügler in Sachen sozialer Sicherung, gelang es den Niederländern in dieser Phase, sich an die Spitze der westlichen Wohlfahrtsstaaten zu katapultieren. Anfang der 80er Jahre hatten die niederländischen Sozialleistungen ihren Höhepunkt erreicht: Mit einem Umfang von weit über 30% des BSP übertrafen sie Deutschland und den OECD-Durchschnitt um rund 15% (Kleinfeld 1998: 209). Auch hier ist nach den Ursachen des Anstiegs zu fragen. Eine These von CASTLE besagt, daß in den 60er und 70er Jahren die Schwäche rechter Parteien den Siegeszug der Sozialpolitik begründet (Schmidt 1988: 145). Tatsächlich stellt in den Niederlanden zu dieser Zeit (1973-77) die *Sozialdemokratische Partei der Arbeit* (PvdA) den Premierminister. In den Pionierländern Deutschland und Österreich hingegen verhindern die rechten Parteien eine weitere Expansion der sozialen Sicherungssysteme und werden von Nachzüglern überholt, deren Politik sozialdemokratisch dominiert ist.¹

¹ Der Einfluß rechter Parteien ist nicht mit Regierungsmehrheit gleichzusetzen, sondern meint starke politische Präsenz. In Deutschland führte dies dazu, daß trotz der Bemühungen der sozial-liberalen Regierung der Ausbau der sozialen Sicherung in dieser Phase abgebremst wurde. Noch stärker wirkte diese Bremse natürlich in Ländern, wo rechte Parteien die Regierungsmehrheit innehatten (Japan, Kanada, USA).

Tab.11: Sozialleistungsquoten^a in Westeuropa

Länder	1950	1955	1960	1965	1970	1975
Belgien	12,5	13,2	15,3	16,1	18,1	20,0
Deutschland	14,8	14,2	15,0	16,6	17,0	18,9
Dänemark	8,4	9,8	11,1	12,2	16,6	20,9
Finnland	6,7	7,6	8,7	10,6	13,1	15,0
Frankreich		13,4	13,4	15,8	15,3	20,8
GB	10,0	9,1	11,0	11,7	13,8	14,6
Irland		9,3	9,6	10,3	11,6	13,5
Italien	8,5	10,0	11,7	14,8	16,3	19,0
Niederlande	7,1	8,4	11,1	15,7	20,0	22,8
Norwegen	5,7	7,5	9,4	10,9	15,5	18,0
Österreich	12,4	12,8	13,8	17,8	18,8	21,5
Schweden	8,3	9,9	11,0	13,6	18,8	21,5
Schweiz		6,8	7,5	8,5	10,1	18,1
Durchschnitt	9,3	10,2	11,4	13,4	15,8	18,1

^a Öffentliche Sozialausgaben des Bruttoinlandproduktes.

Quelle: Schmidt 1988: 137

Die Phase der Prosperität sollte aber nicht allzu lange anhalten. Ausgehend von den wirtschaftlichen Krisen der 70er Jahre geriet der großzügige niederländische Sozialstaat in einen Teufelskreis aus 'Sozialer Sicherung ohne Arbeit'. In der zweiten Hälfte der 80er Jahre war die Situation alarmierend: Von der gesamten Erwerbsbevölkerung waren nur ca. 47% erwerbstätig, im Jahre 1990 entfielen dann auf fünf Arbeitende vier Unterstützungsempfänger (Paridon 1998: 85). Als exemplarisch für diese Entwicklung gilt das ehemalige Berufsunfähigkeitsgesetz (WAO, 1967 implementiert), welches eine äußerst unbürokratische und für alle Akteure befriedigende Entlassung von Arbeitnehmern aus dem Arbeitsmarkt darstellte. „Die Niederlande sind ein krankes Land“, so kommentierte der christdemokratische Ministerpräsident LUBBERS das Verhältnis von einer Million als arbeitsunfähig Deklarierter zu insgesamt sechs Millionen Erwerbstätigen (Visser/Hemerijk 1998: 161).

Bereits Anfang der 80er Jahre war unter seinem Kabinett (christlich-liberale Koalition CDA/VVD) der Umbau des sozialen Sicherungssystems beschlossen worden – ein langer und schmerzvoller Prozeß, der einigen Politikern den Posten kosten sollte, aber dennoch unter vereinten politischen und gesellschaftlichen Kräften vonstatten ging (so wurde die Reformpolitik von der sozial-liberalen Koalition unter KOK fortgesetzt, nachdem die christlich-liberale Koalition 1994 die Regierungsmehrheit einbüßen mußte). Zunächst stand eine Politik der Kostendämpfung

im Vordergrund, die sich jedoch bald zu fundamentalen Modifizierungen des Sozialstaates auszuwachsen sollte (Paridon 1998). Folgende Reformziele standen dabei im Vordergrund (Veen 1998: 16ff., Veen/Trommel 1998: 8ff.): Erstens sollte *moral hazard* durch eine effizientere Verwaltung der Sozialleistungen verringert werden, zweitens das Niveau der staatlichen Leistungen gesenkt und drittens – ein besonders wichtiger Punkt – die Partizipation am Arbeitsmarkt gefördert werden. Zu diesem Zweck erfolgte in vielen Feldern ein Umbau der korporatistischen Beziehungen und ein Neuzuschnitt an Zuständigkeiten, der vor allem die Kompetenzen der Sozialpartner drastisch beschnitt. Des weiteren wurde die private Vorsorge stärker gefördert und Maßnahmen zur Vermeidung passiver Einkommenskompensation und zur Förderung der Teilnahme am Arbeitsmarkt eingeleitet.¹

Aufgrund dieser Strategien wechseln die Niederlande auch nicht in eine andere (sozialdemokratische) Kategorie, sondern bilden von nun an eine nicht einzuordnende Mischform. Denn im Rahmen ihrer Reformstrategien greifen sie auch neue liberale Elemente auf, insbesondere in den 90er Jahren. Einige dieser Strategien kommen auch im niederländischen Gesundheitswesen zum Zuge. Besonders spektakulär ist in diesem Zusammenhang die Reformierung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (Kleinfeld 1998: 214ff., Visser/Hemerijk 1998: 201). Für diese existierte bis 1996 ein staatlicher Fond, in den alle Betriebe den gleichen Betrag einzahlten. Die *freerider*-Problematik war beträchtlich, da für die Betriebe kein Anreiz bestand, den Krankenstand zu senken (dies mag der Grund gewesen sein, daß der Krankenstand in den Niederlanden 1993 rund 30% höher lag als in der BRD). 1996 wurde die Lohnfortzahlung dann privatisiert. Ein Jahr lang (zunächst waren es sechs Wochen) sind die Arbeitgeber nun verpflichtet, für das Krankengeld aufzukommen. Die Unternehmen können sich gegen dieses Risiko privat versichern, wobei die Prämien je nach Risiko gestaffelt sind. Entgegen vieler Ansichten wurde aber das alte *Krankengeldgesetz* (ZW) nicht vollständig abgeschafft, sondern ist als Schlußstück der privaten Regelung bestehen geblieben und gilt für Schwangere, Teilzeitarbeitnehmer, Zeitarbeiter und Beschäftigte eines in Konkurs gegangenen Betriebes.

¹ Spektakulärste Maßnahme ist die Reform der *Erwerbsunfähigkeitssicherung* (WAO). Diese wird nach einer andauernden Krankheit von mehr als einem Jahr bis zum Erreichen des Rentenalters gewährt. Bis Anfang der 90er Jahre war die Regelung extrem günstig: Es gab keine periodischen Neubeurteilungen, die Ursache spielte keine Rolle und die Verwaltung lag vollständig in den Händen der Sozialpartner. 1993 wurde die Wende eingeleitet: Mit Hilfe von umfassender Neueinstufungen, regelmäßigen ärztlichen Kontrollen, Leistungskürzungen und stärkeren Anreizen zur Wiederaufnahme der Arbeit gelang es, die Anzahl der Berufsunfähigen zu senken. Eine wichtige Rolle spielte der Umbau der Verwaltungsstrukturen: Ehemals durch die bipartistischen *Betriebsvereinigungen* implementiert, obliegt die Durchführung jetzt dem LISV, das den Einfluß der Sozialpartner stark eingeschränkt (Kleinfeld 1998: 208ff., Paridon 1998: 83ff., Visser/Hemerijk 1998: 188ff.)

Im übrigen wurde auch die Kontrolle des Gesetzes ein Stück weit unabhängiger von den Sozialpartnern gemacht. Oblag die Verwaltung und Implementation bis 1996 den *Betriebsvereinigungen*, die durch den tripartistisch organisierten *Sozialversicherungsrat* (SVR) kontrolliert wurde, wurde die Kontrolle fortan in die Hände des *Kollegiums für Sozialversicherungsaufsicht* gelegt (CTSV) – mit drei unabhängigen, von der Regierung ernannten Mitgliedern und *ohne* Verbindung zu Arbeitgebern und Gewerkschaften. Die Koordinierungsaufgaben gingen hingegen auf das tripartistische *Nationale Sozialversicherungsinstitut* (LISV) über, in dem Repräsentanten von Gewerkschaften und Arbeitgebern unter einem unabhängigen Vorsitzenden vertreten werden, den die Regierung benennt. Die tatsächliche Verwaltung wird über Subkontrakt privaten, öffentlich anerkannten Einrichtungen überlassen.

Dieses kurze Beispiel soll an dieser Stelle genügen. Andere wichtige Reformmaßnahmen wie z.B. das *Gesetz über den Zugang zur Krankenversicherung* (WTZ), welches eine Angleichung der gesetzlichen und privaten Versicherungen zur Folge hat, die staatliche Regulierung der Vergütungssysteme oder der berühmte DEKKER-Plan, der für die Einrichtung eines Basisversorgung plädierte, sollen an dieser Stelle zunächst ausgeklammert bleiben. Sie werden ausführlich in Kap. 4 thematisiert. Allerdings soll bereits an dieser Stelle erwähnt werden, daß sich das holländische Gesundheitswesen als reformresistenter zu erweisen scheint als andere Bereiche der sozialen Sicherung. Umfassende institutionelle Neuregelungen sind bis auf die eben geschilderte Ausnahme bislang gescheitert bzw. stellen eine Politik der eher kleinen Schritte dar.

Der deutsche Wohlfahrtsstaat tritt ebenso wie die anderen OECD-Länder im Kontext der wirtschaftlichen Prosperität Anfang der 60er Jahre mit einer Expansion der sozialen Sicherungssysteme in die dritte Phase ein (wenngleich diese wie erwähnt nicht so ausgeprägt ist wie in anderen Ländern, z.B. Schweden oder Niederlande). Auch das Gesundheitswesen steht in diesem Zeitraum im Zeichen des Ausbaus (Alber 1992a: 60f., Döhler 1991: 469ff.): Von 1965 bis 1975 steigt der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP von 3,5% auf 5,9%. Über das 2. *Krankenversicherungsänderungsgesetz* (1970) werden erstmals auch präventive Leistungen in den GKV-Leistungskatalog eingeführt, hinzu kommt das *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG), welches die finanzielle Beteiligung beim Unterhalt der Krankenhäuser durch Ländern und Bund vorsieht.

Allerdings beginnen auch für die Bundesrepublik in der Mitte der 70er mit der weltweiten Rezession die sozialpolitisch mageren Jahre. Die SPD/FDP-Regierung sparte in erster Linie dort, wo der Staatshaushalt direkt entlastet werden konnte und der geringste politische Widerstand zu er-

warten war. Auch wenn die Einschnitte heftiger gewesen sein mögen als in anderen Ländern (insbesondere den sozialdemokratischen Regimes) – von einem allgemeinen Kahlschlag kann dennoch nicht die Rede sein, denn die Sozialleistungsquote bleibt zunächst in etwa konstant (Konsolidierungsthese). Erst seit 1982 ist ein Abstieg zu verzeichnen (Schmidt 1988: 148ff.). Dieser verschärft sich jedoch Anfang der 90er Jahre aus zwei Gründen (Kaufmann 1997: 15, 67): Zum einen werden die sozialen Sicherungssysteme stark durch die deutsche Wiedervereinigung belastet, zweitens steigt durch die Einbrüche auf dem Arbeitsmarkt die Anzahl der Leistungsempfänger bei gleichzeitig sinkenden Beiträgen auf der Einnahmeseite. Hinzu kommt die Belastung des Rentensystems durch die demographische Entwicklung, die auch das Gesundheitssystem nicht unberührt läßt.

Die Bemühungen, die Sozialausgaben herunterzuschrauben, spiegeln sich in den Reformansätzen des Gesundheitswesens wider (Alber 1992a: 61f., Döhler 1991: 472ff.). So stehen im *Gesundheitsreformgesetz* (GRG) von 1988, aber auch schon im *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* (KVKG) von 1977 Einschnitte im Leistungskatalog und die Ausweitung der privaten Beteiligung in Form von Zuzahlungen im Vordergrund. Intendiert wurde aber auch eine Stärkung der verbandlichen Selbststeuerung. In diesem Sinne entstand 1977 mit der *Konzertierten Aktion* (KAiG) ein neues Steuerungsorgan, welches Leitlinien zur Entwicklung der Gesundheitspolitik in Abstimmung der Interessen von Regierung, Leistungsanbietern, Krankenkassen, Gewerkschaften und Arbeitgebern erarbeitet. Des weiteren kommt es zur Stärkung der Kassenkompetenzen, die bis dahin eher kontinuierlich beschnitten worden waren. Ebenso wie in bezug auf die holländische Gesundheitspolitik ist aber auch für Deutschland festzuhalten, daß sich die Reformansätze sowohl der sozial-liberalen als auch der christlich-liberalen Regierung bislang eher auf die Homogenisierung von Steuerungsregeln und interorganisatorische Strukturmuster bezogen als auf die institutionellen Grundlagen des Systems (Döhler 1991: 478). DÖHLER formuliert in diesem Zusammenhang folgende These, der ebenfalls in Kap. 4 nachgegangen werden wird:

„Der Zusammenhang zwischen dem Ausbleiben einschneidender Reformen und der Emergenz eines bestimmten Steuerungsmodells wird erst dann plausibel, wenn gezeigt werden kann, daß die implizite Steuerungsmatrix des bundesdeutschen Gesundheitswesens mit dem Kern des Gesamtsystems, nämlich der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verbunden ist, und dessen Stabilität die Bandbreite zulässiger Strukturformen begrenzt, da er nur mit bestimmten Steuerungstechniken korrespondiert.“ (Döhler 1991: 464).

Parallel zur Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme finden auch im niederländischen und deutschen Versorgungssektor Wandlungsprozesse statt. In den Niederlanden äußerte sich dies, wie bereits angedeutet, von der Mitte der 60er bis Mitte der 70er Jahre als (verspäteter) Prozeß der Säkularisierung, der durch den Aktionismus der Protest- und Demokratisierungswelle noch beschleunigt wurde (Nokielksi 1987). Daß die niederländischen *Säulen* ins Wanken gerieten und damit gerade in jener Zeit gesellschaftlicher Turbulenz als Faktoren sozialer Integration ausfielen, verschärfte die mit der Protest- und Demokratisierungswelle bereits angelegte Krise gesellschaftlicher und politischer Integration. Eine Reaktion des Staates war der Versuch, dieses Vakuum durch Einziehung 'sozialpolitischer Stützpfiler' zu füllen. Diese staatlichen Interventionen transformierten auch den Charakter gemeinnütziger Arbeit: Gesundheits-, Pflegeleistungen und soziale Dienste sind nicht länger gesellschaftliche Gnade, sondern von nun an das Recht eines jeden niederländischen Bürgers.

Diese Verrechtlichung geht mit einer neuen Definition von Standards und Leistungen einher: Mindestgrößen werden vorgeschrieben, Ausstattungskriterien definiert und fachliche Qualifikationen verlangt. Diesen Anforderungen waren viele kleinere *particulier initiatifs* nicht gewachsen; somit mußte nach neuen Organisationsformen gesucht werden. Eine Möglichkeit war die Fusionierung bereits bestehender unterschiedlicher konfessioneller und ideologischer Einrichtungen. Dadurch veränderte sich jedoch auch die Qualität der Differenzierung: Die stratifikatorische säulenbezogene Differenzierung wurde zunehmend von der funktionalen Differenzierung überlagert: Die Tendenzen einer Auffächerung gesundheitlicher Leistungen nach Problemen, Problemgruppen, Arbeitsformen, Qualifikationsmerkmalen traten stärker in den Vordergrund.

Diese Entwicklung führte im Laufe der Zeit zu unangenehmen Begleiterscheinungen, die als charakteristisch für die Entwicklung nahezu aller modernen Wohlfahrtssektoren gelten können. So kritisierten niederländische Bürger, daß die ausweitende Spezialisierungstendenz zu einer Irritation beim Klienten führe, der sich im Dschungel der Angebote nicht mehr zurechtfinde. Die Interessen der Klientel gingen außerdem bei der Überlegenheit des Fachwissens unter, die Betroffenenpartizipation habe sich also im Zuge der Ausdifferenzierung verschlechtert. Unter Effizienzaspekten wurde bemängelt, daß ein großer Teil der öffentlichen Subventionen nicht mehr der ausführenden Arbeit zukomme, sondern im aufgeblähten Apparat der Dachorganisationen versickere. NOKIELSKI konstatiert dementsprechend, daß zwar die Demokratisierungswelle die Entsäulung vorangetrieben habe, sich aber nun gegen ihre eigenen Produkte (Professionalisierung und Bürokratisierung) richte:

„In einem war man sich einig: Legitimationspolitisch hatte sich das neue System zu einem Chaos entwickelt. Effizienz- und Effektivitätsmängel, Defizite politischer Kontrolle und schließlich ein überzogener Professionalismus gaben Anlässe zu einer umfassenden Kritik der entsäulten Sozialarbeit.“ (Nokielski 1987: 120).

Eine stärkere Dezentralisierung sollte Besserung versprechen. Dies bedeutete z.B., daß nicht mehr die zentralstaatlichen Ministerien für Finanzierung und Kontrolle zuständig sein sollten, sondern Gemeinden. Bemerkenswerterweise ging man jedoch weiterhin von einem von einem Primat der *particulier initiatifs* aus, deren Versorgungsmonopol unangetastet blieb. Dies änderte sich nur einmal grundlegend, als es 1973 zur Parlamentsauflösung und zu einer anschließenden Regierungsbeteiligung der *Sozialdemokratischen Partei der Arbeit* (PvdA) kam, die massiv auf Verstaatlichung drängte. Intendiert war in diesem Kontext eine weitgehende Inkorporierung der *particulier initiatifs* in die kommunale Sozialpolitik. Der Streit dauerte an bis in die Mitte der 80er Jahre, dann wurden die entsprechenden Entwürfe durch die christlich-liberale Regierung LUBBERS zurückgezogen.

Mit der neuen Regierung erfährt der Versorgungssektor aber wiederum einen Kurswechsel, der Hand in Hand mit dem skizzierten Umbau des sozialen Sicherungssystems vonstatten geht (und bis heute nicht abgeschlossen ist): In Kombination mit der Straffung sozialer und finanzieller Interventionen zeichnet sich seitdem die Tendenz ab, die Dienstleistungen wohlfahrtlicher Träger auf die klassische Funktion der Notfallversorgung herunterzuschrauben und *zelf-zorg* und primäre Versorgungseinheiten zu fördern. Damit einher geht auch die verstärkte Forderung nach einer Modernisierung insbesondere der Einrichtungen der *eerstelijnzorg*, also des ambulanten Sektors (Hausärzte, Krankenpflege, Familienhilfe, Hauspflege), die in der subsidiären Reihenfolge der sozialpolitischen Einrichtungen die dominierende Rolle spielen soll.

In Deutschland vollzog sich eine ähnliche Entwicklung, wenngleich diese nicht in einen so massiven Säkularisierungsprozeß eingebettet war wie in den Niederlanden. Auch hier kam es mit zunehmendem Wachstum und Bürokratisierung des sozialen Sektors zu einem Verlust des öffentlichen Ansehens und zu einer Lockerung der Verbindung zu gesellschaftlichen Milieus (Backhaus-Maul/Olk 1994, Heinze/Olk 1981). In den 70er Jahren entstand daher eine Szene kleiner solidarisch organisierter Projekte und Initiativen (z.B. die Selbsthilfebewegung), die versuchten, die Defizite der institutionalisierten Verbändelandschaft zu kompensieren und neue Handlungslogiken in den Sektor einzubringen. Dies wurden insbesondere seit den 80er Jahren ergänzt durch betriebswirtschaftliche Handlungslogiken, die im Zuge der Effizienz- und Produktivitätsdebatte sozialer Dienste immer mehr an Bedeutung zunahmen. Damit war der Start zu einer Pluralisierung

der Trägerlandsschaft gegeben: Die etablierten Verbände sehen sich seitdem zunehmend in Konkurrenz stehend zu neuen gesellschaftlichen Basisorganisationen und privatwirtschaftlichen Anbietern.¹ Insbesondere letztere finden sich in der deutschen Trägerlandschaft weitaus häufiger als in den Niederlanden, wo die *partikulier initiatifs* nach wie vor das Versorgungsmonopol beanspruchen. Pluralisierung, der damit einhergehende Wettbewerb und die zunehmende Verknappung der Ressourcen führen auch im deutschen Versorgungssektor zu einem steigenden Modernisierungsdruck. Welche Modernisierungsstrategien in beiden Ländern praktiziert werden und wie dies den Charakter der Gesundheitsversorgung verändert, wird ausführlich in Kap. 5 thematisiert werden.

Abschließend läßt sich in bezug auf den gemischten niederländischen Wohlfahrtsstaat konstatieren, daß es tatsächlich mit Hilfe der in den letzten zehn Jahren praktizierten Reformstrategien gelungen ist, das ungebremte Wachstum der sozialen Sicherungssysteme bremsen – so sank die Sozialleistungsquote von ihrem Höchststand von 20,7% im Jahre 1982 bis 1997 auf 16,1% (!). VISSER/HEMERIJK kommentieren diesen Prozeß folgendermaßen:

„Der gesellschaftliche Lernprozeß im Bereich der niederländischen Sozialpolitik kann, vor dem Hintergrund der sich intensivierenden wirtschaftlichen Zwänge, als eine Zahl von Lernstufen beschrieben werden, die sich von nicht koordinierten Kürzungen und Neudefinitionen der Berechtigungskriterien zu mehr fundamentalen Veränderungen bewegten, die in die Anreizstruktur der Leistungen eingebaut werden, bis hin zu Reformen im institutionellen Aufbau des Sozialstaates. In den neunziger Jahren wurde mit Unterstützung der Partei, die die engsten ideologischen Beziehungen an den Sozialstaat und an die Gewerkschaften hat, die Krise des sozialen Sicherungssystems als eine Steuerungskrise neu definiert, die eine Reform der institutionellen und der Anreizstruktur in der Sozialpolitik zum Inhalt hat.“ (Visser/Hemerijk 1998: 206).

Ob dies auch dem deutschen Wohlfahrtsstaat gelungen ist, muß bislang eher bezweifelt werden. Während die Niederlande auf sozialpolitische Krisen mit einer Vermischung unterschiedlicher wohlfahrtlicher Leitvorstellungen reagierten, zeigen die jüngsten hiesigen Reformmaßnahmen, daß die deutsche Sozialpolitik bislang am konservativ-korporatistischen Modell festhält. Ob dies jedoch die geeignete institutionelle Grundlage ist, um auch im Zuge des gesellschaftlichen Wandels eine ‘ausgeglichene’ und gleichzeitig ausreichende soziale Sicherung zu gewährleisten, ist fraglich. In Anlehnung an JESSOP diagnostiziert KAUFMANN, daß die bisherige konservativ-

¹ Dies wird am stärksten bei der Einführung der Pflegeversicherung deutlich, die den Pflegesektor auch für kommerzielle Anbieter öffnet (vgl. hierzu ausführlich Strünck 1998).

korporatistische Leitorientierung auf bestimmten Normalitätsannahmen beruhe, nämlich auf der dauerhaften Erwerbstätigkeit der Männer bei lediglich sporadischer Erwerbstätigkeit der Frauen, der Selbstverständlichkeit des Eheschlusses und der Familiengründung sowie einer innerfamiliären Arbeitsteilung im Sinne des Modells der Hausfrauenehe. Je stärker diese Grundlagen erodieren, desto eher wird auch das deutsche wohlfahrtliche Arrangement brüchig. In diesem Sinne wäre der deutsche Wohlfahrtsstaat als eine im wesentlichen gelungene Problemlösung anzusehen, deren Leistungsfähigkeit jedoch aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen im Laufe der Zeit zurückgeht (steigende Arbeitslosigkeit, Erosion des Normalarbeitsverhältnisses und der Normalfamilie, steigende Lebenserwartung, etc.). Die institutionellen Formen des deutschen Sozialsektors wären demzufolge die Lösung gesellschaftlicher Probleme einer bestimmten Epoche, doch könne diese Lösung nicht als dauerhaft auch für die Zukunft angesehen werden, es müsse mit einem Veralten des wohlfahrtlichen Arrangements gerechnet werden (Jessop 1994, Kaufmann 1997: 52, 60, vgl. auch Heinze 2000b). KAUFMANN schließt daher:

„Meines Erachtens wäre daher die einzige praktikable Lösung des Problems die in zahlreichen Ländern bewährte Trennung von Grundsicherung und Aufbausicherung und die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht für den Bereich der Grundsicherung.“ (Kaufmann 1997: 181)

3.3 Schlußfolgerungen

In diesem Kapitel wurde das Gesundheitswesen im Kontext des Wohlfahrtsstaates dargestellt. Dabei wurde deutlich, daß die historische Entwicklung und Ausgestaltung des Gesundheitssystems eng mit der Entwicklung und Ausgestaltung des nationalen wohlfahrtlichen ‚Überbaus‘ korrespondiert. Zunächst ging es darum, den deutschen und niederländischen Wohlfahrtsstaat auf der Grundlage der *Three Worlds of Welfare* zu typologisieren. Im deutschen Sozialstaat sind vor allem die erwerbszentrierten Versicherungsmodelle dominant; daher wurde die Bundesrepublik in die Kategorie der *konservativ-korporatistischen* Wohlfahrtsstaaten eingeordnet. Schwierigkeiten bereitete hingegen die Typologisierung der Niederlande, da konservative, sozialdemokratische und liberale Gestaltungselemente in einem sehr ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Dies ist zu erkennen an der pluralen Konstruktion der einzelnen sozialen Sicherungssysteme, die in der Regel auf einer arbeitnehmerzentrierten und einer volksversicherungszentrierten Säule aufbauen. Hinzu kommen staatliche Sozialleistungen und private Vorsorge. Aus diesem Grund wurden die Niederlande fortan als *Mischkategorie* klassifiziert. Die Differenzen zwischen beiden Wohlfahrtsstaaten spiegeln sich auch im Design der Gesundheitssysteme wider: Während das bundesdeutsche Gesundheitswesen vor allem auf der gesetzlichen Krankenversicherung ruht, ist in den Nie-

derlanden die Gesundheitsfinanzierung ausgewogener auf den drei Säulen der gesetzlichen Versicherung, der Volksversicherung und der privaten Versicherungen verteilt.

Der anschließende Teil dieses Kapitels beschäftigte sich mit der historischen Entwicklung beider Wohlfahrtsstaaten. Ausgangspunkt war die Frage nach der *wohlfahrtsstaatlichen Dynamik*, wobei insbesondere die Kombination verschiedener Gestaltungsprinzipien interessierte, wie sie im niederländischen Sozialstaat zu beobachten ist. Dabei stellte sich heraus, daß die Niederlande zunächst in der Kategorie der konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten beheimatet waren und sich erst im Laufe der Zeit zu einem gemischten System entwickelten. Die Hinzunahme neuer sozialpolitischer Prinzipien erfolgte in sog. *critical junctures*, d.h. entweder in der Phase der Entstehung des Wohlfahrtsstaates, seines expansiven Ausbaus oder im Zuge der Eindämmung sozialer Sicherungsleistungen. Die erste Phase ging in den Niederlanden in Anlehnung an das Bismarck'sche Modell mit der *Einführung konservativer arbeitnehmerbasierter Versicherungssysteme* einher. In der zweiten Phase orientierte man sich am Beveridge-Modell und implementierte ergänzend universelle Gestaltungsprinzipien in Form von *Volksversicherungen*. In der Phase der Begrenzung sozialstaatlicher Ausgaben schließlich wurde auf *liberale Gestaltungsprinzipien* zurückgegriffen, z.B. auf eine stärkere Akzentuierung der Eigenvorsorge und Privatisierung.

Die Hinzunahme sozialdemokratischer und liberaler Gestaltungsprinzipien führt schließlich dazu, daß die Niederlande die Kategorie der konservativ-korporatistischen Wohlfahrtsstaaten verlassen und eine nicht einzuordnende Mischkategorie bilden. Im deutschen Wohlfahrtsstaat hingegen vollzog sich die weitere Entwicklung und Ausdifferenzierung der sozialen Sicherungssysteme weitgehend innerhalb der konservativ-korporatistischen Kategorie. Der Verlauf dieser historischen Entwicklung läßt sich in beiden Gesundheitssystemen nachvollziehen, wenngleich auch erste Anzeichen sichtbar wurden, daß sich das Gesundheitssystem in beiden Ländern als reformresistenter erweisen könnte als andere Felder sozialer Sicherung.

Betrachtet wurde weiterhin die *Entwicklung des gesundheitlichen Versorgungsektors*. Hier weisen die Niederlande und die Bundesrepublik starke Parallelen auf. Erstens war die Dominanz der gesellschaftlichen Akteure in beiden Staaten zu keinem Zeitpunkt ernsthaft umstritten, wenngleich auch der Staat im Zuge der Ausweitung der sozialen Sicherungssysteme seine Interventionen verstärkte. Dies ging in beiden Ländern mit zunehmenden *Modernisierungs-, Bürokratisierungs- und Professionalisierungstendenzen* einher, die schließlich auch zu einer massiven Kritik an der gesundheitlichen Versorgung beitrugen. Trotz dieser Gemeinsamkeiten sind aber auch Unterschiede zu diagnostizieren. So scheint es, als ob die deutschen Versorgungsakteure eine kon-

sequentere Angleichung an die staatlichen Strukturen und somit eine stärkere *Verrechtlichung und Zentralisierung* durchlaufen haben, während in den Niederlanden die Grenze zwischen staatlicher und gesellschaftlicher Sphäre trennschärfer ist (dies gilt insbesondere für die Phasen, in denen die gesellschaftliche Versäulung noch sehr ausgeprägt war). Und zweitens lassen sich im deutschen Versorgungssektor stärkere *Pluralisierungstendenzen* beobachten. Die verbandlichen Akteure sehen sich zunehmend in Konkurrenz stehend zu nicht-verbandlichen und marktlichen Akteuren. Insbesondere letztere sind in der niederländischen Gesundheitsversorgung seltener zu beobachten.

Begreift man den Wohlfahrtsstaat als Interpenetrationszone, also als Vermittlung zwischen marktgemeinschaftlicher Privatsphäre, rechtsstaatlicher Öffentlichkeit und Familie, so macht das niederländische Modell auf den ersten Blick einen wandlungsfähigeren Eindruck als das deutsche. Fast scheint es, als ob sich in den Niederlanden im Zuge der Ausdifferenzierung der gesellschaftlichen Teilsysteme auch die wohlfahrtliche Interpenetrationszone nicht nur quantitativ ausgeweitet, sondern auch inhaltlich pluralisiert hat, während in Deutschland die wohlfahrtlichen Gestaltungsprinzipien relativ homogen geblieben sind. Unangemessen wäre aber, der niederländischen Gesellschaft irgendeine Form von zielgerichteter Intention unterstellen zu wollen. Erinnern wir uns, daß sich das niederländische System der sozialen Sicherung zu Anfang eher als fragmentiertes, unübersichtliches Chaos präsentierte, und dies als Resultat der Machtkämpfe und Streitigkeiten der politischen und gesellschaftlichen Akteure. Erst in der zeitlichen Rückschau werden die Vorteile, sprich: Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, ersichtlich. Offensichtlich handelt es sich bei diesen Vorteilen um typische transintentionale Effekte, die so von den Akteuren weder beabsichtigt noch bewußt wahrgenommen wurden, sondern sich gleichsam als *Nebenprodukt* von Interessen und spezifischen Zielen einstellten.

In diesem Kontext ist außerdem darauf hinzuweisen, daß die Vorteile des gemischten niederländischen Wohlfahrtsstaates erst in jüngster Zeit im Zuge des sozialstaatlichen Umbaus offenbar werden. Denn zweifellos bietet eine gemischte Konstruktion mehr Anknüpfungspunkte für Reformmaßnahmen als ein homogen konstruiertes Modell – nicht zuletzt aus diesem Grund haben sich einige spektakuläre Reformvorhaben in verschiedenen Feldern des niederländischen Sozialstaates auch erfolgreich durchsetzen können. Ob dies allerdings auch für das Gesundheitswesen gilt, ist bislang noch eine offene Frage. Wie bereits erwähnt, sprechen einige Anzeichen dafür, daß sich das Gesundheitswesen als weniger wandlungsfähig erweist als andere Bereiche der sozialen Sicherung. Daher ist es nun an der Zeit, sich intensiver mit den aktuellen Wandlungsprozessen und Reformbemühungen im deutschen und niederländischen Gesundheitswesen auseinanderzusetzen.

Auftakt bildet im nächsten Kapitel zunächst die Analyse der gesundheitspolitischen Steuerungsbemühungen, die das Reformgeschehen der letzten Jahrzehnte prägten.

4 GESUNDHEITSPOLITIK IM VERGLEICH: STREIFZUG DURCH DIE REFORMGESCHICHTE

Seit den 60er Jahren wurde im niederländischen und deutschen Gesundheitswesen eine Vielzahl an Reformmaßnahmen eingeleitet. Allen gemeinsam ist die Intention, die Ausgaben des Gesundheitswesens angesichts wachsender Bedarfe zu stabilisieren, ohne das Niveau der Versorgung senken zu müssen. Die Fülle an Gesetzesänderungen erzeugt bei Experten und Laien gleichermaßen Frustration – Intransparenz, Grabenkämpfe und Blockadestrategien bescheren der Gesundheitspolitik ein eher schlechtes Image. Obwohl viele Reformpakete in ihren Entwürfen als ‘großer Wurf’ konzipiert waren, die Defizite auf einen Schlag beseitigen sollten, wurden die einzelnen Maßnahmen beim Gang durch die Institutionen häufig bis zur Unkenntlichkeit verwässert.

Aus diesem Grund ist das Gesundheitswesen hinsichtlich seiner Reformbemühungen ein Paradoxon: Wohl in keinem gesellschaftlichen Teilsystem wird so stark reguliert, reformiert und umgestaltet – mit dem Ergebnis, daß die Mißerfolge der einen Reform wiederum Anschlußmöglichkeiten für die nächste Reform bieten. Viele sehen in diesem Umstand den Beweis für die Reformresistenz des Gesundheitswesens; für andere hingegen ist das System ein Exempel für die Strategie der kleinen Schritte: Maßnahmen, die in einer Reform nicht durchgesetzt werden konnten, werden später erneut aufgegriffen. Diese Kontinuität verleiht den einzelnen nationalen Gesundheitssystemen eine Art Reformprofil, und in diesem Kapitel wird es um den Versuch gehen, die Reformprofile der niederländischen und deutschen Gesundheitspolitik zu destillieren. Zunächst sind jedoch ein paar Anmerkungen über neue Entwicklungen in der Steuerungstheorie angebracht, die zum Verständnis des Reformgeschehens hilfreich sind.

4.1 Gesundheitspolitik zwischen Selbststeuerung und Regulierung

Jede Reform ist ein Versuch, ein System durch Richtungswechsel zu regulieren. Im Gesundheitswesen zielt dies insbesondere auf die Verselbständigungstendenzen ab, die das System in seinem Bestreben generiert, möglichst viele Bedarfslagen zu inkludieren – zu hohe Ausgaben, unzureichende Leistungsproduktion, Risiken (vgl. Kap. 1). Die Durchführung von Reformmaßnahmen unterliegt im korporatistisch verfaßten Gesundheitswesen einer doppelten Logik, denn sie ist nicht nur eine Frage der Machtverhältnisse zwischen den Verbänden, sondern ebenso eine Frage der Aushandlung zwischen Staat und gesellschaftlichen Akteuren. Genauer gesagt versucht der Staat, über Reformmaßnahmen regulierend auf Verselbständigungstendenzen einzuwirken, die in hohem Maße aus der Selbstregulierung der gesellschaftlichen Akteure resultieren. Jedes gesundheitspoli-

tische Reformvorhaben tangiert somit die Balance zwischen gesellschaftlicher Selbstregulierung und staatlicher Steuerung – sei es, daß der Staat die Selbststeuerungskompetenz der Verbände über Reformprozesse zu stärken sucht, deren Verhältnis zueinander reguliert oder in autoritativer Manier seine Interessen gegen den Widerstand der Verbände durchsetzt. Die Frage nach erfolgreichen oder gescheiterten Reformvorhaben ist also auch eine Frage gesellschaftlicher und staatlicher Steuerungspotentiale. Es gibt mehrere Möglichkeiten, sich diesem Verhältnis theoretisch zu nähern. Den im folgenden skizzierten Ansätzen ist gemeinsam, daß gelungene Reformen an der Aktivierung der gesellschaftlichen Problemlösekompetenzen ansetzen. Staatliche Regulierung und gesellschaftliche Steuerung stehen in diesen Ansätzen nicht in einem substitutiven, sondern in einem komplementären Verhältnis zueinander; sie ergänzen und verstärken sich gegenseitig.

In der systemtheoretischen Schule wird dieses komplementäre Verhältnis durch das Konzept der *Kontextsteuerung* auf den Punkt gebracht (Willke 1997). Allein durch die Inbezugnahme des Steuerungsbegriffes relativiert WILLKE die Annahme LUHMANNs, daß systemische Einflüsse, die über den Mechanismus der strukturellen Kopplung hinausgehen, prinzipiell unmöglich seien (Ronge 1994: 60). Der Begriff des Kontextes hingegen verweist in systemtheoretischer Tradition auf den Umstand, daß gezielte Eingriffe in gesellschaftliche Teilsysteme aufgrund der autopoietischen Operationsweise erfolglos bleiben müssen. Denkbar ist aber die gezielte Gestaltung der Rahmenbedingungen, und zwar dahingehend, daß die Selbststeuerungs- und Reflexionspotentiale des Systems aktiviert werden und sich in konkreten Reformmaßnahmen auf Seiten der gesellschaftlichen Akteure manifestieren.

Die Gestaltung des Kontextes meint dabei weniger die in Kap. 1 thematisierten Sachzwänge, die das politische System als hierarchisch autoritäre Steuerung implementieren kann. Vielmehr sollen Systeme über politische Anreize in die Lage versetzt werden, die eigenen Umweltwirkungen zu erfassen und neue Optionen abzuschätzen (Willke 1991: 43f.). Mit anderen Worten: Es geht um das *empowerment* der im Gesundheitswesen selbst vorhandenen Innovations- und Reflexionspotentiale, die die Verselbständigungstendenzen des Systems kompensieren können. Dies ist einerseits eine klare Absage an einen allmächtigen steuerungspotenten Staat, der die Aktivitäten ‘seiner’ gesellschaftlichen Teilsysteme im Interesse eines übergreifenden Gemeinwohls zu steuern vermag. Hier steht nicht nur die Autopoiesis der funktionalen Teilsysteme im Wege; nach WILLKE verfügt das politische System auch überhaupt nicht über das notwendige Know-How, um die

gesellschaftliche Schaltzentrale zu spielen.¹ Erfolgreiche Reformen setzen daher die Aktivierung des dezentralen Expertenwissens in den Teilsystemen selbst voraus. Damit verdeutlicht das Konzept gleichzeitig, daß gesellschaftliche Systeme *lernfähig* sind. Sie gehorchen ihrer systemspezifischen Codierung nicht blind, sondern sind sehr wohl in der Lage, die Folgewirkungen ihrer Aktivitäten zu reflektieren und mögliche Alternativen durchzuspielen.

Politik ist somit wichtiger Bestandteil des systemischen Steuerungsinstrumentariums. Ihre Aufgabe wandelt sich in Richtung *Supervision* (Willke 1997); sie besteht darin, elaborierte Modelle zu erarbeiten und den dezentralen Gesellschaftseinheiten Spielräume zu eröffnen, sich diesen durch Selbststeuerungsmechanismen anzunähern. Die staatliche Rechtssetzung verzichtet demnach darauf, substantielle Entscheidungskriterien für die Regulierung des Gesundheitswesens bereitzustellen und schafft statt dessen Verhandlungssysteme und -verfahren, in deren Rahmen die betreffenden Akteure ihre Abstimmungsprobleme autonom regulieren. Unter diesem Blickwinkel könnte man korporatistische Verhandlungssysteme wie das Gesundheitssystem generell als empirisches Beispiel für Kontextsteuerung werten. Im Verlauf dieses Kapitels wird jedoch deutlich werden, daß die bloße Existenz korporatistischer Arrangements noch kein Beweis für Kontextsteuerung ist; im Gegenteil wird sich zeigen, daß Selbststeuerung häufig auch durch das politisch initiierte Aufbrechen korporatistischer Arrangements resultiert.

Ebenso wie das Modell der Kontextsteuerung zielt auch das Leitbild des *aktivierenden Staates* auf die gesellschaftlichen Selbststeuerungspotentiale ab. Der aktivierende Staat stellt quasi eine chronologische Synthese früherer Staatsleitbilder und ihrer spezifischen Steuerungsmechanismen dar. So steht der Ausbau des Wohlfahrtsstaates in den 60er und 70er Jahren in engem Zusammenhang mit dem Leitbild des *regulierenden Staates* (Grimm 1990, Kaufmann 1994b). Grundlegendes Motiv war die Vorstellung, der Staat fungiere als hierarchisches und integrationsstiftendes Zentrum in einer durch partikulare Interessen fragmentierten Gesellschaft. Im Zuge beständiger staatlicher Aufgabenausweitung (und steigenden Staatsausgaben) wurde jedoch schnell deutlich, daß die staatliche Steuerungsfähigkeit an die Grenzen gesellschaftlicher Komplexität und Dynamik stieß. In den 80er Jahren mischte sich deshalb die Diskussion um das 'Staatsversagen' mit dem Leitbild des *schlanken Staates*, in dem der Zuständigkeitsbereich und die Reichweite staatlichen Handelns durch Privatisierung und Deregulierung neu zugeschnitten werden sollten

¹ Daraus ergibt sich auch, daß der Staat Kontextsetzungen nicht allein vornehmen kann, sondern nur im Zusammenhang mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen: „Kontextsetzungen können sich nur noch aus dem Zusammenspiel autonomer und reflektierter Akteure ergeben.“ (Willke 1997: 142)

(Benz 1995, Naschold/Bogumil 1998, Traxler 1994). Zweifelhaft war allerdings auch hier, ob ein derart minimalistisches Staatsverständnis der gesellschaftlichen Komplexität gerecht werden könne – ganz zu schweigen von der Frage, ob sich unter dem Primat der Ökonomie Wohlfahrt und Lebensqualität auf Dauer sicherstellen ließen.

Das Leitbild der aktivierenden Staates spiegelt die Bemühungen um eine Neupositionierung der Sozialpolitik wider. Im Unterschied zum Konzept des regulierenden Staates setzt der aktivierende Staat auf die Selbststeuerungspotentiale der Bürgergesellschaft, die für politische Innovationsprozesse aktiviert werden sollen (vgl. die Beiträge in Behrens u.a. 1997, Fretschner 1999). Im Unterschied zu neoliberalen Konzeptionen erfordert jedoch eben diese Aktivierung einen starken Staat, dessen Funktion im *empowerment* nichtstaatlicher Akteure liegt. Der aktivierende Staat kann als Fortschreibung der angelsächsischen Tradition des *enabling state* interpretiert werden (Heinze/Strünck 1999: 33). Hier werden vor allem drei Staatsaufgaben hervorgehoben, die in modifizierter Form auch dem Leitbild des aktivierenden Staates zugrundeliegen:

„The proper role for the state (...) appears as ‘investor’, ‘enabler’ and ‘empowerer’. As investor, public funds are to be spent by the state to improve quality (of skills, capacities and life). As enabler the state’s role is to provide the conditions for other agencies to provide services (...) rather than engaging in the direct provision of public services. As empowerer, the state’s role is to use resources to create the conditions in which people can act collectively – as communities.“ (Clarke/Newman 1997: 134)

Aus dem Sozialstaat wird somit ein *social investment state*, der nicht alimentiert, sondern in die integrativen Strukturen der Gesellschaft investiert (Giddens 1998). Ein zentrales Element aktivierender Politik ist die Optimierung der Wertschöpfungskette sozialer Leistungen, die mit einer substantiellen Erweiterung des klassischen Subsidiaritätsprinzips einhergeht:¹ Zuständigkeiten und Kompetenzen der gesellschaftlichen und staatlichen Leistungserbringer werden nicht einfach voneinander abgegrenzt, sondern für gemeinsame Problemlösungen und Innovationen gebündelt (Bandemer/Hilbert 1998, Evers/Leggewie 1999: 336). Als weiteres Element übernimmt der aktivierende Staat die Funktion einer gesellschaftlichen Entwicklungsagentur zur Aktivierung dezentraler Innovationspotentiale (Böhret/Konzendorf 1997: 80ff.). Dies geht über die Aufgabe der

¹ Ein wichtiges Optimierungsinstrument ist das politische *benchmarking*, also das institutionelle Lernen durch systematischen Vergleich. Ziel ist, die Effizienz und Effektivität des politischen und administrativen Handelns durch Ermittlung der *best practice* zu steigern (Tidow 1999: 301). War *benchmarking* ursprünglich ein betriebswirtschaftliches Konzept zur Optimierung des organisatorischer Leistungsabläufe, erlangt es jetzt auch Bedeutung in vielen sozialpolitischen Feldern, z.B. bei der Arbeitsmarkt- oder Gesundheitspolitik. Hier spielt vor allem die internationale Vergleich eine wichtige Rolle.

Vermittlung und Moderation hinaus und schließt die Aktivierung strategischer Allianzen und dezentraler Bündnisse ein. Der aktivierende Staat reagiert demnach auf die Selbstblockadetendenzen korporativer Steuerungsformen und erteilt gleichzeitig der Vorstellung einer linear-hierarchischer Steuerung eine klare Absage. Jenseits einseitiger Ordnungsmodelle von Markt und Staat präsentiert sich Aktivierung in diesem Leitbild als neuer Modus politischer Steuerung, bei der zwar die staatlichen Steuerungsansprüche zurückgeschraubt, gleichwohl aber an einer umfassenden politischen Verantwortung festgehalten wird.

Abschließend sei auf den Ansatz des *Policy-Network* hingewiesen, der ebenfalls wertvolle Hinweise auf das Verhältnis zwischen Staat und Gesundheitsverbänden bereithält. In der Policy-Forschung stellt der Netzwerk-Begriff eine Weiterentwicklung der Beschreibung gesellschaftspolitischer Interessenskonstellationen dar, die sich chronologisch an die Leitbilder des Pluralismus und Korporatismus anschließt. Im *Pluralismus* werden die vielfältigen Interessen moderner Gesellschaften durch Verbände repräsentiert, die miteinander um politischen Einfluß konkurrieren (Schmid 1998: 33f.). Die Logik des Modells ist der Wettbewerb um politische Einflußnahme, des weiteren die Dichotomisierung zwischen staatlicher und gesellschaftlicher Sphäre. Dabei wurde nicht nur die häufig zu beobachtende symbiotische Aufgabenerfüllung zwischen Staat und Verbänden unterschlagen, übersehen wurde auch, daß das Verhältnis der Verbände in vielen Sektoren nicht dem Wettbewerbsgedanken entspricht. Empirisch kristallisierten sich in vielen Ländern vielmehr verbandliche Oligopole heraus, die ein privilegiertes Verhältnis zum Staat genießen. Auf diese Defizite stellt der *Korporatismus* ab, dessen wesentliches Element die Einbeziehung gesellschaftlicher Interessen in die staatliche Aufgabenerfüllung ist (Beyme 1998, Schmid 1998: 38ff.). Seine Logik ist die der Verhandlung. Folge ist eine Konzentration gesellschaftspolitischer Macht auf ein Verbandsoligopol, d.h. die Anzahl der Verbände, die Eingang in die politischen Entscheidungsprozesse finden, ist auf einige wenige 'Spitzenverbände' begrenzt. Innerhalb dieses (meist tripartistischen) Machtgefüges kann der Staat nicht mehr hierarchisch befehlen, sondern wird *primus inter pares* – ein herausragender Verhandlungspartner mit exklusiven Funktionen.¹

Das Theorem des Korporatismus suggeriert eine lineare Kausalität und eine stabile Verhandlungsstruktur. Wesentliches Element sind die 'ehernen Dreiecke' von Akteuren, die in einem exklusiven

¹ Als typische Beispiele gelten die Arenen der Klassenpolitik, in denen sich dualistische Verbandsakteure plus Staat als Verhandlungspartner gegenüberstehen. Hierzu zählt die Tarifautonomie (Arbeitgeber versus Gewerkschaften) und der Gesundheitssektor (Kassen versus kassenärztliche Vereinigungen). Wie in Kap. 2 aufgezeigt, kann der Korporatismus aber auch nicht-tripartistische Formen annehmen (man denke an die sechs Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege).

Verhältnis zueinander stehen und innerhalb institutionalisierter Verfahrensregeln operieren. Empirisch hingegen zeigt sich immer wieder, daß Politikfelder eine größere Anzahl an Akteuren und eine größere Varietät an Entscheidungsprozessen umfassen, die mit dem Korporatismus-Theorem nur unzureichend abgebildet werden können. Auf diesen Umstand zielt die Konzeption des *Policy-Netzwerks* ab, in der wechselnde Koalitionen und Interdependenzen zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren in den Blick geraten (Mayntz 1996, Mayntz/Scharpf 1995a, 1995b, Jansen/Schubert 1993). Unter diesem Blickwinkel sind politische Entscheidungen und ihre Implementation eine kontingente Angelegenheit, die sich sowohl aus den spezifischen Merkmalen der Akteure als auch aus den Strukturen ergibt, innerhalb derer sich die Akteure bewegen.¹

Kernpunkt des Netzwerkansatzes ist seine konzeptionelle Komplexität und Vielfalt. Daher werden Netzwerke von vielen Autoren auch nicht als neuer Ordnungstyp gesellschaftspolitischer Konstellationen angesehen, sondern eher als *konzeptioneller Integrationsrahmen*, der die bisher nebeneinanderstehenden Ansätze der Interessensvermittlung zueinander in Beziehung setzt (Beyme 1998, Mayntz/Scharpf 1995a, 1995b, Schmid 1998: 55ff.).² So beinhaltet der Netzwerkansatz zwar auch die 'geordneten Fronten' des Korporatismus, erschöpft sich aber nicht darin. Vielmehr ist der Korporatismus in dieser Spielart eine empirische Netzwerkvariante unter anderen (z.B. Pluralismus, Etatismus, Klientelismus). Entsprechend differenzieren sich auch die Formen der Steuerung aus: Die einseitige staatlich-autoritäre Steuerung bildet nunmehr den einen Pol einer Skala, an deren anderem Ende die autonome gesellschaftliche Selbstregulierung steht. Dazwischen findet sich eine Vielzahl an staatlichen und gesellschaftlichen Steuerungskombinationen, deren konkrete Ausgestaltung wiederum eine empirische Frage ist (Mayntz/Scharpf 1995a, 1995b).

Das Gesundheitswesen mit seiner institutionalisierten Selbstverwaltungsstruktur mag nicht gerade das geeignete Politikfeld sein, um die neue Vielfalt an Akteuren und Verhandlungsprozessen zu illustrieren. Dennoch bietet der Netzwerkansatz aufschlußreiche Aspekte für die Analyse gesund-

¹ Methodisch sind daher die vielfältigen Akteursmerkmale (staatlicher oder gesellschaftlicher Akteur, verbandlich organisiert oder reines Kollektiv?) ebenso ausschlaggebend wie die Strukturen, innerhalb derer sich die Akteure bewegen (sind diese eher informeller Natur oder hochgradig institutionalisiert?). Der in Kap. 1 diskutierte *Akteurzentrierte Institutionalismus* ist in diesem Sinne nicht nur als akteurtheoretische Variante der Differenzierungstheorie zu sehen, sondern gleichzeitig als methodische Anleitung zur Analyse eines Netzwerks (Mayntz/Scharpf 1995a, 1995b, vgl. auch Schubert 1993).

² Obwohl auch die Konzeption des Netzwerkes als neue Ordnungsform sehr bestechende Züge hat! Aufgrund seiner spezifischen Steuerungslogik wird das Netzwerk in diesem Fall *jenseits* von Markt und Staat angesiedelt: Während Markt und Staat auf die Steuerungsmechanismen Wettbewerb bzw. Hierarchie setzen, entspricht dem Netzwerk die Logik der Verhandlung. Auf diese Weise vermeidet es die negativen Dysfunktionalitäten von marktlicher und staatlicher Steuerung (Mayntz 1996, Teubner 1996).

heitspolitischer Reformvorhaben, die den korporatistischen Blickwinkel ergänzen. Dies gilt z.B. in bezug auf den Umstand, daß sich die Koalitionen der Reformgegner und -befürworter nicht immer aus denselben Akteurlagern konstituieren. Vielmehr weisen *ad-hoc*-Bündnisse in verschiedenen Reformphasen ein erstaunliches Maß an Varianz auf, die mit der hochgradigen Binnendifferenzierung des Gesundheitssektors korrespondiert (Mayntz 1990b). Des weiteren läßt sich über den Ansatz detaillierter nachzeichnen, daß das Steuerungsverständnis im Gesundheitswesen einem zeitlichen Wandel unterliegt, was sich in den einzelnen Reformvorhaben konkretisiert. Während die Stärke des korporatistischen Ansatz sicherlich darin liegt, generalisierende Einschätzungen über die Reformgeschichte des Gesundheitswesens zu ermöglichen, geraten über den Netzwerkansatz die 'feinen Unterschiede' in den Blick.

So unterschiedlich die skizzierten Ansätze auch sein mögen und so sehr sich die zugrundeliegenden Denkschulen voneinander unterscheiden, gemeinsam ist ihnen, daß sie ein neues Licht auf das Verhältnis zwischen Staat und Verbänden werfen. Die Konzept der Kontextsteuerung und des aktivierenden Staates zielen auf die Selbstregulierungskräfte der funktionalen Teilsysteme und ihrer Akteure ab, die durch staatliche Anreize aktiviert werden. Der Netzwerkansatz hingegen verdeutlicht die große Variabilität an gesellschaftlich-staatlichen Bündnissen und Steuerungsoptionen, die Genese und Verlauf von Reformprozessen beeinflussen. Mit diesem Wissen im Hintergrund ist es nun an der Zeit, sich den niederländischen und deutschen Reformvorhaben ausführlicher zu widmen.

4.2 Gesundheitspolitische Reformen im nationalen Vergleich

4.2.1 Reformpolitik in den Niederlanden: Von HENDRIKS zur ‚managed liberalisation‘

In den Niederlanden endet mit der Einführung der Volksversicherung AWBZ der Aufbau der grundlegenden Strukturen des Gesundheitswesens. In der Folgezeit stellt das System sein ganzes Leistungspotential unter Beweis; bereits zehn Jahre später gilt es als eines der modernsten und umfassendsten unter den westlichen Industrienationen (vgl. Kap. 3). Im Zuge dieser Entwicklung steigen aber die Ausgaben unkontrolliert in die Höhe, so daß sich die niederländische Regierung bereits frühzeitig genötigt sieht, reglementierend in das Gesundheitsgeschehen einzugreifen. Fortan steht die holländische Gesundheitspolitik – wie in den meisten OECD-Staaten – nicht mehr wie vorher im Zeichen des Ausbaus, sondern vor allem im Zeichen der Kostendämpfung.

Der HENDRIKS-Plan – erste Anfänge der Regulierung des Gesundheitswesens

Die Anfänge der kostendämpfungsorientierten Gesundheitspolitik lassen sich in den Niederlanden auf Mitte der 70er Jahre zurückdatieren. 1974, ein Jahr nach der ersten Ölkrise, unterzieht die *Structuurnota Gezondheidszorg* (auch als HENDRIKS¹-Plan bezeichnet) das Gesundheitswesens mit Blick auf die Kostenentwicklung einer kritischen Neubewertung (Heffen/Kerkhoff 1999: 190f., Leidl 1997: 102, Veen/Limberger 1996: 166f.). Die Diagnose lautete folgendermaßen: Kostenkontrollinstrumente fehlen oder sind unzureichend, der politische Einfluß ist zu gering. Die Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsakteuren läßt zu wünschen übrig, der stationäre Sektor ist zu dominant, das Vergütungssystem stark fragmentiert. Insgesamt sei die gesamte Finanzierungsstruktur schlecht organisiert und verstärke die fehlende Kohäsion des Sektors.

Daraufhin erläßt die niederländische Regierung erstmalig eine politische Zielvorgabe für das Wachstum der Ausgaben im Gesundheitswesen: Der Ausgabenanteil dürfe bis 1980 um nicht mehr als 8% anwachsen.² Weiterhin wurde ein Reformplan entwickelt, der einerseits auf einen stärkeren politischen Einfluß, andererseits auf eine stärkere Homogenisierung des Sektors setzte. Die Versorgungsakteure sollten nach Grad der Spezialisierung zu regionalen 'Ketten' verknüpft werden, die die Gesundheitsversorgung unter staatlicher Aufsicht erbringen; für Kassen und Leistungserbringer wären einheitliche Vergütungs- und Budgetierungssysteme verbindlich. Kernelement der Reform war die Einrichtung einer umfassenden, einkommensbasierten Nationalen Volksversicherung, die das AWBZ und das ZFW umfassen sollte. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde der Plan 1975 abgelehnt: Ein derartige Versicherung hätte unerwünschte Effekte auf die Kaufkraft und würde das solidarische Empfinden der Niederländer überstrapazieren.

Bringing the state back in – Eingriffe in das Vergütungs- und Krankenhauswesen

Obwohl der HENDRIKS-Plan in seiner Kernkomponente gescheitert war, wurden in den folgenden Jahren zahlreiche seiner Elemente umgesetzt, die vor allem eine verstärkte politische Kontrolle über das Gesundheitswesen zum Ziel hatten. In diesem Kontext wurde 1979 beispielsweise das *Wet Tarieven Gezondheidszorg* (WTG) verabschiedet (Bos 1999: 150f., Leidl 1997: 107). Vorher war die Vergütung eine Frage der direkten Verhandlung zwischen Kassen und Ärztever-

¹ Gesundheitsminister unter dem Kabinett DEN UYL/VAN AGT.

² Hintergrund war die beunruhigende Prognose daß die Gesundheitsausgaben bei unveränderter Entwicklung bis 1980 einen BSP-Anteil von 12,4% betragen würden. Die politische Zielvorgabe wurde übrigens eingehalten!

bänden; das Ministerium hatte keinen Einfluß, die Anbindung an die Makrokostenplanung war schwach. Mit dem WTG existiert nun ein Rahmengesetz, daß sämtliche Tarife (sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Versicherung) der staatlichen Regulierung unterstellt. Ausgeführt wird das Gesetz durch die eigens geschaffene 'Behörde' COTG, die den Weisungen des Ministeriums untersteht, Leitlinien erstellt und Einzeltarife genehmigt (vgl. Kap. 2). Die Aushandlung der Einzeltarife bleibt zwar nach wie vor den verbandlichen Akteuren überlassen; aufgrund der starken staatlichen Einflußnahme kommt es jedoch häufig zu direkten Verhandlungen zwischen fachärztlichen Verbänden und Regierung. Diese Entwicklung hat 1992 die Einführung der *degressiven Komponente* zur Folge (s.u.).

Ebenfalls in die Kategorie der staatlichen Steuerung fällt in dieser Phase die Erweiterung des *Wet Ziekenhuisvoorzienigen* (WZV) zur Regulierung des stationären Sektors (Leidl 1997: 106ff., Heffen/Kerkhoff 1999: 191, Veen/Limberger 1996: 167): Aufgrund dieses 1971 implementierten Gesetzes wurden die gesamten Ausgaben der Krankenhäuser (inklusive Investitionen) nach Verhandlungen mit den Kassen erstattet; auch hier hatte das Ministerium keinerlei Einfluß auf das Kostenwachstum. Um die Anbindung an die staatliche Makrofinanzplanung zu gewährleisten, wurde Ende der 70er Jahre aufgrund zweier Gesetze (WVG und WGM) zunächst ein dezidierter Katalog an Einzelschriften entwickelt, der Kapazität und Ausstattung stationärer Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen weitestgehend reglementierte. Dieses umfassende Regelwerk erwies sich jedoch im weiteren Verlauf als ungeeignetes Instrumentarium zur Ausgabenkontrolle.

1983 kommt es daher zur Einführung erster Budgetierungsmaßnahmen, in den Niederlanden als Phase der *historischen Budgetierung* bezeichnet. Hierbei handelte es sich um ein festes Budget, basierend auf den Krankenhauskosten des Vorjahres. Kurzfristig war die historische Budgetierung zwar recht wirkungsvoll – die Pflgetage gingen zurück, Verlagerungen in den ambulanten Bereich fanden statt, die Leistungsintensität nahm ab. Auf Dauer überwogen jedoch die strukturellen Nachteile dieses Systems: Effiziente Kliniken wurden bestraft, über größere Zeiträume entstanden Anpassungsprobleme, da fällige Investitionen und Änderungen des technologischen Fortschritts nicht im Budget berücksichtigt werden konnten. Außerdem wurde die Vergütung der in den Kliniken angesiedelten Fachärzte nach wie vor gesondert abgerechnet. Diese Probleme führten dazu, daß man 1988 zur *funktionsorientierten Budgetierung* übergeht (vgl. Kap. 2).

Insgesamt kann diese Reformperiode als *Wiedereinführung des Staates* in die Regulierung des Sektors bezeichnet werden (Heffen/Kerkhoff 1999: 192, Veen/Limberger 1996: 167) – eine Strategie, die mit der für die 70er Jahre typischen Planungseuphorie durchaus konform geht. Was

die Wirksamkeit der praktizierten Einschnitte anbelangt, so ist das Ergebnis ambivalent: Einerseits gelang es über den stärkeren politischen Einfluß tatsächlich, das Geschehen im Gesundheitswesen in Hinblick auf die Makrovorgaben besser zu kontrollieren. Andererseits bewirkten die Reformen auf der organisatorischen Ebene kaum eine Verbesserung der Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit. Im Gegenteil ist zu vermuten, daß die harten politischen Eingriffe den Spielraum der Gesundheitsakteure zu Lasten der Versorgungsqualität einengten. Nicht zuletzt aus diesem Grund vollzieht sich in der niederländischen Gesundheitspolitik in den folgenden Jahren ein Kurswechsel Richtung Wettbewerb, der explizit auf die Selbstgestaltungskräfte der gesundheitspolitischen Akteure vor Ort abzielt. Dabei geht es jedoch nicht um einen einseitigen Strategiewechsel, der wegen 'Staatsversagen' auf die freien Kräfte des Marktes setzt; vielmehr kommt es zu einer eigentümlichen Mischung aus staatlicher Steuerung und gesellschaftlichem Wettbewerb, die einerseits die Anpassung an volkswirtschaftliche Parameter als Handlungskorridor für die Akteure vorgibt, andererseits auf der organisatorischen Ebene ein möglichst hohes Maß an Eigengestaltung intendiert. Erste Anzeichen dieses neuen Profils finden sich bereits in den nächsten Reformvorhaben.

Auf dem Weg zur Konvergenz – Die Regulierung des Versicherungswesens

Nach der langen Periode der Mitte-Links-Regierung unter DEN UYL/VAN AGT hatte 1982 das christlich-liberale Kabinett unter LUBBERS sein Amt angetreten. Die neue Regierung verpflichtete sich auf eine umfassende Reorganisation der Staatsfinanzen und Kürzung der sozialen Leistungen – die Einführung der *historischen Budgetierung* verdeutlichte bereits, wie dieses Ziel in zunächst autoritativer Steuerungsmanier angegangen wurde. Drei Jahre später nimmt die Politik ein weiteres Kernstück des Gesundheitswesens in Angriff: die Regulierung des Versicherungswesens. Schlüsselgesetz ist hier das *Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen* (WTZ). Es wird 1986 verabschiedet und regelt das Verhältnis der *ziekenfondsen* und Privatversicherungen (Bos 1999: 139, 147f., Veen/Limberger 1996: 163f.). Dadurch wird zunächst die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts zum ZFW bei Überschreiten der Einkommensgrenze eliminiert; die Betroffenen sind von nun an zum Abschluß einer privaten Versicherung angehalten. Um den Zugang zu erleichtern, werden die privaten Versicherer jedoch verpflichtet, eine *Standardpolice* anzubieten, die mit den Leistungen des ZFW vergleichbar ist und dessen Prämie gesetzlich festgelegt ist (vgl. Kap. 2). Da die Prämien der Standardpolice die Kosten bei bestimmten Risikogruppen nicht decken, sieht das Gesetz des weiteren einen *Risikoausgleich innerhalb des privaten Sektors* vor: Alle privaten Versicherer sind verpflichtet, einen pauschalen Solidaritätsbeitrag zu erheben (1999: 408 Gulden/Erw.), der über einen Gemeinschaftsfond an die Versicherungen im Verhältnis zu ihren Fehlbeträgen zurückfließt. Ebenso wird ein *Risikoausgleich zwischen dem privaten Sektor und den*

ziekenfondsen eingeführt. Denn die Aufhebung des freiwilligen Gesundheitsschutzes im ZFW führt dazu, daß die Gruppe der älteren Versicherten bei den *ziekenfondsen* überrepräsentiert ist. Um die damit verbundenen höheren Auslagen auszugleichen, müssen die Privatversicherungen nach der neuen Regelung des MOOZ einen Sonderbeitrag leisten, der jährlich von einem Kassengemeinschaftsfond, dem Gesundheitsminister und dem *ziekenfondsraad* neu festgelegt wird.

Folge des WTZ ist eine stärkere Angleichung der gesetzlichen und privaten Versicherung, die durch ergänzende Regelungen noch verstärkt wird (Müller 1999: 29, Veen/Limberger 1996: 170f.). So werden die Vergütungsmethoden angeglichen, außerdem fällt für die *ziekenfondsen* der Kontrahierungszwang mit den Anbietern weg. Diese Konvergenz wird in den nächsten Jahren noch fortschreiten: Während die Privatversicherungen zunehmend unter staatliche Regulierung geraten, erhalten die *ziekenfondsen* mehr Marktfreiheit. Auch organisatorisch macht sich diese Entwicklung bemerkbar: Fusionen von Krankenkassen und Privatversicherungen sind an der Tagesordnung. Gesetzlich sind zwar beide Bereiche strikt zu trennen, dem Kunden werden diese neuen Träger aber als ein einziges Unternehmen präsentiert (nach dem Motto: Egal, ob eine gesetzliche oder eine Privatversicherung gewünscht wird – wir können ihn in jedem Fall bedienen!).

Bringing the market back in – Der DEKKER-Plan

Der niederländische Ministerpräsident LUBBERS hatte bereits frühzeitig ein Komitee eingesetzt, welches grundlegende Ansätze zur Reformierung des Gesundheitswesens entwickeln sollte. Das Resultat wurde 1987 in dem Report „Willingness to Change“ veröffentlicht – nach dem HENDRIKS-Plan das zweite große Reformvorhaben zur Umgestaltung des Gesundheitswesens, daß fortan unter dem Namen des Vorsitzenden als DEKKER-Plan kursierte. Die Mischung aus gesetzlicher Regulierung einerseits und Wettbewerb andererseits, die sich bereits mit der Einführung des WTZ angedeutet hatte, wird in diesem Plan als grundlegendes Gestaltungsmerkmal der institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens festgeschrieben (Schut/Doorslaer 1999: 51ff., Müller 1993, Veen/Limberger 1996: 167ff.).

Öffentlich reguliertes Kernstück des Plans ist eine nationale Basissicherung, die 85% der gesamten Gesundheitsausgaben abdeckt. Beabsichtigt war hier eine graduelle Expansion des AWBZ, das fortan den Großteil der Leistungen aus dem ZFW umfassen sollte. Diese Basissicherung wird aus einkommensabhängigen steuerlichen Beiträgen finanziert, die von einem zentralen Fond im Rahmen eines Risikostrukturausgleichs an die einzelnen Kassen verteilt wird. Ausführende Organe wären sowohl die *ziekenfondsen* als auch die Privatversicherungen, d.h. die rechtliche Unterscheidung zwischen beiden Kassentypen würde eingeebnet. Die verbleibenden 15% wären durch

ergänzende Zusatzversicherungen abzudecken, deren Preis-Leistungsgestaltung den Kassen selbst vorbehalten bliebe. Hier kommt die Wettbewerbskomponente des DEKKER-Plans zum Ausdruck. Ergänzt wird diese durch weitere Elemente, die eine möglichst effiziente Leistungserbringung sicherstellen sollen: So wären erstens die Kassen zur selektiven Vertragsgestaltung mit den Anbietern berechtigt, zweitens hätten die Kassen stärkere Regulierungskompetenz bei der Preis- und Krankenhausregulierung, drittens wären ihnen Möglichkeiten zur eigenen Leistungserbringung gegeben, viertens würde das Regionalprinzip wegfallen.

Die christlich-liberale Regierung stand dem Plan von Anfang an positiv gegenüber und bezog die Vorschläge weitgehend in ihr Regierungsprogramm ein (ein erster Schritt war 1989 der Einbezug der Hilfsmittelversorgung und der psychiatrischen Versorgung in das AWBZ). Mit den Parlamentswahlen 1990 übernahm eine große Koalition aus Christdemokraten (CDA) und Sozialdemokraten (PvdA) die Regierung, der Plan wurde jedoch in leicht modifizierter Form beibehalten und kursierte fortan unter der Schirmherrschaft des Staatssekretärs SIMONS (PvdA).¹ Auf Seiten der Regierung war also Reformwille vorhanden, und bis 1995 sollte der Plan vollständig implementiert werden. Nach der anfänglichen Euphorie und den ersten Umsetzungsschritten wurde jedoch schnell deutlich, daß die politische Unterstützung und die Befürwortung der Gesundheitsakteure im Grunde nicht vorhanden war: Zwar begrüßten die ambulanten Einrichtungen den Plan, da er gleichzeitig den Trend zur ambulanten Versorgung intendierte, die stationären Anbieter aber wollten die stationäre Versorgung lieber unter staatlicher Kontrolle belassen. Die *ziekenfondsen* befürworteten zwar die ausgeprägte Basissicherung, fühlten sich aber bei den Beratungen vernachlässigt, während die privaten Versicherungen den Plan wegen dem umfassenden Risikoausgleich ablehnten. Auf Seiten der Tarifvertragsparteien stieß der Plan ebenfalls auf Ablehnung: Den Arbeitgebern war die Basissicherung zu einkommensorientiert, den Gewerkschaften kam der Solidaritätsgedanke zu kurz. Die liberale Partei (VVD) begrüßte die Marktelemente, verlangte aber als Voraussetzung die Begrenzung der Basissicherung auf 30% (!) der Gesundheitsausgaben, während die Sozialdemokraten die Basissicherung zu einer umfassenden Volksversicherung ausbauen wollten. Christdemokraten (CDA) und Liberaldemokraten (D66) wiederum bezweifelten, ob die Einführung von Wettbewerbselementen wirklich ein geeignetes Element zur Kostenbegrenzung sein könnte.

¹ Für einen Sozialdemokraten war ein derartiges Abspecken des gesetzlichen Leistungskatalogs verständlicherweise unakzeptabel, daher wurde der Umfang der Basissicherung angehoben.

Im Gewirr dieser pluralistischen Interessen und Meinungsverschiedenheiten zeichnete sich immer deutlicher ab, daß der Reformwille der Regierung allein nicht ausreichen würde, um den DEKKER-Plan zur vollständigen Umsetzung zu bringen. Tatsächlich zeigen die gesundheitspolitischen Aktivitäten zwischen Ende der 80er und Mitte der 90er Jahre (also in der Zeit, als der Plan intensiv diskutiert wurde), daß die wesentlichen Strukturen des Gesundheitswesens zunächst nicht angetastet wurden – wenn auch die meisten der durchgeführten Vorhaben sicherlich als ‘Vorbereitung’ auf den großen Umbau interpretiert werden können. Bevor eine abschließende Bewertung in bezug auf den DEKKER-Plan erfolgt, soll zunächst ein Überblick über das Reformgeschehen in dieser Phase gegeben werden.

Reformen während DEKKER – Budgetierung, Vergütung, Arzneimittel

Eine beständige Quelle für Probleme stellt die fachärztliche Vergütung dar, die immer neue Konflikte zwischen Kassen, fachärztlichen Verbänden und Regierung hervorruft. So führt die im Anschluß an das WTG 1982 implementierte *degressive Komponente* gegen Ende der 80er Jahre zu schweren Durchsetzungsproblemen und Auseinandersetzungen über die Kostenerstattung für die Nutzung der Krankenhauseinrichtung (Leidl 1997: 109f.). Die Regelung sah vor, daß bei der fachärztlichen Vergütung die Überschreitung der Leistungsgrenzen auf das Budget der kommenden Periode angerechnet wird, zunächst bei gesetzlich Versicherten, ab 1984 auch bei Privatpatienten. 1989 gelingt es einem Vermittler, die Akteure zur sog. *5-Parteien-Vereinbarung* (Fachärzte, Kassenverbände, Beamtenversicherung, Krankenhausverband) zusammenzubringen: Ausgaben für fachärztliche Vergütung werden fortan prospektiv budgetiert und Budgetabweichungen in den folgenden Jahren in Verrechnung gebracht. Dennoch wurde das Budget in den Folgejahren weiterhin erheblich überschritten. Dies lag daran, daß die Ärzte nur als Gruppe budgetiert waren und individuell keine direkten finanziellen Nachteile bei hohen Leistungsvolumina zu fürchten hatten. Außerdem gab es keine direkten Vorschriften, wie im Falle der Budgetüberschreitung zu verfahren ist. Nicht zuletzt scheiterte die *degressive Komponente* auch daran, daß die Kassen nicht in die Regulierung der fachärztlichen Leistungen miteinbezogen wurden.

Aufgrund der nicht auszugleichenden Budgetüberschreitungen schlägt die *Kommission Biesheuvel* 1992 einen Wechsel des Vergütungssystems vor (Leidl 1997: 110, Müller 1999: 28f.): Die bisherige Kopfpauschale für Hausärzte sollte modifiziert und wegen unterschiedlicher Behandlungsintensität in drei verschiedene Altersgruppen differenziert werden. Daneben sind Zuschläge bei zusätzlichen Aufgaben (kleinere chirurgische Eingriffe, präventive Maßnahmen) oder bei besonders wirtschaftlichem Verhalten (bei Diagnosen, Überweisungen, Verordnungen) vorgesehen.

Bei den Fachärzten wird die Abschaffung der Einzelleistungsvergütung angedacht – sie sollen statt dessen als Angestellte der Kliniken beschäftigt werden. 80% der fachärztlichen Vergütung wird dabei anhand der Kriterien Arbeitsbelastung, Arbeitszeit und Ausbildungsdauer festgelegt, darüber hinaus sollen Aufschläge Anreize für eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Fach- und Hausärzten schaffen. Diese Vorschläge konnten zwar bislang nicht durchgesetzt werden, leiteten aber eine Reihe von Modellversuchen und Reforminitiativen ein, die von der niederländischen Regierung als positiv bewertet werden und für die Zukunft gesetzgeberischen Flankenschutz bieten könnten. Besondere Aufmerksamkeit genießen in diesem Kontext Integrationsmodelle, in denen die Krankenhäuser zum Vertragspartner der Kassen für die stationäre und fachärztliche Behandlung werden. Insgesamt gilt jedoch die Problematik der fachärztlichen Vergütung nach wie vor als ungelöst.

Neben der Vergütung macht der niederländischen Gesundheitspolitik auch die Entwicklung der Arzneimittelausgaben zu schaffen. Da das Land über keine nennenswerte Pharmaindustrie verfügt, sind die Preise für Arzneimittel relativ hoch, trotz des im internationalen Vergleich geringen Verbrauchs. Bereits frühzeitig wurden erste Maßnahmen zur Kostenbeschränkung in diesem Gesundheitsfeld ergriffen (Bos 1999: 143, Leidl 1997: 111ff., Müller 1999: 26). So kommt es 1983 zu ersten Negativlisten und Formen der Selbstbeteiligung; letzteres wird jedoch 1990 aufgrund mangelnder Wirksamkeit wieder abgeschafft. 1988 greift das Ministerium regulierend in die Gewinnmargen der Apotheken ein. Da die Ausgaben trotz dieser Maßnahmen nicht zu kontrollieren sind, wird ab 1991 die Kostenbegrenzung mit der Einführung eines *Arzneimittelvergütungssystems* (GVS) systematisch in Angriff genommen: Unter Aufsicht des Ministeriums werden fortan Gruppen von untereinander substituierbaren Arzneimitteln festgelegt. Eine durch den *ziekenfondsraad* eingesetzte Kommission legt den maximal erstattungsfähigen Preis, den Festbetrag, fest (wobei die Industrie über ein Anhörungsrecht verfügt). Die über den Festbetrag hinausgehenden Preisanteile müssen vom Patienten selbst getragen werden. Außerdem wird ein konkretes Einsparziel angegeben: Die Ausgaben sollten von 1991 bis 1994 nicht mehr als 4% jährlich zunehmen. Aber auch unter der Einführung der Festpreise kann der Ausgabenzuwachs nicht gestoppt werden; erst 1996 kommt es durch die Angleichung an den europäischen Durchschnitt zu einer Senkung der Ausgaben (s.u.).

1992 wird außerdem die Regionalgliederung aufgehoben – die Kassen können jetzt die Genehmigung zu einer landesweiten Tätigkeit beantragen, außerdem werden ihnen neue Spielräume bei der Vertragsgestaltung mit den Anbietern eingeräumt. Dafür fällt 1993 die nachträgliche Erstattung des Budgets weg, eingeführt wird ein *prospektives risikobezogenes Budget* (Bos 1999: 145,

Schut/Doorslaer 1999: 63). Da jedoch der Risikoausgleich nur auf den Kriterien Alter und Geschlecht basiert, entscheidet die Regierung, daß bis zur Verbesserung des Systems die Kassen für 97,5% der Verluste entschädigt werden, während 97,5% der Gewinne zurückgezahlt werden müssen. Daher bleibt faktisch das finanzielle Risiko ebenso wie der Spielraum für finanzielle Anreize weiterhin schmal. Erst 1999 kommt es zu einer (fast) vollständigen Streichung des nachträglichen Budgetausgleichs.

Insbesondere die Maßnahmen zur Deregulierung des Versicherungswesens führen dazu, daß diese Phase durchaus als Vorbereitung auf den DEKKER-Plan interpretiert werden kann. Experten machen allerdings darauf aufmerksam, daß die gewünschten Wettbewerbseffekte nur in geringem Umfang erzielt werden konnten (Müller 1999: 26f., Schut/Doorslaer 1999: 62ff.). So wird die selektive Vertragsgestaltung von den Kassen bis heute nur sehr zögerlich in Anspruch genommen; es dominieren nach wie vor ‚collective agreements‘ auf regionaler Ebene. So nutzen die Berufsverbände ihre regionalen Organisationen, um Kartelle bei den Vertragsverhandlungen mit den Kassen zu bilden; in vielen Regionen haben sich monopolistische Kliniken etabliert, und auf Kassenseite hat sich seit 1985 eine Fusionswelle vollzogen, die zu einer Reduktion der Kassenanzahl um rund 50% führte. Auch auf Ebene der Spitzenverbände zeigt sich diese Tendenz: 1992 fusionieren Privatversicherungen und *ziekenfondsen* zum gemeinsamen Verband ZN. Insgesamt kristallisiert sich also als unbeabsichtigter Nebeneffekt der Deregulierung eine verstärkte Konzentrationstendenz heraus, die den Wettbewerbseffekt wieder zu unterminieren droht.

Step-by-step – Die Gesundheitspolitik der Gegenwart

Trotz vorbereitender Maßnahmen wurde spätestens gegen Ende der Regierungsperiode LUBBERS deutlich, daß der DEKKER-Plan nicht realisiert werden konnte (Heffen/Kerkhoff 1999: 199f.). Bereits 1993 wies MÜLLER dem Plan eine bescheidene Bilanz aus:

„Der Fahrplan der Reform hatte nicht nur Verzögerungen in Kauf zu nehmen. Manche der Weichenstellungen, die die Regierung und vor allem Staatssekretär Simons geplant hatten, wurden nicht vorgenommen bzw. zunächst (oder auf Dauer) aufs Abstellgleis geleitet. (...) Es ist heute schon sicher, daß die Verzögerung zumindest noch so lange anhalten wird, bis die Parlamentswahlen im März 1994 abgeschlossen sind und eine neue Regierung, die vermutlich nicht mehr die alte sein wird, gebildet ist.“ (Müller 1993: 70)

Was hier wissenschaftlich bereits diskret vorformuliert wurde, bestätigte sich wenig später in der politischen Realität. Tatsächlich verschwand mit der neuen ‘violetten’ Regierung unter KOK, die 1995 ihren Dienst antrat, der DEKKER-Plan von der Tagesordnung. Fortan war von der großen

Neuordnung des Gesundheitswesens nicht mehr Rede, die Reformen richteten sich vielmehr auf eine Stärkung der Anreize innerhalb der bestehenden Strukturen. Auf den ersten Blick mag daher der DEKKER-Plan wie die Geschichte einer gesundheitspolitischen Niederlage aussehen – bei näherer Analyse zeigt sich jedoch ein ähnliches Muster wie beim HENDRIKS-Plan: Im Laufe der folgenden Jahre schleichen sich viele Elemente durch die Hintertür wieder ein. Dies gilt insbesondere für die Mischung aus Wettbewerb und Regulierung, die weiterhin das niederländische Reformprofil prägt.¹

Dies wird insbesondere im Vergleich mit den drei *compartments* (vgl. Kap. 2) deutlich, die sich unter dem neuen Kabinett formierten: Das *compartment 1* – auf der Grundlage des AWBZ – ähnelt der Basissicherung des DEKKER-Plans, ist allerdings wesentlich bescheidener angelegt. Außerdem obliegt seine Ausführung nur einem regionalen Akteur (i.d.R. die größte Kasse vor Ort), und zwar, weil in diesem Feld die Patientenmündigkeit als wesentlicher Wettbewerbsparameter nicht gewährleistet werden kann. Wettbewerb kommt hier also nur in Ansätzen zum Tragen; dies zeigt sich auch darin, daß die Preis-Leistungsgestaltung weiterhin gesetzlich determiniert bleibt. Allerdings gibt es zwei beachtenswerte Ausnahmen: Erstens intendiert das 1995 eingeführte individuelle Pflegegeld eine stärkere Konkurrenz unter den Anbietern, zweitens stehen der regionalen Kasse mittlerweile 5% ihres Budgets zur Vertragsschließung mit frei gewählten Anbietern zur Verfügung.²

Die Entwicklungen im *compartment 2* auf Grundlage des ZFW laufen ebenfalls ganz im Sinne DEKKERS auf eine Ausweitung der Wettbewerbselemente hinaus (Bos 1999: 145f., vgl. auch Müller 1999: 26).³ Die Bemühungen der Regierung richten sich vor allem auf die Kasseneffizienz durch Zunahme des finanziellen Risikos. So erhöhte sich von 1995-99 der Anteil des prospektiv

¹ Auch im angrenzenden Bereich des Gesundheitswesens zeichnet sich ein immer stärkerer Trend zur Deregulierung ab. So wurde nach dem 1995 verabschiedeten *Ziektewet* (ZW) die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall vollständig privatisiert. Arbeitgeber sind seitdem verpflichtet, bei Krankheit 52 Wochen für die Lohnfortzahlung aufzukommen, wobei sie sich gegen dieses Risiko privat versichern können. Diese Regelung führte zu widersprüchlichen Effekten: Positiv zu verbuchen ist, daß seitdem das Thema des betrieblichen Gesundheitsschutzes an Bedeutung gewinnt. Skandalös hingegen ist, daß es zu informellen Absprachen (und Bezahlungen) zwischen Unternehmensleitungen und Kliniken gekommen ist, damit erkrankte Mitarbeiter prompt und mit besonderer Aufmerksamkeit versorgt werden.

² Zunächst wurde auch angedacht, diesen Spielraum auf 35% zu erhöhen, allerdings führte das Fehlen eindeutiger Regelungen und das starke Ansteigen kommerzieller Pflegedienste zu einem derartigen Chaos im Pflegesektor, daß die Regierung 1997 beschloß, den Eintritt in den Sektor zu limitieren und den jetzigen Anteil von 5% bis 2001 einzufrieren.

³ Für das *compartment 3* (Dienste, die Luxuscharakter haben oder für alle erschwinglich sind) plant die Regierung den Wegfall sämtlicher Regulierungen.

zugeteilten Budgets von 5% auf 35%, begleitet von zahlreichen Modifizierungen des Risikostrukturausgleichs. Die zunehmende Einschränkung der Kostenrückerstattung führte zu einem Verhaltenswandel bei der Leistungserbringung und Vertragsgestaltung. So erweiterte sich die Spanne der Nominalprämie (vgl. Kap. 2), die die Kassen ergänzend zu ihren Beiträgen erheben, beträchtlich: 1996 betrug die Pauschale der günstigsten Kasse noch 10% weniger als die der teuersten, 1997 waren es bereits 40% Differenz. Des weiteren haben viele Kassen 'managed care' (vgl. Kap. 5) gestartet, um die Reibungskosten der Versorgungskette möglichst gering zu halten. Um den Wettbewerb zu fördern, wurde weiterhin das Verbot der Krankenversicherungsträger, eigene Apotheken zu betreiben, aufgehoben (ebenso wurde ein Gesetz verabschiedet, wonach Kliniken Arzneimittel direkt an Patienten abgeben dürfen). Die Reformpläne der Regierung streben außerdem die völlige Konvergenz zwischen *ziekenfondsen* und Privatversicherungen an, konnten dies aber bislang nicht umsetzen.

Aufgrund dieser Übereinstimmungen argumentiert VAN DER GRINTEN, daß der Fehler des DEKKER-Plans weniger in seiner inhaltlichen Ausrichtung lag als vielmehr in seiner von oben angeordneten, autoritären Steuerungs politik, die an dem pluralistischen und heterogenen Interessensgeflecht des Gesundheitswesens scheitern mußte. Denn offensichtlich zeichnet sich die gegenwärtige Reformpolitik unter Gesundheitsministerin BORST-EILERS inhaltlich eher durch graduelle Unterschiede aus – anders sind jedoch die steuerungstheoretischen Vorzeichen, unter denen sich Gesundheitspolitik vollzieht:

„If we compare State Secretary Simons' reform policies with those of the present Minister, Dr. E. Borst-Eilers, we see less differences in the policy goals as in the policy means. It is particularly notable that the minister's approach forms a mirror-image of Simons' strategy. (...) She resolutely rejected the 'blueprint planning' of the rationale policy model, replacing this with the step-by-step approach of an incremental mixed policy model. In doing so, she avoided the trap that Simons had fallen into: the choice of a strategy for change that do not correspond with the possibilities.“ (Grinten 1996: 144)

Was hier als 'mixed policy model' beschrieben wird, zielt auf die netzwerkförmigen Strukturen des Gesundheitswesens ab. Die zwar begrenzte, aber beachtliche Anzahl an Akteuren, die trotz unterschiedlicher Interessen in hochgradig interdependenten Beziehungen zueinander stehen, verlangt eine äußerst dynamische und verhandlungsorientierte Policy, die verschiedenen Handlungs rationalitäten ausbalancieren muß. In derartigen Systemen verfügt keiner der einzelnen Akteure (auch nicht der Staat) über die praktische Macht, seinen Interessen *en detail* durchzusetzen. Vielmehr geht es darum, einen staatlich initiierten Zielhorizont vorzugeben, der von den Akteuren selbst im Rahmen ihrer eigenen Handlungs rationalität abgearbeitet werden kann.

Das hierbei der ‚Schatten der Hierarchie‘ eine grundlegende Rolle spielen kann, zeigt das 1996 verabschiedete *Wet Geneesmiddelenprijzen* (WPG), welches zur Angleichung der niederländischen Arzneimittelpreise an den Durchschnitt der Nachbarstaaten führte und eine beträchtliche Preissenkung von 15% bewirkte (Bos 1999: 143, Müller 1999: 26f., Royal Netherlands Embassy 1998). Dieses Kontrollinstrument wurde von seiten der Pharmaverbände freiwillig (!) entwickelt, allerdings erst nach der massiven Androhung gesetzlicher Maßnahmen. Unter ähnlichen Umständen erfolgten die weiteren Maßnahmen zur Kongruenz der Versicherungssektoren. Diese Beispiele zeigen, daß die jetzige Gesundheitspolitik in Sachen Steuerung zwar auf die Selbstverwaltung der Akteure setzt, dabei aber eindeutige Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen formuliert, die als Richtlinie verbandlicher Steuerung verbindlich sind.

Die ‚aktivierenden‘ Akzente der gegenwärtigen Gesundheitspolitik zielen des weiteren stärker auf die Versorgungsebene ab es als bislang der Fall war. Der Staat greift z.B. via Rechtssprechung, finanzieller und organisatorischer Unterstützung in die Felder Patientenorientierung und Qualitätssicherung ein. So tritt 1995 das *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) in Kraft, welches das Recht auf Information über Behandlungsfolgen und -alternativen festschreibt. Es reguliert weiterhin die Privatsphäre des Patienten, die Position von Minderheiten und von Patienten, die ihre eigenen Interessen nicht vertreten können. Ergänzend tritt das *Wet klachtrecht cliënten zorgsector* (WKCZ) in Kraft. Es schreibt vor, daß alle Institutionen Beschwerdeverfahren etablieren müssen und wird 1996 durch WMCZ verstärkt, welches die Einrichtung sog. Klientenräte in allen Einrichtungen vorsieht, die Mitspracherechte hinsichtlich Verpflegung, Sicherheit, Qualitätskontrolle usw. haben.

Im Feld der Qualitätssicherung ergänzen neue Gesetze das bereits 1993 implementierte *Beroepen in individuele gezondheidszorg* (BIG), welches auf die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich abzielte und die Grundlage für die Entwicklung erster Diagnose- und Behandlungsleitlinien darstellte. 1996 tritt dann das *Care Institutions Act* (Quality Act) in Kraft, welches alle Institutionen zur Qualitätssicherung verpflichtet: Jede Institution muß fortan ihr eigenes Qualitätsmanagement designen; als Vorlage dienen Systeme, die von den Verbänden entwickelt worden sind. Ein zentrales Board – die *Inspectie voor de Gezondheidszorg* (IGZ) – evaluiert diese Sicherung. Die Hälfte seiner Mitglieder wird durch medizinische Ausbildungsinstitutionen gestellt, die andere Hälfte durch Versorgungs- oder wissenschaftliche Institutionen, ein Mitglied ist staatlich. Das IGZ inspiziert die Einrichtungen im Beschwerdefall; zusätzlich wird die Qualität durch ein zentrales und fünf regionale Tribunale evaluiert (Jackson 1996).

Eine bessere Umsetzung der Steuerungspotentiale erhofft man sich außerdem durch den *Umbau der korporatistischen Strukturen*. Denn eine Lehre, die aus der bisherigen Geschichte unvollendeter Reformversuche gezogen werden konnte, ist, daß der politische Reformwille allzu häufig an den Gesundheitsakteuren scheitert, die ihre Interessen aufgrund des Selbstverwaltungsprinzips gegen den Willen der Regierung durchsetzen konnten. Die Versuche zielen demnach darauf ab, die Institutionen des Systems auf eine unabhängigere und gleichzeitig stärker staatlich durchgesetzte Ebene zu stellen, die bessere Steuerungsmöglichkeiten eröffnet. In diesem Sinne wurde beispielsweise der mächtige *ziekenfondsraad* transformiert, der nicht nur die Ausführung von AWBZ und ZFW überwacht, sondern auch beratende Funktionen gegenüber der Regierung hat. Ursprünglich von Mitgliedern der Kassen besetzt, besteht er nun aus von der Krone ernannten Mitgliedern und bildet als unabhängige Administration eine Erweiterung der staatlichen Verwaltung.¹

Auch die immer brisanter werdende Wartelisten-Problematik verdeutlicht, daß das Verhältnis von Staat und Verbänden derzeit eine Wandlung durchläuft. Bereits Ende 1998 kündigte Ministerin BORST-EILERS an, daß sie nicht beabsichtige, noch größere Summen in die ‚Abarbeitung‘ der Listen einfließen zu lassen. Bestätigt wurde sie durch ein Den Haager Urteil im Sommer 1999, in dem die regionalen Versorgungsämter und Kassen als zuständige Instanzen für die Begrenzung der Wartezeiten bezeichnet wurden.² Die *ziekenfondsen* haben darauf reagiert, indem sie gemeinsame Vereinbarungen zur Begrenzung der Wartezeit ausgehandelt haben und sich verpflichten, bei Nicht-Einhaltung auch die Behandlung in Privatkliniken oder im Ausland zu erstatten; im Pflegesektor soll eine umfassende Modernisierung der Regionalämter erfolgen (CNH 1999a, Eindhovens Dagblaad 1999).³ Aber auch der Staat muß sich hier den Vorwurf defizitärer Steuerung gefallen lassen, denn die von ihm festgelegten Beitragssätze sind erstens nicht kostendeckend und zweitens nicht nach regionalen Pflegebedarfen differenziert. Mittlerweile wurde auch hier den

¹ Auch andere Institutionen wurden derart umgestaltet: So obliegt der Überwachung der *Public Health-Implementation* jetzt einer eigens zu diesem Zweck geschaffenen Non-Profit-Organisation - dem *Council for Public Health and Care-Related Services*, welches das traditionelle *Health Council* ersetzt.

² Fünf Versicherte hatten geklagt, weil das Regionalamt, welches für die Indikation der Pflegestufe und die Vermittlung an eine Einrichtung zuständig ist, die Fälle wegen Personal- und Mittelmangel nicht bearbeiten konnte. Die Kassen wiederum verwiesen an den Staat, der ja schließlich durch die Festsetzung der Beiträge verantwortlich sei für Geld- und Personalmangel (CNH 1999b, 1999c). Das Urteil könnte durchaus als neuer ‚Schoolstreit‘ in die Geschichte der niederländischen Sozialpolitik eingehen, weil damit das subsidiäre Verhältnis zwischen Staat und Verbänden dahingehend reinterpretiert wird, daß die Erbringung wohlfahrtlicher Leistungen nicht nur als Privileg, sondern auch als *Pflicht* gesellschaftlicher Akteure verstanden wird.

³ Die Regionalämter sind bislang eher administrative Einrichtungen zur Indikation und Vermittlung von Pflegefällen. Sie sollen demnächst mit neuen Kompetenzen ausgestattet und zu umfassenden ‚Ansprechinstanzen‘ für Pflegebedürftige umgestaltet werden.

Verbänden mehr Gestaltungsspielraum eingeräumt – Pflegeeinrichtungen können nun nach einem regionalen Bedarfsschlüssel vergütet werden (CNH 1999d).

Die Steuerungstaktik der derzeitigen Gesundheitspolitik kann als ‚managed liberalisation‘ beschrieben werden – ein Stichwort, welches die sozialpolitische Ausrichtung der Niederlande insgesamt charakterisiert: Einerseits werden mehr Marktelemente in das System implementiert, andererseits nimmt der Staat stärkere Kontrollfunktionen wahr. Nach VAN DER VEEN und TROMMEL beinhaltet ‚managed liberalisation‘ drei Merkmale, die auch für das derzeitige gesundheitspolitische Geschehen zutreffend sind (Veen 1998, Veen/Trommel 1998): Erstens die Spezifizierung von Regeln und Verfahren und die Verschärfung von Kontrolle und Monitoring, die am Beispiel Qualitätssicherung und Patientenorientierung verdeutlicht werden können. Zweitens Deregulierung und die Betonung der Eigenverantwortlichkeit für Ressourcen, die sich insbesondere im Den Haager Urteil zur Wartelistenproblematik widerspiegeln. Und drittens der Umbau der institutionellen Strukturen und die Einschränkung der Selbstverwaltung, wofür exemplarisch die Umgestaltung des *ziekenfodsraades* steht. Mit dieser Steuerungsstrategie geht gleichzeitig eine Abkehr von umfassenden Reformplänen einher. Statt dessen setzt man stärker auf graduelle Schritte, die sich vor allem an den Umsetzungschancen der Maßnahmen orientieren.¹

Die Liberalisierung des niederländischen Gesundheitssektors sollte allerdings auch nicht überbewertet werden, wie schon die Erfahrungen im Zuge der DEKKER-Reform zeigten. Viele Experten sehen in den bisherigen Maßnahmen eine halbherzige Angelegenheit, wie auch die Ausführungen eines niederländischen Gesundheitsexperten verdeutlichen:

„Die Niederländer geben sich gerne den Anschein einer liberalen, wettbewerbsorientierten Gesellschaft, was aber in der Realität häufig nichts als Wunschdenken ist. So sind die Zusatzversicherungen für das AWBZ zwar privater Art, aber auf die Öffnung des Marktes für kommerzielle Anbieter reagiert man skeptisch. Zum Beispiel wollte vor einiger Zeit eine große Kaufhauskette Gesundheitsleistungen anbieten – eine Art Klinik einrichten und Ärzte anstellen – dies ist aber nicht bewilligt worden. Wenn man den Versicherungsmarkt schon privatisiert, dann müsste man auch bei den Anbietern konsequent sein. Hier tun sich die Niederländer aber schwer. Und im Grunde ist auch die Liberalisierung des Versicherungsmarktes nicht weit fortgeschritten. Zwar sind seit dem Dekker-Plan die regionalen Beschränkungen aufgehoben, aber immer noch sind die Verträge zu 90% standardisiert, und die Kassen dürfen auch keine eigenen Gesundheitsleistungen anbieten.“ (Interview N10)

¹ „Van blauwdrukdenken naar incrementeel sleutelen“ – so die entsprechende Überschrift eines Artikels zur Geschichte der niederländischen Gesundheitspolitik (Heffen/Kerkhoff 1999).

Insbesondere im Pflegesektor, der bislang von Liberalisierungstendenzen weitgehend verschont geblieben ist, erhofft man sich durch die eine stärkere Betonung von Wettbewerbselementen eine bessere Bedarfsdeckung. Aus diesem Grund wird die Entwicklung der deutschen Pflegeversicherung auch sehr aufmerksam beobachtet:

„Im Pflegesektor sind wir in Sachen Wettbewerb hinter der Bundesrepublik zurück: Kommerzielle Pflegeanbieter haben zwar theoretisch Zugang zum Markt, bekommen aber keinen Anteil aus dem AWBZ. Man hat sie zwar ein paar Jahre lang daran beteiligt, dies ist aber auf Druck der großen gemeinnützigen Pflegeeinrichtungen wieder rückgängig gemacht worden. Der Staat versucht hier, eine monopolistische Struktur des Pflegesektors aufrechtzuerhalten – mit dem Angebot, kommerzielle Anbieter würden die Pflegequalität vermindern. Ich sehe dahinter eher die Angst, daß kommerzielle Anbieter kundenorientierte Angebote zu kleineren Preisen anbieten und so die privilegierte Stellung der Gemeinnützigen untergräbt. In Zukunft ist hier leider keine Änderung abzusehen. Eine größere Marktöffnung für kommerzielle Dienste ist aber dringend erforderlich, da aufgrund des steigenden Bedarfs die gemeinnützigen Einrichtungen die erforderlichen Leistungen nicht mehr alleine erbringen können – Sie wissen, daß bereits jetzt, in allen Institutionen Wartelisten vorliegen?“ (Interview N6b)

Nichtsdestotrotz wird die derzeitige Steuerungstaktik von Experten relativ positiv beurteilt. Allerdings könnte sich die Strategie der graduellen Kurskorrekturen bald ändern. Denn bereits im November vergangenen Jahres kündigte die Ministerin an, an der Konzeption einer gesetzlichen Basisversicherung zu arbeiten, die das alte ZFW ersetzen soll (CNH 1999e). Der wohlvertraute Vorschlag einer umfassenden Umgestaltung des Versicherungswesens hat bereits heftige Debatten im niederländischen Gesundheitswesen ausgelöst. Ob damit tatsächlich der große Reformwurf erfolgt oder ob die Geschichte der unvollendeten Reformversuche fortgeschrieben werden muß, bleibt abzuwarten.

4.2.2 Reformpolitik in der BRD: Von BLANKE zur Gesundheitsreform 2000

In der Nachkriegszeit war die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens zunächst durch eine Phase der Restauration gekennzeichnet. Gegenüber umfassenden Reformschritten war man skeptisch eingestellt; vielmehr galt es, das Modell der Selbstverwaltung zu rehabilitieren (Alber 1992a: 59). Gleichzeitig setzte ein starker Ausbau wohlfahrtslicher Leistungen ein; Ende der 50er Jahre waren bereits 80% der deutschen Bevölkerung in die GKV einbezogen. Resultat dieser Inklusionspolitik waren alarmierende Ausgabesteigerungen, auf die erstmalig der Arbeitsminister BLANK mit umfassenden Reformvorschlägen zu reagieren versuchte. Seine Bemühungen sind deshalb von großem Interesse, weil sie den Grundstein für den Mythos der ‘unbezwingbaren Verbandsmacht’

legten, die bis heute als Trauma gescheiterter Reformversuche bei Wissenschaftlern und Politikern präsent ist (Bandelow 1998: 177).

Mythos der unbezwingbaren Verbandsmacht: Die Reformversuche von BLANK

Basiselement des 1960 vorgelegten Reformentwurfs war eine verringerte Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch Selbstbeteiligungen bei ärztlichen Leistungen, Arzneimitteln und Krankenhauspflege. Darüber hinaus sah der Entwurf aber auch Einschränkungen in der Selbstverwaltung vor, z.B. die Abschaffung der Zulassungsbegrenzung (die von der Einwohnerzahl abhängig war) sowie die Abschaffung der autonomen Aushandlung der ärztlichen Gebührenordnung durch die KVen und die Kassen, die durch eine einheitliche Gebührenordnung der Bundesregierung ersetzt werden sollte (Bandelow 1998: 181f.). Der Reformentwurf stieß bei politischen und gesundheitlichen Akteuren auf massiven Widerstand (Alber 1992a: 60, Bandelow 1998: 179f.): SPD und Gewerkschaften lehnten ihn wegen des Vorwurfs des Mißbrauchs der Versicherten ab. Die Proteste der Leistungserbringer richteten sich in der Öffentlichkeit ebenfalls gegen die Eigenbeteiligungen; intern (z.B. beim Deutschen Ärztetag) standen aber vor allem die Eingriffe in die Selbstverwaltung im Mittelpunkt der Kritik. Auch die Ersatzkassen befürchteten Macht- und Statusverluste, da sie durch die Reform eine Verschlechterung der Konkurrenzfähigkeit gegenüber den AOKs zu befürchten hatten. Lediglich bei den Arbeitgebern und den privaten Kassen stieß BLANK mit seinem Entwurf auf Zuspruch.

Das eigentliche Problem lag aber weniger in der Frontstellung der gesellschaftlichen Akteure, die gegen das Reformvorhaben mobil machten. Die Reform scheiterte vielmehr an dem Umstand, daß BLANK weder innerhalb der eigenen Fraktion noch bei seinen Kabinettskollegen auf ausreichende Unterstützung hoffen konnte: Der Arbeitnehmerflügel der Union stellte sich unter dem Druck der Gewerkschaften zunehmend gegen die Selbstbeteiligungen; die Bundestagsfraktion stimmte dem Entwurf zwar zu, vermied aber Stellungnahmen zu den strittigen Punkten. Daher scheiterte der Entwurf noch während der Beratungen im Bundestag, da es den Abgeordneten trotz absoluter Mehrheit nicht gelang, sich auf eine gemeinsame Konzeption zu einigen.

BLANK gab jedoch nicht auf und nahm wenige Jahre später die öffentliche Diskussion um gestiegene Krankenstände zum Anlaß, erneut Reformpläne auszuarbeiten, die zwecks breiterer Unterstützung mit zwei anderen Vorhaben zu einem 'Sozialpaket' verschnürt werden sollten (Bandelow 1998: 183f.): Mit der Übertragung der Lohnfortzahlung auf die Betriebe versuchte BLANK, die Unterstützung der Gewerkschaften zu sichern, die Übernahme des Kindergeldes durch den Staat sollte den Zuspruch der Arbeitgeber sicherstellen. Die gesundheitspolitischen Eingriffe in die

Selbstverwaltung wurde fallengelassen, an den Selbstbeteiligungen wurde jedoch festgehalten. Auch dieser zweite, 1964 vorgelegte Reformversuch scheiterte. Der Arbeitnehmerflügel der Union lehnte abermals die Selbstbeteiligungen ab, während die mitregierende FDP ihre Zustimmung zur Finanzierung der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber verweigerte. Ebenso lehnten die Gesundheitsverbände und die Arbeitgeber den Entwurf ab, so daß schließlich die anderen Teile des Sozialpakets unabhängig von den Änderungen zur GKV verabschiedet werden mußten.

ALBER kennzeichnet das gesundheitspolitische Geschehen dieser Jahre als Phase gescheiterter Strukturreformen, in der der Mythos von der unbezwingbaren Macht der Kassenärzte begründet wird. Der Verlauf beider Reformversuche zeigt jedoch, daß der Widerstand der Verbände alleine kein Blockadefaktor ist – als weitere entscheidende Variable kommt der Dissens auf Seiten politischen Akteure hinzu. Des weiteren verdeutlicht insbesondere der erste Reformversuch, daß die Bildung gesundheitspolitischer Koalitionen variabel ist und nicht immer 'klassischen' Mustern folgen muß: So kann die Bündelung von ärztlicher Vetomacht und gewerkschaftlichen Interessen auch bei einer Koalition von Regierung und Kapital die politische Durchsetzbarkeit von Reformen konterkarieren (Alber 1992a: 60).

Leistungsausbau in der wirtschaftlichen Boomphase

Aufgrund des wirtschaftlichen Aufschwungs wurde eine Fortsetzung der Kostendämpfungsversuche zunächst unnötig; statt dessen kam es zu einer Phase des Ausbaus der GKV-Leistungen. In diesem Sinne wurde 1970 das *2. Krankenversicherungsänderungsgesetz* verabschiedet, das erstmals präventive Leistungen in Gestalt von Vorsorgeuntersuchungen einführte, des weiteren kam es in den Folgejahren zu einer stetigen Ausweitung des Versichertenkreises auf höher verdienende Angestellte, Landwirte, Studenten und Behinderte.

Eine besondere Hürde für den Leistungsausbau stellte die Unterfinanzierung der Krankenhäuser dar, die Anfang der 70er Jahre mit ca. 2 Milliarden DM verschuldet waren. Die Finanzierung erfolgte über Pflegesätze, die von Kassen und Krankenhausträgern auf dezentraler Ebene ausgehandelt wurden. Hierbei konnten bestimmte Kostenarten (z.B. Schuldzinsen) nicht berücksichtigt werden, außerdem mußten die von Kommunen oder Gebietskörperschaften geleisteten Betriebskostenzuschüsse von den Selbstkosten abgezogen werden. Die Folge war, daß die Selbstkosten nicht mehr gedeckt werden konnten und jährlich steigende Defizite anfielen (Bandelow 1998: 185f., Döhler 1991: 469f.). Die alleinige Finanzierung über einen vollkostendeckenden Pflegesatz wurde von den Spitzenverbänden der Sozialversicherung vehement abgelehnt. Dies deckte sich mit der in allen Parteien wachsenden Überzeugung, daß die Vorhaltung der Krankenhäuser auch

eine staatliche Angelegenheit sei. Daraufhin wurde 1972 das als 'Jahrhundertgesetz' titulierte *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) verabschiedet, welches das bis heute geltende duale System der Finanzierung festlegt: Während die Kassen die laufenden Kosten (Personal- und Sachmittel) über den Pflegesatz tragen, übernehmen die Länder und – bis 1984 – der Bund die Finanzierung der Investitionen (Neubau, Erweiterung, Modernisierung).

Bund und Länder wollten als Finanziers die Gewißheit haben, daß die Kassen mit ihrer Pflege-satzpolitik nicht die Investitionsplanung der Länder konterkarieren. Ergänzend wurde daher 1973 durch die Bundespflegesatzverordnung das Prinzip kostendeckender und vollpauschalisierter Pflegesätze eingeführt, die von den Pflegesatzbehörden der Länder hoheitlich festgesetzt wurden. Die Ergebnisse der Pflegeverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Kassen hatten zwar schon vorher einer Festsetzung durch die Länder bedurft; jetzt aber wurden sie bei der endgültigen Festsetzung der Pflegesätze nur noch als rechtlich unverbindliche Vorabgespräche berücksichtigt. Der Einfluß der Kassen wurde außerdem dadurch geschmälert, daß sie bei der Aufstellung der Bedarfspläne lediglich ein Anhörungsrecht erhielten (Döhler 1991: 469f.).

Aufgrund der massiven Stärkung der Länder mutet das KHG auf den ersten Blick wie ein etatistischer Ausreißer an. Allerdings ist zu berücksichtigen, daß der stationäre Sektor auch nicht über eine Selbstverwaltungsstruktur wie der ambulante Sektor verfügte. Denn anders als die KVen waren die Landeskrankenhausgesellschaften auf regionaler Ebene als reine Interessensvertretungsinstanzen konzipiert und nicht als Selbstverwaltungsorgane mit Vollzugsrechten. Somit wurden sie auch nicht als Steuerungsakteure, sondern als Empfänger öffentlicher Mittel angesehen. DÖHLER wendet weiterhin ein, daß die Stärkung der Selbstverwaltungskompetenz in dieser Phase auch noch nicht im Vordergrund stand. Die Gesetzgebung war durch funktionale Leistungserfordernisse bestimmt – die Diskussion um Gesundheitspolitik als Stärkung der Selbstverwaltung diffundierte erst allmählich in die politische Arena (Döhler 1991: 470f.).

Für diese Phase insgesamt ist charakteristisch, daß die konjunkturell bedingten Spielräume und die Leistungsniveauprobleme der GKV einen politisch konsensuellen Leistungsausbau ermöglichen. Dies setzt insbesondere im stationären Sektor eine beträchtliche Ausgabendynamik in Gang, die in engem Zusammenhang mit der Einführung der dualen Finanzierung steht: Denn erstens ziehen die öffentlichen Investitionen meist laufende Betriebskosten nach sich (die die Kassen als Träger nicht steuern können, da sie keinen Einfluß auf die Festlegung der Pflegesätze haben), zweitens beinhalten die retrospektiv erstatteten Pflegesätze keinerlei Anreize zur Effizienz. In den Folgejahren schossen daher die Krankenhausaussgaben steil in die Höhe.

Kostendämpfung und Versuch einer Strukturreform: Die ‘K-Gesetze’ und das GRG

Die wirtschaftliche Rezession, die mit der ersten Ölkrise 1973 einhergeht, ist der Beginn einer Phase massiver Kostendämpfung (Alber 1992a: 61, Bandelow 1998: 187). Die Forderung nach dem Ausbau der Versorgung wandelt sich in die Diagnose der ‘Kostenexplosion’ (so der CDU-Politiker HEINER GEIßLER), auf deren Grundlage alle Parteien nach einer einnahmeorientierten Ausgabensteuerung streben, die gleichzeitig Beitragssteigerungen in der GKV ausschließen soll. Die staatliche Gesundheitspolitik wird in der Folgezeit mit neuen Anforderungen konfrontiert, für deren Bewältigung das vorhandene Steuerungsmodell modifiziert werden muß: Über Kostendämpfungsmaßnahmen hinaus werden die Instanzen der Selbstverwaltung zunehmend als Akteure gesundheitspolitischer Steuerung begriffen; der Staat versucht, die Machtverhältnisse zwischen den Akteuren zu regulieren, um die Steuerungspotentiale der Selbstverwaltung zu aktivieren (Döhler 1991: 472ff.).

So wird mit dem *Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz* (KVWG) von 1976 erstmals die seit dem Nationalsozialismus geltende Alleinverantwortung der KVen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung eingeschränkt: Die KVen werden fortan verpflichtet, bei der Entwicklung der Bedarfsplanung die Kassenverbände zu beteiligen. Gleichzeitig wird an dem Entwurf des *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* (KVKG) gearbeitet, der weitere umfassende Regulierungen beinhaltet. So wird eine Organisationsreform der Krankenkassen durch Ausweitung der Finanzausgleiche und durch den Abbau der rechtlichen Sonderstellung der Ersatzkassen intendiert, außerdem die Begrenzung der Gesamtvergütung im ambulanten Bereich, die verstärkte Verzahnung zwischen stationärem und ambulanten Sektor und die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der GKV.

Diese Vorschläge zeigen, daß die politischen Akteure nicht nur an kurzfristigen Kostendämpfungsmaßnahmen interessiert waren, sondern auch an strukturellen Änderungen, die die Effizienz der Leistungsproduktion langfristig ankurbeln sollten. Den Interessensverbänden der Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie gelang es jedoch, eine einheitliche Defensivfront aufzubauen, wobei sie in ihrem Widerstand durch die Opposition unterstützt wurden. Daher präsentiert das 1977 verabschiedete Gesetz nur einen reduzierten Maßnahmenkatalog: Erneut werden die Zuzahlungsregelungen ausgeweitet, es kommt zur Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrags¹ (allerdings

¹ Mit der Bildung der Arzneimittelkategorien wird die Organisationsspitze der gemeinsamen Selbstverwaltung beauftragt – der *Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen* (BAK), der im Zuge der ‘Vorfahrt der Selbstverwaltung’ eine stetige Aufwertung erfährt. Der BAK ist die institutionelle Nachfolge des Reichsaus-

ohne wirksame Sanktionsandrohungen bei Nichteinhaltung) und zum 'Prinzip der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik', welches Ärzte und Kassen fortan verpflichtet, bei Verträgen über die Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen die Entwicklung der Grundlohnsumme zu berücksichtigen. Die einzige strukturell bedeutsame Maßnahme, die letztenendes umgesetzt wird, ist die Etablierung der *Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen* (KAiG), die ursprünglich auf einem Alternativvorschlag der Reformgegner beruhte. Die KAiG gilt fortan als Gremium der Koordination, der Konsultation und des Meinungsaustausches, daß den Sachverstand der im Gesundheitswesen Beteiligten bündelt und eine jährliche Empfehlung über die Entwicklung der GKV ausspricht, die in den dezentral stattfindenden Verhandlungen zu berücksichtigen ist (Döhler 1991: 472, Henke 1988: 129).¹

In den 80er Jahren führt die erneute Zuspitzung der Rezession zu einer Fortschreibung der Kostendämpfung. So zielt das *Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz* 1981 auf einen weiteren Ausbau der Selbstbeteiligungen (bei zahntechnischen Leistungen, Arzneimitteln, Brillen, Fahrkosten und Kuren); das im selben Jahr eingeführte *Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz* (KHKG) beinhaltet finanzielle Anreize für den Bettenabbau und verpflichtet die Länder, bei Investitionsentscheidungen Betriebskosten stärker zu berücksichtigen. Mit dem *Krankenhaus-Neuordnungsgesetz* (KHNG) von 1984 wird deutlich, daß auch die Strategie der Verlagerung auf die Selbstverwaltung fortgesetzt wird. Der Bund zieht sich hiermit weitgehend aus der Krankenhausfinanzierung zurück, gleichzeitig wird die Pflegesatzfestlegung durch die Länder zugunsten des sog. Vereinbarungsprinzips aufgegeben: Demnach handeln ab 1985 Kassen und Krankenhausträger auf der Grundlage der vorauskalkulierten Kosten prospektive Pflegesätze aus, wobei die Empfehlungen der DKG und der GKV-Spitzenverbände zu berücksichtigen sind (hiermit halten erstmalig auch Einzelleistungsvergütungen Einzug in den stationären Sektor). Zu diesem Zweck

schusses, allerdings von vorneherein ohne direkte staatliche Beteiligung konzipiert. Gerade die 'Karriere' des BAK spiegelt das Problemlösemuster der Selbstverwaltung wider: Zunächst beschränkte sich seine Tätigkeit auf beratende Funktionen für das BMA, mit dem KVKG wird der BKA jedoch zur Regelung von Verteilungskonflikten aktiviert. 1985 tritt er dann mit den Großgeräte-Richtlinien in das politische Rampenlicht, die er auf Anregung des BMA als Alternative zu gesetzlichen Vorschriften konzipiert hatte (Döhler 1991: 477, Döhler/Manow-Borgwardt 1992).

¹ Die Schönheitsfehler der KAiG sind ebenfalls bekannt: Unverbindlichkeit der Empfehlungen und organisatorische Probleme der Umsetzung auf Seiten der Verbände. Daher weist die KAiG als Instrument der Kostendämpfung und strukturpolitischer Erfordernisse nur eine geringe Steuerungswirksamkeit auf. Sie bietet vielmehr ein Forum freiwilliger abgestimmter Lösungen, denen ein innerorganisatorischer und meinungsbildender Prozeß der beteiligten Institutionen vorausgeht. „Es handelt sich also um Koordinierungsvorgänge, die weder durch den Staat noch durch den Markt hervorgerufen werden. Dennoch sei der Einwand erlaubt, daß Willensbildung und sozialer Dialog auch ohne zweimal im Jahr sich treffende KAiG stattfindet: Anstelle eines erstarr-

werden außerdem Schiedsstellen eingerichtet, die in Verfahren und institutioneller Struktur der Schiedsamsregelung im ambulanten Bereich nachempfunden sind. Hinter diesen Entwicklungen steht der Gedanke, im stationären Sektor eine dem ambulanten Sektor vergleichbare Selbstverwaltungsstruktur zu etablieren, die mehr Steuerungsfunktionen übernehmen kann (Bandelow 1998: 190ff., Döhler 1991: 475f.).

Trotz aller Bemühungen bleiben die Erfolge mäßig; die Effekte in bezug auf die Ausgabenentwicklung sind allenfalls kurzfristiger Natur. Daher beginnen unter BLÜM ab 1984 die Vorarbeiten für eine umfassende Strukturreform, die den Ausgabenanstieg der GKV langfristig beenden soll (Bandelow 1998: 192ff., Zipperer 1989). Zunächst werden zehn Grundsätze formuliert, die insbesondere auf die Stärkung des Subsidiaritätsprinzips und die Eigenverantwortung der Versicherten abzielen, auf den Abbau von Strukturen, die kostentreibendes Verhalten begünstigen und auf die Angleichung von Wettbewerbsbedingungen der verschiedenen Kassenarten. Da schon diese Kernpunkte unter den politischen Akteuren umstritten sind, kann der Rahmen der Reform erst 1987 festgelegt werden. Auf der Grundlage der gescheiterten Reformversuche unter BLANK ist man in der Folgezeit bemüht, einen breiten Konsens der Interessensgruppen zu erreichen. Ergänzend zur Arbeitsgruppe des BMA wird eine Koalitionsarbeitsgruppe gebildet, die ebenfalls an der Formulierung des Gesetzesentwurfes arbeitet. Sie wird unter Berücksichtigung verschiedener Interessensproportionen zusammengesetzt, was zur Folge hat, daß die Verbände über einzelne Koalitionspolitiker mittelbar Einfluß auf die Vorbereitung der Reform nehmen können. Die Oppositionsparteien, die weitgehende Strukturreformen befürworten, werden hingegen aus dem Entscheidungsprozeß ausgegrenzt – was die Blockadebemühungen der verschiedenen Interessengruppen zusätzlich begünstigt.

Letzten Endes präsentiert das 1988 verabschiedete *Gesundheitsreformgesetz* (GRG) eine stark verschlankte Reform. Eingeführt werden erneut ausgeweitete Formen der Zuzahlung, des weiteren kommt es zu einer deutlich reduzierten Negativliste unwirtschaftlicher Arzneimittel und zu Festbeträgen für Arzneimittelgruppen, zu einer Einschränkung des Kreises pflichtversicherter Personen, zu einem Ausbau der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen und Vorsorgemaßnahmen. Auf zentrale Maßnahmen wie die geplante Organisationsreform der Krankenkassen (mehr Wettbewerbselemente und Gestaltungsspielraum), verbesserte Steuerungsinstrumente bei Krankenversi-

ten Rituals träte die informelle Willensbildung.“ (Henke 1988: 129). Fraglich wäre aber, ob alle an der KAiG teilnehmenden Gruppen auch ohne diesen Anlaß zusammenkommen würden.

cherung und Leistungsanbietern, mehr Leistungs- und Kostentransparenz wird auf Druck der Gesundheitsverbände verzichtet.

Das Problemlösemuster der Selbstverwaltung findet auch beim GRG eine Fortsetzung (Döhler 1991: 477f.). So wird der BKA mit der Bildung von Arzneimittelgruppen beauftragt, für die anschließend von den Spitzenverbänden der Kassen Festbeträge gebildet werden, die sich an preiswerten Präparaten orientieren. Den KVen wiederum obliegt die Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.¹ Die Übertragung der Reformumsetzung auf die Selbstverwaltung offenbart aber auch die Schattenseiten dieses Problemlösemusters. Denn dies hat zur Folge, daß die Einzelinteressen von Kassenärzten und Krankenkassen auch nach der Verabschiedung des Gesetzes noch Einfluß auf die Politikergebnisse ausüben: So wurde z.B. die Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen von den kassenärztlichen Verbänden z.T. verhindert, die umfassende Einführung von Festbeträgen für Arzneimittel verzögert und die neuen Vorsorgemaßnahmen an den Interessen von Ärzten und Kassen ausgerichtet. Entsprechend erweisen sich auch die Effekte des GRG erneut als kurzfristig. Nachdem die Gesamtausgaben der GKV 1989 um ca. 3% sanken, stiegen die Ausgaben in den alten Bundesländern bereits Mitte der 1990 wieder stärker als die Einnahmen. BANDELOW zieht daher folgenden Schluß:

„Trotz seines anspruchsvollen Titels „Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen“ ist das Gesundheitsreformgesetz somit keine Strukturreform, sondern lediglich die Fortsetzung der vorherigen kurzfristigen Kostendämpfungspolitik (...) Der politische Lösungsversuch der 80er Jahre, grundlegende Reformen im Gesundheitswesen konsensual mit den Interessensgruppen zu verabschieden, muß daher als gescheitert bezeichnet werden.“ (Bandelow 1998: 197)

Den Kostendämpfungsgesetzen und dem GRG ist gemeinsam, daß sie nur kurzfristige Ausgabenbegrenzungen erzielen konnten. Grundlegende Ineffizienzen können hingegen nicht beseitigt werden, da die Steuerungsinstrumente – Orientierungsgrößen, Aufrufe im Rahmen der KAiG und Maßnahmen zur Transparenzförderung – zu unverbindlich waren. Auch die Selbstbeteiligungsregelungen auf der Nachfrageseite erreichten das vorgegebene Ziel einer verringerten Inanspruchnahme von Leistungen nicht. Das auffällige Merkmal dieser Phase ist vielmehr in der ‘Politisierung’ des Gesundheitssektors zu sehen: In dem Bemühen, die Selbstverwaltungskompetenzen der Akteure zu stärken, feinreguliert der Staat die institutionellen Strukturen und das Machtgefüge der

¹ Kaum beachtet ist hingegen die Aufwertung der Kassenverbände: Im GRG taucht erstmalig der Begriff ‚Spitzenverbände‘ als Legaldefinition auf; erstmalig ist auch von der Mitwirkung bei Grundsatzentscheidungen die Rede (Döhler 1991: 478).

Verbandslandschaft. Insbesondere versucht er, die strukturelle Verhandlungsschwäche der Kassen gegenüber den KVen und den Ländern zu stärken.

Dies markiert den Eintritt in eine Phase der wachsenden prozeduralen Steuerung. Erstaunlich ist in diesem Kontext, daß die christlich-liberale Regierung nahtlos an diese bereits unter der sozialdemokratischen Regierung eingeleitete Strategie anschließt (Döhler 1991: 478f.). Die Politikergebnisse beider Koalitionen weisen dementsprechend starke Gemeinsamkeiten auf, die in der staatlich vorangetriebenen Homogenisierung von Steuerungsregeln und Strukturmuster bestehen, ohne dabei die institutionellen Grundlagen des Systems zu verändern. Laut DÖHLER setzt sich dieser Steuerungsmodus deshalb durch, weil erstens das Verhandlungsmodell inmitten eines von starken Konsenszwängen geprägten Politikfeldes der naheliegende Weg der Kompromißbildung darstellt, weil zweitens staatliche Steuerung am Verbandssystem vorbei kaum möglich ist und weil drittens der Rückgriff auf Verhandlungen im ambulanten Sektor bereits erprobt und durch einen breiten Konsens politisch abgesichert ist (Döhler 1991: 479).

Die mäßigen Reformertolge dieser Phase zeigen aber auch, daß der Rückgriff auf die Selbstverwaltung nicht unbedingt auf einem überlegenen Steuerungspotential beruht. Im Gegenteil erweitert sich für die gesellschaftlichen Akteure auch *nach* dem Gesetzgebungsprozeß der Spielraum, Gemeinwohlorientierung durch Interessensorientierung zu unterminieren. Nicht zuletzt deshalb interpretieren Experten das Verhandlungsmodell als Eingrenzung der politischen Steuerungsfähigkeit, bei der Vorteile (politische Entlastung, ideologische Vereinbarkeit mit dem Subsidiaritätsprinzip) mit der Gefahr der Reformblockade erkaufte werden. Daß der Staat jedoch auch unter solchen Umständen sein Steuerungspotential ausspielen kann, zeigt in beeindruckender Weise das Gesundheitsstrukturgesetz, das nach wie vor eine Ausnahmesituation in der deutschen Gesundheitspolitik darstellt.

GSG und ‚dritte Stufe‘ – Sternstunde der Gesundheitspolitik und die Zeit danach

In den folgenden Jahren wurde die Reform der GKV kontrovers weiter diskutiert. Während die SPD eine Ausweitung des Solidarprinzips forderte, traten Union und FDP für mehr Wettbewerb ein. Trotz dieser Differenzen wurde 1992 unmittelbar nach der Amtsübernahme SEEHOFERS mit den Vorarbeiten zu einer umfassenden Reform begonnen, die noch im selben Jahr als *Gesundheitsstrukturgesetz* (GSG) erstmals grundlegende Änderungen nach sich zog (Bandelow 1998: 204ff., Mickley/Standfest 1995, Wiesmann 1993). Im Bereich der Krankenkassen kommt es zu einem Ausbau der Wahlfreiheit der Versicherten und zu einem kassenartübergreifenden Risikoausgleich. Bei der Krankenhausfinanzierung wird das Selbstkostendeckungsprinzip schrittweise

durch Fallpauschalen und Sonderentgelte ersetzt. Die Zulassungsfreiheit für Kassenärzte wird aufgehoben; ab 1999 gilt eine gesetzliche Bedarfsregelung und eine Altersgrenze für Kassenärzte von 68 Jahren. Die Grundlohnbindung wird in weiten Teilen (ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhauskosten, Kuren und Verwaltung) auf die regionale Ebene ausgedehnt.

Die Geschichte des GSG ist schnell erzählt (Bandelow 1998): SEEHOFER gelang es innerhalb weniger Monate, die SPD-geführte Bundestagsfraktion und die SPD-geführten Länder in eine übergreifende politische Sachkoalition zu integrieren.¹ Im Oktober 1992 wurden die gemeinsamen Eckpunkte der interfraktionellen Arbeitsgruppe beschlossen, das Gesetz wurde zwei Monate später von allen Gremien verabschiedet. Der Prozeß der Gesetzgebung zeichnete sich vor allem dadurch aus, daß die Möglichkeiten einer verbandlichen Einflußnahme von Anfang an nahezu eliminiert wurden: Im Mittelpunkt stand die Abstimmung unter den politischen Akteuren – SEEHOFER und DREßLER vermieden konsequent jeden Kontakt mit den Vertretern der Interessengruppen. Überraschenderweise verzichteten die Verbände weitgehend auf Maßnahmen, um die Reform zu verhindern. Denn erstens bot die politische Einigkeit kaum Ansatzpunkte zum Aufbrechen der Reform, zweitens erschwerte die umfassende Konzeption die Koalitionsbildung unter den Akteuren, da sich die einzelnen Verbände nur auf die Bestandteile konzentrierten, von denen sie unmittelbar betroffen waren. Bei der konkreten Ausarbeitung der Reform wollte man hingegen auf die Mitarbeit der Verbände nicht verzichten. Gefragt war allerdings lediglich deren Sachverstand und keine Gestaltungspartizipation. Um die Steuerungsinitiative bei den politischen Akteuren zu verankern, minimierte SEEHOFER bei fast allen Maßnahmen die Aufgaben der Selbstverwaltungsorgane und verlagerte die Anordnungen unmittelbar in das Gesetz.²

Das GSG wird häufig als Resultat eines politischen Lernprozesses interpretiert, der mit der Wiedergewinnung der staatlichen Steuerungsfähigkeit gegenüber dem Vorrang der Selbstverwaltung einhergeht (Hinrichs 1994: 131f.). Damit war auch die Hoffnung auf eine grundlegende Neuordnung des deutschen Gesundheitswesens verknüpft. Leider sollten die Steuerungserfolge nicht von Dauer sein. Zwar gelingt es zunächst, den unmittelbaren Problemdruck zu reduzieren, ab 1995

¹ Diese Einigung wurde durch eine veränderte Ausgangslage ermöglicht: Die Finanzkrise der GKV fiel mit einer gesamtwirtschaftlichen Krise zusammen, was zu einem verstärkten Druck durch die Tarifparteien führte, grundlegende Reformen einzuleiten. Hinzu kam, daß in den 80er Jahren das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem spürbar gesunken war (Bandelow 1998: 205).

² Ausnahme war die vorgesehene Einführung einer Positivliste für Arzneimittel, mit der alle umstrittenen Medikamente ausgegrenzt werden sollten. Die Verbände wurden hier mit der Umsetzung betreut und bezeichnenderweise gelang es, die Regierung zu einer Gesetzesänderung zu bewegen und dieses Reformelement zu verhindern (Bandelow 1998: 219f.).

schmelzen aber die durch das GSG erzielten Überschüsse wieder zusammen.¹ Neue Reformmaßnahmen werden also notwendig, die als 'dritte Stufe' der Gesundheitsreform nach GRG und GSG angekündigt werden: Die Selbstverwaltung soll weiter gestärkt und zusätzliche Wettbewerbsparameter eingeführt werden. Die Vorgaben für Pflichtleistungen sollen gelockert und durch die Möglichkeit freiwilliger Leistungen ergänzt werden. Gleichzeitig war für die Versicherten die Möglichkeit angedacht, statt des Sachleistungsprinzips die Kostenerstattung zu wählen.

Die politische Taktik und die Ergebnisse weichen jedoch wesentlich von dem 1992 eingeschlagenen Weg ab (zum genauen Verlauf vgl. Bandelow 1998: 211ff.). SEEHOFER vertraute zunächst auf wissenschaftliche Expertise und wollte auf diesem Weg eine Konfliktminderung erreichen und die politischen Entscheidungsinstanzen entlasten. In diesem Sinne wurde der *Sachverständigenrat* (SVR) der KAiG beauftragt, Vorschläge für die Weiterentwicklung der GKV zu erarbeiten. Die Gutachten, die in zwei Stufen erarbeitet wurden, stießen jedoch allesamt auf widersprüchliche Einschätzungen. Die dritte Stufe der Gesundheitsreform war demnach von Anfang an durch Streitigkeiten gekennzeichnet, die den Prozeß blockierten, und zwar nicht nur zwischen politischen Akteuren und Verbänden oder Regierung und Opposition, sondern auch innerhalb der Regierungskoalition.

Nach einem äußerst langwierigen Gesetzgebungsprozeß wurden 1996 schließlich zwei Gesetze verabschiedet, die den ursprünglichen Anforderungen nicht im mindesten gerecht werden konnten (Bandelow 1998: 227, Galas/Stolz 1997, Jung 1996): Das erste *Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausaufgaben* deckelte die Ausgaben des stationären Sektors bis 1996, das zweite, höchst umstrittene *Beitragsentlastungsgesetz* schränkte die Kassenleistungen weiter ein, erhöhte die Zuzahlungen der Versicherten und verpflichtete die Kassen, ihre Beiträge bis 1997 um 0,4% zu senken. Beide Gesetze waren ursprünglich Bestandteil eines umfangreichen Reformpaketes, welches auch Entwürfe zur Ausweitung der Selbstverwaltung im ambulanten und stationären Sektor vorsah (*GKV-Weiterentwicklungsgesetz* und *Neuordnung der Krankenhausfinanzierung*). Da die Regierungskoalition das Reformpaket aufgrund strategischer Erwägungen in mehrere Gesetze gesplittet hatte, wurden letztere durch den Bundesrat abgewiesen.

¹ Die erneuten Defizite waren zum großen Teil die Folge politischer Entscheidungen aus anderen Feldern. So wurde die GKV durch Verschiebungen im Bereich der Arbeitslosen- und Rentenversicherung mit mehreren Milliarden DM belastet (Senkung der Beitragsbemessungsgrenze für Arbeitslose, Erhöhung der Beiträge der Kassen an Renten und Arbeitslosenversicherung für Beziehende von Krankengeld um ca. 20% unter BLÜM (Braun/Reiners 1999: 1087).

Im zweiten Anlauf treten – ebenfalls nach monatelangen Aushandlungsprozessen – 1997 zwei weitere Gesetze in Kraft, die langfristige Effizienzsteigerungen zum Ziel hatten. Das *Erste Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung* (1.NOG) ist eine Reaktion auf die Ankündigung der Ersatzkassen, ihre Beiträge zu erhöhen. Es verpflichtet die Kassen, Beitragssatzerhöhungen fortan mit erhöhten Selbstbeteiligungen zu koppeln. Im Mittelpunkt der Diskussion steht jedoch das umfangreiche *Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung* (2.NOG). Es sieht vor, die Ausgabensteigerungen im Krankenhausbereich unbefristet zu begrenzen, aber gleichzeitig die Gestaltungsspielräume der Selbstverwaltung zu erweitern (so handeln die Kassenspitzenverbände fortan mit der DKG die Obergrenze für den Zuwachs des Budgets und die Preise für Fallpauschalen und Entgelte aus). Außerdem kommt es zu einer Umstellung der Ausgabenbegrenzung im Bereich Arzneimittel und Arztvergütungen: An die Stelle globaler Budgets treten Richtgrößen für jede Praxis, die von den Selbstverwaltungsinstanzen ausgehandelt werden und als Rahmen für die Punk Vergütung dienen. Überschreitungen von mehr als 25% müssen durch den Arzt erstattet werden. Den Kassen wird außerdem die Möglichkeit gegeben, durch Wahlmodelle differenzierte Leistungen zu unterschiedlichen Beiträgen anzubieten (Kostenrückerstattung, Zusatzleistungen, Zuzahlungen). Die Instandhaltungskosten der Krankenhäuser werden durch einen Zuschlag auf die Pflegesätze und durch einen Sonderbeitrag von 20 DM (‘Notopfer’) finanziert. Außerdem werden die Modellvorhaben über neue Verfahren der Kuration, Rehabilitation und Prävention erweitert.

Insgesamt läßt die nach mehrjährigem Aushandlungsprozeß beschlossene dritte Stufe der Gesundheitsreform kein durchgängiges Konzept erkennen und wird von den Experten entsprechend kritisch beurteilt.

„Ist die Zahl der Änderungsgesetze allein schon besorgniserregend, so ist der *Inhalt* ein weiterer Beweis für Hektik und für einen Mangel an langfristiger Orientierung und Konzeption. (...) Hinzu kommt eine ebenfalls bisher nicht erlebte Verschärfung in Ton und Stil der politischen Auseinandersetzung, die den Eindruck von Hektik und fehlender Orientierung noch verstärkt und über die Medien auch einer breiten Öffentlichkeit vermittelt.“ (Jung 1996: 563f., 564)

Tatsächlich haben die Reformgesetze eine Reihe von grundsätzlichen Korrekturen und sogar Kehrtwenden gegenüber dem GSG zum Gegenstand, z.B. die Konterkarierung der Selbstverwaltung durch das *Beitragsentlastungsgesetz*, die einseitige Belastung der Versicherten durch das 1. NOG oder die weitere Aufschiebung einer Positivliste, deren Einführung ebenfalls im GSG beschlossen worden war. Obwohl die Liberalisierung des Vertragsrechts im 2. NOG überwie-

gend als geeigneter Ansatz zum Umbau der GKV bewertet wird, bleiben insgesamt die strukturellen Mängel des Systems weitgehend erhalten, z.B. die mangelnde Koordination zwischen ambulanten und stationärem Sektor oder die grundsätzliche Gefahr unnötiger Leistungserbringung aufgrund der Einzelleistungsvergütung.

Gesundheitsreform 2000 – Rumpfgesetz oder Aufbrechen der Reformblockade?

1998 trat die rot-grüne Bundesregierung mit dem Vorsatz an, das Land einer umfassenden Modernisierung im Bereich der Arbeits- und Sozialpolitik zu unterziehen. Es galt, die Reformblockade endgültig zu durchbrechen, die auf internationaler Ebene bereits zu einem charakteristischen Merkmal der Bundesrepublik mutiert war. Entsprechend ehrgeizig waren auch die Pläne, die im BMG unter der grünen Ministerin FISCHER erarbeitet wurden. Als Vorbereitung auf die eigentliche Reform wurden zunächst einige durch die dritte Stufe der Gesundheitsreform eingeführten Änderungen korrigiert. So tritt am 1.1.1999 das *Gesetz der Solidarität in der GKV* (GKV-SolG) in Kraft, welches die Selbstbeteiligungen reduziert (zum Beispiel bei der zahnärztlichen Behandlungen oder bei chronischen Erkrankungen) und die mit dem 2. NOG eingeführte Liberalisierung der GKV wieder zurücknimmt (so werden die Optionen der Kostenerstattung sowie die sog. Gestaltungsleistungen entfernt) (FfG 2000). Gleichzeitig wird der Entwurf einer umfassenden 'Gesundheitsreform 2000' konzipiert, welche im Prinzip genau an den Versäumnissen der dritten Stufe der Gesundheitsreform ansetzte und beabsichtigte, die im GSG vorformulierten Schritte weiterzuführen: Einführung eines Globalbudgets, Reform der Krankenhausfinanzierung, Stärkung der Hausärzte, Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen, Integration von ambulanten und stationäre Versorgungsformen, Einführung einer Positivliste für Arzneimittel sowie der Aufbau einer systematischen und wirksamen Qualitätssicherung.

Der Entwurf der Gesundheitsreform war von Anfang Gegenstand heftiger Debatten. Brennpunkte waren die Einführung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleiches, der endlich gleiche Verhältnisse für Ost- und West-AOKs schaffen sollte oder die Reformierung der Vergütung im Krankenhauswesen. Kein anderes Vorhaben hat die Emotionen jedoch so sehr geschürt wie die Einführung des Globalbudgets (Glanz 1999, Schönbach 1999). Dieses sollte die Obergrenze für das gesamte jährliche Ausgabevolumen bestimmen, welches fortan nur um einen von der Bundesregierung vorgegeben Umfang steigen darf. Als verantwortlich für die Einhaltung waren in erster Linie die einzelnen Kassen vorgesehen, die ein individuelles Globalbudget erhalten, welches sich aus Zahl und Struktur der Versicherten zusammensetzt. Das Globalbudget sollte die bestehenden sektoralen Regelungen nicht außer Kraft setzen, sondern ein Instrument zur flexiblen Finanz-

steuerung darstellen – dergestalt, daß die Mittel je nach Versorgungsbedarf zwischen den einzelnen Sektoren verlagert werden können, ohne daß dadurch die Gesamtausgaben steigen.

Das Globalbudget stieß sowohl auf politischer Seite wie auch auf Seiten der Gesundheitsakteure auf massive Kritik: Die Leistungsanbieter sahen im Globalbudget ein Rationierungsinstrument, welches die Beitragssatzstabilität um den Preis unterbleibender Leistungen erkaufte. Liberale Politiker argumentieren, daß die Einhaltung des Budgets im Prinzip dieselben vertraglichen Handlungsspielräume der Kassen erfordern würde wie die erfolgreiche Fortsetzung der wettbewerblichen Orientierung – allerdings von wesentlich höherem bürokratischem Aufwand begleitet. Die Kassen sahen sich mit der Verantwortung für das Management des Globalbudgets überfordert; Gesundheitspolitiker wiesen auf die Schwierigkeiten der Berechnung hin. Entsprechend verhärtet waren bereits die Fronten, als der Entwurf in den Gesetzgebungsprozeß eintrat.

Am 4.11.1999 wird die umstrittene Reform im Bundestag gegen den Widerstand von Union und FDP durchgesetzt. Der Verabschiedung geht ein mehrstündiges Debakel voraus: Die Opposition bemängelt Fehler im Gesetzestext, denn dieser enthält Passagen, die tags zuvor im Gesundheitsausschuß nicht diskutiert und beschlossen worden waren. Neben dem Vorwurf der Unprofessionalität sah sich die Ministerin weiterhin dem Verdacht ausgesetzt, die Zustimmung der Ost-Länder im Bundesrat zu erkaufen, da sie den Ost-AOKs eine Milliardenhilfe zugesichert hatte. Da absehbar ist, daß der Bundesrat dem Entwurf nicht zustimmen wird, läßt FISCHER die Union und die Bundesländer zu einem Kompromißgespräch ein, was SCHÄUBLE jedoch strikt zurückweist. Verschärft wird die Situation durch eine Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, daß das Arzneimittelbudget für 1999 in wenigen Wochen ausgeschöpft sein könnte. Nur in fünf der 23 KVen reiche das Geld aus; viele Rezepte würden daher bereits nicht mehr ausgestellt. Ein Wink mit dem Zaunpfahl, was aus der medizinischen Versorgung im Falle eines Globalbudgets wird!

FISCHER erwägt bereits, die Reform aufzuschnüren und den von der Zustimmung des Bundesrates unabhängigen Teil mit der rot-grünen Mehrheit im Bundestag alleine durchzubringen. Der SPD-Fraktionsvize DREßLER kommt ihr zuvor und stellt überraschend ein neues Positionspapier vor, das die Grundzüge eines sog. 1. GKV-Innovationsgesetzes festlegt. Hiermit verabschiedet sich die SPD von dem als Kernstück der Reform geltenden Globalbudget, des weiteren auch von dem Vorhaben, die duale Finanzierung der Krankenhäuser zugunsten einer monistischen Finanzierung über die Pflegesätze aufzugeben. Erwartungsgemäß wird am 26.11. der Gesetzesentwurf im Bundesrat in einer Totalblockade abgelehnt; am 2.12. beginnt der Vermittlungsausschuß mit seiner

Arbeit und splittet den Entwurf in zwei konsensfähige Gesetze auf, welche beispielsweise von der Neuen Züricher Zeitung als „zu einem Skelett abgemagerten Rumpfgesetz“ titulierte werden.

Unter diesen Voraussetzungen ist nahezu erstaunlich, daß die Reform dann doch noch relativ schnell zum 1.1.2000 in Kraft tritt¹, und zwar mit folgenden Bestandteilen (FfG 2000, Sozialpolitische Umschau 2000):

- Vergleichbar den vormaligen Leistungen zur Gesundheitsförderung (1989-1996) werden Leistungen zur primären Prävention, die Förderung von Selbsthilfegruppen in den Leistungskatalog der GKV reintegriert. Für die Förderung der Selbsthilfe ist ein Ausgabevolumen von 1 DM pro Versicherten und Jahr vorgesehen, für die Prävention 5 DM.
- Die Spitzenverbände der Krankenkassen fördern mit jährlich 10 Mio. DM Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben.
- Das BMG wird ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrates und auf Grundlage der Vorschläge des Institutes für Arzneimittelverordnung eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel zu erlassen, auf deren Grundlage die Positivliste erstellt wird.
- Mit Einführung der ‚Soziotherapie‘ wird psychisch Kranken eine spezielle Hilfe geboten, die individuelle Behandlungspläne aufstellt, die Koordination der zur Verfügung stehenden Hilfsangebote übernimmt und zur Inanspruchnahme der Leistungen anleitet.
- Statt der starren dreiwöchigen Regeldauer der Reha-Maßnahmen wird es künftig eine indikationsabhängige Dauer geben; die Zuzahlungen werden außerdem abgesenkt.
- Die Stellung des Hausarztes soll verbessert werden. Hierzu kann die Krankenkasse in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen ein Versicherter, der sich verpflichtet, fachärztliche Leistungen nur auf Grundlage einer hausärztlichen Überweisung in Anspruch zu nehmen, einen Bonus erhalten kann.
- Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen werden zur ambulanten Behandlung Schwererkrankter ermächtigt.
- Die bisherige starre Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Sektor soll gezielt durchbrochen werden. Die Krankenkassen erhalten hier die Möglichkeit, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen, die integrierte Versorgungsformen anbieten.

¹ Gleichzeitig wird das *Gesetz zur Rechtsangleichung in der gesetzlichen Krankenversicherung* verabschiedet, welches den gesamtdeutschen Risikoausgleich einführt. Ab dem Jahr 2001 gelten demnach auch einheitliche Werte für die Einkommensgrenzen der Sozial- und Überforderungsklausel (Zuzahlungsbefreiung).

- Die Vergütung im Krankenhaus soll bis Januar 2003 auf ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem umgestellt werden, bei dem jeder Behandlungsfall nach der Art der Erkrankung mit einem festen Entgelt vergütet wird. Die Entwicklung dieses Vergütungssystems wird den Kassen-Spitzenverbänden, dem Verband der privaten Krankenversicherung und der DKG übertragen, die sich bis Juni 2000 auf ein international erprobtes Vergütungssystem auf der Grundlage der *Diagnosis Related Groups* (DRG) einigen müssen. Fristgerecht entschlossen sich die Vertragspartner auf das australische DRG-System als Ausgangsgrundlage für ein deutsches Fallpauschalensystem.

Über die Auswirkungen der Gesundheitsreform kann bislang nur spekuliert werden. Einige Reformelemente sind zwar auf den Weg gebracht (so die Einführung des neuen Vergütungssystems oder die Vorarbeiten für die Positivliste), bei anderen Reformelementen wie z.B. bei der Integration der ambulanten und stationären Versorgung, der Soziotherapie oder der Aufwertung des Hausarztes sind Modellprojekte und Evaluationen abzuwarten. Eine abschließende Bewertung muß daher an dieser Stelle ausbleiben. Dennoch sei angemerkt, daß viele Bestandteile der Reform, auch wenn sie nicht als 'großer Wurf' zu bezeichnen sind, durchaus innovativen Charakter haben. Dies gilt z.B. für das bisherige 'Tabuthema' Vergütung, aber auch für den ausdrücklichen Einbezug des Versorgungssektors, der in bisherigen Reformvorhaben stets unterbelichtet geblieben ist. Andererseits steht außer Frage, daß im Vergleich zur spektakulären Durchsetzung der Steuerreform die Gesundheitsreform sowohl inhaltlich als auch unter prozessualen Aspekten eine eher schwache Vorstellung geboten hat. Strukturelle Änderungen wie z.B. die Aufhebung der dualen Finanzierung der Krankenhäuser, die Vergütung der Fachärzte oder die Liberalisierung des Vertragsrechts lassen weiter auf sich warten. Nicht zuletzt aus diesem Grund sind sich die Experten einig, daß das Thema Gesundheitspolitik auch in Zukunft wieder Hochkonjunktur haben wird.

Die Gesundheitsreform 2000 ist ein erneutes Beispiel für die Resistenz des Gesundheitswesens gegen umfassende Reformversuche, die insgesamt die Geschichte der deutschen Reformpolitik prägt. Die Ursachen sind vielfältiger Natur: Erstens scheinen die deutschen Spitzenverbände über eine weit stärkere Verhandlungs- und Vetomacht zu verfügen als dies in anderen Ländern der Fall ist. Ein niederländischer Interviewpartner formulierte dies folgendermaßen:

„Ich bin ehrlich gesagt immer etwas verwundert über die Dominanz der Spitzenverbände bei Verhandlungsprozessen in Deutschland. Natürlich gibt es auch bei uns Interessensvereinigungen, aber nicht die klassischen Verteilungskämpfe zwischen Ärzten und Kassen. Die Verhandlungen in den Niederlanden kommen vielleicht der Situation nahe, die hier besteht,

wenn Gewerkschaften nicht mit den Arbeitgeberverbänden einen einheitlichen Tarifvertrag aushandeln, sondern mit den Unternehmen flexible Verträge abschließen. Daher sind unsere Verhandlungsprozesse heterogener, weniger standardisiert und flexibler.“ (Interview N10)

Wie aber im Verlauf des Kapitels auch deutlich wurde, ist die Verbandsmacht alleine nicht der ausschlaggebende Faktor für den Verlauf von Reformprozessen. Hinzu treten politische Konstellationen, die erst den Spielraum bestimmen, inwieweit verbandliche Interventionen zum Zuge kommen können (vgl. auch Lehmbruch 1999). Die Gesundheitsreform 2000, aber auch die positiven Erfahrungen im Zuge des GSG bestätigen erneut, was schon bei den BLANK'schen Reformversuchen zu Tage trat: Politische Geschlossenheit erhöht die Durchsetzungsfähigkeit von Reformmaßnahmen, interne Streitigkeiten eröffnen den gesellschaftlichen Akteuren neue Möglichkeiten, Reformen auszuhebeln.¹ Des weiteren lassen die bisherigen Erfahrungen darauf schließen, daß der gesellschaftliche Widerstand mit dem Umfang von Reformen und ihrem 'Hierarchiegrad' bei der Implementation ansteigt – ein Umstand, der mittlerweile von der niederländischen Regierung berücksichtigt wird. Auch in der deutschen Gesundheitspolitik dürften diese Risiken hinreichend bekannt sein; trotzdem setzte Ministerin FISCHER mit der Gesundheitsreform 2000 weiter auf das vertraute Muster des großen Reformwurfs, der auf hierarchischem Weg durchgesetzt werden sollte.

Zweitens wird die deutsche Reformblockade häufig auf die 'normative und interessen geleitete' Verhandlungskultur zurückgeführt, die z.B. der 'pragmatischen und konsensorientierten' Kultur der Niederländer diametral entgegensteht. Mit Sicherheit könnte der Reformstau dieses Landes ein Stück weit aufgelöst werden, wenn unsere Kultur ein Stück weit mehr mit Pragmatismus durchsetzt werden würde. Ganz abgesehen davon, daß sich der niederländische Pragmatismus jedoch häufig am Rande der Legalität bewegt², muß in diesem Kontext auch darauf hingewiesen

¹ In diesem Zusammenhang ist auch daran zu erinnern, daß die umfangreichen sozial- und arbeitsmarktpolitischen Reformen in den Niederlanden von einem parteienübergreifenden Konsens gekennzeichnet waren. Ob dieser explizit auch im Gesundheitswesen existiert, ist der Verfasserin zwar nicht bekannt, aber mit Sicherheit hat dieses Klima auch die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse positiv beeinflusst.

² „Ich erzähle Ihnen ein Beispiel: Bei der Einrichtung einer Klinik hat das Direktorium zunächst ohne großes Aufsehen das Grundstück gekauft – ohne die Gemeinde von der Absicht zu unterrichten, eine Klinik einzurichten. Dann hat man die Gemeinde finanziell bei der Durchführung eines Marathonlaufes unterstützt und ist nach dieser strategischen Aktion informell an die Verantwortlichen herantreten, um die erforderlichen Bewilligungen zu erlangen. Ein solches Vorgehen ist in Deutschland undenkbar. Da würde man sich streng an die festgeschriebenen Verfahrensregeln halten, was auch bedeutet, daß keine Klinik ohne Einwilligung der Bevölkerung gebaut werden könnte. Partizipation und Konsultation wird bei Ihnen ernster genommen, was aber auch bedeutet, daß die Verhandlungen bürokratischer, langwieriger und steifer werden. Das, was in den Niederlanden so häufig als starke Konsensfähigkeit gelobt wird, ist also häufig nichts weiter als purer Pragmatismus, gekoppelt mit informeller Kungelei.“ (Interview N10)

werden, daß kulturelle Merkmale in engem Zusammenhang mit den strukturellen Gegebenheiten eines Landes stehen, die nicht willkürlich verändert werden können. Hierzu zählt nicht nur die föderalistische Verfassung der Bundesrepublik, die bekanntermaßen Reformvorhaben blockieren kann, sondern schlicht und einfach auch die Größe des Landes. Denn diese erschwert die Möglichkeit der informellen Verhandlung, die ein ungemein wichtiger Faktor für Konsensorientierung ist:

„Daß der Umgang in den Niederlanden auch häufig informeller Art ist, läßt sich dadurch erklären, daß es zwar eine unendliche Vielzahl an kollektiven Akteuren im Gesundheitswesen gibt, die auch niemand so recht überschauen kann, aber die Personen, die in diesen Vereinigungen mitwirken, immer wieder dieselben sind. Da die Niederlande ein sehr kleines Land sind, sind dies nicht allzu viele Personen, die sich auch alle nach einer Weile kennen. Es handelt sich also bei den Entscheidungsträgern um eine kleine bekannte Gruppe, die aus gesellschaftlichen und staatlichen Akteuren besteht.“ Hält einen Sammelband hoch: „In diesem Buch sind im Prinzip alle Entscheidungsträger unseres Gesundheitswesens vertreten. Das begünstigt natürlich informelle Entscheidungsprozesse. Bei Ihnen ist das nicht der Fall. Deutschland ist wesentlich größer, die Leute aus Bayern kennen nicht die Leute aus Norddeutschland und umgekehrt. Die Verhandlungsprozesse müssen zwangsläufig anonymer ablaufen und auf der obersten Verbandsebene geführt werden. Die Größe eines Landes ist eine wichtige Ursache für den Grad an Abstraktheit, Komplexität und Dauer von Verhandlungssystemen.“ (Interview N2)

4.3 **Schlußfolgerungen**

In beiden Ländern reagierte die Politik auf die Herausforderungen im Gesundheitswesen zunächst mit der Ausweitung staatlicher Steuerung, wie sie generell für die Phase der 70er Jahre charakteristisch ist. So werden die weitreichenden staatlichen Eingriffe in den Niederlanden (Festsetzung der Vergütung und der Krankenversicherungsbeiträge, Begrenzung der Wachstumsrate und Bedarfsplanung) häufig als Prozeß schleichender Etatisierung bewertet, ähnliches gilt für die Phase des Leistungsausbaus und das duale Prinzip der Krankenhausfinanzierung in Deutschland, in der sich der Staat aktiv in das Gesundheitswesen einschaltet. Im Zuge der Kostendämpfung wird aber in der BRD schnell ein neuer Problemlösemodus deutlich, der sehr viel konsequenter als in den Niederlanden zum Tragen kommt: Die ‘Vorfahrt der Selbstverwaltung’. Während sich die niederländische Gesundheitspolitik eher durch eine stetige Begrenzung der Selbstverwaltung bzw. später durch eine konsequente Dezentralisierung auf die Versorgungsebene auszeichnet, werden im deutschen Gesundheitswesen insbesondere in den 80er Jahren die Strukturen des Sektors derart umgebaut, daß die Steuerungskompetenzen auf Seiten der Verbände ansteigen (z.B. durch die Aufwertung der Kassenverbände oder die Angleichung der stationären Selbstverwaltungs-

strukturen an den ambulanten Sektor).

Auch die niederländische Gesundheitspolitik nimmt in den 80er Jahren einen Kurswechsel vor, der sich aber vor allem auf die stärkere Liberalisierung des Versicherungs- und Vertragsrechtes bezieht. Dies wird insbesondere deutlich durch die Angleichung der privaten und gesetzlichen Versicherung im Rahmen des WTZ sowie durch die liberalen Züge des DEKKER-Plans, der auf eine Splittung in gesetzliche Basissicherung und ergänzende private Zusatzversicherungen setzt. Dieser Kurswechsel markiert aber keinen vollständigen Wechsel in Richtung marktverfaßtes Gesundheitssystem. Vielmehr kommt es in Folge zu einer eigentümlichen Mischung von marktlichen und staatlichen Elementen, die als 'managed liberalisation' gekennzeichnet wurde. Bei dieser Strategie geht die Implementation von Marktelementen gleichzeitig mit einer Verschärfung der staatlichen Kontroll- und Monitoringfunktionen einher, wie beispielsweise die Einführung der Gesetze im Bereich Qualitätssicherung zeigen. In Deutschland hat die Liberalisierung des Gesundheitswesens ebenfalls immer wieder die gesundheitspolitische Diskussion bestimmt; die entsprechenden Maßnahmen waren aber weit weniger konsequent als in den Niederlanden. Eine Ausnahme stellt in diesem Zusammenhang die Pflegeversicherung dar, die wesentlich stärker auf Wettbewerbselemente setzt als der niederländische Pflegesektor.

Beiden Gesundheitssystemen ist des weiteren gemeinsam, daß sich die politischen Steuerungsin-tentionen jetzt stärker auf die Versorgungsebene beziehen: Qualitätsmanagement, Patientenorien-tierung und die Integration von ambulantem und stationärem Sektor gewinnen an Bedeutung. Al-lerdings erfolgte dieser Kurswechsel in den Niederlanden schon sehr frühzeitig; bereits Mitte der 90er Jahre wurde nicht nur durch gesetzliche Vorschriften gezielt in die Versorgungsstrukturen eingegriffen; es erfolgte auch eine direkte Verlagerung von Steuerungskompetenzen an die Ver-sorgungsakteure vor Ort sowie die gezielte Initiierung von Modellprojekten und Pilotversuchen zur Optimierung der Gesundheitsversorgung. In Deutschland wurde die Versorgungsebene als Ort gesundheitspolitischer Reformmaßnahmen später entdeckt; erst in der Gesundheitsreform 2000 finden sich entsprechende Maßnahmen. Die Verlagerung von Steuerungskompetenzen geht in den Niederlanden gleichzeitig mit einem Umbau der Selbstverwaltung einher, und zwar dahingehend, daß die Institutionen stärker mit staatlichen und unabhängigen Akteuren durchgesetzt werden.

Insgesamt lassen die bisherigen Ausführungen darauf schließen, daß in der niederländischen Ge-sundheitspolitik marktliche und staatliche Steuerungsstrategien weitaus konsequenter praktiziert werden als in der Bundesrepublik, und dies bei einer weitgehenden Dominanz verbandlicher Ak-teure im Versicherungs- und Versorgungssystems. Dies mutet auf den ersten Blick paradox an, es

ist jedoch kompatibel zu den Ergebnissen aus Kap. 3, in dem die Niederlande als gemischte Wohlfahrtskategorie repräsentierten wurden, die gleichermaßen korporatistische, liberale und sozialdemokratische Elemente miteinander verknüpft. Die Bundesrepublik hingegen präsentiert sich auch in ihren gesundheitspolitischen Steuerungsstrategien als typisch konservativ-korporatistischer Wohlfahrtsstaat. Die 'Vorfahrt' der Selbstverwaltung war hier bislang die dominante Vorgehensweise gegenüber marktlich oder staatlich orientierten Strategien.

Unter prozeßbezogenen Aspekten fällt in beiden Ländern zunächst die Resistenz gegen umfassende Reformmaßnahmen auf. In den Niederlanden verdeutlichen insbesondere der Verlauf des HENDRIKS- und des DEKKER-Plans, in Deutschland die BLANKE-Reform, das GRG und die Gesundheitsreform 2000, daß große Reformentwürfe zwar immer die Diskussion im gesundheitspolitischen Geschehen bestimmten, aber nie vollständig zur Umsetzung gelangten.¹ Nichtsdestotrotz können einzelne Reformelemente eine erstaunliche Kontinuität aufweisen und werden häufig in modifizierter Form und in anderen Zusammenhängen *step by step* implementiert. Dieser Inkrementalismus hat seine Ursache in den korporatistischen Strukturen: Diese schirmen die Systeme vor radikalen Ansätzen ab, die nicht die Unterstützung der gesellschaftlichen Akteure genießen. Obwohl dies auf politischer und gesellschaftlicher Seite zu permanenter Frustration führt, liegt in diesem Arrangement auch der Vorteil, daß Entscheidungen sorgsam abgewogen und Alternativen in Erwägung gezogen werden müssen. Das Resultat ist eine konstante Spannung zwischen Reformnotwendigkeit und angemessenen Policy-Maßnahmen, die auch nach dem Scheitern großer Entwürfe immer wieder virulent wird und zu Diskussionen, Diskursen und Debatten führt. Auf diese Weise 'überleben' einzelne mehr oder weniger zentrale Reformelemente und bestimmen weiterhin das reformpolitische Geschehen, wenn auch in weniger spektakulärer Form. Insofern ist der Effekt von Reformentwürfen eher indirekter Natur: Sie führen zur Artikulation von Ideen, zur Antizipation dieser Ideen in Entscheidungen und zur Absorption in Strukturen.

Besonders deutlich tritt dieses Muster in den Niederlanden zu Tage. So konnte der Kerngedanke des HENDRIKS-Plans – stärkere staatliche Steuerung über die Einführung einer Nationalen Volksversicherung – nicht umgesetzt werden; gleichwohl gelang es in der Folgezeit über die Implementation einzelner Maßnahmen (z.B. Einführung des WTG), die politische Kontrolle über das System teilweise zu rekonstituieren. Ein ähnliches Muster wird beim DEKKER-Plan deutlich: Auch

¹ Daß die Reformresistenz im Gesundheitswesen im Vergleich zu anderen Systemen besondere Ausmaße erreicht, zeigt insbesondere der Umstand, daß das Gesundheitswesen auch in Phasen erfolgreicher sozial- und arbeitsmarktpolitischer Regulierung (in den Niederlanden seit Anfang der 90er Jahren, in der BRD seit Regierungswechsel) immer einen Steuerungs'ausreißer' darstellt.

hier kam es nach dem endgültigen Scheitern der Reform zur Umsetzung einzelner Maßnahmen, die auf eine ausgewogene Mischung zwischen staatlicher und marktlicher Regulierung abzielten (z.B. Wegfall des Regionalprinzips). Dies mündet in eine ausgeprägte *step by step*-Gesundheitspolitik, d.h. in eine Serie inkrementalistischer Schritte, die das Profil des Gesundheitswesens nachhaltig beeinflussen. Vollzog sich dieser Inkrementalismus in den früheren Phasen der niederländischen Reformgeschichte eher ungeplant, wird in der gegenwärtigen Gesundheitspolitik (zumindest bislang) bewußt auf umfassende Neuordnungen verzichtet und auf bescheidene, aber *konkrete* Reformvorhaben gesetzt, die in ihren Einzelheiten nicht mehr von staatlicher Seite hierarchisch implementiert werden, sondern gesetzliche Rahmenbedingungen vorgeben, die auf die Selbststeuerung der Akteure vor Ort abzielen.

In der Bundesrepublik ist die Kontinuität einzelner Reformelemente nicht im selben Ausmaß zu beobachten. Die deutsche Reformgeschichte macht insgesamt einen unübersichtlicheren und fragmentierten Eindruck: Langfristige Strategien sind kaum zu identifizieren; nicht selten werden bereits implementierte Elemente mit dem nächsten Reformvorhaben wieder rückgängig gemacht oder konterkariert. Insbesondere in der Reformhektik der 90er Jahre läßt sich im Chaos gesplitterter Reformgesetze und -stufen kein konsistentes Muster mehr erkennen. Dies hat mehrere Ursachen: Erstens scheinen die deutschen Spitzenverbände über eine weit stärkere Verhandlungs- und Vetomacht zu verfügen als dies in anderen Ländern der Fall ist, wobei entsprechende politische Konstellationen den Spielraum für verbandliche Interventionen erhöhen. Zweitens zeichnen sich deutsche Reformvorhaben häufig durch einen hohen ‚Hierarchiegrad‘ aus, der den Widerstand der gesellschaftlichen Akteure herausfordert. Und drittens läßt sich die deutsche Reformblockade auf die ‚normative und interessengeleitete‘ Verhandlungskultur zurückführen, die der ‚pragmatischen und konsensorientierten‘ Kultur der Niederländer diametral entgegensteht. Dies wiederum steht in engem Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Bundesrepublik, zu denen nicht nur die föderalistische Verfassung, sondern auch die Größe des Landes zählt, die informelle Kontakte, pragmatische Vorgehensweisen und Konsensorientierung erschwert.

Insgesamt ist in beiden Ländern davon auszugehen, daß auch in Zukunft mit neuen Reformvorhaben zu rechnen ist. Ob sich diese in Gestalt eines umfassenden Kurswechsels vollziehen, ist aufgrund der bisherigen Erfahrungen eher unwahrscheinlich, aber nicht ausgeschlossen. In Deutschland ist in diesem Zusammenhang an die gerade verabschiedete Steuerreform zu denken, bei der auf neue und unkonventionelle Handlungsstrategien zurückgegriffen wurde. In den Niederlanden wird sich bei einem erneuten Reformvorhaben der Ministerin zeigen, ob die bisherigen ‚Vorar-

beiten‘ die Basis für die notwendige Akzeptanz auf Seiten der gesundheitlichen Akteure und der Bevölkerung schaffen konnten.

5 MODERNISIERUNGSSTRATEGIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Debatte um die Reformierung des Sozialstaates kreist nicht nur um die notwendigen Anpassungen der Finanzierungs- und Versicherungssysteme, sondern zielt ebenso auf die Modernisierung der Versorgungsebene ab (Alber 1995, Gross/Badura 1977). Dies gilt vor allem für die sachleistungsdominierten Felder sozialer Sicherung, die eher auf die Versorgung mit Dienstleistungen als auf monetäre Transfers abstellen. Zu diesen Feldern zählt auch das Gesundheitswesen. Einkommenstransfers wie beispielsweise Krankengeld spielen hier eine eher untergeordnete Rolle; die Qualität und Effizienz dessen, was geleistet wird, ist vor allem eine Frage der *Dienstleistung* und eng verknüpft mit Leistungsvermögen und Zielsetzungen der Versorgungsinstitutionen. Diese sind die Schnittstellen, an der die Ansprüche der Klientel auf die monetären Ressourcen des Gesundheitswesens treffen. Hier entscheidet sich nicht nur, ob Leistungen bedarfsgerecht erbracht werden, sondern auch, ob mit vorhandenen Mitteln effizient und ressourcenschonend gewirtschaftet wird. Die Integration des Gesundheitssystems ist somit auch eine Frage der organisatorischen Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit, die die Rückkopplung des Systems an die gesellschaftlichen Bedarfe entscheidend beeinflusst.

Die vorangegangenen Kapitel haben deutlich gemacht, daß die Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens unter Modernisierungsdruck geraten: Von seiten der Bevölkerung sind sie Adressat für wachsende Bedarfsansprüche, während ihre finanziellen und personellen Kapazitäten gleichzeitig durch gesetzliche Rationalisierungs- und Budgetierungsmaßnahmen limitiert werden. In den letzten Jahren sind zahlreiche Reformstrategien propagiert worden, die den Versorgungseinrichtungen zu mehr Leistungsstärke verhelfen sollen. Einige dieser Strategien stammen aus der Privatwirtschaft (z.B. Qualitätsmanagement, Einsatz neuer Medien), andere wurden aus der Selbsthilfebewegung in das Gesundheitswesen getragen (z.B. Patientenorientierung). Allen ist gemeinsam, daß sie auf möglichst ressourcenschonendem Weg die Bereitstellung bedarfsgerechter Dienste anstreben. Zielsetzung dieses Kapitels ist, ausgehend von dem Konzept des Wohlfahrtspluralismus einen Überblick über die im niederländischen und deutschen Versorgungssektor praktizierten Modernisierungsstrategien zu geben und daraus Schlußfolgerungen in bezug auf die organisatorische Integrationsfähigkeit abzuleiten.

5.1 Die Folgen des ‚Wohlfahrtspluralismus‘

Dem niederländischen und deutschen Gesundheitswesen ist gemeinsam, daß ihr Versorgungssektor durch unterschiedliche Leistungsinstitutionen geprägt ist, die sich durch spezifische Hand-

lungslogiken und Zielsetzungen voneinander unterscheiden. Gemeinhin werden gesellschaftliche, marktliche, staatliche und gemeinschaftliche Träger bzw. Sektoren der Wohlfahrtsproduktion unterschieden (Kaufmann 1994a, Zapf 1981). Wie in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigt wurde, sind diese unterschiedlichen Leistungstypen nicht gleich gewichtet. Charakteristisch für die hier betrachteten Länder ist die Dominanz gesellschaftlicher Akteure, also die Gesundheitsversorgung durch verbandlich organisierte Träger. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Regulierung des Verhältnisses zwischen den einzelnen Trägern seit jeher ein wichtiger Ausgangspunkt für Reformvorhaben gewesen ist und immer wieder zu einer Verschiebung der Machtverteilung im Versorgungssektor führte. Welcher Trägertyp dabei im Fadenkreuz der Bemühungen stand, variierte mit den gesellschaftspolitisch relevanten Leitbildern, die die Reformstrategien ihrer Zeit prägten. Während man in den 70er Jahren, auf der Höhe des Steuerungsoptimismus, große Hoffnungen in eine Ausweitung der öffentlichen Leistungserbringer setzte, standen die 80er Jahre im Zeichen neoliberaler Konzeptionen, die durch Privatisierung und Deregulierung mehr Wettbewerb, mehr Effizienz und Qualität im Gesundheitswesen ermöglichen sollten (Heinze 1999). Kennzeichnend für soziale und Gesundheitsdienste ist weiterhin ein in den 70er Jahren beginnender Aufschwung gemeinschaftlicher Initiativen (z.B. Selbsthilfegruppen), die die negativen Folgen der Professionalisierung und Bürokratisierung in den etablierten wohlfahrtlichen Einrichtungen durch Eigeninitiative und Bürgerorientierung zu kompensieren suchten.

Der Versorgungssektor des Gesundheitswesens ist also multidimensional: In ihm tummeln sich marktliche und staatliche Institutionen und dazwischen das breite Spektrum der Non-Profit-Organisationen, die gleichermaßen Verbände, Vereine, Stiftungen und informelle Versorgungsgemeinschaften umfassen. Das chronologische Auf und Ab der verschiedenen Trägerbewegungen ist nicht nur eine bloße Spielerei verschiedener Rechts- und Organisationsformen. Denn wie bereits erwähnt, gehorcht jede Trägerform ihren eigenen Gesetzmäßigkeiten, Handlungslogiken und Zielvorstellungen, über die die folgende Tabelle einen Überblick gibt (vgl. auch Streeck/Schmitter 1985). Jeder einzelne Trägertyp ist demnach auf spezifische Bezugskriterien hin ausgelegt, die er optimal erfüllen kann – allerdings auf Kosten der Verfehlung und Vernachlässigung anderer Kriterien (Evers 1990, Evers/Olk 1996: 22). So wäre jede Selbsthilfegruppe kontraproduktiv, sofern sie sich betriebswirtschaftlichen Kriterien unterwerfen würde, während staatliche Organisationen wie der öffentliche Gesundheitsdienst wiederum die spezifischen Bedürfnisse von Minderheiten vernachlässigen müssen in ihrem Bestreben, Standardisierung und Universalisierung zu gewährleisten. Die Konzentration auf die Bedürfnisse von Minderheiten sind eher Spezialität des Marktes und der Wohlfahrtsverbände, während erstere sich unter dem Gebot der Gewinnorientierung auf die zahlungskräftigen Minderheiten spezialisieren müssen. Wohlfahrtliche Organisationen brauchen

dies nicht; allerdings erkaufen sie sich ihre altruistische Leistungserbringung mit einem hohem Maß an Unflexibilität und Modernisierungsresistenz.

Tab. 12: Sektoren der Wohlfahrtsproduktion

Institution	Markt	Staat	Gemeinschaft	Gesellschaft
<i>Zentraler Akteur</i>	Unternehmen	öffentliche Verwaltung	Familien, soziale Netzwerke	Assoziationen, Verbände
<i>Handlungs-koordination</i>	Wettbewerb	Hierarchie	persönliche Verpflichtung	Freiwilligkeit
<i>Komplementärrolle auf Nachfrageseite</i>	Konsument, Kunde	Sozialbürger	Gemeinschaftsmitglied	Assoziationsmitglied
<i>Zugangsregel</i>	Zahlungsfähigkeit	Anspruchsrechte	Askription/Kooptation	Bedürftigkeit
<i>Austauschmedium</i>	Geld	Recht	Wertschätzung	Argumente
<i>Bezugswert</i>	Wahlfreiheit	Gleichheit	Reziprozität, Altruismus	Solidarität
<i>Gütekriterium</i>	Wohlstand	Sicherheit	persönliche Teilhabe	soziale und politische Aktivierung
<i>Defizit</i>	Ungleichheit	Vernachlässigung von Minderheitsbedürfnissen	Ausschluß von Nicht-Mitgliedern	reduzierte Effektivität der Management- und Organisationsstrukturen

Quelle: Evers/Olk 1996: 23

EVERS/OLK haben dem Design moderner Wohlfahrtsgesellschaften den Begriff des *Wohlfahrtspluralismus* zugeordnet, dem sie sich nicht nur von der eben skizzierten Angebotsseite nähern, sondern auch von der Nachfrageseite. Denn die Nachfrager, so argumentieren sie, haben in der Regel Zugänge zu einer Mehrzahl von Sektoren der Wohlfahrtsproduktion und kombinieren die unterschiedlichen Leistungen und Beiträge mit Aktivitäten im eigenen Netzwerk und in der Familie. Dabei variiert die Art der Kombination nicht nur im Zuge unterschiedlicher Bedarfslagen und Lebensphasen, sondern muß mobilisiert werden. Denn die einzelnen Sektoren der Gesundheitsproduktion sind nicht umstandslos für die Individuen verfügbar, sondern müssen durch Kompetenzen und Ressourcen zugänglich gemacht werden. Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung setzt demnach ein *Passungsverhältnis* voraus: Auf der Mikro-Perspektive kommt es darauf an, individuelle Kompetenzen und Handlungsstrategien mit der institutionellen Eigenlogik und Eigenselektivität der Versorgungsinstanzen zu verknüpfen, aus der Makroperspektive geht es darum, durch eine optimale Rekombination und Verschränkung der verschiedenen Sektoren die

Chancen der Bürger zur selbstbestimmten Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung zu verbessern (Evers/Olk 1996: 18ff., Hegner 1996).¹

Modernisierungsstrategien im Versorgungssektor zielen also darauf ab, das Passungsverhältnis zwischen Verbrauchern und Versorgungsinstanzen durch die Neukombination der Angebotsstrukturen zu optimieren. Entsprechend beinhalten viele gesundheitspolitische Reformversuche Maßnahmen zur Aufwertung und Gleichstellung der verschiedenen Trägerformen. Dahinter steht das Ziel, Wettbewerb und eine vielfältige Angebotslandschaft zu inszenieren, die den pluralen Bedürfnissen der Bevölkerung entgegenkommt.² Das Konzept zeigt aber noch eine andere Dimension des Wohlfahrtspluralismus auf, der m.E. den eigentlichen Kernpunkt darstellt. Denn die formale Gleichstellung der Träger bewirkt nicht nur Pluralismus im Sinne eines 'Nebeneinanders' diverser Trägertypen, die im Wettbewerb zueinander stehen. Zentraler Punkt ist vielmehr, daß Wohlfahrtssteigerungen durch die *Verknüpfung und Verschränkung der verschiedenen sektorspezifischen Handlungslogiken* hervorgerufen werden können.

„Die These (...) läuft nun darauf hinaus, daß wir gegenwärtig Tendenzen einer Überlappung, Verschränkung und Koordinierung der institutionellen Merkmale und Handlungslogiken aller vier Sektoren der Wohlfahrtsproduktion beobachten können, die als mehr oder weniger naturwüchsig verlaufende bzw. politisch intentional angestrebte Lösungsformen des skizzierten zugrundeliegenden Optimierungsproblems verstanden werden können. Da jede der Institutionen, die Wohlfahrt produzieren, für sich alleine bestimmte Wohlfahrtsziele nur auf Kosten der Verfehlung anderer zu optimieren in der Lage sind, sind wohlfahrtssteigernde Effekte nur von neuen Kombinationsformen, Verknüpfungen und 'Mixes' zwischen diesen Institutionen zu erwarten.“ (Evers/Olk 1996: 27)

Ein solches Verständnis von Wohlfahrtspluralismus legt die bipolar angeordneten Konzepte 'Markt' und 'Staat', 'Gemeinschaft' und 'Gesellschaft' *ad acta* (bzw. verweist sie in die Sphäre

¹ KENIS und DE VROOM sprechen in diesem Zusammenhang von der organisatorischen oder institutionellen „Antwort“ auf Bedarfslagen. Anhand des Beispiels HIV/AIDS stellen sie dar, wie vielfältig die entsprechenden Arrangements in verschiedenen Ländern ausfallen können. Zu unterscheiden ist demnach nicht nur zwischen der Dichte der Organisationen, sondern auch, ob diese eine staatliche bzw. verbandliche Antwort „von oben“ oder eine gemeinschaftlich bzw. marktlich erbrachte Antwort „von unten“ darstellen (Kenis/Vroom 1996)

² Umstritten ist allerdings, ob Wohlfahrtspluralismus nun ein empirisches Fakt darstellt oder eine normative Intention. Viele sozialrechtlichen Reformansätze streben zwar eine Pluralisierung des Sektors an (z.B. die Änderungen des BSHG, die den privilegierten Status der Verbände im Pflegesektor aufheben, indem sie auch andere Trägerformen als prinzipiell gleichberechtigt und förderungswürdig anerkennen). Die Einführung von Wettbewerbselementen wird aber dadurch verhindert, daß viele Kommunen mit dem 'Einfrieren' der institutionalisierten Beziehungen reagieren (Heinze 2000a). Ähnliches konnte bei der Liberalisierung der niederländi-

der Modelle und idealtypischen Kategorien). In der Realität werden die Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren der Wohlfahrtsproduktion durchlässiger, die Interaktionen zwischen ihnen intensiver. Dies bedeutet aber auch, daß die bisher voneinander abgegrenzten sektorspezifischen Leitbilder und Handlungslogiken in Bewegung geraten: Wohlfahrtsverbände sind nicht mehr nur altruistische Wertegemeinschaften, sondern auch betriebswirtschaftliche Einheiten. Familien müttern zu 'Produzenten' der Gesundheitsversorgung, Selbsthilfegruppen zu Außensatelliten, die die Verbände mit Innovationen und Anreizen von der Basis versorgen. Und die Akteure des Markts werden zunehmend mit moralischen und ethischen Elementen durchsetzt, die ihre gewinnorientierte Handlungslogik ergänzen.

Was im folgenden unter dem Stichwort Modernisierungsstrategie diskutiert wird, ist im Grunde nicht anderes als die empirische Manifestierung der Vermischung von Handlungslogiken. Nehmen wir als Beispiel die wohlfahrtlichen Akteure, die im deutschen und niederländischen Gesundheitssektor eine herausragende Rolle spielen. Nachdem die Debatte um mehr Effizienz und Qualität in den 80er Jahren durch den staatlichen Verwaltungsapparat rollte (Stichwort: New Public Management), nehmen betriebswirtschaftliche Organisations- und Managementkonzepte jetzt auch eine Vorbildfunktion bei der Modernisierung wohlfahrtsverbandlicher Strukturen ein. Natürlich werden die in der Betriebswirtschaft praktizierten Modelle nicht umstandslos auf wohlfahrtliche Einrichtungen übertragen, sondern hinsichtlich der spezifischen Anforderungen und Merkmale des Sektors modifiziert (der Begriff des Sozialmanagements zeugt von dieser Transformation, ebenso die Auseinandersetzungen um die Angemessenheit des Kundenbegriffs). Nichtsdestotrotz wird die originäre Handlungslogik des wohlfahrtlichen Sektors zunehmend mit betriebswirtschaftlichen Kriterien durchgesetzt – gleich ob es sich um Verfahren der Qualitätsnormierung, des Kostenwesens oder der Personalentwicklung handelt.¹

„Von der Wertegemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen“ – so fassen RAUSCHENBACH u.a. die aktuellen Tendenzen des Wohlfahrtssektors zusammen (Rauschenbach u.a. 1995). Gemeint ist die zunehmende Ökonomisierung des wohlfahrtlichen Sektors, die auf den ersten Blick wie

schen Versicherungslandschaft in bezug auf die Vertragsschließungen zwischen Kassen und Anbietern beobachtet werden (vgl. Kap. 4).

¹ Ein Blick auf den Schreibtisch der Verfasserin reicht aus, um die Durchlässigkeit zwischen Markt- und Wohlfahrtssektor anhand diverser Titel zu illustrieren: Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten (Knappe/Burger 1994), Produktivität öffentlicher Dienstleistungen (Naschold/Pröhl 1994), Sozialmärkte und Management (Effinger/Luthe 1993), Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat (Heinze u.a. 1999). Wie die Verbände auf diese 'Ökonomisierung' reagieren, zeigen BERGER (1999) und STRÜNCK (1998) auf.

eine Kolonialisierung durch den Markt anmuten mag. Faktisch handelt es sich jedoch um eine Vermischung und Verknüpfung von Handlungslogiken, die die sozialintegrativen Kräfte des gesellschaftlichen Sektors nicht unbedingt außer Kraft setzen muß. Denn der wohlfahrtliche Sektor wird gleichzeitig auch verstärkt von den Handlungsprinzipien des gemeinschaftlichen Sektors durchdrungen. Mit dem Aufkommen der Selbsthilfebewegung und der damit einhergehenden Ausbreitung von Selbsthilfegruppen, Initiativen und Sozialprojekten haben sich neue Formen des gemeinschaftlichen Bürgerengagements herausgebildet, die auch die Operationslogiken der Wohlfahrtsverbände nicht unberührt lassen.¹ Nicht nur, daß mittlerweile ein Großteil derartiger Angebote von den etablierten Verbänden initiiert und unterstützt wird; umgekehrt trägt das Einsickern dieser neuen Gemeinschaftsformen zu einer Revitalisierung gemeinschaftlicher Strukturen in den Verbänden bei und hilft, neue Sichtweisen, Ideen und Konzepte von seiten der Klientel im professionellen Versorgungssystem zu artikulieren (Evers/Olk 1996: 30).

Insgesamt führt also die Pluralisierung des Gesundheitssektors zu einem gesellschaftlichen Wettbewerb, der sich auf die Klientel günstig auswirken müßte (Evers/Olk 1996: 32). Denn der Vorteil pluralistischer Anbietersysteme ist nicht nur darin zu sehen, daß sie aufgrund ihrer unterschiedlichen Merkmal kompatibler zu den sich rasch wandelnden und heterogenen Bedarfslagen sind. Sie ermöglichen außerdem die Diffusion von 'trägerfremden' Innovationen, Arbeitsprinzipien und Organisationsformen, die die Durchführung von Modernisierungsvorhaben im Gesundheitswesen erleichtern. In den folgenden Abschnitten wird es darum gehen, die Diffusion einiger innovativer Ansätze im Gesundheitswesen nachzuzeichnen. Folgende Strategien stehen im Mittelpunkt: Vernetzung, Patientenorientierung, Qualitätsmanagement und Einsatz neuer Medien.

5.2 Modernisierungsstrategien im Versorgungssektor

5.2.1 Kooperation und Vernetzung

Die Pluralisierung der Trägerlandschaft im Gesundheitswesen ist insofern vorteilhaft, als daß sie einen differenzierten und problemorientierten Umgang mit Gesundheitsbedürfnissen ermöglicht. Sie hat jedoch auch ihre negativen Seiten, da die Vielzahl der Dienste und Anbieter zu einem un-

¹ Dies betrifft vor allem den sog. 'Wandel des bürgerschaftlichen Engagements'. So hat entgegen anderer Ansichten das freiwillige Engagement in quantitativer Hinsicht nicht abgenommen, allerdings haben sich Motive, Erwartungen und Einstellungen in der modernen Gesellschaft verändert. Demnach hat das bürgerschaftliche Engagement einen eher projektbezogenen Charakter bekommen – die Freiwilligen wechseln häufiger Tätigkeitsbereiche und Organisationen, die eigenen Erwartungen in bezug auf das Ehrenamt rücken ge-

übersichtlichen und intransparenten Mix an Zuständigkeiten führt. Die zunehmende organisatorische Spezialisierung geht mit teuren Overhead-Kosten und kundenfeindlichen Bürokratisierungstendenzen einher; die mangelnde Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Akteuren führt einzelfallbezogenen zu Über- oder Unterversorgung und das Aufsplitten der knappen Ressourcen zu erheblichen Effizienzverlusten.

Daher ist die Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren und Einrichtungen des Gesundheitssektors eine derzeit intensiv diskutierte Modernisierungsstrategie, die in verschiedenen Varianten praktiziert werden kann.¹ Auch für diese Strategie gilt, daß sie keine genuine Innovation des Gesundheitssektors ist, sondern dem Wirtschaftssystem entstammt. Ausgangspunkt war hier die Frage, wie man angesichts zunehmender organisatorischer Spezialisierung reibungslose Entwicklungs-, Produktions- und Vertriebsketten ermöglichen kann, die den diversifizierten Kundenwünschen gerecht werden können – eine Herausforderung, die unter anderen semantischen Vorzeichen auch für das Gesundheitswesen gilt. Gefördert von seiten der politischen Akteure (interessiert an einem effizienten Ressourceneinsatz) und von seiten der Patienten (interessiert an einer bedarfsgerechten Versorgung) diffundierte das Konzept der Vernetzung auch in den Gesundheitssektor.

Die Bandbreite an Verknüpfungsformen im Gesundheitswesen ist erstaunlich groß und reicht von der informellen und pragmatisch-orientierten Zusammenarbeit bis zur rechtlich-organisatorischen Fusion von Einrichtungen. Der wohl am intensivsten diskutierte Vernetzungsaspekt im Gesundheitswesen ist die Integration des ambulanten und stationären Sektors, die in den Niederlanden unter dem Stichwort *Transmurale Zorg* diskutiert wird. Hier geht es darum, die Autonomie und Geschlossenheit ambulanter und stationärer Einrichtungen zu durchbrechen und eine durchgängige Versorgungskette zu etablieren, z.B. durch besseren Informationsaustausch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Kliniken. Vernetzung hat jedoch noch viele weitere Gesichter. So zeigen die Praxisbeispiele, daß es erstens auch um die Abstimmung zwischen präventiven, kurativen und rehabi-

genüber rein altruistischen Motiven stärker in den Vordergrund (Blanke/Schridde 1999, Heinze/Strünck 2000, Klages 2000).

¹ Unterscheiden lassen sich folgende Varianten (Geiser/Rosendahl 1995): *Koordination* zielt darauf ab, einzelne Strukturelemente sowie räumliche, finanzielle und organisatorische Rahmenbedingungen bei der Erbringung von Einrichtungen und Diensten im Hinblick auf ein definiertes Oberziel aufeinander abzustimmen. Im Unterschied dazu ist *Kooperation* handlungs- und problemorientiert und bezeichnet die aktiven Handlungsweisen der Akteure innerhalb der bestehenden Strukturen. Von *Vernetzung* wird schließlich gesprochen, wenn Kooperationen praktiziert werden, ohne daß diese Tatsache beständig reflektiert werden muß. Die Notwendigkeit der Abstimmung und Zusammenarbeit ist dann zur Selbstverständlichkeit geworden und integraler Bestandteil der alltäglichen Arbeitspraxis.

litativen Einheiten geht, zweitens um neue Formen der Zusammenarbeit zwischen professionellem und informellem Sektor und nicht zuletzt auch um die Beziehungen zwischen Einrichtungen des Gesundheitssektors und anderen Sektoren, z.B. Erziehung und Soziales, Technologie und Forschung.¹ In bezug auf Prävention wird dies folgendermaßen beschrieben:

„Bei der Durchführung von umfassenden Programmen, an denen Träger aus mehreren Bereichen beteiligt sind, werden auch die Ziele entsprechend komplexer. Dann geht es nicht mehr einfach um gesundheitliche Prävention und Versorgung, sondern um die Verbesserung von Lebens- und Arbeitschancen.“ (Interview N3)

Vernetzungsstrategien haben viele Vorteile: Im Falle von *Transmuraler Zorg* reduzieren sie nicht nur den administrativen Aufwand (Vermeidung von Doppellarbeiten, schnellerer Informationsaustausch) und sind daher ressourcenschonend, sondern ermöglichen dem Patienten auch den schnellen Wechsel von ambulanten zu stationären Einrichtungen. Das Projekt des *Dienst Welzijn Amsterdam* (vgl. Textbox 1) zeigt außerdem auf, daß Vernetzung auch die Kombination von Dienstleistungselementen unterschiedlicher Anbieter ermöglicht und zur Entwicklung von neuen qualifizierten Angeboten beiträgt. Ebenso beschreibt das Beispiel BMTI in deutlicher Weise, daß Netzerkennung eine angemessene Antwort auf die zunehmende Komplexität der medizin- und biotechnologischen Entwicklung ist. Denn nur große Unternehmen verfügen heute noch über alle erforderlichen Disziplinen unter einem Dach; für die kleinen Unternehmen, die für den Sektor der Medizintechnik charakteristisch sind, gäbe es nur eine Lösung: die Integration in Netzwerke (Interview N11). Schließlich sei noch zu erwähnen, daß Vernetzung ein wichtiges Instrument ist, um eine defizitäre gesundheitliche Infrastruktur auszugleichen, wie das Beispiel der Aids-Prävention im Ruhrgebiet verdeutlicht:

„Kooperationsziel ist auch die präventive Betreuung in bislang defizitären Regionen. Mittlerweile hat sich eine Arbeitsteilung zwischen den bestehenden lokalen Gruppen eingespielt. Wenn in Städten ohne Präventionseinrichtung oder ohne Aids-Hilfe Parties oder andere Veranstaltungen stattfinden, werden abwechselnd von verschiedenen Gruppen des Umlands Aktionen durchgeführt. Diese sollen einerseits der Aktivierung der lokalen Schwulenszene dienen und die Bildung eigener Gruppen initiieren, andererseits soll über das Angebot in den umliegenden Städten informiert und auf Ansprechpartner aufmerksam gemacht

¹ Ein vielversprechender Ansatz in diese Richtung stellen in NRW die kommunalen Gesundheitskonferenzen dar. Sie führen Bürger und Fachleute aus verschiedenen Ressorts der öffentlichen Verwaltung und der freien Träger zusammen, um Handlungsorientierungen für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung zu erarbeiten (Brandenburg u.a. 1998). Weitere Vorschläge finden sich bei DAMKOWSKI/LUCKEY 1993, DERWEIN 1997.

werden. Durch diese Vernetzung ist es gelungen, die Angebotsstruktur in ländlichen oder unterrepräsentierten Regionen zu verbessern.“ (Interview D7)

Die Untersuchungen in den Niederlanden zeigen, daß das dortige Gesundheitswesen als ausgesprochen vernetzungsfreudig zu bezeichnen ist und mit einer Fülle an Beispielen aufwartet. Hierzu gehört z.B. das *Psychiatric Hospital Enschede*, das Selbsthilfegruppen unterstützt und derzeit mit zwei lokalen RIAGGs (wohlfahrtliche ambulante Gesundheitsdienste) fusioniert. In Delft finanzieren Pflegeeinrichtungen einen Koordinator, der Pflegebedürftige derart auf die Einrichtungen verteilt, daß Wartezeiten möglichst gering bleiben und die Bedürfnisse des Patienten gleichzeitig optimal berücksichtigt werden können. Das *Netherlands Cancer Institute* hingegen ist sehr engagiert in internationalen Forschungs Kooperationen:

“Die Niederlande sind ein sehr kleines Land. Entsprechend gibt es zu wenig Patienten, um fundierte Forschung betreiben zu können und daher ist man angewiesen auf die Zusammenarbeit mit ausländischen Institutionen”. (Interview N8)

Gemeinhin gilt der niederländische Hausarzt in seiner Rolle des *gate keepers* und *information managers* als wichtige Schlüsselperson, die sich bei Kooperationsvorhaben gewissermaßen als Ankerpunkt der vernetzten Institutionen anbietet. Allerdings wurde in einigen Interviews darauf hingewiesen, daß die Position des *gate keepers* in den Niederlanden überschätzt wird und nicht der Realität entspreche. Und gerade die Strategie der Transmuralisierung könnte sich in diesem Zusammenhang als ‚trojanisches Pferd‘ erweisen, das die exponierte Stellung der Hausärzte durch die Verlagerung ihrer Kompetenzen langfristig unterwandert – auch wenn dies sicherlich nicht der formellen gesundheitspolitischen Intention entspricht:

„Vermutlich wird die Stellung der Hausärzte zukünftig erodieren. Dies liegt zum Teil an der „transmuralen Zorg“, bei der viele Fachärzte und vor allem Krankenschwestern in den primären Bereich vordringen und Aufgaben des Hausarztes übernehmen könnten. (...) Oder die Übertragung der Geburtshilfe auf Gynäkologen und Hebammen, die Übertragung der Jugendfürsorge auf den sozialen Sektor und die Tatsache, daß selbst bei kleinsten Eingriffen eine Überweisung in den sekundären Sektor erfolgt, z.B. weil den Hausärzten das Nähmaterial zu teuer ist! Dann neulich das Urteil, in dem ein Hausarzt schuldig gesprochen wurde, als er bei einer ungeklärten Krankheitsursache nicht sofort die Überweisung in die Klinik angeordnet hatte, sondern erst eine Blutprobe vornahm. Als die Ergebnisse morgens vorlagen, war der Patient bereits tot. Dieses Urteil hat natürlich Signalwirkung für die Hausärzte, und zwar dahingehend, daß bei Notfällen keine Behandlung mehr vorgenommen wird, sondern sofort die Ambulanz gerufen wird.“ (Interview N10)

Andererseits reagieren natürlich auch die Hausärzte mit Kooperationstätigkeiten auf die wachsenden Ansprüche, die ihre Tätigkeit mit sich bringt: Steigende Patientenzahlen, Wochenend- und Nachtarbeit und ein breites Klientenspektrum erfordern Organisations- und Managementkompetenz und neue Ideen. In Rotterdam, Nijmegen und Maastricht haben sich Hausärzte beispielsweise mit den Kliniken zusammengeschlossen (Deurzen 2000). Sie organisieren in den dortigen Ambulanzen einen Nachtdienst, an den sich die Patienten wenden können, während jeweils ein Hausarzt für Hausbesuche abgestellt ist. Die Beteiligung an derartigen Projekten hat für die Hausärzte den Vorteil, daß die Arbeitswoche kürzer und berechenbarer wird; außerdem können die Fachärzte schnell hinzugezogen werden. Die Ambulanzen der Kliniken hingegen werden entlastet, da in Spitzenzeiten auf die anwesenden Hausärzte zurückgegriffen werden kann.

In den Interviews wurde außerdem immer wieder deutlich, daß Vernetzung häufig eine Folge der alltäglichen Arbeitszusammenhänge ist. Sie geht dann von den Personen aus, die an der Basis arbeiten und auf einen regelmäßigen Kontakt zu Mitarbeitern aus anderen Bereichen angewiesen sind. Solche Vernetzungen haben häufig informellen Charakter und laufen unter Umständen quer zu den formellen Organisationszielen. Ebenso wie sich die Mitarbeiter gelegentlich über die Organisationsziele hinwegsetzen, unterwandern auch große Einrichtungen häufig die gesetzlich festgelegten Abgrenzungen und Kompetenzregelungen.

„Viele Kooperationsaktivitäten sind sozusagen semi-institutionell und manchmal am Rande der Legalität. Bis diese Kooperationen institutionell verankert sind, können noch zehn Jahre ins Land ziehen, und solange können wir nicht warten. Wenn man etwas erreichen will, muß man wissen, wie man die formellen Strukturen umgehen kann und welche Töpfe man anzapfen kann.“ (Interview N5)

So erfreulich die 'spontane' Bildung von Netzwerken auch anmuten mag: Sie kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß es bei der Projektinitiierung immer wieder zu fundamentalen Schwierigkeiten und Hindernissen kommt. Ein Hauptproblem ist das ausgeprägte Konkurrenzdenken zwischen den beteiligten Organisationen, welches die Entwicklung einer gemeinsamen Kooperationskultur häufig behindert: Kleinunternehmen aus dem Bereich Biotechnologie möchten sich z.B. nicht ihre Produkte und Ideen stehlen lassen und große wohlfahrtliche Kliniken befürchten eine Beschneidung ihrer 'Töpfe'. Hinzu kommt die Abschottung verschiedener Berufs- und Hierarchiegruppen, die eine Beschneidung ihrer Kompetenzen fürchten. Der folgende Interviewauszug verdeutlicht außerdem, daß die unterschiedlichen Handlungslogiken der Akteure bei Vernetzungsprojekten empfindlich kollidieren können:

Textbox 1: Beispiele für Kooperations- und Vernetzungsaktivitäten**Projekt 'Cooperation and coordination in the field of prevention'**

Der *Dienst Welzijn Amsterdam* ist eine öffentliche Einrichtung der Stadt Amsterdam, die dem Dezernat Gesundheit und Soziales entstammt. Hier wurde ein Projekt durchgeführt, welches eine bessere Steuerung von Präventions- und Pflegeangeboten auf lokaler Ebene ermöglicht. Folgende Akteure nehmen teil: Hausärzte, RIAGGs und GGDs (hierbei handelt es sich um lokale wohlfahrtliche und öffentliche Gesundheitsdienste, die vor allem auf psychosoziale Angebote spezialisiert sind), Home Care-Einrichtungen und Schulen. In folgenden Bereichen soll die Zusammenarbeit zwischen diesen Akteuren verbessert werden: a) Alte Menschen: Professionelle Krankenschwestern aus Home Care-Diensten wurden zusätzlich für die Betreuung älterer Menschen qualifiziert und arbeiten jetzt eng mit deren Hausärzten zusammen. b) Sozialschwache Familien: Im Rahmen pädagogischer Beratung vermitteln sog. *'health educators'* gesundheitsförderndes Verhalten in sozialschwachen Familien. Eine dieser Einrichtungen ist die Initiative *Mothers informing mothers*, die von einem Mitarbeiter des GGD initiiert und betreut wird. c) Gesundheitsdienste für ausländische Mitarbeiter: Ausländische Mitarbeiter des GGD wurden zusätzlich qualifiziert, um die Kommunikation zwischen Ausländern und *'white professionals'* zu verbessern. Sie beraten und vermitteln, wenn Angehörige ihrer Nationalität den Hausarzt aufsuchen.

Netzwerk BMTI

Das *Institute for Biomedical Technology* (BMTI) an der University of Twente ist ein Netzwerk der Fakultäten Twente, Delft, Nijmegen und Leiden und entwickelt Rehabilitations- und Medizintechnologie. Ein wichtiges Arbeitsgebiet ist die Entwicklung medizinischer Hilfen und Implantate im Bereich Kreislauf, muskuloskelettöses und neuronales System. In diesen Bereichen spielt die Kombination von körpereigenem Gewebe mit neuen Materialien eine besondere Rolle. Kooperation ist hierfür eine grundlegende Voraussetzung, denn dies erfordert die intensive Zusammenarbeit der einzelnen Fakultäten, die verschiedene Disziplinen (Mechanik, Informatik, Biochemie, Physik und Medizin) vertreten. Des weiteren wird eng mit Kliniken und Krankenhäusern zusammengearbeitet, die über den Bedarf nach bestimmter Technologie informieren. Darüber hinaus ist die Konsultation der Krankenkassen hinsichtlich Finanzierungs- und Verbreitungschancen erforderlich – eine wichtige Voraussetzung, damit eine Anwendung auch auf dem Markt bestehen kann. Die ausgeprägte Kooperationsphilosophie bedeutet allerdings nicht, daß es keine Form der Arbeitsteilung oder auch des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Akteuren des BMTI gibt. Zwar arbeitet man bei der Entwicklung grundlegender Technologien oder Materialien eng zusammen, hat aber getrennte Anwendungsbereiche. Twente konzentriert sich z.B. auf die untere Körperhälfte, Delft auf die obere. („You do the hand, we do the heart.“). Auf diese Weise kann sich jede Institution in ihrem Bereich spezialisieren und Reputation erlangen.

RAPS – Ruhrgebietsvernetzung der AIDS-Prävention für Schwule

Das Projekt RAPS ist eine Präventionsaktion der AIDS-Hilfe NRW, welches 1997 entwickelt wurde. Zielsetzung ist die Vernetzung von Präventionsgruppen im Ruhrgebiet. Ausgangspunkt war, daß die Präventionsarbeit im Verhältnis zur Betreuung von AIDS-Kranken an Bedeutung verliert. Beteiligt waren fünf AIDS-Hilfen im Ruhrgebiet; die Koordinationsstelle ist angesiedelt bei der AIDS-Hilfe in Gelsenkirchen. Das Projekt verfolgte folgende Einzelziele: Erhebung der geleisteten Arbeit im Bereich Prävention und Erschließung neuer effektiver Konzeptionen, Aufdeckung und Schließung vorhandener regionaler Angebotslücken, Gewinnung neuer Präventionspartner sowie regelmäßiger Erfahrungsaustausch mit anderen Präventionsgruppen, Schwulengruppen und Verbänden im Bereich Prävention und Streetwork. Über das Projekt gelang es, die Präventionsarbeit in der Schwulenszene zu intensivieren: Durch den gegenseitigen Austausch von Haupt- und Ehrenamtlichen wurden regionale Angebotsdefizite beseitigt, des weiteren kam es zu einem regelmäßigen Erfahrungsaustausch sowie zu gemeinsamen Fortbildungen und Informationsveranstaltungen.

„Da ist die gewinnorientierte Einstellung der Hausärzte, die der eher gemeinwohlorientierten Gesinnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kollektiven Gesinnung der Kassen entgegensteht. Schwierig sind auch die Verhandlungen mit den RIAGGs, die ein sehr eng gefaßtes Verständnis von Gesundheit haben, welches dringend erweitert werden müßte. Ein weiteres Problem sind die Schulen: Ein sehr geschlossenes System, welches auch noch über eigenes Personal in Sachen Gesundheitserziehung verfügt. Es war sehr schwierig, die Schulen zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren zu überreden.“ (Interview N3)

Wenn Konkurrenzdenken und unterschiedliche Handlungsorientierungen Blockadefaktoren bei der Bildung von Netzwerken sind, steigt die Bedeutung von einzelnen Personen, die genügend Engagement und Einfluß mitbringen, um auch Veränderungen in der Organisationskultur zu bewirken. Personen sind nicht zuletzt aus dem Grund ausschlaggebend, weil über sie Innovationskonzepte zwischen unterschiedlichen Trägertypen diffundieren.¹ Einige Interviewpartner waren der Ansicht, daß Personen das entscheidende Kriterium für die Bildung von Netzwerken sind – ein stärkerer Antrieb als die gesetzliche Verpflichtung zur Zusammenarbeit oder ökonomische Notwendigkeiten.²

„Kooperationen sind eine personengebundene Angelegenheit. Entweder man bringt die entsprechenden Beziehungen mit oder man muß sie sich hart erarbeiten. Besonders wichtig sind Schlüsselpersonen, die weisungsbefugt sind, als Multiplikatoren fungieren und politischen Einfluß haben, z.B. ein Kurklinikleiter, der gleichzeitig Verbandsdirektor ist und den Kontakt zu anderen Direktoren herstellen kann. Solche Kooperationen sind in der Regel fruchtbar und ziehen weite Kreise.“ (Interview D2)

Abschließend kann zusammengefaßt werden, daß Vernetzung ein wichtiges Instrument ist, um synergetische Effekte bei der Gesundheitsversorgung zu erzielen. Die Niederlande haben sich hier allerdings als wesentlich praxiserprobter erwiesen als der deutsche Gesundheitssektor, in dem

¹ Erinnern wir uns an die Aussage von MÜNCH in Kap. 1, der darauf abstellte, daß Individuen über ihre Rollen an vielen gesellschaftlichen Teilsystemen partizipieren. Sie fungieren somit als Bindeglieder zwischen einzelnen Systemen und bewirken, daß Leitbilder und Sinnsphären von einem System in andere Systeme transportiert werden können.

² Um so tragischer ist es dann, wenn personengebundene Kooperationen durch Fluktuation bedroht sind. So ist beispielsweise die lokale AIDS-Hilfe auf die Mitarbeit der Ärzte in den örtlichen Kliniken angewiesen. Gerade aber auf der Ebene der behandelnden Assistenzärzte vollziehen sich sehr häufig Personalwechsel. „Viele Ärzte sind nicht informiert über neue Behandlungsmethoden oder spezifische medizinische Anforderungen bei AIDS. Leider nehmen sie häufig auch keine Ratschläge entgegen, da sie sich für die alleinige medizinische Kompetenz halten.“ (Interview D7) Die Mitarbeiter der AIDS-Hilfen müssen also die Kooperation beständig neu anregen und die Ärzte von den Vorteilen der Zusammenarbeit überzeugen, was jedesmal ein „diplomatisches Vorgehen“ von seiten der AIDS-Hilfen erfordert.

Vernetzungen stärker formalisiert sind und mehr Aktivierung erfordern. Dies gilt übrigens auch für die folgenden Modernisierungsstrategien.

5.2.2 Patientenorientierung

Von Experten des Gesundheitswesens, Mitgliedern der Selbsthilfebewegung, aber auch von den Beschäftigten in Gesundheitseinrichtungen wird immer wieder die Angebotsdominanz der Gesundheitsversorgung kritisiert und die Forderung nach patientenfreundlicheren Strukturen und Diensten gestellt. Erstens sind das Wissen, die Erfahrung und die Wünsche des Patienten entscheidende Faktoren für den Erfolg von Gesundheitsdiensten.¹ Zweitens ist die Zufriedenheit des Patienten ein entscheidender Wettbewerbsparameter für Gesundheitseinrichtungen, der im Zuge von Kostendämpfungsmaßnahmen und steigender Selbstbeteiligung immer wichtiger wird.

Maßnahmen zur Verbesserung der Patientenorientierung werden in nahezu allen Bereichen des Gesundheitswesens diskutiert. In den Niederlanden spielt vor allem das Konzept des *Case Managements* eine große Rolle, wie das Beispiel in der folgenden Textbox zeigt. Hier geht es darum, die Fragmentierung des Sektors zu kompensieren, indem dem Patienten ein Ansprechpartner zur Seite gestellt wird, der ihn beim 'Gang durch die Institutionen' betreut. Das Konzept bezieht sich insbesondere auf die Verknüpfung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und steht in engem Zusammenhang mit der *Transmuralen Zorg*. Das Beispiel der 'lernenden Prothesen' verweist hingegen darauf, daß Patientenorientierung nicht nur mit der Gestaltung überschaubarer Strukturen, sondern auch mit der Gestaltung bedarfsgerechter Gesundheitsangebote zu tun hat. Im Bereich Prävention meint dies vor allem Zielgruppenorientierung, wie der folgende Interviewauszug zeigt:

„Mediale Präventionsmethoden, mit denen man große Bevölkerungsgruppen über Fernsehen und Presse anspricht, sind viel zu standardisiert und bei Schwulen nicht geeignet. Hier gibt es zu viele heterogene Teilgruppen: Schwule Ausländer, Stricher, Familienväter mit kleinen Seitensprüngen, Schwule in festen Beziehungen. Das sind unterschiedliche Risikogruppen und dafür braucht man unterschiedliche Präventionsmethoden. Wir setzen einerseits auf strukturelle Prävention, also den Ausbau der Angebotsstruktur und die Verbesserung der Lebensumstände, andererseits spielt die kommunikative Prävention eine große Rolle. Das bedeutet, im persönlichen Kontakt auf die Lebensumstände der Schwulen ein-

¹ Wissenschaftlich begründen läßt sich dies durch das *uno-actu-Prinzip*: Dies besagt, daß der Kunde Qualität und Erfolg der Dienstleistung entscheidend beeinflusst (Häußermann/Siebel 1995: 24). Der Patient stellt somit einen wichtigen Akteur in der Gesundheitsversorgung dar – und zwar nicht als Versorgungs'objekt', sondern als aktive Person, die entscheidend am Behandlungs- und Heilungsverlauf mitwirkt.

zugehen und die einzelnen Zielgruppen gezielt in ihrem Umfeld anzusprechen. Dafür müssen wir in Kneipen gehen, auf Veranstaltungen und Parties und auch zu Treffpunkten an Autobahnraststätten.“ (Interview D7)

Ein wesentliches Problem der Patientenorientierung ergibt sich daraus, daß die Grundbedürfnisse der Patienten keineswegs nur medizinischer, sondern auch psychischer und sozialer Art sind. So erwarten Patienten neben Informationen über ihren medizinischen Zustand¹ vor allem emotionale Zuwendung und Hilfe bei der Überwindung der Sinnkrise, in die sie als Kranke durch die Konfrontation mit einer ungünstigen Diagnose geraten können. Hinzu kommen insbesondere bei chronischen Erkrankungen auch Informationen und Hilfestellungen, die die Alltagsgestaltung und den Umgang mit der Krankheit betreffen. Daß der Informations- und Hilfebedarf bei modernen Zivilisationskrankheiten eine vieldimensionale Angelegenheit ist, illustriert der folgende Interviewauszug:

„Viele Allergien und Hauterkrankungen werden durch familiäre Probleme verschlimmert. Meistens wird davon ausgegangen, daß die Distanz zur Familie wichtig ist für den Erfolg der Therapie. Aber im Grunde ist das keine Problemlösung. Die Patienten fühlen sich zwar gut, solange sie weg sind, aber dann geht alles von vorne los. Wichtig ist eine begleitende psychologische Betreuung, die ggf. die ganze Familie miteinbezieht. Außerdem ist für den Erfolg der Therapie die Mitarbeit und Kompetenz der übrigen Familie gefragt. Da muß die Verwendung von Salben gelernt werden und die richtige Nahrungszubereitung.“ (Interview D11)

Der psychosoziale Betreuungs- und Informationsbedarf wird in der medizinischen Versorgung nur unzureichend wahrgenommen (Ferber 1991, Matthiessen 1996). Die derzeit ausgebildeten Ärzte sind häufig blind für die psychischen und sozialen Bedürfnisse ihrer Patienten oder verhalten sich, wenn sie ihnen begegnen, hilflos oder abwehrend.

„Viele Ärzte berücksichtigen die psychosoziale Dimension einer Krankheit überhaupt nicht und kümmern sich nicht um das soziale Umfeld ihrer Patienten, obwohl dies für Diagnose und Therapie sehr wichtig ist. Die Ärzte, die dies tun, gelten als gute Ärzte und sind dementsprechend überlastet. Patienten müssen dann lange Wartezeiten und kurze Behandlungstakte in Kauf nehmen. Selbsthilfegruppen fangen diese Defizite auf. Sie sind eine Eigeninitiative der Gesellschaft, die gefördert werden muß. Denn keine Institution des Ge-

¹ Hinsichtlich des medizinischen Informationsbedürfnisses lassen sich zwei Grundtypen unterscheiden. Die einen suchen und verlangen mehr Information über ihr Problem („monitors“), die anderen vermeiden eine weitergehende Aufklärung über ihre Krankheit, insbesondere wenn es um eine negative Diagnose gehen könnte („blunters“). Dies führt zu dem Paradox, daß gerade die Patienten, die sich über mangelnde Information beklagen, in Wirklichkeit am besten informiert sein können (Haase/Schwefel 1995: 39).

sundheitswesens kann die Funktion von Selbsthilfegruppen übernehmen, wenn diese wegfallen würden.” (Interview D 9)

Textbox 2: Beispiele für Patientenorientierung

Projekt ‘Case Management’

Patientenorientierung spielt am *Psychiatric Hospital Enschede* eine große Rolle. Daher wurde vor einiger Zeit auch das Projekt ‘*Case Management*’ mitinitiiert: Für jeden chronischen Patienten ist ein Betreuer vorgesehen, der alle Belange des Patienten bearbeitet, und zwar über die gesamte Kette der ambulanten und stationären Behandlung bis zur Resozialisierung. Zu den Aufgaben des Betreuers gehören bürokratische und organisatorische Beratung, ‘Alltagshilfe’ und die Beobachtung der professionellen Behandlung – also Hilfestellung bei allem, was für die Patienten relevant ist. Die *Case Manager* sind sozialpsychiatrische Pfleger, die vorzugsweise aus der RIAGG rekrutiert werden, weil hier der Anfang der Versorgungskette ist. Sie verfügen über viel Erfahrung und kennen die Gesundheitslandschaft der Stadt und ihre Akteure aus ihrer vorhergehenden Tätigkeit – dieser informelle Umgang erleichtert das *Case Management* enorm. Das Projekt ist insofern etwas Besonderes, weil es nicht krisen-, sondern kontinuieritätsorientiert ist, also den Patienten beständig in allen Situationen seiner Gesundheits‘laufbahn’ begleitet. Es ist außerdem ein freiwilliges Projekt der regionalen Träger, welches nicht auf staatlichen Druck hin initiiert wurde.

‘Lernende Prothesen’

Eine kundenspezifische Rehabilitationstechnologie gilt im *Institute for Biomedical Technology* (BMTI) an der Universität Twente als bester Garant für Wachstums- und Zukunftsaussichten. Dies ergibt sich nicht nur aus rein quantitativen Aspekten der demographischen Entwicklung, gleichzeitig steigen auch die Ansprüche an Prothesen und Implantate. Gute Voraussetzungen bringen in diesem Zusammenhang die ‘lernenden Prothesen’ mit, die am BMTI entwickelt werden. Diese werden durch einen Chip gesteuert, der durch die Bewegungen des Trägers kontinuierlich mit körperspezifischen Informationen versorgt wird. Die Funktion der Prothese wird dadurch an den Bewegungsapparat des Trägers angepaßt. Das Besondere ist, daß derartige Prothesen zwar in Serie gefertigt werden können, aber je nach Träger anders ‘lernen’ – wie ein PC, der nach Belieben programmiert werden kann. Auf der einen Seite bieten diese Prothesen also die Vorteile einer kostengünstigen Serienproduktion, andererseits ermöglichen sie eine kundenspezifische Anpassung.

Rehabilitationszentrum für Dermatologie, Allergologie und Umweltmedizin

Das Reha-Zentrum in der *Rhein-Klinik St. Joseph* in Duisburg wurde 1996 gegründet. Ausgangspunkt war zunächst, daß die Klinik im Rahmen von Sparmaßnahmen Betten abbauen sollte. Da die Auslastung aber sehr zufriedenstellend war, entschloß man sich, im Bereich Dermatologie ein teilstationäres Zentrum einzurichten. Mittlerweile stellt dies eine gelungene Alternative zu den konventionellen Rehabilitationen in den Kurkliniken dar, da es eine wohnortnahe teilstationäre Versorgung bietet, was in vielen Fällen dem Wunsch der Patienten entspricht (vor allem Ältere und Kinder wollen ihren Wohnort häufig nicht verlassen; des weiteren ist es für die Familie wichtig, ihre Angehörigen in der Nähe zu haben). Das Reha-Zentrum vereinigt alle erforderlichen Leistungen unter einem Dach: Zur Angebotspalette gehören Bäder-, Strahlen- und Salbentherapie, außerdem Ernährungsberatung und psychosoziale Betreuung. Auf diesen Weise bleibt den Patienten eine Vielzahl unterschiedlicher Anlaufstellen erspart. Durch die wohnortnahe ambulante Versorgung ist außerdem die ‘Mitarbeit’ der Familie garantiert, des weiteren können Hausärzte besser in den Behandlungsverlauf eingebunden werden. Insgesamt arbeiten 25 Mitarbeiter im Zentrum, darunter Ärzte und Schwestern, Physiotherapeuten, Diätassistenten, Psychologen und Sozialarbeiter.

Dies ist ein Grund, weshalb Selbsthilfegruppen in den letzten Jahrzehnten einen derartigen Aufschwung erfahren haben. Neben der medizinisch-orientierten Informations- und Aufklärungsarbeit, die den Mitgliedern ein gewisses fachliches Know-How und einen Überblick über die Strukturen der gesundheitlichen Infrastruktur vermitteln, steht auch psychosoziale Aktivierung und die Förderung der Eigenständigkeit im Mittelpunkt des Selbsthilfegeschehens.

„Die SH hat eine wichtige soziale Dimension. Viele Mitglieder haben oft alles an ärztlicher Hilfe durchprobiert: Reha, Kuren, Operationen. In der SH können sie lernen, daß Krankheiten nicht nur eine medizinische, sondern auch eine psychosoziale Dimension haben. Die SH-Gruppe hilft, diese Dimension aufzuarbeiten, Ursachen für Krankheiten zu identifizieren, den Umgang mit der Krankheit zu lernen. Ziel ist, den Patienten wieder zur Eigenständigkeit anzuregen. Nehmen wir das Beispiel Arbeitslosigkeit: Viele Kranke neigen dazu, nicht mehr arbeiten zu wollen. Die SH-Gruppe kann hier das Bewußtsein schaffen, daß Aktivität und Erwerbstätigkeit helfen, Krankheit zu überwinden.“ (Interview D9)

Insgesamt erweckt das Gesundheitswesen den Eindruck, daß der Patient als vermeintlicher Dreh- und Angelpunkt weit weniger im Zentrum der Aufmerksamkeit steht als beispielsweise der Kunde im Wirtschaftssystem. Dabei wird durchaus immer wieder auf die Notwendigkeit hingewiesen, dem Patienten zu einem verbesserten Kenntnisstand in bezug auf seine Rechte zu verhelfen.¹ Und dies gilt nicht nur für die ‘fitten’ (und zahlungskräftigen) Patienten, sondern auch für den Interessenschutz von Schwerkranken, geistig eingeschränkten Patienten oder Kindern. Ein geeignetes Instrument wäre die institutionalisierte Artikulation von Patienteninteressen nach dem Vorbild der Verbraucherorganisationen, die in Deutschland jedoch bislang nicht existiert.

Anders sieht es aus in den Niederlanden. Hier ist die *Federation of Patients and Consumers Organizations in the Netherlands* (NP/CF) als vierter Akteur des Gesundheitswesens neben Staat, Kassen- und Anbietervereinigungen formal etabliert (vgl. zu den niederländischen Aktivitäten im Bereich Patientenorientierung auch Dekker 1994, VWS 1995, WHO 1996). Die Verhandlungsposition ist im historischen Vergleich zwar eher schwach, aber immerhin haben Kassen und Anbieterorganisationen Berichtspflicht gegenüber der Patientenvereinigung. Außerdem ist vorgeschrieben, daß jeder stationäre Anbieter über einen sog. *klientenraad* verfügen muß (kleinere Einrichtungen können einen gemeinsamen Rat einrichten). In diesen Ausschuß werden Pati-

¹ Zum Beispiel auch vom *Sachverständigenrat* der KAiG. Im Sondergutachten 1997 wird Patientenorientierung als Voraussetzung für mehr Ergebnisorientierung diskutiert. Hier wird auch auf das Konzept des ‘Laienexperten’ hingewiesen, in dem BürgerInnen mit besonderer sozialer Kompetenz in die Planung gesundheitlicher Programme miteinbezogen werden (SVRKAiG 1997).

enten berufen, die z.B. für Beschwerdeannahme und -überprüfung zuständig sind. Allerdings wird diese Institution je nach Gesundheitsbereich unterschiedlich genutzt: Im Suchtbereich finden sich z.B. nur wenige Patienten, die bereit sind, im Klientenrat mitzuwirken, während im Pflegebereich und bei chronischen Erkrankungen die Beteiligung stärker ausgeprägt ist.

Im Zuge der immer wieder geführten Auseinandersetzung, was unter Patientenbedürfnis zu verstehen sei, gibt es in jüngster Zeit vermehrt Ansätze, die den Patienten als Konsumenten mit souveränen Rechten und seinen Bedarf als Nachfrage im marktwirtschaftlichen Sinne auffassen.¹ So sehr die Transformation des Patienten zum Kunden zu einem Organisationswandel auf Seiten der Anbieter beitragen mag, so deutlich sind auch die Grenzen. Dies gilt nicht nur für die 'harten' medizinischen Felder, in denen die Konsumentensouveränität durch die Schwere der Krankheit und unzureichendes fachliches Beurteilungsvermögen außer Kraft gesetzt wird. Auch in den sog. Wachstumsbranchen (vgl. Kap. 6) des Gesundheitswesens, in denen sehr wohl mit den Begriffen Nachfrage und Kunde operiert werden kann, setzen die intransparenten Sektorstrukturen der Konsumentensouveränität offenbar enge Grenzen, wie das Beispiel Alternativmedizin zeigt:

„Der Bereich der Alternativmedizin könnte viel stärker boomen, wenn die Kunden das System besser durchschauen könnten. Momentan werden 90% der Geschäfte über die herkömmliche Schiene Arzt – Apotheker – Patient abgewickelt. Für den Patienten ist das unübersichtlich und umständlich; er kann sich nicht direkt an den Vertrieb wenden. Auch volkswirtschaftlich gesehen ist dieses System von Nachteil, weil es erstens aufgrund der höheren Arbeitskosten teurer ist und weil zweitens eine Steigerung der Nachfrage nur über eine größere Anzahl an Arztkonsultationen und Rezepten erreicht werden kann.“ (Interview D8)

In den Interviews wurde die mangelnde Kundenorientierung häufig mit Sorge registriert. So werden dem Bereich der Medizin- und Rehabilitationstechnologie zwar aufgrund der demographischen Entwicklung glänzende Zukunftsaussichten attestiert, gleichzeitig wächst aber die Befürchtung, daß der Wachstumsboom durch die mangelnde Kundenorientierung außer Kraft gesetzt werden könnte. Denn unumstritten ist, daß der Patient zukünftig stärker darauf achten wird, was er für sein Geld erhält.

„Die kommende Altengeneration wird sich nicht mehr mit dem Holzbein meiner Großmutter zufriedengeben, sondern ist sich bewußt über die Optionen, die durch die technologi-

¹ „In der Euro-Med-Clinic ist der Patient Kunde und der Arzt Unternehmer“, so der exemplarische Titel eines Artikels im *HANDELSBLATT* vom 14.07.98. Eine ausführlichere Darstellung des Patienten als Kunden findet sich bei ARMSTRONG 1991.

sche Entwicklung zur Verfügung stehen. Die Ansprüche der Leute sind einerseits gestiegen, andererseits hat bislang keine Altengeneration über soviel finanzielles Kapital verfügt wie heute. Viele alte Menschen werden für eine gute Prothese auch zusätzliches Geld bezahlen. Voraussetzung ist natürlich, daß die Rehabilitationstechnologie auch klientenorientiert arbeitet. Hier ist Europa leider ein bißchen rückständig.“ (Interview N11)

Des weiteren wird sich der Patient auch nicht mehr vorschreiben lassen wollen, wen er im Bedarfsfall zu konsultieren hat. In der Bundesrepublik ist dies aufgrund der freien Arztwahl kein ‚Zündstoff‘; in den Niederlanden jedoch mehren sich die Stimmen, die im Zuge der Patientenorientierung auch Kritik an der Stellung des Hausarztes als *gate keeper* nehmen. Vielmehr noch: Unter mündigen Patienten wird die Kompetenz der Hausärzte seit längerem angezweifelt – das Hausarztmodell gilt bereits jetzt als bürokratische Fassade, mit der pragmatisch umgegangen wird:

„Die hochgepriesene Stellung des Hausarztes als *gate keeper* und *information manager* entspricht nicht mehr der Realität. Vor allem in den großen Städten sind viele Patienten kompetent und selbständig genug, um die schnelle Überweisung in die Klinik zu veranlassen – zumal viele, die eine Privatversicherung besitzen, das Recht auf freie Arztwahl einfordern. Die Tätigkeit des Hausarztes beschränkt sich hier auf einen rein bürokratischen Akt.“ (Interview N10)

Je stärker der Gesundheitssektor auf Selbstbeteiligung und Leistungsauslagerung aus dem Kassenkatalog setzt, desto mehr wird damit zu rechnen sein, daß die Patienten ihre Verbrauchermacht zumindest in einigen Sektoren des Gesundheitswesens ausbauen werden. Diese Entwicklung schwebt einerseits wie ein Damoklesschwert über den Trägern des Sektors. Andererseits könnte der Wandel vom unmündigen Patienten zum souveränen Verbraucher auch einen Anreiz darstellen, der die starren Strukturen des Sektors eher aufzubrechen vermag als eine gesetzliche verordnete Patientenorientierung.

5.2.3 Qualitätsmanagement

Das Gesundheitssystem ist ein wissenschafts- und forschungsintensives System. Der medizinisch-technische Fortschritt hat insbesondere in den letzten Jahrzehnten zu einer Vielzahl neuer Diagnose- und Behandlungsmethoden geführt, die alte und bewährte Verfahren verdrängen. Wachstum und Komplexität des Systems erhöhen den Bedarf an Selbstbeobachtung und Rückmeldung in bezug auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Qualitätssicherung bedeutet in diesem Sinne, die Überlegenheit neuer Methoden zu belegen und ihre fehlerfreie Anwendung in der Praxis sicherzustellen. Gleichzeitig steigt angesichts knapper werdender Ressourcen der Druck, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven über Maßnahmen der Qualitätssicherung zu erschließen.

Qualität war von jeher ein wichtiges Stichwort im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang hat die Ärzteschaft wohl den am weitesten zurückreichenden Qualitätsanspruch, was nicht nur auf die früh einsetzende Verwissenschaftlichung der Medizin, sondern auch auf ihre starken Standesorganisationen zurückgeht. Kriterium der Qualität ist demnach der Grad der Professionalisierung; die Qualität hängt ab von der Person, die die Leistung erbringt, von ihrer Ausbildung und Berufserfahrung. Qualitätssicherung, wie sie hingegen heute im Gesundheitswesen diskutiert wird, ist ein relativ junges Phänomen. Sie ist stärker organisations- und strukturbezogen und ergänzt den traditionellen Professionalisierungsansatz (Evers 1997).

Für das Gesundheitswesen wurde das 'moderne' Qualitätskonzept erstmalig von DONABEDIAN formuliert (Donabedian 1966). Dieser unterscheidet zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. *Struktur* beschreibt die organisatorischen und rechtlichen Charakteristika des Versorgungssystems und seiner Umwelt. *Prozeß* meint alle Aktivitäten der Leistungserstellung, das *Ergebnis* bezieht sich auf den erzielten Gesundheitszustand, aber auch auf Gesundheitsverhalten und -wissen. Obwohl diese 'Trias' bereits 1966 formuliert wurde, brauchte es rund zwanzig Jahre, bis sie von den USA nach Europa gelangte. Ausgehend von dieser Klassifikation stieg jedoch gleichzeitig im Gesundheitswesen das Interesse an Qualitätsmodellen aus dem Wirtschaftssektor, die auf die drei Qualitätskomponenten abstellten.

„Viele Qualitätskonzepte stammen aus Industrie und Privatwirtschaft. Die Akteure im Gesundheitswesen waren anfangs sehr skeptisch, ob sich diese Modelle auf den Gesundheitssektor übertragen lassen. Der Gesundheitssektor ist ja angeblich immer etwas Besonderes, deswegen wurden auch zuerst alle Begriffe wie Produkt- oder Prozeßoptimierung abgeändert. Man will halt anders sein als andere Wirtschaftsbereiche! Mittlerweile wird aber akzeptiert, daß diese Konzepte sehr wohl in weiten Teilen auf Gesundheit übertragbar sind.“ (Interview N7b)

Besonders populär sind derzeit *Total Quality Management* und die Zertifizierung nach der ISO-9000-Familie.¹ Aber auch *Benchmarking*, also der systematische Vergleich von Gesundheitseinrichtungen, wird immer häufiger praktiziert. Bezogen sich Maßnahmen anfangs auf einzelne Organisationen, werden jetzt auch Versorgungsketten beurteilt, um die interorganisatorischen Arbeits-

¹ *Total Quality Management* (TQM) ist ein ganzheitlicher Ansatz, der alle Organisationsebenen einer Einrichtung umfaßt. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung von Ausstattung und Aufbauorganisation, von Leistungsprozessen und Ergebnissen und die konsequente Ausrichtung an den Wünschen und Erwartungen der Kunden. ISO-9000 meint die Zertifizierung von Leistungsabläufen (nicht Ergebnissen), die international normierten Qualitätsstandards entsprechen. Einen Überblick über diese und weitere Methoden des Qualitäts-

prozesse zu verbessern. Ein weiteres wichtiges Element der Qualitätssicherung ist außerdem die Entwicklung von Leitlinien, die einen Orientierungsrahmen für optimale diagnostische und therapeutische Verfahren bieten.

Die niederländischen Gesundheitseinrichtungen sind sehr engagiert in Sachen Qualitätssicherung. Dies liegt nicht zuletzt an den diesbezüglich verabschiedeten Gesetzen, welche die Versorgungseinrichtungen aller Gesundheitsfelder zur Qualitätssicherung verpflichten. Da die einzelnen Einrichtungen ihre Qualitätssicherungssysteme selbst designen können, hat sich im Verlauf der letzten Jahre eine breite Palette an Instrumenten und Verfahren etabliert. Gleichzeitig hat aber auch das Know-How um die Schwierigkeiten und Grenzen des Qualitätsmanagements zugenommen. So steht trotz allen Engagements bislang nicht nur die Definition aus, was Qualität eigentlich ausmacht („Für Anbieter ist Qualität Effektivität, für die Kassen Effizienz, für Patientenorganisationen die Beziehung zwischen Patienten und Anbietern.“ – Interview N7b), in vielen Gesundheitsfeldern erweisen sich außerdem die gängigen Verfahren als unzulänglich.

„Im Bereich der Prävention werden zunehmend Universitäten in die Qualitätsaktivitäten miteinbezogen, z.B. um methodologische und epidemiologische Grundlagenforschung zu betreiben. Allerdings muß man dazu sagen, daß Prävention für viele Mediziner ein sehr unattraktives Feld ist. Die Resultate lassen sich frühestens in 20 Jahren abschätzen. Es gibt keine kontrollierten Untersuchungsbedingungen wie in der klinischen Medizin, wir können keine Experimente machen und die Einflußvariablen kontrollieren. Daher ist die Validität von Untersuchungen über Präventionsmaßnahmen natürlich fraglich – zumindest für Mediziner, die eine ‘harte’ methodologische Ausrichtung haben.“ (Interview N6a)

Außerdem gibt es in den Niederlanden einige Anzeichen dafür, daß die gesetzlichen Bestimmungen auf der Versorgungsebene nicht ganz so ernst genommen wird, wie das Ausmaß an Aktivitäten suggeriert. Dies wird durch die beiden folgenden Interviewauszüge bestätigt. Ersterer gibt die Ansichten eines Klinikdirektors zum gesetzlich vorgegeben Qualitätsauftrag wider, letzterer verdeutlicht, daß die Organisationen, die mit der Überprüfung der Qualitätskonzepte in den einzelnen Einrichtungen beauftragt sind, sich durchaus bewußt sind über ihre mangelnden Kontrollmöglichkeiten. Hinzu kommt, daß im Gesetz keine Sanktionen festgeschrieben sind.

Textbox 3: Aktivitäten im Bereich Qualitätsmanagement**Befragung 'Quality systems in Dutch health care institutions'**

Im Auftrag des Komitees für Qualitätssicherung führte *Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg* (NIVEL) 1995 eine Befragung unter allen niederländischen Gesundheitseinrichtungen durch, um den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitssystem abzuschätzen. Insgesamt wurden 1594 Institutionen angesprochen, darunter Einrichtungen des ambulanten Sektors, Kliniken, Behinderten- und Alteinrichtungen, Einrichtungen für psychosoziale Gesundheit und Wohlfahrtsinstitutionen. Der Rücklauf betrug 74%. Der Fragebogen basierte auf dem *European Quality Award*, ein Modell zur Qualitätsabschätzung in Industrieunternehmen, welches für den Gesundheitssektor modifiziert wurde. In der Befragung wurden fünf Bereiche von Qualitätsmanagement unterschieden sowie fünf Entwicklungsstadien (von der Absichtserklärung bis zur festen Etablierung). Hier die wesentlichen Ergebnisse (vgl. auch Casparie u.a. 1997):

- 62% aller Einrichtungen führten Qualitätsmanagement im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen durch, z.B. Qualitätszirkel für Mitarbeiter und Management oder regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen. Nur in 39% dieser Fälle wurden diese Maßnahmen durch das Management implementiert und kontrolliert; ein Indikator, daß die wesentlichen Anreize aus der Belegschaft selbst stammten.
- Protokolle und Richtlinien sind in 42% aller Institutionen fest etabliert. Hierzu gehören z.B. Protokolle in bezug auf medizinische Behandlungsverfahren oder Leitlinien, die sich auf die gesamte 'Durchlaufroute' des Patienten von Aufnahme bis Entlassung beziehen.
- 28% führten gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität durch. Dies beinhaltet die Registrierung von Beschwerden, Befragungen zur Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit oder die Bewertung durch externe Gutachter.
- In 19% aller Fälle wurden die Entwicklung des Qualitätsmanagement regelmäßig dokumentiert und geplant, z.B. in Form von Jahresreporten zum Qualitätsmanagement, Qualitätsprofilen oder *quality action plans*.
- In nur 14% war die Einbeziehung der Patienten in die Gestaltung von Qualitätsmaßnahmen Usus, z.B. bei der Formulierung von Qualitätszielen, der Entwicklung von Kriterien oder der Bildung von Qualitätskomitees.
- Weiteres Ergebnis war, daß Einrichtungen mit fest etabliertem Qualitätsmanagement positive Effekte auf das interne Betriebsklima und die Außendarstellung verzeichnen: Die Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit ist angestiegen und das Image der Einrichtungen in der Öffentlichkeit hat sich verbessert.

Diese Befragung ist insofern außergewöhnlich, als daß sie auf nationaler Ebene umfangreichen Aufschluß über den Stand des Qualitätsmanagement im niederländischen Gesundheitswesen gibt. Ihre Ergebnisse spielten eine große Rolle bei der Gestaltung politischer Maßnahmen zur Qualitätssicherung und trugen dazu bei, daß 1996 das Gesetz zur Qualitätssicherung ohne Schwierigkeiten in Kraft treten konnte. Im Jahre 2000 wird eine weitere Untersuchung Fortschritt und Entwicklung der Qualitätssicherung evaluieren.

Benchmarking im Gesundheitswesen

Das *Institut Arbeit und Technik* (IAT) in Gelsenkirchen führt derzeit ein Benchmarking zum Krankenhausmanagement durch. Ziel ist die Entwicklung kundenorientierter Angebote bei gleichzeitiger Kostenreduzierung. In vierzig Krankenhäusern werden Potentialanalysen zu Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten durchgeführt, ergänzt durch Kunden- und Mitarbeiterbefragungen und Betriebsdatenerhebungen. Die Ergebnisse münden in Aktionspläne, die kontinuierliche Verbesserungsprozesse auslösen sollen. Im Abstand von einem Jahr werden die Analysen wiederholt, um Fortschritte meßbar zu machen; gleichzeitig erfolgt eine systematische Qualifizierung, damit die Einrichtungen Qualitätsinstrumente selbständig dauerhaft nutzen können. Das Benchmarking ist außerdem eingebettet in eine Zulieferinitiative, die darauf zielt, die Wertschöpfungskette im Gesundheitswesen zu optimieren.

„Das Gesetz zur Qualitätssicherung in Den Haag haben wir eher belächelt. Denn schließlich sind Qualitätssicherungsmaßnahmen nichts Neues – wir haben schon immer damit gearbeitet. Die haben wir jetzt halt der Obrigkeit zuliebe mit einem neuen Label versehen. Eine regionale Versicherung hat ebenfalls ein großes Qualitätsprojekt gestartet und einen Katalog für Qualitätskriterien entwickelt. Aber im Grunde will niemand so groß angelegte administrative Projekte, schon allein deshalb, weil die nicht auf die spezifischen Anforderungen der Versorgungseinrichtungen zugeschnitten sind.“ (Interview N5)

„Leider gibt es bislang keine an den Ergebnissen orientierte Überprüfung der Qualität. Das Komitee überprüft lediglich, ob bei den Anbietern ein systematisches Verfahren der Qualitätssicherung vorliegt. Dies geschieht vor allem auf Grundlage des schriftlichen Materials – was den Anbietern genügend Zeit läßt, ein sog. ‘windows-dressing’ zu entwerfen, also hübsch verpackte Konzepte, deren Anwendung aber zu wünschen übrig läßt. Zu einer detaillierten Überprüfung kommt es nur, wenn Klagen und Beschwerden vorliegen. Dies hängt aber wiederum von der Arbeit der Klientenräte ab, und dies ist halt höchst unterschiedlich in den einzelnen Organisationen.“ (Interview N7b)

Die Divergenz zwischen staatlichen Planungskonzepten und Versorgungsrealität mag auch dazu beitragen, daß sich die Hoffnung, über Qualitätsmanagement Kosten einsparen zu können, bislang nicht so recht bestätigen will. Dies liegt aber auch an der Tatsache, daß Qualitätsmanagement selber eine teure Angelegenheit ist. Nicht nur die Sachmittel, auch der zusätzliche Arbeitsaufwand können Qualitätsverfahren zu einer kostspieligen Investition machen, wie ein Beispiel aus der Heilkräutermedizin zeigt:

„Wir haben ein sehr kostspieliges Labor eingerichtet, um unsere Heilkräuter auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen hin zu überprüfen. Außerdem haben wir für die im Handel verfügbaren Kräuter Gutachten anfertigen lassen. Wir bieten auch Zertifikate an für kleine Anbieter, die sich kein Labor leisten können. Allerdings nehmen nur wenige diese Möglichkeit in Anspruch, da die Verfahren teuer sind und die meisten nicht soviel Geld übrig haben. Aber wir haben sehr viel in dieses Labor und in unsere Gutachten investiert, und dies schlägt sich natürlich auch im Preis nieder. Qualitätssicherung ist aber gerade in unserem Bereich notwendig, denn erstens hat der Kunde ein Recht auf geprüfte Arzneien und zweitens ist das eine wichtige Voraussetzung, um die Alternativmedizin aus der ‘Schmutzdeleke’ zu ziehen und stärker in den Gesundheitssektor zu integrieren.“ (Interview D8)

Daß der ursprüngliche Enthusiasmus abgeflacht ist, liegt auch daran, daß eine wirkliche Sicherung der Qualität häufig tiefgreifende Veränderungen in den Organisationsstrukturen und Aufgabenverteilungen erfordert. Viele Anbieter schrecken aber genau davor zurück, insbesondere im mittleren und im Topmanagement, wo Machtverluste zu befürchten sind. In diesem Zusammenhang erweist es sich auch als kontraproduktiv, daß Qualitätsvorgaben (sei es von staatlicher oder ver-

bandlicher Seite) an die Führungsebene der Einrichtungen adressiert sind. Denn die wahren Impulse kommen häufig von der Basis, an der die alltägliche Arbeit verrichtet wird.

Generell wurde in den Interviews immer wieder darauf hingewiesen, daß Qualitätskonzepte ohne organisationsübergreifenden Konsens, ohne Partizipation aller Beteiligten und ohne den Willen zu organisatorischen Veränderungen allenfalls an der Oberfläche greifen können. Dies verweist auf den Umstand, daß auch die 'modernen' Modelle enge Überschneidungen zu den traditionellen Professionalisierungskonzepten aufweisen. Auch wenn sich die Semantik der Professionalisierung in den letzten Jahren in Richtung 'Teamarbeit', 'human resources' und 'Verantwortungsdelegation' entwickelt hat, ist nicht zu übersehen, daß Qualität auch eine Frage der Personalentwicklung, der Aufgabengestaltung und nicht zuletzt der Aus- und Weiterbildung ist, wie das Beispiel aus dem betrieblichen Gesundheitsschutz zeigt:

„Ohne entsprechende Weiterbildung und Qualifizierung nützt das beste Qualitätsmanagement nichts. Gerade aber hier hakt es gewaltig. Die meisten Ärzte haben überhaupt keine Zeit, sich weiterzubilden, und auch in den Belegschaften der Unternehmen spielt Gesundheitsschutz eine untergeordnete Rolle bei der Weiterbildung. Was nutzt es zum Beispiel, wenn bei großen Betrieben genau vorgegeben ist, wie bei einem Unfall vorgegangen werden muß, die Belegschaft und die Ärzte aber keine Ahnung davon haben? Das wichtigste Instrument einer effektiven Qualitätssicherung ist immer noch der individuelle Qualitätsanspruch, und dies ist eine Frage der Motivation, die durch Bildungsmaßnahmen gefördert werden muß.“ (Interview D10)

5.2.4 Neue Medien

Neue Medien wurden lange Zeit fast ausschließlich mit 'harten' Wirtschaftsfeldern assoziiert. Über die Produktionssphäre hinaus wurden allenfalls die administrativen und unternehmensinternen Dienstleistungen als Anwendungsfeld für neue Medien gesehen, hinzu kamen die klassischen Dienstleistungsfelder Handel, Banken und Versicherungen. Personenbezogene Dienste und darunter insbesondere die Bereiche Gesundheit und Soziales galten hingegen als technikfern. Ursache war insbesondere die starke Personenzentriertheit dieser Felder, die mit einer hohen ‚kommunikativen Dichte‘ und Arbeitsintensität einher geht. Gesundheit und Soziales, so hieß es, seien resistent gegenüber Produktivitätssteigerungen und dem technischen Fortschritt (Gross/Badura 1977).

Seit der Verbreitung der Neuen Medien ist dieses Bild revisionsbedürftig (Hartmann/Scharfenorth 1996). Nicht nur, daß die Arbeit in Krankenhausverwaltungen und Krankenkassen eng mit Informations- und Kommunikationstechnologie verknüpft ist, auch multimediale und interaktive

Technologien spielen eine immer größere Rolle im Gesundheitsgeschehen und verändern die Leistungsprozesse, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sowie zwischen den einzelnen Anbietern des Gesundheitswesens.¹ Die Anwendungsmöglichkeiten für neue Technologien erweisen sich dabei als äußerst vielfältig, wie die folgende Aufzählung zeigt:

- *Decision-Support-Systems*: Hier geht es um die Entwicklung von Leitlinien und Entscheidungsbäumen für Diagnose- und Therapieverfahren. Differenzieren läßt sich zwischen klassischen Expertensystemen und den *critique systems*. Erstere definieren Diagnose- und Behandlungsverläufe und sind für den Arbeitsalltag häufig ungeeignet, da sie eine große Menge an Daten voraussetzen und der eigenen Fachkompetenz nur wenig Spielraum lassen. Vielversprechender sind *critique-systems*: Sie arbeiten unterstützend im Hintergrund; ihre hauptsächliche Funktion besteht darin, die Aktivitäten des Arztes auf Konformität mit gängigen Behandlungsmethoden zu überprüfen.
- *Image and Signal Processing*: Die Entwicklung der Mikromedizin erfordert neue Methoden der Bild- und Signalgebung. Bei minimalinvasiven Eingriffen sind z.B. Positionsmelder und Antriebstechnik besonders wichtig, da viele Vorgänge nicht mehr mit den natürlichen Sinnen des Chirurgen erfaßt werden können. Bildgebende Verfahren, die die dreidimensionale Rekonstruktion von Körperabschnitten erlauben, spielen auch eine große Rolle bei Operationsplanung, -simulation und -training.
- *Elektronische Krankenakten*: Hiermit ist die Speicherung und Aufbereitung von Patientendaten gemeint. Sie kann, wie bei der deutschen Chipkarte, zu rein administrativen Zwecken genutzt werden. Möglich ist aber auch die Digitalisierung der Krankengeschichten des Patienten, wie in Holland mittlerweile weit verbreitet. Hier werden alle Informationen über den Patienten (Befunde, Behandlungsverläufe), die in unterschiedlichen Einrichtungen erstellt wurden, in einer Datei gebündelt, die in der Regel durch den Hausarzt verwaltet wird.
- *Informationsaustausch und Kommunikation*: Hier geht es um Systeme, die verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens miteinander verknüpfen. Zweck kann der Austausch von Forschungsergebnissen sein, die Einholung einer *second opinion* via Video-Konferenz oder die Ferndiagnose und -behandlung (Telemedizin). Auch bei der Betreuung kranker Menschen in den eigenen vier Wänden (*home care*), bei der Einrichtung von Diskussionsforen

¹ Interaktive und multimediale Technologien setzen genau an der zwischenmenschlichen Dimension personenbezogener Dienste an (Bischoff-Schilke 1992). Sie können das *uno-actu*-Prinzip teilweise außer Kraft setzen, da sie Dienstleister und Kunde räumlich (Video-Conferencing) oder auch zeitlich (Selbstbedienungsterminals) voneinander entkoppeln. Sie machen außerdem gewisse Dienstleistungsangebote wie z.B. Beratung und Information 'lagerfähig' (z.B. über Internet). Dies führt dazu, daß sich die Rationalisierungspotentiale im Bereich personenbezogener Dienstleistung vergrößern.

oder bei der Entwicklung von Marketingkonzepten spielen Kommunikationstechnologien eine große Rolle.

Der Einsatz neuer Medien erfolgt in den seltensten Fällen als isolierte Strategie. Entweder ist ihre Anwendung medizinisch induziert (wie es zum Beispiel bei neuen Operationsmethoden der Fall ist) oder er vollzieht sich als notwendige Begleiterscheinung anderer Modernisierungsmaßnahmen. So sind *decision support systems* häufig ein wichtiger Bestandteil von Qualitätssicherungsmaßnahmen, während Informationsaustausch und Kommunikation bei Kooperationsvorhaben und der Verbesserung der Patientenorientierung eine wichtige Rolle spielen. Die Bedeutung neuer Medien als Instrument oder Werkzeug erwächst aus den steigenden Informations- und Kommunikationsanforderungen, die mit Modernisierungsstrategien einher gehen. Reformfreudige Einrichtungen sind daher meistens auch im Bereich neue Medien aktiv. Dies zeigt das folgende Beispiel, in dem es um Präsentations- und Werbemöglichkeiten via Internet geht:

„Es sind insbesondere die Kliniken interessiert, die auch andere moderne Strategien praktizieren, z.B. Fusionen oder Kooperationsvorhaben. Dies liegt zum einen daran, daß diese Kliniken ein besonders aufgeschlossenes Management haben, die natürlich auch neuen Werbe- und Präsentationsformen gegenüber aufgeschlossen sind. Zweitens geht mit großen Umstrukturierungsprojekten natürlich auch ein größerer Bedarf an Informationsaustausch einher. Dieser kann ab einer gewissen Komplexität nicht mehr ohne IuK-Technologien stattfinden. Daher sind Reformstrategien auf jeden Fall ein *driving factor* für neue Medien.“ (Interview D1)

Entsprechend gilt für den deutschen Versorgungssektor, daß der Einsatz neuer Medien ähnlich zögerlich verläuft wie es bei den bislang diskutierten Modernisierungsstrategien der Fall war.¹ Der folgende Interviewauszug deutet in diesem Zusammenhang aber auch daraufhin, daß Konkurrenz und Wettbewerb unter den Gesundheitseinrichtungen durchaus einen größeren Anreiz für Reformvorhaben darstellen könnten:

¹ Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Studie von KIENBAUM über multimediale Anwendungen im Gesundheitswesen (Kienbaum 1998). Zwar beschäftigen sich alle Gesundheitsakteure mit IuK-Technologien, die meisten Projekte sind jedoch Individuallösungen mit provisorischem Charakter, die auf die Lösung spezifischer Probleme ausgerichtet sind. Nach KIENBAUM fehlen eindeutige Signale der relevanten Entscheidungsträger, des weiteren bedarf es einer koordinierten Planung und Steuerung, die alle am Versorgungsprozeß beteiligten Gruppen einschließt.

Textbox 4: Beispiele für den Einsatz neuer Medien**Projekt TeleSCAN und TRION**

Das *Netherlands Cancer Institute / Antoni van Leeuwenhoek Hospital* (NKI) ist eine der renommiertesten Einrichtungen im Bereich Krebsforschung und -behandlung. Hier wurden in den letzten Jahren zahlreiche Projekte initiiert, die sich auf technikgestützten Service in diesem Feld bezogen. Das Projekt TeleSCAN (*Telematic Services in Cancer*) ist beispielsweise der erste europäische Internetservice für Krebsforschung, -behandlung und -ausbildung. Der Service richtet sich an Patienten und die allgemeine Öffentlichkeit sowie an medizinische Fachkräfte und Forscher. Er beinhaltet Diskussionsforen für Patienten, Zugang zu den wichtigsten europäischen Krebsorganisationen und medizinische Fachinformationen, z.B. Datenbanken über europäische und amerikanische Versuchsstudien. TeleSCAN gilt als einer der meist frequentierten Server im Bereich Krebs. Er spielt des Weiteren eine zentrale Rolle in einem Cluster von Krebsprojekten (sog. ACTION Cluster, gefördert durch die EU), welche 1996 gestartet wurden und stellt in diesem Zusammenhang eine Plattform für die Verbreitung von Projektzielen, -verläufen und -ergebnissen dar. Vor kurzem wurde im NKI außerdem ein neues prototypisches Informationssystem installiert: TRION gibt einen laufenden Überblick über Versuchsreihen, die im NKI durchgeführt werden. Diese sind nach Tumortypen sortiert und enthalten Protokolle, Zusammenfassungen, Behandlungsschemata und Patienteninformationen.

Projekt CoCo

Das *Department of Medical Informatics, Erasmus University Rotterdam*, ist Projektteilnehmer am EU-geförderten Projekt CoCo. Zielsetzung des CoCo-Projekts ist die technikgestützte Informationsvermittlung im Gesundheitswesen, insbesondere zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen. In den Niederlanden gibt es zwei CoCo-Regionen: In der *Daniel den Hoed Kliniek* (eine Krebsklinik) in Rotterdam zielen die Projektaktivitäten vor allem auf die häusliche Nachsorge nach der Klinikentlassung ab. Per Laptop oder PC werden die erforderlichen Daten vom Patienten, seinem Hausarzt oder einer Krankenschwester (sog. *district nurses*, die für die Versorgung der Patienten in den eigenen vier Wänden zuständig sind) eingegeben und an die Klinik gesendet. Hier werden sie auf eventuelle Komplikationen überprüft und dokumentiert. Umgekehrt können die Informationen aus der Klinik jederzeit vom Patienten oder den Mitarbeitern des ambulanten Sektors abgerufen und ggf. auch modifiziert werden. Dieser Dienst wird als *hospital-based home care* bezeichnet. Er ist vor allem wichtig für unheilbar kranke Patienten, die soviel Zeit wie möglich zu Hause verbringen möchten. In der Region Zwolle geht es um die Verbesserung der Versorgung bei Brustkrebskranken. Über ein elektronisch abrufbares Protokoll sollen erstens die Zuständigkeiten der ambulanten und stationären Akteure im Falle einer Erkrankung deutlicher und zweitens die Informationsvermittlung zwischen ihnen beschleunigt werden. Beteiligt sind Hausärzte, zwei Kliniken und eine Krankenversicherung.

ten-care – Telecommunications-based Home-Care Services für European Citizens

Zielsetzung dieses internationalen Projektes ist die Entwicklung kommunikationstechnisch gestützter Home Care-Services. Das Pflege- und Gesundheitsmanagement bei Home Care wird über die technische und organisatorische Vernetzung zwischen Klienten und Anbietern optimiert. Über technische Systeme wie z.B. Bildtelefone werden neue Beratungs-, Informations- und Hilfsangebote für ältere Menschen, die zu Hause leben, ermöglicht; gleichzeitig wird die Zusammenarbeit und die Kooperation der beteiligten Anbieter (z.B. Hausärzte, Pflegedienste und Krankenhäuser) verbessert. Auf der Basis von Datenbankmanagement sollen außerdem neue Konzepte für Präventions- und Behandlungsverfahren entwickelt werden. In Deutschland sind die Städte Bielefeld, Lüdenscheid und Bad Nauheim am Projekt beteiligt; die Projektkoordination liegt bei *empirica* in Bonn.

„Ich habe in einer Werbeaktion 200 Kliniken angeschrieben mit dem Angebot, die Präsentation im Internet zu erstellen. Eine Klinik hatte Interesse, und zwar weil ihre ‘Konkurrenzklinik’ sehr aktiv in Sachen Vernetzung ist. Ich vermute, die wollten nachziehen, um langfristig nicht in eine schlechtere Wettbewerbsposition zu geraten. Dann gab es noch zehn weitere Kliniken, die entweder extern betreut wurden oder interne Projekte laufen hatten. Das sind moderne Kliniken gewesen, die sich durch verstärkte Vernetzungs- und Kooperationsaktivitäten auszeichneten und zum Beispiel mit anderen Kliniken fusionierten. Von allen anderen Kliniken kam die Antwort: ‘Brauchen wir nicht.’“ (Interview D1)

In den Niederlanden werden neue Medien sehr intensiv genutzt. Allerdings variiert die Intensität und die Art des Einsatzes mit den Sektoren des Versorgungswesens. Insbesondere der ambulante Sektor zeichnet sich durch einen hohen Nutzungsgrad aus. So arbeiten 99% aller Hausärzte mit einem PC, davon praktizieren 80% das ‘papierlose Büro’. Die meisten nutzen eine standardisierte elektronische Krankenakte (EPR). Anders sieht es aus im stationären Sektor. Hier werden zwar auch Computer eingesetzt, diese dienen aber administrativen Zwecken. Der Grund für diese unterschiedliche Verteilung liegt erstens darin, daß der Informationsbedarf für die Hausärzte besonders groß ist, denn sie sind die ‘Manager’ im Versorgungssystem, die alle Informationen über den Patienten verwalten. Zweitens verfügten die Hausärzte früher über ein einheitliches Formular, welches Grundlage jeder Patientenakte war. Für die Informationstechniker war es daher nicht schwierig, diese *green card* in ein elektronisches Formular umzuwandeln. Bei den Fachärzten in den Kliniken ist die Situation hingegen wesentlich komplizierter.

„Alle haben unterschiedliche Verfahren, die von den Gegebenheiten der Klinik, persönlichen Präferenzen und verschiedenen Dokumentationsarten abhängen – Röntgenbilder, Fieberkurven, Laborergebnisse. Die Dokumentation ist individueller, umfangreicher und detaillierter. Es ist schwierig, dies elektronisch zu standardisieren.“ (Interview N9)¹

Ein weiterer Faktor ist die unterschiedliche Art der Interessenvertretung. Der Verband der niederländischen Hausärzte hat den Einsatz von Informationstechnik aktiv vorangetrieben, nicht zuletzt um den Status der Hausärzte im Versorgungssystem zu verbessern. Bei den Fachärzten fehlt aufgrund ihrer Heterogenität eine vergleichbare Interessenvertretung, die als Initiator für informati-

¹ Eine Ausnahme bilden natürlich die großen spezialisierten Kliniken, die auch intensiv an internationalen Forschungsk Kooperationen beteiligt sind. Besonders defizitär gestaltet sich hingegen die technischen Infrastruktur bei den ländlichen Distriktkrankenhäusern. Vorgeschlagen wurde hier eine Vernetzung mit den spezialisierten Kliniken, damit die Ärzte auf moderne Forschungserkenntnisse zurückgreifen können und bei komplizierten Fällen Spezialisten hinzuziehen können. Unterschiede gibt es des weiteren zwischen den einzelnen Fachrichtungen. So ist die Technikakzeptanz bei Radiologen sehr hoch, da sie den Umgang mit Technik gewohnt sind und ein hoher Bedarf nach bildgebenden Verfahren besteht. (Interview N8)

onstechnische Projekte hätte dienen können. Dies wird zwar teilweise durch das Engagement der großen renommierten Kliniken kompensiert, die durch ihre Projekte als Signalgeber wirken, dennoch stehen die unterschiedlichen Merkmale von ambulanten und stationären Einrichtungen einer übergreifenden Integration im Weg:

„Für den elektronischen Informationsaustausch sind diese unterschiedlichen Merkmale sehr problematisch. Die Vernetzung des ambulanten Sektors ist relativ unproblematisch von-statten gegangen – die wahre Herausforderung liegt für uns in der Vernetzung des stationären Sektors!“ (Interview N9).

Eine übergreifende Vernetzung wird außerdem durch die hohe Diversität der genutzten technischen Systeme erschwert. Die Weiterentwicklung der technischen Infrastruktur baut häufig auf veralteten organisationsspezifischen Systemen auf und führt zur Etablierung sog. ‘Insellösungen’, die nicht kompatibel sind mit anderen Systemen. Nicht zuletzt werden hierfür auch die internen EDV-Abteilungen verantwortlich gemacht: Diese sind zwar treibende Akteure bei Technikprojekten, ihre ‘Tüftlermentalität’ führt aber zu hohen Spezialisierungstendenzen und zu einer Abneigung gegen marktgängige Systeme. Dies erschwert nicht nur die organisationsübergreifende Vernetzung, sondern setzt auch falsche Akzente: Technik wird zum Selbstzweck, die Anwendungs-perspektive gerät aus dem Blickfeld:

„Es gibt nun wirklich genug standardisierte Systeme, auf die man bei der Implementation von Informationstechnik zurückgreifen kann. Statt dessen muß aber jede Einrichtung unbedingt ihr eigenes System kreieren, was den Informationsaustausch unter Nutzergesichtspunkten wieder kompliziert. Die wahre Herausforderung besteht darin, intelligente Anwendungsbereiche für IuK-Technologien zu finden, um konkrete Probleme im Gesundheitssektor zu lösen. Die Erfindung neuer Hard- und Software können wir getrost den Amerikanern überlassen, die haben da viel mehr Erfahrung vorzuweisen. Die Stärke der Europäer liegt in der Aufbereitung der Systeme für die praktische Nutzung, und hier sollte man sich an den Grundsatz halten, bewährte und standardisierte Systeme zu nutzen, anstatt Zeit und Geld für technische Basteleien zu verschwenden.“ (Interview N8)

Die erfolgreiche Nutzung von IuK-Technologien hängt also davon ab, inwieweit die Anwendungen bedarfsgerecht entwickelt werden. Inzwischen kristallisiert sich immer deutlicher heraus, daß die Innovationsprozesse aus einem komplexen Wechselspiel zwischen den beteiligten Akteuren entstehen. Um beispielsweise bedarfsgerechte Expertensysteme zu entwickeln, bedarf es der intensiven Zusammenarbeit zwischen Technikern und Ärzten. Das die Verständigung aufgrund der unterschiedlichen Berufshorizonte nicht so einfach ist, verdeutlicht der folgende Interviewauszug:

„Die denken zwar, sie verstehen sich, tun es aber nicht. ‘Was soll denn in die Eingabemaske rein?’, fragt der Techniker. ‘Na, alles was wichtig ist’, sagt der Arzt. ‘Was ist denn wichtig’, fragt der Techniker, und spätestens an diesem Punkt gehen die Probleme los, denn jeder Spezialist hat natürlich seine eigenen Vorstellungen davon, was wichtig ist. Was wir brauchen, sind Personen mit Doppelqualifikationen. Ich bin zum Beispiel Mediziner mit einer Zusatzausbildung in Informatik. Daher kenne ich die Wünsche der Mediziner und weiß gleichzeitig, was technisch realisierbar ist und was nicht.“ (Interview N9)

5.2.5 Public Health

Die Teildisziplin *Public Health* befaßt sich überwiegend mit den sozialen und politischen Rahmenbedingungen der Entstehung und Erhaltung der Gesundheit in der Bevölkerung.¹ Eine Expertenkommission der WHO definierte sie 1952 als die Wissenschaft und die Kunst der Verhütung von Krankheit, der Lebensverlängerung und der Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit durch gemeinsame gesellschaftliche Anstrengungen. Um diese Ziele zu erreichen, wird eine öffentliche, gemeindebezogene Strategie von Umweltschutz, Kontrolle der Infektionskrankheiten und Gesundheitserziehung, eine Verbesserung der Früherkennung und Prävention ebenso nötig gehalten wie die Entwicklung des medizinischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems und die Weiterentwicklung des Systems der sozialen Sicherung (Hurrelmann/Laaser 1998: 26). Mit diesem Gesundheitsverständnis grenzt sich Public Health von der einseitigen biomedizinischen ‘Krankheits’auffassung der kurativen Medizin ab und definiert Gesundheit als multidimensionalen Begriff, der ebenso soziale und politische Kontexte einschließt.

Public Health ist ein interdisziplinäres Forschungsfeld, dessen Aufgabenspektrum folgende Bereiche einschließt: Analyse der körperlichen, seelischen und sozialen Bedingungen der Gesundheitsentwicklung und ihre Verteilung in der Bevölkerung, darauf aufbauend die Ableitung der Versorgungsbedarfe, die Analyse der bestehenden Versorgungsstrukturen und die Entwicklung neuer Modelle für eine optimierte Versorgung. Eine wichtige Forschungsdisziplin ist demnach die Epidemiologie, also das Studium der Verteilung und der Determinanten von Krankheitshäufigkeiten in menschlichen Populationen. Die zentralen Fragen beziehen sich zumeist auf kollektive und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen wie etwa Alleinerziehende, Migranten, Arme und Obdachlose. Weitere wichtige Forschungszweige sind die Versorgungsforschung und die Gesundheitsökonomie. Entsprechend vielfältig sind die Professionsprofile: Arbeits-, Sozial- und Präventivmediziner, Medizinpsychologen und -soziologen, klinische Psychologen, Sozialpsychiater, Ver-

haltens- und Umweltforscher finden sich in dieser Teildisziplin ebenso wie Gesundheitsökonom, Systemanalytiker, Management- und Verwaltungsforscher (Hurrelmann/Laaser 1998, Brand 1999: 67).

Die Erkenntnisse der Public Health-Forschung sind eine wichtige Grundlage für die Gesundheitspolitik, denn sie deckt Zusammenhänge zwischen sozialen Lebensbedingungen und Gesundheit auf und kann Impulse und Modellvorstellungen entwickeln, die zu einer Umgestaltung der Versorgungslandschaft und der verschiedenen Dienstleistungen führen, die im Gesundheitssystem erbracht werden. Zu den Zielsetzungen gehört die Verbesserung der Chancengleichheit im Gesundheitssektor, die Unterstützung gesundheitsfördernder Lebensbereiche, die Stärkung gesundheitsfördernder Potentiale im Arbeits- und Freizeitleben sowie die bedarfsgerechte Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen.

Public Health ist vor allem in den angelsächsischen Ländern eine etablierte Teildisziplin der Gesundheitsforschung. Da sich die Niederlande in der Ausgestaltung ihres Gesundheitswesens stark an Großbritannien orientierten, diffundierte der Public Health-Ansatz bereits frühzeitig in das niederländische Gesundheitswesen und ist dort in den Hochschulen und in den institutionell-rechtlichen Strukturen fest verankert. Die intensive Beschäftigung mit Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung mag auch ein Grund dafür sein, daß im niederländischen Gesundheitswesen bereits frühzeitig Experimente und Modellvorhaben nicht nur im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung, sondern auch im Bereich der bislang skizzierten Modernisierungsstrategien durchgeführt wurden.

„In den Niederlanden ist man sehr viel stärker als in Deutschland an einem transparenten und homogenen Gesundheitssektor interessiert. (...) Hierbei spielen die Erkenntnisse der Public Health-Forschung eine große Rolle. Außerdem verfügen die Niederländer in viel größerem Maße über neue Gesundheitsberufe und Professionen, die bei der Umsetzung der Forschungsergebnisse erforderlich sind. Sie haben auch frühzeitig Institutionen auf Bundesebene eingerichtet, die die Forschung vorantreiben und die Regierung und Akteure des Gesundheitswesens beraten (z.B. das RIVM). In Deutschland gibt es keine vergleichbaren Institutionen, die einerseits einen unabhängigen Status genießen und andererseits einen so großen Einfluß ausüben. Das führt dazu, daß die Forschung in Deutschland eher grundlagenbezogen, in den Niederlanden eher anwendungsbezogen ist.“ (Interview D12)

¹ Im deutschen Sprachraum wird häufig der Begriff Gesundheitswissenschaft genutzt. Im Unterschied zum stark politikbezogenen Begriff Public Health wird hier stärker der interdisziplinäre Charakter betont.

Die Ursachen für die geringe Bedeutung von Public Health in der Bundesrepublik sind vielfältig: So wirkt sich blockierend aus, daß im deutschen Gesundheitswesen keine Institutionen vorhanden sind, die als 'Interessenslobby' für Public Health fungieren könnten. Auch in den sozialrechtlichen Strukturen ist der Public Health-Gedanke nur unzureichend etabliert, ebenso im Qualifizierungs- und Ausbildungsprofil der Gesundheitsberufe. Dies macht die Durchführung entsprechender Projekte und Forschungsvorhaben schwierig. Der folgende Interviewauszug verdeutlicht des weiteren, daß auch die administrativen Strukturen eines Landes für die Verankerung von Public Health eine Rolle spielen, des weiteren der Ausbau der kurativen Infrastruktur:

„In diesem Zusammenhang muß man auch bedenken, daß die Durchführung solcher Maßnahmen (Anm.: Public Health, Prävention) eine große Durchsetzungskraft von seiten der Administrative verlangt, z.B. die Verpflichtung der Bevölkerung zur Beteiligung an Impfmaßnahmen. Bei dem stark staatlich zentralisierten Gesundheitssystem in England ist diese Durchsetzungskraft gegeben, z.T. auch in den Niederlanden. In Deutschland hingegen spielt die Autonomie des Individuums eine viel größere Rolle; vielleicht ist deshalb auch der Bereich der Prävention nicht so dogmatisch, aber dafür auch weniger dominant. Außerdem besteht natürlich ein Zusammenhang zwischen der kurativen Infrastruktur und Prävention. In Kuba z.B. hat die kurative Infrastruktur große Defizite aufgewiesen, daher war man gezwungen, den präventiven Bereich auszubauen. Dasselbe können Sie in den niederländischen Kolonien beobachten: Die Einheimischen, die zur Arbeit in den Minen verpflichtet waren, haben oft Würmer gehabt. Da die Behandlungskosten für die Niederlande zu hoch wurden, hat man auf den Ausbau präventiver Leistungen gesetzt. Da Deutschland immer über eine sehr gute kurative Infrastruktur verfügt hat, ist der Bedarf nach präventiven Maßnahmen vielleicht nicht so groß gewesen.“ (Interview N10)

Insgesamt spricht also einiges dafür, daß Gesundheit in Deutschland nicht nur einen ausgesprochen kurativen, sondern auch einen stark individuellen Bezug hat. Erst in den 80er Jahren wurde man auf die sozialen und kollektiven Dimensionen der Gesundheitsforschung aufmerksam und begann sich stärker im Bereich Public Health zu engagieren. Dies ist wohl hauptsächlich darauf zurückzuführen, daß der wachsende Problemdruck im deutschen Gesundheitswesen eine erweiterte Perspektive bei der Suche nach Lösungsansätzen erfordert. Dennoch schreitet der Ausbau nur sehr zögerlich voran. Eine Rolle spielt die aufwendige Forschungsarbeit: Public Health-Forschung kann nur in langfristiger Perspektive gesicherte Erkenntnisse generieren, d.h. es fehlen 'Erfolgsbeispiele', die das Image der Disziplin kurzfristig aufwerten und ihre Relevanz als gesundheitspolitischer Faktor steigern können. Hinzu kommt die Tatsache, daß Deutschland zur 'Geburtsstunde' der Public Health-Forschung renommierte Wissenschaftler an das Ausland verlor und beim Wiederaufbau des Gesundheitssystems andere Akzente setzte.

Textbox 5: Public Health-Aktivitäten in den Niederlanden und NRW**Public Health-Aktivitäten in NRW**

In NRW wird Public Health als Ausbildungsgang von drei Universitäten angeboten: Das *Zentrum für medizinische Soziologie* an der Universität Düsseldorf bietet Graduiertenstudiengänge für Mediziner und Naturwissenschaftler an. Es wurde vor zehn Jahren auf Initiative des Bundesministeriums für Forschung und Technologie eingerichtet. Die *Gesundheitswissenschaftliche Fakultät* der Universität Bielefeld bezieht sich auf Studenten aus dem Bereich Soziologie, Medien- und Erziehungswissenschaften und die Universität Köln ist auf den Bereich Gesundheitsökonomie spezialisiert. Des weiteren wird angedacht, einen Public Health-Studiengang an der Fernuniversität Hagen anzubieten. Die drei Universitäten sind gleichzeitig Mitglied des 1994 gegründeten *Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbunds Public Health*, der die Strukturentwicklung in Lehre, Forschung und Praxis durch zahlreiche Einzelprojekte fördert, z.B. Qualitätsforschung, kommunale Gesundheitspolitik, ambulante und stationäre Forschung älterer Menschen, Gesundheitsförderung in Schulen und Krankenhäusern, ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung. Eine weitere Initiative in NRW ist das Europäische *Public Health Centrum NRW*, in dem wissenschaftliche Akteure, Ärztekammern und Referatsleiter des Gesundheitsministeriums vertreten sind. Ziel ist, den Dialog und die Transparenz zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems zu fördern, die Umsetzung der '10 Gesundheitsziele' von NRW¹ zu fördern und eine Integration der Gesundheitssysteme in Europa in Hinblick auf die europäische Einigung anzustreben.

Department of Public Health, National Institute of Public Health and Environment

Im *Department of Public Health* an der *Erasmus University* in Rotterdam sind ca. 80 Mitarbeiter beschäftigt: Mediziner, Epidemiologen, Gesundheitswissenschaftler, Biostatistiker, Mathematiker, Demographen, Verhaltenswissenschaftler und Ökonomen. Die Forschungsaktivitäten beziehen sich erstens auf die Determinanten der Bevölkerungsgesundheit. Hier geht es insbesondere um sozial-epidemiologische Studien zur ungleichen Verteilung von Gesundheitsrisiken zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, um die gesundheitlichen Anforderungen, die aus der demographischen Entwicklung hervorgehen, sowie um betrieblichen Gesundheitsschutz. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Abschätzung von Gesundheitsinterventionen. Zu diesem Zweck werden Screenings innerhalb der Bevölkerung durchgeführt (Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen, genetische Screenings), Euthanasiemaßnahmen evaluiert und ökonomischen Folgewirkungen abgeschätzt. Die Fakultät ist besonders spezialisiert auf quantitative Methoden. Das *Rijksinstituut voor Gezondheid en Milieu* (RIVM) hingegen untersteht dem Ministerium für Gesundheit und ist für Supervision und politische Beratung in Public Health-Fragen zuständig. Zu diesem Zweck werden Studien zum Gesundheitszustand und zur Ökologie im politischen Auftrag durchgeführt, regelmäßige Reports und Szenarien zur Entwicklung des niederländischen Gesundheitswesens erstellt und Forschungsaktivitäten anderer Institutionen koordiniert. Außerdem ist das RIVM für die Entwicklung nationaler Impfprogramme, für die Frühwarnung bei Infektionskrankheiten sowie Technikfolgenabschätzung und chemisch-toxikologische Analyse zuständig. Obwohl das RIVM dem Ministerium untersteht, ist es in seiner wissenschaftlichen Tätigkeit autonom und fungiert als unabhängiges Beratungsorgan.

¹ Hierbei handelt es sich um prioritäre Ziele, die vom Ministerium für die Gesundheitspolitik in NRW formuliert wurden: 1. Herz-Kreislauferkrankungen reduzieren, 2. Krebs bekämpfen, 3. Rahmenbedingungen zur Förderung von Gesundheit, 4. Tabak, Alkohol und psychoaktive Substanzen, 5. Umwelthygiene-Management, 6. Primäre Gesundheitsversorgung, 7. Krankenhausversorgung, 8. Bürgernahe Dienste für besondere gesundheitliche Bedürfnisse, 9. Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich, 10. Unterstützung durch Gesundheitsinformation (MAGS 1995). Ein Überblick über die Projekte, die mit den '10 Gesundheitszielen' verknüpft sind, findet sich bei KÖHLER 2000.

„Erstens ist die Forschung in diesem Bereich Langzeitforschung, d.h. wir können viele Erkenntnisse nicht als gesichert betrachten. Außerdem sind viele Ergebnisse für Gesundheitsbereiche relevant, die nicht weiter ausgebaut werden, wie z.B. Prävention oder betriebliche Gesundheitsförderung. Zweitens sind wir im internationalen Vergleich mit einiger Verspätung gestartet. Dies liegt vor allem daran, daß die bestehenden Forschungsstrukturen im Nationalsozialismus zerstört wurden und viele Wissenschaftler ins Ausland emigriert sind. Nach dem Zweiten Weltkrieg war der Aufbau des deutschen Gesundheitswesens stark von der US-Gesundheitsideologie dominiert, die vor allem an medizinischer Forschung orientiert war. Deswegen wurde die Forschung erst wieder in den 80er Jahren auf Public Health aufmerksam.“ (Interview D12)

Die Untersuchung machte aber auch deutlich, daß in den Niederlanden trotz allem Engagements auch Defizite im Feld Public Health zu verzeichnen sind, die insbesondere mit der starken Verschiebung von der Versorgungsebene auf die wissenschaftliche Ebene zu tun haben. Offensichtlich kristallisiert sich der Zweig zunehmend als lukratives akademisches Forschungsfeld für Sozialmediziner und Epidemiologen heraus – der Anwendungsbezug bzw. die Umsetzung auf der Versorgungsebene laufen hingegen Gefahr, aus dem Blickfeld zu geraten:

„Die Geschichte von Public Health beginnt in den 50er Jahren. Damals sind die ersten Anstöße von den Leuten aus der Praxis gekommen, die beobachtet haben, daß Gesundheit auch soziale und wirtschaftliche Dimensionen hat. Die ersten Aktivitäten konzentrierten sich dann auch auf die praktische Ebene, z.B. bei den Gemeinden. Erst in den 70er Jahren wurde Public Health auch für die Forschung interessant und gelangte in die Universitäten. (...) Das hat allerdings dazu geführt, daß Public Health zu einer sehr forschungs- und theorieorientierten Disziplin geworden ist. Die zukünftige Herausforderung besteht darin, den Bereich wieder auf die praktische Ebene zurückzuführen. So haben z.B. die Gemeinden einen hohen Bedarf an Know-How, um die Forschungsergebnisse bei der Durchführung von lokalen Aktivitäten, z.B. Prävention, nutzbar zu machen.“ (Interview N4b)

Ob Public Health in der deutschen Gesundheitspolitik jemals einen so großen Einfluß haben wird wie in den angelsächsischen Staaten oder den Niederlanden, bleibt abzuwarten. Die Gesundheitsreform 2000 setzt sicherlich Akzente, die den Ausbau dieses Bereiches fördern können. Schnelle und kurzfristige Erfolge scheinen aber aufgrund der hiesigen Rahmenbedingungen ausgeschlossen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens; angemerkt wurde in einem Interview auch, daß Public Health als ‘weicher’ Standortfaktor in Regionen mit Strukturproblemen (was sicherlich auch als Anspielung auf die Probleme des Wirtschaftsstandortes Deutschland zu verstehen ist...) nicht gerade höchste Priorität genießt:

„Zusammenfassend ist zu sagen, daß der Erfolg von Public Health in den Niederlanden auf eine günstige Entwicklung von politischen Einflüssen und wissenschaftlichen Einflüssen zurückzuführen ist. Eine wichtige Rolle spielt dabei, daß diese Kombination durch erfolgreiche Forschungen und valide Ergebnisse gestärkt worden ist. Das ist auch das Problem in Deutschland. Aufgrund der Heterogenität des Gesundheitswesens ist es z.B. kaum möglich, größere Reihenuntersuchungen vorzunehmen, um Zusammenhänge zwischen sozialen Einflüssen, individuellen Einflüssen und biologischen Dispositionen zu untersuchen. Hier fehlen Erfolgserlebnisse, die die Disziplin etablieren können. Hinzu kommt bei strukturschwachen Regionen wie dem Ruhrgebiet die Tendenz, sich um ‘harte’ Disziplinen zu kümmern, z.B. neue Technologien und Industrien und solche weichen Bereiche aus dem Blickfeld zu verlieren. Unser Department hat auch Hilfe in den osteuropäischen Staaten angeboten. Die sind aber auch so sehr auf die wirtschaftliche Entwicklung fixiert, daß sie an einer Modernisierung ihres Gesundheitswesens keinen Bedarf sehen.“ (Interview N4b)

5.3 **Schlußfolgerungen**

Der Versorgungssektor des Gesundheitswesens versucht, mit spezifischen Modernisierungsstrategien auf die veränderten Rahmenbedingungen zu reagieren, die durch wachsende gesellschaftliche Anforderungen einerseits und verschärften Kostendämpfungsmaßnahmen andererseits hervorgerufen werden. In diesem Kapitel wurden einige derartige Strategien diskutiert: Über Kooperation und Vernetzung versuchen die Versorgungseinrichtungen, die negativen Folgewirkungen der organisatorischen Spezialisierung zu kompensieren und eine bedarfsgerechte Bündelung von Angebotspaketen zu ermöglichen. Die Maßnahmen unter dem Stichwort Patientenorientierung zielen auf die stärkere Berücksichtigung patientenspezifischen Interessen und auf die Einbindung entsprechender kollektiver Vereinigungen (z.B. Selbsthilfegruppen) ab, die nicht nur unter Wettbewerbsaspekten, sondern auch unter dem Gesichtspunkt einer medizinisch effizienten Versorgung an Bedeutung gewinnt.

Eine weitere Strategie, die diskutiert wurde, war Qualitätsmanagement, mit dessen Hilfe Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und die Wirksamkeit und optimale Anwendung neuer Verfahren überprüft werden kann. Neue Medien sind angesichts des wachsenden Informations- und Kommunikationsbedarfs ein wichtiges Managementinstrument und stellen daher eine wichtige Begleitstrategie bei anderen Modernisierungsmaßnahmen dar. Abschließend wurde die Bedeutung von Public Health diskutiert, die neue Modernisierungspotentiale erschließt, indem sie den Blick auf die sozialen und politischen Kontexte von Gesundheit lenkt.

Argumentiert wurde weiterhin, daß die zunehmende Verbreitung dieser Modernisierungsstrategien eng mit dem am Anfang dieses Kapitels skizzierten Wohlfahrtspluralismus verknüpft ist: Das Ge-

undheitssystem ist in seiner Trägerstruktur ein multidimensionaler Bereich, der sowohl staatliche und marktliche als auch gesellschaftliche und gemeinschaftliche Handlungslogiken einschließt. Die gezielte Verschränkung dieser sektorspezifischen Handlungslogiken ruft Wohlfahrtssteigerungen hervor, denn sie hat zu Folge, daß die Akzeptanz für 'systemfremde' Modernisierungskonzepte ansteigt. So sind die hier skizzierten Strategien nicht genuin Elemente des Gesundheitswesens, sondern diffundierten aus anderen Systemen (insbesondere dem Wirtschaftssystem) in das Gesundheitssystem und wurden hier entsprechend den systemspezifischen Gegebenheiten transformiert. Auf diese Weise hielten Qualitätsmanagement, Patientenorientierung, Kooperation und Neue Medien als Modernisierungsstrategien Einzug in die Gesundheitsversorgung. Sie sollen dazu beitragen, den wachsenden Bedarfsansprüche moderner Gesellschaften auch unter den Vorzeichen der Kostendämpfung gerecht zu werden.

Gleichzeitig wurde deutlich, daß die Niederlande einen deutlichen Vorsprung bei der Anwendung der hier skizzierten Modernisierungsstrategien aufweisen. Das niederländische Gesundheitswesen kann als ausgesprochen experimentierfreudig bezeichnet werden: Kooperationsstrategien werden je nach Gesundheitsfeld in vielfältiger Weise erprobt; die Ansätze in bezug auf Patientenorientierung und Qualitätsmanagement sind äußerst ausgereift; ebenso finden sich vielversprechende Anwendungsmöglichkeiten im Bereich Neuer Medien. Zwar wird auch im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen eine Fülle an Modernisierungsstrategien praktiziert; die Einführung verläuft aber zurückhaltender. Die Ursachen für diese unterschiedliche Intensität sind vielfältig: Erstens ist anzumerken, daß sich die Niederlande frühzeitiger mit Modellvorhaben auf der Versorgungsebene beschäftigten, während die deutsche Gesundheitspolitik länger auf der Versicherungs- und Finanzierungsebene verharrte. So wurde im letzten Kapitel geschildert, daß in den Niederlanden bereits Mitte der 90er Jahre Gesetze zum Qualitätsmanagement und zur Patientenorientierung verabschiedet wurden; gleichzeitig setzte das Gesundheitsministerium in starkem Umfang auf die Aktivierung der Versorgungsebene durch Modellprojekte und Pilotvorhaben. Dies beweist, daß Gesetzesvorhaben durchaus geeignet sind, auch auf dezentraler Ebene ein innovationsförderndes Klima zu schaffen und Modernisierungsprozesse zu initiieren. In der Bundesrepublik hingegen geriet die Versorgungsebene als Ansatzpunkt gesundheitspolitischer Steuerung erst mit der Gesundheitsreform 2000 in den Blickpunkt der politischen Erwägungen.

Andererseits ist aber auch nicht zu übersehen, daß die Niederlande in ihrem Versorgungssektor über weitaus günstigere strukturelle Bedingungen verfügen, um Modernisierungsprozesse umzusetzen. Die Durchführung von Modernisierungsmaßnahmen wird insbesondere durch die spezifischen Abgrenzungen zwischen ambulantem und stationärem Sektor begünstigt. Da ist erstens die

Stellung der Hausärzte als *gate keeper*, die als zentrale Koordinationsinstanzen des niederländischen Gesundheitswesens auch einen hervorragenden Knotenpunkt bei Kooperationsvorhaben oder informationstechnischen Vernetzungen darstellen (können). Zweitens erweist sich die Konzentration der Fachärzte als äußerst vorteilhaft, die nicht wie in der Bundesrepublik niedergelassen tätig sind, sondern in den Kliniken angesiedelt sind. Es ist leicht nachzuvollziehen, daß eine derartige Konzentration eine Standardisierung, wie sie zum Beispiel im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich wird, sehr begünstigt. Insgesamt entpuppt sich also die stärkere Homogenität des niederländischen Versorgungssektors als Pluspunkt im Rahmen von Modernisierungsvorhaben; umgekehrt werden im deutschen Versorgungssektor Modernisierungsprozesse aufgrund der heterogenen und fragmentierten Struktur abgebremst. Nicht umsonst gab ein niederländischer Interviewpartner zu verstehen, daß die informationstechnische Vernetzung im deutschen ambulanten Sektor wahrscheinlich niemals den Verbreitungsgrad des niederländischen Gesundheitswesens erreichen wird – was jedoch abzuwarten bleibt.

Die unterschiedliche Struktur der beiden Versorgungssektoren impliziert des weiteren, daß eine Vergleichbarkeit in bezug auf Inhalt und Geschwindigkeit von Modernisierungsprozessen nur bedingt möglich ist. Dennoch lassen sich natürlich Rückschlüsse aus den niederländischen Erfahrungen ziehen, die für die Modernisierungspolitik des deutschen Versorgungssektors aufschlußreich sein können. Hierzu zählt zunächst einmal die Erkenntnis, daß gerade auf der Versorgungsebene vielversprechende Anknüpfungspunkte für eine gleichzeitig bedarfsgerechte und ressourcenschonende Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gegeben sind. Denn die Versorgungsebene (und nicht die Versicherungs- und Finanzierungsebene) ist der eigentliche Ort der Wohlfahrtsproduktion: Hier entscheidet sich, ob Gesundheitsversorgung kompatibel ist zu den Ansprüchen, die aus der gesellschaftlichen Umwelt an das System herangetragen werden, und hier finden sich im Sinne des Wohlfahrtspluralismus auch die Schnittstellen zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen. Daher verdient die Versorgungsebene gerade unter integrationstheoretischen Aspekten mehr Aufmerksamkeit in der monetär ausgerichteten deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, daß die 'Inkorporierung' systemfremder Konzepte die Leistungsfähigkeit des Systems steigern kann und eine bessere Anbindung an die gesellschaftliche Umwelt ermöglicht.

Insofern könnte die Gesundheitsreform 2000 mit ihren versorgungsorientierten Maßnahmen tatsächlich neue Innovationsakzente setzen. Die niederländischen Erfahrungen machen aber auch deutlich, daß bei einer breiten Anwendungspraxis der anfängliche Enthusiasmus schnell nachlassen kann. 'Nachhaltige' Modernisierungsmaßnahmen erfordern eine Strategie der kleinen Schritte, die

viel Ausdauer, Überzeugungskraft und Engagement abverlangen. Die gesetzlichen Initiativen stoßen in ihrer Umsetzung nicht nur an strukturelle Hindernisse in den einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung, sondern tangieren auch traditionelle Routinen und Statushierarchien auf Seiten der Leistungsorganisationen. Hier ist insbesondere organisatorische Lernfähigkeit in den Versorgungseinrichtungen gefordert, aber auch ein Umdenken bei den einzelnen Professionsgruppen und Ausbildungsinstitutionen. Insofern ist auch die Modernisierung des Versorgungssektors kein Königsweg zur Reformierung des Gesundheitswesens, sondern zieht neue Herausforderungen und Umsetzungsprobleme nach sich, die sich nur in der Langzeitperspektive lösen lassen.

6 BESCHÄFTIGUNGSENTWICKLUNG UND WACHSTUMSPERSPEKTIVEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Im Zuge der Expansion des Wohlfahrtsstaates hat sowohl die Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen als auch die Ausdifferenzierung der Berufe stetig zugenommen, wobei sich diese Tendenz auch im Zuge der Kostendämpfungsmaßnahmen nur marginal abgeschwächt hat. So konnten in den letzten zwanzig Jahren nicht nur die Ärzte Beschäftigungszuwächse verbuchen; auch das Spektrum der nichtärztlichen Berufe (Pflege, technische, sozial- und paramedizinische Berufe) ist durch beachtliche Ausdifferenzierungen und Beschäftigungsanstiege gekennzeichnet. Ziel dieses Kapitels ist ein Überblick über quantitative und qualitative Merkmale der Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen. Anschließend soll die These diskutiert werden, inwiefern der Gesundheitssektor als Wachstumssektor im wirtschaftlichen Sinne aufgefaßt werden kann. Damit werden in diesem Kapitel zwei weitere Integrationsaspekte aufgegriffen, nämlich erstens die Integration des Gesundheitswesens über Berufe und zweitens über Prozesse der Entdifferenzierung.

6.1 Gesundheit als Sektor der Dienstleistungsgesellschaft

Die Beschäftigungsexpansion des Gesundheitswesens ist eng verknüpft mit der Entwicklung der Dienstleistungsgesellschaft. Die Niederlande und die Bundesrepublik sind als solche zu bezeichnen – ihr Beschäftigungsanteil im Dienstleistungssektor betrug 1996 rund 73% bzw. 71% (Baethge u.a. 1999: 161).¹ Schlüsselt man den tertiären Sektor in seine Kategorien auf, fallen neben den unternehmensbezogenen vor allem die personenbezogenen Dienste durch besonders hohe Wachstumsraten auf. Zu ihnen gehört neben dem Gesundheitswesen auch das Sozialwesen, der Bildungssektor, Kultur sowie konsumbezogene Dienste wie Körperpflege, Freizeit und Tourismus.² Obwohl in der wissenschaftlichen und politischen Diskussion lange Zeit als ‘Stiefkind’ behandelt, spiegelt sich der Trend zur Dienstleistungsgesellschaft in diesen Feldern besonders deutlich wider (vgl. auch Beyer u.a. 1998).

¹ Hierbei handelt es sich um eine *funktionale Zuordnung* auf Basis der ausgeübten Tätigkeiten.

² Zum Vergleich: Die sozialen Dienste verzeichneten in der BRD von 1980 bis 1997 einen Beschäftigungszuwachs von 66%; ihr Anteil an der Gesamtbeschäftigung betrug 15,7%. Die unternehmensbezogenen Dienste sind im selben Zeitraum um 67% gewachsen; ihr Anteil liegt bei 13%. Der Fertigungssektor mußte hingegen einen Beschäftigungsabbau von 17% verzeichnen (Hilbert 2000: 5).

Die Expansion des Dienstleistungssektors ist nach FOURASTIÉ Resultat einer sektoralen Verschiebung der Beschäftigung, die gleichermaßen von Angebots- und Nachfrageseite hergeleitet werden kann (Fourastié 1954, Häußermann/Siebel 1995: 27ff.): Aufgrund von Produktivitätssteigerungen kommt es im sekundären Sektor zu einer Freisetzung von Arbeitskräften, die in den tertiären Sektor abwandern. Parallel dazu vollzieht sich auf der Nachfrageseite eine Verschiebung der Bedürfnispräferenzen. Aufgrund der Produktivitätssteigerungen im primären und sekundären Sektor kommt es zu 'Sättigungsschwellen' beim Bedarf nach existentiellen und Sachgütern. Dieser wird abgelöst durch kulturell- und sozialorientierte Bedürfnisse nach Dienstleistungen aller Art – Bildung, Gesundheit, Betreuung, Unterhaltung und Information.

Aufgrund spezifischer Merkmale ist die Nachfrage nach Dienstleistungen insbesondere personenbezogener Art unersättlich. Denn diese sind dem *uno-actu-Prinzip* unterworfen, d.h. der Akt ihrer Produktion fällt mit dem Akt der Konsumtion zusammen (Häußermann/Siebel 1995: 24). Ihre Durchführung setzt demnach nicht nur die Gegenwart und Leistungsbereitschaft auf Seiten der Anbieter, sondern auch auf Seiten der Klientel voraus: Ohne Patient kann kein Arzt diagnostizieren und behandeln, ohne Schüler kann kein Unterricht stattfinden. Daraus folgt weiterhin, daß personenbezogene Dienstleistungen nicht lagerfähig sind; sie können nicht auf Vorrat produziert werden und sind nicht transportabel. Aufgrund dieser Merkmale sind sie als rationalisierungsresistent einzustufen; Produktivitätssteigerungen sind nur begrenzt möglich. Dies bedeutet, daß es nicht zur Überproduktion und zum Erreichen einer Sättigungsschwelle kommen kann. Nicht zuletzt aus dem Grund sah FOURASTIÉ im Dienstleistungssektor die 'Hoffnung des 20. Jahrhunderts' – eine Quelle für immerwährende Beschäftigung und Lebensqualität.

Der Trend zur Dienstleistungsgesellschaft ist also auf eine Verschiebung von Arbeitskräften und Bedürfnispräferenzen zurückzuführen. In bezug auf soziale und Gesundheitsdienste müssen in diesem Kontext folgende Mißverständnisse ausgeräumt werden. So ist falsch, daß sich das Bedürfnis nach derartigen Diensten erst *nach* der Stillung der Primärbedürfnisse entwickelt, also wohlstandsbedingt ist. Ebenso beheben diese Dienste keinen pathologischen Zustand, der im Normalfall nicht auftritt (These der 'Null-Nachfrage'). Hierzu GROSS und BADURA:

„Das Bedürfnis nach sozialen Dienstleistungen scheint vielmehr weder wohlstandsbedingt noch pathologisch, sondern etwas durchaus Normales und Elementares zu sein. Neu ist lediglich die Äußerungsform und die Befriedigungsform dieser Bedürfnisse (...) Neu ist die Äußerungsform, weil sich das Bedürfnis unter den heutigen Umständen in Form von Ansprüchen an den Staat konkretisiert, neu ist die Befriedigungsform, weil diese Dienstleistungen mehr und mehr nicht mehr in Primärgruppen auf Gegenseitigkeit und natural erbracht werden, sondern gegen „Entgelt“ (wenn auch in Form von Steuern und Versicherungsbei-

trägen) von spezifisch dafür ausgebildeten Professionen produziert werden.“ (Gross/Badura 1977: 367)

Der Bedarf nach Gesundheitsversorgung und sozialen Diensten ist also kein genuines Merkmal der Dienstleistungsgesellschaft; für die Mitglieder der industriellen und feudalen Gesellschaft waren dies ebenso existentielle Güter. Früher jedoch von gemeinschaftlichen Instanzen wie Familie oder Nachbarschaft erbracht, sind diese Dienste jetzt zu einer Ware in dem Sinne geworden, daß sie gegen Entgelt von spezifischen Professionen erbracht werden, die die erodierten traditionellen Hilfgemeinschaften ersetzen. Den sozial- und gesundheitsbezogenen Professionen¹ ist in diesem Kontext gemeinsam, daß sie sich durch ihren interaktiven und empathischen Charakter von der ökonomischen Rationalität der übrigen Gesellschaft abgrenzen; sie entwickeln sich auf Grundlage einer ‘Solidaritätsbeziehung’, die durch Vertrauen zwischen Professionellem und Klient gekennzeichnet ist. (Merten/Olk 1999: 957, 960). Dieses Dienstideal ist nach PARSONS notwendig, weil die Problemlagen mit einer hohen Verletzlichkeit und Hilfsbedürftigkeit einhergehen, die unter Marktgesetzen zu einer nicht akzeptablen Ausbeutung der Klienten führen würde. Die professionelle Logik oszilliert dabei zwischen universalisierter Regelanwendung und hermeneutischem Fallbezug: Neben der Anwendung von Fachwissen geht es auch immer um den Bezug auf die Klientel und ihre Lebenspraxis und um die interpretative Deutung ihrer Probleme. Professionalisierung trägt demnach zur gesellschaftlichen Integration bei, indem sie anstatt auf ökonomische Rationalität auf Vertrauen setzt und als Vermittler zwischen System und Lebenswelt fungiert.

Im Gesundheitswesen wird die klassische Profession durch den Arzt repräsentiert, der lange Zeit bevorzugtes Objekt der Berufsforschung gewesen ist. Dabei wurden andere Berufszweige des Gesundheitswesens systematisch vernachlässigt, obwohl gerade diese in erheblichem Ausmaß für das Beschäftigungswachstum und die Ausdifferenzierung des Berufsspektrums verantwortlich sind.² Unter funktionalistischer Perspektive ließe sich argumentieren, daß ihre Entstehung eine

¹ „Als Professionen gelten in der soziologischen Theorie diejenigen Dienstleistungsberufe, die ein systematisch entwickeltes wissenschaftliches Wissen auf Praxisprobleme anwenden (...)“ (Merten/Olk 1999: 956). Hinzu kommen Merkmale der *Autonomie*: Das Privileg, die Inhalte der Tätigkeit selbst zu kontrollieren, die Entwicklung eines ethischen Kodex und die Weisungsbefugnis und Einflußnahme gegenüber anderen Berufsgruppen (Wanek 1994: 24f.). Klassische Professionen sind neben dem Arzt der Jurist und der Theologe.

² Gemeint sind vor allem Pflegeberufe (Krankenschwestern, Altenpflege, Behindertenerpflege), sozial- und paramedizinische Berufe. Hierzu zählen rehabilitative Berufe wie Logopädie (Behandlung von Sprach- und Sprechstörungen), Ergotherapie (Förderung der alltagspraktischen Krankheitsbewältigung), Orthoptik (Sehstörungen), aber auch Diätassistenten, Physiotherapeuten, Masseur und Beschäftigungstherapeuten. Eine weitere große Gruppe, die im Unterschied zu den eben genannten Kategorien auf eine längere Tradition als die Ärzte blicken kann, sind die Hebammen und Entbindungspfleger (Klein-Lange 1998: 218f.). Nichtärztliche Berufsgruppen wurden häufig als *Semi-Professionen* bezeichnet: „Thus, a semi-profession may lack a syste-

Antwort auf die Gesundheitserfordernisse ist, die im Zuge gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse entstehen. Denn obwohl der Bedarf nach Gesundheitsdiensten auch in der traditionellen Gesellschaft vorhanden war, hat sich dessen Charakter natürlich im Zuge des gesellschaftlichen Wandels radikal verändert: Demographische Entwicklung, Individualisierung, Verstädterung etc. führten insgesamt zu einer beachtlichen Ausweitung und Ausdifferenzierung des Bedarfsspektrums, das mittlerweile weit über die biomedizinische Dimension hinausgeht. Dieser 'Paradigmenwechsel' ist auch kennzeichnend für die Gesundheitsdefinition der WHO:

„Die WHO umschreibt Gesundheit als individuell erlebtes, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden und unterstreicht damit die subjektive Dimension von Gesundheit. Das, was Menschen unter Gesundheit verstehen oder mit Gesundheit assoziieren, ist von dem gesellschaftlich-kulturellen Hintergrund abhängig. Damit prägen Faktoren wie Lebensphase, Alter, soziale Herkunft, Bildungsgrad, Geschlecht, Erziehung und die Strukturen des Gesundheitswesens das Gesundheitsverständnis des Einzelnen und von Gruppen.“ (BMBF 1997: 5)

Mit anderen Worten: Gesundheitsbedürfnisse werden 'ganzheitlicher' und schließen neben medizinischen auch soziale, kulturelle und psychische Elemente mit ein. Dies spiegelt sich in den Beschäftigungs- und Berufsstrukturen des Gesundheitswesens wider, und zwar nicht nur dahingehend, daß sich die ärztliche Profession in eine Vielzahl an Fachrichtungen spezialisiert hat. Noch deutlicher lassen sich die modernen Gesundheitserfordernisse an den nichtärztlichen Berufsgruppen ablesen, die offenen und multidimensionaler angelegt sind als die ärztliche Profession. Denn diese sog. *neuen Gesundheitsberufe* (Pflege, Sozial- und Paramedizin) weisen in besonderem Maße psychische, soziale, kulturelle und technische Konnotationen auf. Mit anderen Worten: Sie durchsetzen das Gesundheitssystem mit Elementen anderer gesellschaftlicher Teilsysteme. Ihre Entwicklung ist demnach besonders geeignet, die These MÜNCHS zu illustrieren: Interpenetration, also der gelungene Brückenbau zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen, vollzieht sich über Berufe, die wichtige Vermittlungsdienste zwischen dem Gesundheitssystem und seiner Umwelt leisten, indem sie die Elemente des Systems mit denen anderer Teilsysteme kombinieren.¹

matic theoretical knowledge base and hence entail a shorter period of training for its members; it may not command a monopoly of control over its members, the criteria for their recruitment, training, licensing, or performance; its code of ethics may be vague or inconsistent; and the professional associations may be divided, inefficient, or powerless.“ (Toren 1972: 39)

¹ In diesem Zusammenhang interessiert natürlich auch das Verhältnis zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen (vgl. auch Kerkhoff 1996, Merten/Olk 1999: 958, Wanek 1994: 24ff.). Als 'echte' Profession führen die Ärzte die Berufshierarchie im Gesundheitswesen in Bezug auf Privilegien, Selbstverwaltung, Gehalt, Kompetenz etc. an. Im *Dominanzmodell* werden die nichtärztlichen Berufe entsprechend als passive Manövrierarmee ärztlicher Interessen begriffen, an die willkürlich Aufgabenfelder delegiert werden. Im

In diesem Sinne wird es in den folgenden Abschnitten darum gehen, die gesundheitlichen Bedarfslagen moderner Gesellschaften genauer zu skizzieren und mit den Beschäftigungstendenzen des niederländischen und deutschen Gesundheitswesens zu verknüpfen. Folgende Aspekte stehen im Mittelpunkt der Betrachtung: Altersspezifische Versorgungsdienste, Gesundheitsförderung durch Prävention und Rehabilitation sowie psychosoziale Versorgung. Den Auftakt bildet ein kurzer Überblick über die Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen.

6.2 Bedarfsprofile und Beschäftigungsentwicklung im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen stellt in den beiden Ländern einen äußerst dynamischen Beschäftigungssektor dar. In den Niederlanden wurde die Beschäftigungszahl 1997 auf ca. 848.000 beziffert, dies entspricht einem Anteil an der Gesamtbeschäftigung von rund 13,6%. Dabei weist das Gesundheitswesen eine hohe Zuwachsrate auf: Seit 1987 ist die Beschäftigung um rund 26% angewachsen; somit ist die Wachstumsrate wesentlich höher als die der Gesamtbeschäftigung, die im selben Zeitraum bei rund 19% liegt. In der BRD waren 1997 ca. 1.632.000 Personen im Gesundheitswesen tätig; der Anteil an der Gesamtbeschäftigung lag somit bei 7,4%. Das deutsche Gesundheitswesen hat also insgesamt einen geringeren Beschäftigungsanteil als das niederländische; dennoch sind auch hier die Wachstumsraten beachtlich: Die Beschäftigung hat seit 1987 um rund 33% zugenommen; damit liegt auch in der Bundesrepublik das Wachstum im Gesundheitswesen weit über dem bescheidenen Anstieg der Gesamtbeschäftigung von rund 4,5% (Baethge u.a. 1999: 184f.).

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Beschäftigungsentwicklung in verschiedenen Teilssektoren des Gesundheitswesens. In den Niederlanden steigt die Beschäftigung in *allen* Feldern an – trotz Budgetierung, Bettenabbau und Fusionierung. Die Wachstumsraten sind allerdings äußerst unterschiedlich: Hohe Raten finden sich im Bereich Rehabilitation, *mental healthcare*, sowie bei der Versorgung Behinderter. Überraschend ist die Entwicklung des ambulanten Sektors und der Krankenhäuser: Trotz anderer gesundheitspolitischer Intentionen finden sich im ambulanten Sektor (Hausärzte, Hebammen, Apotheker) die niedrigsten Zuwachsraten; der Beschäftigungsanstieg im stationären Bereich fällt hingegen relativ hoch aus. Ein weiteres Merkmal ist, daß

Tauschmodell wird das Verhältnis eher als symbiotisches Beziehungsmuster gesehen, bei dem die Aufgaben-delegation für die medizinische Profession neue Möglichkeiten der Produktivitätssteigerung eröffnet, für den Assistenzberuf einen erweiterten Verantwortungsbereich. Vieles spricht dafür, daß die Expansion nichtärztlicher Gesundheitsberufe durch nationale *Formen der Marktregulierung* (Öffnung und Schließung) bestimmt wird, bei denen Handlungschancen und Deutungsmuster sowohl auf Seiten des Staates, der Ärzte und der Akteure nichtärztlicher Gesundheitsberufe eine Rolle spielen (Döhler 1997).

die Beschäftigungszunahme mit einem Ausbau der Teilzeit verknüpft ist (dies gilt übrigens auch für die BRD).

Tab. 13: Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitssektoren in den Niederlanden

Sektoren	1994		1998		Growth 94-98	
	Abs.	FTE ^a	Abs.	FTE	Abs.	FTE
Hospitals	185.142	135.476	207.360	14.5269	12,0%	7,2%
Rehabilitation hospitals	4.782	31.64	7.111	4.662	48,7%	47,3%
Mental healthcare	51.969	39.499	59.681	44.501	14,8%	12,7%
Care for the disabled	88.527	56.250	106.070	66.952	19,8%	19,0%
Care for the elderly	179.064	11.3795	200.445	124.613	11,9%	9,5%
Home Care	149.228	58.062	160.000	60.000	7,2%	3,3%
Extramural	68.689	52.412	72.106	55.195	5,0%	5,3%

^a Full Time Equivalent

Quelle: FfG u.a. 2000: 112, basierend auf Daten von Kwartel u.a. 1999

In Deutschland (stellvertretend sei hier NRW angeführt) ist die Beschäftigungszunahme im stationären Bereich wesentlich geringer als in den Niederlanden; die Aufschlüsselung zeigt außerdem große Unterschiede zwischen einzelnen Klinikategorien: Während die sonstigen Krankenhäuser (psychiatrische und neurologische Kliniken sowie Tages- und Nachkliniken) einen Rückgang von rund 20% verzeichnen mußten, verbuchten Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen mit insgesamt 26% den höchsten Beschäftigungsanstieg, gefolgt von der ambulanten ärztlichen Versorgung, die insgesamt einen massiven Ausbau verzeichnen konnte.

Tab. 14: Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitssektoren in NRW

Sektoren	Abs. 1991	Abs. 1997	Wachstum 91-97
Stationärer Sektor insgesamt	251.514	255.351	1,5%
- Allgemeine Krankenhäuser	216.947	222.810	2,7%
- Sonstige Krankenhäuser	23.852	19.025	-20,1
- Vorsorge- und Reha	10.715	13.516	26,1
Ambulante (zahn-)ärztliche Versorgung	28.117	35.320	25,6

Quelle: FfG u.a. 2000: 26ff.; basierend auf Daten der Krankenhausstatistik des LDS

Die Betrachtung einzelner Berufsfelder zeigt, daß in den Niederlanden fast alle Berufsgruppen vom Beschäftigungszuwachs profitiert haben, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Besonders hohe Wachstumsraten weisen die Pflegeberufe und die paramedizinischen Berufe auf.¹ Inter-

¹ Anteilsmäßig dominieren die Sprachtherapeuten; die mit Abstand höchste Wachstumsrate (rund 170% seit 1990) findet sich jedoch bei der Fußpflege (Hauptklientel sind Diabetespatienten). Mit großem Abstand folgen die *dental hygienists*, die vor allem prophylaktische Aufgaben innehaben (Zahnreinigung etc). Anzumerken ist außerdem, daß das Profil dieser Berufe überwiegend jung, weiblich und teilzeitbeschäftigt ist.

essant ist außerdem die Entwicklung der Hausärzte, die im niederländischen Gesundheitswesen aufgrund der *gate keeper*-Position eine exponierte Stellung einnehmen: Die Tabelle zeigt, daß die Wachstumsrate trotz dieser Schlüsselposition überraschend gering ist. Demnach mag die formelle Aufwertung der hausärztlichen Position zwar eine Erweiterung von Kompetenzen und Aufgaben zur Folge haben, führt aber bislang nicht zu einer nennenswerten Beschäftigungszunahme. Die Fachärzte hingegen weisen mit einem Beschäftigungszuwachs von rund 19% nicht nur die höchste Zuwachsrate nach Pflege und Paramedizin auf, sondern stellen auch einen hohen Anteil an der Gesamtbeschäftigung. Dies ist nicht nur ein Indikator dafür, daß der Trend zur Spezialisierung ungebrochen ist, sondern erklärt auch die Dominanz des klinischen Sektor (in dem die Fachärzte angesiedelt sind) gegenüber dem ambulanten.

Tab. 15: Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitsberufen in den Niederlanden

Profession group	Abs. 1991	Abs. 1997	Growth 91-97
General Practitioners	6.455	6.919	7,2%
Specialists	12.210 ^a	14.563	19,3%
Dentists	7.544	7.069	-6,3%
Pharmacists	2.247	2.444	8,8%
Paramedical professions	22.635	27.604 ^b	22,0%
Nurses, Midwives	298.004 ^a	370.912	24,5%

^a 1990

^b darunter Physiotherapeuten auf Basis von 1996

Quelle: FfG u.a. 2000: 113, 117; basierend auf Daten von Geneeskundige hoofinspectie van de volksgezondheit 1998, CBS/VWS 1990, VWS 1999, Hingstman/Harmsen 1994, LCVV 1998

Insgesamt bestätigt die Beschäftigungsentwicklung auf Seiten der Ärzte die bereits in Kap. 5 formulierte Vermutung, daß die Position des niederländischen *gate keeper* überschätzt wird. Hier spielt sicherlich die mangelnde Attraktivität des Berufes eine Rolle: Hausärzte markieren in den Niederlanden nach wie vor das untere Ende der ärztlichen Berufshierarchie, wie z.B. an den Vergütungsstrukturen deutlich wird.

„Bislang war es so, daß Spezialisten über Einzelleistungsvergütung abgerechnet wurden, während Haus- und Kinderärzte pro Patient eine Pauschale erhielten. Dadurch kam es zu gravierenden Einkommensunterschieden, d.h. manche Spezialisten verfügen über doppelt soviel Einkommen. Am Ende der Skala stehen die Hausärzte, die über etwas weniger Einkommen verfügen als die am schlechtesten bezahlte Professionsgruppe der Kinderärzte. Die Tendenz geht dahin, die Einkommen am oberen Ende der Skala einzufrieren und die unteren Einkommen langsam anzuheben.“ (Interview N7a)

In der Bundesrepublik profitieren insbesondere die Ärzte und die Sprechstundenhilfen vom Beschäftigungsanstieg. Überraschend hoch ist im Vergleich zu den Niederlanden das Beschäfti-

gungswachstum der Zahnärzte und vor allem der Altenpflege. Offensichtlich weist der deutsche Pflegesektor eine stärkere Beschäftigungsdynamik auf als der niederländische. Vergleichsweise gering ist hingegen der Anstieg des paramedizinischen Personals, wobei aber auf die starke Streuung zwischen den einzelnen Berufsgruppen hingewiesen werden muß: So verzeichneten zwar die therapeutischen Berufe, die Masseure und Krankengymnasten einen Beschäftigungsrückgang, die Beschäftigten im Bereich Ernährung nahmen dafür um 25% zu. Ebenso hat sich die Zahl der Heilpraktiker von 1985 bis 1996 annähernd verdoppelt, und auch die niedergelassenen Hebammen verzeichnete in diesem Zeitraum trotz Geburtenrückgang einen Anstieg um rund 60% (FfG u.a. 49f.).

Tab. 16: Beschäftigungsentwicklung nach Gesundheitsberufen in der BRD

Berufsgruppen	Abs. 1991	Abs. 1997	Wachstum 91-97
Ärzte	244.000	283.000	16,0%
Zahnärzte	55.000	62.000	12,7%
Apotheker	42.000	47.000	11,9%
Paramedizinische u. therapeutische Berufe	173.000	192.000	10,9%
Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen	830.000	903.000	8,8%
Sprechstundenhelfer	364.000	502.000	37,9%
Amb./stat. Altenpflege	164.542 ^a	271.056 ^a	65%

^a 1990 bzw. 1996

Quelle: KBV 2000: H2; basierend auf Daten der Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, ABDA, Statistisches Bundesamt; FfG u.a. 2000: 60, 69; basierend auf Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege.

Der erste Überblick läßt sich dahingehend zusammenfassen, daß neben den Ärzten die Pflegeberufe und die paramedizinischen Berufe besonders dynamische Berufsgruppen darstellen. Damit korrespondiert ein positives Wachstum im Pflegesektor, im Bereich Vorsorge und Rehabilitation sowie – zumindest in den Niederlanden – im Bereich der geistigen Gesundheitsversorgung. Die Entwicklung in diesen Feldern soll in den folgenden Abschnitten genauer dargestellt werden.

6.2.1 Pflege und Gesundheitsversorgung im Alter

Die Entwicklung der Pflegeberufe steht in engem Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung und der ‚Alterung der Gesellschaft‘, die häufig als *die* Herausforderung des Gesundheitswesens gesehen wird. Die Berechnungen für Deutschland lassen darauf schließen, daß bis zum Jahre 2040 der Anteil der über 60jährigen gut ein Drittel der Gesamtbevölkerung ausmachen wird (Bäcker u.a. 1995: 11). Für die Niederlande wird diese Entwicklung zwar mit Verzögerungen, aber umso gravierender ausfallen, da hier der Baby-Boom der Nachkriegszeit besonders ausgeprägt gewesen ist:

„The result is that at the present the Netherlands has about the lowest percentage of aged persons (...) of the western world, while in 2040 it will be one of the oldest countries.“ (Maas u.a. 1996: 26f.)

Altern ist zwar nicht zwangsläufig mit Krankheit verbunden, allerdings treten gesundheitliche Probleme aufgrund der sinkenden Widerstandsfähigkeit und der erhöhten Anfälligkeit gehäuft auf (Schwartz/Walter 1998: 136ff.). Hierzu gehören erstens alterphysiologische Veränderungen (im Volksmund auch als Abnutzungserscheinungen bezeichnet), zweitens Krankheiten aufgrund verminderter Immunkräfte, die im Alter einen besonderen Schweregrad aufweisen können (z.B. Infektionskrankheiten) sowie drittens Erkrankungen mit langer Latenzzeit (Krebs, Gefäßveränderungen, Alzheimer), die sich erst im Alter manifestieren. Das Krankheitsprofil im Alter ist dementsprechend häufig durch chronische Beschwerden und durch Multimorbidität gekennzeichnet. Hinzu kommt eine generelle Einschränkung der Funktionsfähigkeit: Die Belastbarkeit ist vermindert, die Reserven sind schnell erschöpft (Garms-Homolová/Schaeffer 1998: 538ff.)

Die Alterung der Gesellschaft geht demnach mit massiven Leistungsanforderungen an das Gesundheitswesen einher. Insbesondere wird mit einer quantitativen Ausweitung altersspezifischer Pflegeangebote zu rechnen sein.¹ Eine einseitige Ausrichtung auf die 'harte' medizinische Pflege wird dem Bedarf jedoch kaum gerecht werden. Denn altersspezifische Gesundheitsförderung setzt weit vor dem Einsatz gravierender chronischer Erkrankungen an, die einen alten Menschen zum stationär betreuten Pflegefall werden lassen. Insbesondere bei der Gruppe der jungen Alten² wird es verstärkt darum gehen, Eigenständigkeit und Aktivität zu fördern: Mit anderen Worten: Hier geht es um psychische, soziale und infrastrukturelle Unterstützung, die der medizinischen Versorgung im präventiven Sinne vorgeschaltet ist bzw. diese in Rehabilitationsphasen ergänzt.

In der Bundesrepublik läßt sich die Bedarfszunahme nach altersspezifischen Diensten an der Beschäftigungsentwicklung der Pflegeeinrichtungen der Wohlfahrtsverbände ablesen. Insbesondere nach der Einführung der Pflegeversicherung erfuhren die Pflegekapazitäten einen beträchtlichen Aufschwung. Die folgende Tabelle zeigt, daß insbesondere im stationären Sektor die Beschäftigungsanzahl deutlich schneller angewachsen ist als die Bettenanzahl. Im ambulanten Sektor sind

¹ Außerdem steigt der Forschungs- und Entwicklungsbedarf in bezug auf altersspezifischen Erkrankungen (Altersdementia, motorische und sensitive Altersstörungen), womit der Zweig der Geriatrie und Gerontologie eine beträchtliche Aufwertung erfahren wird.

² Alterungsprozesse beim Menschen weisen eine hohe biologische und soziale Heterogenität auf. Entsprechend differenziert die Soziodemographie in Alte (ab 60 oder zumeist 65 Jahren) und Hochbetagte (über 80), des weiteren in junge Alte (65-74) und ältere Alten (ab 75) (Schwartz/Walter 1998: 125).

die Zunahmen nicht ganz so hoch, aber nichtsdestotrotz beachtlich: Insbesondere Anfang der 90er kommt es aufgrund der intensiven Förderung der Sozialstationen zu einer Beschäftigungsexpansion.

Tab. 17: Ambulante und stationäre Kapazitäten der Wohlfahrtsverbände in der BRD

	1970	1975	1981	1990	1993 ^c	1993 ^d	1996
Stationär^a							
Betten oder Plätze	185.021	231.257	266.133	335.751	401.290	441.094	418.853
Wachstum	100	125,0	143,8	181,2	216,9	100	95,0
Beschäftigte	44.900	62.970	82.822	130.274	157.498	174.051	205.756
Wachstum	100	140,2	184,5	290,1	350,8	100	118,2
Anteil Vollzeit	78,7	70,2	70,41	69,3	62,5	64,7	60,9
Ambulant^b							
Einrichtungen	10.275	8.953	5.499	5.788	5.356	6.250	6.812
Wachstum	100	87,1	53,5	56,3	52,1	100	109,0
Beschäftigte	21.145	19.136	23.655	34.268	41.593	49.808	65.300
Wachstum	100	90,5	111,9	162,0	196,7	100	131,1
Anteil Vollzeit	61,1	59,4	51,8	58,2	51,2	54,0	45,8

^a Altenwohnungen, Altenwohnheime, Altenheime, Altenpflegeheime, Altenkrankenheime

^b Gemeindekrankenpflege, Haus- u. Familienpflege, Sozialstationen, Dorfhilfe, mobile soziale Dienste

^c Zahlen für Westdeutschland

^d Zahlen für Gesamtdeutschland

Quelle: FfG u.a. 2000: 66, 69; basierend auf Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtspflege

Auch in den Niederlanden haben die Pflegeberufe eine beträchtliche Ausweitung erfahren, allerdings (noch) nicht so massiv wie in der Bundesrepublik. Gleichwohl gehen Experten davon aus, daß der demographische Wandel einen weiteren Beschäftigungsanstieg von 10% erfordert. Außerdem ist eine stärkere Differenzierung der Pflegeberufe vonnöten, um die breite Palette der Versorgungsbedarfe auch qualitativ abdecken zu können:

„Wir rechnen mit einer bedarfsorientierten Differenzierung der Professionsgruppen im Pflegebereich, wobei gleichzeitig die Ausbildungsgänge homogenisiert werden, um die Übergänge zwischen den verschiedenen Fachrichtungen zu erleichtern und um das Image der Pflegeberufe attraktiver zu machen. Der steigende Bedarf schließt auch geringqualifizierte Berufsgruppen mit ein, z.B. die sog. alpha-care. Hierbei handelt es sich um Haushalts- und einfache Pflegetätigkeiten, die zumeist als Nebenverdienst in geringfügiger Beschäftigung ausgeübt wird und keine besondere Qualifikation verlangen.“ (Interview N7b)

Tatsächlich wurden im niederländischen Gesundheitswesen in den letzten Jahren eine Reihe von Qualifizierungsmaßnahmen eingeleitet, die dem Bedarf besser entsprechen und den Arbeitskräften

eine möglichst starke Mobilität in verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens ermöglichen sollen.¹ Die Ausbildung im Bereich Pflege und Versorgung kann jetzt sukzessive durchlaufen werden und umfaßt folgende Stufen, die auf jeweils unterschiedliche Bedarfsgruppen zugeschnitten sind (De loopen 1998: 5ff.):

- Level 1 *Domestic Welfare Assistant* („alpha-care“) ohne Ausbildung: Hauswirtschaftliche Dienste
- Level 2 *Domestic Welfare Assistant* mit zweijähriger Ausbildung: Hauswirtschaftliche Dienste, leichte Pflegedienste
- Level 3 *Assistant Nurse* mit dreijähriger Ausbildung: Kurzzeitpflege, Mutterschaftsversorgung, Altenpflege, Pflege Behinderter und chronisch Kranker
- Level 4 *Nurse* mit vierjähriger Ausbildung: Klinische Pflege, Schwangerschaftsversorgung, Kinderpflege, Versorgung geistig und chronisch Erkrankter
- Level 5 (*Specialist*) *Nurse* mit vierjähriger Ausbildung: Klinische Intensivpflege, Schwangerschaftsversorgung, Kinderpflege, Versorgung geistig und chronisch Erkrankter

Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Berufsstruktur innerhalb des niederländischen Pflege-sektors. Der größte Anteil des Pflegepersonal konzentriert sich im Home Care-Bereich, also bei der Pflege zu Hause; es folgen die Krankenhäuser und Pflegeheime (*nursing homes*), die nach der stationären *mental care* auch die höchsten Wachstumsraten aufweisen.

¹ Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Sozial- und Gesundheitsberufen ist auch in der Bundesrepublik ein wichtiger Ansatzpunkt zur Reformierung der Aus- und Weiterbildungsgänge (vgl. auch Bals 1993, Bischoff 1993, Evers 1993).

Tab. 18: Beschäftigungsentwicklung im Bereich Pflege und Versorgung in den Niederlanden

Sectors	Abs. number		Growth (1990=100), FTE			
	1990	1997	1994	1995	1996	1997
Hospitals	58.240	72.399	106,6	109,3	112,8	115,2
Institutions for mentally care ^a	38.545	19.480	115,0	121,3	125,0	133,4
Nursing homes	39.188	55.902	114,6	120,6	127,4	132,3
Care homes	41.635	47.011	99,2	97,8	99,0	100,9
Nurses	5.135	4.086	82,7	80,8	81,1	78,1
Assistant nurses	9.455	10.468	88,3	89,6	91,0	94,5
Old people's aids	15.867	21.245	107,6	107,1	107,6	111,5
Old people's helpers	4.842	5.157	100,4	96,4	93,7	90,6
Other	6.381	6.339	102,7	97,5	91,7	94,4
Home care	115.760	133.555 ^b	91,9	92,0	91,8	91,1
Nurses	7.679	9.095	93,6	91,6	89,0	86,5
Assistant nurses	2.104	4.076	116,8	120,0	125,4	131,2
Maternity welfare workers	5.178	5.776	93,7	89,8	86,9	86,4
Home helpers ^c	100.800	113.920	89,1	89,8	90,1	89,4
Other extramural working nurses ^d	3.554	3.325	103,5	94,0	82,7	86,0
Total	296.921	369.406	104,1	106,3	108,8	111,6

^a including mental hospitals, institutions für mentally deficient, sensorily handicappedes, nursery's for children^b including staff nurses (1997: 688)^c including domestic welfare assitants, welfare workers, alpha helpers^d including Public Health, occupational health service, ambulatory health care, trombosis service, ambulance services

Quelle: FfG u.a. 2000: 117; basierend auf Daten des LCVV 1998

In bezug auf die einzelnen Beschäftigungsgruppen fällt auf, daß der ambulante Sektor durch einen Anstieg gering qualifizierter Assistenzberufe gekennzeichnet ist: Beim Betreuten Wohnen (*care homes*) steigt die Anzahl der Pflegehelfer, im Bereich Home Care finden sich vermehrt Assistenzschwestern, die unter der Aufsicht von Krankenschwestern arbeiten. Die klassische Krankenschwester hingegen ist in den Einrichtungen des ambulanten Sektors rückläufig – vieles spricht dafür, daß sie den stationären Sektor als Arbeitsort bevorzugt und dort auch für den Beschäftigungsanstieg verantwortlich ist.

Als konkretes Pflegefeld soll abschließend Home Care betrachtet werden. Diese Pflegeform hat in Deutschland noch einen stark experimentellen Charakter; in den Niederlanden hingegen wurde sie bereits Anfang der 90er Jahre zu einer der wichtigsten Säulen des Pflegesektors ausgebaut. Home Care ist ein äußerst weites Feld, welches nicht nur Alten- und Krankenpflege einschließt, sondern auch Familienhilfe im Krankheits- und Pflegefall sowie Mutter- und Säuglingsbetreuung. Erbracht wird sie durch lokale gemeinnützige Träger; die Versorgung wird in der Regel durch

district nurses geleistet, wobei die Funktionen mit verschiedenen Qualifizierungsniveaus ausgeweitet werden.

„Home Care wird zukünftig an Bedeutung zunehmen. Dies liegt einerseits daran, daß sie meistens billiger ist als stationäre Unterbringung, andererseits wird in Zukunft die Nachfrage auf Seiten der Patienten ansteigen, weil Pflege in den eigenen vier Wänden angenehmer ist. Von daher ist auch vorstellbar, daß stationäre Anbieter ihre Leistungspalette um Home Care erweitern, zumal durch die Bettenreduzierung zunehmend Personal freigesetzt wird, daß für Home Care eingesetzt werden könnte. Bislang wechselte das Personal nach entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen zu ambulanten Einrichtungen.“ (Interview N6b)

Die folgende Tabelle zeigt, daß bei der Beschäftigungsentwicklung zwischen Pflege- und Haushaltsaufgaben einerseits und medizinischen Aufgaben andererseits unterschieden werden muß: Im Bereich der *welfare workers*, die für Pflege und Haushalt zuständig sind, sind die Haushaltshelfer (Level A und B) rückläufig. Ihre Aufgaben werden von *alpha helpers* ohne Qualifikation übernommen (die meist privat bezahlt und auch nicht von den gemeinnützigen Einrichtungen, sondern von Zeitarbeitsbüros vermittelt werden!). Gleichzeitig finden sich verstärkt Kräfte der Level C, D, E, die auch über Pflegekompetenzen verfügen. Dies läßt sich dahingehend interpretieren, daß Hilfe im Haushalt nur dann gewünscht ist, wenn auch bereits Pflegebedarf besteht – vorher reichen anscheinend die informellen Netzwerke (Familie, Freunde, Nachbarn) oder *alpha care* aus. Bei den medizinischen Tätigkeiten ist die Zahl der Schwestern rückläufig; benötigt werden hier vor allem Assistenzschwestern, die dem qualifizierten medizinischen Personal zur Hand gehen. Des weiteren zeigt sich, daß Home Care offensichtlich ein geeignetes Beschäftigungsfeld für paramedizinische und soziale Berufe ist: Insbesondere Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter weisen als neue Berufsgruppen dieses Feldes hohe Wachstumsraten auf.

Tab. 19: Beschäftigungsentwicklung im Bereich Home Care

Berufe	Abs. 1994	1995	1996	1997	1998	Avg. yearly growth
<i>Welfare workers</i>	107.061	103.135	108.306	119.438	123.745	3,8%
Domestic welfare assistant A and B	44.800	43.166	43.657	40.485	37.907	-4,0%
Welfare workers C & D	15.921	16.314	17.411	18.562	18.659	4,1%
Specialist welfare workers E	1.286	1.478	1.461	1.456	1.463	3,5%
Maternity welfare workers	5.590	5.344	5.476	5.448	5.906	1,5%
Alpha-helpers	39.464	36.833	40.301	53.487	59.810 ^a	11,8%
<i>Nurses</i>	1.1880	11.185	12.185	12.849	13.192	2,8%
District nurses	6.466	6.750	6.505	6.447	5.906	-2,1%
District nurses not fully qualified	5.414 ⁽¹⁾	2.123	2.152	2.410	2.846	-7,3%
Assistant nurses	(1)	2.312	3.528	3.992	4.440	17,5%
<i>Medical and social professions</i>	3.606 ⁽²⁾	3.476	3.814	5.502	5.901	14,4%
Physicians incl paediatricians	(2)	749	819	886	894	6,1%
Dieticians	(2)	366	378	405	425	5,1%
Occupational therapists	(2)			66	91	37,9%
Social workers	(2)			1.110	1.261	13,6%
Additional jobs (Mekert-jobs) ^b	(2)			945	1.105	16,9%
Other staff carrying out the work	(2)	2.361	2.617	2.090	2.125	-2,5%
<i>Administration</i>	12.578	13.111	12.173 ^a	13.195	13.270	-7%
<i>Total</i>	135.125	130.907	136.478	150.984	156.108	3,8%

(1) (2) jeweils kombiniert

^a Schätzung auf Basis der Wachstumsrate^b Mekert-Jobs sind politisch initiierte Beschäftigungsangebote für Langzeitarbeitslose. Ihr Wachstum ist mit Vorsicht zu interpretieren: Erstens wird die Rate zweifellos sinken, wenn die Programme beendet werden, zweitens wird auch der Erfolg dieser Maßnahmen im Gesundheits- und Pflegebereich kontrovers eingeschätzt.

Quelle: FfG u.a. 2000: 119; basierend auf Daten des CBS/VWS 1996 und später

In beiden Ländern zeichnet sich der gesamte Pflegesektor des weiteren durch einen hohen Teilzeitanteil aus. So sind im Bereich Home Care und Betreutes Wohnen zwar die absoluten Beschäftigungszuwächse bemerkenswert, bei einer Umrechnung in Vollzeitäquivalente zeigt sich jedoch, daß beide Felder weitgehend stagnieren. Ähnlich sieht es aus in Deutschland: Der Anteil der Vollzeitkräfte beträgt bei den ambulanten Diensten der Wohlfahrtsverbände knappe 46%, im Bereich der stationären Einrichtungen rund 61%. Dies zeigt, daß von der absoluten Ausweitung der Beschäftigung noch lange nicht auf eine ausreichende Bedarfsdeckung im Pflegesektor geschlossen werden kann. Insbesondere in den Niederlanden ist die Personalknappheit ein äußerst dringendes Problem (auf das in 7.3 zurückzukommen sein wird), was sich insbesondere in den Wartelisten niederschlägt.

6.2.2 Prävention und Rehabilitation

Der Anstieg des paramedizinischen Personals ist eine Folge der Präventions- und Rehabilitationsbedarfe, die mit modernen Zivilisationskrankheiten einhergehen (Allergien, Krebs und Herz-Kreislauferkrankungen). Kennzeichnendes Merkmal dieser Erkrankungen ist ein Ungleichgewicht zwischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten (vgl. Kap. 1). Aufgrund der technologischen Entwicklung können zwar viele Krankheiten immer frühzeitiger und genauer diagnostiziert werden; des weiteren steigt das Wissen um ihre Ursachen und Entstehungszusammenhänge. Dies gilt aber nicht in gleichem Maße für den Fortschritt auf Seiten der Behandlungsmöglichkeiten – Zivilisationskrankheiten können häufig nicht geheilt werden, sondern tendieren dazu, sich zu chronischen Erkrankungen zu entwickeln. Daher nehmen in modernen Gesundheitssystemen Prävention und Rehabilitation eine wichtige Bedeutung ein. Während *Prävention* neben der Früherkennung vor allem Maßnahmen der Gesundheitsförderung beinhaltet, zielt *Rehabilitation* auf die Vermeidung oder Linderung von Funktionsstörungen ab, die in Folge von Erkrankungen auftreten. Beide sind der eigentlichen medizinischen Behandlung vor- oder nachgeschaltet bzw. flankieren diese. Sie beinhalten Versorgungs- und Beratungsangebote in bezug auf die individuelle Lebensgestaltung, z.B. Freizeit-, Arbeits- und Ernährungsgewohnheiten. Ein Facharzt für Hauterkrankungen formulierte dies folgendermaßen:

„Dermatologischen Erkrankungen liegen häufig Ursachenkomplexe zugrunde, die über medizinische Ursachen hinausgehen. Hierzu gehören z.B. psychosoziale Faktoren, Umweltbedingungen, Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Dementsprechend bietet unser Zentrum eine breite Palette an Leistungen an. Dazu gehört Ernährungsberatung (auch für die kochenden Ehefrauen und Mütter), psychologische Beratung (Gruppentherapie, Familien- und Einzeltherapie sowie Entspannungsmethoden wie Yoga, autogenes Training), Sport und Physiotherapie.“ (Interview D11)

Rehabilitation und Prävention als Ergänzung zur medizinischen Behandlung wird zum großen Teil durch sozial- und paramedizinische Berufe vorgenommen. Wie bereits in den bisherigen Abschnitten deutlich wurde, haben diese in den vergangenen Jahren eine stetige Aufwertung erfahren und stellen neben den Pflegeberufen die eigentlichen Gewinner der Bedarfszunahme im Gesundheitswesen dar (dies gilt insbesondere für die Niederlande, in denen das Wachstum ausgeprägter ist als in der Bundesrepublik). Der Bedarf nach Angeboten, die die kernmedizinische Versorgung ergänzen, hat in den letzten Jahren offensichtlich stetig zugenommen, obwohl viele dieser Leistungen Eigenbeteiligungen vorsehen oder überhaupt nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind.

In den Niederlanden spiegelt sich der Bedarf nach Rehabilitation und Prävention u.a. in den *Health Centres* wider, die gleichzeitig eine bevorzugte Lokalität für die paramedizinischen Berufe zu sein scheinen. Hierbei handelt es sich um ein relativ neues Phänomen in der niederländischen Gesundheitslandschaft, bei dem verschiedene Felder der ambulanten Versorgung unter einem Dach zusammengefaßt werden. Die folgende Tabelle illustriert, daß die *Health Centres* bis Mitte der 90er Jahre einen regelrechten Boom durchliefen – zu dieser Zeit waren sie favourisiertes Objekt öffentlicher Förderung, da sie gemeinhin als vortreffliches Instrument der Transmuralisierung (vgl. Kap. 5) angesehen wurden. Seitdem die Förderung zurückgefahren wurde, ist die Rate leicht rückläufig, aber immer noch positiv. Die *Health Centres* vereinigen ein äußerst differenziertes und heterogenes Berufsspektrum, wobei die einzelnen Disziplinen aber unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen: Insbesondere die paramedizinischen Berufe und die Psychologen finden hier ein geeignetes Berufsfeld, während Krankenschwestern, Sozialarbeiter und Haushaltshelfer eher rückläufig sind (erstere findet man eher in den Klinken, letztere im Bereich Home Care). Überraschend gering fällt das Wachstum auf Seiten der Hausärzte aus. Dies liegt daran, daß der niederländische Hausarzt zwar nicht gerade ein Einzelkämpfer ist, sich aber lieber mit seinesgleichen in einer Gemeinschaftspraxis zusammentut, statt mit anderen Berufsgruppen in einem *Health Centre* zu kooperieren.

Tab. 20: Beschäftigungsentwicklung in den Health Centres

Profession groups	Abs. number		Growth (1990=100)						
	1990	1998	1980	1985	1994	1995	1996	1997	1998
General practitioners (incl. assistants)	562	643	50,5	81,9	109,6	109,8	111,9	115,3	114,4
District nurses	557	487	44,7	77,9	98,0	92,5	91,6	89,4	87,4
Social workers	312	303	44,9	74,4	99,0	98,1	98,7	98,7	97,1
Physical therapists	432	529	43,8	78,7	118,1	117,4	119,0	120,1	122,5
Midwives	148	269	26,4	77,0	151,4	157,4	166,9	175,0	181,8
Homehelpers / old people's aids	106	74	35,8	78,3	90,6	75,5	76,4	77,4	69,8
Assistant nurses	103	169	17,5	51,5	150,5	154,4	150,5	159,2	164,1
Dentists	79	96	43,0	88,6	105,1	112,7	116,5	119,0	121,5
Pharmacists	81	124	21,0	60,5	124,7	137,0	150,6	151,9	153,1
Dieticians	47	117	17,0	31,9	214,9	225,5	234,0	244,7	248,9
Psychologists	8	45	87,5	87,5	225,0	375,0	412,5	512,5	562,5
Exercise therapists	5	39			460,0	660,0	700,0	760,0	780,0
Speech therapists	48	67			266,7	305,6	322,2	333,3	372,2
Other staff ^a	49	208	22,4	55,1	291,8	308,2	322,4	383,7	424,5
Total	2507	3210	41,2	75,1	118,6	121,0	123,5	126,9	128,0

^a oral hygienists, social councillors, alternative practitioners, school physicians

Quelle: FfG u.a. 2000: 114; basierend auf Daten von Hingstman/Harmsen 1994; CBS/VWS 1994 und später; eigene Berechnungen

Aufschluß über die Beschäftigung im Rehabilitationsbereich gibt des weiteren die Entwicklung in den klinischen Einrichtungen. In den Niederlanden verzeichnen die Rehabilitationskliniken zwischen 1994 und 1998 einen Beschäftigungszuwachs knapp 49%. Dies liegt vor allem daran, daß dieser Bereich mit einem Beschäftigungsanteil von knapp 0,9% bislang den kleinsten aller Gesundheitsfelder darstellt – der Nachholbedarf ist offensichtlich beträchtlich. In NRW hingegen ist der stationäre Bereich mit 1,5% wesentlich besser ausgebaut; die Wachstumsraten sind daher auch bescheidener, aber dennoch beachtlich. Wie die folgende Tabelle zeigt, ist die Beschäftigung seit 1991 um 26% gewachsen; insbesondere die Berufsgruppen Pflege und Therapie haben stark zugenommen. Allerdings ist auch anzumerken, daß der Höhepunkt des Zuwachses in der Mitte der 90er Jahre erfolgte, danach fiel die Beschäftigungsanzahl ab.

Tab. 21: Beschäftigungsentwicklung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in NRW

Berufsgruppe	Abs. Anzahl 1991	Abs. Anzahl 1998	Wachstum 91-98
Pflegepersonal	2.331	3.587	53,9%
Wirtschaft und Technik	2.912	2.940	1,0%
Ärzte	935	1.117	19,5%
med.-tech. Assistenzberufe	733	830	13,2%
Therapeutische Berufe	1.567	2.413	54,0%
Funktionsdienst	369	535	45,0%
Verwaltung	993	1.322	33,1%
Sonderdienste	875	772	-11,8%
Gesamt	10.715	13.516	26,1%

Quelle: FfG u.a. 2000: 33; basierend auf Daten der Krankenhausstatistik des LDS; eigene Berechnungen

Der Bereich Prävention durchläuft hingegen in beiden Ländern eine andere Entwicklung. Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung in den Niederlanden. Seit Beginn der 80er Jahre massiv politisch forciert und öffentlich finanziert, stieg die Beschäftigungsanzahl zunächst stark an. Seitdem jedoch die Förderung Mitte der 90er Jahre zurückgefahren wurde, zeigt sich ein generell rückläufiges Bild: Die Beschäftigung sinkt mit einer jahresdurchschnittlichen Rate von rund 5%. Besonders betroffen sind Berufsgruppen, die auf der Versorgungsebene tätig sind, also Krankenschwestern, Sprachtherapeuten, paramedizinische Berufe sowie die Verwaltung. Zu vermuten ist, daß ein Großteil dieser Berufe in den Home Care-Sektor und in die Health Centres abwandert. Dafür weist die Kategorie der Sozialarbeiter positive Wachstumsraten auf, und bei den akademischen Berufe fällt der Beschäftigungsrückgang relativ gering. aus. Letzteres spricht dafür, daß Prävention in den Niederlanden als Public Health-Bereich ein renommiertes Lehr- und Forschungsfeld ist – eine Zuschneidung, die als Spezialisierung zu werten ist (vgl. Kap. 5).

Tab. 22: Beschäftigungsentwicklung im Bereich Prävention in den Niederlanden

Profession group	Abs. number		Growth (1990=100), FTE						
	1990	1998	1981	1988	1994	1995	1996	1997	1998
Physicians	1209	752	77,8	93,7	100,2	78,2	77,8	46,4	77,4
Other university graduates	313	246	49,6	79,3	139,1	124,1	128,2	45,5	92,5
Nurses	1508	659	94,4	96,7	98,5	43,1	45,4	39,4	50,5
Speech therapists	377	179		91,1	85,7	76,0	70,9	59,3	69,4
Paramedical, medical auxiliary personnel	947	557	94,4	86,3	93,4	76,8	75,9	73,1	78,5
Social workers	81	74	167,6	130,9	116,2	92,6	85,3	76,5	108,8
Clerical personnel	1388	905	89,6	89,6	101,5	85,3	83,5	62,9	80,2
Other personnel	487	455	104,8	108,0	132,7	110,5	112,6	62,5	122,0
<i>Total</i>	<i>6788^a</i>	<i>3993^b</i>	<i>85,4</i>	<i>93,3</i>	<i>102,6</i>	<i>69,0</i>	<i>69,0</i>	<i>49,6</i>	<i>70,9</i>

^a including ambulance personnel (478)^b including dentists (14), psychologists (32), epidemiologists (58)

Quelle: FfG u.a. 2000: 121; basierend auf Daten des CBS/VWS 1982 und später; eigene Berechnungen

Leicht rückläufig ist auch die Beschäftigung in den deutschen Gesundheitsämtern, die mit Präventionsaufgaben beauftragt sind. In NRW war der Höhepunkt 1990 erreicht; die Beschäftigungszahl betrug damals 4.503 und verringerte sich bis 1996 um rund 8% auf 4.160. Positive Wachstumsraten verzeichnen die Zahnärzte und die Zahnarthelferinnen, die Sozialarbeiter und die sozialmedizinischen Assistenten, eher negativ ist die Beschäftigungsentwicklung beim medizinisch-technischen und beim Verwaltungspersonal sowie in der Pflege (FfG u.a. 2000: 219)

6.2.3 Psychosoziale Gesundheit

Insbesondere die Beschäftigungsentwicklung des niederländischen Gesundheitswesens deutet auf einen steigenden Bedarf nach psychosozialen Diensten hin. Ursache ist die Individualisierung (Beck 1986, Klages 1999: 699ff.): Hervorgerufen durch Massenwohlstand und Bildungsrevolution treten insbesondere seit den 60er Jahren traditionelle Werte wie Ordnungsliebe und Gehorsam gegenüber Selbstentfaltung, Eigenaktivität und Partizipation in den Hintergrund. Damit steigt auch die Bedeutung des psychischen Wohlbefindens als Komponente der Lebensqualität. Andererseits ist die individualisierte Gesellschaft eben auch Risikogesellschaft: Mobilitäts- und Flexibilitätsanforderungen, der 'Zwang zur freien Entscheidung' unter der Vielfalt der Optionen und die individuelle Zuschreibung der Folgen manifestieren sich in psychischem Druck, dem die traditionelle Gesellschaft mit ihren standardisierten Berufsbiographien kaum Raum gelassen hatte. Ein Interviewpartner formulierte dies folgendermaßen:

„Der Bedarf nach psychischer und psychosozialer Versorgung wird weiter ansteigen. Wir beobachten seit dem 2. Weltkrieg eine Psychologisierung der Gesellschaft, eine Populäri-

sierung der Psychologie. Gesellschaftliche und individuelle Probleme, die nichts Neues sind, werden immer mehr unter psychologischen Aspekten interpretiert.“ (Interview N10)

Entsprechend gewinnen *psychosoziale Gesundheitsdienste* in westlichen Gesellschaften an Bedeutung: Hierzu gehören nicht nur die ‘harten’ Aspekte psychologischer und psychiatrischer Versorgung: Angebote wie autogenes Training, ‘Management-Seminare’, Lebens- und Partnerschaftsberatung sollen helfen, die Anforderungen des modernen Lebens (beruflicher Stress, Urbanität, Mobilität) besser zu meistern und Emanzipations- und Selbstverwirklichungsansprüchen gerecht zu werden.

Die Bedeutung der psychosozialen Gesundheit in Deutschland verdeutlicht am ehesten der Anstieg der Diplompsychologen. Die Absolventenzahlen sind von 1985 bis 1995 von 1.947 auf 2.345 angestiegen. 1996 war von rund 33.000 Psychologen etwa ein Drittel selbständig tätig, zwei Drittel in einem Angestelltenverhältnis. Klinische Psychologen finden sich vermehrt auch in Feldern, die nur im weiteren Sinne dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind, z.B. in der betrieblichen Suchtberatung. Der klinische Bereich hingegen, präsentiert durch die Kategorie der ‘Sonstigen Krankenhäuser’ (Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen und neurologischen Betten sowie reine Tages- und Nachkliniken), ist eher rückläufig: In NRW ist die Beschäftigung seit 1991 um rund 25% gesunken. Dies sieht in den Niederlanden anders aus. Offensichtlich sind psychosoziale Gesundheitsdienste dort ein Teilbereich des Gesundheitswesens, dem höchste Aufmerksamkeit zukommt: Das gesamte Beschäftigungswachstum in diesem Feld beträgt seit 1995 rund 15% und wird nur von den Rehabilitationskliniken und der Versorgung Behinderter übertroffen. Dies spiegelt sich auch in den Ausgaben des Gesundheitswesens wider, wo die psychischen Erkrankungen den mit Abstand höchsten Anteil verzeichnen (Maas u.a. 1996: 34).

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die *Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg* (AGGZ), die vor allem von den regionalen gemeinnützigen Gesundheitsdiensten (RIAGGs) erbracht wird. Ihre Betrachtung ist auch deshalb interessant, weil im Rahmen der deutschen Gesundheitsreform 2000 die Einrichtung einer ambulanten ‘Soziotherapie’ beabsichtigt ist. Die Beschäftigung in der AGGZ ist seit 1994 um rund 17 Prozentpunkte angewachsen. Hier sind es insbesondere Psychotherapeuten, sozialpsychiatrische Schwestern und das Verwaltungspersonal, die hohe Wachstumsraten aufweisen. Rückläufig sind hingegen Psychiater, Pädiatriker, Psychologen und andere akademische Grade. Es spricht vieles dafür, daß diese Berufsgruppen in den psychiatrisch orientierten klinischen oder universitären Bereich abwandern. Stark abgenommen haben auch die Sozialarbeiter. Insgesamt spricht diese Entwicklung für eine zunehmende Spezialisierung im Bereich geistiger Gesundheitsversorgung.

Tab. 23: Beschäftigung in der ambulanten geistigen Gesundheitsversorgung (AGGZ)

Profession group	Abs. number		Growth (1990 = 100), FTE						
	1990	1997	1981	1988	1991	1992	1993	1994	1997
Psychiatrists	537	526	79,4	98,7	94,2	93,9	96,0	92,6	95,5
Paediatricians	28	20		114,3	128,6	171,4	128,6	171,4	85,7
Other physicians	289	308		87,3	95,8	100,0	112,7	112,7	112,7
Psychologists	838	652	94,6	122,7	107,7	106,1	105,1	103,5	96,4
Other university grad.	434	360	51,5	94,2	105,2	119,0	112,6	101,8	78,8
Psychotherapists	846	973			102,8	113,8	112,4	123,1	133,7
Social-psychiatric nurses	1163	1578	57,7	93,0	98,2	106,2	111,4	115,5	127,8
Social workers	1347	1239	96,8	103,5	94,4	94,1	93,1	87,2	87,7
Clerical personnel	1819	2123	74,8	93,8	100,5	104,1	106,0	106,7	112,9
Other personnel	573	983	65,7	113,0	99,7	109,2	119,3	170,6	197,4
Total	7874	9283^a	70,7	93,5	99,6	104,0	105,7	108,5	116,8

^a including prevention councillors (1997=341)

Quelle: FfG u.a. 2000: 120; basierend auf Daten des CBS/VWS 1982 und später; eigene Berechnungen

Insgesamt zeigte die Betrachtung, daß die Bereiche Pflege, Rehabilitation und Prävention sowie psychosoziale Gesundheit offensichtlich besonders beschäftigungsdynamische Gesundheitsfelder sind, wovon in Deutschland insbesondere Pflegeberufe und in den Niederlanden insbesondere paramedizinische Berufe profitieren. Des weiteren ist in den Niederlanden die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe eng mit ‚innovativen‘ Versorgungseinrichtungen wie Health Centres, Home Care und ambulanten psychosozialen Einrichtungen verknüpft. Dies könnte ein Resultat der gegenwärtigen Gesundheitspolitik sein, die – wie in Kap. 4 skizziert – in ihren Reformmaßnahmen ausdrücklich auf die Versorgungsebene abzielt und Experimente und Modellvorhaben ‚vor Ort‘ gezielt fördert.¹ In Deutschland kann der Ausbau derartiger Versorgungsformen noch nicht im selben Ausmaß beobachtet werden. Beiden Ländern ist jedoch gemeinsam, daß das Gesundheitswesen trotz Bettenabbau und Budgetierung eine positive Beschäftigungsentwicklung verzeichnen kann, die die anderer Wirtschaftsbereiche übertrifft. Nicht zuletzt deshalb wird das Ge-

¹ Einen weiteren wichtigen Impuls für das Wachstum der nicht-ärztlichen Berufe könnte außerdem das 1993 implementierte Gesetz *Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg* (BIG) darstellen (in Kap. 4 unter den Aspekten der Qualitätssicherung thematisiert). Es redefiniert die Tätigkeitsbereiche der einzelnen Berufskategorien im Gesundheitswesen und wird von Experten als entscheidender Schritt zur ‚Entmonopolisierung‘ der medizinischen Profession interpretiert: „The act could signify a possible erosion of both the social and cultural authority of the Dutch medical profession, and, in this respect, be one indicator of a deprofessionalisation process, or a reduction of occupational privileges of the Dutch medical profession.“ (Schepers/Hermans 1999: 343) Ob der Anstieg der nicht-ärztlichen Professionen genuin mit diesem Gesetz verknüpft ist, kann anhand der hier genutzten Daten nicht überprüft werden. In jedem Fall geht aber dieser gesetzliche Schritt weiter als die diesbezüglichen Regelungen in Deutschland.

sundheitswesen häufig als wirtschaftlicher Sektor mit Wachstums- und Beschäftigungspotentialen interpretiert. Diese These soll in den folgenden Abschnitten ausführlicher diskutiert werden.

6.3 Gesundheit als wirtschaftlicher Wachstumssektor?

In den letzten Abschnitten wurde deutlich, daß der Bedarf nach Gesundheitsdiensten im Zuge gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse ansteigt und sich in einer positiven Beschäftigungsentwicklung in bestimmten Gesundheitsfeldern und –berufen niederschlägt. Anhand der Sektoren Pflege, Prävention, Rehabilitation und psychosoziale Gesundheit ließ sich dies konkretisieren. Das Gesundheitswesen weist darüber hinaus jedoch noch weitere Felder auf, die ebenfalls durch starke Bedarfszunahmen gekennzeichnet sind:

- So steigt die Nachfrage nach Diensten, die das *körperliche und seelische Wohlbefinden* steigern. Ursache ist die Individualisierung des Gesundheitsbegriffes: In der modernen Gesellschaft muß Gesundheit vom Einzelnen ‘erarbeitet’ werden, was eine Verschiebung in den Konsumpräferenzen zur Folge hat. Ein Beispiel hierfür ist die anhaltende Wellness- und Beautybewegung, aber auch bei der Urlaubs- und Freizeitgestaltung spielen gesundheitliche Erwägungen mittlerweile eine große Rolle.
- Im Gesundheitssektor kumulieren sich einige ‚Zukunftstechnologien‘, die als *driving forces* für die wirtschaftliche Entwicklung angesehen werden. Hierzu zählen die Bio- und Medizintechnologie, Umwelttechnologie sowie vielfältige Anknüpfungspunkte für die Entwicklung Neuer Medien. Besonders stark nachgefragt werden Rehabilitations- und Gerontotechnik, minimalinvasive Diagnose- und Behandlungsmethoden sowie informationstechnische Systeme (Telemedizin, elektronische Krankenakten).
- Die Patienten zeigen großes Interesse an Alternativmedizin. Dabei geht es weniger darum, die herkömmliche Schulmedizin zu ersetzen. Vielmehr werden ergänzende Angebote oder die Kombination traditioneller und alternativer Elemente gewünscht.
- Mit dem Wandel der Arbeitswelt gehen neue Aufgaben für die Arbeitsmedizin einher. Der Schwerpunkt verschiebt sich von klassischen Erkrankungen der Industriegesellschaft (Silikose, Vergiftungen) zu Symptomen der Dienstleistungsgesellschaft (Rückenleiden, Sehnenscheidenzüngung, Mobbing). Gleichzeitig besteht bei vielen Unternehmen großer Beratungsbedarf in bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung.

- Aus Wettbewerbsgründen müssen Gesundheitseinrichtungen zunehmend stärker auf Effizienz, Qualität und Image achten. In diesem Kontext steigt der Bedarf nach externen Beratern, die Organisations- und Marketingkonzepte anbieten.

Diese Bedarfszunahme führt zu einer auf den ersten Blick unkonventionellen Interpretation, die ebenfalls für eine integrationsbezogene Betrachtung aufschlußreich ist: Gesundheit als 'Wachstumskandidat'. Aus dieser Perspektive wird der Gesundheitssektor als wirtschaftlicher Zukunftsmarkt aufgefaßt, der neue Wachstums- und Beschäftigungspotentiale verspricht. Das Gesundheitswesen wird hier nicht als soziales Sicherungssystem verstanden, welches sich belastend auf den nationalen Standort auswirkt. Die Betonung liegt vielmehr auf dem vielversprechendem Wirtschaftszweig, der Chancen für konjunkturellen Aufschwung, Innovation und Beschäftigung birgt und somit ein wichtiger Bestandteil des Strukturwandels auch für strukturschwache Regionen ist.

Die Wachstumsthese wird mittlerweile von zahlreichen Experten vertreten. Bereits 1997 wies der SVR in seinem Sondergutachten auf die Bedeutung des Sektors als Wachstumskomponente hin. Insbesondere die Bereiche Pflege, Telematik und Medizintechnik wären vielversprechende Sektoren, die den wirtschaftlichen Aufschwung des Landes bei entsprechenden Rahmenbedingungen beschleunigen könnten (SVR 1997). BANDEMER und HILBERT bezeichneten das Gesundheits- und Sozialwesen nicht nur als 'Boombranche', sondern leiteten auch Gestaltungsanforderungen für eine gleichzeitig sozial- und wirtschaftsverträgliche Erschließung dieser Felder ab, die sich auf organisatorische Modernisierung und politische Förderung in Form einer gezielten 'Dienstleistungspolitik' bezieht (Bandemer/Hilbert 1996, Bandemer u.a. 1998). Besonders drastisch formulierte NEFIODOW seine Wachstumsthese: Er bezeichnete den Bereich der „psychosozialen Gesundheit“ als gemeinsamen Nenner des zukünftigen Kondratieffzyklus, der sich an den derzeitigen Zyklus der Informationstechnik anschließt. Psychosoziale Gesundheit stellt in diesem Kontext die Basisinnovation dar, die als Grundlage für den nächsten langfristigen Konjunkturaufschwung dient (Nefiodow 1996).

Diese Ausführungen zeigen, daß die Zuschreibung des Gesundheitssystems derzeit einem Wandel unterworfen ist: Ein System, welches medizinischen Imperativen gehorcht und zudem den Gesetzen des Wohlfahrtsstaates unterworfen ist, wird als *Wirtschaftssektor* mit Wachstums- und Beschäftigungspotentialen interpretiert. Damit korrespondiert der Integrationsmechanismus der Entdifferenzierung. Diese wurde in Kap. 1 als An- bzw. Auslagerung systemischer Funktionen interpretiert. Die Interpretation des Gesundheitswesens als Wachstumssektor spiegelt eine *Anlagerung* von Funktionen wider. Teilweise mag dieser Sichtwandel eine Folge der internen Beschäfti-

gungsdynamik des Gesundheitswesens sein, er resultiert aber ebenso aus den Verselbständigungstendenzen eines anderen Teilsystems, nämlich des Wirtschaftssystems. Denn dessen Effizienz hat ebenfalls massive Probleme für seine gesellschaftliche Umwelt zur Folge: Es erzeugt Mehrwert bei gleichzeitiger Rationalisierung der menschlichen Arbeitskraft. Die Folge ist eine Freisetzung von Beschäftigten, die durch die Erschließung technologieintensiver Bereiche (neue Medien u.ä.) oder personalintensiver Dienstleistungsfelder aufgefangen werden soll.¹ Insofern ist die Wachstumsthese eng mit der Arbeitsmarktproblematik verknüpft: Das Gesundheitssystem (wie auch der gesamte soziale Sektor) wird hier mit der Lösung eines Integrationsproblems beauftragt, welches durch die Effizienz und Leistungsfähigkeit des Wirtschaftssystems entsteht.

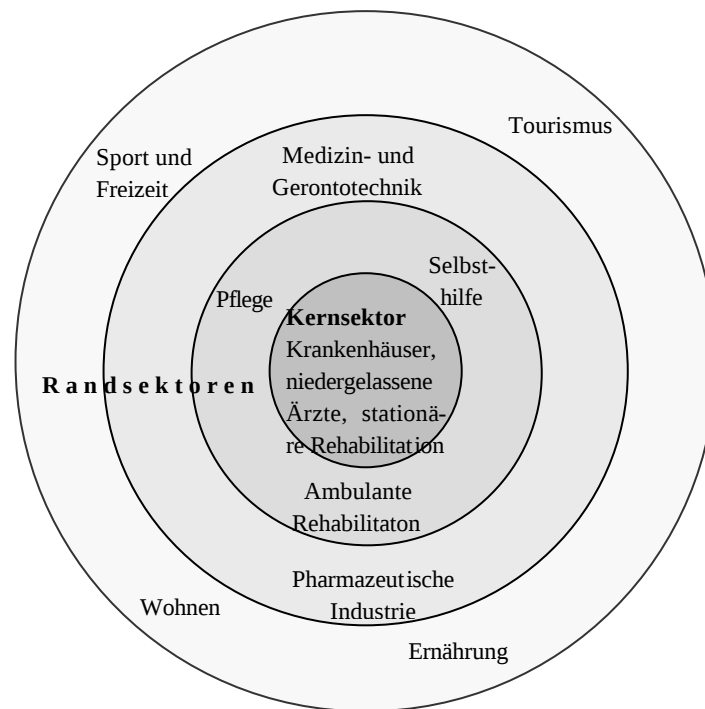
Gleichzeitig verdeutlicht die Wachstumsthese aber auch Entdifferenzierung unter anderen Vorzeichen, nämlich als *Auslagerung* von Funktionen. Denn bei detaillierter Betrachtung zeigt sich, daß ein Großteil der Gesundheitsdienste, die im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung besonders stark nachgefragt werden, im Grunde kaum mehr als Kernleistungen des Gesundheitswesens bezeichnet werden können. Charakteristisch ist vielmehr, daß sie häufig von Institutionen anderer gesellschaftlicher Teilbereiche erbracht werden, z.B. Fitnesscentern, Reiseunternehmen, Bildungseinrichtungen. Damit vollzieht sich eine Verschiebung von gesundheitlichen Funktionen, d.h. der Gesundheitssektor ist nicht mehr die einzige Arena, die die Zuständigkeit für Gesundheitsleistungen beanspruchen kann. Er gibt einen (kleinen) Teil seiner Funktionen an systemfremde Organisationen ab, die fortan nicht nur unter einer ökonomischen, sport- oder erziehungsbezogenen, sondern auch unter einer gesundheitsbezogenen Semantik agieren.

Am INSTITUT ARBEIT UND TECHNIK (IAT) wird daher der Begriff der *Gesundheitswirtschaft* verwendet, der weit über die Grenzen des klassischen Gesundheitswesens hinaus führt (Hilbert 2000). Die Struktur der Gesundheitswirtschaft wird durch ein Schalenmodell repräsentiert, welches zwischen dem Kernsektor (dem eigentlichen Gesundheitswesen) und den Randbereichen (angrenzende Nachbarbranchen und Zulieferindustrien) differenziert. Betrachtet man die Bedarfszunahme unter den Vorzeichen dieses Modells, zeichnet die Auslagerung von Gesundheitsfunktionen deutlich ab: Es gewinnen vor allem die Randsektoren an Bedeutung, die Gesundheitsdienste

¹ Die Erschließung neuer Beschäftigungsfelder scheint dabei in Deutschland mit spezifischen Problemen verknüpft zu sein, die die Arbeitskrise im Vergleich zu anderen Ländern noch verschärfen. Als Stichwörter seien hier Innovationsschwäche, Dienstleistungslücke, Überregulierung u.ä. genannt. Eine Diskussion über die ‚Krise der Arbeitsgesellschaft‘ oder die Schwäche des Standortes Deutschland kann in dieser Arbeit nicht erfolgen, ein umfassender Überblick findet sich z.B. bei BOSCH 1998 und KOCKA/OFFE 2000.

mit Angebots-elementen aus anderen gesellschaftlichen Leistungsbereichen kombinieren (z.B. Ernährung, Wellness- und Beautydienste, Präventionsleistungen, Gesundheitstourismus).

Abb. 4: Das Schalenmodell der Gesundheitswirtschaft



Quelle: GIB 2000: 35, zitiert nach IAT

Viele der in den Randsektoren lokalisierten Leistungen zeichnen sich dadurch aus, daß sie nicht über die GKV finanziert werden. Dies ist im Prinzip der gemeinsame Nenner, auf den alle Vertreter der Wachstumsthese verweisen: Da Gesundheitsdienste zu einem zunehmend wichtigen Bestandteil der alltäglichen Lebensqualität werden, sind immer mehr Bürger bereit, privates Geld in diese Leistungen zu investieren, was wiederum eine vielversprechende Voraussetzung für Wachstum und Beschäftigung ist. Daß sich diese Hoffnung vor allem auf die Randsektoren bezieht, liegt nicht nur an der Nähe zu anderen Leistungsbereichen, welche die flexible Verknüpfung von Dienstleistungsangeboten erleichtert, sondern auch am höheren Wettbewerbsgrad. Der Kernsektor ist hochgradig politisch reguliert; seine Leistungen werden vor allem durch die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, wobei den Freiheiten in der Preis- und Dienstgestaltung enge Grenzen gesetzt sind. Auch der Zugang in den Sektor ist begrenzt, des weiteren der Werbungs- und Marketingspielraum. Anders sieht es aus in den Randsektoren: Zugang für private Anbieter, Spielraum in der Preis- und Dienstgestaltung, private Finanzierung, Werbe- und Marketingfreiheiten werden als günstige Voraussetzungen verstanden, um die Wachstums- und Beschäftigungspotentiale zu aktivieren.

Die Gegner der Wachstumsthese wiederum argumentieren, daß die gezielte Förderung privat finanzierter Dienste eine Zwei-Klassen-Medizin zementiere, in der der Kernsektor zu einem Auf-fangbecken für Basisleistungen mutiere, während der Randsektor Luxusdienste für privilegierte Minderheiten anbiete. Außerdem ist generell umstritten, ob dieser Wirtschaftszweig als Wachstumssektor anzusehen ist. Denn als personenbezogene Dienste sind Gesundheitsangebote der *Kostenkrankheit* ausgesetzt: Einerseits weisen sie aufgrund ihrer Personalintensität eine begrenzte Rationalisierungsfähigkeit auf, andererseits orientieren sie sich in ihrer Lohnentwicklung am industriellen Sektor. Daher ist ihr Konsum relativ teuer - so teuer, daß BAUMOL als Erfinder der Kostenkrankheit dem Dienstleistungssektor insgesamt eher bescheidende Zukunftsaussichten prognostizierte (Baumol 1967). Aus diesen Gründen betonen alle Vertreter der Wachstumsthese die Notwendigkeit der Modernisierung: Über eine bedarfsgerechte und flexible Angebotsgestaltung ließe sich die Attraktivität privat finanzierter Leistungen steigern und die private Nachfrage ankurbeln. Außerdem gelte es, die Rationalisierungs- und Wettbewerbspotentiale des Sektor zu erschließen, um private Gesundheitsdienste auch für finanzschwache Bevölkerungsgruppen erschwinglich zu machen, so daß diese zu einem Bestandteil des alltäglichen Warenkorbs werden können.¹

6.3.1 Ansichten und Erfahrungen in Deutschland

Auf den folgenden Seiten soll es darum gehen, wie die Wachstumsthese in der Bundesrepublik beurteilt wird und wie es um die Umsetzungschancen der Wirtschafts- und Beschäftigungspotentiale steht. In Nordrhein-Westfalen hatten die Zuliefer- und Nachbarbranchen 1998 einen Anteil von ca. 15,3% an der Gesamtbeschäftigung im Gesundheitswesen (FfG 2000: 3). Dies spricht tatsächlich dafür, daß zumindest in NRW die Randsektoren einen nicht unerheblichen Wirtschaftsfaktor darstellen. Die folgende Tabelle zeigt, daß insbesondere das Gesundheitshandwerk, die pharmazeutische Industrie und die Medizintechnik beschäftigungsdominante Felder sind.

¹ Tatsächlich zeigt sich, daß das Rationalisierungspotential der Gesundheitsdienste weit höher ist als angenommen. Vor allem die Entwicklung interaktiver und multimedialer Technologien erweist sich hier als Meilenstein, da sie genau an der zwischenmenschlichen Dimension ansetzt, die für personenbezogene Dienste kennzeichnend ist. So ermöglicht beispielsweise die Ferndiagnose über Telemedizin die räumlich entkoppelte Kommunikation zwischen Arzt und Patienten; die zunehmende Digitalisierung von Diagnosehandbüchern führt zu einer Ausweitung der ‚Selbstbedienung‘ der Patienten. Aus diesem Grund spielen neue Medien in vielen Wachstumskonzepten eine wichtige Rolle (vgl. die Beiträge in Hartmann/Scharfenorth 1996), aber ebenso die in Kap. 5 skizzierten Modernisierungsstrategien Kooperation, Patientenorientierung und Qualitätsmanagement.

Tab. 24: Beschäftigung in den Randsektoren des Gesundheitswesens in NRW

Branche	Beschäftigte abs.	Anteil in %	Tendenz
Gesundheitshandwerk	39.038	28,0%	Steigend
Pharmazeutische Industrie	28.000	20,1%	Stagnierend
Medizintechnik	20.000	14,4%	Untergrenze
Gesundheitstourismus	17.000	12,2%	Untergrenze
Großhandel mit medizinischen Produkten	15.000	10,8%	
Biotechnologie	6.000	4,3%	Leicht steigend
Fitneß und Freizeit	5.000	3,6%	Steigend
Facheinzelhandel mit medizinischen Produkten	4.000	2,8%	
Selbsthilfe	~ 2.500	1,8%	Untergrenze
Service-Dienstleistungen	~ 1.500	1,1%	
Beratung, Consulting und Information	~ 1.000	0,7%	
<i>Gesamt</i>	<i>139.093</i>	<i>100</i>	<i>steigend</i>

Quelle: FfG u.a. 2000: 93; basierend auf Daten des Instituts Arbeit und Technik

Die positive Beschäftigungsbilanz in den Randsektoren des Gesundheitswesens führte dazu, daß die Diskussion um einen gezielten Ausbau der Gesundheitswirtschaft sehr schnell auch in die regionale Ebene diffundierte. Insbesondere in strukturschwachen Regionen, die mit industriellen Altlasten zu kämpfen hatten, wurde die Förderung der Gesundheitswirtschaft als wichtiges Element des sektoralen Strukturwandels begriffen (die folgende Textbox zeigt einige Beispiele für derartige regionale Aktivitäten in NRW). Ob dabei auf Kur und Rehabilitation, auf Bio- und Medizintechnologie oder auf Freizeit und Wellness gesetzt wurde – in wenigen Jahren kristallisierten sich in Deutschland mehrere Regionen heraus, die sich mit dem Label ‚Gesundheitsregion‘ schmücken konnten oder eine derartige Klassifizierung anstrebten. In den Interviews wurde aber auch deutlich, daß nicht jede Region ein Silicon Valley für Gesundheit werden kann - trotz günstiger Voraussetzungen ist der Weg dahin mit Stolpersteinen gepflastert. Ein erstes Problem sind die Wettbewerbsbedingungen. Obwohl in den Randsektoren von wettbewerbsfreundlichen Rahmenbedingungen ausgegangen werden kann, führt die enge Verknüpfung mit dem Kernsektor zu einer im Vergleich zu anderen Sektoren relativ hohen Regulierungsdichte, die eine Umsetzung der Wachstumspotentiale erschwert. Dies läßt sich am Beispiel Alternativmedizin verdeutlichen:

„Wettbewerb ist im Moment eher schwierig. Natürlich gibt es viele private Anbieter, diese haben aber aufgrund der bürokratischen Regelungen (...) kaum eine Chance. Ein Großteil dieser Regelungen ist dazu da, die Privilegien der etablierten Anbieter zu schützen. Das sind im Bereich Arzneimittelstoffe vor allem die Apotheken als Zwischenhändler, die darauf drängen, daß alle chinesischen Heilkräuter apothekenpflichtig, wenn nicht sogar verschreibungspflichtig sein müssen. Die Apotheken argumentierten hierbei mit dem Schutz des Pati-

enten, dabei geht es vielmehr darum, sich das Vertriebsmonopol zu sichern.“ (Interview D8)

Des weiteren sind die Ausgangsvoraussetzungen für den Ausbau der Gesundheitswirtschaft in den einzelnen Regionen äußerst unterschiedlich. Jede Region versucht verständlicherweise, das Rad nicht neu zu erfinden und setzt an den Stärken ihrer gesundheitlichen Infrastruktur an. Problematisch ist in diesem Kontext, wenn aufgrund fehlender Spezialisierungsprozesse wenig ‚Leuchttürme‘ mit überregionaler oder auch internationaler Reputation vorhanden sind. Dies ist z.B. im Ruhrgebiet der Fall: Die einzelnen Städte der Region haben nie versucht, ihre Gesundheitspotentiale zu bündeln; jede Stadt hat für sich den Ausbau der Infrastruktur vorangetrieben. Dies führte dazu, daß die Gesundheitslandschaft im Ruhrgebiet zwar sehr gut mit Grunddiensten ausgestattet ist – Spezialisierungsprozesse konnten aber kaum in Gang kommen, da die einzelnen Städte und Kliniken die hierfür notwendigen Ressourcen nicht alleine aufbringen konnten (erst in den letzten Jahrzehnten ändert sich das Bild: Brand- und Schmerztherapie im Bochumer Bergmannsheil, Transplantationsmedizin in Langendreer). Andererseits zeigt das folgende Beispiel einer Binnenkurregion, daß auch Spezialisierung mit Nachteilen einhergehen kann (und daß viele Ideen notwendig sind, um diese in Vorteile umzuwandeln):

„Die Kurorte an den Küsten und in den Hochgebirgen, die setzen seit jeher auf das Doppelgespann Gesundheit und Tourismus. Anders ist das aber bei den Kurorten im Inland und insbesondere in NRW. Die leben fast ausschließlich von überwiesenen Patienten und sind daher von der Bäderkrise auch viel heftiger betroffen (...). Für die Binnenkurorte kommt es darauf an, stärker zweigleisig zu fahren und der touristischen Dimension mehr Aufmerksamkeit zu widmen – und zwar nicht nur in bezug auf die Patienten, sondern auch in bezug auf die Besucher.“ Und: „Natürlich stehen wir damit in Konkurrenz zu Badekurorten. Deshalb werden wir unseren Tourismus fördern, indem wir uns zukünftig stärker dem japanischen Markt widmen. Die Japaner sind reisebegeistert, anspruchsvoll und eine überalterte Gesellschaft – daher erhoffen wir uns ein großes Kundenpotential.“ Interview D2)

Kontakte zum Ausland sind, insbesondere in den technisch dominierten Feldern, generell ein wichtiger Faktor bei der Aufwertung der Gesundheitswirtschaft. Dies gilt beispielsweise für die Akquise ausländischer Kunden oder für internationale Kooperationen. Besonders erstrebenswert ist natürlich die Ansiedlung ausländischer Unternehmen, am besten amerikanischer oder japanischer Nationalität. Generell werden die Ansiedlungschancen für europäische Länder positiv beurteilt, da ein einheitliches Zertifizierungsgesetz den europaweiten Vertrieb von Produkten ermöglicht. Der deutsche Standort hat aber mit spezifischen Problemen bei der Ansiedlungspolitik zu kämpfen. So ist Deutschland zwar aufgrund seiner hohen Nachfrage im Feld Medizintechnik ein ernstzunehmender Kandidat; die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Mentalität schlagen

aber bei ausländischen Interessenten häufig negativ zu Buche. Darunter leidet auch der Standort NRW:

„Hinderlich für die Ansiedlung sind aber die steuerlichen Bestimmungen, die wesentlich höher sind als in den Niederlanden oder in England. Natürlich haben die Unternehmen jede Menge Abschreibungsmöglichkeiten, aus dem Grund muß man sofort Steuerberater vermitteln, die das den Unternehmen klar machen (...) Andererseits behindert aber auch das deutsche Image die Ansiedlung in NRW. Vor Rot-Grün haben die meisten Amerikaner einen Horror – das ist ihnen nicht seriös genug, außerdem hat die deutsche Wirtschaft den Ruf weg, nicht wettbewerbsfähig zu sein. Ich kenne einige Leute, die zwar selber vom deutschen Standort überzeugt waren, aber das nicht in ihrer Konzernzentrale verkaufen konnten. Diese Imagefragen sind schwer durch den Standort NRW auszugleichen, zumal die meisten Amerikaner mit dem Begriff NRW überhaupt nichts anfangen können.“ (Interview D3)

Obwohl dem Bereich Medizintechnik generell glänzende Zukunftsaussichten prognostiziert werden,¹ stehen die einzelnen nationalen und regionalen Standorte in einem verschärften Wettbewerb zueinander. NRW, welches insbesondere durch seine dichte Forschungslandschaft (im Bereich Medizintechnik sei hier z.B. auf den Aachener Standort und auf Ost-Westfalen verwiesen) und durch seine exponierte Stellung in der Mitte Europas über gute Ansiedlungsvoraussetzungen verfügt, sieht sich vor allem in Konkurrenz zu den Neuen Bundesländern, den Niederlanden und Großbritannien:

„Konkurrenz ergibt sich erstens durch die Neuen Länder. Da gibt es großzügigere Förderungen und außerdem ist hier das Tor zu Osteuropa, welches als der zukünftige Markt für Medizintechnik gesehen wird (...) Konkurrenz machen auch die Niederlande. Die scheuen sich nicht, mit der Nähe zu Aachen zu werben und ihre Kooperationsfähigkeit zu betonen. Einen Nachteil haben sie nämlich: Es fehlt ihnen an Ingenieurwissenschaften. Daher sind die einerseits auf Aachen angewiesen, scheuen sich aber andererseits nicht, dies unter Marketingaspekten auszunutzen. Weitere Vorteile: Hohe Professionalität, ausgezeichnete englische Sprachkenntnisse, große Kooperationsfähigkeit. Außerdem niedrigere Personalkosten, Steuern und Mieten. Aus diesem Grund sind die Niederlande und auch Großbritannien eine ernstzunehmende Konkurrenz. Neulich haben wir zwei Interessenten an diese Länder verloren. Das ist zwar traurig, aber nicht zu ändern, denn rechtliche Rahmenbedingungen und erst recht Mentalitäten lassen sich halt nicht von heute auf morgen ändern.“ (Interview D3)

¹ Zu den Entwicklungstendenzen und -schwerpunkten der Medizintechnik vgl. auch ARNOLD 1994, FAUST 1994, KIRCHBERGER 1994 sowie die Beiträge in KAISER/WAPPELHORST 1997.

Textbox 6: Beispiele für regionale Aktivitäten im Bereich Gesundheitswirtschaft***mediKUR – Agentur für Gesundheits- und Kurtechnologie***

medikur ist eine Abteilung des Hammer Technologiezentrums Hamtec, deren Ziel die Förderung der regionalen Gesundheitswirtschaft in den Bereichen Kur, Reha und Geriatrie ist. Ihr Aufgabenspektrum umfaßt folgende Bereiche:

- Beratung und Konzepterstellung für Einrichtungen hinsichtlich Marktpotentialen, Marketing, Spezialisierung, Schnittstellenoptimierung.
- Durchführung von Veranstaltungen, z.B. zu den Themen Pflege, geriatrische Reha, Internet, alternative Berufswege für Mediziner.
- Multimediaanwendungen bei Gesundheit und Pflege

Eine wichtige Klientel sind Existenzgründer. Derzeit sind im Hamtec folgende Unternehmen aus dem Bereich Gesundheit angesiedelt: Arbeitsmedizin und Prävention, Gesundheitsconsulting, Meß- und Steuerungstechnik für den Reha-Bereich, Spracherkennung und Wohnungsausstattung für Behinderte, Beratung und Betreuung für Krankenhaustechnik.

Medical Technology TZ NRW

Hierbei handelt es sich um ein Netzwerk mehrerer Technologiezentren aus NRW, welches vor allem im Bereich Medizintechnik tätig ist und

- Kooperationen zwischen regionalen und ausländischen Unternehmen (insbesondere USA) initiiert,
- einheimische Unternehmen beim Eintritt in ausländische Märkte berät,
- die Ansiedlung ausländischer Unternehmen in NRW unterstützt.

Das Netzwerk organisiert regelmäßig die Teilnahme an Messen in den USA, bei denen sich die einzelnen Technologiezentren und interessierte Unternehmen präsentieren können. Dabei geht es vor allem darum, die Qualitäten NRW's als Standort für Medizintechnik bekanntzumachen. Derzeit wird die Ausweitung der internationalen Aktivitäten auf Japan angedacht, da hier aufgrund der intensiven Überalterung das Interesse an Gerontotechnik besonders groß ist.

Essener Wirtschaftsförderungsgesellschaft mbH

Ein Ziel der Essener Wirtschaftsförderung besteht darin, den Gesundheitssektor der Stadt zu einem öffentlichen Thema zu machen und der Stadt ein Profil als 'Gesundheitsstadt' zu geben. Dabei will man vor allem in den Randsektoren ansetzen, da sich hier für private Anbieter ein großes Betätigungsfeld eröffnet. So wurde z.B. das Projekt BioGenTech initiiert, welches Existenzgründer im Bereich Bio-, Medizin- und Gerätetechnik fördert. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Gesundheitstourismus. Im Umfeld des Grugaparks soll ein 'Kurmittelhaus' entstehen, in dem Reha-Maßnahmen und Kurse zu Meditation, Fitneß, alternative Medizin u.ä. angeboten werden. Zielsetzung dieser Aktivitäten ist: Sicherung von Arbeitsplätzen, bessere Auslastung der Kliniken und Stärkung von Gesundheit als weichem Standortfaktor.

Seniorenwirtschaftszentrum im Wissenschaftspark Gelsenkirchen

Das Seniorenwirtschaftszentrum – ein Kooperation von Organisationen aus den Bereichen Sozialmanagement, Technologie, Weiterbildung, Regionalentwicklung – kombiniert Forschung, Beratung und Dienstleistung für den Sektor Altenwirtschaft. Inhaltliche Schwerpunkte sind dabei neue Technologien, Gesundheit sowie Freizeit und Tourismus. Das Aufgabenspektrum umfaßt die Analyse von Entwicklungstrends in der Altenwirtschaft, Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen (z.B. bei Pflegeanbietern), die Gestaltung bedarfsgerechter Technologien und die Unterstützung von Existenzgründern. Ziel ist, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern, die Wettbewerbsfähigkeit der Anbieter zu steigern und neue Beschäftigungsfelder zu erschließen.

Beim Ausbau der Gesundheitswirtschaft wird vor allem viel Hoffnung in die Klein- und Mittelbetriebe gesetzt; daher spielt auch die Förderung von Existenzgründungen eine wichtige Rolle. Tatsächlich sind in Westdeutschland 13%, in Ostdeutschland 15% aller Unternehmensgründungen im Gesundheitswesen angesiedelt (Hilbert 2000). Dies betrifft insbesondere Gesundheitsprodukte und -technologien, aber ebenso Beratungen in Bezug auf Marketing und Organisationsentwicklung sowie Dienste, die im Schnittfeld von Gesundheit und Freizeit angesiedelt sind. Gerade aber KMUs und Existenzgründer weisen einen hohen Förderungs- und Beratungsbedarf auf – eine Aufgabe, mit der insbesondere Technologiezentren und Wirtschaftsförderungen betraut sind. Das Problem liegt häufig darin, daß die Unternehmen zwar über hohe fachliche Kompetenz verfügen, aber Defizite im Bereich der unternehmerischen ‚tacit skills‘ aufweisen: Mangelnde Kenntnisse über betriebswirtschaftliche Vorgänge, Buchhaltung, Marktforschung, Akquise, Marketing usw. Die Mitarbeiterin eines Technologiezentrums:

„Die meisten Unternehmen, die sich an unser Zentrum wenden, sind KMUs (...) Das generelle Problem ist, daß sie zwar technisch brillant sind, aber ein Defizit bei Marketingfragen haben. Sie sind fantastische Tüftler und Erfinder, haben aber null Gespür für Betriebswirtschaft, für Märkte usw. Gerade das sind aber wichtige Punkte, wenn man als kleines Unternehmen erfolgreich sein will (...) Genau hier setzt unsere Beratungsarbeit an.“ (Interview D3)

Der Ausbau der Gesundheitswirtschaft erfordert außerdem ein gewisses Kooperationsvermögen. So ist z.B. ein Tourismusanbieter, der sich auf Gesundheit spezialisieren will, auf die enge Zusammenarbeit mit Ärzten und Kliniken angewiesen. Ebenso kann die Entwicklung von Gesundheitstechnologien nur in enger Verknüpfungen mit Gesundheitseinrichtungen erfolgen. Auf regionaler Ebene sind konzertierte Aktionen von Seiten der medizinischen Einrichtungen, der Wirtschaftsförderungen, der Krankenkassen und Universitäten notwendig. Die Kooperation unter den Akteuren verläuft natürlich nicht reibungslos: Nicht nur, daß die Einrichtungen des Gesundheitswesens mit ganz anderen Problemen zu kämpfen haben (Bettenabbau, Rationierung, neue rechtliche Rahmenbedingungen), die ihre Aufmerksamkeit weitgehend beanspruchen – hinzu kommen auch Probleme mit verschiedenen Handlungslogiken, die empfindlich kollidieren können. Dies zeigen zwei Auszüge aus dem Bereich der Wirtschaftsförderung und des Gesundheitsmarketings:

„Die Gesundheitseinrichtungen sind teilweise mit unrealistischen Erwartungen an uns herangetreten. Einerseits finanzielle Erwartungen, die man als städtische Förderung generell nicht leisten kann, z.B.: ‚Warum könnt ihr uns keine Fachkongresse finanzieren?‘ Andererseits wurde immer wieder der Bedarf nach organisationsinterner Umstrukturierung geäußert, z.B. Verschlankung, Qualitätsmanagement usw. Das sind aber erstens sehr heiße Eisen, die jede

Menge Konfliktstoff bergen und eine gemeinsame Strategie gefährden können, und zweitens ist das auch nicht Thema der Wirtschaftsförderung, die eher in Standortdimensionen denkt. Gerade aber diese Dimension wird von den Medizinern bisher kaum gesehen.“ (Interview D5)

„Die Verwaltungsdirektoren sind zwar an Corporate Identity interessiert, aber an ihre Paragraphen und finanziellen Bestimmungen gebunden. Die Chefärzte denken oft nicht über ihren ärztlichen Ethos hinaus, d.h. ihnen muß erst mal die Bedeutung von Corporate Identity und Außendarstellung vermittelt werden. Ein ähnliches Problem besteht bei den Pflegekräften, die einem Ethos des Helfens verpflichtet sind. Generell sind die Mitarbeiter einer Klinik zwar sehr funktionsorientiert, aber wenig formorientiert.“ (Interview D13)

Insbesondere der letzte Auszug leitet zum Problem der internen Personalentwicklung über, die in vielen Interviews als grundlegende Voraussetzung für den Ausbau der regionalen Gesundheitswirtschaft genannt wurde. Wirtschaftliches Denken, die Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten, Kooperationsfähigkeit und flexible Arbeitsprozesse sind offensichtlich wichtige Bausteine einer Gesundheitswirtschaft, die jedoch ein Umdenken auf Seiten der medizinischen Einrichtungen erfordern. In diesem Kontext wurde wiederholt auf die Qualität der Arbeitsplätze hinsichtlich Vergütung, Aufstiegschancen und Arbeitsbedingungen hingewiesen, welche die Motivation der Mitarbeiter häufig auf ein Mindestmaß herunterschrauben. Dies bezieht sich nicht nur auf die hinreichend bekannte katastrophale Arbeitssituation beim Pflegepersonal (vgl. auch Ittermann/Scharfenorth 1996), sondern auch auf die ärztliche Hierarchie:

„Der Chefarzt kann immer noch willkürlich entscheiden, wem er Prämien zahlt und wem nicht. Da gehen Oberärzte leer aus und die Oberschwester bekommt einen Blumenstrauß und Pralinen. Die gleiche Willkür findet sich bei Karriere- und Aufstiegschancen. Egal, ob es sich um die Teilnahme an Forschungsprojekten und Publikationen handelt – die Entscheidungsbefugnis, wer wie weit kommen darf, liegt beim Chefarzt. Dies ist eher motivationstötend als -fördernd, und außerdem ist die Konzentration der Entscheidungsgewalt auf eine Person sowieso nicht zeitgemäß.“ (Interview D10)

Dies verweist bereits auf die erste Schlußfolgerung, die besagt, daß die Umsetzung der wirtschaftlichen Potentiale offensichtlich eng mit den in Kap. 5 skizzierten Modernisierungsstrategien verknüpft ist. Auch wenn sich Verfechter der Wachstumsthese und regionale Wirtschaftsförderungen häufig auf die Randsektoren des Gesundheitswesens berufen, die sehr gut für regionale Wachstums- und Beschäftigungszuwächse präpariert sein mögen – ihre Ausweitung ist kein Selbstläufer und hängt wesentlich von den Kerneinrichtungen des Gesundheitswesens ab. Die Ausweitung der Randsektoren setzt einen progressiven und aufgeschlossenen Kernsektor voraus. Dieser muß nicht nur ein Bewußtsein für Arbeitsmarkt- und wirtschaftliche Probleme entwickeln, sondern

auch in Bezug auf die eigene Zukunftsfähigkeit an Modernisierungsstrategien interessiert sein, d.h. kooperativ, qualitätsbewußt und kundenorientiert arbeiten. Die regionale Erschließung von wachstumsträchtigen Gesundheitsfeldern sollte daher auch eine konsequente Modernisierungspolitik mit einschließen, die auch auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen setzt.

6.3.2 Ansichten und Erfahrungen in den Niederlanden

Um es vorweg zu nehmen: Im Gegensatz zu Deutschland wird in den Niederlanden die Entwicklung des Gesundheitswesens nicht unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten interpretiert – hier bestimmen andere Aspekte den Tenor der Diskussion. Das heißt natürlich nicht, daß nicht auch dort eine Ausweitung und Verschiebung in die Randsektoren beobachtet werden kann. Die Wellness- und Beauty-Bewegung verzeichnet ebenso wie in Deutschland eine wachsende Anhängerschaft; die Tourismusbranche durchsetzt ihre Angebote zunehmend mit Gesundheitselementen und im Bereich der Bio-, Rehabilitations- und Medizintechnologie erweist sich die dortige Forschungslandschaft als so innovativ und erfolgreich, daß in Deutschland häufig auf die Niederlande, insbesondere auf die östlichen Regionen, verwiesen wird.

Nichtsdestotrotz münden diese Entwicklungen nicht in einen gezielten Ausbau der Gesundheitswirtschaft – weder unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten noch unter den Vorzeichen regionaler Standortpolitik. Die niederländischen Interviewpartner reagierten überwiegend skeptisch, wenn sie mit den derzeitigen deutschen Aktivitäten konfrontiert wurden. Der folgende Interviewauszug bildet eine exemplarische Antwort auf die Frage nach dem Ausbau der Gesundheitswirtschaft ab, und hier wird auch bereits deutlich, warum dies derzeit kein Thema für die Niederlande sein kann:

„Regionale Förderung der Gesundheitswirtschaft zu arbeitsmarktpolitischen Zwecken gibt es derzeit in den Niederlanden nicht. Unser Problem ist genau umgekehrt. Wir haben es in unserem Gesundheitssektor mit einem Mangel an qualifizierten Kräften zu tun, der sich im wesentlichen aus den schlechten Beschäftigungsbedingungen ergibt. Arbeitslosigkeit ist hingegen in den letzten Jahren nicht mehr das Problem. Zwar hat es vor ein Jahren wohl Programme gegeben, die Langzeitarbeitslose in den Pflegesektor integrierten, diese sind aber alle eingestellt worden, da an Arbeit derzeit kein Mangel besteht und die meisten Menschen nehmen andere Jobs als die im Pflegebereich an.“ (Interview N5b)

Der springende Punkt im Unterschied zu Deutschland ist also, daß der Abbau der Arbeitslosigkeit in den Niederlanden den Druck auf den Sozial- und Gesundheitssektor als wirtschaftlicher ‚Hoffnungsträger‘ vermindert. Die positive Beschäftigungsentwicklung macht eine regionalpolitische Forcierung der Gesundheitswirtschaft überflüssig – diese kann sich fernab von politischen Regu-

lierungsbestrebungen im wahrsten Sinne des Wortes am Rande des eigentlichen Geschehens im Gesundheitssektors entwickeln. Dafür stellt sich die Beschäftigungsproblematik jetzt unter anderen Vorzeichen dar: Gerade weil die niederländische Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik der letzten Jahre relativ erfolgreich war (Bertelsmann 2000: 77ff., MINEZ 1997), sind die Folgen für das Gesundheitswesen umso gravierender, denn die Beschäftigten verlassen den Sektor und suchen in anderen, lukrativeren Feldern neue Aufgaben.

„Jedesmal, wenn es mit der Konjunktur aufwärts geht, verlassen viele Kräfte den Gesundheitssektor, um vielversprechendere Jobs in anderen Bereichen anzunehmen. Wenn es mit der Konjunktur wieder abwärts geht, kehren sie wieder zurück.“ (Interview N7b)

Solange jedoch der konjunkturelle Aufschwung in den Niederlanden anhält, entsteht in Folge der Fluktuation ein massiver Personalmangel, der sich schließlich auch in der Wartelistenproblematik manifestiert. Dies betrifft insbesondere den Pflegebereich: Da hier die Engpässe aufgrund des steigenden Bedarfs besonders gravierend sind, starten die Kliniken regelmäßige Anwerbekampagnen, die sich häufig auch an das Ausland richten.

„Ein besonders dringender Bedarf besteht nach Pflegepersonal (...) Unsere Klinik hat neu-lich sogar einen Aufruf über Radio gestartet, um neue Krankenschwestern zu gewinnen. Das Problem ist, daß die Arbeitsbedingungen in diesem Feld einfach zu unattraktiv sind.“ (Interview N8)

Die Ursache für Personalmangel und -fluktuation liegt also in den unattraktiven Beschäftigungsbedingungen. Natürlich ist dieser Zusammenhang in den Niederlanden seit langem bekannt – im Vergleich zur sonstigen Experimentierfreude, die im Gesundheitswesen an den Tag gelegt werden, finden sich jedoch relativ wenige praktische Maßnahmen zur Lösung des Problems. Während beispielsweise bei den ärztlichen Berufsgruppen seit längerem versucht wird, den Einkommensabstand zwischen Fach- und Hausärzten zu verringern, finden sich vergleichbare Bemühungen im Pflegebereich nicht – auch wenn es manchmal Absprachen zwischen Gewerkschaften und Krankenhäusern bezüglich Mindestlöhnen gibt. Als Ursache wurde wiederholt auf die mangelnde *bargaining power* der Interessensgruppen im Pflegesektor verwiesen. Der folgende Interviewauszug verdeutlicht aber auch, daß einer Imagesteigerung durch institutionelle Rahmenbedingungen und vor allem auch durch die spezifischen Merkmale der Tätigkeit enge Grenzen gesetzt sind:

„Da die Organisationen mit festen Budgets arbeiten müssen, die sich aus dem Anteil am AWBZ ergeben (...), sind teurere Löhne kaum zu finanzieren. Natürlich gibt es auch andere Komponenten, die die Attraktivität der Arbeit steigern, z.B. Zeiteinteilung, ganzheitliche Aufgabenbereiche, Aufstiegschancen. Hierbei muß man aber berücksichtigen, daß der Ar-

beitsflexibilität Grenzen gesetzt sind durch die Bedürfnisse des Kunden: Jeder Pflegeprozeß verlangt gewisse Standards an Qualität, der zum Teil auch Rigidität und klare Aufgabenzuschnitte verlangt. Das kann nicht einfach aus Gründen der Attraktivitätssteigerung übergangen werden. Wichtig ist auch das Image in der Öffentlichkeit, also eine gesellschaftliche Aufwertung von Pflegetätigkeiten. Das Problem ist, daß sich diese Aufwertung erst dann einstellen wird, wenn die Kunden entsprechend zufrieden sind. Dieses erfordert aber wiederum ausreichend qualifiziertes Personal – ein ganz schlechter Kreislauf.“ (Interview N5b)

Es fanden sich aber auch Stimmen, die das schlechte Image der Pflegeberufe auf organisationsinterne Defizite zurückführten. Schlechtes Arbeitsklima, fehlende Motivierung und Anleitung sind demnach eher Ursachen des Personalmangels als finanzielle Engpässe. Ein Klinikdirektor beschrieb dies folgendermaßen:

„Personalmangel darf eigentlich nur in hochspezialisierten Kliniken wie dem NKI (Anm: *Netherlands Cancer Institut*) auftreten, die sehr spezifisch ausgebildetes Personal benötigen. Ansonsten machen Kliniken mit einem Personalproblem etwas falsch. Natürlich ist die Bezahlung im Sektor nicht die beste, aber das läßt sich aufbessern, indem z.B. Geld aus dem Baubereich in den Personalbereich transferiert wird. Außerdem darf man das Arbeitsklima und die Aufgabenzuschnitte als Anreize nicht vergessen. Das Klima in dieser Klinik ist sehr gut - ein offener und informeller Umgang miteinander. Gerade hier machen die meisten Kliniken Fehler. Eine schlechte Personalwirtschaft und fehlender Wille sind die Ursache für Personalmangel, nicht Geld.“ (Interview N5)

Beschäftigung im Gesundheitswesen wird also in den Niederlanden derzeit unter anderen Aspekten diskutiert als in Deutschland. Gleichwohl war auch dort der Sozial- und Gesundheitssektor eine Zeit lang Objekt beschäftigungspolitischer Maßnahmen, die für die derzeitigen Aktivitäten in der Bundesrepublik aufschlußreich sein können. Bekanntlich ist der Arbeitsmarktaufschwung in den Niederlanden Resultat einer radikalen Wende in der Sozial- und Arbeitsmarktpolitik, die mit einer Erschließung neuer Beschäftigungsfelder im Dienstleistungssektor und einer Steigerung der Teilzeit- und Frauenerwerbsquote einherging. Zu dem Maßnahmenpaket gehörten auch die sog. Melkert-Jobs, d.h. staatlich subventionierte Beschäftigung für Langzeitarbeitslose in personalintensiven Arbeitsbereichen, die u.a. auch im Gesundheits- und Sozialwesen zum Einsatz gekommen sind. Die Erfahrungen sind widersprüchlich. Die beiden folgenden Auszüge zeigen, daß der Gesundheitssektor einerseits Beschäftigungsanforderungen stellt, für die das Klientel der Melkert-Jobs nicht unbedingt geeignet ist. Andererseits wird aber deutlich, daß Melkert-Jobs unter intensiven Betreuungs- und Qualifizierungsmaßnahmen durchaus ein geeignetes beschäftigungspolitisches Instrument sein können:

„Warum die Organisationen nicht mit Melkert-Jobs zufrieden sind, hat verschiedene Gründe. Erstens wurden viele Personen eingesetzt, die eigentlich keine gesundheitliche oder pflegerische Tätigkeit ausführen wollen, z.B. türkische Männer. Dies verweist auf das generelle Problem, daß Arbeit in diesem Bereich ein hohes Maß an Motivation und humanistischer Gesinnung erfordert: Menschen müssen Dienst am Menschen verrichten wollen! Hinzu kommt zweitens, daß gesundheitliche Tätigkeiten häufig eine sehr spezialisierte Qualifikation voraussetzen, über die Kandidaten für Melkert-Jobs nicht verfügen. Drittens bedarf es einiger Mühen, um Leute, die seit fünf Jahren nicht gearbeitet haben, wieder in das Arbeitsleben und in eine Organisation zu integrieren – Pünktlichkeit, Teamarbeit, etc. Daran sind viele Organisationen gescheitert.“ (Interview N2)

„Unsere Klinik hat beste Erfahrungen mit Melkert-Jobs gemacht. Derzeit werden auf diese Weise 16 Personen beschäftigt. Wenn andere Institutionen schlechte Erfahrungen machen, dann liegt das daran, daß sie nur auf das Geld achten, das sie mit solchen Jobs einsparen können. Hinterher ist man enttäuscht, wenn sich die Leute nicht integrieren lassen und schlechte Arbeit abliefern. Natürlich muß man auch in diese Jobs investieren. Intensive Betreuung und Qualifizierungsmaßnahmen sind notwendig, um die Leute einzuarbeiten. Die haben schließlich manchmal 5 Jahre nicht gearbeitet, von daher muß man als Organisation schon entsprechend stimulieren. Wir haben das auch getan und nur gute Ergebnisse erzielt. Melkert-Jobs sind eine gute Sache – auch gesellschaftlich, weil dadurch die Arbeitslosigkeit gesenkt wird. Das funktioniert aber nur, wenn man verantwortungsvoll damit umgeht.“ (Interview N5)

Abschließend ist zu konstatieren, daß die Bedarfsausweitung des Gesundheitswesens in den Niederlanden nicht zu einer ‚Ökonomisierung‘ des Sektors führt.¹ Während damit in Deutschland neue Chancen für Wachstum und Beschäftigung verknüpft werden, kämpfen die Niederlande mit Wartelisten und Personalknappheit. Aus diesem Grund wird auch die Bedarfszunahme äußerst kritisch beobachtet. Eine Bedarfsdeckung wird nur über die Ausweitung der vorhandenen Kapazitäten und Ressourcen, d.h. über Ausgabenanstiege möglich sein, und dies wiederum stellt die Finanzierungsgrundlagen des Systems erneut auf den Prüfstand. Aus diesem Grund spielt die Diskussion um eine Basisabsicherung eine wesentlich größere Rolle als die möglichen Beschäftigungspotentiale des Sektors (vgl. auch Kap. 4, außerdem Have 1995, Willigenburg 1995, WRR 1997):

¹ Hier spielt sicherlich auch die Höhe der Selbstbeteiligungen eine Rolle. Diese stehen in engem Zusammenhang mit dem Ausbau der Gesundheitswirtschaft, da sie die Anbieter zur Entwicklung kundenorientierter und kostengünstiger Angebote veranlassen. Mit einem Anteil von 11,7% (1994) liegt der Anteil an Selbstbeteiligungen in der Bundesrepublik wesentlich höher als in den Niederlanden (7,3%) – daher fehlt ein entscheidender Anreiz zur ‚Ökonomisierung‘ des Sektors (Hilbert 2000: 27).

„Die wahre Herausforderung ist nicht die Ausweitung von Leistungen, sondern die Definierung einer Basisabsicherung, die einerseits eine ausreichende gesundheitliche Versorgung sicherstellt, andererseits die Kosten limitiert. Das ist prioritär, um die Finanzierung des Gesundheitssystems sicherstellen zu können.“ (Interview N2)

Andererseits gibt es natürlich viele Personen, die eine Steigerung der Gesundheitsausgaben auf über 10% des BSP für legitim halten – Gesundheit sei zentrales Element der Lebensqualität, von daher könne kein Gesetz Ausgabensteigerungen verbieten, sofern der gesellschaftliche Konsens dafür vorhanden sei. In diesem Kontext wurde aber auch darauf hingewiesen, daß andere gesellschaftliche Teilbereiche wie z.B. Bildung und Erziehung ebenso das Recht auf Ausweitung proklamieren könnten; insofern müsse bei der Frage der Leistungsausweitung auch die ‚Konkurrenz‘ der gesellschaftlichen Teilsysteme zueinander bedacht werden. Abschließend sei auf die Bemerkung eines Interviewpartners verwiesen, der nicht nur generell den Zusammenhang zwischen Bedarf und Wachstumspotentialen bezweifelt, sondern auch auf die Risiken einer Bedarfsausweitung zu wachstumspolitischen Zwecken aufmerksam macht.

„Normalerweise ist es so, daß bei einem Wirtschaftsboom der Bedarf nach Gesundheit größer wird. Das liegt einfach daran, daß sich bei viel Arbeit und Mobilität der Reproduktionsbedarf erhöht, weil mehr Reibungspunkte und somit auch mehr gesundheitliche Schäden auftreten. Die Frage ist, ob dieser Zusammenhang auch andersherum funktioniert, also Gesundheit als Impuls für die Wirtschaft zu nutzen.“ Und: „Hinzu kommt, daß die Erzeugung von künstlichem Bedarf eine gefährliche Angelegenheit sein kann (...) Der Gesundheitssektor ist eher wie die Reparaturabteilung eines großen Unternehmens. Anstatt auf die Ausweitung dieser Abteilung zu setzen, wird jedes Unternehmen bestrebt sein, die Arbeit in diesem Bereich so gering wie möglich zu halten.“ (Interview N10)

6.4 Schlußfolgerungen

Da der Beruf eine entscheidende Schnittstelle zwischen systemischen Leistungen und gesellschaftlichen Gesundheitsbedürfnissen darstellt, ist die Berufs- und Beschäftigungsentwicklung ein wichtiger Indikator für den Integrationsgrad des Gesundheitswesens. In quantitativer Hinsicht läßt sich zunächst festhalten, daß sich die Beschäftigung sowohl im niederländischen als auch im deutschen Gesundheitssektor trotz Bettenabbau und Budgetierung positiv entwickelt hat und über den Wachstumsraten der Gesamtbeschäftigung liegt. Des weiteren zeigte sich, daß die Beschäftigungszunahme mit veränderten Bedarfslagen korrespondiert: Die Felder Pflege und Rehabilitation erweisen sich als besonders beschäftigungsdynamisch; in den Niederlanden kommt außerdem der Bereich *mental health care* hinzu. Dies nimmt möglicherweise eine Entwicklung voraus, die sich auch zukünftig in Deutschland abzeichnen wird. Die Prävention verzeichnet hingegen in beiden

Ländern entgegen anderer Annahmen einen Beschäftigungsrückgang. In den Niederlanden profitiert der stationäre Sektor in besonderem Maße vom Beschäftigungsanstieg, während sich in Deutschland das Verhältnis zugunsten des ambulanten Sektors verschiebt.

Die wachsende Bedeutung der hier skizzierten Gesundheitsbereiche spiegelt sich in der Entwicklung entsprechender Berufsgruppen wider: Insbesondere die Pflegeberufe und die paramedizinischen Berufe profitieren von der Entwicklung, wobei letztere in den Niederlanden stärker anwachsen als in Deutschland, während der Anstieg der Beschäftigten in der Pflege weniger ausgeprägt ist – dies ist womöglich der verzögerten demographischen Entwicklung geschuldet. Insbesondere der Pflegesektor ist außerdem durch einen Anstieg gering qualifizierter Kräfte gekennzeichnet. Eine weitere Berufsgruppe, deren Anstieg ungebrochen ist, ist in beiden Ländern die der Ärzte. In den Niederlanden gilt dies vor allem für Fachärzte, womit gleichzeitig auch eine Dominanz des stationären Sektors einhergeht; die Hausärzte als *gate keeper* des Gesundheitswesens können insgesamt nur eine bescheidene Entwicklung verbuchen. Sie weisen nicht nur geringe Wachstumsraten auf, sondern sind auch weniger präsent als andere Berufsgruppen, wenn es um innovative Einrichtungen und Versorgungsprozesse geht.

In den Niederlanden ist außerdem die Beschäftigungszunahme der nichtärztlichen Berufe mit dem Entstehen neuer Versorgungsformen verknüpft, deren Betrachtung auch für das deutsche Gesundheitssystem interessant ist (Home Care, AGGZ, Prävention, Health Centres). Diese haben die typische Phase der Expansion (begleitet von massiver öffentlicher Förderung) bereits hinter sich und durchlaufen derzeit eine Phase der Konsolidierung, die einerseits die Wachstumsraten erwartungsgemäß senkt, andererseits aber eine interne Dynamik erzeugt, die auf eine Neuzuschneidung von Professionen und Aufgaben hinausläuft: In der ambulanten *mental health care* konstituiert sich derzeit ein Berufsprofil, daß durch hohe fachliche Qualifikation und praktischen Bezug gekennzeichnet ist (Psychotherapeuten, sozialpsychiatrische Schwestern). Der Bereich Prävention hingegen akademisiert sich. Versorgungsdienste im eigentlichen Sinne finden sich vor allem im Home Care-Bereich (*nurse assistants, welfare workers*, Sozialarbeiter) und in den Health Centres (paramedizinisches Personal) – ersterer bezogen auf Pflege, letztere bezogen auf Rehabilitation und Prävention als Ergänzung zur medizinischen Behandlung. Ärzte und klinische Schwestern hingegen scheinen den stationären Sektor zu bevorzugen. Diese Tendenzen lassen auf eine weitergehende Ausdifferenzierung und Spezialisierung schließen lassen – ein erster Hinweis darauf, daß Integration durch Berufsentwicklung nicht unbedingt mit einer Vereinfachung der Strukturen einhergehen muß.

Die positive Beschäftigungsbilanz des Gesundheitssektors und die Bedarfszunahmen in diesem Feld führen dazu, daß Gesundheit häufig als Sektor mit Wachstums- und Beschäftigungspotentialen interpretiert wird. Diese These, die vor allem von deutschen Experten vertreten wird, steht in engem Zusammenhang mit der Arbeitsproblematik in Deutschland: Das Sozial- und Gesundheitswesen gilt aufgrund seiner Personalintensität als Hoffnungsträger, der den Beschäftigungsabbau in anderen wirtschaftlichen Bereichen kompensieren kann. Unter integrationstheoretischen Gesichtspunkten wird das Gesundheitswesen hier mit einem Problem konfrontiert, welches nicht aus seiner internen Dynamik heraus entsteht, sondern aus den Leistungsdefiziten des Wirtschaftssystems. In Folge kommt es zu einer ‚Ökonomisierung‘ des Gesundheitswesens, welches sich im Ausdruck der *Gesundheitswirtschaft* manifestiert. Ein Kernelement der Wachstumsthese ist, daß die steigende Bedarfszunahme in Kombination mit steigenden Selbstbeteiligungen einen Wettbewerb um Gesundheitsleistungen auslöst, der sich in einer entsprechenden Beschäftigungsbilanz niederschlagen wird. Dies gilt vor allem für die Randbereiche des Gesundheitssektors, die über wettbewerbsfreundlichere Rahmenbedingungen als der Kernsektor verfügen. Dazu gehören beispielsweise Dienste im Schnittpunkt von Freizeit, Tourismus und Gesundheit, Gesundheitstechnologien, Alternativmedizin, aber auch Beratungsdienste für Marketing und Organisationsentwicklung.

In Deutschland wurde die Wachstumsthese sehr schnell von den Trägern der regionalen Strukturpolitik aufgegriffen: Der Ausbau der regionalen Gesundheitswirtschaft und die Entwicklung zur ‚Gesundheitsregion‘ wird als Instrument zur Beschleunigung des Strukturwandels und zur Erschließung neuer Beschäftigungsfelder eingesetzt. Die Untersuchungen in diesem Feld zeigen einerseits, daß die Randsektoren des Gesundheitswesens tatsächlich wirtschaftliche Impulse für die Regionalentwicklung beinhalten, andererseits aber die Umsetzung mit spezifischen Problemen verknüpft ist. Hierzu zählen beispielsweise fehlende Spezialisierungstendenzen, Standortnachteile bei der Ansiedlung von Unternehmen, die gezielte Förderung kleiner und mittlerer Betriebe, Kooperationsdefizite und Nachholbedarf bei der internen Organisations- und Personalentwicklung. Insbesondere zeigte sich, daß die wirtschaftliche Erschließung der Randbereiche in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des Kernsektors steht; daher sollte eine regionale Förderung der Gesundheitswirtschaft gleichzeitig eine konsequente Modernisierungspolitik in den Einrichtungen des Kernsektors einschließen.

In den Niederlanden hingegen erfreut sich die Wachstumsthese keiner großen Beliebtheit. Die Bedarfsausweitung wird eher kritisch bewertet: Sie zieht neue Ausgabensteigerungen nach sich, die wiederum zu neuen Diskussionen über die Einführung einer Basissicherung führen. Diese Bewertung geht vor allem darauf zurück, daß in den Niederlanden der Problemdruck fehlt, der der

Wachstumsthese in Deutschland zum Aufschwung verholfen hat. Aufgrund der sozial- und beschäftigungspolitischen Reformmaßnahmen der letzten Jahre hat sich der Arbeitsmarkt in den Niederlanden entspannt, die Konjunktur zieht an. Im Gesundheitswesen hat dies jedoch fatale Konsequenzen: Aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen kommt es zu Abwanderungen in andere Wirtschaftsbereiche; die Folge ist eine gravierende Personalknappheit, die sich auch in der Wartelistenproblematik manifestiert. Dies sollte für die gesundheitswirtschaftlichen Aktivitäten der Bundesrepublik ein warnendes Beispiel sein. Denn auch die deutschen Gesundheitsberufe sind in hohem Maße durch ein schlechtes Image gekennzeichnet. Falls in der Bundesrepublik die Konjunktur anzieht – und derzeit sind erste Anzeichen dafür zu beobachten, die sich auch in positiven Arbeitsmarktindikatoren niederschlagen – könnte eine ähnliche Entwicklung wie in den Niederlanden einsetzen, welche die bisherigen regionalen Bemühungen zum Ausbau der Gesundheitswirtschaft wieder zunichte macht.

Obwohl also derzeit Beschäftigung im niederländischen Gesundheitswesen unter anderen Vorzeichen diskutiert wird als in der Bundesrepublik, gibt es aber auch dort Erfahrungen mit der Erschließung von Beschäftigungspotentialen. So wurden im Gesundheitswesen eine Reihe von staatlich subventionierten Arbeitsplätzen für Langzeitarbeitslose (Melkert-Jobs) geschaffen, deren Effekte allerdings ambivalent einzuschätzen sind: Positive Effekte lassen sich nur dann verbuchen, wenn nicht nur auf Seiten der Beschäftigten ein hohes Maß an Engagement vorhanden ist, sondern wenn auch die Organisationen bereit sind, gezielte Investitionen in Weiterbildung, Anleitung und Motivationsförderung zu tätigen. Diese Erfahrungen sind auch wertvoll für die Bundesrepublik, da sie Aufschluß über die Chancen und Grenzen der geringqualifizierten Beschäftigung geben, die im Zusammenhang mit dem Ausbau personenbezogener Dienste sehr kontrovers diskutiert werden. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, daß sich die Ausdifferenzierung des Bedarfsspektrums gleichermaßen in einem Anstieg hoch- und geringqualifizierter Beschäftigung niederschlägt. Von daher wäre auch in der Bundesrepublik eine doppelgleisige Strategie zu befürworten.

7 DISKUSSION UND AUSBLICK

In dieser Arbeit wurde ein Vergleich zwischen der Entwicklung des niederländischen und des deutschen Gesundheitswesens durchgeführt. Im Mittelpunkt stand die Frage nach dem Integrationsvermögen: Über welche Mechanismen können die Leistungen des Gesundheitswesens auf die Erfordernisse der gesellschaftlichen Umwelt abgestimmt werden? Ausgangspunkt war, daß der Reformbedarf im Gesundheitswesen ein Resultat negativer Folgen ist, die das System in seiner Umwelt generiert. Denn trotz seiner Leistungsfähigkeit wird der Output häufig als zu kostenintensiv, nicht bedarfsgerecht und risikoreich empfunden. Anhand der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklung, der politischen Reformstrategien, der Modernisierung der Versorgungsebene und der Beschäftigungsentwicklung konnten die Mechanismen nachgezeichnet werden, die das System zu einer umweltgerechten Leistungserbringung anregen können. Dabei verdeutlichte der Vergleich, daß sich das niederländische Gesundheitswesen als integrationsfähiger erweist als das deutsche.

Im ersten Kapitel wurde das Gesundheitswesen zunächst aus differenzierungstheoretischer Perspektive skizziert. In diesem Sinne stellt sich Gesundheit als gesellschaftliches Teilsystem dar, welches durch eine spezifische Codierung, durch charakteristische Akteure und Verhandlungsprozesse gekennzeichnet ist. Autonomie und Selbstreferentialität sind als konstitutive Merkmale funktionaler Teilsystem einerseits die notwendige Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit des Systems, gleichzeitig machen sie das Gesundheitswesen aber auch 'blind' für die Folgen, die seine Leistungen in der gesellschaftlichen Umwelt auslösen. Die Diagnose lautete in diesem Kontext: Als funktionales Teilsystem tendiert das Gesundheitswesen zur *Verselbständigung*. Durch Inklusion, d.h. Aneignung gesellschaftlicher Problemlagen, kommt es zu kontinuierlichen Leistungssteigerungen ('Hypostasierung'), die die erwähnten Folgen in der gesellschaftlichen Umwelt auslösen: zu hoher Ressourcenverbrauch, unzureichende Leistungsproduktion und gesellschaftliche Risiken.

Die Frage war, durch welche Mechanismen die drohende Verselbständigung des Gesundheitswesens gestoppt werden kann. Damit verschob sich der Focus der Arbeit von dem Begriff der Differenzierung zum Komplementärbegriff der Integration: Wenn bei Differenzierungsvorgängen Leistungsfähigkeit mit Verselbständigung erkaufte wird, dann gewinnen gleichzeitig Integrationsprozesse an Bedeutung, die das Gesundheitssystem an seine gesellschaftliche Umwelt 'rückkoppeln'. Die Entwicklung des Systems wird in dieser Arbeit demnach integrationstheoretisch betrachtet, also unter dem Aspekt seiner 'Kompatibilität' zur gesellschaftlichen Umwelt. Die These lautete: Um die negativen Folgewirkungen zu verringern, die das Gesundheitswesen in seiner gesellschaftlichen Umwelt auslöst, vollzieht sich eine Abkehr vom Primat der funktionellen Differenzierung.

Diese wird zwar nicht ersetzt, aber flankiert durch Integrationsmechanismen, die eine bessere Anpassung des Systems an gesellschaftliche Bedarfslagen ermöglichen. In diesem Kontext wurden vier Mechanismen diskutiert: Während sich Interpenetration und Entdifferenzierung auf die Verknüpfung zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen beziehen, die das Gesundheitswesen mit 'systemfremden' Impulsen und Funktionen durchsetzen, ging es bei (Selbst-)Steuerung und Reflexion um die Aktivierung systeminterner Potentiale, die eine Regulierung der systemischen Leistungen zur Folge haben.

Im weiteren Verlauf der Arbeit wurde die These anhand der Entwicklung des niederländischen und deutschen Gesundheitswesens überprüft. In Kapitel 2 wurde zunächst eine Bestandsanalyse beider Gesundheitssysteme vorgenommen, in der sich erste Hinweise darauf fanden, daß sich das niederländische Gesundheitswesen als integrationsfähiger erweisen könnte als das deutsche. So ist das Mischungsverhältnis zwischen den verschiedenen Versicherungszweigen ausgewogener und die Struktur des Versorgungsektors homogener als in Deutschland. Des weiteren zeigte sich, daß das niederländische Gesundheitswesen ein geringeres Ausgabenniveau zu verzeichnen hat, wobei die zentralen Gesundheitsindikatoren – Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität – positiver ausfallen als in Deutschland. In den folgenden Kapiteln wurde die Integrationsfähigkeit beider Systeme unter verschiedenen theoretischen und empirischen Aspekten vertiefend diskutiert: In Kapitel 3 ging es um die Entwicklung des Gesundheitswesens im wohlfahrtsstaatlichen Kontext, Kapitel 4 beschäftigte sich mit gesundheitspolitischen Reformprozessen, in Kapitel 5 standen Modernisierungsstrategien auf der Versorgungsebene im Mittelpunkt und Kapitel 6 skizzierte Beschäftigungsentwicklungen und Wachstumspotentiale des Gesundheitswesens. Auf den folgenden Seiten werden zunächst die wesentlichen Ergebnisse in Hinblick auf die einzelnen Integrationsmechanismen zusammengefaßt und diskutiert.

Interpenetration

Der Integrationsbegriff, der in dieser Arbeit den größten Raum einnimmt, ist Interpenetration. Im Sinne LUHMANNs wird damit eine spezifische Variante der strukturellen Kopplung bezeichnet, die sich auf die wechselseitige Abhängigkeit zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen bezieht. Die Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme vollzieht sich demnach in einer Art Ko-Evolution, die ein Mindestmaß an Integration sicherstellt. Während jedoch LUHMANN Interpenetration als temporär limitiertes Ereignis versteht, sieht MÜNCH darin einen wesentlichen 'Baustein der Moderne', der funktionale Differenzierung kontinuierlich begleitet. Interpenetration wird hier als 'Brückenbau' oder als gegenseitige Durchdringung gesellschaftlicher Teilsysteme verstanden, in deren

Schnittmengen Zonen entstehen, durch die systemfremde Logiken transportiert werden. In dieser Arbeit wird Interpenetration im Gesundheitswesen unter drei Aspekten diskutiert: Auf der Makroebene geht es um die gesellschaftliche Anbindung durch den Wohlfahrtsstaat, auf der Mesoebene vollzieht sich Interpenetration durch Organisationen und auf der Mikroebene durch die Entwicklung der Berufsprofile.

In Kapitel 3 wurde die Entwicklung des Gesundheitswesens mit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates verknüpft. Der Wohlfahrtsstaat wird als Interpenetrationszone begriffen, da er zur Sicherstellung existentieller Lebensgrundlagen als Bindeglied zwischen unterschiedlichen Teilsystemen fungiert. Aufgrund der superioren Natur seines Gutes gehört auch das Gesundheitssystem zur gemeinsamen Schnittmenge dieser Zone, die gesellschaftliche Ansprüche an das System herantägt und seine spezifische Leitcodierung mit gemeinwohlorientierten Aspekte flankiert. Die Ausgestaltung des Wohlfahrtsstaates ist jedoch nicht in allen Nationen gleich; sie folgt bekanntermaßen unterschiedlichen Leitprinzipien und setzt unterschiedliche Prioritäten. Daher kann sie als wichtiger Indikator für den Integrationsgrad des niederländischen und deutschen Gesundheitswesens herangezogen werden.

Ausgehend auf der Grundlage der *Three Worlds of Welfare* von ESPING ANDERSEN zeigte sich, daß der deutsche Wohlfahrtsstaat aufgrund seiner erwerbszentrierten Versicherungsmodelle einen konservativ-korporatistischen Typus verkörpert, die sich im Gesundheitswesen in der Dominanz der arbeitnehmerzentrierten GKV widerspiegelt. Der niederländische Wohlfahrtsstaat hingegen repräsentiert eine Mischkategorie, die gleichermaßen liberale, sozialdemokratische und konservative Elemente kombiniert. Dies entspricht der pluralen Gestaltung der Gesundheitsfinanzierung – Volksversicherung AWBZ, Arbeitnehmersversicherung ZFW und Privatversicherungen. Die chronologische Betrachtung zeigte weiterhin, daß sich diese Mischkategorie erst im Zuge der Zeit entwickelt hat: In krisenhaften Phasen der Neuorientierung (*critical junctures*) werden in Anlehnung an das deutsche Modell zunächst konservative Elemente, später in Anlehnung an England liberale Elemente in das System sozialer Sicherung implementiert. Dies bewirkt schließlich einen Pfadwechsel – die Niederlande bilden fortan eine nicht einzuordnende Mischkategorie, während der deutsche Wohlfahrtsstaat sich nur innerhalb seiner konservativ-korporatistischen Kategorie weiterentwickelt.

Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend deuten, daß der niederländische Wohlfahrtsstaat wandlungs- und anpassungsfähiger ist als der deutsche. Im Gegensatz zu Deutschland läßt sich dort eine stärkere Pluralisierung wohlfahrtlicher Prinzipien beobachten, die jeweils in Schüben

erfolgt und eine Anpassung an neue Bedarfslagen bewirkt. Sie versorgt auch das Gesundheitswesen mit neuen Inputs und resultiert schließlich in einer relativ ausgewogenen Mischung unterschiedlicher Versicherungsprinzipien.

Auf der Mesoebene findet Interpenetration durch Organisationen und durch die in ihnen ablaufenden Programme statt. Programme nehmen die korrekte Zuschreibung des Codewertes vor (ist jemand als gesund oder krank einzustufen?) und sichern auf diese Weise die Anschlußfähigkeit der systemischen Kommunikation. Dabei kompensieren sie die strenge Binarität des Codes, denn sie können dahingehend modifiziert werden, daß die von der Umwelt herangetragenen Prioritäten im System Berücksichtigung finden. In welcher Weise Programme modifiziert werden, hängt wiederum mit den spezifischen Eigenschaften der Organisation zusammen, in der die Programme ablaufen. Pauschal gelten Organisationen zwar als Vollzugsinstanzen systemischer Operationen, empirisch sind sie jedoch selten ausschließlich einem gesellschaftlichen Teilsystem zugehörig. Daher sind sie ebenfalls als Brückenglieder zu verstehen, denn die durchsetzen das System mit fremden Inputs, die zu einer Modifizierung der Programme führen.

Dies konnte in Kapitel 5 anhand der Modernisierungsstrategien im Versorgungssektor nachgezeichnet werden. Ausgangspunkt war der Begriff des ‚Wohlfahrtspluralismus‘, der auf die Vieldimensionalität der Trägerstruktur im Gesundheitswesens abzielt. So werden Gesundheitsleistungen gleichermaßen durch marktliche, staatliche, gesellschaftliche und gemeinschaftliche Akteure erbracht (niedergelassene Ärzte, Gesundheitsämter, Krankenhäuser, Familien). Obwohl diese alle unter dem Code krank/gesund agieren, folgen sie auch einer eigenen Handlungslogik, die je nach Akteur ökonomisch, politisch, gemeinnützig oder solidarisch geprägt ist. Diese ‚Verwandtschaft‘ zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen bringt eine hohe Sensibilität für systemfremde Modernisierungskonzepte mit sich. Diese werden über die Organisationen in das Gesundheitswesen eingespeist und in bezug auf seine Semantik transformiert, d.h. ‚gesundheitskonform‘ gemacht. Dieser Effekt wurde anhand verschiedener Strategien (Kooperation, Patientenorientierung, Qualitätsmanagement, Einsatz neuer Medien, Public Health) skizziert. Ihnen ist gemeinsam, daß sie nicht genuin Strategien des Gesundheitssystems darstellen, sondern aus anderen gesellschaftlichen Teilsystemen (insbesondere der Ökonomie) in das System diffundieren und dazu beitragen, den Bedarfsansprüchen moderner Gesellschaften auch unter dem Vorzeichen der Kostendämpfung gerecht zu werden.

Die niederländischen Gesundheitsakteure können in diesem Zusammenhang als ausgesprochen experimentierfreudig bezeichnet werden. Kooperationsstrategien werden je nach Gesundheitsfeld

in vielfältiger Weise erprobt; die Ansätze und Anwendungsmöglichkeiten in bezug auf Patientenorientierung, Qualitätsmanagement und neue Medien sind äußerst ausgereift. Hier erweist sich die Struktur des niederländischen Versorgungssektors als hilfreich: Durch die Stellung der Hausärzte als *gate keeper* sind hervorragende Knotenpunkte bei Kooperationsvorhaben oder informationstechnischen Vernetzungen gegeben; die Konzentration der Fachärzte an den Kliniken hingegen begünstigt Standardisierungen, die z.B. im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen notwendig sind. Insgesamt erweist sich also die stärkere Homogenität des niederländischen Versorgungssektors als Pluspunkt bei der Assimilierung systemfremder Konzepte; umgekehrt werden im deutschen Sektor Modernisierungsvorhaben aufgrund der heterogenen und fragmentierten Versorgungsstruktur abgebremst. Hinzu kommt, daß sich die Niederlande bereits frühzeitiger mit Modellvorhaben auf die Versorgungsebene beschäftigten und diesen auch durch rechtliche Rahmenbedingungen den Weg ebneten.

Die systemische Integration als gelungener 'Brückenbau' zwischen Funktionssystemen vollzieht sich drittens über Berufe. Berufe als Bündelung sozialer Rollen sind zwar einzelnen Teilsystemen zugeordnet; ähnlich wie Organisationen beinhalten sie aber auch systemfremde Elemente (jeder niedergelassene Arzt ist beispielsweise auch Unternehmer). Ihre individuellen Träger handeln demnach nicht als reine Vollzugsinstanzen der systemischen Autopoiesis, sondern eher als Agenten, die durch ihre Entscheidungen bestimmen, welche analytischen Gesetzmäßigkeiten in welchem Ausmaß geltend werden und welche Vermittlung zwischen ihnen zustande kommt. Auch auf diese Weise wird systemfremden Einflüssen im Gesundheitswesen Geltung verschafft; seine spezifische Logik wird durch gesellschaftliche Komponenten ökonomischer, politischer oder gemeinschaftlicher Natur angereichert.

Aus diesem Grund spielt die Berufsentwicklung im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Insbesondere ist darauf zu achten, welchen Grad an Offenheit Berufsprofile aufweisen: Sind sie ihren systemischen Imperativen weitgehend verhaftet oder weisen sie starke Verknüpfungen zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen auf, was wiederum eine Durchsetzung der Programme mit systemfremden Elementen zur Folge hat? Kapitel 6 beschäftigte sich mit dieser Frage. Ausgehend von einer Ausdifferenzierung gesundheitlicher Bedarfslagen vollzieht sich in den letzten zwanzig Jahren nicht nur ein kontinuierlicher Beschäftigungsanstieg, sondern auch eine Ausdifferenzierung der Gesundheitsberufe. In diesem Kontext konnten insbesondere die sog. neuen Gesundheitsberufe, zu denen neben dem Pflegepersonal auch das sozial- und paramedizinische Personal gehören, einen starken Boom verzeichnen. Gerade aber diese Berufsgruppen weisen eine starke Multidimensionalität auf: Ihre Berufsprofile konstituieren sich über den medizinischen Bereich heraus

auch aus den ‘Gesetzmäßigkeiten’ des Pflegesektors, der Sport-, Freizeit- und Tourismusbranche, der Betriebswirtschaft, der Nahrungsmittelindustrie und dem technologischen Sektor.

Obwohl die neuen Gesundheitsberufe in beiden Ländern einen quantitativen und qualitativen Bedeutungszuwachs verzeichnen konnten, gibt es spezifische Unterschiede. In den Niederlanden sind es eher die sozial- und paramedizinischen Berufe, die anwachsen, in der Bundesrepublik die Pflegeberufe. Dies geht auf unterschiedliche gesellschaftliche Bedarfslagen zurück: In den Niederlanden ist der Pflegebedarf aufgrund der verzögerten demographischen Entwicklung nicht so hoch wie in Deutschland, dafür hat der Bedarf nach geistiger Gesundheitsversorgung und Prävention einen höheren Stellenwert. In den Niederlanden geht die Entstehung neuer Berufsprofile außerdem mit neuen Versorgungsinstitutionen einher, die ebenfalls möglichst ‘ganzheitlich’ und offen angelegt sind (*Health Centres, Home Care*). Dies läßt sich in Deutschland derzeit noch nicht in gleichem Ausmaß beobachten.

Insgesamt lassen die Beobachtungen den Schluß zu, daß Interpenetration ein äußerst wichtiger Integrationsmechanismus ist, der in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des Gesundheitswesens steht – sowohl auf wohlfahrtsstaatlicher und organisatorischer Ebene als auch auf Ebene der Berufsentwicklung. Immer geht es darum, Verknüpfungen zur systemischen Umwelt, d.h. zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen zu schaffen, die die Sensibilität für die externen Anforderungen und für die Folgewirkungen der systemischen Aktivitäten erhöhen. Die systemischen Imperative werden dabei nicht außer Kraft gesetzt, aber sie werden flankiert durch systemfremde Logiken, was wiederum eine bessere Anpassung an die externen Erfordernisse garantiert.

Entdifferenzierung

Im Gegensatz zur Interpenetration, die auf die systemische ‘Anreicherung’ durch externe Logiken abstellt, bezieht sich Entdifferenzierung auf eine Veränderung der Funktionen des Systems. Sie liegt dann vor, wenn entweder nicht-medizinische Funktionen an das Gesundheitssystem angelagert werden oder medizinische Funktionen in andere Teilsysteme abwandern. Des weiteren gilt Entdifferenzierung häufig als Krisenfolge teilsystemischer Verselbständigung, während Interpenetration als Integrationsinstrument die funktionale Differenzierung von vornherein begleitet. Eine völlige Trennung von systemspezifischen Aufgaben wird in der Empirie eher selten zu beobachten sein – in diesen Fällen könnte von einem gesellschaftlichen Teilsystem kaum mehr gesprochen werden. Nichtsdestotrotz lassen sich derzeit Tendenzen beobachten, die im Grunde den Tatbestand der Entdifferenzierung erfüllen. Sie wurden vor allem in Kapitel 6 diskutiert – unter dem Schlagwort ‘Gesundheitswesen als Wachstumssektor’.

Da die Bedarfszunahme nach Gesundheitsdiensten zu einem kontinuierlichen Beschäftigungsanstieg führt, wird Gesundheit häufig als Sektor mit vielversprechenden Wachstums- und Beschäftigungspotentialen interpretiert. Diese These wird vor allem von deutschen Experten vertreten, die im Gesundheitssektor aufgrund seiner Personalintensität einen ‚Hoffnungsträger‘ sehen, der den Beschäftigungsabbau in anderen wirtschaftlichen Feldern kompensieren könnte. Unter integrationstheoretischen Gesichtspunkten wird das Gesundheitswesen hier mit einem Problem konfrontiert, welches nicht aus seiner internen Dynamik heraus entsteht, sondern aus den Verselbständigungstendenzen des Wirtschaftssystems. Die Ökonomisierung personalintensiver Felder gilt in diesem Zusammenhang als eine mögliche Lösung der Arbeitsmarktproblematik und manifestiert sich im Gesundheitswesen durch den Ausdruck der *Gesundheitswirtschaft*. Was hier passiert, ist im Grunde nichts anderes als Entdifferenzierung: Das Wirtschaftssystem teilt eine seiner Funktionen – Beschäftigung – mit dem Gesundheitssystem, welches fortan nicht nur unter einer gesundheitlichen Semantik, sondern auch unter einer wachstums- und beschäftigungspolitischen Semantik agiert.

Entdifferenzierung ist hier also Folge einer Krisenerscheinung im Wirtschaftssystem. Dies bestätigt der Vergleich mit den Niederlanden, denn bezeichnenderweise spielt dort die Wachstumsthese keine derart prägnante Rolle wie in Deutschland. Zwar gibt es auch dort eine Bedarfsausweitung, die auf Wachstumspotentiale schließen läßt, diese wird aber eher kritisch beobachtet, da sie weitere Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen befürchten läßt. Diese Bewertung geht vor allem darauf zurück, daß in den Niederlanden der in Deutschland zu beobachtende Problemdruck fehlt: Aufgrund der sozial- und arbeitsmarktpolitischen Reformen hat sich der Arbeitsmarkt seit einigen Jahren entspannt. Für das niederländische Gesundheitswesen hat dies jedoch fatale Konsequenzen: Aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen wanden die Arbeitskräfte in andere lukrativere Beschäftigungsfelder ab. Aufgrund der günstigen Konjunktur hat daher das niederländische Gesundheitswesen im Gegensatz zu Deutschland mit einer gravierenden Personalknappheit zu kämpfen, die sich nicht zuletzt auch in der Wartelistenproblematik manifestiert.

Entdifferenzierung als Anlagerung von (Beschäftigungs-)Funktionen trifft also nur für das deutsche Gesundheitswesen zu. Aber auch unter umgekehrten Vorzeichen, also als Auslagerung von Funktionen, läßt sich Entdifferenzierung beobachten. Dies steht ebenfalls mit der Wachstumsthese in Zusammenhang und gilt sowohl für die Niederlande als auch für die Bundesrepublik. Denn ein Kernelement der Wachstumsthese ist, daß der gesellschaftliche Bedarf nach Gesundheit Dienste erfordert, die eine zunehmende Überschneidung zu anderen gesellschaftlichen Teilsystemen aufweisen, beispielsweise Wellness und Beauty, Gesundheitstourismus, Fitneß, Ernährungsberatung und Alternativmedizin. Diese Dienste können kaum als Kernleistungen des Gesundheitswesens

bezeichnet werden – weder werden sie von seinen klassischen Einrichtungen erbracht noch über die GKV finanziert. Sie wandern in die sog. Randsektoren des Systems, die Überschneidungen zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen aufweisen, und werden häufig von systemfremden Organisationen (Fitnesscenter, Reiseunternehmen, Nahrungsmittelindustrie) erbracht und privat finanziert. Auf diese Weise werden wiederum andere gesellschaftliche Teilsysteme mit gesundheitlichen Imperativen durchsetzt und zum Träger gesundheitlicher Funktionen.

Diese Entwicklungen machen deutlich, daß Phänomene der Entdifferenzierung nicht unbedingt als Scheitern oder als Regression auf ein früheres Niveau begriffen werden müssen. Sie sind zwar risikogeladen, insofern z.B. die Ökonomisierung des Gesundheitssektors und auch die Auslagerung gesundheitlicher Leistungen die Diskussion über marktliche ‘Kolonialisierung’ und die Erosion solidarischer Prinzipien nach sich zieht. Nichtsdestotrotz weisen sie auch darauf hin, daß gesellschaftliche Teilsysteme flexibel in dem Sinne sein können, daß sie im Krisenfall oder im Fall unzureichender Leistungsproduktion Funktionen vielleicht nicht abgeben, aber zumindest ‘teilen’ können. Dies spricht nicht für Regression, unter integrationstheoretischen Aspekten zeugt dies eher von den Problemlösekapazitäten, die modernen Gesellschaften innewohnen.

(Selbst-)Steuerung

Unter integrationstheoretischen Aspekten sind zwei weitere Mechanismen ausschlaggebend: (Selbst-)Steuerung und Reflexion. Während es bisher eher um die Durchlässigkeit und Diffusion von systemischen Logiken und Funktionen ging, beziehen sich diese Mechanismen auf die Aktivierung systeminterner Potentiale, die ein besseres Verständnis über die in der Umwelt erzeugten Folgewirkungen und eine dementsprechende Anpassung ermöglichen sollen. In bezug auf den Begriff der Steuerung gilt zunächst, daß aufgrund der Selbstreferentialität der gesellschaftlichen Teilsysteme eine externer Einfluß im Sinne einer gezielten Steuerung (insbesondere durch das politische System) nur begrenzt möglich ist. Zwar können Systeme durch Sachzwänge (also über Geld und Recht) beeinflusst werden: wie sie aber auf diese Reize reagieren, sie also systemspezifisch verarbeiten, ist kaum einzuschätzen und kann u.U. auch nicht-intendierte negative Effekte auslösen. Vielversprechender sind daher Ansätze, die auf eine stärkere Selbststeuerung und Eigenregulierung der Systeme abzielen.

Mit dem Thema (Selbst-)Steuerung beschäftigte sich Kapitel 4. Über die Begriffe der Kontextsteuerung, des aktivierenden Staates und des Policy-Networks wurden zunächst Merkmale skizziert, die Aufschlüsse über das Kräfteverhältnis zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren im Sektor geben. Die anschließende Darstellung der reformpolitischen Maßnahmen

zeigte, daß beide Länder in den 70er Jahren die Krisenerscheinungen des Gesundheitswesens zunächst mit einer Ausweitung der staatlichen Steuerung quittierten, die allerdings nicht die gewünschten Erfolge zeigte. Dann teilt sich die Strategie: In Deutschland setzt man verstärkt auf die 'Vorfahrt der Selbstverwaltung'. Diese geht mit einer stetigen Kompetenzausweitung der gesellschaftlichen Akteure einher, die einerseits die Selbstregulierung der Akteure fördert, andererseits aber auch eine stärkere Vetomacht beinhaltet, die Reformvorhaben blockiert.

In den Niederlanden hingegen kristallisiert sich ein Kurs heraus, der als 'managed liberalisation' bezeichnet wird. Hier geht die Einführung von Marktelementen und Dezentralisierungsprozessen mit einer gleichzeitigen Verschärfung der staatlichen Kontroll- und Monitoringfunktion einher. Dies schließt eine Abkehr von Primat der Selbstverwaltung mit ein; statt dessen erfolgt eine konsequente Verlagerung auf die Versorgungsebene, d.h. die Akteure 'vor Ort' werden zunehmend als Steuerungs*subjekte* betrachtet. Auch in Deutschland sind mit der Gesundheitsreform 2000 derartige Tendenzen zu beobachten; in den Niederlanden setzte der Trend jedoch viel früher ein und wurde konsequenter praktiziert. Die gesellschaftliche Selbstregulierung wird dort in stärkerem Maße durch den Staat flankiert, daher sind Reformblockaden nicht im selben Ausmaß zu beobachten wie in Deutschland. Dies zeigt, daß auch unter den Vorzeichen der Selbststeuerung der Staat keinesfalls das Zepter aus der Hand geben muß; über eindeutige Formulierungen und zur Not auch unter Androhung hierarchischen Maßnahmen gibt er einen Verhandlungskorridor vor, in dessen Rahmen gemeinwohlorientierte Ziele von den systemischen Akteuren kleingearbeitet und umgesetzt werden können.

In beiden Ländern läßt sich außerdem beobachten, daß das Gesundheitssystem ein ausgesprochen undankbares Steuerungsobjekt ist: In den Niederlanden konnte bisher keiner der großen Reformpläne umgesetzt werden und auch in Deutschland mußten die Entwürfe häufig bis zur Unkenntlichkeit kleingearbeitet werden. Nichtsdestotrotz weisen einzelne Reformelemente eine erstaunliche Kontinuität auf und werden häufig in modifizierter Form und in anderen Zusammenhängen durch die 'Hintertür' implementiert. Dieser Inkrementalismus ist insbesondere in den Niederlanden zu beobachten und wird derzeit auf politischer Ebene auch bewußt in Abgrenzung zu großen Reformentwürfen praktiziert. In Deutschland ist dies nicht im selben Ausmaß zu beobachten; die Reformgeschichte macht insgesamt einen fragmentierteren und unübersichtlicheren Eindruck. Denn erstens verfügen die deutschen Spitzenverbände aufgrund der 'Vorfahrt der Selbstverwaltung' über eine weit stärkere Veto- und Verhandlungsmacht als in anderen Ländern, wobei entsprechende politische Konstellationen den Spielraum für verbandliche Interventionen noch erhöhen. Zweitens zeichnen sich die deutschen Reformen häufig durch einen hohen 'Hierarchiegrad'

aus, der den Widerstand der gesellschaftlichen Akteure geradezu herausfordert. Und drittens läßt sich die deutsche Reformblockade auf die 'normative und interessen geleitete' Verhandlungskultur zurückführen, die der 'pragmatischen und konsensorientierten' Kultur der Niederländer diametral entgegensteht – ein Punkt, auf den noch einmal zurückgekommen wird.

Soweit zu den wesentlichen Ergebnissen dieser Arbeit. Insgesamt konnte gezeigt werden, daß eine Analyse des Gesundheitswesens unter integrationstheoretischen Aspekten wertvolle Aufschlüsse über die Entwicklung des Systems beinhaltet. Ein differenzierungstheoretisches Vorgehen richtet den Focus auf die selbstreferentielle Reproduktion des Systems, die in der Umwelt negative Folgen auslöst – unzureichende Leistungsproduktion, gesellschaftliche Risiken, Ressourcenverbrauch und Steuerungsresistenz. Unter einer integrationstheoretischen Perspektive geraten hingegen die Verknüpfungen zur systemischen Umwelt in den Blick, die Rückkopplungen über diese Folgewirkungen auslösen und das System zu einer Modifizierung seiner Operationen veranlassen. Es spricht einiges dafür, daß in modernen Gesellschaften die bedarfsgerechte und umweltverträgliche Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eng mit der Aktivierung seiner Integrationspotentiale verknüpft ist. In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, daß sich das niederländische Gesundheitswesen als 'lernfähiger' erweist als das deutsche. Integrationsmechanismen kommen hier in stärkerem Maße zum Tragen; und nicht zuletzt deshalb erweist sich das niederländische Gesundheitswesen als kostengünstiger und bedarfsgerechter.

Auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen sollen auf den folgenden Seiten einige Schlußfolgerungen gezogen werden, die unter differenzierungstheoretischer Sicht, aber auch unter der Perspektive der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems relevant sind. Die erste betrifft das Verhältnis zwischen Differenzierung und Integration, die zweite beschäftigt sich unter dem Stichwort der Reflexion mit den Entwicklungsperspektiven des Gesundheitssystems, und die dritte bezieht sich auf den unterschiedlichen Integrationsgrad im niederländischen und deutschen Gesundheitswesen. Anschließend werden einige offene Fragen und Forschungsbedarfe skizziert, die sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit ergeben.

Zum Verhältnis von Differenzierung und Integration

In bezug auf das Verhältnis von Differenzierung und Integration ist zunächst festzuhalten, daß beide in einem komplementären Verhältnis zueinander stehen. Bei allen Integrationsstrategien wurde deutlich, daß Integration nicht als Gegensatz von Differenzierung begriffen werden kann; sie bewirkt keine Entdifferenzierung in dem Sinne, daß sie die funktionelle Differenzierung außer Kraft setzt. Umgekehrt schließen Differenzierungsprozesse Integration nicht aus, sie werden vielmehr von ihr begleitet. Differenzierung und Integration sind zwei Seiten derselben Medaille – während sich Differenzierung auf die Art und Weise bezieht, wie sich ein gesellschaftliches Teilsystem durch Leistungserbringung (d.h. Kommunikation) beständig reproduziert, bezieht sich Integration auf die Rückkopplung der in der systemischen Umwelt erzielten Folgewirkungen dieser Leistungen. Dies kann langfristig vonstatten gehen, wie an der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates, der Berufsprofile oder der Steuerungsmodi deutlich wird, oder es vollzieht sich als Folge aktueller Krisenphänomene, wie die Ökonomisierung des Gesundheitswesens oder die Verlagerung von Gesundheitsfunktionen in andere gesellschaftliche Bereiche zeigt.

Differenzierung und Integration ist des weiteren gemeinsam, daß sie Komplexitätssteigerungen zur Folge haben. Differenzierungsprozesse erhöhen bekanntermaßen die Innenkomplexität eines gesellschaftlichen Teilsystems derart, daß die steigende Komplexität der Umwelt produktiv verarbeitet werden kann. Je ausdifferenzierter das Teilsystem, desto komplexer werden auch seine negativen Folgewirkungen in der Umwelt. Entsprechend müssen auch die Mechanismen der Integration in ihrer Komplexität ansteigen. Sie müssen ein Spiegelbild des Differenzierungsgrades innerhalb der einzelnen gesellschaftlichen Teilsysteme abbilden; ihr Komplexitätsgrad muß dem der funktionellen Differenzierung entsprechen, um eine Rückkopplung über die negativen Folgewirkungen gewährleisten zu können. So hat der Wohlfahrtsstaat im Zuge der funktionalen Differenzierung eine stetige institutionelle Ausweitung erfahren, um immer mehr gesellschaftliche Teilsysteme in seinen Wirkungskreis einbeziehen zu können; die Gesundheitsberufe haben sich nicht nur anhand der medizinischen Leitlinie ausdifferenziert, sondern auch anhand der Berührungspunkte zu anderen Teilsystemen.

Der Umstand, daß Integrationsmechanismen im Zuge funktionaler Ausdifferenzierung an Komplexität gewinnen, hat des weiteren die paradox anmutende Folge, daß die Unübersichtlichkeit der Gesellschaft ansteigt. Integration vereinfacht eben nicht, sie erzeugt nicht mehr Transparenz, sie ist kein Instrument einer 'lean society'. Sie stellt Verfahren bereit, um die negativen Folgewirkungen der gesellschaftlichen Teilsysteme zu kompensieren, sie vermittelt zwischen ihnen und informiert

über die Bedarfsgerechtigkeit der systemischen Leistungen, aber sie tut dies nicht über eine Vereinfachung der systemischen Strukturen. Im Gegenteil verkompliziert und vervielfältigt sie die Verknüpfungen zwischen gesellschaftlichen Teilsystemen. So erzeugt die Ökonomisierung des Gesundheitswesens neue Interdependenzen zum ökonomischen System, der Modus der (Selbst-)Steuerung geht mit einem komplizierten Beziehungsgeflecht zwischen den politischen und gesellschaftlichen Akteuren einher.

Dies gilt auch für die Binnendifferenzierung des Systems. So führen die Modernisierungsstrategien auf der Versorgungsebene zu einer Neuordnung und Vervielfältigung der Beziehungen zwischen den Subeinheiten, die die Operationen und Strukturen nicht im mindesten vereinfachen. Kooperationsstrategien erzeugen beispielsweise netzwerkartige Konstellationen zwischen den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens, die mit neuen Interdependenzen, Zuständigkeiten und Verfahrensregeln einher gehen. Patientenorientierung erzeugt neue Organisationen, Funktionsträger und rechtliche Bestimmungen, und der Einsatz neuer Medien geht mit einer Neudefinition der Aufgabenzuschnitte und Berufshierarchien einher, die zwar anders, aber gewiß nicht übersichtlicher als die alten Ordnungen sind.

Dies führt zu dem spannenden Punkt, daß Integration und Entdifferenzierung offensichtlich nicht nur in einem Komplementärverhältnis zueinander stehen, sondern sich auch gegenseitig bedingen. Funktionale Differenzierung läßt über die Entstehung negativer Folgewirkungen Integrationsmechanismen wirksam werden; umgekehrt schlägt sich die Rückkopplung über die in der Umwelt erzielten Auswirkungen intern in Differenzierungsprozessen nieder. So ist die Entwicklung der neuen Gesundheitsberufe und –institutionen in den Niederlanden von Wanderungsbewegungen gekennzeichnet, die als interne Spezialisierungs- und Differenzierungsprozesse zu werden sind: Der Bereich *Public Health* entwickelt sich zum bevorzugten Arbeitsbereich für akademische Berufe, die *Health Centres* werden zum bevorzugten Arbeitsgebiet von paramedizinischen Berufen, das einfach qualifizierte Pflegepersonal findet sich im Bereich *Home Care*, während die qualifizierten Krankenschwestern in den stationären Bereich abwandern. Gesellschaftliche Modernisierung vollzieht sich demnach gleichzeitig als Differenzierung und Integration; sie kann unter einer Differenzierungs-, aber gleichzeitig auch unter einer Integrationssemantik charakterisiert werden.

Abschließend noch die Anmerkung, daß eine integrationstheoretische Betrachtung ebenso wenig wie die Differenzierungstheorie ohne Akteure auskommt. In dieser Arbeit haben sich Akteure mehrfach als tragende Agenten von Integrationsprozessen erwiesen - gleich, ob es sich um Indivi-

duen oder kollektive Akteure handelt. So sind Individuen zwar über ihre Rollen an systemische Vorgaben gebunden, in ihrer Eigenschaft als psychische Systeme verfügen sie aber über die Möglichkeit, zu reizen und zu irritieren. Auf diese Weise treten sie gewissermaßen im Schutz und unter Legitimation ihrer Rolle als Initiatoren und Multiplikatoren auf, die entgegen aller systemischen 'Vernunft' Integrationsprozesse, z.B. in Form von Modernisierungsstrategien, in Gang setzen oder auch blockieren. Ähnliches gilt in bezug auf die kollektiven Akteure. Krankenkassen, Versorgungsinstitutionen und Verbände handeln nicht nur als Vollzugsinstanzen der systemischen Autopoiesis, sie verfolgen auch spezifische Interessen, verfügen über Machtressourcen und agieren unter eigenen Handlungslogiken, die Integrationsprozesse entscheidend beeinflussen können. Mit einem rein systemtheoretischen Vorgehen könnten derartige 'Feinheiten' nicht erfaßt werden. Daher gäbe es ohne akteursorientierte Ansätze nicht nur eine 'halbierte Theorie funktionaler Differenzierung', sondern auch einen unvollständigen Zugang zur Integration.

Zu den Entwicklungsperspektiven des Gesundheitssystems

Auch wenn Integration mit Differenzierung einher geht, muß das Integrationspotential nicht unbedingt in allen gesellschaftlichen Teilsystemen gleich stark wirksam werden. Insgesamt finden sich einige Indikatoren, das gerade das Gesundheitssystem nicht unbedingt zu den Integrationsvorreitern zu zählen ist. Hierfür spricht insbesondere die ausgeprägte Reform- und Steuerungsresistenz, die das System an den Tag legt. Dies könnte damit zusammenhängen, daß das Gesundheitswesen über geringere Reflexionspotentiale verfügt als andere gesellschaftliche Teilsysteme. Reflexion wurde im Theorieteil dieser Arbeit als vierter Integrationsmechanismus vorgestellt. Er wurde jedoch nicht gesondert thematisiert, was mit der hohen 'Theorielastigkeit' des Begriffs zusammenhängt, aber auch mit dem Umstand, daß aufgrund anderer Schwerpunktsetzungen entsprechende empirische Untersuchungen nicht gezielt vorgenommen wurden. Dennoch sollte es möglich sein, auf Grundlage der bisherigen Schlußfolgerungen einige Aussagen über die Reflexionsfähigkeit des Gesundheitswesens zu machen, die auch bezüglich seines geringen Integrationsgrades aufschlußreich sein können.

Unter Reflexion ist zunächst eine spezifische Form der Selbstbetrachtung eines Systems zu verstehen. Das System vergleicht seinen Zustand mit alternativen Zuständen; auf diese Weise ist eine Umstellung der Codierungssemantik und des Operationsmodus möglich, die eine bessere Kontrolle in bezug auf die Folgewirkungen in anderen Systemen ermöglicht, u.U. auch eine Selbstbeschränkung bei der Verfolgung der systemspezifischen Ziele. Grundlage für Reflexion ist die Betrachtung des *negativen* Wertes. Wie ist beispielsweise 'nicht zahlen' im Wirtschaftssystem defi-

niert? Welche Folgen hat die Exklusion der Nicht-Zahlenden für die Gesellschaft? Und welche Folgen hat sie, wenn man 'nicht zahlen' anders definiert?

In diesem Zusammenhang wurde argumentiert, daß das Gesundheitssystem aufgrund seiner außergewöhnlichen Codierung denkbar schlecht für eine Reflexionstheorie präpariert ist. Denn während der positive Wert ('krank'), der das Prozessieren des Systems auslöst, ausreichend terminologisiert ist, ist der negativer Wert ('gesund') im Grunde ein inhaltsleerer Begriff geblieben. Was Gesundheit ist, können wir heute genauso wenig definieren wie zu Beginn der modernen Gesellschaft. Zwar können wir beschreiben, wie der Begriff im Zuge gesellschaftlicher Modernisierung komplexer geworden ist und sich von der biomedizinischen Dimension gelöst hat, gleichwohl bleibt eine genaue Definition unmöglich und somit die Grundlage für die Ausbildung einer Reflexionstheorie weiterhin brüchig. Dies heißt auch, daß ein wesentlicher Integrationsmodus, der anderen gesellschaftlichen Teilsystemen zur Verfügung steht, hier außer Kraft gesetzt ist. Die Kompensation negativer gesellschaftlicher Folgewirkungen aufgrund einer Selbstbetrachtung über den negativen Wert ist nur begrenzt möglich, da der Gesundheitsbegriff nicht hinreichend definiert werden kann.

Allerdings gibt es einen Ausweg aus diesem Dilemma, und zwar die sog. Zweitcodierung. Alle gesellschaftlichen Teilsysteme haben Zweitcodierungen ausgebildet, die besser technisierbar sind und zu einem gesteigerten Repertoire der Programme und der Risikoabsorption beitragen. LUHMANN selbst hat für das Gesundheitswesen die Zweitcodierung genetisch o.k./genetisch bedenklich vorgeschlagen. Tatsächlich wäre diese Zweitcodierung geeignet, einige der hier beschriebenen Trends zu subsummieren, insbesondere die wachsende Relevanz der Gentechnologie für Diagnose und Therapieverfahren. Insgesamt scheint aber diese Codierung als zu eng, um die Ausweitung des Gesundheitsspektrums zu erfassen. Wo bliebe unter diese Differenzierung die Nachfrage nach Pflegeangeboten und Rehabilitation, nach Wellness und Beauty, Gesundheitstourismus, psychosozialen Diensten und Public Health? Außerdem würde eine derartige Zweitcodierung eine negative Folgewirkung des Gesundheitssystems verstärken, nämlich die Produktion gesellschaftlicher Risiken, denn als solche wird die Ausweitung gen- und biotechnologischer Verfahren innerhalb der Gesellschaft empfunden. Insofern ist gerade unter integrationsorientierten Aspekten eine solche Codierung wenig wünschenswert.

Geeigneter ist m.E. die von BAUCH vorgeschlagene Leitdifferenz in lebensförderlich/lebenshinderlich. Erstens ist der positive Wert 'lebensförderlich' umfassender als der klassische Wert 'krank'. Er legt die Betonung auf Lebensqualität und schließt auch die eben genannten

Nachfragephänomene mit ein, die sich derzeit im Gesundheitswesen beobachten lassen. Er berücksichtigt auch die in dieser Arbeit skizzierten Integrationstendenzen, da er auf die Überschneidungen des Gesundheitswesens mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen abzielt. Zweitens eröffnet der negative Wert 'lebenshinderlich' neue Möglichkeiten für die Ausbildung einer Reflexionstheorie. Unter dieser Perspektive ließen sich nämlich einige Phänomene durchaus als Versuch des Gesundheitswesens werten, seine eigenen Aktivitäten stärker zu kontrollieren. Hierzu gehören z.B. die Einrichtungen der Technikfolgeabschätzung, die Gesundheitstechnologien nicht nur hinsichtlich Effizienz und Bedarfsgerechtigkeit, sondern auch hinsichtlich Gefahren und Risiken einzuschätzen versuchen. Ein weiteres Beispiele sind die sog. *Hospices*, die nicht mehr auf die zwangsweise Herstellung von Gesundheit abstellen, sondern auf die Lebensqualität in der letzten Lebensphase. Derartige Einrichtungen sind durchaus als Reflexe des Gesundheitssystems auf seine eigenen Folgewirkungen zu werten, auch wenn sie häufig durch andere gesellschaftliche Teilsysteme angestoßen wurden.

Mit Sicherheit wird das Gesundheitssystem im Zuge seiner Weiterentwicklung nicht um eine Zweitcodierung herumkommen. Als gesellschaftliches Teilsystem ist es zwecks Reproduktion um eine Ausweitung seines Zuständigkeitsbereiches bemüht und hier erweist sich die klassische Codierung krank/gesund als zu eng. Eine Zweitcodierung eröffnet nicht nur neue Möglichkeiten zur Aneignung neuer gesellschaftlicher Bedarfslagen, sondern verhilft auch zu einer besseren Operationalisierung der Werte, an denen sich die Leistungen des Systems orientierten. Welche Zweitcodierung sich jedoch im Gesundheitswesen letztendlich durchsetzt, und ob diese auch eine Aktivierung von Integrationspotentialen zur Folge hat, bleibt abzuwarten und kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Zum Integrationsgrad des niederländischen und deutschen Gesundheitssystems

Die Ausführungen dieser Arbeit zeigten weiterhin, daß der Integrationsgrad bei nationalen Gesundheitssystemen Unterschiede aufweisen kann. Insgesamt hat sich das niederländische Gesundheitswesen als integrationsfähiger erwiesen als das deutsche. So ist der wohlfahrtliche Kontext des niederländischen Gesundheitswesens wandlungsfähiger und flexibler, in bezug auf Modernisierungsstrategien können die Niederlande gegenüber der Bundesrepublik einen großen Erfahrungsvorsprung verbuchen, die gesundheitspolitischen Reformstrategien lassen auf ein moderneres Steuerungsverständnis schließen und die Entwicklung der neuen Gesundheitsberufe in Zusammenhang mit neuen Versorgungseinrichtungen ist weiter fortgeschritten.

Dies wirft die Frage nach den Ursachen auf. Schließlich wurden die Niederlande als Vergleichsland nicht zuletzt deshalb gewählt, weil erstens ihr Gesundheitswesen relativ viel Ähnlichkeit zum deutschen Gesundheitswesen aufweist (im Gegensatz zum britischen oder US-amerikanischen), und weil sich zweitens beide Ländern auf einem Modernisierungslevel befinden, das auf ein ähnliches Maß an funktionaler Ausdifferenzierung schließen läßt. Dennoch ist der Stand in Bezug auf Integration ein anderer. Im Zusammenhang mit der Einführung von Modernisierungsstrategien wurde bereits eine wichtige Ursache angesprochen: Der niederländische Versorgungssektor ist homogener strukturiert; die Rolle der Hausärzte als *gate keeper* und die Konzentration der Fachärzte in den Kliniken erleichtert die Implementation von Modernisierungsmaßnahmen. Darüber hinaus gibt es jedoch noch eine weitere Reihe von Faktoren, die als Erklärung für den höheren Integrationsgrad des niederländischen Gesundheitssystems herangezogen werden können.

Zunächst sind die aktuellen Entwicklungen des niederländischen Gesundheitswesens nicht losgelöst zu sehen von der generellen 'Reformfreude', die die Niederlande in den vergangenen zehn Jahren an den Tag gelegt haben. Bekanntermaßen hat das Land eine Flut an Reformmaßnahmen im Bereich der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik durchlaufen, die insbesondere durch den hohen Stand der Arbeitslosigkeit und die schlechte Konjunktur ausgelöst wurden. Mit einer äußerst niedrigen Erwerbsquote mußte eine spektakulär hohe Sozialleistungsquote finanziert werden, entsprechend ging die gezielte Förderung der Erwerbsquote mit tiefen Einschnitten in das System sozialer Sicherung einher. Im Nachhinein mag die Reformierung des Sozialstaates als stringente und konzertierte Aktion anmuten; darüber wird häufig vergessen, daß die erste Reformphase äußerst schmerzhaft gewesen ist und massiven Widerstand in der Bevölkerung und auf Seiten der Verbände hervorgerufen hat. Es bedurfte eines Regierungswechsels und eines äußerst geschlossenen Vorgehens von Seiten der Politik, um die beschlossenen Reformmaßnahmen umsetzen zu können. Erst nach den ersten Erfolgen war die Politik der Regierung gewissermaßen legitimiert, und erst danach wurde die Reformierung des Sozialstaates eine beschlossene Angelegenheit, die auch von der Bevölkerung und den gesellschaftlichen Akteuren getragen wurden.

Dieses Klima der Reformnotwendigkeit diffundierte auch in das niederländische Gesundheitswesen hinein, wenn auch nicht in dem Ausmaß wie in anderen Feldern sozialer Sicherung. Sie bewirkte, daß die gesundheitspolitische Taktik ihren Kurswechsel Richtung 'managed liberalisation' vollzog und sich im Gesundheitswesen selbst die Sensibilität für Reformmaßnahmen organisatorischer, beruflicher und finanztechnischer Art steigerte. In der Bundesrepublik ist dieses Klima noch nicht vorhanden, es zeichnet sich erst in Ansätzen ab. Mit anderen Worten: Der Problemdruck und das daraus resultierende Problembewußtsein tritt in der Bundesrepublik mit Verzögerungen

auf (vgl. auch Cox 1999). Zu einem großen Teil ist dies auf den deutschen Einigungsprozeß zurückzuführen – während die niederländische Politik Anfang der 90er Jahre die Anfänge ihrer Reformpolitik durchzusetzen versuchte, wurde der Reformbedarf in der Bundesrepublik aufgrund der Priorität der Wiedervereinigung zunächst von der gesellschaftspolitischen Tagesordnung gestrichen. Erst Mitte der 90er Jahre wurde aufgrund der sinkenden Konjunktur und der hohen Arbeitslosigkeit das Problem erneut virulent: Der Reformbedarf wandelte sich schnell in einen Reformstau, während zu diesem Zeitpunkt in den Niederlanden bereits die ersten Erfolge der Reformpolitik sichtbar wurden.

1998/99, als die empirischen Untersuchungen im niederländischen und deutschen Gesundheitswesen stattfanden, waren diese Unterschiede im Klima deutlich spürbar. Die meisten niederländischen Interviewpartner empfanden ihr Gesundheitswesen als äußerst modern – trotz Wartelistenproblematik und Personalknappheit. In Deutschland, wo sich gerade der Regierungswechsel vollzogen hatte, war das Klima anders (und wenn man so will: bescheidener). Einerseits war deutlich, daß die Defizite im Gesundheitswesen keinen weiteren Reformaufschub duldeten, andererseits war unklar, was man diesbezüglich unter der neuen Regierung zu befürchten hatte. In bezug auf die ausgeprägte Steuerungsresistenz des Gesundheitswesens wäre es in diesem Zusammenhang taktisch klüger gewesen, die Gesundheitsreform 2000 nicht als Auftakt, sondern erst nach ersten Regierungserfolgen (z.B. nach der Steuerreform) zu konzipieren – das Reformklima im Gesundheitswesen ist jetzt mit Sicherheit vielversprechender als noch vor einem Jahr und hätte vielleicht die Durchführung der Reform begünstigt.

Der zweite Grund, weshalb sich beide Gesundheitssysteme in ihrem Integrationsgrad unterscheiden, geht auf kulturelle Unterschiede zurück. Bekanntermaßen haben sich die Niederländer einen äußerst pragmatischen Ruf erworben, ihre Kultur wird als konsens- und innovationsorientiert beschrieben, während die Deutschen als normativ und interessenorientiert gelten. Diese Merkmale sind eng mit der nationalen Gesellschaftsstruktur und ihrer historischen Genese verknüpft. Die Niederlande sind eine Handelsnation, ihr Wohlstand ist historisch eng mit dem Aufstieg des Bürgertums verknüpft und geht mit einer Priorität wirtschaftlicher Aktivitäten vor religiösen und staatlichen Belangen einher. Bereits im Mittelalter war daher die religiöse und ethnische Pluralität der niederländischen Gesellschaft legendär, allerdings erforderte dies schon im alltäglichen Miteinander eine ausgeprägtes Maß an Konsens und Pragmatismus, das sich im Verlauf der Jahrhunderte als kennzeichnendes Merkmal in der niederländischen Kultur verankerte. Auffallend ist gleichzeitig, daß trotz aller gesellschaftlichen Dominanz auch der Staat notwendige Entscheidungen u.U.

äußerst rigide durchsetzen kann – die Niederlande sind ein zentralistischer Staat ohne föderalistisches System; das ‘government’ hat deshalb direkten Zugriff auf die dezentralen Instanzen.

Letzten Endes bedeutet dies, daß Reformprozesse schneller und pragmatischer vonstatten gehen und die Experimentierfreude ausgeprägter ist. Dieser Vorteil wird aber auch mit spezifischen Nachteilen erkaufte. Erstens bestehen viele vom Staat durchgesetzte Reformen nur auf dem Papier; auch in dieser Arbeit zeigte sich häufig, daß sie in der Praxis häufig von den gesellschaftlichen Akteuren unterminiert werden (‘Den Haag ist weit weg’). Zweitens werden im Zuge des pragmatischen Vorgehens die Interessen bestimmter Bevölkerungsgruppen schnell in den Schatten gedrängt – sowohl von staatlicher wie auch von gesellschaftlicher Seite aus. Dies zeigt sich weniger in bewußter Diskriminierung, sondern eher in Interesselosigkeit und fehlender Anteilnahme (auch häufig als die Kehrseite der vielgepriesenen niederländischen Toleranz bezeichnet). Nicht nur aufgrund des Föderalismus ist in Deutschland eher davon auszugehen, daß heterogene Interessen stärker berücksichtigt werden, generell sind Verhandlungsprozesse hier eine äußerst normativ geprägte Angelegenheit. Mit Sicherheit reagiert Deutschland hier auf die Erfahrungen des Nationalsozialismus, es erkaufte diese Vorgehensweise aber mit äußerst zähen Reformprozessen, deren Inhalte außerdem häufig noch bis zur Unkenntlichkeit kleingearbeitet werden müssen.

Nicht zuletzt hängt der Integrationsgrad aber auch mit der Größe der Länder zusammen. Die Niederlande sind ein kleines Land; seine Bevölkerungszahl erreicht knapp die Nordrhein-Westfalens. Allein schon diese Tatsache erleichtert die Information über systemische Auswirkungen in der Umwelt und beschleunigt Anpassungsmaßnahmen. Darüber hinaus wird kleinen Ländern generell eine größere Innovationsfähigkeit nachgesagt: Ihre Interdependenzen zu den ausländischen Nachbarn sind größer, die notwendige ‘Tracht Krise’ als Beschleuniger von Reformprozessen erfolgt schneller, der Problemdruck ist größer. Gerade die Niederlande sind als traditionelle Handelsnation stark an den ausländischen Nachbarn orientiert, und dies zeigt sich nicht nur an ihrer Ökonomie, sondern eben auch am Design ihres Gesundheitssystems, welches deutsche und englische Anleihen aufweist. Bezeichnenderweise tritt die Orientierung am Ausland vor allem in Krisenzeiten auf – die Niederlande haben sozusagen bereits *Benchmarking* betrieben, bevor der Begriff überhaupt existierte.

Es wäre natürlich wünschenswert, wenn sich das deutsche Gesundheitswesen einige Eigenschaften seines niederländischen Nachbarn aneignen würde. Die Ausführungen zeigen aber auch, daß dies nicht so einfach ist. Die Größe unseres Landes läßt sich nicht verändern, niemand würde ernsthaft die föderalistischen Strukturen in Frage stellen wollen und kulturelle Muster haben histo-

rische Dimensionen, die nicht willkürlich verändert werden können, erst recht nicht von heute auf morgen. Dies ist aber auch nicht der Sinn eines Vergleiches. Vielmehr geht es darum – und dies ist auch von den Akteuren des deutschen Gesundheitswesens zu leisten –, bestehende Reformbedarfe anzuerkennen, eigene Defizite einzugestehen und Sensibilität für die Strategien anderer Ländern zu entwickeln. Auf der Grundlage des hier durchgeführten Vergleiches lassen sich beispielsweise folgende Handlungsempfehlungen für eine bedarfsgerechte Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens ableiten:

- *Mehr Experimentierfreude auf der Versorgungsebene* – In den Versorgungseinrichtungen des Sektors entscheidet sich letzten Endes, ob Gesundheitsdienste bedarfsgerecht erbracht werden oder nicht. Die in dieser Arbeit skizzierten Strategien Kooperation, Patientenorientierung, Qualitätsmanagement und neue Medien sind geeignete Instrumente, um die Leistungsfähigkeit der Versorgungsorganisationen zu steigern. Zwar scheint die Modernisierung des deutschen Sektors aufgrund der stärkeren Heterogenität ein schwieriges Unterfangen als in den Niederlanden; dies sollte die deutschen Akteure aber nicht daran hindern, die bislang einseitige Ausrichtung an den versicherungstechnischen Aspekten aufzugeben und einen konsequenten Modernisierungskurs auf der Versorgungsebene einzuleiten. Ob in diesem Zusammenhang die Idee eines deutschen *gate keepers* weiter verfolgt werden soll (wie die Bertelsmann-Auszeichnung impliziert), ist m.E. strittig. Zwar mag sich dadurch die Transparenz des Sektors erhöhen, gerade die niederländischen Erfahrungen zeigen aber auch, daß das *gate keeper*-Prinzip mit der Wahlfreiheit der Patienten kollidieren kann.
- *Public Health stärken* – Ein weiteres Ergebnis dieser Arbeit ist, daß das Wissen um Gesundheit zunehmend komplexer wird und andere gesellschaftliche Teilbereiche tangiert (Arbeit, Bildung, Umwelt). Um hier neue Erkenntnisse zu gewinnen, müßte die Public Health-Forschung in der Bundesrepublik gezielt gefördert werden. Bislang finden sich selbst in den Ballungsregionen, wo sich die Zusammenhänge von Gesundheit, Umwelt und Lebensbedingungen besonders gut erforschen ließen, noch relativ wenig Einrichtungen, die sich auf diesen Forschungszweig konzentrieren. Ein stärkeres Engagement in diesem Bereich könnte nicht nur neue Impulse für die medizinische Versorgung, sondern auch für die betriebliche Gesundheitsförderung, die Nahrungsmittelindustrie, die Wohnungswirtschaft etc. beinhalten.
- *Mehr Wettbewerb wagen* – Wettbewerb hat im Gesundheitswesen einen nahezu mythischen Status: Entweder gilt er als Schreckgespenst oder als Allheilmittel zur Beseitigung aller Defizite. Ein pragmatischerer Umgang mit diesem Thema wäre erfreulich. „Man muß sich nur einmal die sprachlichen Verrenkungen vor Augen führen, mit denen sonst selbstverständlichste Marktvorgänge im Gesundheitsbereich belegt werden („Einkaufsmodell“ oder „selektives Kontrahie-

ren“), um zu erahnen, wie lang und steinig der Weg zu etwas mehr marktwirtschaftlicher Normalität in dieser Branche offensichtlich immer noch ist.“ (Jacobs 1999: 13). Die Angebotsstrukturen des Sektors sind nach wie vor kartell- und zunftähnlich verfaßt, obwohl eine Öffnung in Form von flexibleren Verträgen, Tarif- und Leistungsangeboten der Versorgungsqualität mit Sicherheit nicht schaden würde. Dies muß nicht gleich mit umfassenden Änderungen auf institutioneller und rechtlicher Ebene einher gehen, wünschenswert wäre aber eine größere Bereitschaft zu Experimenten und Modellprojekten.

- *Kräfteverhältnisse im Sektor ausgleichen* – Um die Selbststeuerungspotentiale des Sektors zu aktivieren, ist eine ausgewogene Machtbalance zwischen den verschiedenen Gesundheitsakteuren erforderlich. Mit ihrem hohen verbandlichen Zentralisierungsgrad verfügen Ärzte und Pharmaindustrie nach wie vor über eine bessere Verhandlungsbasis als die Krankenkassen, die ihre Interessen aufgrund der fragmentierten Verbandsstruktur schlechter vertreten können. Dies zementiert die starke Angebotsdominanz des deutschen Gesundheitswesens. Fraglich ist außerdem, ob die Krankenkassen alleine die Interessen der Nachfrageseite vertreten können; erforderlich wären in diesem Kontext vielmehr die Ausweitung und stärkere Institutionalisierung der Patientenrechte. Für einen normativ- und interessenorientierten Staat sind die Patienteninteressen in Deutschland überraschend unterrepräsentiert. Eine Aufwertung der Patienteninteressen (z.B. nach Vorbild des Verbraucherschutzes) ist unumgänglich, um der Nachfragerperspektive im Sektor mehr Gewicht zu verleihen.
- *Randbereiche des Gesundheitssektors integrieren* – Ein wachsender Teil an Gesundheitsdiensten (z.B. Wellness und Beauty, Gesundheitstourismus, Ernährungsangebote, Alternativmedizin) wird durch die Einrichtungen der sog. Randsektoren erbracht, die starke Überschneidungen zu anderen gesellschaftlichen Teilbereichen aufweisen. Bislang fristen diese Randbereiche eher ein Schattendasein, ihr gezielter Ausbau wird skeptisch beurteilt, da die hier erbrachten Leistungen überwiegend privat finanziert werden und häufig auf geringqualifizierter Beschäftigung gründen. Darüber sollte aber nicht vergessen werden, daß diese Entwicklung Resultat eines sich ausweitenden Bedürfnisspektrums auf Seiten der Bevölkerung ist, von daher sollte der Randsektor in den Reform- und Modernisierungsdebatten stärker berücksichtigt werden. Möglich wäre beispielsweise eine gezielte Verschränkung zwischen Kern- und Randsektor über neue Finanzierungs-, Versorgungs- und Beschäftigungskonzepte. Hier kann auf die Erfahrungen und Kontakte lokaler Wirtschaftsförderungen zurückgegriffen werden, die sich unter regionalpolitischen Aspekten mit der Entwicklung der Randsektoren beschäftigen.
- *Beschäftigungsverhältnisse verbessern* – Die Niederlande zeigen, daß mit einem Konjunkturaufschwung die Abwanderung der Beschäftigten aus dem Sektor droht. Dies würde den

Personalnotstand, der auch im deutschen Gesundheitswesen beobachtet werden kann, verschärfen. Ursache sind ungünstige Arbeitsbedingungen, die in hohem Maß durch Kostendämpfung und Rationalisierung verursacht werden. Daher sind Konzepte zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen gefordert (Entlohnungs- und Arbeitszeitmodelle, neue Aufgabenzuschnitte, etc.) sowie interdisziplinär angelegte Aus- und Weiterbildungskonzepte, die neben fachspezifischem Wissen auch *tacit skills* (Kooperationskompetenz, Umgang mit neuen Medien, Kostenbewußtsein) und Kenntnisse über die Funktion und Arbeitsweise benachbarter Sektoren (Soziales, Erziehung) vermitteln. Hier ist insbesondere das Know-How von Berufsverbänden und Bildungsinstitutionen notwendig. Empfehlenswert wäre auch, die Ansätze zur Gestaltung des Niedriglohnsektors im Bündnis für Arbeit für die Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesens heranzuziehen.

- *Abkehr von großen Reformplänen* – Sowohl in den Niederlanden als auch in Deutschland zeigt sich, daß die Umsetzungschancen mit dem Umfang der Reformen eher schwinden als zunehmen. In den Niederlanden reagierte man darauf mit einem Wechsel der Steuerungsstrategie: Kleinere Reformvorhaben wurden mit einem stärkeren Bezug auf die Versorgungsebene kombiniert. Die Gesundheitsreform 2000 zeigt, daß dieses Umdenken in der deutschen Gesundheitspolitik noch nicht eingesetzt hat. Nach wie vor dominiert hier das Bedürfnis, die Defizite des Sektors auf einen Schlag beseitigen zu wollen. Dies fordert jedoch den Widerstand der gesellschaftlichen Akteure geradezu heraus, und je größer das Reformpaket, desto größer dabei auch die Gefahr, daß eigentlich konsensfähige Elemente der Vetomacht zum Opfer fallen. Die niederländischen Erfahrungen zeigen, daß eine inkrementalistische Strategie, bei der einzelne Reformelemente *step by step* implementiert werden, erfolgversprechender sein könnte. Die einzelnen Schritte sollten dann aber auch konsequent vollzogen werden, da sonst die Gefahr besteht, notwendige Reformprozesse noch weiter hinauszuzögern.

Offene Fragen und weiterer Forschungsbedarf

In dieser Arbeit konnte der Nachweis erbracht werden, daß die Entwicklung des Gesundheitswesens nicht nur eine Frage funktionaler Differenzierung ist, sondern auch mit Integrationsleistungen zusammenhängt. Dies ließ sich anhand einzelner Mechanismen konkretisieren, wobei im Vergleich zwischen den Niederlanden und der Bundesrepublik deutlich wurde, daß der Integrationsgrad im Gesundheitssystem nationale Unterschiede aufweisen kann. Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen somit die Relevanz von Integrationsprozessen für die Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Hiermit ist allerdings nur ein kleiner Ausschnitt der Thematik bearbeitet, an die sich eine Reihe von offenen Fragen und Forschungsbedarfen anschließt.

So sind erstens die einzelnen Integrationsmechanismen nicht eindeutig definiert. In dieser Arbeit mußte eine mehr oder weniger willkürliche Abgrenzung vorgenommen werden, und dem Leser sind die Überschneidungen und Mehrdeutigkeiten sicherlich nicht entgangen. Eine ausführlichere Kategorisierung, die auch wissenschaftlich konsensfähig wäre, erfordert detailliertere Forschungen über die Art und Wirkungsweise der einzelnen Mechanismen. Dabei würden wahrscheinlich noch weitere Integrationsmechanismen zu Tage treten, die in dieser Arbeit nicht zum Zuge kommen konnten. Zweitens müßte das Verhältnis von Integration und Differenzierung näher ausgelotet werden. Wann vollzieht sich Integration als Parallelerscheinung der funktionalen Differenzierung, wann zeigt sie sich als Krisenfolge? Und wie genau läßt sich die chronologische Abfolge von Differenzierungs- und Integrationsprozessen beschreiben? Zu kurz kamen in dieser Arbeit auch die Ausführungen zu den möglichen Zweitcodierungen und der Reflexionsfähigkeit des Gesundheitswesens, die Auswirkungen auf den Integrationsgrad haben können. Ebenso wurde nur in Ansätzen skizziert, wie sich die Integrationsleistungen im Gesundheitswesen auf andere gesellschaftliche Teilsysteme auswirken und beispielsweise die Programme und Leistungen des Wirtschafts- oder des Bildungssystems beeinflussen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht auch in bezug auf die nationale Varianz von Integrationsleistungen. In dieser Arbeit wurde ein Vergleich zwischen zwei Ländern durchgeführt, die in bezug auf ihr Gesundheitssystem relativ viel Gemeinsamkeiten aufweisen. Die Frage ist, wie sich Integration in einem Vergleich mit anders gestalteten Gesundheitssystemen darstellen würde, z.B. dem US-amerikanischen oder dem britischen Gesundheitswesen. Des weiteren ist den Niederlanden und Deutschland ein relativ hohes Maß an funktionaler Differenzierung und somit an Modernität gemeinsam. Aufschlußreich ist sicherlich auch der Vergleich mit Ländern, die in die Kategorie der sog. 'nachholenden Modernisierung' fallen, also einen geringeren Grad an funktionaler Differenzierung aufweisen (z.B. Ostblockstaaten oder lateinamerikanische Länder). Auf diese Weise könnten neue Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie sich Integrationsmechanismen parallel zu Prozessen funktionaler Differenzierung entwickeln. Einen genaueren Aufschluß über gesellschaftliche Evolution durch Differenzierung/Integration könnten auch detaillierte historische Studien zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme geben.

Insgesamt erweist sich also der Forschungsbedarf in bezug auf Integration beträchtlich, Daher wäre die Differenzierungstheorie gut beraten, dieser Perspektive mehr Aufmerksamkeit zu widmen. Insbesondere unter systemtheoretischen Vorzeichen wird Integration bislang selten als komplementäre Begleiterscheinung zur Differenzierung thematisiert; meistens gilt sie als pathologischer 'Ausreißer', der die funktionelle Differenzierung unterwandert und ein Indikator für gesellschaftli-

che Regression ist. Hier drängt sich der Eindruck auf, daß weniger die empirische Entwicklung dem Primat der funktionalen Differenzierung folgt als vielmehr ihre Vertreter in der *scientific community*. In der Realität scheint gesellschaftliche Entwicklung eine Frage des gelungenen Verhältnisses von Differenzierung und Integration zu sein. Ein genauerer Aufschluß über Integrationsprozesse ist daher nicht nur eine Herausforderung für die Wissenschaft – die ‘Aufbereitung’ der Erkenntnisse kann auch neue Impulse für die politische und gesellschaftliche Praxis geben, die Verselbständigung gesellschaftlicher Teilsysteme auf ein sozialverträgliches Mindestmaß zu beschränken.

LITERATUR

- Alber, Jens (1982):** Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in West-Europa. Frankfurt a. M.: Campus.
- Alber, Jens (1992a):** Bundesrepublik Deutschland, in: Alber, Jens / Bernardi-Schenkluhn, Brigitte, Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich. Frankfurt a. M.: Campus, S. 31-177.
- Alber, Jens (1992b):** Wohlfahrtsstaat, in: Schmidt, Manfred G. (Hrsg.), a.a.O., S. 542-554.
- Alber, Jens (1995):** Soziale Dienstleistungen. Die vernachlässigte Dimension vergleichender Wohlfahrtsstaatsforschung, in: Bentele, Karl-Heinz u.a. (Hrsg.), Die Reformfähigkeit von Industriegesellschaften. Fritz Scharpf zum 60. Geburtstag. Frankfurt a. M.: Campus, S. 177-195.
- Albrecht, Günter / Groenemeyer, Axel / Stallberg, Friedrich W. (Hrsg.) (1999):** Handbuch soziale Probleme. Opladen: Westdeutscher Verlag,
- Alexander, Jeffrey u.a. (Hrsg.) (1987):** The Micro-Macro-Link. Berkeley, LA: University California Press.
- Armstrong, D. (1991):** What do patients want? Someone who will hear their questions, in: British Medical Journal, Heft 8/91.
- Arnold, Michael (1994):** Welchen Beitrag kann die moderne Medizintechnik in einer sich ändernden Gesellschaft leisten?, in: Fricke, Werner / Zimmer, Hans-Heinz (Hrsg.), a.a.O., S. 224-227.
- Backhaus-Maul, Holger / Olk, Thomas (1994):** Von Subsidiarität zum Outcontracting: Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik, in: Streeck, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 100-135.
- Badura, Bernd / Strodtholz, Petra (1998a):** Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 145-175.

- Badura, Bernd / Strodtholz, Petra (1998b):** Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen, in: Schwartz, Friedrich W. (Hrsg.), a.a.O., S. 574-585.
- Bäcker, Gerhard / Heinze, Rolf G. / Naegele Gerhard (1995):** Die sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen. Münster: Lit.
- Baethge, Martin / Glott, Rüdiger / Wilkens, Ingrid (1999):** Dienstleistungsbeschäftigung im internationalen Vergleich, in: SOFI – Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut (Hrsg.), Dienstleistungen als Chance: Entwicklungspfade für die Beschäftigung. Abschlußbericht im Rahmen der BMBF-Initiative „Dienstleistungen für das 21. Jahrhundert“, Göttingen: SOFI, S. 149-233.
- Bals, Thomas (1993):** Berufsständische Abschottung oder interprofessionelle Kooperation - die Gesundheitsfachberufe und ihr Berufsfeld, in: BiBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), a.a.O., S. 87-95.
- Bandelow, Nils (1998):** Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessensgruppen? Opladen: Leske + Budrich.
- Bandemer, Stephan v. / Hilbert, Josef (1996):** Soziale Dienste und Gesundheit als Wachstumsbranche – Chancen und Gestaltungsherausforderungen, in: Zeitschrift für Sozialreform, Heft 11-12/96, S. 763-776.
- Bandemer, Stephan von / Hilbert, Josef (1998):** Vom expandierenden zum aktivierenden Staat, in: Bandemer, Stephan v. u.a. (Hrsg.), Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen: Leske + Budrich, S. 25-32.
- Bandemer, Stephan v. / Hilbert, Josef / Schulz, Erika (1998):** Zukunftsbranche Gesundheit und Soziales? Szenarien und Ansatzpunkte der Beschäftigungsentwicklung bei gesundheitsbezogenen und sozialen Diensten, in: Bosch, Gerhard (Hrsg.), a.a.O., S. 412-436.
- Baraldi, Claudio / Corsi, Giancarlo / Esposito, Elena (1998):** GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bartelsmann, Eric / Cate, Philip ten (1997):** Competition in Health Care. A Dutch experiment, in: CPB – Centraal Planbureau – Report, Heft 4/97, S. 34-38.

- Bauch, Jost (1996a):** Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung zur Medikalisierung des Gesundheitswesens. Weinheim: Juventa.
- Bauch, Jost (1996b):** Lässt sich das Gesundheitswesen politisch steuern?, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), Heft 3/96, S. 242-247.
- Bauer, Rudolph (1992):** Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. Bd. I-III, München: Oldenbourg.
- Baumol, William J. (1967):** Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis, in: American Economic Review 57, S. 416-426.
- Beck, Ulrich (1986):** Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich (1996a):** Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne, in: Beck, Ulrich / Giddens, Anthony / Lash, Scott, a.a.O., S. 19-113.
- Beck, Ulrich (1996b):** Wissen oder Nicht-Wissen? Zwei Perspektiven "reflexiver Modernisierung", in: Beck, Ulrich / Giddens, Anthony / Lash, Scott, a.a.O., S. 289-316.
- Beck, Ulrich / Giddens, Anthony / Lash, Scott (1996):** Reflexive Modernisierung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Beck, Ulrich (Hrsg.) (2000):** Die Zukunft von Arbeit und Demokratie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Behrens, Fritz u.a. (Hrsg.) (1997):** Den Staat neu denken. Reformperspektiven für die Landesverwaltungen. Berlin: Edition Sigma.
- Benz, Angelika (1995):** Privatisierung und Deregulierung - Abbau von Staatsaufgaben?, in: Zeitschrift für Verwaltungswissenschaften. Heft 3/95, S. 337-359.
- Berger, Johannes (1986):** Die Moderne – Kontinuitäten und Zäsuren. Göttingen: Schwartz.
- Berger, Johannes (1988):** Modernitätsbegriffe und Modernitätskritik in der Soziologie, in: Soziale Welt, Heft 2/88, S. 224-235.

- Berger, Johannes (1990):** Entdifferenzierung als Perspektive für Marktwirtschaften?, in: Zapf, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 233-247.
- Berger, Rainer (1998):** Der Umbau des Sozialstaates. Ansichten von Parteien und Wohlfahrtsverbänden zur Modernisierung des Staates. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2000):** Internationales Beschäftigungsranking 2000. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Beske, Fritz / Hallauer, Johannes F. (1999):** Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Beuels, Franz-R. / Wohlfahrt, Norbert (1991):** Gesundheit für die Region? Neue Konzepte der kommunalen und betrieblichen Gesundheitsförderung. Bielefeld: Kleine.
- Beyer, Lothar / Hilbert, Josef / Micheel, Brigitte (1998):** Entwicklungstrends des Dienstleistungssektors in Nordrhein-Westfalen, in: Enquête-Kommission „Zukunft der Erwerbsarbeit“ (Hrsg.), Der Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Materialband zum Bericht, Teil 1 – Bestandsanalyse. Düsseldorf, S. 131-164.
- Beyme, Klaus von (1998):** Spätpluralismus? Paradigmawandel der Interessensgruppenforschung, in: Jann, Werner u.a. (Hrsg.), Politik und Verwaltung auf dem Weg in die transindustrielle Gesellschaft. Carl Böhrer zum 65. Geburtstag, Baden-Baden: Nomos, S. 45-59.
- BiBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (1993):** Gesundheits- und sozialpflegerische Berufe. Entwicklungstendenzen und Lösungswege. Nürnberg: BW Bildung und Wissen.
- Bischoff, Claudia (1993):** Neue Berufe oder Neuzuschneidungen von Berufen für neue oder veränderte Anforderungen?, in: BiBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), a.a.O., S. 83-87.
- Bischoff-Schilke, Klaus (1992):** Technisierung personenbezogener Dienstleistungsarbeit. Hamburg: Kovalc.
- Blaauwbroek, H.G. (1997):** Patient Organisations and Patients' Rights, in: Schrijvers, A.J.P. / Kodner, L.D. (Hrsg.), Health and Health Care in the Netherlands. Utrecht: De Tijdstroom, S. 223-236.

- Blanke, Bernhard / Schridde, Henning (1999):** Bürgerengagement und Aktivierender Staat. Ergebnisse einer Bürgerbefragung zur Staatsmodernisierung in Niedersachsen, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B24-25/99, S. 3-12.
- BMBF - Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie - (Hrsg.) (1997):** Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. Bonn: Mintzel-Druck.
- Böcken, Jan / Butzlaff, Martin / Escher, Andreas (Hrsg.) (2000):** Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche zum Carl Bertelsmann-Preis 2000. Gütersloh: Bertelsmann.
- Böhret, Carl / Konzendorf, Götz (1997):** Verwaltung im gesellschaftlichen und ökonomischen Umfeld, in: König, Klaus / Siedentopf, Heinrich (Hrsg.), Öffentliche Verwaltung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, S. 67-86.
- Borchert, Jens (1998):** Ausgetretene Pfade? Zur Statik und Dynamik wohlfahrtsstaatlicher Regimes, in: Lessenich, Stephan / Ostner, Ilona (Hrsg.), a.a.O., S. 137-176.
- Bos, Monica (1999):** Die Niederlande, in: Palm, Willy (Hrsg.), Sozialschutz und Gesundheitssysteme. Brüssel: Association Internationale de la Mutualité, S. 135.151.
- Bosch, Gerhard (Hrsg.) (1998):** Zukunft der Erwerbsarbeit. Strategien für Umwelt und Beschäftigung. Frankfurt a.M.: Campus.
- Brand, Angelika (1999):** Medizinisch-epidemiologische Arbeitsweisen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), a.a.O., S. 65-99.
- Brandenburg, Alexander u.a. (1998):** Kommunale Gesundheitskonferenzen. Eine innovative Strategie der Gesundheitspolitik?, in: Soziale Sicherheit, Heft 6/98, S. 191-195.
- Braun, Bernhard / Reiners, Hartmut (1999):** Über die Notwendigkeit politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 9/99, S. 1083-1100.
- Buß, Eugen / Schöps, Martina (1979):** Die gesellschaftliche Entdifferenzierung, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 4/79, S. 315-329.

- Casparie, Anton F. u.a. (1997):** Quality Systems in Dutch Health Care Institutions, in: Health Policy 42, S. 255-267.
- CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek / VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1980-1999):** Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland. Voorburg: CBS.
- Clarke, John / Newman, Janet (1997):** The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare. London: Sage.
- CNH - Stichting Care Net Holland (1999a):** Zorgverzekeraars beperken wachttijden. <http://www.cnh.nl/nieuwbrief/getnieuws.php?id=511> Zulezt abgerufen am 17.07.2000.
- CNH - Stichting Care Net Holland (1999b):** Overheid verliest regie over de Gezondheidszorg. <http://www.cnh.nl/nieuwbrief/getnieuws.php?id=1169> Zulezt abgerufen am 17.07.2000
- CNH - Stichting Care Net Holland (1999c):** Proefproces over wachtlijst thuiszorg. <http://www.cnh.nl/nieuwbrief/getnieuws.php?id=617> Zulezt abgerufen am 17.07.2000
- CNH - Stichting Care Net Holland (1999d):** Oplossing wachtlijsten thuiszorg dichterbij. <http://www.cnh.nl/nieuwbrief/getnieuws.php?id=1353> Zulezt abgerufen am 17.07.2000
- CNH - Stichting Care Net Holland (1999e):** Borst start offensief voor basisverzekering in zorg. <http://www.cnh.nl/nieuwbrief/getnieuws.php?id=902> Zulezt abgerufen am 17.07.2000
- Colomy, Paul (1990):** Divisions and Progress in Differentiation Theory, in: Alexander, Jeffrey / Colomy, Paul (Hrsg.), Differentiation Theory and Social Change. Comparative and Historical Perspective. New York: Columbia University Press, S. 465-495.
- Cox, Robert H. (1999):** The social construction of an imperative: Why welfare reform happened in Denmark and the Netherlands, but not in Germany. Vv. Ms. für das Annual Meeting of the American Political Science Association, 2-5 September 1999, Atlanta.
- CPB - Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis (1997):** Challenging Neighbours. Rethinking German and Dutch Institutions. Den Haag: Confidential.

- Damkowski, Wulf/Luckey, Karin (1993):** Lokale Sozial- und Gesundheitsdienste. Informationspool Teil 3. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- De loopen – informatiemagazine over het nieuwe opleidingsstelsel voor verpelgende en verzorgende beroepen (1998):** Eerste rapport kwalificatiestructuur is uit!., S.5-8.
- Degele, Nina (1999):** Soziale Differenzierung: Eine subjektorientierte Perspektive, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 5/99, S.345-363.
- Dekker, A. Fons (1994):** Patients' Rights in the Netherlands, in: WHO – World Health Organisation (Hrsg.), Promotion of the Rights of Patients in Europe. Den Haag: Kluwer Law International.
- Dekker, Paul (1999):** Freiwillige Arbeit in der niederländischen Zivilgesellschaft. Bestandsaufnahme und Forschungsperspektiven, in: Kistler, Ernst / Noll, Heinz-Herbert / Priller, Eckhard (Hrsg.), Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts. Berlin: Edition Sigma, S. 171-190.
- Derlien, Hans-Ulrich / Gerhard, Uta / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.) (1994):** Systemrationalität und Partialinteresse. Baden-Baden: Nomos.
- Derwein, Ursula (1997):** Perspektiven für eine integrierte Gesundheitsversorgung. Stuttgart: Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr.
- Deurzen, J.v. (2000):** Een huisarts op de eerste hulp, in: Metro, Ausgabe 3.2.00.
- Düllings, Josef (1997):** Die neue Selbstorganisation des Gesundheitswesens, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), Heft 4/97, S. 309-317.
- DiMaggio, Paul J. / Powell, Walter W. (1983):** The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality, in: American Sociological Review, Heft 4/83, 147-160.
- Döhler, Marian (1991):** Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozial-liberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen, in: Blanke, Bernd / Wollmann, Hellmut (Hrsg.), Die alte Bundesrepublik. Kontinuität und Wandel. Leviathan Sonderheft 12/91, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 463-481.

- Döhler, Marian / Manow-Borgwardt, Philip (1992):** Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verwaltung, in: Politische Vierteljahresschrift, Heft 4/92, S. 571-596.
- Döhler, Marian / Manow, Philip (1995):** Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), a.a.O., S. 140-169.
- Döhler, Marian (1997):** Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Donabedian, Avedis (1966):** Evaluating the quality of medical care, in: Milbank Memorial Fund Quarterly 44.
- Dunk, Hermann van der (1998):** Die Liberalität der Niederlande. Merkmale und Entwicklung in historischer Perspektive, in: Müller, Bernd (Hrsg.), a.a.O., S. 31-55.
- Durkheim, Emile (1984):** Regeln der soziologischen Methode. Darmstadt; Neuwied: Luchterhand.
- Effinger, Herbert/Luthe, Detlef (Hrsg.) (1993):** Sozialmärkte und Management: Herausforderungen bei der Produktion sozialer Dienstleistungen im intermediären Bereich. Bremen: Universität Bremen.
- Eindhovens dagblaad (1999):** Wachlijsten in zorg moeten korter. Ausgabe 19.6.99.
- Eis, Dieter (1998):** Welchen Einfluß hat die Umwelt, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 51-81.
- Eisenstadt, Shmuel, N. (1964):** Social Change, Differentiation and Evolution, in: American Sociological Review 29, S. 375-386.
- Elkeles, Thomas (1998):** Arbeitende und Arbeitslose, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 516-524.
- Esping-Andersen, Gösta (1990):** The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity Press.

- Esping-Andersen, Gösta (1998):** Die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Zur politischen Ökonomie des Wohlfahrtsstaates, in: Lessenich, Stephan / Ostner, Ilona (Hrsg.), a.a.O., S. 19-56.
- Etzioni, Amitai (1975):** Die aktive Gesellschaft. Eine Theorie gesellschaftlicher und politischer Prozesse. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Evers, Adalbert (1990):** Im intermediären Bereich - Soziale Träger und Projekte zwischen Haushalt, Staat und Markt, in: Journal für Sozialforschung, Heft 2/90, S. 189-210.
- Evers, Adalbert (1993):** Eine Arbeit wie jede andere?, in: BiBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), a.a.O., S. 47-55.
- Evers, Adalbert / Olk, Thomas (1996):** Wohlfahrtspluralismus - Analytische und normativ-politische Dimensionen eines Leitbegriffs, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 9-63.
- Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.) (1996):** Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Evers, Adalbert (1997):** Quality development - part of a changing culture of care in personal services, in: Evers, Adalbert u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 9-25.
- Evers, Adalbert u.a. (Hrsg.) (1997):** Developing Quality in Personal Social Services. Aldershot u.a.: Ashgate
- Evers, Adalbert / Leggewie, Claus (1999):** Der ermunternde Staat. Vom aktiven Staat zur aktivierenden Politik, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, Heft 6/99, S. 331-340.
- Faust, Uwe (1994):** Stand und zukünftige Entwicklung der Medizintechnik, in: Fricke, Werner / Zimmer, Hans-Heinz (Hrsg.), a.a.O., S. 210-223.
- Fehr, Rainer / Kobusch, Adriane-Bettina / Wichmann, Heinz-Erich (1998):** Umwelt und Gesundheit, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 467-497.
- Ferber, Christian von (1991):** Patientenorientierung im Krankenhaus - immer noch ein Problem, in: Krankenhausumschau 4/91.

- FfG - Forschungsgesellschaft für Gerontologie (2000):** Sozialpolitische Neuregelungen 1999 und 2000. Änderungen im Bereich der Krankenversicherung. <http://www.sozialpolitik-lehrbuch.de/chronik3.htm> Zuletzt abgerufen am 03.07.2000
- FfG – Forschungsgesellschaft für Gerontologie u.a. (2000):** Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt in Nordrhein-Westfalen. Endbericht in Auftrag des MFJFG – Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Dortmund: FfG.
- Flora, Peter / Alber, Jens (1981):** Modernization, Democratization and the Development of Welfare States in Europe, in: Flora, Peter / Heidenheimer, Arnold J. (Hrsg.), The Development of Welfare States in Europe and North America. London: Transaction Books, S. 37ff.
- Fourastié, Jean (1954):** Die große Hoffnung des 20. Jahrhunderts. Köln: Bund.
- Fretschner, Rainer (1999):** Politik zwischen Steuerung und Aktivierung. Eine systemtheoretische Analyse zeitgenössischer Staatsleitbilder. Diplomarbeit an der Ruhr-Universität Bochum.
- Fricke, Werner / Zimmer, Hans-Heinz (Hrsg.) (1994):** Zukunftstechnologien und gesellschaftliche Verantwortung. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Gäfgen, Gérard (1988) (Hrsg.):** Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.
- Gäfgen, Gérard / Oberender, Peter (Hrsg.) (1988):** Technologischer Wandel im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos,
- Galas, Eckart / Stolz, Achim (1997):** Die dritte Stufe der Gesundheitsreform, in: WSI-Mitteilungen Heft 1/97, S. 12-20.
- Garms-Homolová, Vjenka / Schaeffer, Doris (1998):** Ältere und Alte, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 536-549.
- Geiser, Matthias / Rosendahl, Bernhard (1995):** Vernetzung und Neuordnung der sozialen Dienste, in: Bäcker, Gerhard / Heinze, Rolf G. / Naegele, Gerhard, a.a.O., S. 148-172.

- Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheit (1988):** Staatstoezicht op de volksgezondheid; Statistiek Geneeskundigen per 1-1-1986. Rijswijk: Ministerie van WVC.
- GEO-Wissen (1995):** Ärzte, Technik, Patienten. Hamburg: Gruner & Jahr.
- Gerber, Uwe / Stünzner, Wilfried v. (1999):** Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), a.a.O., S. 9-65.
- Gerhardt, Ute (1999):** Gesundheit und Krankheit als soziales Problem, in: Albrecht, Günter / Groenemeyer, Axel / Stallberg, Friedrich W. (Hrsg.), a.a.O., S. 402-419.
- GIB – Gesellschaft zur Information und Beratung örtlicher Beschäftigungsinitiativen und Selbsthilfegruppen mbH (2000):** Der Gesundheits- und Sozialbereich – ein neues Feld der Existenzgründungsförderung. GIB-Info, Heft 2/00, S. 34-36.
- Giddens, Anthony (1988):** Die Konstitution der Gesellschaft: Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Giddens, Anthony (1998):** Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Girvetz, Harry K. (1968):** Welfare State, in: International Encyclopedia of the Social Science, Bd. 16, S. 512-521.
- Glaeske, Gerd (1998):** Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich, in: Mabuse 114, Heft 7- 8/98, S. 34-40.
- Glanz, Alexander (1999):** Haushaltsplanung 2000 und Globalbudget, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 9/99, S. 443-452.
- Glatzer, Wolfgang (Hrsg.) (1991):** Die Modernisierung moderner Gesellschaften. 25. Deutscher Soziologentag 1990, Sektionen, Arbeits- und Ad-hoc-Gruppen, Ausschuß für Lehre. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Grimm, Dieter (1990):** Staat und Gesellschaft, in: Ellwein, Thomas / Hesse, Joachim J. (Hrsg.), Staatswissenschaften: Vergessene Disziplin oder neue Herausforderung? Baden-Baden: Nomos, S. 13-27.
- Grimm, Dieter (Hrsg.) (1994):** Staatsaufgaben. Baden-Baden: Nomos.

- Grinten, T.E.D. v. d. (1996):** Scope for policy: essence, operation and reform of the policy system of Dutch health care, in: Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 159-187.
- Gross, Peter / Badura, Bernd (1977):** Sozialpolitik und soziale Dienste: Entwurf einer Theorie personenbezogener Dienstleistungen, in: Ferber, Christian von/Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.), Soziologie und Sozialpolitik. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. Sonderheft 19, S. 361-385.
- Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.) (1996):** Fundamental questions about the future of health care. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Haase, Ingo / Schwefel, Detlef (1995):** Bedarfs- und Bedürfnisforschung im Gesundheitswesen, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Deutsche Forschungsgemeinschaft, Weinheim: VCH, S. 37-43.
- Habermas, Jürgen (1988):** Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 2., Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Habermas, Jürgen (1992).** Faktizität und Geltung: Beiträge zu einer Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Halfmann, Jost / Japp, Klaus P. (1981):** Grenzen sozialer Differenzierung - Grenzen des Wachstums öffentlicher Sozialdienste, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/81, S. 245-255.
- Handelsblatt (1998):** In der Euro-Med-Clinic ist der Patient Kunde und der Arzt Unternehmer. Ausgabe 14.7.1998.
- Hartmann, Anja K. (1999):** Modernisierungs- und Wachstumstendenzen im Gesundheitssektor – Ein Vergleich zwischen niederländischen Regionen und dem Ruhrgebiet, in: Hilbert, Josef / Naegele, Gerhard (Hrsg.), a.a.O., S. 149-177.
- Hartmann, Anja K. / Scharfenorth, Karin (1996):** Personenbezogene Dienstleistungen und Technologiebedarf im 21. Jahrhundert, in: Hartmann, Anja K. / Scharfenorth, Karin (Hrsg.), a.a.O., S. 63-86.
- Hartmann, Anja K. / Scharfenorth, Karin (Hrsg.) (1996):** Neue Medien - bessere Dienstleistungen? Projektbericht des IAT – Institut Arbeit und Technik 2/96, Gelsenkirchen: IAT.

- Hass, Wolfgang (1997):** Soziale Netzwerke im Gesundheitswesen, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), Heft 3/97, S. 229-253.
- Häußermann, Hartmut / Siebel, Walter (1995):** Dienstleistungsgesellschaften. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Have, A.M.J. Henk ten (1995):** Choosing Core Health Services in The Netherlands, in: Seedhouse, David (Hrsg.), a.a.O., S. 95-100.
- Heffen, Oscar von / Kerkhoff, Toon (1999):** Gezondheidszorg: van blauwdrukdenken naar incrementeel sleutelen, in: Trommel, Willem / Veen, Romke v.d. (Hrsg.), De herverdeelde samenleving. De ontwikkeling en herziening van de Nederlandse verzorgingsstaat. Amsterdam: Amsterdam University Press, S. 185-217.
- Hegner, Friedhart (1996):** Wohlfahrtspluralismus und Wohlfahrtspluralität. Überlegungen am Beispiel der Sozial- und Gesundheitssicherung, in: Evers, Aalbert / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 166-188.
- Heinze, Rolf G. / Olk, Thomas (1981):** Die Wohlfahrtsverbände im System sozialer Dienstleistungsproduktion. Zur Entstehung und Struktur der bundesrepublikanischen Verbände-wohlfahrt, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Heft 33, S. 94-114.
- Heinze, Rolf G. u.a. (1999):** Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat. Opladen: Leske + Budrich.
- Heinze, Rolf G. / Strünck, Christoph (1999):** Auf dem Wanderpfad zwischen Gemeinsinn und Gemeinwohl - Die Akzente der aktiven Bürgergesellschaft werden international unterschiedlich gesetzt, in: MAGSSKS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Kultur der Solidarität in einer aktiven Bürgergesellschaft, Kongressdokumentation, Düsseldorf, S. 33-39.
- Heinze, Rolf G. (2000a):** Inszenierter Korporatismus im sozialen Sektor: Politische Steuerung durch Vernetzung, in: Dahme, H.-J. / Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.), Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin: edition sigma. Vv. Ms.

- Heinze, Rolf G. (2000b): Risse im Fundament – der deutsche Sozialstaat im Wandel**, in: Jens, Uwe / Romahn, Hajo (Hrsg.), Sozialpolitik und Sozialökonomik. Soziale Ökonomie im Zeichen der Globalisierung. Festschrift für Lothar E. Neumann. Marburg: Metropolis, S. 161-177.
- Heinze, Rolf G. / Strünck, Christoph (2000): Die Verzinsung des sozialen Kapitals. Freiwilliges Engagement im Strukturwandel**, in: Beck, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 171-217.
- Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.) (1997): Was hält die Gesellschaft zusammen?** Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hellmeier, Wolfgang u.a. (1998): Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften**, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 231-259.
- Henke, Klaus-Dirk (1988): Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KaiG)**, in: Gäfgen, Gérard (Hrsg.), a.a.O., S. 113-140.
- Henrichsmeyer, Wilhelm / Gans, Oskar / Evers, Ingo (1991): Einführung in die Volkswirtschaftslehre.** Stuttgart: UTB.
- Hilbert, Josef (2000): Vom Kostenfaktor zur Beschäftigungslokomotive – Zur Zukunft der Arbeit in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft.** Berlin: WZB - Wissenschaftszentrum Berlin P00-509.
- Hilbert, Josef / Naegele, Gerhard (Hrsg.) (1999): Qualifizierte Dienstleistungen. Internationale Erfahrungen und Herausforderungen für den Strukturwandel im Ruhrgebiet.** Münster: Lit.
- Hillebrandt, Frank (1999): Exklusionsindividualität.** Opladen: Leske + Budrich.
- Hingstman, L. / Harmsen, J. (1994): Beroepen in de extramurale Gezondheidszorg 1994; aanbod van beroepsbeoefnaars en samenwerkingsverbanden in de extramurale gezondheidszorg in de periode 1980-1993.** Utrecht: NIVEL – Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg.

- Hinrichs, Karl (1994):** Restrukturierung der Sozialpolitik? Das Beispiel der Gesundheitspolitik, in: Riedmüller, Barbara / Olk, Thomas (Hrsg.), Grenzen des Sozialversicherungsstaates. Leviathan Sonderheft 14/94, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 119-146.
- Hondrich, Karl Otto (1987):** Die andere Seite sozialer Differenzierung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hondrich, Karl Otto (1995):** Differenzierung, soziale, in: Schäfers, Bernd (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie. Opladen: Leske + Budrich, S. 35-40.
- Hradil, Stefan (1999):** Soziale Ungleichheit in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (1998):** Entwicklung und Perspektive der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 17-45.
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.) (1998):** Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa.
- Illich, Ivan (1975):** Die Enteignung der Gesundheit. Reinbeck: Rowohlt.
- Inglehart, Ronald (1989):** Kultureller Umbruch. Wertewandel in der westlichen Welt. Frankfurt a. M.: Campus.
- IR - Initiativkreis Ruhrgebiet (1999):** Strukturwandel an der Ruhr im internationalen Vergleich. Tagungsdokumentation des Abschlußkongresses am 18. Mai 1999 in Bochum. Essen: IR.
- Ittermann, Peter / Scharfenorth, Karin (1996):** Soziale Arbeit in der Zukunft – Billigware oder Qualitätsdienstleistung? Graue Reihe des IAT – Institut Arbeit und Technik 96/6, Gelsenkirchen: IAT.
- Jackson, Jeffrey L. (1996):** The Dutch Health Care System: Lessons for the Reform in the United States. <http://www.sma.org/smj/96jun3.htm> Zuletzt abgerufen am 03.01.2000.
- Jacobs, Klaus (1999):** Ein Schritt vor, ein Schritt zurück. Widersprüchliche Regelungen der wettbewerblichen Orientierung der GKV, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 9-10/99, S. 10-15.

- Jansen, Dorothea / Schubert, Klaus (1993):** Netzwerkanalyse, Netzwerkforschung und Politikproduktion: Ansätze zur Cross-Fertilization, in: Jansen, Dorothea / Schubert, Klaus (Hrsg.), a.a.O., S. 9-24.
- Jansen, Dorothea / Schubert, Klaus (Hrsg.) (1993):** Netzwerke und Politikproduktion. Marburg: Schüren
- Japp, Klaus P. (1996):** Soziologische Risikotheorie. Funktionale Differenzierung, Politisierung und Reflexion. Weinheim: Juventa.
- Jensen, Stefan (1978):** Interpenetration - Zum Verhältnis personaler und sozialer Systeme, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 2/78, S. 116-129.
- Jessop, Bob (1994):** Veränderte Staatlichkeit, in: Grimm, Dieter (Hrsg.), a.a.O., S. 43-73.
- Jung, Karl (1996):** Reformhektik in der Krankenversicherung, in: Die Betriebskrankenkasse Heft 12/96, S. 561-572.
- Kaiser, Gerd u.a. (Hrsg.) (1996):** Die Zukunft der Medizin. Frankfurt a. M.: Campus.
- Kaiser, Gerd / Wappelhorst, Michael H. (Hrsg.) (1997):** Perspektiven der Medizintechnik. Düsseldorf: WZN - Wissenschaftszentrum NRW.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1994a):** Staat und Wohlfahrtsproduktion, in: Derlien, Hans-Ulrich / Gerhardt, Uta / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), a.a.O., S. 357-380.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1994b):** Diskurse über Staatsaufgaben, in: Grimm, Dieter (Hrsg.), a.a.O., S. 15-41.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1997):** Herausforderungen des Sozialstaates. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.) (2000):** Grunddaten der vertragsärztlichen Vergütung in der Bundesrepublik Deutschland 1999. Köln: KBV.
- Kenis, Patrick / Schneider, Volker (Hrsg.) (1996):** Organisation und Netzwerk. Institutionelle Steuerung in Wirtschaft und Politik, Frankfurt a. M.: Campus

- Kenis, Patrick / Vroom, Bert de (1996):** Neue Organisationen und alte Sektoren - Eine Analyse der Organisationen im Bereich HIV/AIDS in einigen europäischen Ländern, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 323-347.
- Kerkhoff, A.H.M. (1996):** The physicians' fraternity: Safeguard for quality or cartel, in: Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 109-123.
- Kienbaum Unternehmensberatung GmbH (1998):** Multimediale Anwendungen im Gesundheitswesen. Bestandsanalyse, Potentiale und Empfehlungen. Düsseldorf: Kienbaum.
- Kirchberger, Stefan (1988):** Überlegungen zu Diffusion und Kosten medizinischer Technik, in: Gäfgen, Gérard / Oberender, Peter (Hrsg.), a.a.O., S. 89-117.
- Kirchberger, Stefan (1994):** Gesundheitspolitische Konsequenzen der medizintechnischen Entwicklung, in: Fricke, Werner / Zimmer, Hans-Heinz (Hrsg.), a.a.O., S. 230-232.
- Klages, Helmut (1999):** Werte und Wertewandel, in: Schäfers, Bernard / Zapf, Wolfgang (Hrsg.), Handwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen: Leske und Budrich, S. 698-710.
- Klages, Helmut (2000):** Engagement und Engagementpotential in Deutschland, in: Beck, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 151-171.
- Kleinfeld, Ralf (1998):** Niederlande-Lexikon. Geschichte, Politik, Wirtschaft, Gesellschaft, in: Müller, Bernd (Hrsg.), a.a.O., S. 115-233.
- Klein-Lange, Matthias (1998):** Berufe des Gesundheitswesens in Deutschland, in: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 217-219.
- Knappe, Eckhard / Burger, Stephan (Hrsg.) (1994):** Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung in sozialen Diensten. Frankfurt a. M.: Campus.
- Kneer, Georg / Nassehi, Armin (1993):** Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme. München: Wilhelm Fink.
- Kneer, Georg / Nollmann, Gerd (1997):** Funktional differenzierte Gesellschaften, in: Kneer, Georg / Nassehi, Armin / Schroer, Markus (Hrsg.), a.a.O., S. 76-101.

- Kneer, Georg / Nassehi, Armin / Schroer, Markus (Hrsg.) (1997):** Soziologische Gesellschaftsbegriffe. München: Wilhelm Fink.
- Kocka, Jürgen / Offe, Claus (Hrsg.) (2000):** Geschichte und Zukunft der Arbeit. Frankfurt a.M.: Campus.
- Köhler, Götz (2000):** The Ruhrgebiet City-Profile. Determinants and Indicators of Urban Health. Vv. Ms. an der Ruhruniversität Bochum.
- Kohl, Jürgen (1993):** Der Wohlfahrtsstaat in vergleichender Perspektive – Anmerkungen zu Esping-Andersen's „Three Worlds of Welfare Capitalism“, in: Zeitschrift für Sozialreform 39, S. 67-82.
- Kolip, Petra (1998):** Familie und Gesundheit, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 497-519.
- Koopmanschap, M.A. u.a. (1994):** Cost of diseases in international perspective, in: European Journal of Public Health Care, Heft 4/94, S. 258-264.
- Korpi, Walter (1983):** The Democratic Class Struggle. London: Routledge.
- Krämer, W. (1993):** Wir kurieren uns zu Tode. Frankfurt a. M.: Campus.
- Krull, Wilhelm (Hrsg.) (2000):** Zukunftsstreit. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft, Kap. V: Biotechnologie und Bioethik, S. 213-255.
- Kühl, Stefan (1998):** Wenn die Affen den Zoo regieren. Die Tücken der flachen Hierarchien. Frankfurt a. M.: Campus.
- Kwartel, A.J.J u.a. (1999):** Brancherapport curatieve somatische zorg 1999; ontwikkelingen, kengetallen, verdiepingsstudies. Utrecht: Nivel – Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg / NZi – Onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg.
- Labisch, Alfons / Wolk, Wolfgang (1998):** Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 49-91.
- Lampert, Heinz (1994):** Lehrbuch der Sozialpolitik. Berlin: Springer.

- Landenberger, Margarete (1993):** Pflegenotstand hausgemacht? Zur Berufssituation der Pflegekräfte, in: BiBB - Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.), a.a.O., S. 55-65.
- LCVV – Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (1998):** De toekomst van gisteren. <http://www.lcvvv.nl/nieuws/mei98/toekom.html> Zuletzt abgerufen am 11.10.2000.
- Lehmbruch, Gerhard (1988):** Der Korperatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die “Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, in: Gäfgen, Gérard (Hrsg.), a.a.O., S. 11-33.
- Lehmbruch, Gerhard (1999):** Institutionelle Schranken einer ausgehandelten Reform des Wohlfahrtsstaates. Das Bündnis für Arbeit und seine Erfolgsbedingungen, in: Czada, Roland / Wollmann, Hellmut (Hrsg.), Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 89-112.
- Leidl, Reiner (1997):** Kostendämpfungspolitik in den Niederlanden und in Deutschland: eine Untersuchung von Maßnahmen in drei Leistungsbereichen, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Heft 2/97, S. 101-122.
- Lepsius, Rainer (1973):** Parteiensystem und Sozialstruktur: zum Problem der Demokratisierung der deutschen Gesellschaft, in: Ritter, Gerhard A. (Hrsg.), Deutsche Parteien vor 1918, Köln: Kiepenheuer & Witsch, S. 56-81.
- Lepsius, Rainer (1990):** Interessen, Ideen, Institutionen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lessenich, Stephan / Ostner, Ilona (Hrsg.) (1998),** Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Frankfurt a. M.; New York: Campus.
- Lessenich, Stephan (2000):** Soziologische Erklärungsansätze zu Entstehung und Funktion des Sozialstaats, in: Allmendinger, Jutta / Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (Hrsg.), Soziologie des Sozialstaats. Weinheim: Juventa, S. 39-78.
- Leu, Robert E. (1988):** Technologischer Wandel im Gesundheitswesen - Determinanten und Auswirkungen, in: Gäfgen, Gérard / Oberender, Peter (Hrsg.), a.a.O., S. 9-35.
- Luhmann, Niklas (1977):** Differentiation of Society, in: Canadian Journal of Sociology 2/77, S. 29-53.

- Luhmann, Niklas (1981):** Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat. München: Olzog.
- Luhmann, Niklas (1983):** Anspruchsinflation im Krankheitssystem, in: Herder-Domreich, Philippe / Schuller, Alexander (Hrsg.), Die Anspruchsspirale. Stuttgart: Kohlhammer, S. 28-49.
- Luhmann, Niklas (1984).** Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1986a):** Ökologische Kommunikation. Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen? Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Luhmann, Niklas (1986b):** „Distinction Directrices“. Über Codierung von Semantiken und Systemen, in: Neidhardt, Friedrich / Lepsius, Rainer (Hrsg.), Kultur und Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 145-161.
- Luhmann, Niklas (1990a):** Der medizinische Code, in: Soziologische Aufklärung 5, Konstruktivistische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183-195.
- Luhmann, Niklas (1990b):** Medizin und Gesellschaftstheorie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft 8, S. 168-175.
- Luhmann, Niklas (1990c):** Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas (1991):** Die Form ‚Person‘, in: Soziale Welt 42, S. 166-175.
- Luhmann, Niklas (1997):** Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Lupton, Deborah (1995):** The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body. London: Sage.
- Lütz, Susanne (1995):** Politische Steuerung und die Selbstregelung korporativer Akteure, in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), a.a.O., S. 169-197.
- Maas, P.J. v.d. / Barendregt, J.J. / Bonneux, L. (1996):** The future of health and health care of the Dutch, in: Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 23-45.

- MAGS - Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Wetfalen (Hrsg.) (1995):** Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Bielefeld: LÖGD - Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.
- Mann, Bernhard (1997):** Soziologie und Public Health: Zwei Disziplinen mit einem gemeinsamen Nenner, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), Heft 3/97, S. 196-205.
- Marré, Heiner (1991):** Die Kirchenfinanzierung in Kirche und Staat der Gegenwart. Die Kirchensteuer im internationalen Umfeld kirchlicher Abgabensysteme und im heutigen Sozial- und Kulturstaat Bundesrepublik Deutschland. Essen: Ludgerus.
- Matthiesen, Peter (1996):** Kranksein - Der Patient im Spannungsfeld zwischen Medizin und ärztlichem Handeln, in: Huncke, Wolfram (Hrsg.), Zukunftsfähige Medizin. Ärzte und Ökologen im Dialog. Berlin: Birkhäuser, S. 86-97.
- Mayntz, Renate (1988):** Funktionelle Teilsysteme in der Theorie sozialer Differenzierung, in: Mayntz, Renate u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 11-44.
- Mayntz, Renate u.a. (Hrsg.) (1988):** Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.; New York: Campus
- Mayntz, Renate (1990a):** Naturwissenschaftliche Modelle, soziologische Theorie und das Mikro-Makro-Problem, in: Zapf, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 55-68.
- Mayntz, Renate (1990b):** Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden, in: Mayntz, R. (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus, S. 209-238.
- Mayntz, Renate (1992):** Modernisierung und die Logik von interorganisatorischen Netzwerken, in: Journal für Sozialforschung, Heft 1/92, S. 19-28.
- Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (1995a):** Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), a.a.O., S. 9-38.
- Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (1995b):** Der Ansatz des Akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), a.a.O., S. 39-72.

- Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz, W. (Hrsg.) (1995):** Gesellschaftliche Selbstregulung und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mayntz, Renate (1996):** Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen, in: Kenis, Patrick / Schneider, Volker (Hrsg.), a.a.O., S. 471-561.
- Merten, Roland / Olk, Thomas (1999):** Soziale Dienstleistungsarbeit und Professionalisierung, in: Albrecht, Günter / Groenemeyer, Axel / Stallberg, Friedrich W. (Hrsg.), a.a.O., S. 955-983.
- Mickley, Birgit / Standfest, Erich (1995):** Szenarien für die nächste Reformstufe im Gesundheitswesen, in: WSI-Mitteilungen, Heft 6/95, S. 374-384.
- Mielck, Andreas / Backett-Milburn / Pavis, Stephen (1998):** Perception of Health Inequalities in Different Social Classes, by Health Professionals and Health Policy Makers in Germany and the United Kingdom. WZB - Wissenschaftszentrum Berlin Discussion Paper P98-202, Berlin: WZB.
- MINEZ – Netherlands Ministry of Economic Affairs (1997):** Benchmarking the Netherlands. Prepared for the future? Den Haag: MINEZ.
- Müller, Joachim (1993):** Zauberformel Dekker-Plan - Reform der Krankenversicherung in den Niederlanden, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12/93, S. 65-70.
- Müller, Joachim (1999):** Das niederländische Gesundheitssystem – Modell für Deutschland?, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 1-2/99, S. 20-32.
- Müller, Bernd (Hrsg.) (1998):** Vorbild Niederlande? Münster: Agenda
- Münch, Richard (1984):** Die Struktur der Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Münch, Richard (1991):** Modernisierung als Differenzierung? Empirische Anfragen an die Theorie der funktionalen Differenzierung, in: Glatzer, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 375-377.
- Münch, Richard (1994a):** Zahlung und Achtung - Die Interpenetration von Ökonomie und Moral, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 5/94, S. 388-410.

- Münch, Richard (1994b):** Politik und Nichtpolitik. Politische Steuerung als schöpferischer Prozeß, in: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Heft 3/94, S. 381-405.
- Murswieck, Axel (1992):** Gesundheitspolitik, in: Schmidt, Manfred G. (Hrsg.), S. 129-135.
- Naschold, Frieder / Bogumil, Jörg (1998):** Modernisierung des Staates. New Public Management und Verwaltungsreform. Opladen: Leske + Budrich.
- Naschold, Frieder / Pröhl, Marga (Hrsg.) (1994):** Produktivität öffentlicher Dienstleistungen. Gütersloh: Bertelsmann.
- Nassehi, Armin (1997):** Inklusion, Exklusion, Integration, Desintegration, in: Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 113-149.
- Nefiodow, Leo A. (1996):** Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. Sankt Augustin: Rhein-Sieg.
- NIVEL - Netherlands Institute of Primary Healthcare (2000):** The Organization of Health Care in the Netherlands. <http://www.nivel.nl/english/dutch.htm> Zuletzt abgerufen am 03.01.2000.
- Nokielski, Hans (1987):** Strukturwandel organisierten Helfens in den Niederlanden, in: Bauer, Rudolph / Thränhardt, Anna-Maria (Hrsg.), Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 107-131.
- Nokielski, Hans / Pankoke, Edward (1996):** Post-korporative Partikularität. Zur Rolle der Wohlfahrtsverbände im Welfare-Mix, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 142-166.
- Nolte, Helmut (1994):** Sozialpsychologie als integrierende Perspektive. Versuch einer Ortsbestimmung, in: Zeitschrift für Sozialpsychologie, Heft 4/95, S. 272-289.
- Nolte, Helmut (1999):** Annäherungen zwischen Handlungstheorien und Systemtheorien. Ein Review über Integrationstrends, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 2/99, S. 93-113.
- Obinger, Herbert / Wagschal, Uwe (1998):** Drei Welten des Wohlfahrtsstaates? Das Stratifizierungskonzept in der clusteranalytischen Überprüfung, in: Lessenich, Stephan / Ostner, Ilona (Hrsg.), a.a.O., S. 109-137.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development - Gesundheitsdaten '99 (1999): Vergleichende Analyse von 29 Ländern. CD-Rom-Version 1.10.99: OECD.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2000): OECD in Figures – 2000 Web Edition <http://www.oecdwash.org/DATA/online.htm> Zuletzt abgerufen am 17.10.2000

Offe, Claus (1993): Zur Typologie von sozialpolitischen „Regimes“, in: Zeitschrift für Sozialreform 39, S. 83-86.

Oortwijn, Wija u.a. (1999): Identification and priority setting for health care technology assessment in The Netherlands. Actors and activities, in: Health Policy 47, S. 241-253.

Opaschowksi, Horst W. (1993): Freizeitökonomie: Marketing von Erlebniswelten. Opladen: Leske + Budrich.

Paridon, C.W.A.M. van (1997): Was können die Deutschen von den Niederlanden lernen? Vortrag am 26.9.1997 in der Botschaft des Königreichs der Niederlande anlässlich der jährlichen Konsulartagung in Bonn, vv. Ms.

Paridon, C.W.A.M. v. (1998): Modell Holland. Erfahrungen aus der niederländischen Wirtschafts- und Sozialpolitik, in: Müller, B. (Hrsg.), a.a.O., S. 35-97.

Perrow, Charles (1992): Normale Katastrophen. Die unvermeidbaren Risiken der Großtechnik. Frankfurt a. M.: Campus.

PKV – Verband der privaten Krankenversicherung (2000): Der Verband. http://www.pkv.de/verband/verb_frame.htm Zuletzt abgerufen am 11.10.2000.

Polányi, Karl (1944): The Great Transformation. New York: Rhinehart.

Pollitt, Christopher (1997): Business and professional Approaches to quality improvement: A comparison of their suitability for the personal social services, in: Evers, Adalbert u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 25-49.

Postman, Neil (1991): Das Technopol. Frankfurt a. M.: Fischer.

- Rauschenbach, Thomas / Sachße, Christoph / Olk, Thomas (Hrsg.) (1995):** Von der Wertegemeinschaft zum Dienstleistungsunternehmen. Jugend- und Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Frankfurt a. M.: Westdeutscher Verlag.
- Reinhardt, Uwe E. (2000):** Festrede zum Carl Bertelsmann-Preis 2000. <http://preis.stiftung.bertelsmann.de> Zuletzt abgerufen am 11.10.2000.
- Richter, Dirk (1997):** Weltgesellschaft, in: Kneer, Georg / Nassehi, Armin / Schroer, Markus (Hrsg.), a.a.O., S. 184-205.
- Rienhoff, Otto (1998):** Qualitätsmanagement, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 585-600.
- Rokkan, Stein (1970):** Citizens, Elections, Parties. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ronge, Volker (1994):** Politische Steuerung - innerhalb und außerhalb der Systemtheorie, in: Damman, Klaus / Grunow, Dieter / Japp, Klaus P. (Hrsg.), Die Verwaltung des politischen Systems. Neuere systemtheoretische Zugriffe auf ein altes Thema. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 53-64.
- Rosewitz, Bernd / Schimank, Uwe (1988):** Vergesellschaftung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Mayntz, Renate u.a., Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.; New York: Campus, S. 295-307.
- Rosewitz, Bernd / Webber, Douglas (1990):** Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.; New York: Campus.
- Royal Netherlands Embassy (1998):** General information: Overview of Health Care. <http://www.netherlands-embassy.org/inf-heal.htm> Zuletzt abgerufen am 06.08.1998.
- Royal Netherlands Embassy (1999):** The Netherlands – Health Care. <http://www.fhf.com/secure/nc-nethe.htm> Zuletzt abgerufen am 07.07.1999.
- Rüschemeyer, Dietrich (1977):** Structural Differentiation, Efficiency and Power, in: American Journal of Sociology 83, S. 1-25.

- Rüchemeyer, Dietrich (1991):** Über Entdifferenzierung, in: Glatzer, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 376-381.
- Ruwaard, D. u.a. (Hrsg.) (1994):** Public Health Status and Forecasts. RIVM - National Institut of Public Health and Environment Protection, Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- SVRKAiG - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997):** Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Sondergutachten. Bd. II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden: Nomos.
- Scharpf, Fritz W. (1988):** Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung, in: Schmidt, Manfred G. (Hrsg.), Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 63-81.
- Schauer, Christian (1999):** Das Klonen. Fortschritt und Schrecken, in: Politische Studien, Heft 365, S. 51-63.
- Schepers, R.M.J. / Hermans, H.E.G.M. (1999):** The Medical Profession and Alternative Medicine in the Netherlands. Its History and Recent Development, in: Social Science & Medicine 48, S. 343-351.
- Schimank, Uwe (1985):** Der mangelnde Akteurbezug systemtheoretischer Erklärungen gesellschaftlicher Differenzierung – Ein Diskussionsbeitrag, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 6/85, S. 421-434.
- Schimank, Uwe (1996):** Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Opladen: Leske + Budrich.
- Schimank, Uwe (1998):** Code – Leistungen – Funktionen: Zur Konstitution gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Soziale Welt, Heft 1/98, S. 175-183.
- Schmid, Josef (1987):** Wohlfahrtsverbände und Neokorporatismus - kritische Anmerkungen zur Übertragung einer Theorie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 12/87, S. 119-123.
- Schmid, Josef (1995a):** Wohlfahrtsverbände in Westeuropa. Zur Bedeutung nationaler Entwicklungspfade in der Sozialpolitik, in: Rauschenbach, Thomas / Sachße, Christoph / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 428-455.

- Schmid, Josef (1995b):** Wohlfahrtsverbände in modernen Wohlfahrtsstaaten. Habilitationsschrift. Habilitation an der Ruhr-Universität Bochum.
- Schmid, Josef (1996):** Der Welfare-Mix in der vergleichenden Politikforschung: Der Weg vom Etatismus über den Korporatismus zum Pluralismus - und einige methodische Stolpersteine, in: Evers, Adalbert / Olk, Thomas (Hrsg.), a.a.O., S. 186-211.
- Schmid, Josef (1998):** Verbände. München: Oldenbourg.
- Schmidt, Manfred G. (1988):** Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich. Opladen: Leske + Budrich.
- Schmidt, Manfred G. (Hrsg.) (1992):** Die westlichen Länder. Lexikon der Politik. Bd. 3, München: C.H.Beck.
- Schmidtke, Jörg (1998):** Humangenetik: Sind Gesundheit und Krankheit angeboren?, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 32-51.
- Schmitter, Philippe C. (1979):** Interessensvermittlung und Regierbarkeit, in: Alemann, Ulrich v. / Heinze, Rolf G. (Hrsg.), Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Opladen: Leske + Budrich, S. 92ff.
- Schmitter, Philippe C. / Grote, Jürgen R. (1997):** Der korporatistische Sysiphus: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in: Politische Vierteljahreszeitschrift, Heft 3/97, S. 530-554.
- Schnabel, P. (1996):** The definition of health, two perspectives: Psychiatry or community based mental health care, in: Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 187-217.
- Schnabel, Peter-Ernst / Hurrelmann, Klaus (1999):** Sozialwissenschaftliche Analyse von Gesundheitsproblemen, in: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), a.a.O., S. 99-125.
- Schneider, Markus u.a. (1998):** Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg: BASYS.
- Schönbach, Karl-Heinz (1999):** Gesundheitsreform 2000: Die Grausamkeiten kommen erst noch, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 6/99, S. 279-287.

- Schubert, Klaus (1993):** Struktur-, Akteurs- und Innovationslogik: Netzwerkkonzeptionen und die Analyse von Politikfeldern, in: Jansen, Dorothea / Schubert, Klaus (Hrsg.), a.a.O., S. 222-242.
- Schulte, Bernd (1980):** Reformen der sozialen Sicherheit in Westeuropa 1965 - 1980, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht, Heft 8/80, S. 323-361.
- Schut, Frederik T. / Doorslaer, Eddy K.A. van (1999):** Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands, in: Health Policy 48, S. 47-67.
- Schwartz, Friedrich W. (Hrsg.) (1991):** Public Health – Texte zu Stand und Perspektiven der Forschung. Berlin: Springer.
- Schwartz, Friedrich W. / Busse, Reinhold (1994):** Die Zukunft des Gesundheitssystems, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl. Opladen: Leske + Budrich.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm u.a. (1995):** Einführung: Gegenstand und Aufgaben der Gesundheitssystemforschung, in: DFG - Deutsche Forschungsgemeinschaft (Hrsg.), Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Weinheim: VCH.
- Schwartz, Friedrich W. / Walter, Ulla (1998):** Altsein – Kranksein?, in: Schwartz, F.W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 124-141.
- Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.) (1998):** Das Public Health Buch. München: Urban & Schwarzenberg
- Seedhouse, David (Hrsg.) (1995):** Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Seidler, Andreas u.a.: Auswirkungen einer weiteren Steigerung der Lebenserwartung auf den medizinischen Versorgungsbedarf, in: Die Ersatzkasse, Heft 9/96, S. 317-322.**
- Siegrist, Johannes (1996):** Die soziale Dimension von Herz-Kreislaufkrankheiten, in: Kaiser, Gerd u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 94-103.
- Siegrist, Johannes (1998):** Machen wir uns selbst krank?, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 110-124.

- Siegrist, Johannes/Möller-Lehmkuhler, Anne Maria (1998):** Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 94-110.
- Smelser, Neil J. (1985):** Evaluating the Model of Structural Differentiaton in Relation to Educational Change in the Nineteenth Century, in: Alexander, Jeffrey (Hrsg.), Neofunctionalism. Beverly Hills, CA.: Sage, S. 113-130.
- Sozialpolitische Umschau (2000):** Reform des Gesundheitswesens. Heft 35/00, S. 3-8.
- Statistisches Bundesamt (1993):** Länderbericht Niederlande 1993. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stichweh, Rudolf (1988):** Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft, in: Mayntz, Renate u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 261-293.
- Stock, Christiane / Sachser, Norbert (1998):** Humanbiologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 175-199.
- Streeck, Wolfgang / Schmitter, Philippe (1985):** Gemeinschaft, Markt, Staat - und die Verbände?, in: Journal für Sozialforschung, Heft 2/85, S. 133-157.
- Streeck, Wolfgang (1994):** Staat und Verbände: Neue Fragen. Neue Antworten?, in: Streeck, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 7-37.
- Streeck, Wolfgang (Hrsg) (1994):** Staat und Verbände. Politische Vierteljahrszeitschrift, Sonderheft 25, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Strünck, Christoph (1998):** Vom „Status“ zum „Kontrakt“. Organisations- und verbändesoziologische Dimensionen der Pflegeversicherung. Dissertation an der Ruhr-Universität Bochum.
- Szasz, Thomas S.(1964):** The Myth of Mental Illness. New York: Haper and Row.
- Tauchnitz, Thomas (1999):** Krankenkassenorganisation und gesellschaftliche Differenzierung im „langen“ 19. Jahrhundert, in: Soziale Welt 50, S. 133-148.
- Tennstedt, Florain (1977):** Soziale Selbstverwaltung. Bd. 2: Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.

- Teubner, Gunther / Willke, Helmut (1984):** Kontext und Autonomie. Gesellschaftliche Selbststeuerung durch reflexives Recht. EUI-Working Paper 93, Florence: European University Institute.
- Teubner, Gunther (1996):** Die vielköpfige Hydra: Netzwerke als kollektive Akteure höherer Ordnung, in: Kenis, Patrick /Schneider, Volker (Hrsg.), a.a.O., S. 535-561.
- Thönnessen, Joachim (1997):** Public Health und die Frage nach dem 'richtigen' Gesundheitsverständnis, in: Sozialwissenschaften und Berufspraxis (SUB), Heft 3/97, S. 206-217.
- Tidow, Stefan (1999):** Benchmarking als Leitidee. Zum Verlust des Politischen in der europäischen Perspektive, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 3/99, S. 301-309.
- Titmuss, Richard (1974):** Social Policy. London: Allen&Unwin.
- Toren, Nina (1972):** Social Work: The Case of a Semi-Profession. Beverly Hills, CA: Sage.
- Traxler, Franz (1994):** Grenzen der Deregulierung und Defizite der Steuerungstheorien, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 1/94, S. 4-19.
- Troschke, Jürgen v. / Herrmann, Markus / Stöbel, Ulrich (1998):** Fortschritt und Gesundheit, in: Schwartz, Friedrich W. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 81-94.
- Türk, Klaus (1995):** „Die Organisation der Welt“. Herrschaft durch Organisationen in der modernen Gesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Tyrell, Hartmann (1978):** Anfragen an die Theorie gesellschaftlicher Differenzierung, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 2/78, S. 175-193.
- Tyrell, Hartmann (1998):** Zur Diversität der Differenzierungstheorie. Soziologische Anmerkungen, in: Soziale Systeme, Heft 1/98, S. 119-149.
- Ullrich, Carsten C. (1998):** Das Solidarprinzip der GKV und die Solidaritätsbereitschaft der Versicherten. Dissertation an der Universität Bremen.
- Veen, E. v.d. / Limberger, H.H.B. (1996):** The assurance of appropriate care, in: Gunning-Schepers, L.J. u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 159-187.

- Veen, Romke v.d. (1998a):** An organized Future? The Reform of the Dutch Welfare State in theoretical perspective. Vv. Ms., Enschede: University of Twente.
- Veen, Romke v.d. / Trommel, Willem (1998b):** Managed Liberalization of the Dutch Welfare State. A review and analysis of the reform of the Dutch social security system, 1985-1997. Vv. Ms., Enschede: University of Twente.
- Vester, Michael u.a. (1993):** Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Köln: Bund.
- Vester, Michael (1997):** Kapitalistische Modernisierung und gesellschaftliche (Des-) Integration, in: Heitmeyer, Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 149-207.
- Visser, Jelle / Hemerijk, Anton (1998):** Ein holländisches Wunder? Reform des Sozialstaates und Beschäftigungswachstum in den Niederlanden. Frankfurt a. M.: Campus.
- Vobruha, Georg (1991):** Moderne, Modernisierung und Sozialpolitik, in: Glatzer, Wolfgang (Hrsg.), a.a.O., S. 314-317.
- Vogt, Irmgard (1998):** Psychologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften, in: Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich (Hrsg.), a.a.O., S. 117-145.
- VWS – Ministry of Health, Welfare and Sports (1995):** Medical Treatment Acts Fact Sheet V-11-E 1995. Den Haag: VWS.
- VWS - Ministry of Health, Welfare and Sports / OC&W - Ministry of Education, Culture and Science (Hrsg.) (1997):** Qualified for the Future. Coherent Training System for Nursing and Patient Care in the Netherlands: A Summary. Zoetermeer/Riswijk: VWS.
- VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1999):** Zorgnota 2000, hoofdrapport. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Wagner, Gerald (1995):** Die Modernisierung der modernen Medizin. Die „epistemologische Krise“ der Intensivmedizin als ein Beispiel reflexiver Verwissenschaftlichung, in: Soziale Welt, Heft 3/95, S. 265-281.
- Wanek, Volker (1994):** Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Frankfurt a. M.: Campus.

- Wasem, Jürgen / Güther, Bernd (1998):** Das Gesundheitssystem Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. DELPHI-Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens. Neuss: Janssen-Cilag.
- Wasem, Jürgen (1999):** Die Zukunft der Gesundheitspolitik – Was erwartet die Bevölkerung?, in: Leibfried, Stephan / Wagschal, Uwe (Hrsg.), Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt a. M.: Campus, S. 427-439.
- Wehling, Peter (1992):** Die Moderne als Sozialmythos. Frankfurt a. M.: Campus.
- Weisbrod , Burton A. (1996):** Demokratische Gesellschaft - undemokratische Medizin. Kostenkontrolle im Gesundheitswesen, in: Kaiser, Gerd u.a. (Hrsg.), a.a.O., S. 373-392.
- Wiesman, Reimund (1993):** Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes auf das Leistungsrecht, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 1/93, S. 15-24.
- Wilensky, Harold (1975):** The Welfare State and Equality. Berkeley: University of California Press.
- Willigenburg, Theo van (1995):** Communitarian Illusions: Or why the Dutch Proposal for setting Priorities in Health Care must fail, in: Seedhouse, David (Hrsg.), a.a.O., S. 161-165.
- Willke, Helmut (1978):** Systemtheorie und Handlungstheorie - Bemerkungen zum Verhältnis von Aggregation und Emergenz, in: Zeitschrift für Soziologie, Heft 4/78, S. 380-389.
- Willke, Helmut (1989):** Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. Dynamik und Riskanz moderner gesellschaftlicher Selbstorganisation. Weinheim: Juventa.
- Willke, Helmut (1991):** Regieren als die Kunst systemischer Intervention, in: Hartwich, Hans-Herrmann / Wewer, Götrik (Hrsg.), Regieren in der Bundesrepublik III: Systemsteuerung und „Staatskunst“. Theoretische Konzepte und empirische Befunde. Opladen: Leske + Budrich, S. 35-51.
- Willke, Helmut (1996a):** Ironie des Staates. Grundlinie einer Staatstheorie polyzentrischer Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Willke, Helmut (1996b):** Systemtheorie I: Grundlagen. Eine Einführung in die Grundprobleme der Theorie sozialer Systeme, 5. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Fischer.
- Willke, Helmut (1997):** Supervision des Staates, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Winters, Stephan (1994):** Fossil oder Vorbild? 25 Jahre Gesetzliche Pflegeversicherung in den Niederlanden, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11-12/94, S. 10-18.
- Witthaus, E. u.a. (1998):** The burden of morbidity and mortality from dementia, in: Barendregt, J./Bonneux, L. (Hrsg.), Degenerative disease in an aging population. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, S. 131-142.
- WHO - World Health Organisation (1946):** Verfassung der WHO. New York: WHO.
- WHO – World Health Organisation (Hrsg.) (1996):** European Health Care Reforms. Citizens' Choices and Patients' Rights. Copenhagen: WHO.
- WRR – Netherlands Scientific Council for Government Policy (1997):** Public Health Care. Priorities and a Sound Financial Basis for Health Care in the 21st Century. Summary of the 52nd report. Den Haag: Sdu Uitgevers.
- Zapf, Wolfgang (1981):** Wohlfahrtsstaat und Wohlfahrtsproduktion, in: Albertin, L./Link, W. (Hrsg.), Politische Parteien auf dem Weg zur parlamentarischen Demokratie in Deutschland. Düsseldorf: Droste, S. 379-401.
- Zapf, Wolfgang (1989):** Über soziale Innovationen, in: Soziale Welt, Sonderband 4, S. 170- 183.
- Zapf, Wolfgang (Hrsg.) (1990):** Die Modernisierung moderner Gesellschaften. 25. Deutscher Soziologentag 1990. Frankfurt a. M.: Campus
- Zapf, Wolfgang (1991):** Zum Verhältnis von sozialstrukturellem Wandel und politischem Wandel: Die Bundesrepublik 1949-89, in: Blanke, Bernhard / Wollmann, Hellmut (Hrsg.), Die alte Bundesrepublik. Kontinuität und Wandel. Leviathan Sonderheft 12/91, S. 130-139.
- Zipperer, Manfred (1989):** Wichtige Änderungen im Leistungsrecht durch das GRG, in: Die Betriebskrankenkasse, Heft 1/89, S. 2-23.

ZN - Zorgverzekeraars Nederland (2000): BHN en ZN waarborgen inzage in wachtlijsten.
<http://www.zn.nl/actueel/pers990329.htm> Zuletzt abgerufen am 17.07.2000.

Zoike, Erika (1999): Sinkender Krankenstand und Zunahme der psychischen Erkrankungen, in:
Die Betriebskrankenkasse, Heft 5/99, S. 249-258.

ABKÜRZUNGEN

\$	Dollar
1. NOG	Erstes Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung
2. NOG	Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung
a.a.O.	an anderem Ort
Abb.	Abbildung
abs.	absolut
ärztl.	ärztlich
AGGZ	<i>Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg</i> Ambulante geistige Gesundheitsversorgung
AKW	<i>Algemene Kinderbijslagwet</i> Allgemeines Kindergeldgesetz
allg.	allgemein
amb.	ambulant
Anm.	Anmerkung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AOW	<i>Algemeene Ouderdomswet</i> Allgemeine Altersgrundversicherung
avg.	average
AWBZ	<i>Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten</i> Gesetz der Gesundheitsgrundversicherung
AWO	Arbeiterwohlfahrt
AWW	<i>Algemene Weduwen en Wezenwet</i> Allgemeines Witwen- und Waisengesetz
BAK	Bundesausschuß für Ärzte und Krankenkassen
Bev.	Bevölkerung
BIG	<i>(Wet) Beroepen in die Individuele Gezondheidszorg</i> Gesetz über die Berufe in der individuellen Gesundheitsversorgung
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMÄ	Bewertungsmaßstab für Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMTI	Institute for Biomedical Technology
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetzbuch
BSP	Bruttosozialprodukt
bspw.	beispielsweise
BV	<i>Bedrijfsvereniging</i> Betriebsvereinigung für die Sozialversicherungsverwaltung
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CDA	<i>Christen-Democratisch Appél</i> Partei Christdemokratischer Appell
CDU	Christlich Demokratische Union
CoCo	Coordination and Continuity in Primary Health Care

COTG	<i>Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg</i> Zentralorgan für Tarife des Gesundheitswesens
CPB	<i>Centraal Planbureau</i> Zentrales Planungsbüro
CTSV	<i>College van Toezicht Sociale Verzekeringen</i> Kollegium für die Sozialversicherungsaufsicht
(Interview) D	Deutscher Interviewpartner
d.h.	das heißt
D66	Democraten 1966 Partei Demokraten 1966
DCV	Deutscher Caritasverband
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DM	Deutsche Mark
DPWV	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DRG	Diagnosis Related Groups
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DW	Diakonisches Werk
EDV	Elektronische Dateneverarbeitung
Einw.	Einwohner
EPR	Electronic Patient Record
Erw.	Erwachsene
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
f.	folgende Seite / für
FDP	Freiheitlich Demokratische Partei
ff.	folgende Seiten
FTE	Full Time Equivalent
gate keeper	Torhüter
GB	Großbritannien
GGD	<i>Gemeentelijke Gezondheidsdienst</i> Öffentlicher Gesundheitsdienst
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SolG	Gesetz zur Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GVS	<i>Geneesmiddelenvergoedingssysteem</i> Arzneimittelvergütungssystem
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome
Hrsg.	Herausgeber(in)
i.d.R.	in der Regel
IAT	Institut Arbeit und Technik
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems
IGZ	<i>Inspectie voor de Gezondheidszorg</i>

	Aufsicht für Gesundheitsversorgung
insg.	insgesamt
IR	Initiativkreis Ruhrgebiet
ISO	International Standard Organisation
IuK	Informations- und Kommunikations (-technologien)
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Kap.	Kapitel
KÄVD	Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
klientenraad	organisatorische Interessensvertretung für Patienten
KLOZ	<i>Vereniging van partikuliere verzekeraars</i> Vereinigung der Privatversicherungen
kons.	konservativ
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
KVWG	Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz
LHV	<i>Landelijke Huisartsenvereniging</i> Vereinigung der Hausärzte
LISV	<i>Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen</i> Landesinstitut für Sozialversicherungen
LSR	<i>Landelijke Stempunt ClientenRaden</i> Vereinigung der Klientenräte
LSV	<i>Landelijke Specialistvereniging</i> Vereinigung der Fachärzte
m.E.	meines Erachtens
max.	maximal
Mio.	Millionen
MOOZ	<i>(Wet) Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzerden</i> Mitfinanzierung der Überrepräsentation älterer Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung
Mrd.	Milliarden
(Interview) N	Niederländischer Interviewpartner
NHG	<i>Nederlands Huisartsen Genootschap</i> Vereinigung niederländischer Hausärzte
NIVEL	<i>Nederlands Instituut voor Onderzoek van den Gezondheidszorg</i> <i>Netherlands Institute für Primary Health Care</i>
NIZW	<i>Netherlands Instituut voor Zorg en Welzijn</i> <i>Netherlands Institute for Care and Welfare</i>
NKI	<i>Nederlands Kanker Instituut</i> Netherlands Cancer Institute
NL	Niederlande
NP/CF	<i>Nederlandse Patienten/Consumenten Federatie</i> Niederländische Patienten/Konsumenten Vereinigung
Nr.	Nummer

NRW	Nordrhein-Westfalen
o.ä.	oder ähnliches
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
particulier initiatifs	gemeinnützige Einrichtungen
PC	Personal Computer
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PvdA	<i>Partij van de Arbeid</i> Sozialdemokratische Partei der Arbeit
RAPS	Ruhrgebietsvernetzung der AIDS-Prävention für Schwule
Reha	Rehabilitation
RGO	<i>Raad voor de Gezondheidsonderzoek</i> Rat für Gesundheitsforschung
RIAGG	<i>Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg</i> Regionale Einrichtung der ambulanten geistigen Gesundheitsversorgung
RIO	<i>Regional Indicatie Orgaan</i> Regionalämter
RIVM	<i>Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu</i> Nationalinstitut für Public Health und Umwelt
RvA	<i>Raden van Arbeid</i> Räte für Arbeits- und Sozialversicherungsfragen
RVO	Reichsversicherungsordnung
S.	Seite
s.	siehe
s.o.	siehe oben
s.u.	siehe unten
SH	Selbsthilfe
sog.	sogenannte
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
stat.	stationär
SVR	<i>Sociale Verzekeringsraad</i> Sozialversicherungsrat
SVR (KaiG)	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Tab.	Tabelle
TeleSCAN	Telematic Services in Cancer
ten-care	Telecommunications-based Home-Care Services for European Citizens
TQM	Total Quality Management
TRION	Trials Online
u.	und
u.a.	unter anderem
u.ä.	und ähnliches
USA	United States of America
usw.	und so weiter
Vers.	Versicherung
vgl.	vergleiche
VNZ	<i>Vereniging Nederlands Zorgverzekeraars</i>

	Niederländische Krankenkassenvereinigung
vv. Ms.	vervielfältigtes Manuskript
VVAA	<i>Nederlands Vereniging van Artsen</i> Niederländische Ärztevereinigung
VVD	<i>Volkspartij voor Vrijheid en Democratie</i> Volkspartei für Freiheit und Demokratie
VWS	<i>(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport</i> (Ministerium für) Volksgesundheit, Wohlbefinden und Sport
WAO	<i>Wet op de Arbeidongeschiktheidsverzekering</i> Erwerbsunfähigkeitsversicherungsgesetz für Arbeitnehmer
WAOZ	<i>Wet Arbeidongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen</i> Allgemeines Arbeitsunfähigkeitsgesetz
WGBO	<i>Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst</i> Gesetz über die medizinische Behandlungsübereinkunft
WGM	<i>Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening</i> Gesetz der Gesundheitsversorgung und gesellschaftlichen Dienstleistungen
WHO	<i>World Health Organisation</i> Weltgesundheitsorganisation
WK CZ	<i>Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector</i> Gesetz über das Beschwerderecht der Klienten im Gesundheits- und Sozialsektor
WMCZ	<i>Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen</i> Gesetz zur Beteiligung der Klienten des Gesundheitssektors
WMCZ	<i>Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen</i> Gesetz über die Beteiligung der Klienten in Versorgungseinrichtungen
WPG	<i>Wet Geneesmiddelenprijzen</i> Gesetz über Arzneimittelpreise
WTG	<i>Wet Tarieven Gezondheidszorg</i> Gesetz der Tarife im Gesundheitswesen
WTZ	<i>Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen</i> Gesetz zum Zugang der Krankenversicherungen
WVG	<i>Wet Voorzienigen Gezondheidszorg</i> Gesetz der Einrichtungen im Gesundheitswesen
WZV	<i>Wet Ziekenhuisvoorzieningen</i> Gesetz der Krankenhauseinrichtungen
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil
ZFW	<i>Ziekenfondswet</i> Krankenversicherungsgesetz
ziekenfondsen	Krankenkassen
ZN	<i>Zorgverzekeraars Nederland</i> Krankenversicherungen Niederlande
ZON	<i>ZorgOnderzoek Nederland</i> Gesundheitsforschung und -entwicklung Niederlande
ZVR	<i>ziekenfondsraad</i> Krankenversicherungsrat
ZW	<i>Ziektewet</i> Krankengeldgesetz
ZWstdJ	Zentralwohlfahrtstelle der deutschen Juden

ANHANG

Muster für Interview-Leitfäden, NL und BRD

1. Informationen über Organisation, Mitarbeiter, Interviewpartner

- 1.1 Bitte beschreiben Sie die Aufgaben Ihrer Institution. Welches sind die wichtigsten Arbeitsgebiete, welche Abteilungen gibt es?
- 1.2 Handelt es sich um eine private oder öffentliche Institution?
- 1.3 Wieviel Mitarbeiter sind hier beschäftigt? Wie ist die Qualifikationsstruktur?
- 1.4 Falls keine Versorgungseinrichtung: Für welche Art von Organisationen arbeiten Sie? Öffentliche Institutionen, Gesundheitseinrichtungen, andere wissenschaftliche Einrichtungen?
- 1.5 Was sind Ihre Aufgabenbereiche? Über welche Qualifikationen verfügen Sie und wie lange sind Sie schon hier beschäftigt?

2. Generelle Entwicklungstendenzen im Gesundheitswesen

Viele Experten rechnen damit, daß der Bedarf nach Gesundheitsdiensten zukünftig ansteigen wird. Bitte beschreiben Sie, wie Sie den Einfluß folgender Faktoren einschätzen:

- 2.1 Die *demographische Entwicklung* gilt als wichtiger Faktor für die Bedarfsentwicklung. Wie ist Ihre Meinung: Glauben Sie auch, daß die Alterung der Gesellschaft einen erhöhten Bedarf nach Gesundheitsdiensten nach sich zieht oder wird dieser Faktor überschätzt? Wenn ja: Welche Dienste werden Ihrer Ansicht nach besonders stark nachgefragt werden?
- 2.2 Der *medizinisch-technische* Fortschritt ermöglicht neue diagnostische und therapeutische Verfahren. Welche neuen Verfahren halten Sie für besonders wichtig und wie wird sich dies auf den Bedarf auswirken? Welche Gesundheitsfelder und -dienste sind davon besonders betroffen?
- 2.3 Welche *anderen Faktoren* wären für Sie ausschlaggebend? Wie verändert sich dadurch der Bedarf nach Gesundheit und welche Gesundheitsfelder sind davon betroffen?
- 2.4 Abschließend noch ein anderer Punkt: Viele Experten plädieren für Deregulierung und mehr *Wettbewerb* im Gesundheitswesen. Wie ist Ihre Ansicht dazu? Würde dies zu einer Erosion der Solidarität und zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen oder ist dies ein Ansatz für mehr Bedarfs- und Kostengerechtigkeit? Falls Versorgungseinrichtung: Wie schätzen Sie den Wettbewerbsgrad in Ihrem Gesundheitsfeld ein? Welche Überlegungen gibt es in Ihrer Organisation, um die Marktposition zu stärken?

3. Ansatzpunkte für Modernisierungsstrategien

Es wird angenommen, daß das Gesundheitswesen und seine Einrichtungen durch den steigenden Bedarf mit neuen Herausforderungen konfrontiert wird. Dies betrifft nicht nur die Begrenzung von Ausgabensteigerungen, sondern auch die Verbesserung von Gesundheitseinrichtungen und -diensten. In diesem Zusammenhang werden verschiedenen Ansatzpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens diskutiert. Wie schätzen Sie diese ein?

- 3.1 Von den Einrichtungen des Gesundheitswesens wird häufig behauptet, sie würden nicht genügend effizient in Bezug auf Arbeitsprozesse und Ressourcen arbeiten. Außerdem mangle es an Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Würden Sie zustimmen? Wo sehen Sie Ansatzpunkte, um Effizienz und Qualität zu verbessern? Glauben Sie, daß entsprechende Verfahren aus Industrie und Privatwirtschaft für die Einrichtungen des Gesundheitswesens geeignet sind? Werden Verfahren der Qualitätssicherung spielen in Ihrer Organisation/Gesundheitsfeld eine Rolle?
- 3.2 Das Gesundheitswesen wird häufig als angebotsdominanter Markt mit intransparenten Strukturen bezeichnet, der im Grunde nicht patientenfreundlich gestaltet ist. Glauben Sie, daß es notwendig ist, die *Position der Patienten* zu stärken? Welche Maßnahmen würden Sie zu diesem Zweck vorschlagen? Welche Maßnahmen der Patientenorientierung werden derzeit in Ihrem Gesundheitsfeld/Organisation durchgeführt?
- 3.3 Bei Diagnose- und Behandlungsprozessen sind häufig mehrere Gesundheitseinrichtungen beteiligt, z.B. Kliniken und Reha-Zentren, soziale Dienste, Haus- und Fachärzte. Es wird oft behauptet, daß die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Institutionen nicht optimal ist und zu doppelten Behandlungen und Qualitätsverlusten führt. In welchen Feldern sehen Sie besonderen *Kooperationsbedarf*? Gibt es auch Institutionen außerhalb des Gesundheitssektors, bei denen verstärkte Kooperationen sinnvoll wären? Werden in Ihrer Organisation/Gesundheitsfeld entsprechende Projekte durchgeführt?
- 3.4 Der Einsatz *neuer Medien* führt in vielen Wirtschaftsbereichen zu Umstrukturierungen der Arbeitsorganisation und zu neuen Dienstleistungen. Gilt dies Ihrer Ansicht nach auch für das Gesundheitswesen? Welche informationstechnologischen Anwendungen werden hier diskutiert? Welche Vor- oder Nachteile ergeben sich für Patienten und Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen? Werden in Ihrer Organisation neue Medien eingesetzt und wenn ja, zu welchen Zwecken und mit welchen Auswirkungen?
- 3.5 Es gibt die These, daß Umwelt und Lebensstil einen doppelt so großen Einfluß auf die Gesundheit haben wie biologische Dispositionen, die wiederum doppelt so großen Einfluß haben wie das Gesundheitswesen. Dies würde bedeuten, daß wir eine weniger klinisch orientierte Ausrichtung benötigen und mehr Konzentration auf soziale Faktoren wie zum Beispiel Arbeit und Lebensstil. Dies würde die Bedeutung von *Prävention* und *Public Health* stärken. Sind Sie der Ansicht, wir sollten mehr in diesen Bereich investieren - auch wenn dies auf Kosten der klinischen Medizin ginge? Wo sehen Sie hier besonderen Handlungsbedarf?
- 3.6 Glauben Sie, daß das *niederländische/deutsche Gesundheitswesen* in einer guten Position ist, um diese Herausforderungen zu meistern, oder sind Sie eher pessimistisch?

4. Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiges Beschäftigungsfeld. Aufgrund des steigenden Bedarfs wird der Gesundheitssektor von einigen Experten auch als ein wichtiger Wirtschaftssektor gesehen, der neue Chancen für Wachstum und Beschäftigung beinhaltet. Ich würde gerne wissen, wie Sie diese These einschätzen.

- 4.1 Sie haben bereits Gesundheitsdienste genannt, die aufgrund des steigenden Bedarfs zukünftig verstärkt nachgefragt werden. Welche dieser *Felder* könnten auch unter Beschäftigungsperspektiven vielversprechend sein?
- 4.2 Welche *Berufsgruppen* würden Ihrer Ansicht nach von dieser Entwicklung profitieren?
- 4.3 Welche Art von *Beschäftigungsverhältnissen* hätten wir zu erwarten? Eher ungesicherte Beschäftigung auf niedrigem Qualifizierungsniveau oder hochqualifizierte sichere Jobs?
- 4.4 Erfordern diese Gesundheitsfeldern auch neue *Qualifikationen*? Wenn ja, welcher Art?
- 4.5 Welche *politischen Maßnahmen* und Rahmenbedingungen müßten Ihrer Ansicht nach gegeben sein, um Beschäftigung im Gesundheitswesen zu fördern?
- 4.6 Glauben Sie, daß Patienten mehr *privates Geld* für Gesundheitsdienste ausgeben, wenn diese entsprechend attraktiv wären?
- 4.7 Glauben Sie, daß mögliche positive Beschäftigungseffekte durch Kostendämpfungsmaßnahmen aufgehoben werden, m.a.W., daß mehr Jobs vernichtet werden als entstehen? Wenn ja, welche Beschäftigungsgruppen sind hiervon besonders bedroht?
- 4.8 Kennen Sie Regionen oder Städte in den Niederlanden/Ruhrgebiet, die den Gesundheitssektor ausbauen, um neue Jobs zu schaffen?
- 4.9 Momentan sind Gesundheitsdienste eher lokal begrenzt. Können Sie sich für die Zukunft vorstellen, daß Gesundheitsdienste *interregional* oder *-national* angeboten werden? Welche Perspektiven sehen Sie in diesem Zusammenhang für die Niederlande/das Ruhrgebiet?

Vielen Dank!

LEBENS LAUF

Persönliche Daten

<i>Name</i>	Anja K. Hartmann
<i>Anschrift</i>	Saladin-Schmitt-Str. 49, 44789 Bochum
<i>Geburstag, -ort</i>	12.09.1968, Bonn-Oberkassel
<i>Familienstand</i>	ledig
<i>Staatsangehörigkeit</i>	deutsch

Schulischer und beruflicher Werdegang

1974 - 1979	Besuch der ‚Grundschule Niederdollendorf‘ in Königswinter
1979 - 1988	Besuch des ‚Gymnasiums am Petersberg‘ in Königswinter, Abschluß Allgemeine Hochschulreife
15.10.1989 - 31.09.1991	Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Dortmund
ab 15.10.1991	Studium der Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum
01.01.1994 - 31.03.1994	Praktikum in der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen
SS 1994	Tutorin im Fachbereich Soziologie: „Soziologie IV: Soziologische Theorien der Gegenwart“
01.05.1994 - 31.12.1997	Studentische Hilfskraft in der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen Werkverträge am IAT: Vorbereitung der Veranstaltung „Neue Medien - bessere Dienstleistungen?“ (1995), Dokumentation der Veranstaltung „Neue Medien - bessere Dienstleistungen?“ (1996), Szenarienstudie „Einsatz neuer Medien in personenbezogenen und sozialen Dienstleistungen in der Region Aachen“ (1997)
August 1995	Vierwöchiger Aufenthalt an der Summer School in Social Science Data Analysis and Collection an der University of Essex
Oktober 1997	Diplom an der Fakultät für Sozialwissenschaften
01.01.1998 - 31.03.1999	Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Dienstleistungssysteme des Instituts Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen
01.03.1998 - 31.6.1999	Stipendiatin des Initiativkreises Ruhrgebiet (IR) im Projekt „Strukturwandel an der Ruhr im internationalen Vergleich“. Auslandsaufenthalt in den Niederlanden von 1.8. - 30.10.99, u.a. an der University of Twente.
seit 01.03.1999	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeine Soziologie, Arbeits- und Wirtschaftssoziologie, Prof. Dr. Rolf G. Heinze, Ruhr-Universität Bochum

Ich versichere, daß ich die eingereichte Dissertation ohne fremde Hilfe verfaßt und andere als die in ihr angegebene Literatur nicht benutzt habe und daß alle ganz oder annähernd übernommenen Textstellen sowie verwendete Grafiken, Tabellen und Auswertungsprogramme kenntlich gemacht sind; außerdem versichere ich, daß die Abhandlung in dieser oder ähnlicher Form noch nicht anderweitig als Promotionsleistung vorgelegt und bewertet wurde.

Bochum, 15.10.2000

Anja K. Hartmann