Thema: zur Einführung der primärärztlichen Versorgung als Reformstrategie in Taiwan

Dissertation in der Fakultät für Soziologie an der Universität Bielefeld

Vorgelegt von: Lin, Meei-seh
Betreuer : Prof. Dr. Franz-Xaver Kaufmann
Prof. Ph. Lutz Leisering

Datum: 15. Oktober. 2001

Thema: Zur Einführung der primärärztlichen Versorgung als Reformstrategie in Taiwan

Verzeichnis der Tabellen

Verzeichnis der Abbildungen

Verzeichnis der im Text verwendeten Abkürzungen

AÄK	Allgemeine Ärztekammer (Taiwan)
AHAs	Area Health Authorities
APÄV	Allgemeine Primärärztliche Vereinigung
AV	Arbeiterversicherung (Taiwan)
AVE	Arbeiterversicherungseinrichtung
AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (Allgemeines Gesetz zu besonderen Krankheitskosten)
BMA	British Medical Association
BV	Beamtenversicherung (Taiwan)
CEPD	Council for Economic Planning and Development (Taiwan, Republik China)
CHCs	Community Health Councils
COTG	Central Organ Tarieven Gezondheidszorg (Zentrales Organ von Vergütungssätze für Gesundheitspflege)
DHAs	Distric Health Authorities
DHSS	Department of Health and Social Security
DHVs	Districtes Huisartsen Verenigingen
DoH	Department of Health
DPÄV	Distrikte Primärärztliche Vereinigung
DPP	Demokratische Progressive Partei (Taiwan)
FHSAs	Family Health Services Authorities
FPC	Family Practitioner Committee
FPS	Family Practioners Services
GPFHs	General Practitioner Fondholders
GPs	General Practitioners
GMB	Gesetzt über Medizinische Behandlung
GMC	General Medical Council
GMSC	General Medical Service Committee
GüAR	Gesetzt über Artzrecht
GüNHI	Gesetz über National Health Insurance
GVL	Gesundheitsversicherung für Landwirte (Taiwan)
HAs	Health Authorities
HCs	Health Commissions
HMOs	Health Maintenance Organizations
IVOs	Intermediäre Versorgungsorganisationen
KMT	Kuo-Ming Tang (Nationale Volkspartei in Taiwan)
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Königliche Niederländische Gesellschaft zur Beförderung der Medizin)
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen (Gesetz zur Qualität von Versorgungseinrichtungen)
LACs	Local Authorty Councils
LGB	Local Government Board
LHV	Landelijke Huisartsen Verening (Ländliche Vereinigung für die Hausärzte)
LPÄQZ	Lokale Primärärztliche Qualitätszirkel
MPC	Medical Practices Committee
MSA	Medical Saving Account
NHG	Nederlands Huisarts Genootschap

NHI	National Health Insurance
NIA	National Insurance Act
NHS	National Health Service
NHSA	National Health Service Act
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnszondheidszorg (Niederländisches Institut für Untersuchung von Primäre Gesundheitspflege)
NMG	Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (Niederländische Gesellschaft zur Beförderung der Medizin)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PCGs	Primary Care Groups
PSMN	Plan zur Schaffung der Medizinischen Netzwerke
PESC	Public Expenditure Survey Committee
PGP	Prepaid group practices
PHCT	Primary health care team
PPOs	Preferred Provider Organization
RAWP	Resource Allocation Working Party
RCGP	Royal College of General Practitioners
RHAs	Regional Health Authorities
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestlijke Gezondheidszorg
SEA	Statistisch Economische Afdeling
SEP	Sondereinheit zur Plan der National Health Insurance (in Taiwan)
SGB V	Sozialgesetzbuch V gesetzliche Krankenversicherung
SHAs	Special Health Authorities
TOM	Total Quality Management
TWN	Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenenaars (vorläufiges Gesetz zur Normierung von Einkommen freier Berufsgruppen)
UvO	Uitkomst van Overleg (Ergebnis von Beratung)
VKfG	Verhandlungskommission für Gesundheitsausgaben
VNZ	Verening van Nederlandse Zorgverzekeraars (Vereinigung von Niederländischen Versorgungsversicherern)
VWS	Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Gesetz über die Berufen in der individuellen Gesundheitspflege)
WIVB	Wet inkomens vrije-beroepsbeoefenaren (Gesetz zu Einkommen freier Berufsgruppen)
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg (Gesetz zur Vergütungssätze für Gesundheitspflege)
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheid (Gesetz zur Versorgung von Gesundheitsleistungen)
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Gesetz zur Versorgung von Krannkenhäusern)
ZeNHI	Zentraleinrichtung für National Health Insurance
ZfG	Zentralbehörde für Gesundheit
ZFR	Ziekenfondsraad (Krankenkassenrat)
ZFW	Ziekenfondswet (Krankenkassengesetz)
ZKE	Zentralkrediteinrichtung

Kapitel 1 Einleitung

1.1 Politischer Anspruch und Problemlagen im Rahmen der National Health Insurance

Seit Anfang März 1995 wird die National Health Insurance (künftig NHI) in Taiwan gemäß dem Gesetz über National Health Insurance (künftig GüNHI) implementiert, das Ende 1994 im Legislativyuan (Parlament) verabschiedet wurde. Die Umsetzung der NHI sollte die bis dahin bestehendenen Probleme lösen. Es handelt sich vor allem um:

- Finanzdefizite, vor allem in den drei wichtigsten Krankenversicherungen;
- ungleiche Zugangschancen zur medizinischen Versorgung, die sowohl aus der ungleichen Verteilung medizinischer Ressourcen als auch infolge der unterschiedlichen Zahlungsfähigkeit der Einwohner resultierte;
- die Zersplitterung der Verwaltungen; und
- der Rückgang der primärärztlichen Versorgung

Die Einführung der NHI sollte dazu dienen, die primärärztliche Versorgung als politische Zielsetzung gesetzlich zu verankern und politisch zu fördern. Mit der Verstärkung der primärärztlichen Versorgung sollte mittels der Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung zum einen eine umfassende und ganzheitliche Behandlung bzw. Betreuung der Kranken verwirklicht werden. Zum anderen sollten die Ausgaben für Gesundheitsversorugng verringert werden.

Unmittelbar nach Einführung der NHI hat sich gezeigt , daß es schwierig ist, alle oben angeführten Probleme gleichzeitig zu lösen. Hierzu kommt, daß mit der Einführung der NHI neue Probleme hervortreten, die Nebeneffekte herbeiführen, und somit entstehen weitere Anforderungen an die staatliche Steuerungsfähigkeit. Aufgrund der Forderungen nach einer umfassenden Gesundheitsversorgung und unter den Gesichtspunkten von Effizienz und Effektivität in der Gestaltung des Gesundheitswesens sind in Taiwan gegenwärtig folgende Probleme dominierend:

a. Ungleiche Zugangschancen[1];
b. Rückgang primärärztlicher Versorgung;
c. Mangelnde Qualitätssicherung; und
d. Finanzielle Probleme[2].

Jedes dieser Probleme hat weitere Probleme nach sich gezogen. Während Probleme der Belastungsgerechtigkeit eng mit der Verfügbarkeit medizinischer Ressourcen verbunden sind, lassen sich Finanzierungsprobleme auf die mangelnde Wirtschaftlichkeit zurückführen. Probleme, wie die Verzahnung verschiedener Versorgungs- bzw. Leistungsstufen[3] und die unterschiedliche Verfügbarkeit bestimmter Fachrichtungen[4] werden in der vorliegenden Arbeit nicht behandelt. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf die oben aufgeführten vier Probleme.

In bezug auf die primäre Gesundheitsversorgung gibt es, wie oben bereits erwähnt, bisher trotz der Einführung der NHI keine richtige primär- bzw. hausärztliche Gesundheitsversorgung im Rahmen des taiwanesischen Gesundheitswesens. Einige Aufgabenbereiche (wie Erbringung allgemeiner, umfassender und ganzheitlicher Leistungen), die von der sekundären und tertiären Versorgung nicht erfüllt werden können, könnten in der primären Versorgungsphase sehr wahrscheinlich besser erfüllt

---

1 Siehe Liberal Times, 14. 05.1996. Siehe auch China Times, 30. 12. 1995. Es wurde berichtet, daß die Einwohner in abgelegenen Gebirgsgegenden wegen der Entfernung die Ärzte nur schwer erreichen können. Sie sind anfällig für Krankheiten wie Gicht, Zahnkaries (vor allem Kinder), Schnupfen usw. Außerdem fehlt es dort häufig an Frauenärzten.

2 Siehe Huang, T-Y 2000, Chinatimes, 01.06.2000; Lü, B-Y/Lo, P./Deng, L-C 1999, Liberal Times, 18. 05. 1999.

3 Des weiteren kamen Probleme wie die fehlende Vernetzung verschiedener Leistungsarten und ihre Verfügbarkeit hinzu. Diese beiden Probleme traten gleichzeitig auf und verstärkten sich gegenseitig. Die Vernetzungsprobleme traten hauptsächlich in der Vernetzung verschiedener Versorgungsstufen auf, wie z.B. die Vernetzung zwischen ambulanter, stationärer, medizinischer und pflegerischer Versorgung. Eine wichtige Aufgabe für das Gesundheitswesen ist die Beseitigung der dadurch verursachten Versorgungslücken und -defizite und damit die Verhinderung einer Ressourcenverschwendung.

4 Vor der Umsetzung der NHI durften sowohl die niedergelassenen als auch die im Krankenhaus angestellten Ärzte Patienten behandeln. Die Einführung der NHI hat zum Ausscheiden der Ärzte wie z.B. Augenärzte, Hautärzte, Internisten aus den klein- und mittelgroßen Krankenhäusern geführt. Wegen der besseren Verdienstmöglichkeit eröffneten viele dieser Ärzte eigene Praxen, so daß deren Zahl erheblich zunahm. Dagegen ist die Zahl der Ärzte, die in Krankenhäusern angestellt sind, gesunken. Als Folge wurden einige Fachgebiete in der Medizinausbildung besonders bevorzugt bzw. gemieden. Zu den unbeliebten Fachgebieten zählen vor allem Chirurgie und Gynäkologie, die zu einem Mangel von Ärzten in Krankenhäusern führte. Es wird befürchtet, daß sich dieses Problem in Zukunft noch gravierender auswirken wird, was Probleme in der krankenhäuslichen Versorgung hervorrufen würde. Der Mangel an Fachärzten wie Chirurgen und Frauenärzte usw. betrifft vor allem regionale öffentliche Krankenhäusern, wobei die meisten seit langem ineffektiv und uneffizient sind. Daraus ergibt sich als zweites Folgeproblem der Einführung der NHI das Vernetzungsproblem.

werden. Die fehlende Ausgestaltung in der primärärztlichen Versorgung bezieht sich zum einen auf die Konzentration der Leistungserbringung von Ärzten in den Krankenhäusern. Zum anderen ist damit die ungleichmäßige regionale Verteilung der frei praktizierenden Primärärzte gemeint. Besonders den Einwohnern in abgelegenen Orten ist die medizinische und gesundheitliche Leistung nicht ausreichend zugänglich (ungleiche Zugangschance). So kann die primärärztliche Versorgung in Taiwan ihnen Aufgaben nicht gerecht werden. Eine mangelnde primärärztliche Versorgung trug auch zur Verschwendung von medizinischen Ressourcen bei, mit der häufig ein Finanzierungsproblem verbunden ist (Finanzierbarkeit der NHI). Schließlich ist durch eine schlechte Arzt-Patient-Beziehung eine Verschlechterung der medizinischen Qualität zu befürchten.[5] Aufgrunddessen, so die Annahme der vorliegender Arbeit, ist zur Lösung dieser Probleme die Etablierung einer primärärztlichen Versorgung in Taiwan erforderlich.

1.2 Ziele und Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Um die Strukturmängel des Gesundheitssystems und besonders die Mängel der ambulanten ärztlichen Versorgung Taiwans beseitigen zu können, sollte eine alternative Reformstrategie eingesetzt werden.

Die vorliegende Untersuchung geht davon aus, daß der Grund für diese Mängel in der fehlenden Aufgabenteilung zwischen verschiedenen beruflichen Gruppen - sowohl zwischen den Primärärzten und den Fachärzten als auch zwischen den Ärzten und den Apothekern als strukturellen Besonderheiten des taiwanesischen Gesundheitssystems liegt. Hierbei ist besonders das Fehlen einer Ausdifferenzierung der primärärztlichen Versorgung vom gesamten Gesundheitssystem angesprochen.

Mit den Primärärzten sind die Allgemeinmediziner gemeint, die sich von den Spezialisten mit Privatpraxen unterscheiden.[6] Eine erfolgreiche und effektive

---

5 Song, R-L 2000: 12; Chi, C-H 2000, Liberal Times, 02.06.1999.

6 In Taiwan gelten alle niedergelassenen Ärzte als Primärärzte, darunter viele Spezialisten. Besonders nach der Einführung der NHI wurden manche Fachärzte hinsichtlich der Vergütungssätze privilegiert. Als Folge traten viele Fachärzte aus den Krankenhäusern aus, um selbständig zu werden und dadurch ein höheres Einkommen zu erzielen. Die primärärztliche Versorgung überschneidet sich mit der fachärztlichen Versorgung im Bereich der ambulanten Versorgung.

Ausdifferenzierung der primärärztlichen Versorgung impliziert einerseits eine deutliche Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Apothekern wie z.B. in England und den Niederlanden, wo Verschreibung und Dispensation deutlich getrennt sind. Andererseits setzt eine erfolgreiche primärärztliche Versorgung stets Strukturelemente voraus, wie die finanzielle Gestaltung (z.B. Versicherungsbeiträge oder Steuerfinanzierung), institutionelle Arrangements (Vergütungsweise, Zugangsmöglichkeit, Regelung zu Arztwahl usw.) und Eingriffe in die Akteurskonfiguration bzw. Akteurkonstellation[7] und die politische Entscheidungsfindung (bürokratische Entscheidung, Korporatisierung).

Aufgrunddessen sind die Erfahrungen und Gestaltungen der Gesundheitsversorgung anderer Länder als alternative Leitbilder für die Neugestaltung der taiwanesischen Gesundheitsversorgung in die Betrachtung mit einzubeziehen. Eine vergleichende Untersuchung zwischen Taiwan und anderen Ländern ist zweckmäßig und unverzichtbar, um ein Leitbild für die unabdingbare Reform des bestehenden Gesundheitssystems auszuarbeiten.

Wie einleitend dargestellt, traten im Falle des taiwanesischen Gesundheitswesens infolge der Reform seit März 1995 vielerlei Probleme auf. Die Gründe liegen im wesentlichen in der strukturellen Beschaffenheit des Gesundheitssystems und in der mangelnden Koordination der Akteurshandlungen im Sinne von Strukturdefiziten. Ferner resultieren sie eventuell aus dem Fehlen einer effektiv funktional ausdifferenzierten, primärärztlichen Versorgung. Darum scheint es angebracht, Ansatzpunkte zur Etablierung einer eigenständigen und funktional ausdifferenzierten primärärztlichen Versorgung für Taiwan herauszuarbeiten.

Auf dem Hintergrund dieser Überlegung wird in der vorliegenden Untersuchung ein Vergleich der Gesundheitsversorgungssysteme in England, den Niederlanden und Taiwan vorgenommen. Durch diesen Systemvergleich sollen Ansatzpunkte zur Einführung der Primärarztversorgung gewonnen werden, die insbesondere die institutionellen Bedingungen des taiwanesischen Gesundheitswesens miteinbeziehen.

[7] Siehe dazu Mayntzs Aufsatz 1988: 24. Sie behauptet in diesem Aufsatz, „Für kausal-genetische Fragestellungen über Strukturwandel und politische Steuerung ist es dagegen ausgesprochen sinnvoll, Strukturen als Akteurskonfiguration zu beschreiben." Hier hat Mayntz den Begriff "Akteurskonfiguration mit dem Begriff Struktur gleichgesetzt.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, eine Lösungsstrategie für das taiwanesische Gesundheitssystem zu finden. Als ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit sollen die dafür erforderlichen Ansatzpunkte und Interventionsmittel im Verlauf dieser Arbeit untersucht und ausgearbeitet werden.

Dabei sind folgende Fragestellungen zu beantworten:

(1) Wieso ist die Etablierung primär- bzw. hausärztlicher Versorgung als politischer Anspruch wünschenswert?
(2) Welche Strukturdefizite weist die taiwanesische Gesundheitsversorgung vor allem nach der Einführung der NHI in Taiwan auf, die Probleme in bezug auf die Finanzierung, die Gleichbehandlung aller Bürger und die Qualitätssicherung hervorgerufen haben (Steuerungsversagen bzw. Steuerungsmängel)?
(3) Wie läßt sich die Problemlage der taiwanesischen Gesundheitsversorgung diagnostizieren, bzw. auf welche Faktoren lassen sich die Strukturdefizite zurückführen (Problemdiagnose)?
(4) Welche Lösungsstrategie ist zur Bekämpfung der bestehenden Probleme im taiwanesischen Gesundheitssystem einsetzbar? Welche Ansatzpunkte und Interventionsmittel sind für eine optimale Strategie einzusetzen (Lösungsansatz)?
(5) Welche Aufgaben bzw. Funktionen sollte der Staat, also die taiwanesische Regierung, zur wohlfahrtsstaatlichen Intervention übernehmen? Mit anderen Worten, inwiefern soll die taiwanesische Regierung ins Gesundheitssystem intervenieren?

1.3 Theoretische Ansätze und Mehrebenen-Analyse der Sektorstrukturen als analytischer Bezugsrahmen

(1) Begründung der Steuerung der Wohlfahrtsproduktion und die Bedeutung des Steuerungsbegriffs

Begründung der Steuerung der Wohlfahrtsproduktion

Im Zuge der Modernisierung verselbständigten sich aus den traditionellen gesellschaftlichen Teilsystemen, wie z.B. dem Religionssystem, Teilsysteme, die jeweils für die gesamte Gesellschaft bestimmte funktionale Leistungen erbringen. Außer dem Wirtschaftssystem und der Familie als traditionell wohlfahrtsproduzierenden Teilsystemen, verselbständigten sich später personenbezogene funktionelle, wohlfahrtsproduzierende Teilsysteme, wie z.B. die Systeme das Gesundheits-, das Bildungs- und das Sozialwesen. Diese Teilsysteme wurden von Mayntz und Scharpf als staatsnahe Sektoren bezeichnet (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 13 ff.). Die Herausbildung der Teilsysteme brachte einige wohlfahrtsschädigende Effekte mit sich, die das staatliche Steuerungssystem herausfordern. Hierzu zählt zunächst das Versagen marktvermittelter Wohlfahrtsproduktion. Der Begriff ‚Versagen' bezieht sich auf Verteilungsprobleme der Wohlfahrt. Der Markt alleine garantiert noch nicht eine gerechte Wohlfahrtsverteilung. Darüber hinaus ist zu beachten, daß die Marktpreise nicht alle Kosten des Wohlfahrtsprozesses widerspiegeln. Es können soziale Kosten entstehen, die nicht in die Kalküle der einzelnen Wirtschaftssubjekte und damit in die Preisbildung eingehen (vgl. Kaufmann 1994: 362).

Das zweite Problem betrifft den Ausschluß bestimmter Bevölkerungsgruppen von der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen. „Die Ausdifferenzierung und Verselbständigung bestimmter Funktionsbereiche geht regelmäßig mit einer gesteigerten Selektivität bezüglich systemrelevanter Umweltbeziehungen und gleichzeitig mit einer gesteigerten Indifferenz hinsichtlich sonstiger Effekte des Handelns einher" (Kaufmann 1994: 363). Der Ausschluß bestimmter Bevölkerungsgruppen von der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen hat häufig eine Verringerung des Humankapitals der Gesellschaft als negative externe Effekte zur Folge.

Dies gilt besonders für meritorische Güter, wie Bildung und Gesundheitsleistung, die häufig positive externe Effekte herbeiführen.

Drittens entsteht in manchen gesellschaftlichen Teilsystemen das Problem asymmetrischer Definitionsmacht kollektiver, insbesondere professioneller Akteure, was eine bedarfsgerechte und ökonomische Leistungserbringung beeinträchtigen kann. Als typisches Beispiel ist das Gesundheitssystem, in dem die medizinischen Professionen aufgrund ihres Fachwissens eine Definitionsmacht hinsichtlich der Krankheiten und Behandlungsmethoden besitzen. Dies führt nicht selten zur defizitären Wohlfahrtsproduktion bzw. –verteilung.

Bedeutung des Steuerungsbegriffes

Der Begriff „Steuerung“ entstand durch die Übersetzung des englischen Begriffes ‚control‘ und wird im wesentlichen für makrosoziologische Zusammenhänge benutzt. Unter Steuerung wird im allgemeinen eine gezielte Wirkung verstanden. In der vorliegenden Arbeit wird die Definition von Mayntz verwendet. Ihr zufolge ist im politikwissenschaftlichen Kontext unter dem Begriff „Steuerung“ eine orientierte Gestaltung der gesellschaftlichen Umwelt durch politische Instanzen zu verstehen (vgl. Mayntz 1997: 189). Mit anderen Worten, der Staat ergreift Maßnahmen, um die Handlungsorientierungen und somit die Handlungsoptionen und Handlungen der Akteure in die gewünschte Richtung zu lenken. Bei diesem Verständnis ist zweierlei zu betonen. Zum einen steht hierbei das Handeln der Akteure im Vordergrund. Zum anderen wird eine grundsätzliche Steuerungsfähigkeit der Teilsysteme vorausgesetzt.

Was die Steuerungsfähigkeit der Teilsysteme betrifft, vertreten Mayntz und Scharpf die Auffassung, daß die Steuerungsfähigkeit des Staates von der Struktur und insbesondere vom Organisationsgrad des Politikfeldes abhängt (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 9). Aufgrunddessen ergreift der Staat gegebenenfalls Maßnahmen, um die Konstellation der Organisationen als Steuerungsobjekte zu gestalten bzw. die Fähigkeit zur Selbstregulierung der relevanten Politikfelder zu stärken.

Hinsichtlich der Steuerungsformen bzw. der Modi sozialer Handlungskoordination, die Mayntz und Scharpf zufolge heute meist unter dem Stichwort „Governance“ erörtert werden, lassen sich inzwischen verschiedene Steuerungsformen unterscheiden. Als weit verbreitete Steuerungsformen gelten Markt, Staat, Solidarität, Expertensystem und Korporatismus (vgl. Kaufmann 1991: 228; Mayntz 1997: 189 f., Mayntz/Scharpf 1995: 60).

(3) Akteurzentrierter Institutionalismus

Ein Strukturwandel oder eine funktionelle Differenzierung eines Teilssystems kann gegebenenfalls von mächtigen Akteuren absichtsvoll herbeigeführt werden (vgl. Rueschemeyer 1978: 6-15). Infolgedessen ist ein Rückgriff auf das Handeln der Akteure unentbehrlich, um die Dynamik der Strukturbildung des Gesundheitssystems zu beleuchten. Die Akzentierung der Akteure der Analyse läßt sich zugleich in der Diskussion von Politikforschungen ablesen. In den letzten Jahren werden in der Politikforschung neue Erklärungsansätze als Konsequenz der politisch-gesellschaftlichen Zusammenhänge eingeführt. Hierzu zählen besonders die von Renate Mayntz geleiteten Forschungen über die politische Steuerungstheorie, die sie als akteurzentrierten Institutionalismus bezeichnet.[8] Der akteurzentrierte Institutionalismus verknüpft hauptsächlich die Elemente der Akteurtheorie und des Institutionalismus. Dieser Ansatz und der Ansatz der Handlungskoordination von Kaufmann berücksichtigen zugleich die Interaktionen bzw. die wechselseitigen Verhältnisse zwischen den kollektiven Akteuren und die Wirkungsweise der Institutionen und der Akteurkonstellationen.

Die Akteure nehmen i.d.R. bestimmte Handlungsorientierungen wahr, seien es kognitive, seien es motivationale. Akteure haben bestimmte Interessen, Normen, Identitäten, Handlungsstrategien und Einflußpotentialen. Die Akteure treffen in sozialen Situationen aufeinander, und aufgrund ihrer Interessenverfolgung bilden sich Handlungsverkettungen und gesellschaftliche Strukturen heraus, die wiederum das weitere Handeln prägen (vgl. Schimank 1988: 621).

[8] Der Ansatz zur Handlungskoordination von Franz-Xaver Kaufmann geht ebenfalls von der Steuerung der Handlungen der Akteure aus, indem der Staat die institutionelle Koordination durch Setzung von Normen (institutional rules) bewirkt; siehe dazu Kaufmann 1991: 227 ff..

Unter dem Begriff „Akteur“ sind sowohl einzelne Personen als auch kollektive bzw. korporative Akteure zu verstehen. Kollektive Akteure umfassen ihrerseits Organisationen und Systeme.[9] Moderne gesellschaftliche Organisationen, wie Unternehmen und Parteien oder Teilsysteme der Gesellschaft werden durch institutionelle Regelungen konstituiert; „oft werden sie sogar durch staatliche Entscheidung geschaffen, wobei ihnen uno actu Aufgaben und Kompetenzen zugewiesen werden“ (Mayntz/Scharpf 1995: 48). Das Handeln der sozialen Akteure, das von bestehenden institutionellen Makrostrukturen bestimmt wird, wirkt sich aufgrund der politischen Einflußnahme auf die Strukturen des Gesundheitssystems aus (vgl. Wasem 1997: 24). Akteure in einem Teilsystem sind interessengeleitet und konkurrieren miteinander um knappe Ressourcen des relevanten Teilsystems (vgl. Mayntz 1988: 27).

Unterschiedliche Akteure nehmen in einem Politikfeld zugleich verschiedene „Interaktionsorientierungen“ (Mayntz/Scharpf 1995: 66) vor, die letztendlich zum bestimmten „Interaktionskonstellation“ (Mayntz/Scharpf 1995: 62) bzw. Interaktionsmuster in diesem Politikfeld führt (vgl. Görlitz/Burth 1998: 172 ff.) Unter dem Begriff „Akteurkonstellation“ ist das typisierte Regelgebilde der Akteure innerhalb eines Politikfeldes zu verstehen. I.d.R. ist eine Vielzahl von Akteuren in einem Politikfeld involviert, von denen jeder spezifische Interessen mittels bestimmter Einflußstrategien verfolgt. Aufgrunddessen können die Möglichkeiten und Ergebnisse der Interessenverflechtung bzw. der politischen Entscheidungsprozesse sehr vielfältig ausfallen. Z.B. wird die Akteurkonstellation bzw. die politische Entscheidungsfindung im deutschen Gesundheitswesen gewöhnlich als „korporatistisch“ bezeichnet, während die in England als „etatistisch“ beschrieben wird.[10] Den beiden Ansätzen von Mayntz/ Scharpf und Kaufmann zufolge bilden die institutionellen Arrangements mit der Akteurkonstellation einen Handlungskontext, der das Zusammenspiel der korporativen Akteuren eines einzelnen Teilsystems als handlungsfähige Organisation mitbestimmt und somit das Leistungsgeschehen beeinflußt.

[9] Der Steurungstheoretiker Coleman benutzt den Begriff ‚korporativer Akteur‘, um kollektive von individuellen Personen zu unterscheiden. Korporative Akteure als soziale Realität besitzen, Coleman zufolge, kollektive Rechte im Status juristischer Personen. Sie manifestieren sich als Verbände, Unternehmen, Kirche und Städte usw. Sie sind handlungsfähig im Sinne einer juristischen Person, die ihre eigene Zielsetzung verfolgt (vgl. Coleman 1994).

[10] Siehe dazu Mayntz und Scharpf 1995: 25, Abbildung 1: Varianten sektoraler Regelungsstrukturen.

Den Ansätzen von Mayntz/Scharpf und Kaufmann zufolge stellen die Institutionen einen Rahmen dar, innerhalb dessen die Akteure handeln können. Neben Handlungsspielräumen bestimmt dieser Rahmen sowohl die Konstellation der Akteure, ihre Verfügungsgewalt über Handlungsressourcen als auch ihre Handlungsorientierungen.[11] Institutionelle Regelungen stellen eine wechselseitige Erwartungssicherheit her und machen so soziales Handeln über die Grenzen persönlicher Beziehungen hinaus überhaupt erst möglich (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 47; Kaufmann 1991: 218 f.).[12]

Unter dem Begriff „institutionelle Arrangements" sind insbesondere die Regelungsaspekte zu betonen, „die sich vor allem auf die Verteilung und Ausübung von Macht, die Definition von Zuständigkeit, die Verfügung über Ressourcen sowie Autoritäts- und Abhängigkeitsverhältnisse beziehen" (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 40). Kaufmann zufolge stellen institutionelle Arrangements eine Konfiguration von Regeln dar (vgl. Kaufmann 1991: 221). Institutionen sollen bestimmten Bedürfnissen der Menschen genügen. Sie bildeten sich aus verschiedenen sozialen Gebilden bzw. Bereichen heraus und erfüllen unterschiedliche Funktionen. Sogar in einer freien Marktwirtschaft sind institutionelle Rahmenbedingungen unentbehrlich, um das ökonomische Handeln der Akteure sowohl auf der Mikro- als auch auf der Makroebene zu lenken.

Dennoch können die institutionellen Arrangements auch abhängige Größen sein, d.h. sie können von anderen Variablen beeinflußt werden (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 48). Das Gleiche gilt für das Gesundheitssystem als gesellschaftliches Teilsystem. So kann verbandliche Selbststeuerung als ein institutionelles Arrangement durch staatliche Eingriffe eingeführt bzw. gefördert werden, wie es in der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist. In der Bundesrepublik Deutschland gilt die korporatistische

---

11 Vgl. Lin, C.-H. 1996: 23; Mayntz/Scharpf 1995: 49. Die Wirkungsweise der (politischen) institutionellen Arrangements auf die Politikergebnisse wird vor allem unter dem Begriff „Neo-Institutionalismus" hervorgehoben, der im wesentlichen von March und Olsen formuliert wurde. Nach diesem analytischen Ansatz besitzt der Staat eine eigenartige Autonomie, mit der er die Handlungsspielräume der Betroffenen bestimmt. Diese staatliche Autonomie befindet sich vor allem in den politischen Institutionen. Siehe dazu March und Olsen 1994: 256-268.

12 Vgl.: Lindenberg 1977: 61-64. Lindenberg zufolge geht es bei Institutionen um die Schaffung weitläufiger Koorientierung über die Grundlage von sozialen Interdependenzen und die Regelung von sozialen Interdepedenzen. Bei ihm ist unter „Koorientierung" Verhaltenserwartung zu verstehen.

Entscheidungsfindung als institutionelles Arrangement, das Resultat bestimmter staatlicher Eingriffe ist.

(4) Mehrebenen-Analyse der Sektorstruktur als analytischer Bezugsrahmen

Da die vorliegende Untersuchung der analytischen Annahme von Mayntz und Scharpf über Sektorstrukturen folgt, werden die beiden analytischen Begriffe „Leistungsstruktur" (industrial structure) und „Regelungsstruktur" (governance structure) als wesentliche Strukturmerkmale in die Analyse mit einbezogen. Mit dem Begriff „Leistungsstruktur" sind alle Einrichtungen, „die unmittelbar der Erbringung der Leistungen eines Sektors dienen" (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 17), gemeint. Zu den Hauptmerkmalen der Leistungsstruktur zählen der Grad der Organisationen, die Intensivität des Wettbewerbs zwischen den Anbietern, die Art der Leistungsfinanzierung und die Art der Inanspruchnahme (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 17). Dagegen sind mit dem Begriff ‚Regelungsstruktur' institutionelle Arrangements und Akteurkonstellationen gemeint, „in denen (auch) die Leistungsstrukturen eines Sektors und die in diesen wirksamen Verhaltensanreize absichtsvoll gestaltet und verändert werden können." (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 19). Aufgrunddessen wird bei der Behandlung der betroffenen Problemfelder nicht nur ein besonderer Akzent auf die institutionellen Arrangements, sondern auch auf das Verhalten der Akteure und ihre Konstellationen gelegt.

Entgegen der herkömmlichen Auffassung, daß es ein einziges Steuerungssubjekt wie den Staat gibt, folgt die vorliegende Arbeit der Auffassung von Mayntz und Kaufmann, daß es im Staatsnahen Sektor, z.B. dem Gesundheitssystem kein zentralisiertes Steuerungssubjekt mehr gibt, sondern mehrere Steuerungssubjekte auf verschiedenen Ebenen. So findet die soziale bzw. politische Steuerung in aller Regel auf mehreren Stufen statt, da zahlreiche Akteure auf den verschiedenen Ebenen der Gesellschaft vorzufinden sind und sich wechselseitig beeinflußen (vgl. Kaufmann 1994: 368).

Als Steuerungsobjekte gelten Mayntz und Scharpf zufolge nicht nur individuelle Akteure, die eigene Interessen verfolgen und ihren Eigennutzen maximieren wollen, sondern auch die Regelungsstruktur und die Selbstorganisation als institutionelle Konstellation. Anderenfalls können die Organisationen der Selbststeuerung bzw. -

regulierung als Steuerungssubjekt fungieren. Die Steuerung in den interorganisatorischen Beziehungen soll besonders die Fähigkeit zur Selbststeuerung bzw. –regulierung und die Autonomie des Gesundheitssystems sowie die des öffentlichen Sektors berücksichtigen (vgl. Mayntz 1997: 191; Kaufmann 1991: 220). Aus diesem Grund scheint es plausibel, die soziale Steuerung bzw. Koordination von Handlungen auf mehreren Ebenen vorzunehmen (vgl. Mayntz./Scharpf 1995: 11 f.; Kaufmann 1994: 368 ff.; Kaufmann 1991: 215).

Da im Gesundheitswesen mehrere Akteure auf verschiedenen Ebenen involviert und im Steuerungsprozeß häufig unterschiedliche Steuerungsmittel auf verschiedenen Ebenen eingesetzt sind, wird bei der systemischen Analyse der Regelungsstruktur, sozialer Steuerung sowie politischer Entscheidungsmuster primär ein Mehrebenen- Steuerungs- bzw. Interventionsmodell verwendet. In der vorliegenden Untersuchung werden vor allem drei Ebenen unterschieden – die national-institutionelle, die interorganisatorisch-intermediäre und die individuelle bzw. interaktive Ebene (vgl. Kaufmann 1994: 367 ff.). Auf diesen Ebenen finden sich unterschiedliche Steuerungsobjekte. Auf der jeweiligen Ebene werden zugleich spezielle Steuerungsformen angewendet und institutionelle Arrangements eingeführt (siehe Abbildung 1-1).

Abbildung 1-1: Analytische Bezugsrahmen für das Politikfeld des Gesundheitssektors in der vorliegenden Arbeit – eine Mehrebene-Analyse

Steuerungobjekte (individuelle, kollektive Akteure und Institutionen)	**Leistungsstruktur und Regelungsstruktur**
Politisches System national Verhandlungsgremien Dachverbände	Akteurkonstellation einschl. (Interesenvermittlung) politische Entscheidungsweise, Preisbildungsweise; Finanzierungsweise, Intensität des Wettbewerbs

<u>nationale Ebene</u>
Makroebene

ärztliche Verbände Konsumentenorganisationen Versicherer (als kollektive Akteure)	verbandliche Konstellation (wie Zwangsitgliederschaft Gestaltung der verbandlichen Selbststeuerung Zuweisung von Vollzugsbefugnis verbandliche Disziplinierung

<u>intermediäre (interorganisatorische) Ebene</u>

interaktive bzw. individuelle Verhaltensweise (der Ärzte und der Patienten)	Überweisungsregelung, Selbstbeteiligung; Honorierung; Einschreibungsvorschriften Zulassungs- und Niederlassungsvorschrift

<u>individuelle und interaktive Ebene</u>
Mikroebene

Eigene Darstellung

1.4 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit besteht insgesamt aus acht Kapiteln. Nach der Einleitung werden im zweiten Kapitel im wesentlich zwei Fragen beantwortet. Zunächst wird in Abschnitt 2.1 der staatliche Handlungsbedarf im Gesundheitswesen im allgemeinen begründet. In dem darauffolgenden Abschnitt wird die Bedeutung und die Notwendigkeit der primärärztlichen Versorgung verdeutlicht (Abschnitt 2.2.1, 2.2.2 und 2.2.3). Hierbei werden in Abschnitt 2.2.1 die bisherigen Steuerungsdefizite sowohl ökonomischer als auch nichtökonomischer Art erläutert. Ferner werden in Abschnitt 2.2.2 basierend auf der vorangehenden Darstellung erstrebenswerte Steuerungsinstrumente zur Bewältigung bestehender Probleme entwickelt. Anschließend wird in Abschnitt 2.2.3 zunächst der Begriff der Primärartzversorgung definiert, und danach werden die Leistungen der Primärarztversorgung dargestellt, die sich ökonomisch wie medizinisch as qualitativ vorteilhaft erweisen. Schließlich wird in Abschnitt 2.3 anhand bestimmter Merkmale verschiedene primärärztliche Versorgungsformen typisiert.

Da die vorliegende Untersuchung eine international vergleichende Untersuchung ist, wird im 3. und 4. Kapitel zunächst das nierderländische und das englische Gesundheitswesen und die jeweilige primärärztliche Versorgung analysiert. Bei der Behandlung der primärärztlichen Versorgung werden speziell die Leistungsstrukturen, die institutionellen Arrangements (Regelungsstruktur) und die politische Entscheidungsfindung in den einzelnen Ländern dargestellt. In Abschnitt 3.1 werden die Grundzüge der Gesundheitsversorgung im Rahmen des NHS dargestellt. Danach wird in Abschnitt 3.2 auf die Gestaltung der primärärztlichen Versorgung, die i.d.R. von Allgemeinmedizinern erbracht wird, eingegangen. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf die Aspekte der Leistungsstruktur und der Regelungsstruktur. Ferner wird in Abschnitt 3.3 versucht, die Politikentscheidungsmuster im Rahmen des NHS auszuarbeiten. Schließlich werden in Abschnitt 3.4 das Verhältnis der General Practitoners (künfig GPs) zu anderen Leistungserbringern und die Probleme der Gesundheitsversorgung angedeutet.

Analog zum Kapitel 3 werden im Kapitel 4 die hausärztliche Versorung in den Niederlanden analysiert: die Grundzüge der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden (Abschnitt 4.2); die Gestaltung der hausärztlichen Versorgung, ihre Regelungsstruktur und Leistungsstruktur (Abschnitt 4.3); die Politikentscheidungsmuster (Abschnitt 4.4), schließlich das Verhältnis der Hausärzte zu anderen Leistungsanbietern und Probleme der Gesundheitsversorgung (Abschnitt 4.5).

Die Kapitel 5 und 6 behandeln die taiwanesische Gesundheitsversorgung im allgemeinen und die ambulante ärztliche Versorgung im besonderen, hauptsächlich im Rahmen der NHI, die im März 1995 eingeführt wurde. In Abschnitt 5.1 wird die Systembildung im taiwanesischen Gesundheitswesen vor der Gesundheitsreform (1995) skizziert. In Abschnitt 5.2 werden die Steuerungsdefizite im Zuge des Prozesses dieser Systembildung, die als gesundheitspolitisch zu bekämpfende Probleme angesehen wurden, verdeutlicht. Anschließend wird in Abschnitt 5.3 im wesentlichen die allgemeine institutionelle Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI beschrieben. Unterabschnitt 5.3.1 behandelt die allgemeinen Gestaltungsprinzipien und die diesbezüglichen vorgeschriebenen Maßnahmen. Abschnitt 5.3.2 behandelt die einzelnen institutionellen Arrangements zur Koordination der Akteurshandlungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung dargestellt. In Abschnitt 5.4 werden die organisatorische und interaktionellen Wirkungen dieser institutionellen Arrangements Wirkungen auf die Gesundheitsversorgng im allgemeinen verdeutlicht. Schwerpunktmäßig beschränkt sich die Darstellung auf die Struktur- bzw. Koordinationsdefizite der Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI. Schließlich werden in Abschnitt 5.5 die politische Entscheidungsstruktur im Rahmen der NHI im allgemeinen und der ambulanten ärztlichen Versorgung im besonderen erläutert und analysiert.

Nach der allgemeinen Darstellung der Gestaltung der Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI in Taiwan wird in Abschnitt 6 auf die Gestaltung und die Probleme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Taiwan eingegangen. In Abschnitt 6.1 wird zunächst der Begriff „ambulante ärztliche Versorgung“ im Kontext Taiwans definiert (Abschnitt 6.1.1). Danach wird in Abschnitt 6.1.2 die Politikentwicklung der ambulant ärztlichen Leistungsstruktur ausgeführt. Anschließend wird die Leistungsstruktur und ihre Versorgungsformen der ambulant ärztlichen Versorgung Taiwans im Rahmen der NHI skizziert (Abschnitt 6.2). In Abschnitt 6.3 wird kurz das Verhältnis der ambulanten Ärzte zu anderen Leistungserbringern thematisiert. Schließlich werden in Abschnitt 6.4

die bestehenden Steuerungs- bzw. Koordinationsdefizite der ambulanten ärztlichen Versorgung in Taiwan verdeutlicht.

Nach der Verdeutlichung des jeweiligen Gesundheitswesens und der hausärztlichen oder ambulanten ärztlichen Versorgung in den drei Ländern werden im siebten Kapitel die Merkmale der jeweiligen Systeme anhand 9 verschiedener Dimensionen verglichen (Abschnitt 7.1). Schließlich werden in Abschnitt 7.2 die Charakteristika der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden und England zusammengestellt.

Im achten Kapitel wird eine Lösungsstrategie für die Verbesserung der taiwanesischen Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI vorgeschlagen. Zu diesem Zweck erfolgt in Abschnitt 8.1.1 eine Diagnose der Problemlage der bestehenden NHI. In Abschnitt 8.1.2 werden dann die Bemühungen und die politische Diskussion zur Lösung der Probleme vorgestellt. In Abschnitt 8.1.3 wird geklärt, aus welchen Gründen die Einführung des Primärarztsystems als Lösungsstrategie als geeignet bewertet wird. Nach der Darstellung politischer Eingriffsversuche wie Reformvorschläge und der Begründung für die Einführung des Primärarztsystems wird in den nachfolgenden Abschnitten auf die jeweiligen Ansatzpunkte und Steuerungs- bzw. Interventionsmittel eingegangen. So werden in Abschnitt 8.2 die Strategie und Interventionsmittel zur Aufwertung der Position der Hausärzte dargestellt.

Im Abschnitt 8.3 geht es um die Maßnahmen, mit denen die advokatorische Rolle der Primärärzte in Taiwan gefördert werden könnte. Da in den taiwanesischen Medizinzentren eine Überinanspruchnahme herrscht, werden in Abschnitt 8.4 die Interventionsmittel dargestellt, die zur Eindämmung dieser Überinanspruchnahme beitragen soll. Ferner wird in Abschnitt 8.5 vorgestellt, wie die Regionalisierung und Dezentralisierung der medizinischen Versorgung durch intermediäre Instanzen als finanzielle und organisatorische Selbststeuerungsorgane zu ermöglichen sind. Anschließend werden in Abschnitt 8.6 die institutionellen Bedingungen zur Gewährleistung eines allgemeinen und u.a. gleichen Zuganges zu medizinischen Ressourcen vorgeschlagen.

In Abschnitt 8.7 werden abschließend die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung vor allem in bezug auf die Ordnungspolitik im Bereich des Gesundheitswesens zusammengefaßt. In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, die Staatsaufgaben neu zu überlegen. Es wird der Frage nachgegangen, ob die herkömmliche hierarchische Steuerung von Seiten des Staates noch geeignet ist, um den Problemen in den verschiedenen Gesellschaftsbereichen, wie dies exemplarisch am Gesundheitswesen verdeutlicht wurde, gerecht zu werden.

Kapitel 2 Zum Begriff und zur Begründung der Notwendigkeit der primärärztlichen Versorgung

Wie die anderen gesellschaftlichen Teilsysteme, bildete sich im Zuge der Modernisierung der Gesellschaft allmählich das Gesundheitssystem mit seinen systemspezifischen Besonderheiten heraus. Damit sind häufig auch Folgeprobleme einhergegangen, die oft einen politischen Eingriffsanspruch begründen. Angesichts dessen wird in Abschnitt 2.1 zunächst erörtert, weshalb der Modernisierungsprozeß im Bereich des Gesundheitssystems im allgemeinen einen staatlichen Handlungsbedarf erforderlich macht.

Von dieser Überlegung ausgehend, wird in den Abschnitten 2.1.3 bis 2.1.5 anhand der im Abschnitt 2.1.1 skizzierten vier normativen Ansprüche sowohl theroretisch als auch empirisch verdeutlicht, wie bzw. auf welche Weise diese drei Postulate oder die „Ordnungsethik“ (Fuchs 1992: 71) durch die obgenannten systemspezifischen Besonderheiten gefährdet werden. Dabei ist zu beachten, daß sich alle Besonderheiten auf die Mikroebene des Gesundheitssystems beziehen. In Abschnitt 2.2 wird die Notwendigkeit zur Verstärkung der primärärztlichen Versorgung begründet. Hierzu soll in Abschnitt 2.2.3 das Primärarztemodell als alternativer Ansatz vorgestellt werden, vor allem in bezug auf die Rolle der Primärärzte als Advokate der Patienten und auf die Vorzüge primärärztlicher Gesundheitsversorgung. Schließlich werden im letzten Abschnitt 2.3 die Merkmale primärer Gesundheitsversorgung sowie ihre Versorgungsformen aufgezeigt.

2.1 Modernisierungserfordernisse des Gesundheitssystems und der staatliche Handlungsbedarf

Obwohl die Modernisierung der westlichen Gesellschaft bereits im 16. Jahrhundert mit der Verwissenschaftlichung und Reformation und im 18. Jahrhundert mit der Aufklärung einsetzte, wurde deren Tempo erst mit der Industrialisierung in England seit Ende des 18. Jahrhunderts beschleunigt und schnell vorangetrieben. Der Modernisierungsprozeß breitete sich sodann in Frankreich, den Niederlanden und

Deutschland aus[13]. Er fand jedoch nicht nur in den westlichen Nationalstaaten statt, sondern vollzog sich seit dem Ende des 19. Jahrhundertes ebenfalls in nicht-westlichen Staaten, wie z.B. Japan. Der neueste Modernisierungsprozeß vollzieht sich vor allem in den sogenannten Entwicklungsländern und den Schwellenländern (wie Taiwan, Korea, Singapore). Zu den wesentlichen Charakteristika moderner Gesellschaften gehören außer der strukturellen Differenzierung Mobilisierung, Urbanisierung, Maginalisierung (vgl. Germani 1981: 2 ff.), Werte- bzw. Interessenkonflikte[14], Inklusion usw. Mit der Fortsetzung struktureller Differenzierungen sind eine Spezialisierung und Professionalisierung als weitere strukturelle Merkmale der modernen Gesellschaft einhergegangen (vgl. Parsons 1960: 102 ff.; ders. 1985: 40 f.; Eisenstadt 1966: 1 ff.)

Mit der Modernisierung und der damit einhergegangenen Professionalisierung wurde zum einen der Standard der wirtschaftlichen und professionellen Leistungen angehoben, was zu einem wachsenden Reichtum der Gesellschaften bzw. Nationen führte. Dagegen brachte die Modernisierung negative Auswirkungen in bezug auf die Reichtumsverteilung mit sich und führte folglich soziale Ungleichkeit herbei (vgl. Beck 1986: 25). Eine Folge dieser Ungleichheit ist die Ausgliederung bestimmter Personenkreise von bestimmten Leistungsbereichen. Zum anderen führte die Mobilisierung der personellen und wirtschaftlichen Ressourcen teilweise zur Urbanisierung. Die traditionellen Sicherheitsnetze brachen somit ab; die Individuen waren folglich neben dem neuen Risio der Umweltzerstörung auch Risiken wie Arbeitslosigkeit, Krankheit, Armut, Einkommensunsicherheit usw. ausgesetzt. Beck meint dazu,

„daß im Zuge der exponentiell wachsenden Produktivkräfte im Modernisierungsprozeß Risiken und Selbstbedrohungspotentiale in einem bis dahin unbekannten Ausmaß freigesetzt werden“ (Beck 1986: 25).

Daraus ergibt sich als weiteres Problem einer ungleichen Risikoverteilung, die besonders zu Lasten der einkommensschwachen bzw. armen Bevölkerungsgruppen verteilt sind, also „klassenspezifische Risiken“ (Beck 1986: 46). Als Folge davon wurden bestimmte Bevölkerungsgruppen von der Inanspruchnahme solcher

[13] Zur Modernisierung der europäischen Ländern siehe Parsons 1985 Kapitel 3. 4. 5. und 6.
[14] Siehe Eisenstadt 1966: 36 ff.; Apter 1987: 101.

professionellen erhobenen Leistungen ausgeschlossen. Ein weiteres Problem der modernen Gesellschaft ist somit das Integrations- bzw. Inklusionsproblem (vgl. Parsons 1985: 41). Neben den Integrationsrproblemen entstanden als Reaktion auf die Modernisierung neue Wertevorstellungen, wie soziale Gleichheit und Menschenwürde, und damit verbunden neue politische Ansprüche, wie gleiche Chancen zur politischen Partizipation (vgl. Eisenstadt 1966: 42; Germani 1981: 30).

Im Zuge der Modernisierung wurde überdies eine Änderung hinsichtlich des Status des Subjektes bzw. des Individuums vorgenommen. Das Individuum wurde zum Rechtssubjekt, das sowohl politische und ökonomische Rechte als auch soziale Rechte besitzt (vgl. Marshall 1992: 65-86). Die Einräumung der sozialen Rechte basiert auf der Annahme einer fundamentalen Gleichheit aller Mitglieder der Gesellschaft. Sie sollte dazu dienen, gegen die im Zuge des Modernisierungsprozesses eingetretenen, von den Individuen selbst nicht zu bewältigenden Risiken abzusichern. Hierzu gehört auch das Krankheitsrisiko.

Wie andere Gesellschaftssysteme auch differenzierte sich das Gesundheitssystem in diesem zuerst im Westen in Gang gesetzten, aber später weltweit ausgebreiteten Modernisierungsprozeß aus und verselbständigte sich zu einem unabhängigen Teilsystem. Die Verselbständigung des Gesundheitssystems wurde vor allem durch wissenschaftliche und technologische Fortschritte im Bereich der Medizin vorangetrieben.

Wie bereits oben angedeutet, wurde zu Beginn der Herausbildung des Gesundheitssystems in den meisten westlichen Ländern i.d.R ein Großteil der Bevölkerung der modernen Gesellschaft von der Inanspruchnahme dieser Leistungen ausgeschlossen. Dies impliziert zum einen, daß infolge des Modernisierungsprozesses immer mehr Bevölkerungsgruppen dem Krankheitsrisiko ausgesetzt sind. Zum anderen verstößt die Ausgrenzung bestimmer Bevölkerungsgruppen aus der medizinischen Versorgung gegen den Anspruch sozialer Gleichheit (Integrations- bzw. Inklusionsproblem). Hinzu kommt, daß wegen des asymmetrischen Wissens die medizinischen Berufsgruppen, vor allem die Ärzte, den Patienten gegenüber überlegen sind (Professionalisierung). Infolge der asymmetrischen Beziehungen zwischen den Professionen und den Laien liegen spezifische Probleme, sei es ökonomischer Art, sei es medizinischer Art, vor. Aus all den oben aufgeführten Gründen bestehen unentbehrliche Ansprüche als normative Kriterien im Bereich des Gesundheitssystems und somit ein staatlicher Steuerungsbedarf.

Im vorliegenden Abschnitt wird auf diese normativen Kriterien und Strukturmerkmale des modernen Gesundheitssystems eingegangen.

2.1.1 Normative Kriterien zur Bewertung des Gesundheitswesens

Die Gründe für eine staatliche Intervention in das Gesundheitssystem lassen sich im wesentlichen auf normative Kriterien als konsensfähige Normen zurückführen, die die allgemeinen Einstellungen der Beteiligten einschließlich der Einstellungen der Bürger gegenüber der Gesundheitspolitik normativ prägen. Die normativen Kriterien sollen darum zur Bewertung der Wirksamkeit und der Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems herangezogen werden. Im allgemeinen lassen sich vier normative Kriterien unterscheiden.

Das erste normative Kriterium bezieht sich auf die *Würde aller Menschen* und das *Recht auf Leben* und somit auch *auf Gesundheit*. Es hat Gestalt in Form der Menschenrechte. Nach dem normativen Anspruch des Menschenrechts ist jedem einzelnen sowohl vom Staat als auch von der Gemeinschaft ein würdiges Leben zu ermöglichen. Darum ist es unumgänglich, dem einzelnen, vor allem den Schwachen in der Gesellschaft, eine zugängliche und umfassende Versorgung mit gesundheitlichen Leistungen zu gewährleisten. Dadurch ist eine würdeschädigende Unterversorgung, die sich z.B. in Form von Krankheiten ausdrückt, selbst im Falle der Zahlungsunfähigkeit durch Armut und Hilflosigkeit zu vermeiden.

Das zweite normative Kriterium ist die *Verteilungsgerechtigkeit,* also die gleiche Zugangsmöglichkeit zu den gesundheitlichen Leistungen für alle Bürger. In Ländern wie den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland gilt das Prinzip der Inklusion, dem gemäß alle Bürger eine freie Zugangschance zu gesundheitlichen

Leistungen haben.[15] Durch die Gewährleistung der Zugänglichkeit soll das Postulat der Verteilungsgerechtigkeit erfüllt werden. Die Knappheit der Ressourcen gefährdet allerdings die gleichmäßige Zuweisung medizinischer Leistungen und verwandelt das Rationalisierungsproblem in ein Rationierungsproblem (vgl. Schöne-Seifert 1992; Sass 1992). Dadurch entsteht nicht nur das Verteilungsproblem im Sinne räumlicher Verteilung, sondern auch die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit unter verschiedenen Patienten bzw. Altersgruppen. Auf diese Problematik wird im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht näher eingegangen. Es wird allein die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im räumlichen und finanziellen Sinne behandelt. Wenngleich der Begriff Verteilungsgerechtigkeit verschieden interpretiert wird[16], gilt er doch in bezug auf die Gesundheitspolitik als konsensfähig, somit kann Verteilungsgerechtigkeit als normatives Kriterium für politische Zielsetzungen fungieren.

Das dritte normative Kriterium ist das der *Wirksamkeit* der erbrachten Leistungen, mit anderen Worten, die Angemessenheit der Behandlung. Die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen impliziert zugleich die Verwirklichung medizinischer Rationalität. Diese soll die einseitige Betonung der ökonomischen Rationalisierung der Gesundheitserbringung kompensieren. Da jeder Patient andere Präferenzen aufweist, ist die Frage berechtigt, was die beste medizinische Behandlung bzw. Gesundheitsleistung für die Patienten darstellet. Es gilt jedoch nach wie vor, wirksame und bedarfsgerechte gesundheitliche Leistungen anzubieten.

Schließlich gilt es bei der Gestaltung des Gesundheitssystems, die *Wirtschaftlichkeit* der Leistungserbringung als viertes normatives Kriterium zu berücksichtigen. Das Postulat von Wirtschaftlichkeit gewann immer mehr an Aufmerksamkeit, besonders im Zuge der staatlichen Finanzkrise, die wegen der zunehmenden staatlichen Wohlfahrtstätigkeit entstand. Das Wirtschaftlichkeitsproblem tritt in Form einer Verschwendung

---

15 Vgl. De Wachter 1988: 96-115. Nach de Wachter sind bei der Gestaltung des Gesundheitswesens die vier folgenden moralischen Belangen zu berücksichtigen: 1) Gewährleistung des gleichen Zugangs zur gesundheitlichen Leistungen für alle Bürger; 2) Gewährleistung der besten Gesundheitsversorgung; 3) Kontrolle der Ausgaben für Gesundheitsleistungen und 4) Aufrechterhaltung von maximaler Wahlmöglichkeit sowohl durch Konsumenten als auch durch Leistungserbringer.

16 Vgl. Schöne-Seifert 1992: 34 ff., Schöne-Seifer behandelt in ihrem Aufsatz „Was sind „gerechte" Verteilungskriterien?" die Thematik der Verteilungsgerechtigkeit und zählt verschiedende theoretische Denkrichtungen in bezug auf die Vorstellung über die Verteilungsgerechtigkeit auf: Liberalismus, Egalitarismus, Utilitarismus und schließlich Kontrakturalismus.

gesundheitlicher Ressourcen auf, die sich besonders auf die ökonomische Anreizstruktur des Gesundheitssystems zurückführen läßt. Ökonomische Anreizstruktur entstehen sowohl auf der Makroebene als auch auf der Mikroebene. Unangemessene Verhaltenweisen von Ärzten und Patienten auf der Mikroebene führen besonders zur Ressourcenverschwendung und bedeuten somit eine Kostensteigerung. Hinzu kommt das Problem der Fehlallokation medizinischer Ressourcen. In der Folge entsteht das Problem der Finanzierbarkeit des gesamten Gesundheitssystems. Von daher ist eine effizientere Gestaltung des Gesundheitswesens insbesondere in bezug auf die Leistungserbringung erforderlich.

2.1.2 Interne Differenzierung und funktionale Verselbständigung der Versorgungsstruktur als Folge der Modernisierung

(1) Funktionale Differenzierung der Versorgungsstruktur

In diesem Abschnitt sollen die folgenden Fragen beantwortet werden: Wie verläuft die mit dem Modernisierungsprozeß verbundene Differenzierung innerhalb des Gesundheitssystems? Wodurch wurden diese Differenzierungen hervorgebracht? Welche Folgen haben diese Differenzierungsprozesse für das ganze System und im besonderen für die Versorgungsstruktur?

Die funktionale Differenzierung des Gesundheitsystems als ein Teilsystem vollzieht sich, nach Auffassung von Mayntz und Rosewitz (1988), auf unterschiedlichen Ebene: auf der beruflich spezialisierten, wissenschaftlich-fachlichen (im kognitiv-erkenntnistheoretischen Sinne), der arbeitsteiligen (organisatorischen) und der institutionellen Ebene. Sie kann auch durch Aufgabenverteilung aufgrund der Entstehung anderer Professionen, wie in der Ärzteschaft, zustande kommen.

Die Differenzierungen auf verschiedenden Ebenen beeinflußen sich gegenseitig und bedingen die gegenwärtige Beschaffenheit des jeweiligen Gesundheitswesens. So wirken bei der beruflichen Spezialisierung nach wie vor wissenschaftliche bzw. medizinische Faktoren mit. Sowohl in westlichen als auch in asiatischen Ländem existierte vor dem Aufkommen medizinischer Berufe eine rollenmäßige Differenzierung innerhalb des Heilpersonals. So übernahmen Heilpersonen wie Wundärzte, Bader, Hebammen, Quacksalber usw. für die Unterschicht in den westlichen Ländern die Heilbehandlung. Im Zuge wissenschaftlicher und medizinischer Entwicklungen entstanden durch fachliche Differenzierung neue Berufsgruppen. Die sich wandelnde Krankheitsvorstellung bzw. das Krankheitsverständnis stellte neue Anforderungen an die medizinische Betreuung und trug damit zu einer weiteren fachlichen Differenzierung bei. So entstanden neue Berufsgruppen.

Die arbeitsteilige Differenzierung vollzog sich sowohl zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten als auch zwischen anderen medizinischen Berufsgruppen wie Krankenpflegern und Krankenschwestern. Eine weitere arbeitsteilige Differenzierung erfolgte zwischen Ärzten und Apothekern. Sie regelte die Verteilung von Medikamenten und dient zur Überprüfung der Richtigkeit ärztlicher Verschreibungstätigkeit. Als bedeutendste Konsequenz der Differenzierungsprozesse ist die Ausdifferenzierung der Versorgungsstruktur zu nennen. Durch Steuerung soll sowohl eine optimale Allokation von gesundheitlichen und medizinischen Ressourcen im Sinne der Wohlfahrtsökonomie als auch eine bedarfsgerechte und effektive gesundheitliche und medizinische Versorgung gewährleistet werden.

Bislang wirken sich besonders die medizintechnischen Entwicklungen und die fachliche Spezialisierung in hohem Maße auf die funktionale Differenzierung innerhalb des Gesundheitssystems aus. Das eröffnet dem Systembildungsprozeß neue Spielräume, wie die Schaffung neuer Aufgabenfelder in der Diagnostik und in der Therapie, indem sie die Funktion im Sinne von Strukturstabilisierung steigern und neue Funktionen erschließen (vgl. Feuerstein 1994: 155 f.). Mit der Erschließung neuer Aufgabenfelder ist i.d.R. eine Erweiterung von Professionsdomänen verbunden. Neue Behandlungsverfahren können aber auch strukturbildende Effekte innerhalb der Profession auslösen (vgl. Feuerstein 1994: 158). Beide Fälle können zur weiteren professionellen Differenzierung beitragen und schließlich zum Wandel der Kliniklandschaft führen, wie der Fall des Einsatzes kardiologischer Medizintechnik zeigt. Das bedeutet zugleich, daß medizintechnische Entwicklungen eine Ausdifferenzierung der Versorgungsstruktur herbeigeführt haben.

Außer der medizinischen Entwicklung trägt auch die fachliche Spezialisierung zur weiteren Ausdifferenzierung der Versorgungsstruktur bei, indem sie neue Aufgabenfelder erschließt und eine arbeitsteilige Differenzierung auf der Organisationsebene fördert bzw. ermöglicht.

Die Auswirkungen funktionaler Differenzierung innerhalb des Gesundheitsystems lassen sich zusammenfassend wie folgt formulieren: Neue soziale Sachverhalte wie das Aufkommen neuer Versorgungsstrukturen, die Entstehung von Organisationen und Institutionen, sowie neue Akteurkonstellationen und Sinnsphären entstanden und führten neue soziale Beziehungen herbei. Dies macht die Steuerung bzw. die Regelung entweder staatlicher oder gesellschaftlicher Art insofern unentbehrlich, als auch unter wohlfahrtstheoretischem Gesichtspunkt eine bedarfsadäquate und effektive Verteilung gesundheitlicher Ressourcen zu fordern ist.

(2) Mangelnde Verzahnung verschiedener Versorgungsarten und -strukturen

Unter Verzahnung ist die Integration bzw. Vernetzung verschiedener Versorgungsarten zu verstehen, Damit ist die Integration verschiedener Behandlungsmöglichkeiten gemeint, wie die Integration von somatischer, sozialer und psychischer Behandlung. Der Begriff „Vernetzung" dagegn bezieht sich ausschließlich auf die Verzahnung auf der Makroebene; und zwar auf die allgemeine Versorgungsstruktur (vgl. Feuerstein 1994: 233). Ein wichtiges Ziel des Gesundheitswesens ist es, eine Versorgungsstruktur (Leistungsstruktur) derart zu gestalten, daß sie die Kontinuität, Qualität und Effizienz der Behandlung gewährleisten kann. Hinzu kommen Forderungen, wie die der Zugänglichkeit. Aber die Realität sieht anders aus. Im Gesundheitswesen der meisten Länder, sowohl von Industrie- und Entwicklungsländern als auch von unterentwickelten Ländern, gibt es eine Vielzahl von Fehlentwicklungen. Die mangelnde Verzahnung gesundheitlicher Versorgung bildet ein Problem.

Das Vernetzungsdefizit der gesundheitlichen Versorgung läßt sich auf verschiedene Gründe zurückführen. Außer der Veränderung der Bedarfsseite, die ihrerseits aus dem demographischen Wandel resultiert, führte vor allem die Änderung der Angebotsseite auf dem Gesundheitsmarkt das Verzahnungsproblem zwischen verschiedenen Leistungsanbietern herbei. Auf der Angebotsseite gelten vor allem die fachliche

Spezialisierung und die Ausdifferenzierung der Aufgabenbereiche als besonders strukturbildend. Wie bereits erwähnt, erfolgte die Ausdifferenzierung der Versorgungsstruktur auf der Angebotsseite, besonders aufgrund der medizintechnischen Entwicklungen und der fachlichen Spezialisierung. Zur fachlichen Spezialisierung trug vor allem die Veränderung der Krankheitsvorstellungen bei. Mit der Ausdifferenzierung der Versorgungsstruktur vermehrten sich die „Schnittstellen“[17] und es entstand ein Integrationsproblem (vgl. Feuerstein 1994: 233). „Ein Effekt dieser Aufgabenverteilung ist die erhöhte Zahl von Schnittstellen, mit denen der Patient im Verlauf eines komplexeren Behandlungsgeschehens konfrontiert wird“ (Feuerstein 1994: 234). Die meisten Schnittstellen kommen an den Stellen vor, wo die Interaktionen der Personal-Patienten oder Patienten-Maschinen sehr intensiv sind. Die Vermehrung von Schnittstellen kann zur Verlängerung und Diskontinuität der Behandlung beitragen, wenn der Patient, z.B. ein chronisch Kranker, mehrere Versorgungsarten durchlaufen muß. Dies hat wiederum eine Kostenerhöhung und eine Beeinträchtigung der Behandlung zur Folge.

Um die Kostensteigerung und die Beeinträchtigung der Behandlung zu vermeiden, ist die Gestaltung und das Management der Schnittstellen in der medizinischen Versorgung von Bedeutung. Zwei Punkte sind zu beachten. Zum einen gilt es, die überflüssigen Schnittstellen zu reduzieren, wo es möglich ist. Zum anderen ist es rational, die bestehenden Schnittstellen wirksam und ökonomisch zu gestalten. In der vorliegenden Arbeit ist in bezug auf den zweiten Punkt die Schnittstellengestaltung und das Schnittstellenmanagement von Institutionen auf der Mesoebene von Relevanz, wie z.B. die Überweisung des Patienten vom Hausarzt zum Facharzt oder zum Krankenhaus. Mit anderen Worten, geht es um die Gestaltung der Überweisung in der Art, daß eine bedarfsgerechte und ökonomische Vernetzung medizinischer Versorgung stattfinden kann. Die Umstrukturierung der Versorgung stellt eine unentbehrliche Aufgabe des Gesundheitswesens dar. D.h. es soll eine Versorgungsstruktur ausgebaut werden, die den aus medizinischen und ökonomischen Gründen entstandenen Anforderungen gerecht wird.

[17] Der Begriff „Schnittstelle“ bezieht sich auf Systemschnittstellen, wo die Systemkompenente und -integration tangiert werden. Siehe dazu Feuerstein 1994: 211ff..

Es ist nicht zu übersehen, daß Verzahnungsprobleme auch innerhalb einzelner Versorgungsebenen auftreten können. Ein typisches Beispiel bildet das Krankenhaus, wo die Ausdifferenzierung der Aufgabenverteilung das Verzahnungsproblem aufgrund der Spezialisierung der Profession wesentlich hervorhebt. Da sich die Analyse der vorliegenden Arbeit zentral auf die Verzahnungsprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen des Gesundheitswesens beschränkt, wird auf eine Analyse der Verzahnung innerhalb des Krankenhauses verzichtet.

2.1.3 Wirtschaftlichkeitsanspruch und Marktversagen auf den Märkten für Gesundheitsgüter

(1) Gesundheitsgüter als personenbezogene Dienstleistungen

Im Gegensatz zu normalen Marktgütern sind die Gesundheitsgüter Dienstleistungen persönlicher Art, also „persönliche Dienste“ (Herder-Dorneich 1994: 632). Als Dienstleistung können ärztliche Untersuchungen, Operationen, physikalisch-therapeutische Anwendungen, aber auch die Pflegeleistungen von Krankenschwestern nur dann erbracht werden, wenn der Patient präsent ist. Hier wird sichtbar, daß Produzent und Konsument bei der Erbringung von Dienstleistungen räumlich und zeitlich eng zusammen wirken (vgl. Herder-Dorneich 1994: 638). Gerade wegen dieser besonderen Art der Gewährleistung von Leistungen entstehen Fragen bzgl. der Konsumentensouveränität und der Wirksamkeit von Marktsteuerung.

Darüber hinaus weisen die Gesundheitsgüter den Charakter meritorischer Güter auf, von deren Konsum niemand ausgeschlossen werden soll (vgl. Kaufmann 1994: 362). Dieser Konsum ist infolge seines Charakters als meritorisches Gut mit externen Effekten vebunden (vgl. Breyer/Zweifel 1992: 140 ff.). „Bei Gesundheitsgütern ist eher der Fall posiviter externer Effekte relevant ;…“ (Breyer/Zweifel 1992: 141). Die externen Effekte können sowohl physischer (wie die Bekämpfung der Ausbreitung einer Epidemie[18]) als auch psychischer Art sein. Gerade diese vom Charakter meritorischer Gütern geprägten Gesundheitsgüter können nicht effektiv und bedarfsgerecht durch den

[18] Positive externe Effekte können im Bereich der Gesundheitsgüter auch infolge von hygienische Maßnahmen oder durch Vorbeugung vor ansteckenden Krankheiten entstehen.

Markt verteilt werden, da der Markt den bei der fehlenden Verteilung der medizinischen Ressourcen entstandenen Externalitäten (wie negativen sozialen Kosten) nicht gerecht werden kann. Mit anderen Worten, der Markt versagt vor allem bei Gütern mit dem Charakter meritorischer bzw. kollektiver Güter. Dazu fassen Breyer und Zweifel zusammen:

„Der Markt „versagt“ bei der Allokation von Gesundheitsgütern insoweit, als diese Kollektivguteigenschaften aufweisen (Impfungen, Bereithaltung von Kapazitäten) oder mit Güterexternalitäten verbunden sind. In allen diesen Fällen sind geeignete, gegebenenfalls staatlich organisierte Institutionen der Finanzierung erforderlich. Auf keinen Fall folgt jedoch aus dem Marktversagen die Notwendigkeit eines staatlich organisierten Angebots von Gesundheitsleistungen“ (Breyer/Zweifel 1992: 144).

(2) Fehlende Konsumentensouveränität

Nach den Annahmen der Ökonomie ist eine optimale Ressourcenallokation nur möglich, wenn der betroffene Gütermarkt vollkommen ist. Mit dem Wort „vollkommen“ sind Transparenz der Preise und Präferenz des Konsumenten als Voraussetzungen eines funktionierenden Marktes gemeint. Dies entspricht jedoch nicht der Realität. Vielmehr zeigt sich, daß die Voraussetzungen des grundlegenden Marktmechanismus, wie Informiertheit und Wettbewerb bei Anbietern und Nachfragern, und das damit verbundene preiselastische Verhalten beider Marktseiten nur bedingt erfüllt sind (vgl. Herder-Dorneich 1994: 359).

Bei der Nachfrage von Gesundheitsgütern besteht keine Transparenz im Sinne von Beurteilungsvermögen über ärztliche und medikamentöse Leistungen (vgl. Herder-Dorneich 1980: 10), während professionelle Berufsgruppen, vor allem Ärzte aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz und Erfahrung, über die Art und Menge der Leistung bestimmen können. Die Nachfrager bzw. die Patienten sind dagegen bedingt durch die Intransparenz nicht in der Lage, rational ihre nutzenmaximierende Nachfrageentscheidung zu treffen.

Wegen der fehlenden Informiertheit ist durch die Eigenschaften der sozialen Dienstleistungen die freie Wahlmöglichkeit von Nachfragern gemäß der einzelnen

Präferenzen teilweise eingeschränkt. Dadurch entsteht ein asymmetrisches Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern in bezug auf die Beschaffung von Informationen, was dem Arzt gewissermaßen eine Monopolstellung verschafft und damit zum Verlust der Konsumentensouveränität führt.

(3) Gesundheitsgüter als prioritäres Gut

Die Gesundheitsgüter weichen in mehreren Dimensionen von den auf dem Markt vorausgesetzten idealtypischen Gütern ab. Außer der fehlenden Souveranität der Patienten gegenüber den dominanten Ärzten, gilt Gesundheit als prioritäres Gut für den Einzelnen, so daß der Patient bereit ist, im Krankheitsfall nahezu jeden Preis zu zahlen, um wieder gesund zu werden (vgl. Kaufmann 1999: 33 f.). Dies führt in einem Versorgungssystem von unkontrollierten Anbietern nicht selten zur Verarmung der einkommensschwachen Gruppen. Im schlimmsten Fall werden diejenigen Bevölkerungsgruppen, die besonders von Krankheiten betroffen sind und selbst nicht in der Lage sind, sich zu finanzieren, von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen. Aus dieser Besonderheit des Gesundheitsgutes und der sozio-ökonomischen strukturellen Einschränkungen ist die Versorgung der Gesundheitsleistungen besonders auf der Angebotsseite steuerungsbedürftig. Deshalb sind staatliche Eingriffe unvermeidlich.

2.1.4 Zugangsproblem auf den Märkten für Gesundheitsgüter und Versorgungssicherheit

Ärzte sind Patienten strukturell überlegen, da sie über Fachwissen verfügen. Die Ärzte können die Preise für erbrachte Behandlungen insoweit willkürlich bestimmen, als die Bestimmung der Preise für medizinische Leistungen nicht administriert oder verhandelt wird. Gemäß der mikroökonomischen Logik streben Ärzte nach dem maximalen Einkommen, indem sie die Preise für die erbrachten Behandlungen hoch ansetzen. Intransparenz auf dem Gesundheitsmarkt bedeutet zugleich, daß der Konsument nicht in der Lage ist, die Angemessenheit eines Preises zu beurteilen. In diesem Fall könnten die Anbieter überhöhte Preise fordern. Des weiteren besitzt der Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt gewissermaßen eine fachliche Autonomie, das ihn in die Lage versetzt, eine Preisdifferenzierung zu betreiben und dadurch sein Einkommen zu maximieren (vgl. Arrow 1963: 956 ff.). Patienten mit geringem Einkommen werden von den notwendigen Behandlungen bzw. von der Versorgung ausgeschlossen, da sie nicht in der Lage sind, die finanziellen Mittel für die teuren Leistungen aufzubringen. Daraus resultiert schnell ein Zugangsproblem für Gesundheitsleistungen, das besonders die Bevölkerungsgruppen mit niedrigen Einkommen einschließlich ihren Familienangehörigen betrifft.

Das Zugangsproblem kann auch durch ein risikoaverses Selektionsverhalten seitens der Ärzte verursacht werden, wenn sie nach dem Kopfpauschalenprinzip honoriert würden. In diesem Falle nehmen die Ärzte bei einem strikten Kosten-Nutzen-Kalkül schwerkranke Patienten nur ungerne auf und unterlassen die Behandlung. Zu den leicht anfälligen Patienten zählen Personen älterer Generationen, chronisch Kranke und Schwerbehinderte. Die adverse Selektion tritt nicht nur bei den Ärzten auf, sondern sie kommt vor allem bei den privaten Krankenversicherungen vor, die i.d.R. sehr profitorientiert ausgerichtet sind. Die privaten Krankenversicherungen setzen höhere Beiträge für Versicherte mit größerer Anfälligkeit an, da diese Risikogruppen i.d.R. mehr Leistungen in Anspruch nehmen und damit für die Versicherung eine größere Finanzlast darstellen. Durch das adverse Selektionsverhalten werden große Teile der Bevölkerung von der medizinischen Versorgung ausgeschlossen,[19] oder es entsteht eine Unterversorgung. All dies widerspricht dem Postulat der gerechten Versorgung im Sinne gleicher Zugangschancen, das bereits oben als eine ethische Grundlage bezeichnet wurde. Dies impliziert zugleich die Unzulänglichkeit des freien Marktes für eine gerechte Verteilung der Gesundheitsleistungen, also die Verletzung des Gerechtigkeitsprinzips.

2.1.5 Postulat der gleichgewichtigen Interessenvermittlung

Im Gesundheitssystem bildet sich im Zuge der fachlichen Spezialisierung und der damit einhergehenden funktionalen Differenzierung eine eigenartige Konstellation von Akteuren heraus, die jeweils unterschiedliche Interessen bzw. Interessenvermittlungen besitzen. Zu den wichtigsten Formen der Interessenvermittlung zählen bislang außer der

[19] Siehe dazu Breyer/Zweifel 1992: 150 ff.

parlamentarischen Repräsentation, noch die pluralistische und die korporatistische Interessenvermittlung. Nach dem pluralistischen Interessenvermittlungsprinzip konkurrieren zahlreiche Interessengruppen in Form von Verbänden oder Großorganisationen miteinander. Es wird angenommen, daß die meisten Interessen durch pluralistische Vermittlung befriedigt werden können. Die Erfahrungen zeigen, daß diese Annahme nicht der Realität entspricht. Pluralistische Interessenvermittlung begünstigt nur bestimmte Interessen auf Kosten anderer.[20] Das Ausmaß dieser Ungleichheit hängt von Faktoren wie dem Machtverhältnis zwischen verschiedenen Interessengruppen, der Organisiertheit, der Konfliktfähigkeit und damit der Durchsetzungsfähigkeit dieser Gruppen ab.

Darüber hinaus wirkt sich, so wie das politische System, auch die institutionelle Ordnung auf das Ergebnis der Interessenvermittelung aus. Da die Interessenvermittlung so ungleich verteilt ist, daß die Interessen bestimmter Akteure stark vernachlässigt oder sogar beeinträchtigt werden, muß der Staat Maßnahmen ergreifen, um diese Mißstände zu beseitigen. Zusätzlich kann ein Legitimationsproblem entstehen, das das gesamte Teilsystem in Gefahr bringen könnte.

Wie oben bereits ausgeführt, ging mit der Differenzierung, sei es Außendifferenzierung oder Innendifferenzierung, ein Aufkommen neuer Akteure im Gesundheitswesen einher, die ihrerseits unterschiedliche Interessenlagen vertreten. Sie stehen sich gegenüber und konkurrieren um die knappen sozialen, ökonomischen oder politischen Ressourcen. Es kommt häufig vor, daß manche Akteure ihre Interessen mittels ihrer Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit gegenüber anderen Akteuren besser behaupten können. Gewöhnlich sind Akteure mit einem höheren Organisationsgrad auch durchsetztungsfähiger. Dies sind i.d.R. Verbände, die die Interessen von professionellen Berufsgruppen vertreten. Darunter sind insbesondere die Interessenverbände von Ärzten und Pharmazeuten zu verstehen, da sie aufgrund der oben aufgeführten Merkmale ihre eigenen Interessen durchsetzen können und somit Einfluß auf gesellschaftlich politische Entscheidungen nehmen können.

---

20 Siehe dazu Lehner 1983:102-115. Lehner vertritt die These, daß die pluralistische Interessenvermittlung nur Kapital und Arbeit begünstigt und innerhalb der „ Arbeitsklasse" diejenigen von spezialisierter und qualifizierter Arbeit. Dagegen gewinnen Gruppen und Interessen, die von der Arbeitsteilung und Kapitalkonzentration nicht berührt werden (z.B. Konsumenten, Frauen, Umweltschützer) , nicht an Organisations- und Konfliktfähigkeit.

Hingegen sind Patientengruppen, insbesondere sozial schwache Berufsgruppen, benachteiligt, da sie im Vergleich zu den Ärzten über nur wenige Ressourcen verfügen (besonders aus monetärer Sicht). Resultat ist ein geringer Organisationsgrad der Patienten und somit eine Begrenzung ihrer politischen Einflußmöglichkeiten. Daraus resultiert ein Ungleichgewicht zwischen verschiedenen Interessengruppen, also ein ungleiches Machtverhältnis. Dieses Machtasymmetrie führt folglich zur Verletzung des Postulates der gleichgewichtigen Interessenvermittlung bzw. „politischen Gerechtigkeit“ (vgl. Kaufmann 1994: 360).[21] So können die schwachen Interessengruppen ihre Interessen nicht bedarfsgerecht vermitteln und haben daher auch sehr geringen Einfluß auf Politikentscheidung. Da ein Machtasymmetrie vorhanden ist und das Postulat der gerechten Interessenvermittlung dadurch zwangsläufig beeinträchtigt wird, besteht ein unverzichtbarer staatlicher Steuerungsbedarf.

2.2 Begründung der Notwendigkeit eines Primärarztsystems

Steuerungsdefizite bzw. Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem zeigen sich inbesondere in drei Dimensionen: der gesundheitlich-medizinischen, der qualitativen und der ökonomischen Dimension. Solche Steuerungsdefizite bedingen weitere staatliche Eingriffe besonders in der Primärversorgung. In Abschnitt 2.2.1 werden Steuerungsdefizite herkömmlich orientierter Systeme der Krankenversorgung betrachtet. Anschließend werden in Abschnitt 2.2.2 die institutionellen Bedingungen zur Bewirkung einer erfolgreichen Primärarztversorgung behandelt.

In diesem Abschnitt wird insbesondere die Notwendigkeit der Verstärkung primärärztlicher Versorgung auf der Interaktionsebene begründet. Shließlich wird in Abschnitt 2.2.3 die Leistungen der primärärztlichen Versorgung erläutert, sowohl in bezug auf das Genügen der neuen Anforderung an die medizinische Versorgung als auch hinsichtlich der ökonomischen Vorteile.

[21] Dieses Postulat besagt im normativen Sinne, daß eine grundsätzlich gleichberechtigte Teilhabe an politischen Entscheidungen und staatlich gewährleisteten Rechten auf Schutz, Einkommen und soziale Dienstleistungen garantiert werden soll.

2.2.1 Ökonomische und nichtökonomische Steuerungsdefizite herkömmlicher Systeme der Krankenversorgung

(1) Unerwünschte ökonomische Anreizstruktur

Unerwünschte ökonomische Anreize spielen sich sowohl auf der Makroebene als auch auf der Mikroebene ab. Auf der Makroebene ist die Finanzierungsweise zu berücksichtigen. Dagegen werden auf der Mikroebene die Verhaltensweisen der Ärzte und Patienten als wesentliche Faktoren zur Beeinflußung der Kostenentwicklung angesehen. Im folgenden werden die unerwünschten ökonomischen Anreizstrukturen auf der jeweiligen Ebene dargestellt.

(a) unerwünschte ökonomische Anreize auf der Makroebene

Die Finanzierungsweise kann auf der Ebene der Einnahmen vielerlei Effekte auslösen, z.B. hat die Finanzierung durch Sozialbeiträge sowohl monetäre Umverteilungseffekte als auch intergenerative Umverteilungseffekte, wenn nur die Einkommensbezieher zahlungspflichtig sind. Hinsichtlich der Finanzierung ärztlicher Leistungen auf der Zuteilungsebene wirkt sich auch die Vergütungsweise auf die Leistungserbringung der Ärzte aus. Im Fall von „prepaid organisations“ wie Health Maintainance Organisations (künftig HMOs) in den Vereinigten Staaten und General Practitioner Fondholders (künftig GPFHs) in Großbritannien werden den Leistungsanbietern Gelder zugeteilt,[22] mit denen sie im Namen ihrer Patienten spezialisierte, stationäre und sonstige Leistungen einkaufen können. Es entsteht ein Kostenbewußtsein seitens der Ärzte und damit ein ökonomischer Anreiz für sie, Leistungen so wenig wie möglich von anderen Anbietern oder Einrichtungen einzukaufen, damit sie ein höheres Einkommen behalten können. Dagegen wären sie bereit, mehr präventive und gesundheitsfördernde Leistungen zu gewährleisten. Auf diese Weise soll eine Reduzierung der Gesundheitsausgaben erreicht werden.

(b) unerwünschte ökonomische Anreize auf der Mikroebene

22 Zu HMOs und GPFHs siehe Abschnitt 2.3.2, (3) und (4).

Auf der Mikroebene treten seitens der Patienten und Ärzte zahlreiche kostentreibende Verhaltensweisen auf. Diese kostenunbewußte Verhaltensweise seitens der Patienten wird besonders durch die soziale Krankenversicherung gefördert, da sie als dritte Partei die anfallenden Kosten gemäß dem Gesetz abdecken muß. Da den Versicherten nach dem Sachleistungsprinzip unbegrenzte medizinische Leistungen zur Verfügung stehen, scheint es ihnen auch rational, meher Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieses Phänomen wird allgemein unter dem Begriff „Moral-Hazard" erfaßt, das eine überflüssige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Folge hat; somit steigt die Menge der nachgefragten Gesundheitsleistung. Das Moral-Hazard-Verhalten wird durch gesetzliche soziale Versicherungssysteme weitestgehend gefördert, vor allem im obligatorischen Versicherungssystem. Sowohl im Falle der sozialen Krankenversicherung (Bundesrepublik Deutschland) als auch im Gestaltungssystem des Nationalen Gesundheitsdienstes (England) verhält sich das Individuum insofern rational, als es mehrer Leistungen beansprucht, da die anfallenen Kosten von Dritten getragen werden (vgl. Pauly 1968: 531 ff.).

Ein ähnliches Phänomen kommt auch auf der Produzentenseite, also bei den Ärzten, vor. Es tritt besonders dort auf, wo die Aufgabenverteilung vielfach unklar ist, wie z.B. in einer Verwaltungsbürokratie. Bei der Gesundheitsversorgung ist die Aufgabenverteilung der Anbieter nicht eindeutig festgelegt, vor allem zwischen den Primär- und Sekundärärzten. Es ist schwer, das kollektive Handeln der Ärzte zu kontrollieren. Diese Undeutigkeit der Aufgabenverteilung führt ebenfalls zu einer Kostensteigerung.

Weiterhin umschließt das Moral-Hazard-Problem die angebotsinduzierte Verhaltensweise der Ärzte. Eine Besonderheit der Gesundheitsgüter ist, wie im vorherigen Abschnitt bereits angedeutet, daß die Erstellung und der Konsum der Gesundheitsleistungen zeitlich zusammenfallen (uno-actu-Prinzip)[23] und unter dem Begriff „personenbezogene" und „arbeitsintensive" Dienstleistungen zusammengefaßt werden. Auf die Entstehung dieser Leistungen haben die Patienten einen geringen Einfluß, obwohl ein Arztbesuch von dem freien Willen des sich krank fühlenden Individuums abhängig ist. Über die Art der Krankheit oder den Umfang der Medikation

23 Unter den Begriff „uno-actu-Prinzip" ist zu verstehen, daß Produzent und Konsument bei der Erbringung von Dienstleistungen räumlich und zeitlich zusammen präsent sind (vgl. Herder-Dorneich 1980: 4ff.)

entscheidet einzig und allein nur der Arzt, d.h. der Arzt allein bestimmt die Nachfrage nach Gesundheitsgütern, ihre Art und deren Umfang. Die anbieterinduzierte Nachfrage bzw. das Angebot verstärkt sich weitestgehend durch unerwünschte ökonomische Anreizstrukturen, wie die Honorierungsweise. Der Arzt als alleiniger Anbieter kann aufgrund der Unfähigkeit des Patienten, eine rationale Entscheidung zu treffen, den Bedarf und das Angebot an Gesundheitsleistungen, selbst bestimmen. Ist der Arzt davon überzeugt, von der Erhöhung des Leistungsangebotes zu profitieren, wird er nach dem Einzelleistungsprinzip mehrere Leistungen anbieten, unabhängig ob eine Notwendigkeit besteht oder nicht. Dann kommt es zum Anstieg der Gesundheitsausgaben.

(2) Nichtökonomische Steuerungsdefizite der Leistungserbringung

Im Gegensatz zu fehlenden ökonomischen Anreizen, die zum kostenunbewußten Verhalten sowohl auf der Seite der Patienten als auch auf der Seite der Ärzte führen, liegen häufig nichtökonomische Steuerungsdefizite vor, die ebenfalls eine zunehmende Leistungserbringung auslösen. Ein wesentliches Steuerungsdefizit auf der Ebene der Leistungserbringung ist die doppelte Behandlung, was zur Ressourcenverschwendung führt. In einem Gesundheitssystem, wo die verschiedenen Versorgungsstufen funktional nicht vollständig ausdifferenziert sind, werden Ärzte aufgrund der Intransparenz von Patienten aufgesucht, ohne daß sie die Qualität der Ärzte bewerten zu können. Dies hat zwei negative Konsequenzen. Die erste betrifft die Qualität der in Anspruch genommenen Leistungen, unabhängig davon, ob sie bedarfsgerecht oder überflüssig sind. Die andere, aus quantitativer Sicht betrachtet, ist die doppelte Behandlung. Patienten suchen unter Umständen mehrere Ärzte auf. Sie werden wiederholt behandelt und gegebenenfalls von den Ärzten an Spezialisten überwiesen und vice versa, was zu überflüssigen Behandlungen führt.

Ein weiterer Faktor, der zur Steigerung des Leistungsumfangs beiträgt, ist der medizinisch-technische Fortschritt. Er bietet neue Behandlungsmethoden und Leistungsarten, die selbst durch das angebotsinduzierte, kostenunbewußte Verhalten der Ärzte die Nachfrage schafft. Es entspricht dem ökonomischen *Sayschen* Theorem, das besagt, daß das Angebot selbst seine Nachfrage schafft. In der Realität stimmen Leistungserbringung und Leistungsgeschehen mit diesem Theorem überein. Viele medizinische Leistungen, die durch technische Fortschritte möglich werden, sind nur begrenzt erforderlich. Ferner trägt auch das Behandlungsmonopolrecht der Ärzte zur Zunahme erbrachter Leistungen bei, wie das System der sozialen Krankenversicherung in der Bundesrepublik zeigt.

Die Kostensteigerung ist bereits in der fehlenden Steuerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Bereich der Intensivstation des Krankenhauses, insbesondere in den Krankenhäusern begründet, in denen hochtechnische Behandlungsverfahren eingesetzt werden. Daraus ergibt sich, aus qualitativer Sicht, zugleich das Problem der unangemessenen Behandlung, da die Behandlungen von Patienten in den Krankenhäusern meistens übertechnisiert sind.

2.2.2 Erstrebenswerte institutionelle Bedingungen bzw. Steuerungsinstrumente zur Bewirkung erfolgreicher Primärarztversorgung

Aus Abschnitt 2.1 und 2.2.1 wird deutlich, daß das Gesundheitssystem derart gestaltet werden muß, daß die Leistungen bedarfsgerecht und kostengünstig sind. Darum wurden bereits zahlreiche institutionelle Bedingungen zum Erreichen beider Ziele eingeführt. Beispielsweise wurde auf der Nachfrageseite in zahlreichen Ländern die Selbstbeteiligung[24] als Steuerungsinstrument eingeführt, um die Inanspruchnahme von Leistungen zu senken und damit die Gesamtausgaben zu reduzieren. Empirische Ergebnisse über die Wirkung dieses Steuerungsmechanismus zeigen zwar die Einwirkung dieses Mechanismus auf die Inanspruchnahme der Leistungen, das nach dem Argument der Gesundheitsökonomie auf die Elastizität der Nachfragepreise zurückzuführen ist;[25] diese Wirkung ist aber gering und oft mit negativen Effekten verbunden. Es ist deshalb sehr schwierig, eine „merklich“ (Herder-Dorneich 1994: 383

---

24 Selbstbeteiligung als Steuerungsmechanismus wirkt sich auf die Inanspruchnahme der Leistungen dadurch aus, daß sie als Preiserhöhung eine Preiselastizität der Nachfrage herbeiführt und damit das Verhalten der Patienten beeinflußt. Verschiedene Formen der Selbstbeteiligung sind vorhanden, wie z.B. absoluter Selbstbeteiligung, prozentualer Selbstbehalt, Gebühren, Sonderleistungszuschläge, Prämien, Beitragsrückerstattung und Ausgleichzahlungen. Siehe dazu genau Dröge, 1991: 141, Tabelle 22.

25 Siehe dazu Breyer/Zweifel 1992: 214 ff.

ff.) steuerungseffektive Selbstbeteiligungsregelung einzuführen, ohne zugleich starke Umverteilungseffekte hervorzurufen (vgl. Herder-Dorneich 1994: 386 ff.).

Fraglich ist auch die Wirkung des Kostenerstattungsprinzips. Aufgrund dessen sind politische Entscheidungen über die Selbstbeteiligung und die Kostenerstattung – Selbstbeteiligungssätze und Höhe der Kostenerstattung - sehr sorgfältig zu überdenken, damit die optimale Zielerreichung nicht beeinträchtigt wird. Diese Zurückhaltung läßt sich besonders aus der ethischen Vorstellung des bedarfsorienterten Postulats, wie “der Gleichheit der Zugangschancen”, weiter begründen (vgl. Schulz-Nieswandt 1992: 154 ff.).

Des weiteren kann auch die Zahl der niedergelassenen Ärzte bzw. die gesamte Kapazität der ambulanten Versorgung eingeschränkt werden, indem die Niederlassungsvoraussetzungen schwieriger gestaltet werden. Es läßt sich deshalb zusammenfassen, daß die Steuerungsdefizite der Leistungserstellung nur durch die Kombination verschiedener Steuerungsinstrumente zu bewältigen sind.

Hingegen werden auf der Angebotsseite ökonomische und organisatorische Steuerungsinstrumente eingesetzt, um die anbieterinduzierte Nachfrage einzugrenzen. Dies hat entgegen den Interventionsversuchen in das Patientenverhalten sichtbare Auswirkungen gezeigt. Darum ist es zweckmäßig, eine Versorgungsweise zu gestalten, die einerseits aus medizinisch-qualitativer Sicht angemessen und bedarfsgerecht ist und andererseits die Erbringung der medizinischen bzw. gesundheitlichen Leistungen wirtschaftlich bzw. effektiv (aus wohlfahrtsökonomischer Sicht) ermöglichen kann.

So wurde in den meisten Ländern zunächst als Gegenstrategie ein Überweisungssystem eingeführt, das den direkten Zugang zu anderen Leistungsarten, wie z.B. die fachärztliche und stationäre Leistung, verhindert. Aber bei einem Gesundheitssystem, wo keine ausdifferenzierte Primärversorgung mit Primärärzten als „Gatekeeper“ besteht, ist es i.d.R. unmöglich, dieses Überweisungssystem einzuführen, das zur Vermeidung einer Doppelbehandlung beiträgt. Deshalb bietet es sich an, zunächst die Bedingungen für eine funktionsfähige ausdifferenzierte Primärarztversorgung herzustellen. Hierfür sind staatliche Interventionen unverzichtbar.

Ferner erscheint es angebracht, den Ärzten eine Beteiligung am Krankheitsrisiko zuzuweisen, so daß sich die Ärzte in der Leistungserbringung kostenbewußter verhalten. Schließlich gilt es als unentbehrlich, die advokatorische Rolle und die Patientenorientierung der Primärärzte zu fördern. Hierfür sind sowohl kulturelle (wie ärztlicher Ethik) als auch soziale institutionelle Bedingungen (wie Qualitätszirkel) erforderlich.

Zusammenfassend lassen sich die oben genannten institutionellen Bedingungen bzw. Steuerungsmechanismen zur Einwirkung in das Leistungsgeschehen bzw. in die Leistungserbringung jeweils auf der Nachfrage- und Angebotsseite veranschaulichen (siehe Abschnitt 2-1). Hier werden *monetäre*, *nichtmonetäre* und *kulturell-normative* Steuerungsarten unterschieden. Die Wirkung all dieser Steuerungsinstrumente besteht in der Beeinflussung der Verhaltensweise der Nachfrager (hier der Patienten) und auch der Anbieter (der Ärzte und anderer Leistungserbringer).

Abbildung 2-1: Steuerungsinstrumente auf der Nachfrage- und Angebotsseite im Überblick

Steuerungsobjekt Steuerungsarten	Steuerung der Nachfrage	Steuerung des Angebots
Monetäre Steuerung	. Rückerstattungsvorschrift . Selbstbeteiligung . Beitragssätze	. Vergütungsweise bzw. Honorierungsform, . Preisbildungsweise und Finanzierungsweise . Beteiligung der Ärzte am finanziellen Risiko
Nichtmonetäre Steuerung	. Änderung des Leistungsumfangs, . Zugangsbeschränkung	. Zugangsbeschränkung (Überweisungsvorschrift), . Niederlassungszulassung, . Zulassung zur Medzinausbildung, . Vorschriften über Verschreibung und Dispensation,
Kulturell normative Maßnahmen	. Gesundheitserziehung . Information . Änderung der Lebensweise	. Medizinische Ethik und Ausbildung . Förderung advokatorischer Rolle der Ärzte . Information Qualitätszirkel . Patientorientierung des ärztlichen Verhalten

Eigene Darstellung Anhand der Abbildung von Graf von der Schulenburg, J.-Matthias (1984), S. 253.

Wie oben angedeutet, geht die vorliegende Arbeit von der Überlegung aus, daß sich die Regelung auf der Nachfrageseite im Bereich der Gesundheitsversorgung im Vergleich zur Angebotsseite als uneffektiver und gelegentlich kontroprodutiver erwies. Von daher scheint es für den Staat angemessen und zweckmäßig, zuerst die gesundheitspolitische Steuerung bzw. Regelung auf der Angebotsseite zu fixieren. Insofern die in Abbildung 2-1 aufgeführten institutionellen Bedingungen auf der Angebotsseite in der Primärarztversorgung etabliert wurden, kann man von einer Steuerung des Staates sprechen. Im folgenden Abschnitt werden die Leistungen bzw. Funktionen der Primärarztversorgung beschrieben.

2.2.3 Leistungen der Primärarztversorgung

(1) Zum Begriff Primärarzt

Um eine Unterscheidung zwischen Primärärzten und ambulanten Ärzten treffen zu können, wird zunächst eine Definition des Begriffes Primärarzt vorgenommen. Die primärärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere folgende Kategorien:

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, vor allem Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen.[26]

Sie ist umfassend, da außer der medizinischen Leistungen auch präventive und rehabilitative Maßnahmen angeboten werden. Primär- bzw. Hausärzte arbeiten zudem

[26] Vgl. de Bakker 1997: SFG 23/91; vgl. auch Artikel 73 des Sozialgesetzbuches V der Bunderepublik Deutschland (Bundesgsetzbuch1992: 2272).

als Koordinatoren in der gesamten medizinischen und gesundheitlichen Versorgung. Die Primärärzte sind besonders durch folgende zwei Merkmale gekennzeichnet.

a). Primärarzt als Advokat der Patienten

Die Krankheitsbehandlung ist an sich ein hoch situations- bzw. personenbezogenes Handeln sowohl von Seiten der Ärzte und als auch von Seiten der Patienten. „Das sozusagen klassische Beispiel für derartige Sachverhalte stellen die personenbezogenen Dienstleistungen dar, denen das ärztliche Handeln angehört. Personenbezogene Dienstleistungen setzen schon deshalb ein Eingehen auf den Einzellfall voraus, weil für ihr Gelingen die sachgemäße Mitwirkung des Leistungsadressaten notwendige Vorbedingung ist“ (Kaufmann 1984: 21). In diesem Zusammenhang meint Bayles, daß die zentrale Problematik in dem Profession-Klienten Verhältnis liegt, nämlich in der Verteilung der Verantwortlichkeit und der Autorität (vgl. Bayles 1989: 107). Es wurden bisher verschiedene ethische Modelle in bezug auf das Verhältnis zwischen den Professionen und den Klienten formuliert.

Im Falle des Verhältnisses zwischen den Ärzten und den Patienten wird herkömmlich das Advokat-Modell bzw. das Principal-Agent-Konzept befürwortet. Nach dem Advokat-Modell wirken die Patienten nach Auftreten von Beschwerden bei der Diagnose und der Behandlung insofern mit, als sie zum einen die Arztauswahl treffen und zum anderen die Methode der Heilung befolgen oder nicht. Die Primärärzte, mit Spezialwissen ausgestattete Fachleute, sollen die Patienten als Laien bei der Entscheidung beraten, ob und wie sie sich behandeln lassen. So sollen, gemäß Kaufmann, Ärzte Patienten als Klienten betrachten und zu einem sachgemäßen Verhalten motivieren (vgl. Kaufmann 1984: 21). Diese Rolle als Advokat können in den meisten Fällen nur diejenigen Ärzte erfüllen, die als Primärärzte tätig sind.

Nach der Erklärung der Alma Ata im Jahre 1978 stellt die Gesundheit außer der Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens dar (vgl. Paragraph I der Erklärung der Alma Ata 1978). Dementsprechend ist die Verstärkung primärärztlicher Versorgung als ein Ansatz zur Verbesserung der erbrachten gesundheitlichen Leistung und zur

Bekämpfung fehlender Leistungseffizienz zu bewerten.[27] Demzufolge ist die Rolle der Primärärzte als Advokat der Patienten zu fördern.

Ein wesentliche Bedingung der Primärärzte als Advokat der Patienten stellt das Vertrauensverhältnis zwischen Primärärzten und Patienten dar. Dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht eine persönliche medizinische Versorgung. Unter dem Begriff persönliche Versorgung ist zu verstehen, daß die Primärärzte einerseits die Krankheitsgeschichte ihrer Patienten kennen, und andererseits ihre Patienten aufgrund somatischer Faktoren sowie psychischer und sozialer Faktoren behandeln bzw. betreuen. Diese persönliche Versorgung ist besonders wichtig für die multimorbitären bzw. chronisch Kranken. Weiterhin vertreten Primärärzte die Interessen ihrer Patienten hinsichtlich anderer Leistungsanbieter wie z.B. den Spezialisten.

b). Primärarzt als Gatekeeper

Die Primärärzte fungieren als erste Anlaufstelle der Patienten und somit als Koordinatoren der gesamten medizinischen und gesundheitlichen Versorgung, indem sie Patienten an Spezialisten überweisen bzw. in Krankenhäuser einweisen. Aufgrund dessen fungieren sie als Gatekeeper zu anderen Versorgungsstufen und - arten. Einer der Vorteile, den Primärärzten die Rolle des Gatekeepers zu übergeben, ist die Vermeidung der Doppelbehandlung. Ein anderer Vorteil ist, daß die Leistungserbringung bedarfsgerechter und effektiver erfolgt. Die Ressourvenverschwendung, die in vielen Ländern aufgetreten ist, läßt sich meistens auf eine fehlende Allokation medizinischer Ressourcen zurückführen. Die fehlende Allokation läßt sich u.a. durch die Abwesenheit der Gatekeeper erklären. Bei einer primärärztlichen Versorgung wird diese Gatekeeper-Funktion erfüllt.

(2) Abgrenzung der Primärärzte von den „ambulanten Ärzten“

Um eine begriffliche Verwirrung zu vermeiden, ist es angebracht, vorweg eine Begriffsdefinition hinsichtlich der Primär- bzw. Hausärzte und ambulanten Ärzte vorzunehmen. Wie oben aufgeführt, bezieht sich die primärärztliche Versorgung auf eine umfassende, allgemeine medizinische bzw. gesundheitliche Versorgung seitens der

[27] Siehe dazu Wass 1994: 8 ff.; Tarimo/Webster 1996: 1 ff..

Primärärzte. Primärärzte fungieren im Regelfall als Gatekeeper ihrer Patienten, indem sie die Inanspruchnahme der spezialisierten und stationären Versorgung kontrollieren. Die Beziehung zwischen Primärarzt und Patient ist persönlich und von Vertrauen geprägt. Der Primärarzt soll als Advokat seiner Patienten wirken und daher ihre Interessen vertreten.

Als Ansatzpunkt zur erfolgreichen Leistungserbringung bei der primärärztlichen Versorgung ist die Arzt-Patient-Beziehung anzusehen. Eine gute Arzt-Patient-Beziehung wird zugleich die Prozeßqualität (quality of process) (vgl. Donabedian 1982: 79-80) der medizinischen Versorgung begünstigen (vgl. von Ferber 1990: 247). Die Qualitätssicherung sollte, nach der obigen Analyse, auf die Verbesserung der medizinischen Versorgungsprozesse, nämlich auf die Arzt-Patient-Beziehung, abzielen.

Dagegen bezieht sich die ambulante ärztliche Versorgung auf jegliche Leistungsart, die ambulant erbracht wird. Zu den Anbietern der ambulanten Leistungen zählen sowohl Primärärzte, zu denen in der Bundesrepublik Deutschland Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte, Heilpraktiker, Hausärzte, Kinderärzte und Internisten gehören,[28] als auch die ambulant tätigen Fachärzte. Bei der Inanspruchnahme solcher ambulanten Leistungen wird die Arzt-Patient-Beziehung nicht berücksichtigt. Es besteht daher keine persönliche Beziehung und damit kein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Die taiwanesische ambulante Versorgung ähnelt sich der deutschen ambulanten Versorgung an, an der die Fachärzte in einem größeren Umfang beteiligt sind. Es besteht in beiden Ländern keine ausdifferenzierte primärärztliche Versorgung.[29]

Mit der Umsetzung der primärärztlichen Versorgung sind im wesentlichen zwei Vorteile verbunden: die ökonomische und medizinische Rationalität. Diese Vorteile sollen im folgenden näher dargestellt werden.

(3) Ökonomische Rationalität der primärärztlichen Versorgung

Die wirtschaftliche bzw. ökonomische Rationalität der primärärztlichen Versorgung läßt sich wie folgt veranschaulichen. Zuerst bietet die „Principal-Agent“ Theorie

[28] Artikel 73 Abs. 1a , SGB V der Bundesrepublik Deutschland.
[29] Auf die Definition der taiwanesischen ambulanten Ärzte wird erst im Kapitel 6 dieser Arbeit näher eingegangen.

(Pfaff/Zweifel 1998: 184 ff.). in der eine *Asymmetrie von Informationen* angenommen ist und daher der Agent (wie der Arzt) die Interessen des Principal (wie des Patienten) vertreten soll, eine berechtigte ökonomische Aussage zur Begründung der Vorteile der primärärztlichen Versorgung. Der Vorteil der primärärztlichen Versorgung besteht dieser Theorie zufolge in der Beseitigung des asymmetrischen Informationsgefälles zwischen Arzt (als dominanten Leistungsanbieter) und Patient (als fehlenden Wissensinhaber). Anstatt einer Konkurrenzbeziehung wirkt der Primärarzt in einer „Principal-Agent" Beziehung als Vertreter seiner Patienten. Insofern der Primärarzt als *Advokat* bzw. *Sachanwalter* seiner Patienten handelt, fällt zugleich das Informationsgefälle weg, so daß der Patient bessere Leistungen in Anspruch nehmen kann. Des weiteren besteht die ökonomische Rationaliät der primärärztlichen Versorgung darin, daß die an der Primärversorgungsstufe beteiligten Professionen, die eingeschlossenen Primärärzte, Krankenschwester und –pfleger usw., kostengünstige Leistungen anbieten. Außerdem ist es wirtschaftlicher, wenn die Haus- bzw. Primärärzte als Gatekeeper Doppelbehandlungen vermeiden. Mit einem Überweisungssystem, bei dem die Primärärzte als gatekeeper fungieren, können diese Mißstände vermieden oder beseitigt werden.

Die Technisierung bzw. Kostenintensivierung der Behandlungsverfahren, insbesondere im Bereich der fachärztlichen Behandlung, verursachen sowohl im Krankenhaus als auch in der eigenen Arztpraxis hohe Kosten (vgl. Engelhardt 1990: 296 ff.) Dagegen fallen die Behandlungskosten in Praxen von Primärärzten oder bei den Primärversorgungsteams (primary health care teams) günstiger aus, da weniger kostenintensive Apparate eingesetzt werden, und die angefallenen Leistungen eher personenorientiert und sprachintensiv sind (vgl. Badura 1995: 113 ff.).

(4) Medizinische Rationalität der primärärztlichen Versorgung

Die medizinischen Vorteile bzw. die Rationalität der primärärztlichen Versorgung sind besonders in ihrem Gerechtwerden gegenüber neuen Anforderungen (Gesundheitsvorsorge statt Krankheitsbekämpfung,[30] ein verändertes

[30] Zur Kritik an die einseitige Krankheitsbekämpfung der modernen Medizin und ihre Folge wie Medikalisierung siehe Illich 1976: 47-130.

Krankheitsverständnis[31], das Postulat der ganzheitlichen Medizin[32] und eine Zunahme chronischer Erkrankungen[33]) zu begründen. Diese Vorteile lassen sich an drei Aspekten verdeutlichen:

a). Die ganzheitlich-integrierte Versorgung

Eine rationale Medizin baut auf einer ganzheitlichen Medizin auf (vgl. Engelen-Kefer 1998: 165). Wie in Absatz 2.2.1 bereits verdeutlicht, soll die heutige Medizin den neuen Anforderungen – ganzheitliche Medizin - gerecht werden, die sich aus dem neuen Krankheitsparadigma bzw. –verständnis und dem Einsetzen alternativer Heilverfahren bzw. alternativer Medizin ergaben. Damit eine ganzheitliche integrierte Versorgung erfolgen kann, sollen zur Gewährleistung dieser Anforderungen neue klinische Praxen eröffnet werden, die bei der Behandlung von Krankheiten soziale, psychische und physiologische Vorgänge mitberücksichtigen, wie z.B. die primärärztliche Praxis in den Niederlanden.[34] Aus diesem Grund soll der praktizierende Arzt soziale und kommunikative Kompetenz besitzen.

Der Wandel des Krankheitsbegriffs hatte eine Veränderung der Arzt-Patient Beziehung zur Folge (vgl. Siegrist 1981: 64 ff.). Die Patienten sollen als medizinische Laien an der Behandlung mitwirken. Der Arzt soll den Patienten individuell behandeln, ohne ihn als Objekt zu betrachten. Der Arzt soll den Patienten als Gesprächspartner betrachten und die ärztliche Behandlung soll somit sprachintensiv verlaufen. Primärärzte mit einer sozial und psychisch orientierten Ausbildung sind geeignete Ansprechpartner für Patienten und können der Forderung sprachintensiver Leistungen gerecht werden. Der Primärarzt muss die Patienten zur compliance motivieren.

Außerdem nimmt die Zahl chronischer Erkrankungen zu und erfordert somit verstärkt interaktionsintensive Behandlungen. Die Zunahme interaktionsintensiver Behandlungen erfordert eine Zusammenarbeit zwischen Ärzten und anderen Personenkreisen, die den chronisch Kranken eine soziale Unterstützung anbieten (vgl. Badura 1995: 120 ff.).

---

31 Siehe dazu Hollingshead/Redlich 1958; Miltner/Elbert 1993: 172. Drei weitere Disziplinen – Humanmedizin, psychosomatische Medizin und anthropologische Medizin lieferten berechtigten Beweisen zum Einfluß der psychischer Faktoren oder Störungen auf die Entwicklung oder Dauer von Krankheiten.

32 Siehe Pietroni 1996: 4.ff.

33 Siehe Rühl 1990: 11-14; Badura 1995: 117.

34 Siehe dazu de Bakker 1997: SFG 23.

Darum sollen die Funktionen der interaktionsintensiven Leistungsarten entweder in Form von „primary health care teams“ (künftig PHCTs) oder in der haus- bzw. primärärztlichen Praxis unter Einbeziehung anderer Berufsgruppen verstärkt werden, wie die primärärztliche Versorgung, die Pflegeleistung, die sozialen Dienste, die physiotherapeutischen Leistungen und die Gesundheitserziehung. Somit könnte das Postulat der ganzheitlich-integrierten Gesundheitsversorgung verwirklicht werden.

b) Koordinative und kontinuierliche Versorgung

Nach Starfield enthält die primäre Gesundheitsversorgung außer Eigenschaften wie Gewährleistung des freien Zuganges, Verantwortlichkeit und umfassende Versorgung auch die Koordination und Kontinuität der Betreuung und Behandlung (vgl. Starfield 1992: 9). Während die ersten drei Ziele unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierungsweise, der Befugnis und der Gewährleistung gesetzlicher Rechtsansprüche verwirklicht werden können, ist der Erfolg der beiden letzten Ziele auf die Erbringung der Gesundheitsleistung angewiesen. Primärärzte fungieren insofern als Koordinator zwischen verschiedenen Versorgungsstufen, als daß sie als Anlaufstelle Patienten entweder an andere Versorgungsstufen (Fachärzte, Krankenhäuser oder Rehaeinrichtungen) oder Anbieter auf der gleichen Versorgungsstufe weiterleiten. Sie koordinieren damit die gesundheitlichen und medizinischen Leistungen, so daß eine Ressourcenverschwendung im Gesundheitswesen vermieden werden kann.

Eine andere Funktion der primärärztlichen Versorgung schlägt sich in der Gewährleistung kontinuierlicher Versorgung (sowohl Betreuung als auch Behandlung) nieder. Da Patienten i.d.R. nur einen Primärarzt konsultieren, kennen die Primärärzte die Krankheitsgeschichte ihrer Patienten. Aus diesem Grunde werden die bei ihnen registrierten Patienten nicht isoliert, im Sinne einer ausschließlichen Behandlung einzelner Krankheitsfälle behandelt, sondern „kontinuierlich-krankheitsgeschichtlich“.

Zur Verwirklichung dieser Forderung ist eine primäre Gesundheitsversorgung, in der Primärärzte als erste Anlaufsstelle für Patienten gelten, besser geeignet, denn sie angesichts ihrer zu fachorienterten Ausbildung über die Kompetenz von sozialer und kommunikativer Art verfügen. „Das entscheidende Charakteristikum aller Primärarztmodelle ist die Funktion des Koordinators für alle weiteren

Inanspruchnahmestufen der gesundheitlichen Versorgung – inklusive bestimmter Facharztkontakte und Krankenhausaufenthalte“ (Leber/Leonard 1997: 26). Infolgedessen ist es zweckmäßig, das primärärztliche Versorgungs- und Vergütungssystem so zu gestalten, daß es ein interaktives Versorgungsnetz begünstigt und somit eine kontinuierliche und eine koordinative Gesundheitsversorgung verwirklicht.

c) Umsetzung der präventiven Maßnahmen

Primärärzte übernehmen nicht nur die Aufgabe, Patienten hinsichtlich ihrer Krankheitzustände zu behandeln, sondern tragen auch die Verantwortung, Patienten vor weiteren Erkrankungen zu schützen. Das heißt, Primärärzte sollen ihren Patienten gegenüber präventive Leistungen erbringen, die eine Gesundheitserziehung und -förderung einschließen. Eine Verstärkung der präventiven Maßnahmen durch Primärärzte reduziert nicht nur die Anzahl der Krankheiten, sondern verringert auch die Inanspruchnahme von teuren Leistungen. Es läßt sich daraus schließen, daß die Verstärkung präventiver Leistungen durch Primärärzte sowohl qualitative als auch ökonomische Vorteile mit sich bringt. Darum soll das Leistungsgeschehen stärkter präventiv ausgerichtet werden.

Angesichts der verschiedenen Vorzüge der primärärztlichen Gesundheitsversorgung wuchs in vielen Ländern die Tendenz, die primärärztliche Gesundheitsversorgung als ein alternatives Versorgungsmodell bzw. als einen Ansatz,[35] welche das ganze Versorgungssystem durchdringen soll, zu betrachten. Mit der Etablierung einer erfolgreichen primärärztlichen Gesundheitsversorgung sollen Ziele, wie Krankheitsbehandlung, Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden. Hierfür soll eine besondere Strategie zur Gestaltung der Erbringung von Gesundheitsleistungen entwickelt werden. (vgl. Wass 1994: 8 f)

[35] Die AOK in Deutschland schlug in der Veranstaltung „AOK im Dialog“, die am 9. November 1994 in Berlin stattfand, vor, das Hausarztmodell der Niederlande einzuführen. Ziel ist dabei, die hausärztliche Versorgung aufzuwerten und zugleich die Koordination zwischen den Ärzten und anderen professionalen Berufsgruppen im ambulanten Bereich zu verbessern, damit ein integriertes Behandlungsangebot zustandekommen kann. Vgl. Kirch, Peter (1994): AOK im Dialog, S. 4.; siehe dazu auch „AOK im Dialog“ Ambulante Versorgung. Kooperationsmodelle zeigen Wege zur integrativen Gesundheitsversorgung, Gesundheits- und Sozialpolitik, DOK 23-24, Dezember 1995, S. 769. AOK-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens, insbesondere These 9. Die SPD als Oppositionspartei vertritt auch die Auffassung, die Position der Hausärzte zu stärken und zugleich die „sprechende Medizin“ zu fördern. Siehe dazu DOK 23-24 1995: Aus dem Bundestag, S.

2.3 Formen der primärärztlichen Gesundheitsversorgung

2.3.1 Merkmale zur Klassifikation der primärärztlichen Versorgung

Die Merkmale der primärärztlichen Versorgung sind vielfältig und lassen sich nur schwer klassifizieren. In diesem Abschnitt wird versucht, eine Klassifizierung der primärärztlichen Versorgung anhand neun charakteristischer Merkmale vorzunehmen. Diese Merkmale entsprechen zugleich teilweise den in Abbildung 2-1 aufgeführten institutionellen Bedingungen auf der Angebotsseite. Diese umfaßen den Zugang zu Primärärzten, den Leistungsumfang der primärärztlichen Versorgung, den Status der Primärärzte, die Finanzierungsweise der gesundheitlichen Leistung, die Vergütungsweise der Primärärzte, Beteiligung des Arztes am finanziellen Risiko, die Rolle als Gatekeeper, Übernahm der Advokat-Rolle durch Ärzte, die Familienbezogenheit und Kontinuität der Versorgung und Gemeindeorientierung. Die jeweiligen Charakteristiken werden im folgenden in ihren wesentlichen Punkten dargestellt.

(1) Zugang der Patienten zu den Ärzten

Die Zugangschance zur primärärztlichen Versorgung unterscheidet sich in den einzelnen Ländern. In England, Schweden, Finnland und in einigen Ländern Osteuropas, wie der ehemaligen DDR mit ihren Polikliniken und Ambulatorien, wird allen Bürgern ein freier Zugang zur primärärztlichen Versorgung gewährleistet. Dagegen wird in der Bundesrepublik Deutschland nur denjenigenden der freie Zugang gewährleistet, die Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung sind. Nicht gesetzlich Krankenversicherte sollen sich über private Krankenversicherungen vor Krankheitsrisiken schützen. Ansonsten werden sie von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. In den Vereinigten Staaten ist bisher ein Großteil der Bevölkerung im Krankheitsfall nicht versichert, obwohl die Vereinigten Staaten den höchsten Prozentsatz des Bruttosozialprodukts für das Gesundheitswesen aufwenden.

(2) Aufgabenbereiche (Leistungsumfang) der primärärztlichen Versorgung

---

788 ff..

Hier wird der Leistungsumfang der primärärztlichen Versorgung mit dem Spektrum „geringer, mittlerer und umfassender Grad“ typisiert. Mit dem Grad „umfassend“ wird ein Leistungsumfang bezeichnet, der außer medizinisch kurativen, präventiven[36] und gesundheitsfördernden (einschließlich Gesundheitsberatung) Leistungen auch rehabilitative, betreuende und palliative Leistungen enthält.

Boema und Fleming unterscheiden vier Typen präventiver Versorgung: kontinuierliche Immunisierungsprogramme, Gesundheitserziehung, Entwicklungsüberwachung der Kinder sowie screening (im deutschen Wort: Überprüfung) and case-finding (Krankheit diagnostizieren) (vgl. Boema/Fleming 1998: 8). Die Effizienz der präventiven Leistung hängt überwiegend vom Verhältnis des Arztes zu seinem Patienten ab. Ein gutes Verhältnis zwischen den beiden Parteien optimiert die präventive Versorgung. Der Optimierung dient eine Registrierung der Patienten bei Primärärzten (vgl. Boerma/Fleming 1998: 8). Durch die Registrierung ist es dem Primärarzt möglich, seine Patienten aufgrund der individuellen Krankheitsgeschichte besser zu diagnostizieren und zu behandeln. Palliative und rehabilative Leistungen werden i.d.R. per Hausbesuch erbracht. Dies gehört zum Teil in den Bereich häusliche Pflege (home care). Mit häuslicher Pflege werden alle Leistungsarten bezeichnet, die beim Patienten zu Hause erbracht werden.

Dagegen ist unter einem mittleren Umfang primärärztlicher Versorgung eine Leistungspalette zu verstehen, die kurative medizinische und präventive Leistungen enthält. In Ländern, wo keine vollständige primäre gesundheitliche Infrastruktur und kein professionelles Personal (Gemeindeschwester, Gesundheitsbesucher, Physiotherapeuten, Psychiater usw.) vorhanden ist, bieten Primärärzte nur medizinische und geringe präventive Leistungen an. Die Erbringung von Leistungen rehabilitativer, pallitativer, betreuender und geistiger Art bedarf der Zusammenarbeit mit anderen oben genannten Berufsgruppen. Schließlich wird der Leistungsumfang, der nur kurative medizinische Leistungen enthält, als gering bezeichnet.

(3) Status der Primärärzte

[36] Die präventive Leistung wird i.d.R. in drei Stufen klassifiziert: primäre, sekundäre und tertiäre Prävention.

Es stellt sich die Frage, welchen Status die Ärzte besitzen sollten, damit sie die Behandlung der Patienten effektiv und wirtschaftlich durchführen können. Dabei soll berücksichtigt werden, daß der Arzt ein professioneller Beruf ist, der im Zuge der Professionalisierung immer mehr an Autonomie gewann. Aufgrund der fachlichen Autonomie haben die Ärzte gegenüber staatlichen Instanzen sowie anderen professionalen Berufsgruppen eine Machtposition eingenommen. Zwei Denkstränge bedingen die Vorstellung über den angemessenen Status der Primärärzte. Der eine ist der des Liberalismus, der besonders in den Vereinigten Staaten und in den meisten westlichen Ländern präsentiert wird, und dem Arzt den Status eines selbständigen Unternehmers gibt. Ein wesentliches Argument, die wissenschaftliche Autonomie der Ärzte und somit ihren selbständigen Status nicht zu gefährden, liegt darin, die Effizienz der Leistungserbringung zu verbessern oder zumindest aufrechtzuerhalten.

Dagegen versuchten die Sozialisten und Sozialdemokraten, durch eine Sozialisierung der Gesundheitsversorgung die Ärzte in ein Angestelltenverhältnis zu bringen. Sie sind in öffentlichen Einrichtungen beschäftigt, wie in den Polikliniken und Gesundheitszentren. Es wird besonders befürchtet, daß den Ärzten angemessen erbracht werden.

(4) Finanzierungsweise

Es werden im allgemeinen drei Finanzierungsarten unterschieden: Finanzierung durch Beiträge in einem sozialen Versicherungssystem, durch Steuern wie in dem National Health Service in England und durch Beiträge bei einer privaten Krankenversicherung. Die Selbstbeteiligung entlastet auf der einen Seite die Finanzträger (Krankenkassen, Staat) und auf der anderen Seite trägt sie zu einem höheren Verantwortungsbewußtsein der Patienten bei. Mit den sozialen Versicherungsbeiträgen wird das Ziel der sozialen Solidarität angestrebt, wobei die Beitragshöhe einkommensabhängig ist. Unter dem Arrangement einer National Health Insurance, wie in Taiwan, ist das Maß der sozialen Solidarität am größten, da alle Bürger, unabhängig davon, ob sie Beiträge zahlen oder nicht, mit gleicher Zugangschance ausgestattet sind. Gegebenenfalls wird eine gemischte Finanzierung durch Steuern und Beiträge angewendet.

(5) Vergütungsweise erbrachter Leistungen (Preisbildungsweise)

Es bestehen verschiedene Vergütungsweisen für die primärärztliche Versorgung. Die Primärärzte können einmal nach der Menge der von ihnen erbrachten Leistungen honoriert werden (Einzelleistungsprinzip), wie in der Bundesrepublik Deutschland, Taiwan und Frankreich, oder sie können nach der Kopfpauschale vergütet werden, wie dies in England und in den Niederlanden der Fall ist. Schließlich können Primärärzte durch ein Mischung von beiden Vergütungsweisen honoriert werden, wie es in Dänemark üblich ist.

(6) Beteiligung des Arztes am finanziellen Risiko

Als weiteres Merkmal gilt auch die Beteiligung oder die Nichtbeteiligung des Primärarztes am finanziellen Risiko. Die Beteiligung des Primärarztes am finanziellen Risiko drückt sich in der Form aus, daß ihm ein bestimmtes Budget zur Verfügung steht, mit dem er für seine Patienten die entsprechenden Leistungen einkaufen kann. Daher soll sich jeder Arzt bemühen, seine Patienten durch die Präventionsmaßnahmen so gesund wie möglich zu halten und um damit die Inanspruchnahme sonstiger Leistungen zu erübrigen. Dadurch verstärkt sich das Kostenbewußtsein der Ärzte. Das Kostenbewußtsein der Ärzte nimmt logischerweise mit dem Grade ihrer Beteiligung am finanziellen Risiko zu.

(7) Übernahme der Rolle als Gatekeeper

Das Verhältnis zwischen den Primärärzten und den Spezialisten ist dadurch gekennzeichnet, daß zwischen ihnen eine Überweisungsregelung besteht. In einigen Ländern besteht eine Überweisungsregelung, wonach Patienten erst Spezialisten aufsuchen und konsultieren dürfen, wenn die Primärärzte eine Überweisung erstellen. Dabei wird den Primärärzten die Rolle als Gatekeeper und Koordinator zugewiesen. Das Maß, nach dem die Primärärzte als Gatekeeper fungieren, ist von Land zu Land unterschiedlich. Die Primärärzte in den Niederlanden, Dänemark und Italien übernehmen eine sehr starke Rolle, da sie sogar die Inanspruchnahme geistiger, physiotherapeutischer und pflegerischer Leistung regeln (vgl. Boema/Fleming 1998: 18). Des weiteren kann die Überweisung außer den Primärärzten auch durch andere Professionen vorgenommen werden, wie z.B. der Gemeindepädiatrie, Gemeindegynäkologie und Hebamme. Dies ist in Spanien der Fall. Im dritten Fall besteht keine Überweisungsregelung hinsichtlich der Inanspruchnahme spezieller Leistungen, wie in der Bundesrepublik Deutschland und in Taiwan, da in beiden Ländern Patienten bzw. Versicherte unmittelbar die ambulanten spezialisierten Leistungen in Anspruch nehmen dürfen. Schließlich besteht im vierten Fall keine Kontrolle über die Inanspruchnahme von Leistungen auf der Patientenseite bzw. die Leistungserbringung von Anbietern (vgl. Boerma/Fleming 1998: 18).

Es ist anzumerken, daß Ziele, wie die Koordination der verschiedenen Leistungen und die Kontinuität der Versorgung, nur in Ländern wie den Niederlanden, Italien und Dänemark verwirklicht werden können, da in diesen ein Überweisungssystem etabliert ist. Ein erfolgreiches Überweisungssystem setzt eine strenge Trennung von primärer und sekundärer Versorgung voraus. In den Ländern, wo keine Differenzierung von primärer und sekundärer Versorgung existiert, ist ein erfolgreiches Überweisungssystem schwer zu etablieren. Damit wird die Funktion der Primärärzte als Gatekeeper relativiert.

(8) Übernahme der Advokat-Rolle durch die Ärzte

Wie in Abschnitt 2.2.3 bereits angedeutet, kann der Primärarzt als Advokat die Interessen seiner Patienten vertreten. Die Primärärzte beraten ihre Patienten sowohl im Falle des Verdachts auf Krankheit als auch in bezug auf Probleme im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention. Hierfür ist es notwendig, daß die Primärärzte ihre Patienten gut kennen und zwischen ihnen ein Vertrauensverhältnis besteht. Demzufolge scheint es angebracht, gemäß der Übernahme oder des Unterlassens der Rolle des Advokaten seitens der Primärärzte die unterschiedlichen primärärztlichen Versorgungsformen zu differenzieren.

(9) Familienbezogenheit, Kontinuität und Gemeindeorientierung

Familienbezogenheit und Kontinuität können als zwei Kriterien zur Bewertung der Funktionsfähigkeit primärärztlicher Gesundheitsversorgung herangezogen werden. Je familienorientierter die primärärztliche Versorgung ist, desto kontinuierlicher ist das

Leistungsgeschehen. Es werden drei Maßeinheiten verwendet – niedrig, mäßig und hoch -, um den Grad der jeweiligen primärärztlichen Versorgungsformen zu messen.

Laut der Erklärung der Alma Alta im Jahr 1978 besteht das Ziel darin, die Gesundheitsversorgung so gemeindenah wie möglich auszugestalten. Dieser Anspruch ging aus der Forderung der Verstärkung primärer Gesundheitsversorgung hervor. Eine effektive primäre Gesundheitsversorgung setzt eine gemeindenahe Versorgung voraus. Unter dem Begriff „gemeindenahe Versorgung" ist vielerei zu verstehen. Einerseits ist die bürgernahe Versorgung und andererseits eine gruppennahe und krankheitsbezogene Versorgung aus epidemiologischer Sicht gemeint. Es wird immer behauptet, daß eine gemeindenahe Versorgung die Effizienz der Leistungserbringung im Sinne der Angemessenheit erbrachter Leistungen fördern kann, da sie einwohnerspezifische Krankheiten berücksichtigt und diese somit angemessener bekämpfen kann.

2.3.2 Praktische Formen der primärärztlichen Gesundheitsversorgung

Im folgenden werden die Formen der primärärztlichen Gesundheitversorgung nach den oben beschriebenen neuen Merkmalen klassifiziert.

(1) Gesundheitszentrum

Diese Form der Versorgung ist in vielen Ländern vorzufinden. Meistens sind Gesundheitszentren öffentliche Einrichtungen, die der kommunalen Verwaltungsbehörde unterworfen sind. Typische Gesundheitszentren dieser Art sind in den skandinavischen Ländern, wie Schweden und Finnland, zu finden. In Finnland wird die Primärversorgung nur in den Gesundheitszentren erbracht, im Gegensatz dazu wird die Primärversorgung in Schweden durch professionelle Berufsgruppen sowohl in den Polikliniken als auch in den Gesundheitszentren angeboten (vgl. Starfield 1992: 217).[37] Außer den Allgemeinmedizinern können in Finnland auch Spezialisten in den Gesundheitszentren tätig sein. Sie bieten umfassende Leistungen an. Die Primärärzte bieten ihren Patienten auch präventive und beratende Leistungen an. In den

[37] Die Tendenz geht dahin, daß die Anzahl der Gesundheitszentren zunimmt und die der Poliklinken abnimmt.

Gesundheitszentren sind i.d.R. mehrere Disziplinen vertreten. Außer den medizinischen Professionellen (wie Allgemeinmedizinern und Spezialisten) sind auch Sozialarbeiter, Pyschiater, Pflegepersonen und Krankenschwester bzw. Gemeindeschwestern. (vgl. Melief/Swagemakers 1991: 17).

Der Zugang zur primärärztlichen Versorgung in solchen Gesundheitszentren ist für alle Bürger frei und daher unabhängig von ihrer Erwerbstätigkeit oder Zahlungsfähigkeit. Primärärzte können Gehaltsbezieher sein und die erbrachten Leistungen können entweder durch Steuern (Schweden), wie das „Nationale Health System", oder durch Beiträge (Finland) finanziert werden. Der Leistungsumfang ist sehr groß. Die Primärärzte, i.d.R. Allgemeinmediziner, sind als Angestellte in den Gesundheitszentren tätig und tragen keine Verantwortung für finanzielle Risiken.

Die Primärärzte in Finnland übernehmen die Rolle des Gatekeepers,[38] da die fachärztliche Leistung nur durch Überweisung von Primärärzten erfolgen darf. In der schwedischen primären Versorgung ist die Funktion des Gatekeepers nicht so stark ausgeprägt. Ein Charakteristikum des Gesundheitszentrums besteht in der horizontalen Integration zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Vor allem in den PHCTs wird die Integration verschiedender Berufsgruppen stark betont. Individuelle soziale Leistungen (personal social services) sind in die Gesundheitsversorgung integriert.

Die Koordination primärärztlicher Leistungen mit langfristiger Versorgung erwies sich in beiden Ländern als positiv, während sich die mit den Spezialisten als nicht ausreichend erwies (vgl. Starfield 1992: 215 ff.). Die Koordination für die langfristige Versorgung älterer Menschen war zufriedenstellend, während die Koordination mit den Spezialisten schwach war. Der Grad von Familienbezogenheit und Kontinuität der Versorgung erwies sich als mäßig (ebd.: 215 ff.). Jedoch ist die primärärztliche Versorgung in beiden Ländern stark gemeindezentriert (Allgulander/Haglund/Janlert et al. 1983: 4 ff.; Melief/ Swagemakers 1991: 8).

(2) Einzelarztpraxis

38 Siehe dazu Tabelle 12.1 GP gatekeeping position, density, employment status, age and gender, in: Boerma/Fleming, 1998: 57; vgl. ders: 43.

Die Einzelraxis ist in den Niederlanden eine der häufigsten Versorgungsformen. Mehr als 50 Prozent der niedergelassenen Ärzte sind dort allein tätig, obwohl der Anteil der allein niedergelassenen Ärzte abnimmt.[39] Dagegen ist in England nur ein geringer Anteil der Allgemeinmediziner allein tätig und somit besteht eine hohe Anzahl von Gruppenpraxen. Die Ärzte gelten in diesen Ländern als private Unternehmer und besitzen einen privatrechtlichen Status. Den Bürgern dieser Länder wird ein freier Zugang zur primärärztlichen Versorgung über die soziale Krankenversicherung gewährt. In den Niederlanden sind ungefähr 60 Prozent der Bevölkerung durch die gesetzliche Krankenversicherung versichert und in England sind alle Bürger durch die Steuer gegen Krankheitsfälle abgesichert.

In den beiden Ländern ist die primärärztliche Versorgung durch einen großen Leistungsumfang, die kombinierte Vergütungsweise der Primärärzte, die Übernahme der Rolle des Gatekeepers, die Familienbezogenheit und schließlich die Gemeindeorientierung gekennzeichnet Der Leistungsumfang der Primärärzte in den beiden Ländern ist, wie oben beschrieben, im Vergleich zu Taiwan und der Bundesrepublik Deutschland umfassend. Außer medizinischen und präventativen Leistungen sollen Primärärzte auch rehabilitative und palliative Leistung anbieten. Sie gewährleisten auch Betreuung und Hausbesuche, die sogenannte häusliche Versorgung. Überwiegend werden sie gemäß der Kopfpauschale honoriert. Sie können aber auch durch eine Mischung von Kopfpauschale und Einzelleistungsvergütung honoriert werden. Sowohl die GPs in England als auch die niederländischen Hausärzte sind nicht am finanziellen Risiko beteiligt. Sie übernehmen die Rolle des Gatekeepers, da sie den Zugang der Patienten zu speziellen Leistungen kontrollieren. Da die Familie i.d.R. den selben Hausarzt aufsucht, und der Hausarzt in der Gemeinde eine Praxis führt, ist die primärärztliche Versorgung familienbezogen und gemeindeorientiert (vgl. Starfield 1992: 216 ff.).

(3) Gruppenpraxis im HMO-Modell

Es zeigt sich der Trend, unter den Ärzten Gruppenpraxen zu bilden, um die Patienten

[39] Bis 1993 waren nach der Statistik von NIVEL 52.1% der Hausärzte in Einzelpraxen tätig; siehe genauer NIVEL 1994: 44.

kostengünstiger und medizinisch effizienter behandeln zu können. In einigen Ländern wurde sozialpolitisch angestrebt, eine solche Versorgungsform zu fördern. Unter dem Begriff Gruppenpraxis ist eine Kooperationsform niedergelassener Arztpraxen zu verstehen, die sich aus privatrechtlich, unabhängigen Ärzten zusammensetzt. Sie können sowohl aus gleichen als auch aus unterschiedlichen medizinischen Disziplinen kommen und demnach unterschiedliche Formen aufweisen.[40] Im folgenden wird nur die Gruppenpraxis in den Vereinigten Staaten, die aus dem Zusammenschluß von Primärärzten entstanden ist, in Betracht gezogen.

In den Vereinigten Staaten dürfen sich außer den Allgemeinmedizinern auch die Internisten, Kinderärzte und andere Spezialisten, wie Geburtshelfer und Frauenärzte, an der primärärztlichen Versorgung beteiligen.[41] In den Gemeinschaftspraxen, in denen sich hauptsächlich Spezialisten aus einer Medizinrichtung oder aus multiplen Fachrichtungen, wie Internist, Allgemeinmediziner bzw. Hausarzt, Kinderarzt, Geburtshelfer und Frauenarzt,[42] zusammenschließen, sind die Ärzte freiberuflich tätig. Diese Art von primärärztlicher Versorgung liegt auch in der Bundesrepublik Deutschland vor. Jedoch ist in den Vereinigten Staaten der freie Zugang zur gruppenärztlichen Versorgung nicht gewährleistet, wenn die Patienten nicht durch eine Krankenversicherung versichert sind.

Ein Großteil der Erwerbstätigen läßt sich entweder privat versichern oder ist durch das Betriebsversicherungssystem abgesichert. Die Alten, Invaliden und Einkommensschwachen werden durch staatliche Programme, wie Medicare (Alten und Invaliden) und Medicaid (einkommensschwache Individuen), öffentlich vor Krankheitsfällen geschützt und haben somit freien Zugang zur primärärztlichen

---

[40] Holldack-Heckmann unterscheidet vier Kooperationsformen von Ärzten in Deutschland. Diese sind Apparategemeinschaft, Praxisgemeinschaft, Gemeinschaftspraxis und fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. In einer Apparategemeinschaft werden gemeinsam medizinisch-technische Anlagen, z.B Labor- oder Röntgeneinrichtungen unterhalten. In der Apparategemeinschaft bleiben die beteiligten Ärzte organisatorisch und räumlich getrennt und betreiben ihr eigene Praxis (vgl. Holldack-Heckmann 1981: 13). „Die Praxisgemeinschaft bedeutet die gemeinschaftliche Nutzung von bestimmten Praxisräumen, bestimmten technischen Einrichtungen sowie die gemeinsame Beschäftigung des Personals“ (Holldack-Heckmann 1981: 13). Bei der Gemeinschaftspraxis schließen sich Ärzte der gleichen Fachrichtung zusammen. Mehrere Ärzte behandeln in gemeinsamen Räumen ein gemeinsames Klientel und rechnen gemeinsam ab. Die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis wird im engeren Sinne als Gruppenpraxis verstanden, bei der die Ärzte gemeinsame Patienten haben und gemeinsam mit den Kassen abrechnen.

[41] Siehe dazu Starfield 1992: 92, 94, Tabelle 7.2. Population per Physician: United States, 1990. In den U.S.A. werden die Internisten und Kinderärzte auch als Primärärzte angesehen.

[42] Siehe Raffel/Raffel 1994: 62. Infolge der Autoren sind in den Vereinigten Staaten über 40% der Ärzte in der primären Gesundheitsversorgung tätig.

Versorgung.[43]

Eine typische Kooperationsform einer Gruppenpraxis primärärztlicher Versorgung in den Vereinigten Staaten ist die closed panel (Staff Modell) von den HMOs. Bei den closed panels sind Primärärzte, wie Hausärzte, Internisten und Kinderärzte, angestellt, d.h. die Primärärzte sind als Angestellte tätig, beziehen Gehälter und sind über ein Bonus-System am Erfolg der HMO beteiligt (vgl. Sommer 1992: 15), falls sie in den Gruppenpraxen der HMOs beschäftigt sind (Staff Model) (vgl. James Ill/Nash 1995: 268). Die Primärärzte übernehmen im „Staff Modell" keine Verantwortung für finanzielle Risiken.

Eine weitere Kooperationsform von Ärzten ist die sogenannte *prepaid group practices* (küntig PGP) als eine Art vom Group Model. Bei den Group Modell rechnen die Primärärzte die von ihnen erbrachten Leistungen nach der Kopfpauschale oder nach der Einzelleistungshonorierung ab, oder sie beziehen ein Gehalt.[44] Insofern die HMOs mit der prepaid group practices Behandlungsverträge abschließen und die Ärzte zum Teil nach dem Prinzip der Kopfpauschale vergütet werden(vgl. Sommer 1992: 16), sind die Ärzte verpflichtet, einen Teil des finanziellen Risikos mit zu tragen.

Der Leistungsumfang ist unterschiedlich, je nach dem welche Form von primärärztlicher Praxis vorliegt. Die Primärärzte, die entweder im Vertragsverhältnis oder im Angestelltenverhältnis mit HMOs stehen, müssen den Versicherten der HMOs sowohl akute als auch chronische und präventive Leistungen anbieten (vgl. James/Nash 1995: 267). Die Funktion der Ärzte als Gatekeeper ist nicht besonders ausgeprägt, da die Patienten einen freien Zugang zu den Spezialisten haben. Jedoch wurden immer

[43] Die beiden Programme Medicare und Medicaid wurden 1965 unter der demokratischen Regierung vom Kongress verabschiedet. Die Medicare bietet den über 65jährigen eine Krankenversicherung an. Sie besteht aus zwei Teilen. Teil A ist die Versicherung für die in einer Einrichtung (Krankenhaus, Pflegeheim) erbrachten medizinischen Leistungen und wird aus Lohnsteuern durch den Bund finanziert und verwaltet. Teil B ist eine zusätzliche freiwillige Versicherung für die auf ambulanter Basis erbrachten ärztlichen Leistungen und für gewisse Hilfsmittel. Sie wird zum größten Teil aus allgemeinen Steuern finanziert (im Jahre 1990 72% aus allgemeinen Steuern und 28% aus Prämien der Versicherten). Medicaid ist ein Programm zur Bezahlung der medizinischen Versorgung für bestimmte Kategorien und Familien, die Empfänger von Fürsorgeprogrammen sind, vor allem die Einelternfamilien, Alte sowie Invalide und Blinde. Die beiden Acts, der Deficit Reduction Act vom 1984 und der Omnibus Budget Reconciliation Act vom 1986, erweiterten den Klientelkreis des Medicaid, indem sie schwangere Frauen und die einkommensschwachen Zweielternfamilien mit Kindern mit einbezogen. Die Medicaid wird von Bund und Einzelstaaten gemeinsam finanziert.

[44] Vgl. Sommer 1992: 39 ff; siehe vor allem Tabelle 9 im Sommers Buch über die Methode der Entschädigung des Gatekeepers, S. 40.

wieder Versuche unternommen, die Funktion des Gatekeepers bei den Primärärzten zu verstärken bzw. zu fördern, wie z. B. durch Einschreibungsvorschriften, Überweisungsregelungen und finanzielle Anreize.[45] Die Leistungen, die in den Gruppenpraxen – sowohl in den closed panels als auch in den PGP - erbracht werden, sind bei den Hausärzten familienbezogen, aber nicht gemeindeorientiert. Damit ist eine kontinuierliche Versorgung unmöglich.

(4) Fundholders in England

Mittels einer Gesundheitsreform wurde seit Anfang 1991 an die GPFHs ins Leben gerufen. Sie setzen sich aus mehreren GPs als Primärärzte zusammen. Eine GPFH betreut seit dem 1. 1993 mehr als 7000 Patienten. Seit Anfang 1991 werden ihnen ein Budget vergeben,[46] mit dem sie für ihre Patienten die spezialisierten Leistungen sowie Krankenhausleistungen einkaufen dürfen und seit April 1993 sogar die kommunalen Gesundheitsleistungen. Den GPFHs wird zusätzlich ein Budget zugeteilt, mit dem sie die verschriebenen Medikamente für ihre Patienten einkaufen können.

Ein wesentliches Ziel des National Health Service seit seiner Etablierung ist der freie Zugang zu GPs. Die GPs wirken als selbständige Unternehmen und bieten den bei ihnen eingeschriebenen Patienten sowohl medizinische, sozialpsychologische als auch präventive und gesundheitsfördernde Leistungen an. Sie sind beauftragt, für die Patienten die notwendigen Krankenhausleistungen einzukaufen. „These covered Ophthalmology; ear, nose and throat; thoracic surgery; operations on the cardiovasculary system; general surgery; gynaecology; orthopaedics" (Glennerster/Matsaganis/Owens/Hancock 1994: 13-14).

Zu den Krankenhausleistungen gehört auch die Durchführung von Operationen, die mit einem stationären Aufenthalt verbunden sind. Darüber hinaus zählen auch alle

45 Siehe dazu Sommer 1992: 16 f; 39 ff..

46 Die ursprüngliche Vorstellung der Gewährung eines Budgets an die GPs zum Kauf der Leistungen von Krankenhäusern entstammt der Vorstellung von Alan Maynard, der für die Einführung des Marktmechanismus auf dem Gesundheitssektor plädierte. Nach seinem Besuch in den Vereinigten Staaten formulierte er eine Version der Health Maintenance Organizations. Unter dieser konzeptionellen Erneuerung wurden der Wettbewerb und die Budgetierung als zwei wesentliche Steuerungsmechanismen zur Regelung des Gesundheitssystems aufgewertet und als Lösungsstrategien von den Politikern akzeptiert und umgesetzt. Siehe dazu Glennerster/Matsaganis/Owens/Hancock 1994: 74 f..

ambulanten Leistungen und diagnostischen Tests - Bluttest, Urintest und Röntgen – dazu, die auf der ambulanten Basis im Krankenhaus durchgeführt werden.

Die General Practitioners (künftig GPs) kaufen für ihre Patienten auch gesundheitliche und soziale Leistungen von den kommunalen Gesundheitseinrichtungen ein. Zu den kommunalen Gesundheitsleistungen zählen die Distriktpflege, Gesundheitsbesuche, Fußpflege, Diätetik, alle kommunalen und ambulanten Gesundheitsleistungen, Gesundheitsberatung und Gesundheitsleistungen für Lernbehinderte (vgl. Glennerster/ Matsagnanis/ Owens/ Hancock 1994: 76). Der Leistungsumfang ist im Vergleich zu anderen Ländern umfassend. Die von den GPFHs erbrachten Leistungen werden nach wie vor über Steuern finanziert. Nur ein geringer Teil der erbrachten Leistungen wird aus den Versicherungsbeiträgen finanziert, da in England nur ein geringer Teil der Bevölkerung privat versichert ist.

Die an den GPFHs beteiligten Ärzte werden i.d.R. nach dem Prinzip der Kopfpauschale vergütet. Die Höhe des Budgets, die an GPFHs verteilt wird, ist abhängig von der Zahl der eingeschriebenen Patienten. Da die GPFHs ein Budget erhalten, tragen sie auch einen Teil des finanziellen Risikos. Die GPFHs übernehmen die Rolle des Gatekeepers, da die speziellen, vom Krankenhaus erbrachten Leistungen nur auf die Überweisungszuweisung der GPFHs erfolgen kann. Gleiches gilt auch für die Inanspruchnahme der kommunalen Leistungen. Der Grad der Familienbezogenheit der Leistungserbringung der GPFHs ist genauso hoch wie in den Niederlanden. Dagegen ist der Grad der Gemeindeorientierung nur mäßig.

(5) Polikliniken und Ambulatorien im Modell der ehemaligen DDR

Polikliniken existieren, als eine Form interdisziplinärer ambulanter Versorgung[47], allenfalls in sozialistischen Ländern, wo nach dem Modell der Sowjetunion die Gesundheitssysteme zentral verwaltet wurden. Typische Beispiele sind die Polikliniken

---

[47] Wie in der Bundesrepublik Deutschland wurde auch in der ehemaligen DDR statt des Begriffes Primärversorgung der Begriff ambulante Versorgung verwendet. Diese umfaßt alle in der BRD von niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen, also sowohl allgemeinmedizinische als auch fachspezifische Leistungen.

bzw. Ambulatorien[48] in der ehemaligen DDR, die den Bürgern hauptsächlich eine Grundbetreuung unter staatlicher Befugnis anboten.[49] Grundsätzlich wurden in der ehemaligen DDR drei Grundtypen von ambulanten Einrichtungen unterschieden: staatlich niedergelassene Arztpraxen, Ambulatorien und Polikliniken, die sich in zwei weiteren Arten untergliedern ließen, und zwar Polikliniken mit eingeschränktem Profil und vollprofilierte Polikliniken. Ambulatorien galten als kleinere Polikliniken, wo in der Regel drei bis fünf Fachrichtungen – vor allem die Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Stomatologie und Gynäkologie - tätig waren. Dagegen waren in den meisten Polikliniken mehr als fünf Fachrichtungen angegliedert (vgl. Volpp 1991: 7) - Internisten, Frauenärzte, Kinderärzte, Chirurgen und Allgemeinmediziner. Darüber hinaus verfügten die Polikliniken über ein Labor, eine Physiotheraphie, eine Röntgenabteilung, EKG sowie Zahntechnik. Meistens enthielten Polikliniken Beratungsstellen für die Bevölkerung und organisierten sogenannte Dispensairesprechstunden.[50] In den größten Polikliniken waren sogar bis zu 20 Fachrichtungen angegliedert (vgl. Wiesenhütter 1991: 22). Die größeren Polikliniken stellten Gesundheitszentren für Kreis- und Stadtgebiete dar. In sogenannten vollprofilierten Polikliniken waren ein Viertel bis die Hälfte der beschäftigten Ärzte Allgemeinmediziner. 10% der dort tätigen Ärzte waren Pädiater (Kinderärzte) und 5-8% waren jeweils Internisten und Chirurgen. In diesen Kliniken existierte pro Fachrichtung genau ein Arzt (vgl. Wiesenhütter 1991: 23). Im Laufe der Zeit waren ca. 65% der

---

[48] Das Ambulatorium als gesundheitliche Versorgungseinrichtung existiert seit den 20er Jahren dieses Jahrhunderts, also schon während der Weimarer Republick. Vor allem in Berlin wurden damals mehr als 30 Ambulatorien eingerichtet, um die Mitglieder der Krankenkassen zu betreuen. Sie galten als eigene Versorgungseinrichtungen der Krankenkassen und sorgten für die gesundheitliche Versorgung der Versicherten. Im Ambulatorium waren außer den praktizierenden Ärzten noch verschiedene Fachärzte tätig. Eine Gemeinschaftsarbeit zwischen verschiedenen Disziplinen wurde angestrebt. Überweisungen der Patienten an Fachärzte, die dort tätig waren, fanden statt. Die Kassenambulatorien sollten zweilei Aufgaben erfüllen: die individual-medizinische und die sozialhygienische Aufgaben. Der Leistungsumfang der im Ambulatorium anfallenden Leistung umfaßt die heilärztliche Versorgung, die Übernahme der in Betrieben beschäftigten Patienten, die Unterhaltung von medizinisch-physikalischen Instituten und die Durchführung von Fürsorgemaßnahmen. Die Einrichtung der Ambulatorien bedeutete für die nationalsozialistische Partei eine Sozialisierung, die zur Erreichung der marxistisch-politischen Forderung dienen konnte. (vgl. WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung 1981: 171, 431 f., 439 f., 461; vgl. Volpp, Kevin 1991).

[49] Siehe dazu Wiesenhütter 1991: S.22. In der ehemaligen DDR wurde die Gesundheitsversorgung in drei Stufen gegliedert. Die unterste Stufe galt der Grundbetreuung für alle Bürger, die sowohl in den kommunalen und betrieblichen Polikliniken bzw. Ambulatorien als auch in staatlichen und privaten Arztpraxen erbracht wurde. Die zweite Stufe umfaßte die spezialisierte Betreuung und schließlich stellte die hochspezialisierte Betreuung die dritte Stufe der Gesundheitsversorgung dar.

[50] Die in den Polikliniken tätigen Ärzte gehören verschiedenen Disziplinen an: Stufe I (Allgemein medizin, Stomatologie, Pädiatrie); Stufe II (innere Medizin, Gynäkologie, HNO, Ophtalmologie und andere); Stufe III (Urologie, Orthopädie, Dermatologie und andere).

ambulant tätigen Ärzte in Polikliniken beschäftigt,[51] dagegen waren rund 20% der Ärzte in den Ambulatorien tätig. Die Ärzte führten Gemeinschaftsarbeiten durch und benutzten gemeinsam die dort zur Verfügung stehenden Geräte und Apparaturen. 1989 gab es 615 Polikliniken in der DDR, darunter waren 122 Betriebspolikliniken. Entsprechend gab es 1030 Ambulatorien und davon waren 314 Betriebsambulatorien (vgl. Arnold/Schirmer 1990: 92 ff).

Die ambulante Versorgung in den Poliklinken war allen Bürgern zugänglich. Die Ärzte standen i.d.R.in einem Angestelltenverhältnis. Die in den Polikliniken anfallenden Leistungen wurden i.d.R. durch Versicherungsbeiträge im Rahmen der Sozialversicherung und Steuern in Form von Staatszuschüssen finanziert. Rund zwei Drittel bis drei Viertel der Gesundheitsausgaben wurden über Steuern finanziert (vgl. Wasem 1997: 70; Arnold/Schirmer 1990: 87 ff.).[52] Der angebotene Leistungsumfang in den Polikliniken galt als umfassend. Außer ärztlichen Leistungen wurden auch präventive, rehabilitative und soziale Leistungen angeboten. Darüber hinaus wurde besonders der Gesundheitsschutz für Mütter und Kinder hervorgehoben und politisch unterstützt. Es wurde damit eine ganzheitliche Versorgung angestrebt. Da die Ärzte im Angestelltenverhältnis in öffentlichen Einrichtungen tätig waren, trugen sie keine finanzielle Verantwortung.

Die Funktion der Ärzte als Gatekeeper erwies sich als mäßig, da die Allgemeinmediziner die Versorgung nicht effektiv erbringen konnten. Die meisten Bürger hatten ihre Hausärzte entweder in den Polikliniken oder in den staatlichen Arztpraxen. Die Rolle der Hausärzte wurde seit Anfang der 1980er Jahre gestärkt, um die Funktion des Gatekeepers zu stärken und damit die primärärztliche Versorgung zu verbessern. Es wurde versucht, durch die Verstärkung der primärärztlichen Versorgung die Kosten der Gesundheitsleistungen zu senken. Die ärztliche Versorgung wies einen niedrigeren Grad an Familienbezogenheit auf. Die Arzt-Patient-Beziehung erwies sich als schlecht (vgl. Düllings 1991: 19), da die Patienten aufgrund der häufigen Arbeitsausfälle ihrer Ärzte andere Ärzte aufsuchen mußten (vgl. Wasem 1997: 69). Der

[51] Siehe dazu Düllings 1991: 17.

[52] Die Finanzierung der Gesundheitsversorgung in der DDR erfolgt nach dem Brutto-Finanzierungsprinzip. Demnach wird der Gesamthaushalt des Ministeriums für Gesundheitswesen auf die Bezirke aufgeteilt, die ihren Anteil wiederum auf die Kreise umlegen, durch die schließlich der Haushalt für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen verteil wird.

Grad der Gemeindeorientierung der Poliklinik erwies sich ebenfalls als mäßig, da sie für die Gewährleistung der medizinischen Betreuung der Versicherten eines Wohngebietes oder eines Betriebes zuständig waren (vgl. Arnold/Schirmer 1990: 93).

Abbildung 2-2: Klassifikation der praktischen Formen der primärärztlichen Versorgung

CharaterChar Charakteristika Formen	Zugangsmög- Lichkeit der Patienten zu Primärärzten	Aufgabenbereich der primärärztlichen Versorgung	Status der Primärärzte	Finanzierungs- Weise
Gesundheitszentren *(Finnland und Schweden)*	gewährleistet	umfassend	Angestellte	Steuer
Solopraxen *(Niederlande)*	gewährleistet	umfassend	Selbständige Unternehmen	Beiträge
Gesundheitspraxen unter dem Modell- HMOs *(Vereinigten Staaten)*	gewährleistet nur für Versicherungs- Berechtigte	teilweise mittlerer Grad, teilweise umfassender Grad	entweder als Angestellte oder Als selbständige Unternehmer	Beiträge und Selbstbeteiligung
Fundholders *England*	gewährleistet	umfassend	Selbständige Unternehmen	Steuer
Poliklinik im Modell der ehemaligen *DDR*	gewährleistet	umfassend	Angestellte	Steuer (66%- 75%) und den Rest durch Beiträge

Eigene Darstellung

Fortsetzung von Abbildung 2-2

Vergütungsweise der erbrachten Leistungen	Beteiligung des Arztes am finanziellen Risiko	Die Rolle des Gatekeeper	Ärzte als Advokaten der Patienten	Familienbezogenheit Und Kontinuität Gemeindeorien-Tierung
Gehälter	nicht	stark in Finnland; mäßig in Schweden	mäßig	mäßige Familienbezogenheit; hoche Gemeindeorientierung
Fallpauschale und Einzelleistung	nicht	stark	hoch	hoche Fammilenbezogenheit; mäßige Gemeindeorientierung
Fallpauschale und Einzelleistung	Ja	mäßig	mäßig	hoche Familien-bezogenheit für Hausärzte und niedrige Familienbezogenheit; die andere Mediziner; Gemeindeorientierung ist allgemein niedrig
Fallpauschale (copitation)	Ja	stark	hoch	hoche Familienbezogenheit; mäßige Gemeindeorientierung
Gehälter	nicht	mäßig	niedrig	niedrige Familienbezogenheit; mäßige Gemeindeorientierung

Kapitel 3 Die Strukturmerkmale der allgemeinmedizinischen Versorgung (General Practitioners, GPs) in England

3.1 Grundzüge der Gesundheitsversorgung im Rahmen des National Health Service (NHS)

Bevor auf de politischen Entwicklung und die Gestaltung der Gesundheitsversorgung in England eingegangen wird, soll zunächst zweierlei angemerkt werden. Zum einen ist zu beachten, daß bei der Analyse der britischen Gesundheitsversorgung nur auf die Versorgung im Rahmen des „National Health Services“ (künftig NHS) eingegangen wird, der nach wie vor als wesentlicheste institutionelle Einrichtung der Gesundheitsversorgung in Großbritannien, vor allem in England, gilt. Unter dessen Gesundheitsschutz stehen über 90% der britischen Bevölkerung. Zum anderen ist zu berücksichtigen, daß sich der Beobachtungszeitraum der britischen Gesundheitsversorgung von 1990 bis Mitte 1999er streckt. Die Weiterentwicklung des NHS ab Mitte 1999 bis heute wird also nicht berücksichtigt.[53]

Im folgenden wird in Abschnitt 3.1 zunächst die Politikentwicklung in bezug auf den NHS skizziert. Zweitens werden in Abschnitt 3.1.2 die Grundzüge des NHS behandelt, wobei im wesentlichen die Versorgunsleistungs- und Regelungsstruktur dargestellt werden. Des weiteren wird im zweiten Abschnitt schwerpunktmäßig auf die primärärztliche Versorgung im Rahmen des NHS eingegangen. In Abschnitt 3.3 wird die politische Entscheidungsstruktur in der britischen primärärztlichen Versorgung verdeutlicht. Schließlich werden im letzten Abschnitt die gegenwärtigen Probleme im Bereich der primärärztlichen Versorgung erörtert.

---

[53] Allerdings wurde das wesentliche politische Konzept der Labour Regierung, das sich auf die Ablösung des Wettbewerbs durch Kooperation und Partnerschaft und die Ablösung des Internen Marktes durch integrierte Versorgung (integrated care) einstellte, bereits 1998 mittels der Umsetzung der primären Versorgungsgruppen („primary care groups“) teilweise durchgeführt. Die Primary Care Groups sollen in Zukunft die Commissioning Funktion der GPFHs und der Health Authorities ablösen.

3.1.1 Kurzer Abriß der Politikentwicklung der Gesundheitsversorgung

(1) Partielle Inklusion der Bevölkerungsgruppen in die Krankenversicherung zu Beginn des 20. Jahrhunderts

Zwischen 1900 und 1915 setzte sich in Großbritannien zum ersten Mal eine Sozialgesetzgebung durch, wodurch die grundlegenden Gestaltungsgebilde der britischen sozialen Sicherheitsnetze etabliert wurden (Vgl. Döhler 1990: 71 ff). Wie in den Niederlanden, wurde in England die Krankenversicherung bereits 1913 im Rahmen des NHI unter der Leitung von Lloyd George in der Amtszeit der Liberalen Regierung eingeführt. Diese Krankenversicherung gewährleistete den Arbeitern einerseits Geldleistungen im Falle der Arbeitsunfähigkeit und andererseits auch private Gesundheitsleistungen.[54] Sie wurde von den „Approved Societies“[55] verwaltet. Daran wird deutlich, daß zu jener Zeit nur berufsspezifische Bevölkungsgruppen (manual workers) in den NHI einbezogen wurden.

Die berechtigten Leistungen der Krankenversicherung im Rahmen des NHI beschränkten sich nur auf GPs Leistungen, die durch das „lokale Versicherungskomittee“ verwaltet und auf der zentralstaatlichen Ebene von der neugegründeten „National Health Insurance Commission“ überwacht wurden. Dagegen wurden die von den Krankenhäusern und von den Spezialisten erbrachten Leistungen im Rahmen des NHI nicht gewährleistet. Die Finanzierung dieser Krankenversicherung erfolgte zum Großteil durch Beiträge, die zu 40% von den Versicherten und zu jeweils 30% von den Arbeitgebern bzw. durch einen Staatszuschuß aufgebracht wurden. Während 1911 nur 27% der Bevölkerung gegen Krankheit abgesichert waren, waren bis 1938 43% der Bürger gegen Krankheiten versicher (vgl. Allsop 1995: 22). 1919 wurde das Gesundheitsministerium eingerichtet, das sämtliche Aufgaben des „Local Government Board“ (künftig LGB) und der NHI-Commission übernahm.

Eine, alle Bürger miteinbeziehende Krankenversicherung blieb bis zur Mitte der 40er Jahre noch aus. Eine solche Krankenversicherung wurde erst 1948 gemäß dem National

[54] Siehe dazu Allsop 1995: 20.

[55] Approved Societies konnten von Gewerkschaften, Friendly Societies, Versicherungsunternehmen oder Ärzten gegründet werden und fungierten damals als Verwaltung der Versicherungsgeschäfte der Krankenversicherung im Rahmen des National Insurance Act.

Health Service Act (künftig NHSA), innerhalb dessen Rahmen sich die heutige Gesundheitsversorgung Englands vollzieht, verwirklicht. Der NHS basiert auf dem kollektiven, umfassenden (in bezug auf den Leistungsumfang), universalen Prinzip, dem Prinzip der Gleichheit und schließlich dem Prinzip der professionellen Autonomie (vgl. Allsop 1995: 28 ff.).

(2) Vollständige Inklusion der Gesamtbevölkerung in die Krankenversicherung und der NHS seit 1948

Eine Ausdehnung der staatlichen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung erfolgte nach der Einführung des NHS. Diese Ausdehnung ist auf zwei politische Sachverhalte zurückzuführen. Zum einen wurde aufgrund der von der Regierung beauftragten Untersuchung im Report des Dawson Committees[56] vorgeschlagen, staatlich eine Vollbeschäftigung zu garantieren und eine kostenlose Gesundheitversorgung für alle Bürger einzuführen. Zum anderen stimmte die Ärzteschaft der Forderung zu, daß ein freier Zugang zur medizinischen Versorgung für jedermann gewährleistet werden sollte und dies einen stärkeren Staatseingriff in die Gesundheitsversorgung erforderlich macht (vgl. Döhler 1990: 84). Vor diesem Hintergrund sollte nach dem „Beveridge-Report on Social Insurance and Allied Service“ von 1942[57] die Gesundheitsversorgung nach dem Universalitätsprinzip[58] gestaltet werden, d.h. alle Bürger haben Anspruch auf gesundheitliche Leistungen. Außerdem sollte die Gesundheitsversorgung nach dem Solidaritäts- und Gleichheitsprinzip gestaltet werden (vgl. Allsop 1995: 28 f.). Die Finanzierung der Leistungsinanspruchnahme sollte dementsprechend sozial abgesichert werden, und damit erfolgte auch ein sozialer Ausgleich im Sinne des Risikoausgleichs im Rahmen des NHS. In bezug auf das Gleichheitsprinzip ist eine gleiche Zugangschance zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung für alle Bürger zu gewährleisten. So meinte der damalige Labour-Gesundheitsminister *Bevan*:

---

[56] Das Dawson Committee wurde 1919 eingerichtet, um Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung einzubringen.

[57] The Beveridge Report and the Role of Health Service in the “Report on Social Insurance and Allies Services”, Cmnd 6404, HMSO, London, paras 426 f..

[58] Siehe dazu The 1944 White Paper: An Account of the Inadequacies of existing Health Services, S. 6 ff..

“We have got to achieve as nearly as possible a uniform standard of service for all - only with a national service can the state ensure that an equally good service is available everywhere.” (Bevan, A. 1946).

Besonders auf diesen beiden Prinzipien wurde der NHS, der aufgrund des 1946 verabschiedeten NSHA unter der Leitung des Labour-Gesundheitsministers *Bevan* eingeführt wurde, gestaltet. Der NSHA räumte allen registrierten Bürgern in Großbritannien einen Rechtsanpruch auf freie medizinische und gesundheitliche Versorgung ein. Seit jener Zeit werden in England alle Bürger gegen Krankheitsfälle versorgt. Somit vollzog sich ein Inklusionsprozeß, der die vollständige Sozialisierung der Finanzierung zugleich implizierte und allen Bürgern die Zugangschance zu gesundheitlichen Leistungen gewährleistete. Die Verstaatlichung des Krankenhaussektors im Rahmen des NHS stellte „einen technokratischen Rationalisierungsprozeß“ dar, mit dem der Staat das Effizienzproblem in der Gesundheitsversorgung zu lösen versuchte (vgl. Döhler 1990: 86).

Seit der Etablierung des NHS im Jahr 1948 erfuhr die Gesundheitsversorgung in England keine tiefgreifende Umstrukturierung, mit Ausnahme der Umstrukturierung der Verwaltungsorganisation in den 70er und 80er Jahren. Das Ziel dieser Umorganisation des NHS Verwaltungssystems zwischen 1970 und 1980 war, durch die Koordination bzw. die Verzahnung der tripartistischen Versorgungsstruktur, also der primärärztlichen, spezialisierten und stationären Versorgung[59] und schließlich der Gemeindegesundheitsdienste (community health services), die Effizienz, die Produktivität und die Leistungsergebnisse zu verbessern. Dadurch wurde zugleich eine Reduzierung der Warteliste angestrebt (vgl. Klein/Day 1999: 285; Alber 1992: 551). Vor allem wurde die Profession „Generaldirektor“ gemäß dem „Griffiths Report“ seit 1983 eingeführt und in die Verwaltungsebene eingegliedert. Diese Spitzenmanager forderten die professionelle Autonomie der Ärzte heraus und lösten damit die Unzufriedenheit der Ärzte und der ihre Interessen vertretenden „Royal Colleges“ aus. Die zwischen 1970 und 1990 umgesetzte Strukturreform der Organisation des NHS griff im Prinzip nicht in die Gesundheitsversorgung ein,[60] abgesehen von der

[59] Siehe dazu Döhler 1990: 108 ff..
[60] Siehe dazu den Abschnitt 3.1.2.2 über die Verwaltungsweise des NHS.

Intervention in die Verwaltungsebene, so daß die Leistungserbringung bis Ende 1991 unberührt blieb.

(3) Etablierung des internen Marktes seit 1991 - zur Förderung effektiverer und wirksamerer Gesundheitsversorgung

Die Gründe für die 91er Gesundheitsreform läßt sich auf folgende drei Denkströmungen zurückführen, die nach der Machtübernahme der konservativen Partei im Jahr 1978 zutage getreten sind. Zuerst wurde die liberale Ideologie und die damit verbundene Vorstellung der Privatisierung wieder belebt. Die in jener Zeit auftauchenden finanziellen Knappheiten in Gestalt der Finanzkrise trugen in zunehmendem Maße zur Akzeptanz der liberalen Vorstellung in den britischen politischen Arenen bei. So wurden seit Anfang der 80er Jahre eine Reihe von Maßnahmen zur Privatisierung staatlicher Unternehmungen ergriffen, um die Wirschaft wieder konkurrenzfähig und effektiv zu machen. Damit ging auch das Phänomen der Deregulierung in den gesellschaftlichen Bereichen, wie Wohn-, Bildungs- und Gesundheitspolitik einher.

Die zweite Denkströmung bezieht sich auf die Manageralisierung der Verwaltung und der Geschäftsführung, die die Umorganisierung der Verwaltungsstruktur des NHS in den 80er Jahren prägte. Schließlich erhielt die Vorstellung des internen Marktes ebenfalls breite Akzeptanz unter den Politikern (Vgl. Appleby 1999: 307). Die Gesundheitsreform ist gerade vor diesem Hintergrund zustandegekommen. Zunächst wurde 1989 dem Parlamrnt das White Paper „Working for Patients" als gesetzlicher Entwurf zur Reform des bisherigen NHS vorgelegt. Gemäß diesem Entwurf sind die Ziele dieser Reform auf die Idee des Gesundheitsökonomen *Enthoven* zurückzuführen, der einerseits besagt, daß der interne Markt innerhalb des Bereiches des Gesundheitswesens zu ermöglichen bzw. zu errichten sei. Andererseits sei eine patientenorientierte, bedarfsbefriedigende Versorgung qualitativ zu gewährleisten (vgl. The Patient Charter von 1992). Mittels dieser Gesundheitsreform sollte zwei weitere normative Kriterien verwirklicht werden: die Wirtschaftlichkeit und die Wirksamkeit (Qualitätssicherung).

Als Hauptstrategie zur Erreichung der Ziele der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit wurde der Marktmechanismus eingeführt, der eine Trennung zwischen selbständigen

Leistungsanbietern (providers) und –einkäufern (purchasers) schaffen sollte. Auf der Angebotsseite sollte sich ein Wettbewerb herausbilden. Die Krankenhäuser und die kommunalen Gesundheitseinrichtungen entzogen sich seit 1991 der Kontrolle der „District Health Authorities" (künftig DHAs). Sie konnten im späteren Zeitraum selbstregulierende NHS-Trusts[61] werden und gelten nach wie vor als Hauptanbieter des NHS. Bis 1997 sind alle Krankenhäuser und Gemeindegesundheitsdienste NHS-Trusts geworden.

Des weiteren wurde die Einrichtung von Gruppenpraxen, also GPFHs[62], gefördert. Die GPHFs sind Leistungsanbieter wie Leistungsnachfrager in dem Sinne, daß sie für ihre Patienten stationäre und spezielle Leistungen und Gemeindegesundheitsdienste einkaufen. Sie entsprechen den HMOs in den Vereinigten Staaten. Schließlich gelten die „Health Authorities/Commissions" (künftig HAs)[63] als weitere Käufer der Gesundheitsleistungen im NHS. Die HAs setzen sich aus DHAs und „Family Health Services Authorities" (künftig FHSAs) zusammen. Bisher gibt es in England 90 Health Authorities bzw. Health Commissions. Sowohl stationäre Leistungsanbieter, wie Krankenhäuser und Gemeindegesundheitseinrichtungen, als auch die GPs in Gestalt von GPFHs tragen seit der 91er Reform das finanzielle Risiko bzw. die finanzielle Verantwortung. Dadurch soll das Kostenbewußtsein der Anbieter gefördert und somit die Wirtschaftlichkeit erhöht werden. Auf die finanzielle Verantwortung der GPFHs wird erst in Abschnitt 3.2.2.4, Punkt (1) eingegangen.

Darüber hinaus sollte der Marktmechanismus in Form des internen Marktes sowohl im stationären Sektor als auch im Sektor der hausärztlichen ambulanten Versorgung eingerichtet werden. Durch die Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern ist beabsichtigt, vor allem bei den Krankenhäusern und den Anbietern der gemeindenahe Gesundheitsversorgung (community health care), die Qualität und Effizienz zu fördern. Bis 1997 wiesen noch keine aussagekräftigen Angaben auf die Erreichung der Ziele Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit hin. Trotzdem griff die Labour Party nach ihrem Amtsantritt 1997 in die Organisationsform der primärärztlichen Versorgung ein, auf

61 Siehe dazu DoH (1989c): Working for Patients, Self-governing Hospitals, Working Paper 1.

62 Siehe Abschnitt 2.3.2, (4).

63 Bei einigen Texten wird die Bezeichnung „District Health Authorities" verwendet. In der vorliegenden Arbeit wird die Bezeichnung „Health Authorities (HAs)" verwendet, um die Gesundheitsbehörde in England nach 1994 zu verdeutlichen. Siehe dazu den Health Authorities Act 1995.

deren Analyse die vorliegende Arbeit verzichten wird.[64] Dennoch bleibt die Gestaltung von GPHFs bis heute unberührt. Nur die Formen der GPFHs nehmen unterschiedliche Gestalt an.

3.1.2 Grundzüge des NHS in England

3.1.2.1 Leistungsstruktur

Außer der Sozialisierung der Krankheitsrisiken trug der NHS zur weiteren Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung bei. Seit 1948 bestehen in England dreigliedrige Versorgungsstufen. Zuerst wurde der Krankenhaussektor als erste Versorgungsstufe durch die Errichtung des NHS verstaatlicht; und die Krankenhausärzte waren somit als Angestellte in den Krankenhäusern tätig. Die Krankenhäuser sind zuständig für die stationäre und fachärztliche Versorgung, sie bieten in geringem Maße auch ambulante Leistungen an. Die zweite Versorgungsstufe stellen die Gemeindegesundheitsdienste dar. Bis 1974 wurden die gemeindenahen Gesundheitsdienste durch den kommunalen Haushalt finanziert; seit 1974 werden sie auch im Rahmen des NHS durch Steuermittel finanziert (vgl. Alber 1992: 535). Zu den Leistungsanbietern der Gemeindegesundheitsdienste zählen u.a. die Gemeindeschwestern und -hebammen, die Gesundheitsbesucher (health visitors), die gemeindenahen Psychiater, die therapeutischen Dienste. Gemäß dem Cumberledge Report wurden die Funktionen der Gemeindeschwestern bzw. -pflegekräfte in der Gesundheitsförderung und Prävention sowie in der Unterstützung der Alten und der Behinderten in der Gemeinde verstärkt.[65]

Ebenso wie der Krankenhaussektor werden die Gemeindegesundheitsdienste in England

[64] Mit der Veröffentlichung des White Papers „The New NHS: Modern and Dependable" im Dezember 1997 wurde die Politikvorstellung der Labour Regierung bekanntgegeben, das Konzept vom internen Markt in der Zukunft durch die neue „integrierte Versorgung" zu ersetzen. So sollten die Gruppen von GPs als lokale auftragsgebende Gruppen den internen Markt ersetzen. Dennoch wollte die Labour-Regierung die Separation zwischen Anbietern und Käufern weiter aufrechterhalten. Die HAs sollen in Zukunft die Aufgabe der Qualtitätsüberprüfung und die Bedarfsgerechtigkeit der Einwohner des Einzugsgebietes verstärken und strategisch vorgehen. Dadurch, daß die HAs die strategische Rolle durchführen, sollte die Fragmentierung, durch die der interne Markt gekennzeichnet ist, überwunden werden. Vor diesem Hintergrund sollen in Zukunft die Primary Care Groups errichtet werden. Siehe dazu auch Gilley 1999: 168 f..

[65] Siehe DoH 1987: Promoting Better Health, S. 3.

von den unter Kontrolle der Zentralregierung stehenden Gesundheitsbehörden verwaltet. Bis 1997 wurden alle Krankenhäuser und gemeindenahen Gesundheitsdienste in die NHS Trusts transformiert, erhalten seitdem einen eigenständigen Status und dürfen über die ihnen zugeteilten Budgets frei verfügen. Sie sind heute selbständige Anbieter der Gesundheitsleistungen und unterstehen dem Gesundheitsministerium.

Während sich die Krankenhäuser auf die stationäre Versorgung beschränken, bleiben allein die niedergelassenen GPs und andere familiare medizinische Praktizierende („family practitioners services" (künftig FPS))[66] als dritte Versorgungsstufe für die ambulante Versorgung zuständig. Hierzu zählen Zahnärzte, Pharmazeuten, Augenärzte und Optiker. Sie bleiben durch ein Vertragsverhältnis bzw. einen Versorgungsvertrag an den NHS gebunden (vgl. Levitt/Wall/Appleby 1995: 89-92).[67]

3.1.2.2 Institutionelle Arrangements

Bei der Erläuterung der institutionellen Arrangements des NHS werden sechs Aspekte in Betracht gezogen: die Finanzierungsweise, die Leistungserbringungsregelung, die Preisbildungsweise, die Kostenkontrollinstrumente, die Qualitätssicherungsweise und die Verwaltungsgestaltung. Im folgenden wird die Gestaltung der jeweiligen Steuerungsinstrumente aufgezeigt.

(1) Finanzierungsweise

Die Ausgaben für die Gesundheitsleistung im Rahmen des NHS werden i.d.R. zum großen Teil durch die Steuereinnahmen finanziert; der Rest wird durch die Beiträge der National Insurance und Selbstzuzahlung der Patienten gedeckt. Die Aufteilung der Finanzierung des NHS sieht wie folgt aus: Für das Jahr 1992 waren 79% der Ausgaben durch Steuermittel abgedeckt; 16% durch die nationalen Versicherungsbeiträge und 6%

---

66 Die FPSs bilden zusammen mit den gemeindenahen Gesundheitsdiensten die sogenannten „primary health care services" in England; siehe dazu The White Paper „Promoting Better Health" (1987).

67 Es findet sich ein weiterer Versorgungszweig, der für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig ist und der der Kontrolle der Kommunalbehörde unterliegt. Zu den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes zählen Hygienemaßnahmen, Seuchenbekämpfung (Health Public Act 1848), schulmedizinische Dienste (Education Law 1907) und die häusliche Betreuung für jüngere Mütter und Kinder (1918 Maternity and Child Welfare Act, 1936 Midwifes Act).

wurden schließlich durch Selbstbeteiligung und sonstige Zahlungen getragen (vgl. Allsop 1995: 74).

Die Verteilung der Finanzmittel wurde durch die 91er Gesundheitsreform gravierend geändert. Herkömmlich wurde ein Budget von dem „Department of Health" (künftig DoH) über die „Regional Health Authorities" (künftig RHAs) und DHAs an die Krankenhäuser verteilt. Die 1991 eingeführte Reform schuf die indirekte Verteilung des Budgets an die Krankenhäuser ab und statt dessen leitet das DoH das Budget an die HAs weiter, mit der die HAs stationäre Gesundheitsleistungen und spezielle Leistungen der NHS Hospital Trusts als Anbieter einkaufen. Das gleiche gilt für die Finanzierung der von NHS-Trusts für Gemeindegesundheitsdienste erbrachten Leistungen (vgl. Cook 1996: 61 ff.; 66 f.). Hingegen wird den neugegründeten GPFHs ein Budget zugeteilt, mit dem sie für ihre Patienten notwendige stationäre und gemeindenahe Gesundheitsdienste einkaufen können. Auf die Finanzierung der GPFHs wird im Abschnitt 3.2.2.3 näher eingegangen.

(2) Regelungen zur Leistungserbringung

Die Leistungserbringung im Rahmen des NHS wurde bis zur Gesundheitsreform 1991 stark vom Staat zentral organisiert. Die Kontrolle der stationären Leistungsversorgung durch den Staat erfolgte durch die mengenmäßige Planung der Kapazität der Leistungen in Form der Kontrolle der Bettenzahlen und der Anzahl des Personals (vgl. Rothgang 1994). Die Reform von 1991 schaffte diese Staatseingriffe ab und beauftragte die Leistungsanbieter, wie z.B. die Krankenhäuser und die Gesundheitseinrichtungen der Gemeinden als NHS-Trusts, die Kapazität selbst zu bestimmen. Mittels der Einführung des „internen Marktes" sollen die NHS-Trusts miteinander um die Einkäufer konkurrieren. Damit verbunden erfolgte ein regulierter Wettbewerb (managed competition) in der Leistungsversorgung. Spezielle Leistungen dürfen nur aufgrund der Überweisung der GPs in Anspruch genommen werden, wie es in den Niederlanden der Fall ist. Auch die Krankenhäuser unter sich konkurrieren um die Einkäufer (GPFHs und GPs). Die Leistungserbringung im Sektor der ambulant-primärärztlichen Versorgung unterlag von Anfang an der staatlichen Regelung; diese umfaßt jedoch nicht die Menge der von den Hausärzten erbrachten Leistungen, sondern betrifft hauptsächlich das

Überweisungsverhalten und die Registrierung der Patienten bei den Ärzten.[68] Daraus läßt sich schließen, daß der dominierende Mechanismus zur Regelung der Leistungserbringung in England zur Zeit der interne Markt ist.

(3) Preisbildung und Kostenkontrolle

Die Preise englischer Gesundheitsleistungen unterliegen gewöhnlich der staatlichen Regulierung und zwar im Sinne eines Budgets, das gemeinsam vom Gesundheitsministerium und Finanzministerium (Treasury) abgestimmt und nach den üblichen Streichungen in den Etatberatungen, die zwischen dem Kabinett und dem Parlament stattfinden, vom Parlament bewilligt werden (vgl. Alber 1992: 560 f.) Der Budgetierungsprozeß verlief bis 1960 von unten nach oben; seitdem läuft der Budgetierungsprozeß von oben nach unten. Ein Ausschuß des Kabinetts, das „Public Expenditure Survey Committee" (PESC) (vgl. Alber 1992: 561), erarbeitet zuerst eine ressort-übergreifende Finanzplanung für mehrere Jahre, die dem Kabinett übermittelt wird. Daraus erstellt das Kabinett den Haushaltsplan der Regierung für das kommende Finanzjahr (vgl. Rothgang 1994: 535-541).

Das festgelegte Budget gliedert sich in drei große Ausgabenbereiche, nämlich in den Bereich der Krankenhäuser und der Gemeindegesundheitsdienste, in den ambulanten Sektor und in diverse zentralstaatliche Dienste. Nachträgliche Zuschläge zur Deckung der Defizite sind nur für den Bereich der Krankenhäuser und der Gemeindegesundheitsdienste vorgesehen (vgl. Alber 1992: 562). Die Ausgaben dieser Bereiche entsprechen ca. 70% der gesamten Gesundheitsausgaben. Die Ausgaben für den ambulanten Sektor bzw. die FPS gelten als nachfragegesteuert und bleiben ungedeckt. Sie belaufen sich auf ungefähr 22 bis 25% der Gesamtausgaben.[69]

Um die regionale Ungleichverteilung der medizinischen Versorgung abzubauen und eine bedarfsorientierte Umverteilungspolitik zu verwirklichen, wurde seit 1975 eine „Resource Allocation Working Party" (RAWP) eingesetzt. Diese legte einen Verteilungsschlüssel fest, der sich an den Indikatoren der regionsspezifischen

[68] Auf die Regelungen der hausärztlichen Versorgung wird in Abschnitt 3.2.2 näher eingegangen.
[69] DoH 1987: Promoting Better Health, S. 7.

Bedürfnisse - der Bevölkerungszahl und –struktur sowie Morbiditäts- und Mortalitätsraten - orientierte (vgl. Alber 1992: 566; Allsop 1995: 75). Die Regionalbehörden verteilten die ihnen zugeteilten Mittel nach einem der RAWP-Formel entsprechenden Verfahren auf die einzelnen Distrikte. Nach der Gesundheitsreform von 1991 wurde die alte RAWP durch eine ähnliche Formel, die „weighted capitation formula", ersetzt. Diese soll die Anzahl der Einwohner und die Bedürfnisse der Einwohner bestimmter Regionen berücksichtigen (vgl. Levitt./Wall/Appleby 1995: 115). Unter dieser Formel sollen die „Regional Offices", die die RHAs ab 1995 abgelöst haben, und HAs als neue Gesundheitsbehörden die ihnen zugeteilten Budgets an die Einrichtungen der Gesundheitsdienste, wie NHS- Trusts, als Bezahlung für die eingekauften Leistungen weiterreichen (vgl. Cook 1996: 61 ff. ; Levitt/Wall/Appleby 1995: 115 f.).[70]

Die Gehälter einzelner Berufsgruppen unterscheiden sich voneinander. Die Honorare, sowohl für die Fachärzte (consultants) als auch für die Hausärzte, werden von den Mitgliedern der unabhängigen Review Bodys aufgrund „Eingaben" (politischer Bestimmungen) (Alber 1992: 591) des Ministeriums und der Ärzteschaft als den Vertretern der Leistungsanbietern entschieden. Für nicht-ärztliche Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen sind die Gehälter (Preise) i.d.R. durch nationale Tarifverhandlungen zustandegekommen (vgl. Alber 1992: 564). Das Besoldungsniveau und die Arbeitsbedingungen der nicht-professionellen NHS-Bediensteten werden in sog. Whitely Councils entschieden. Die Whitely Councils sind gruppenspezifische Verhandlungsgremien, in denen sich Beamte des Ministeriums und der HAs als Verteter des Staates und über 40 Verbände und Gewerkschaften als Vertreter der nicht-professionellen NHS-Bediensteten repräsentieren (vgl. Döhler 1990: 163; Rothgang 1994: 526-534). Ein „General Whitely Council" ist für allgemeine arbeitsrechtliche Fragen zuständig. Die festgelegten Preise für medizinische Leistungen und die verhandelten Besoldungsniveaus gelten als prospektive Budgetierungen. Durch die prospektive Budgetierung verfügt die Regierung über ein wirksames Instrument zur Kostenkontrolle (vgl. Alber 1992: 562). Als zusätzliches Instrument zur Kostenkontrolle gilt das System der Finanzüberprüfung des NHS (vgl. Alber 1992: 568

---

70 Vermutlich werden später die Budgets von dem DoH an die HAs und GPFHs aufgrund der modifizierten "weighted capitation formula" direkt verteilt; siehe dazu Levitt/Wall/Appleby 1995: 115 f..

f.). Das White Paper von 1989 sieht eine neue Prüfung durch die unabhängige Audit Commission vor, nach dem die Finanzvorgänge überprüft werden.

(4) Instrumente zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität

Das erste Instrument zur Prüfung und Evaluation der professionellen medizinischen Leistungen stellt das „medical audit“ (medizinische Prüfung) dar (vgl. Allsop 1995: 85 f.). Das 1989 veröffentlichte White Paper „Working for Patients“[71] erklärt, daß die Ärzte aufgefordert sind, am medical audit teilzunehmen. Medical audit ist wie folgt definiert: “the systematic critical analysis of the quality of medical care, including the procedures used for diagnosis and treatment, the use of resources, and the resulting outcome and quality of life for the patient” (DoH 1989g: 30).

Zur Prüfung der medizinischen Qualität werden Prüfungsstandards auf der lokalen Ebene festgesetzt. Resultate der medizinischen Prüfung werden in Form von „aggregate audit data“ aufgestellt und den Nachfragern bzw. Bürgern zur Verfügung gestellt, so daß ein Vergleich zwischen den Anbietern möglich wird. Die Patienten können aufgrund dieses Vergleichs frei die Ärzte wählen. Dadurch wird der Wettbewerb zwischen den GPs verstärkt.

Vor der Veröffentlichung der „Working for Patients“ gab es die spezifische Prüfung für die pflegerischen Leistungen und die Geburtshilfe, das sog. „nursing audit“ (die pflegerische Prüfung). Im Unterschied zum medical audit wird die nursing audit i.d. R. von den Pflegemanagern durchgeführt, anstatt durch eine „peer group“, wie im Falle der medizinischen Prüfung (vgl. Ranade 1994: 107).

Das zweite Instrument zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsleistungen stellt der Vertragsabschluß zwischen den Leistungsanbietern und den Leistungsnachfragern dar, der ab 1991 durch die Errichtung des internen Marktes und die Separation zwischen Anbietern und Einkäufern herbeigeführt wurde (vgl. Ranade 1994: 109). Bei der Verhandlung des Vertrages werden die Qualitätsstandards und die Ziele (targets) der Qualitätssicherung ausgehandelt. Bei der Formulierung bzw. der Spezifizierung der

[71] DoH 1989g: Working Paper 6.

Qualitätsstandards, wie bei der Spezifizierung der Qualität der NHS-Trusts,[72] sollen die HAs als Käufer die Konsumenten und die GPs zu Rate ziehen, um ihre Prioritäten in bezug auf die balancierte Ressourcenverteilung zu Gunsten der spezifischen Gruppen und einen Ausgleich zwischen verschiedenen Leistungsarten wie Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung und Pflege zu schaffen (vgl. Ranade 1994: 110). Die Partizipation der Patienten oder ihrer Vertretungsorgane, die „ommunity Health Councils" (künftig CHCs), an der Qualitätsplanung und an den Regelungsgruppen soll den Qualitätsstandards und den Bedürfnissen der Patienten mehr entsprechen, um damit eine stärker bedarfsgerechte Qualitätssicherung zu erfüllen (vgl. Ranade 1994: 110 f.). Bei Verstößen gegen die vereinbarten Standards laufen die Anbieter Gefahr, den Vertrag zu verlieren. Dadurch werden die Anbieter gezwungen, dem Vertrag entsprechend effektive und effiziente Leistungen zu erbringen.

Die meisten Instrumente zur Qualitätssicherung und der Förderung der Wirtschaftlichkeit im Rahmen des NHS wurden in den 80er Jahren eingesetzt. Im folgenden werden vier weitere Instrumente zur Förderung der Wirtschaftlichkeit oder der Qualität der Leistungserbringung vorgestellt. Eines dieser Instrumente stellt der Einsatz von „performance indicators" (vgl. Birch/Maynard 1988: 51 f.; Allsop 1995: 81) dar, der seit 1981 erfolgt. Das Ziel des Einsatzes von PIs ist:

"Performance indicators are comparative statistics on the levels of activity and use of resources at district health authority and hospital level which are produced by the Department of Health & Social Security on a functional basis covering clinical activity, manpower, finance and estate management… This information enables district managers to compare the district`s position with the position of other districts and hospitals" (Birch/Maynard 1988: 51).

Die perfomance indicators werden i.d.R. zum Vergleich der Versorgungsergebnisse (performances) verschiedener Distrikte vergewendet. Außerdem sind die perfomance indicators als externe Leistungsüberwachung und Informationen für interne Evaluation verwendet worden (Birch/Maynard 1988: 55). Die RHAs legten für die Evaluierung der

[72] Als häufig angewendete Methode zur Setzung von Standards in bezug auf die Qualität in Krankenhäusern gilt das sog. „Total Quality Management" (TOM). Das TOM, als ein praktischer Ansatz für die Gesundheitsversorgung, ermöglicht einem Krankenhaus/Unit Trust seine Kapazität zu verbessern, um den Anforderungen der Patienten durch ein koordiniertes Programm der Qualitätsprüfung und -förderung gerecht zu werden. Siehe dazu Koch 1996: 154-158.

Leistungen in den Distrikten die „performance indicator values“ of districts zugrunde. Außer der interkollegialen Prüfung fand eine externe Prüfung für die erbrachten Gesundheitsleistungen, die Audit Commission statt. Die Audit Commission führt seit 1990 auch eine „value for money“-Prüfung für die Gesundheitsdienste durch, wie z.B. die Leistungen für die ambulante Chirurgie (day surgery) und Leistungen für Kinder. Angestrebt wird, daß gute Praxen hervorgehoben und gegebenenfalls allgemein verstärkt verbreitet werden können (vgl. Allsop 1995: 82). Ferner ist die „Random controlled trials“ als ein weiteres Instrument zur Prüfung der Behandlungseffizienz anzusehen. Die Random controlled trials wurden häufig für die Prüfung der medikamentösen Behandlung (drug treatment) in Anspruch genommen (vgl. Allsop 1995: 84 f.).

Aus dem oben Ausgeführten läßt sich schließen, daß die Instrumente zur Qualitätssicherung in England eine Mischung darstellen. Diese Mischung setzt sich aus der professionellen Überprüfung und einer Wettbewerbsumwelt, die die Qualität durch die freie Konkurrenz zwischen den Anbietern, auf der Basis des Vergleichs der Informationen über die Qualität der Anbieter, verbessern kann, zusammen (vgl. Koch 1996: 147).

(5) Zentralisierte Verwaltungsstruktur versus dezentralisierte Versorgungsstruktur

Verwaltung und Organisation der Gesundheitsversorgung wurden infolge der Einführung des NHS zentralisiert und unterlagen bis 1974 dem Ministerium für Gesundheit. Von 1974 bis 1988 stand das „Department of Health and Social Security“ (künftig DHSS) an der Spitze der Verwaltung. Auf der regionalen Ebene waren bis 1974 14 „Regional Hospital Boards“ mit ihren 336 „Hospital Management Committees“ für die Versorgung und Verwaltung der Krankenhäuser und der Spezialisten zuständig, hingegen 134 „Executive Councils“ für die Leistungen der Hausärzte, der Zahnärzte, der Pharmazeuten und der Augenärzte. 174 Local Health Authorities sind bis heute für die Versorgung bei Mutterschaft, das Wohlbefinden der Kinder, die Hausbesuche, die häusliche Betreuung, die Prävention und sonstige öffentliche Gesundheitsdienste zuständig. Schließlich gab es damals insgesamt 36 „Boards of Governors“, die die Lehrkrankenhäuser verwalteten. Auf unterster Ebene befanden sich die jeweiligen Leistungsanbieter: Krankenhäuser, Spezialisten in den Krankenhäusern, Ausbildungskrankenhäuser, GPs, Zahnärzte usw..

Zur Verbesserung der Verwaltungseffektivität des NHS wurde sowohl im Jahre 1974[73] als auch zwischen 1982 und 1990 eine Umstrukturierung der Verwaltungsorganisation durchgeführt. Zuerst wurde 1968 das DHSS eingerichtet. Das Ministerium für Gesundheit wurde dem DHSS unterstellt. Mittels der ersten Umorganisierung der Verwaltung wurden auf regionaler Ebene die Regional Hospital Boards durch RHAs ersetzt. Diese RHAs waren für die Planung der Leistungsversorgung zuständig. Auf lokaler Ebene wurden „Area Health Authorities" (künftig AHAs) errichtet. Die AHAs übernahmen Planung und Management der Gesundheitsversorgung und waren verpflichtet, mit den lokalen Behörden diese Versorgung zu entwickeln (vgl. Ham 1993:25). Neben der AHA befand sich ein „Family Practitioner Committee"[74] (künftig FPC) als unabhängiges Verwaltungsgremium, das die Versorgungsverträge der GPs, der Zahnärzte, der Pharmazeuten und der Optiker mit den Family Practitioners noch bis heute verwaltet. Auf unterster Ebene befanden sich „District Management Teams", die die Versorgung mit Gesundheitsleistungen für die Distrikte verwalteten. Zugleich wurden auf der Distriktebene CHCs eingeführt, die der jeweiligen AHA zugeordnet wurden und den Gesundheitsbehörden gegenüber die Meinung der Öffentlichkeit vertraten und noch heute vertreten.

Die Umstrukturierung der Organisation von 1982 schuf 192 DHAs, die die Funktion der AHAs und der District Management Teams kombinierten. Somit wurden die ursprünglichen vier Verwaltungsstufen auf drei Verwaltungsstufen reduziert (vgl. Döhler 1990: 109 f.). Die FPCs blieben bestehen. Die FPCs erreichten gemäß <u>dem Health and Social Security Act</u> 1984 seit dem 1. April 1985 einen unabhängigen Status und unterstanden direkt dem DHSS und seit 1989 dem DoH.[75] Schließlich wurden die „Special Health Authorities" (künftig SHAs) etabliert, die für die Durchführung der „postgraduate teaching hospitals" verantwortlich waren.

Die andere entscheidende Umstrukturierung des NHS im Jahr 1982 betraf die Eingliederung der Funktion des „general management" in allen Ebenen der

---

[73] Siehe The National Health Service Reorganisation Act 1973.
[74] Es befanden sich damals in England 90 AHAs und FPCs.
[75] Die DHSS wurde 1988 auf DoH umbenannt.

Verwaltungsorganisationen. So wurde seit 1985 aufgrund des Vorschlags des Griffith Reports allmählich auf allen Verwaltungsebenen des NHS Generaldirektor ernannt (vgl. Döhler 1990: 261).[76] Diese Generaldirektoren übernahmen innerhalb der Krankenhäuser Verwaltungsaufgaben bzw. Entscheidungsgewalt innerhalb der Krankenhäuser und sind für die Mittelverwendung verantwortlich. Sie konkurrieren mit den Ärzten um die Leitungsposition, die früher von den Ärzten ergefüllt wurde. Dadurch wurde die Verwaltung des NHS managerialisiert. Das Ziel der Managerialisierung ist es, die „Verschleppung" der Entscheidungsprozesse[77] zu beseitigen.

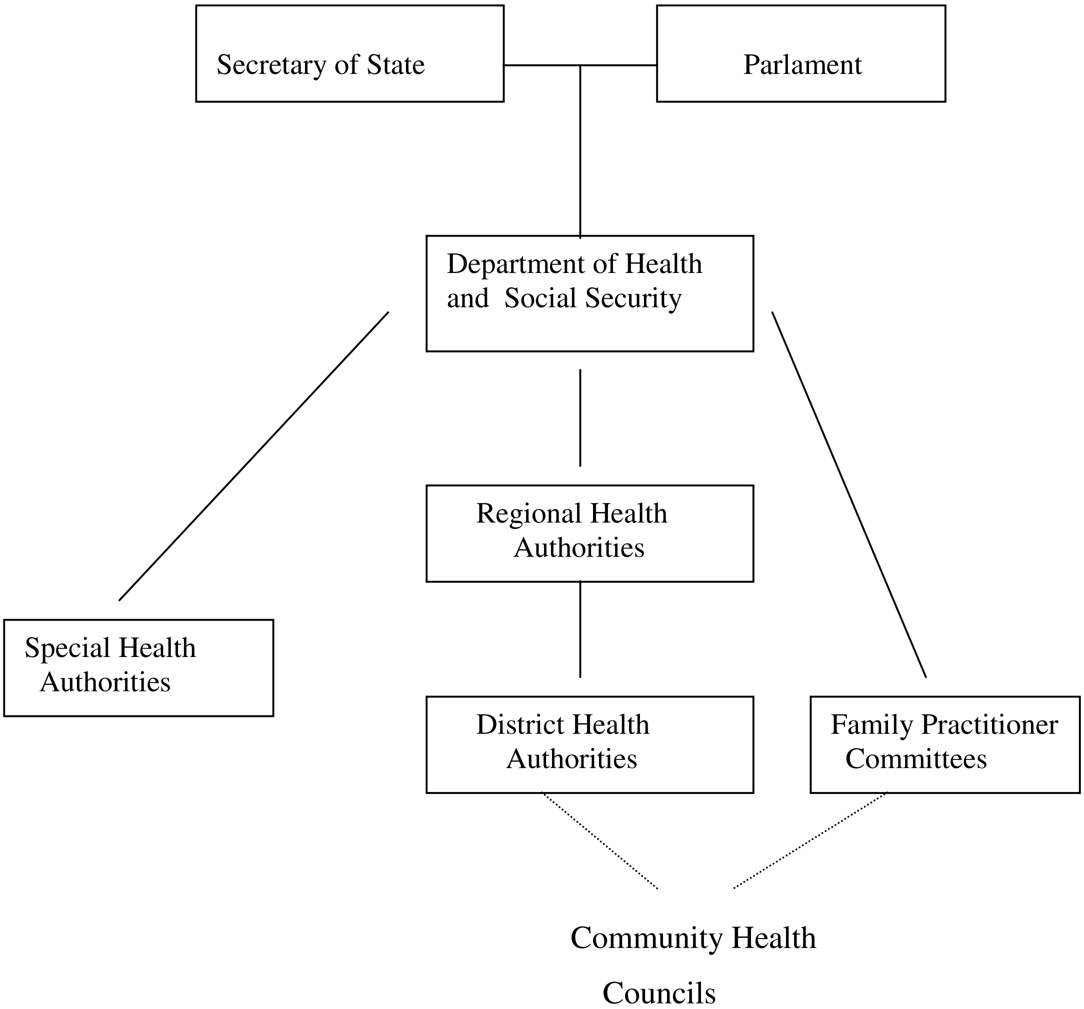
Die in den 80er Jahren vollzogene Managerialisierung auf der Verwaltungsebene des NHS setzte sich in den 90er Jahren fort, so daß sich die Verwaltungsorganisation auf der obersten Ebene heute weitgehend zentralisiert und managerialisiert hat. So blieb die Verwaltung des NHS gegenüber der ab 1991 einsetzenden Dezentralisierung der Versorgungsstruktur organisatorisch nach wie vor zentral geregelt. Die aufgrund des White Papers „Working for Patients" von 1989 eingesetzte Gesundheitsreform griff 1990 ebenfalls in die Verwaltungsorganisation des NHS ein. Das DoH unterliegt dem Secretary of State. In dem DoH wurde ein „Policy Board" als Organ für die Formulierung von Strategien und Ziele innerhalb des DoH und ein „NHS Management Executive" eingerichtet, das noch heute als höchste Verwaltungs- und Implementationsinstanz fungiert. Später wurde das NHS Management Executive in „NHS Executive" umbenannt und die Funktion des Policy Board allmählich von diesem übernimmt (vgl. Klein 1995: 215). Gegenwärtig ist das NHS Executive für die Verwaltung und Durchführung des NHS auf nationaler Ebene zuständig. Als untere regionale Gesundheitsbehörden des NHS Executive gelten die 8 Regional Offices, die seit 1995 die RHAs ersetzen. Die Regional Offices sind für die Durchführung des NHS und die Planung der Versorgung auf regionaler Ebene verantwortlich. Sie übernehmen auch die Budgetverteilung an die jeweiligen HAs.

Als unterste Gesundheitsbehörden gelten die HAs, die sich aus dem Zusammenschluß der DHAs und der FHSAs), die die FPCs seit 1990 ersetzen[78] und dem Regional Office unterstehen, zusammengesetzt haben. Die HAs sind verpflichtet, die Versorgung der

[76] DHSS (1984): Health Circular (84) 13 Implementation of NHS Management Inquiry Report.
[77] I.d.R. ist diese Verschleppung der Entscheidungsprozesse dem „consensus management" zuzurechnen.
[78] National Health Service and Community Care Act 1990, 2. of Part 1.

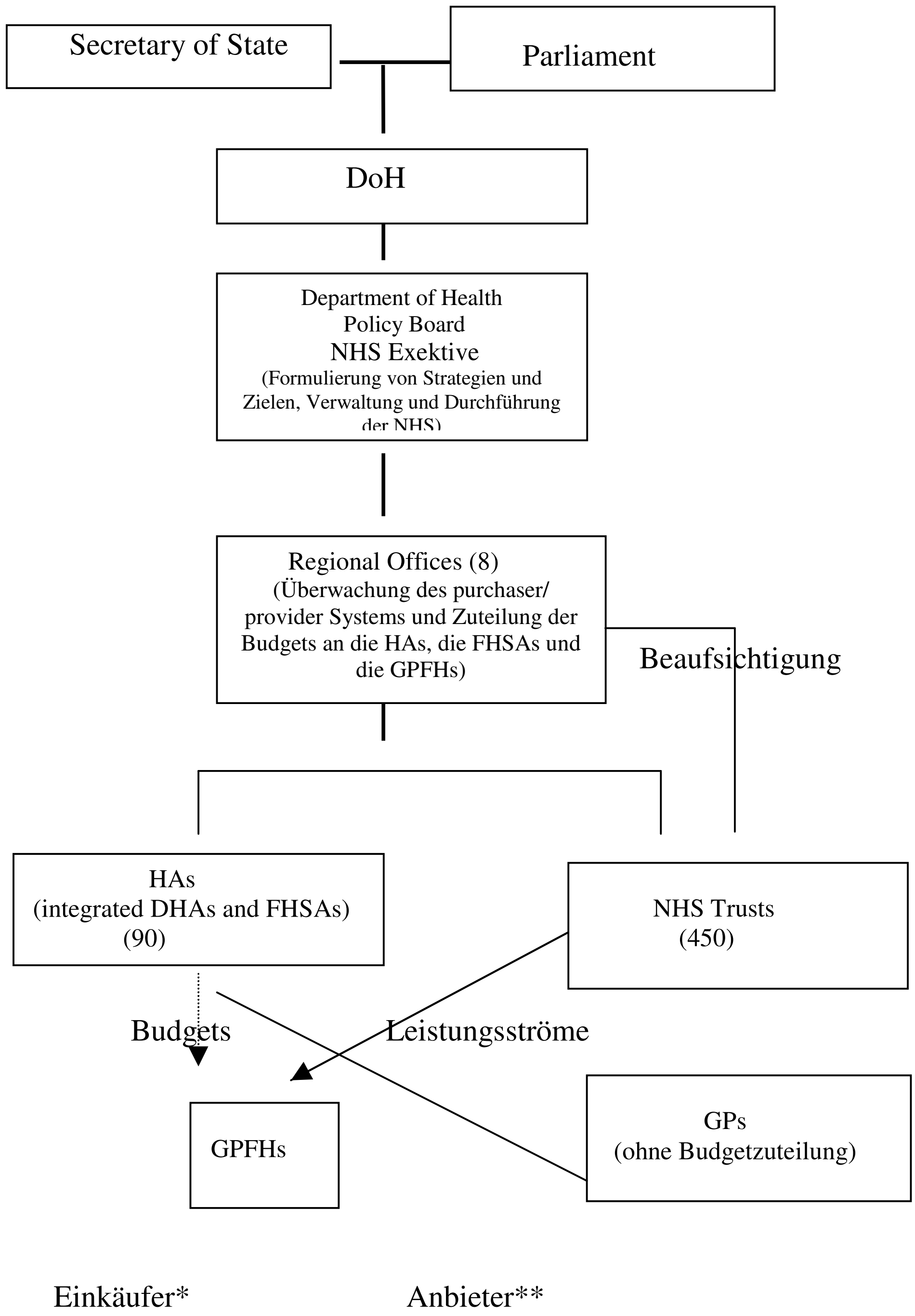
GPs zu verwalten. Dazu kommen ca. 450 selbstverwaltende NHS-Trusts, die sich aus den Krankenhäusern und den Gesundheitseinrichtungen der Gemeinden zusammensetzen und direkt dem DoH unterstehen. 1991 wurden GPFHs als weitere selbstverwaltende Leistungsanbieter geschaffen, die sowohl als Leistungsanbieter als auch als Käufer der Leistungen fungieren. Die gegenwärtige Organisation des NHS wird in Abbildung 3-2 wiedergegeben.

Abbildung 3-1: Struktur des NHS vor der Reform ab 1991



Quelle: Ham, Christopher (1995): Health Policy in Britain. The Politics and Organisation of the National Health Service, Figure 1.3: The structure of the NHS, 1982-90, S. 31.

Abbildung 3-2: Organisationsstruktur des NHS 1997



* : Die Primary Care Groups als Einkäufer der Gesundheitsleistung sollten die GPFHs zukünftig ablösen und bieten als Anbieter der primären Gesundheitsleistungen an. Siehe den Abschnitt 2.1 (2) dieses Kapitels.

** : Zu den Anbietern primarärztlicher Versorgung des NHS zählen die GPFHs and GPs.

3.2 Die primärärztliche (hausärztliche) Versorgung

3.2.1 Leistungsstruktur `9

(1) Leistungsumfang

Der Leistungsumfang der Hausärzte in England ist umfassend und umfaßt folgende Aufgaben, wobei drei Kategorien von Leistungen zu unterscheiden sind.

(A) Die GPs bieten allen Patienten (allen Altersgruppen), die bei ihnen eingeschrieben sind, allgemeine medizinische Leistungen und Beratungen (consultations), an. Diese enthalten:

- Kinder und Frauenheilkunde, vor allem aktive Beratung für Patienten, die älter als 75 Jahre sind und für diejenigen, die sich innerhalb von drei Jahren von ein und demselben Arzt beraten oder untersuchen lassen[79];
- Behandlungen inkl. diagnostischer, kurativer, rehabilitativer und terminaler Leistungen;
- Hausbesuche;
- Überweisung der Patienten;
- Verschreibung, gegebenenfalls Dispensation von Medikamenten.

(B) Die GPs sollen ihren Patienten präventive Maßnahmen anbieten, die wiederum folgende Leistungsarten enthalten:

- Reihenuntersuchung (Kindervorsorge) und
- Gesundheitsförderung sowie Krankheitsprävention;

(C) Schließlich können GPs sogenannte gezielte bzw. fakultative Leistungen erbringen.

[79] The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, Schedule 2, Terms of Service for Doctors, Paragraphes 15 und 16.

Diese sind:

- Impfung, Immunisierung und zervikale Zytologie[80];
- Ausbildung von Medizinstudenten;
- Gewährleistung von kleinen chirurgischen Eingriffen - Vorsorge für Kinder unter 5 Jahre und
- Schwangerschaftsverhütung und Schwangerschaftsvorsorge[81];

Aus dem Vorangegangenen läßt sich schließen, daß die Leistungskataloge der GPs nach dem internationalen Standard als umfassend bewertet werden können.

(2) Versorgungs- bzw. Organisationsformen

(a) Einzelpraxen und Gruppenpraxen ohne Beibehalten eines Budgets

In England arbeiten die meisten Allgemeinärzte in Gruppenpraxen; fast 89% der Hausärzte sind in solchen Gruppenpraxen tätig. 1990 waren weniger als 10% aller Hausärzte in Solopraxen tätig. Außerdem waren ungefähr 30% der GPs in den Gruppenpraxen mit zwei und drei GPs tätig (vgl. Allsop 1995: 200); und mehr als 33% der Hausärzte waren in den Gruppenpraxen ohne Fundholding tätig. Den Hausärzten dieser beiden Praxisformen wird ein Arzneimittelbudget zur Verfügung gestellt, das aber bei den FHSAs aufbewahrt wird. Die FHSAs kontrollieren als Gesundheitsbehörde der Regierung und Vertreter der Einwohner die Verwendung des Budgets derart, daß die von den GPs erbrachten Leistungen den Bedürfnissen der Patienten genügen.

(b) GPFHs

Abgesehen von den Hausärzten in Gesundheitszentren, ist ein Großteil der Hausärzte in sog. Gruppenpraxen mit Budget (GPFHs) tätig. 1996 wurden ungefähr 50% der Bürger

80 The National Health Service (General Medical Service) Regulations 1992, Part VI Payments to Doctors, Paragragh 34, (r), S. 35. Die erbrachten Leistungen der zervikale Zytologie werden nach gezielter Vergütung honoriert.

81 The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, Part V: Child Health Surveillance Services, Contraceptive Services, Maternity Medical Services and Minor Surgery Services, Paragraphs 27-33, S. 27-34.

von GPFHs betreut (vgl. West 1997: 70). Unter den GPFHs werden wiederum Formen danach unterschieden, welche Leistungen sie mit dem zugeteilten Budget im Namen ihrer Patienten einkaufen können. Den GPFHs werden zusätzlich ein Budget für die verschriebenen Arzneimitteln und ein Zuschuß zugeteilt. Die Kosten für die Anstellung von Hilfskräfte in den Praxen werden ebenfalls durch Budgets abgedeckt.[82] Das Hauptmerkmal, das diese funholdings charakterisiert, ist der Umfang des Budgets, über den sie beim Einkauf der Leistungen für ihre Patienten verfügen. Gemäß diesem Kriterium werden in England im Zuge der Entwicklung i.d.R. sechs Arten von GPFHs unterschieden.

GP fundholding

Hierbei ist die Praxis eines GPs gemeint, wobei die GPs über ein Budget verfügen, mit dem sie ihre Praxisangestellten bezahlen oder für ihre Patienten stationäre bzw. gemeindenahe Leistungen einkaufen. Ein gewisser Teil des Budgets wird für die Kosten der Medikamente verwendet.

Standard fundholding

Den standard fundholdings werden Budgets eingeräumt, mit denen sie für ihre Patienten die spezifischen pflegerischen Leistungen (wie für Diabetis) und i.d.R. alle fakultativen Operationen und ambulanten Leistungen in Krankenhäusern einkaufen.

Community fundholding

Den community fundholdings wird ein Budget eingeräumt, mit dem sie neben der Zahlung für die von ihnen verschriebenen Arzneimittel auch Hilfskräfte und gemeindenahe Leistungen für ihre Patienten einkaufen können.

Total purchasing Projects

---

[82] Siehe DoH 1989e: White Paper “Working for Patients, Practice Budgets for General Medical practitioners, Working Paper 3, Section 4: Setting of Budgets.

Die GPFHs in Form der „total purchasing“ dürfen für ihre Patienten alle stationären und gemeindenahen Gesundheitsleistungen einkaufen.[83] Die während der Labour-Regierung umgesetzten „primary care groups“ (künfgit PCGs) weisen zahlreiche ähnliche Merkmale wie die „Total Purchasing Pilots“ auf (siehe unter (d) über primary care groups) (Hausman/Le Grand 1999: 1304).

Multifunds

Multifunds sind Netzwerke oder Gruppen von GPFHs, die die Merkmale der bevölkerungszentrierten und patientenbezogenen Einkäufe zu kombinieren versuchen und somit, anstatt zu konkurrieren, eine kooperative Zusammenarbeit zwischen den GPFHs und den HAs anstreben (Ham 1996: 202 f.).

Primary care groups (PCGs)

Gemäß den politischen Vorgaben des „The New NHS: Modern, Dependable“ Papers (1999) sollte eine Splittung zwischen der Gesundheitsversorgung und der pflegerischen Versorgung innerhalb der Gemeinde beseitigt werden; die GPFHs sollen in Zukunft von sogenannten PCGs, die sich aus medizinischen Disziplinen und Gemeindepflegern zusammensetzen, abgelöst werden. Jede primary care group soll ungefähr 100.000 Patienten betreuen und über ein eigenes Budget verfügen, mit dem sie für ihre Patienten die nötigen Leistungen einschließlich der stationären und gemeindenahen Leistungen einkaufen können.[84]

(C) Gesundheitszentren

Eine andere Versorgungsform der hausärztlichen Leistungen ist das Gesundheitszentrum. Seit 1974 wurde der Ausbau der Gesundheitszentren angestrebt und oblag den Area Health Authorities. In den Gesundheitszentren arbeiten Ärzte mit anderen Professionen wie Zahnärzten, Pflegepersonal und zuweilen auch mit Apothekern zusammen (vgl. Alber 1992: 585 f.). Das Ziel der Errichtung von Gesundheitszentren besteht in der Integration der lokalen Gesundheitsdienste in die hausärztliche Versorgung. Dieses Ziel soll durch Kooperaton von Krankenschwestern

---

83 NHS Executive (1994): Developing NHS Purchasing and GP Fundholding, EL (94)79.

und GPs erreicht werden (vgl. Allsop 1995: 54). Bis 1977 befanden sich in England und Wales bereits 731 Gesundheitszentren, in denen etwa 17% der GPs tätig waren. Bis in die 80er Jahre hinein arbeiteten sogar ein Viertel aller GPs in den Gesundheitszentren (vgl. Allsop 1995: 54).

3.2.2 Institutionelle Arrangements der hausärztlichen Versorgung

Im folgenden werden die institutionellen Arrangements (Grundzüge) der hausärztlichen Versorgung systematisiert. Zunächst werden in Abschnitt 3.2.2.1 die Steuerungsinstrumente zur Garantie der gleichen Zugangschancen in England beschrieben. Dabei wird die Gewährleistung der gleichen Zugangschance zur hausärztlichen Versorgung durch die gesetzliche Verankerung des Rechtsanspruches auf die medizinische Versorgung für die Bürger verdeutlicht. Diesbezüglich werden die relevanten Steuerungsinstrumente zur Handlungskoordinierung der Ärzte und der Patienten erläutert. In dem darauf folgenden Abschnitt werden die Steuerungsinstrumente unter besonderer Berücksichtigung der Leistungserbringung beschrieben. Anschließend wird in Abschnitt 3.2.2.3 die Finanzierung und Preisbildung der hausärztlichen Versorgung erläutert. Ferner behandelt der Abschnitt 3.2.2.4 die Details der Steuerungsinstrumente zur Förderung der Wirtschaftlichkeit der hausärztlichen Versorgung. Schließlich wird in Abschnitt 3.2.2.5 die Selbstregulierung und medizinische professionelle Autonomie dargestellt.

3.2.2.1 Freie Zugangschance zur hausärztlichen Versorgung für alle Bürger

Die Inanspruchnahme medizinischer Ressourcen steht heute allen Einwohnern offen. Es dauerte etwa ein Jahrhundert, bis die Gewährleistung der freien Zugangschance zu medizinischen Leistungen für alle erreicht worden war. Im folgenden wird die geschichtliche Entwicklung der hausärztlichen Versorgung im Zuge des Inklusionsprozesses im Sinne der schrittweisen Einbeziehung der Bevölkerungsgruppen in die Krankenversicherung beschrieben.

[84] Siehe dazu The new NHS: Modern, Dependable, S. 32-43.

Das „Poor Law“ von 1834 forderte die Anstellung medizinischer Beamten (parish medical officers) in den Gemeinden für die Betreuung der Armen (vgl. Allsop 1995: 16). Zur Gewährleistung der medizinischen Qualität wurde den medizinischen Beamten bzw. öffentlich Praktizierenden die Aufgabe der medizinischen Leistungserbringung zugewiesen, dagegen wurde den „Kurpfuschern“ verboten, heilkundige Tätigkeiten vorzunehmen. Dies implizierte eine Monopolisierung der ärztlichen Behandlung in der Krankenversorgung. Als weiterer, im nachhinein sogar entscheidender Schritt zur Monopolisierung der Mediziner galt der „Medical Act“ von 1858. Der Medical Act schloß die unqualifizierten Mediziner von der Gewährleistung der Leistungen aus und führte dadurch eine Selbstregulierung der Mediziner im Sinne der Ausbildungsregelung und ein Monopol der Mediziner herbei (vgl. Allsop 1995: 17). Zur Absicherung der Monopolposition der Mediziner trug auch die Ausbildungsregelung und die Registrierung der Mediziner, die durch den „General Medical Council“ (künftig GMC) vorgenommen wurde bzw. heute noch wird, bei (vgl. Allsop 1995: 17).[85]

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verselbständigten sich die GPs, deren Vorläufer die Chirurgen waren, innerhalb der medizinischen Professionen. In diesem Zeitraum erfolgte eine Differenzierung der medizinischen Fachrichtungen. Im Zeitraum von 1875 bis 1900 fand somit eine Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Fachrictungen der Mediziner statt. Es gab damals drei Typen von Ärzten und zwar GPs, Ärzte, die in den Krankenhäusern tätig waren, und Mediziner, die im Gesundheitsamt (medical officers) ihren Beruf ausübten. Während die GPs und die Ärzte des Krankenhauses für die Behandlung der privaten Patienten zuständig waren, waren die Mediziner in den Gesundheitsämtern, also die local Medical Officers of Health, für die Bekämpfung epidemischer Krankheiten, die Eliminierung von gesundheitsschädigenden Mißständen (wie Verfälschung von Nahrungsmittteln, Dunst und giftigem Abwasser) und die Hygienierung des Wohnungsverhältnisses.[86]

Vor 1911 behandelten die GPs die Patienten der Mittelklasse und wurden nach Einzelleistungen honoriert. Falls sie Patienten der Arbeiterklasse behandelten, erhielten

[85] Anhand des Medical Act wurde der General Medical Council (GMC) errichtet, der für die Ausbildung der Mediziner zuständig ist. Der GMC wurde beauftragt, die Registrierung der qualifizierten Mediziner zu regeln und somit die Qualität zu kontrollieren.

[86] Die local Medical Officers of Health wurden gemäß dem Medical Act von 1848 ernannt. Diese Ernennung war durch den Erlaß des Gesetzes vom 1872 obligatorisch geworden. Siehe dazu Porter 1995: 554 ff.; Tamm 1998: 59 ff.

sie eine Pauschale von den Krankenclubs und den „Friendly Societies“ (vgl. Allsop 1995: 19). Seitdem wurden für die GP die Pauschalhonorierung eingeführt.[87]

Die vollständige Gewährleistung der gleichen Zugangschance erfolgte erst 1948 mit der Einführung des NHS. Dies hatte selbstverständlich auch Einfluß auf das Leistungsgeschehen. Ferner wurde in bezug auf die Leistungsnachfrage und -erbringung mit der Etablierung des NHS allen englischen Bürgern der Zugang zur freien Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gewährleistet. Die niedergelassenen Ärzte, die sogenannten GPs, distanzierten sich allmählich vom Krankenhaussektor und sind seitdem die wesentlichen Anbieter der ambulanten medizinischen Versorgung.[88] Sie sind als Privatunternehmer tätig und schlossen mit den FHSAs des NHS einen Versorgungsvertrag ab. Sie erhielten daher das Monopolrecht im Bereich der ambulanten Leistungserbringung.

3.2.2.2 Regelungen zur Leistungerbringung

(1) Hausärzte als Gatekeeper und Koordinatoren der Ressourcenverteilung

Wie oben bereits angedeutet, setzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine Differenzierung der Ärztegruppen in drei Typen ein, die durch den „National Insurance Act“ (künftig NIA) von 1911 und den NHSA von 1946 weiter vorangetrieben wurde. Diese Differenzierung entspricht auch der seit jener Zeit üblichen dreistufigen Versorgungsstruktur, die durch die Einführung des NHS ihre Gestalt erhielt. Seit der Einführung des NIA von 1911 lassen sich die Patienten bei einem Hausarzt einschreiben und von ihm über einen längeren Zeitraum betreuen. Die Fachärzte in den Krankenhäusern dürfen die Patienten erst aufgrund einer Überweisung durch die GPs behandeln, mit Ausnahme der Unfall- und Notfallabteilung des Krankenhauses. Auch stationäre Leistungen können erst aufgrund einer Überweisung durch die GPs erbracht werden (vgl. Willis 1996: 179). Von daher übernimmt der Hausarzt die Funktion eines Koordinators und Gatekeepers, die die Ressourcen im Gesundheitssektor verteilen bzw.

---

[87] Siehe dazu auch Text White Paper von 1994 über die Vergütungsweise für die Leistungen der GPs durch Kopfpauschale und die Honorierungsweise für die in Krankenhäusern eingestellten Ärzte durch Gehälter.

[88] Zur Separation der hausärztlichen Versorgung von der stationären Versorgung siehe Honigsbaum 1979.

kontrolliert.

(2) Freie Arztwahl

Nach der Gesundheitsreform im Jahre 1991 ist den Patienten aufgrund der Vorschläge des White Papers von 1989 der Arztwechsel auch ohne Genehmigung der GPs möglich. Die „National Health Service (General Medical Service) Regulations 1992“ sieht vor, daß die Patienten ihre GPs zu jeder Zeit wechseln können.[89] Mit der Lockerung der Regelung zur Arztwahl wird angestrebt, den Wettbewerb bzw. den Marktmechanismus zwischen den GPs zu verstärken. So werden sich die GPs bemühen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern, so daß sich mehr Patienten bei ihnen einschreiben und behandeln lassen. Es ist zu erwarten, daß dadruch auch die Qualität der erbrachten Leistungen effektiver und wirksamer wird.

(3) Mechanismen zur Mengenregulierung

Bei der Mengenregulierung werden zwei Mechanismen unterschieden. Zum einen kontrolliert die Regierung die jährliche Zahl der Neuzulassungen zum Medizinstudium. Zum anderen kann die Regierung die Einreisebestimmungen und Qualifikationsanforderungen ändern, um die Einwanderung von Ärzten zu regulieren (vgl. Alber 1992: 587). Dies ist insofern von Bedeutung, als ein Viertel aller britischen Ärzte aus dem Ausland stammt. Zulassungs- und Niederlassungsvorschrift üben mittels ihres Einflusses auf die Verteilung der Hausärzte auch Wirkung auf das Leistungsgeschehen aus. Nach der Zulassungsvorschrift setzt die Genehmigung zur Zulassung einen Abschluß einer dreijährigen Zusatzausbildung nach der Approbation voraus. Die Approbation erfolgt durch die Registrierung beim GMC nach sechsjähriger Studien- und Praktikumszeit. Die Zulassung als GP wird von dem „Medical Practices Committee“ (künftig MPC*)* erteilt. Das MPC steuert daher die regionale Verteilung der Ärzte (vgl. Döhler 1990: 95). Über die Niederlassung eines neuen GP entscheidet dagegen das lokale FPC.

89 Artikel 23 (1), (a) diese National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992 über die Abschaffung der Ärzteliste.

3.2.2.3 Finanzierung und Vergütungsweise der hausärztlichen Versorgung

Die Kosten hausärztlicher Leistungen und die in den Arztpraxen anfallenden Kosten werden auf verschiedene Weise getragen. Gewöhnlich übernimmt der NHS den überwiegenden Teil der Kosten, z.B. die Personal- und Mietkosten einer Arztpraxis. Vor 1988 wurden 70% der Personalkosten bis zu einer Obergrenze erstattet (vgl. Alber 1992: 590). Gemäß dem Health und Medicine Act von 1988 werden die Personalkostenerstattungen und die Mietkosten dem System „cash limits" unterworfen. Hierzu werden den Arztpraxen verschiedene spezifische Zuwendungen zugeteilt. Die erste ist die sog. „Basic Practice Allowance" die seit 1990 als eine nach der Kategorie ‚Gebiet und Zahl der eingeschriebenen Patienten des Arztes' gewichtete pauschalierte Vergütung gilt.[90] Hierzu werden den Arztpraxen gesonderte Zuschüsse für die Arztausbildung, die Förderung der Praxisausstattung, die Einstellung von weiteren Ärzten in Solopraxen, usw. zugeteilt.[91]

Seit 1911 besteht nach der Einführung des NIA ein Vertragsverhältnis zwischen dem NHS und den GPs mit selbständigem Status. Der Vertrag inklusive der Arbeits- und der Bezahlungsbedingungen wird seit den sechziger Jahren bilateral zwischen Repräsentanten der Ärztegruppen, also dem „General Medical Service Committee" (künftig GMSC), der „Britisch Medical Association" (künftig BMA) und der Regierung verhandelt (vgl. Alber 1992: 591). In bezug auf die Zahlungsweise werden die GPs prinzipiell auf Basis der Kopfpauschale vergütet. So werden die ärztlichen Leistungen für einzelne Patienten zuerst nach der risikoabhängigen Kopfpauschale vergütet.[92] Des weiteren werden drei spezifische Kopfpauschalen bestimmt: die spezifischen Kopfpauschalen für die Neueintragung in der Liste[93], die für

---

[90] DoH 1989a: General Practice in the National Health Service. The 1990 Contract, Appendix B about Copitation Fees.

[91] Siehe The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, Part VI about the Payments of Doctors.

[92] DoH 1989e: White Paper "Working for Patients", Practice Budgets for General Medical Practitioners, Working Paper 3. Wissenschaftler wie Sheldon./Smith et. al. schlagen in ihrem Artikel „Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets" (1994) vor, mindestens das Alter und das Geschlecht als Kategorien in der Festsetzung der gewichtigen Kopfpauschale für die GPFHs aufzunehmen.

[93] DoH (1989a): General Practice in the National Health Service. The 1990 Contract, Appendix B, S. 24.

die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und die gewährten Leistungen für die in abgelegenen Gebieten wohnenden Patienten.[94]

Meistens werden GPs zugleich auf eine andere Weise für verschiedene Leistungsarten vergütet. Gegenwärtig werden die GPs zusätzlich durch eine gezielte Vergütung entlohnt, falls sie spezifische Leistungen wie Impfung und zervikale Zytologie erbringen.[95] Ferner werden bestimmte Leistungsarten auch nach dem Einzelleistungsprinzip – wie Impfung, Schwangerschaftsverhütung, Schwangerschaftsvorsorge, Nachtbesuche und kleine Chirurgie - honoriert. Schließlich wird den GPs für die von ihnen erbrachten gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie z.B. für Koronarpatienten, Diabetiker und Asthmatiker, eine spezielle Vergütung zugeteilt.[96]

3.2.2.4 Steuerungsinstrumente zur Förderung der Wirtschaftlichkeit (efficiency) und zur Qualitätssicherung

In diesem Abschnitt werden anhand der politischen Eingriffe während der 80er und 90er Jahre die institutionellen Arrangements zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität herausgearbeitet. Zu den Mechanismen, die zur Qualitätssicherung bzw. – erhöhung der hausärztlichen Versorgung eingesetzt wurden, zählen neben den Regelungen zur Approbation und Niederlassungszulassung in England überwiegend drei Steuerungsinstrumente. Diese sind das medical audit, der interne Markt und die intermediäre Überwachungsinstanz. Das erste genannte Instrument wurde bereits in Abschnitt 3.1.2.2, Punkt (4) erläutert und wird hier nicht wiederholt. Eine spezifische Darstellung des internen Marktes unter den GPFHs scheint jedoch zweckmäßig, und aufgrunddessen wird auf deren Beschreibung in Punkt (1) näher eingegangen. Anschließend werden in Punkt (2) die Ziele und die Errichtung der intermediären Überwachungsinstanz behandelt.

(1) Das Arrangement vom internen Markt und die Übertragung des finanziellen Risikos auf die GPs

---

94 The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, Part VI about the Payments of Doctors, Artikel 34 (2), (I),(m) und (n), S. 35.

95 The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, Part VI, Payments of Doctors, (2), (r) target payment in respect of cervical cytology.

96 The National Health Service (General Medical Services) Regulations 1992, S. 34 f.

Die implementierten politischen Maßnahmen in der primärärztlichen Gesundheitsversorgung resultierten im wesentlichen aus den Anforderungen der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung.[97] Diese Interventionsmaßnahmen wurden in den 80er Jahren intensiviert und in den 90er Jahren konkretisiert. Letztendlich mündete diese Entwicklung in die Errichtung des Marktmechanismus. Die Resultate der Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung schlugen sich in dem White Paper „Working for Patients" von 1989 nieder, das die Sicht der Thatcher - Regierung widerspiegelt (Vgl. Drummond 1996: 72 f.). Als Hauptstrategie galt es, einen internen Markt im hausärztlichen Versorgungssektor einzurichten.

Zur Etablierung des internen Marktes im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden zwei weitere Instrumente eingesetzt. Zuerst wurde den sog. GPFHs ein Budget zugeteilt. Um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern, wurde seit der Gesundheitsreform von 1991 den GPs ein Praxenbudget einschließlich des Arzneimittelbudgets eingeräumt,[98] mit dem sie diagnostische und stationäre Leistungen und gemeindenahe Gesundheitsdienste für ihre Patienten einkaufen können. Die GPs bzw. GPFHs tragen dadurch eine finanzielle Verantwortung bzw. ein Risiko, so daß sie kostenbewußter handeln müssen. Dadurch soll auch die Qualität der stationär erbrachten Leistungen erhöht werden.

Gleiches gilt auch für die Arzneimittelversorgung. Gemäß dem White Paper von 1989 wird den GPs ein Budget für die Verschreibung von Arzneimitteln zugeteilt.[99] Ziel der Einräumung des Arzneimittelbudgets ist es, durch eine zentrale Kontrolle das Verschreibungsverhalten der GPs zu kontrollieren und die Effektivität des Arzneimittelsverbrauchs durch die Patienten zu verbessern. Dafür werden zwei zusätzliche Initiativen gestartet, und zwar die „prescribing analyses and cost" und die

---

97 Zuerst wurde dadurch beabsichtigt, durch die Verstärkung der Präventionsaufgabe der Hausärzte die Wirksamkeit zu erhöhen. Zweitens zwangen die während dieses Zeitraums steigenden Kosten für die primäre Gesundheitsversorgung die Regierung, die Wirtschaftlichkeit der Primärversorgung zu verbessern. Drittens trug die Anforderung der hausärztlichen Organisation „der Royal College of General Practitioners", die sich auf die hausärztliche Qualität bezieht, zu politischen Eingriffen in die hausärztliche Versorgung bei. Schließlich wurde vorgeschlagen, daß die Hausärzte ebenfalls für die Anwendung der öffentlichen Ressourcen verantwortlich gemacht werden sollten.

98 DoH 1989e: Working for Patients, Practive Budgets for General Medical Practitioners, Working Paper 3.

99 DoH 1989f: Working for Patients 1989, Indicative Preschribing Budgets for General Medical Practitioners, Working Paper 4.

Entwicklung der kommunalen Formelbücher (community formularies)[100], die den einzelnen GPs Informationen über die Kosten der Arzneimittel bereitstellen und somit der effektiven Verschreibung von Arzneimitteln durch die GPs dienen sollen (vgl. Drummond 1996: 81). Zweitens wurden, wie oben angedeutet, die Arztwahlbestimmungen gelockert. Dadurch soll den Patienten mehr Freiheit bei der Auswahl ihrer Hausärzte eingeräumt werden, was die Hausärzte zwingen wird, ihre Leistungen effektiver, patientenorientierter und bedarfsgerechter anzubieten. Daraus wird deutlich, daß durch die Umsetzung des Marktmechanismus auch die hausärztliche Qualität verbessert werden soll.

(2) Einrichtung bedarfsvermittelnder und qualitätssichernder Instanzen – FHSAs[101]

Die Funktionen der FHSAs (früher FPCs) wurden im Rahmen der Gesundheitsreform aufgrund des White Papers von 1989 umgeschrieben. Die geschäftsführende Rolle der FHSAs im Sinne von Planung und Verwaltung der familiären Gesundheitsleistungen wurde gestärkt. Das White Paper 8 sieht vor, daß die FHSAs die von den Regional Offices (früher regional heatlh authorities) gesetzten Budgets in Form einer indikativen Verschreibung und die Praxisbudgets für die GPs sowie die medizinische Prüfung überwachen. Dafür müssen sie eine Informationstechnologie liefern, die der Förderung der Überwachung des Verschreibungsverhaltens und der Überweisungsrate der GPs dient.[102]

Zunächst sind die FHSAs der jeweiligen Gebiete für die Evaluation der Gesundheitsbedürfnisse der Patienten und die Lieferung der diesbezüglichen Informationen zuständig. Somit erhalten die Patienten ausführlichere Informationen zu den Qualitätsstandards der Leistungsanbieter und die Leistungsanbieter wiederum ausführlichere Informationen zu den Bedürfnissen der Patienten. Zweitens haben die FHSAs die Daten über das Verschreibungsverhalten der GPs zu sammeln und zu überwachen, damit die Budgets für die Verschreibung der Arzneimittel und für die laufenden Kosten der Praxen den Anforderungen nach dem „value-for

[100] Die Formulierung der kommunalen Formulare ist die Aufgabe der FHSAs.
[101] DoH 1989i: White Paper, Implications for Family Practitioner Committees, Working Paper 8. Die Family Practitioner Committees wurden 1990 in die Family Health Service Authorities umbenannt. Siehe dazu Abschnitt 3.1.2.2. (5) dieses Kapitels wie auch National Health Service and Community Care Act 1990, section 12 und 13.
[102] DoH 1989i: White Paper 8.

money“ entsprechend verwendet werden.[103] Schließlich soll gemäß dem Politikvorhaben der Regierung[104] innerhalb jeder FHSA das Medical Audit Advisory Committee eingerichtet werden, das die Überwachung der Prozesse des medical audit übernimmt. Dafür soll das Komitee Qualitätsstandards für das medical audit erstellen.

Aus dem Ausgeführten läßt sich festhalten, daß die 91er Gesundheitsreform versuchte, den intermediären Instanzen, also den FHSAs mit ihren Subkomitees, eine neue Funktion zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung zuzuteilen. Nur bleibt bisher die Frage noch offen, ob die FHSAs die ihnen anvertrauten Aufgaben erfüllen.

3.2.2.5 Selbstregulierung und medizinische professionelle Autonomie

Während auf nationaler Ebene die zentrale Regierung die Gesundheitspolitik dominiert, verfügt auf lokaler Ebene die medizinische Profession über eine professionelle Autonomie. Dies liegt zum einen daran, daß ihr mittels der parlamentarischen Zulassung eine Selbstregulierungsbefugnis zentral erteilt wird;[105] und zum anderen daran, daß die ärztlichen Organisationen wie die Royal College of General Practitioners (künftig RCGPs) und das GMSC im Rahmen der freiwilligen Selbstregulierung („voluntary self-regulation“) (Allsop/Mulcahy 1996: 94) die Qualität der Allgemeinärzte durch sogenannte medical audits bzw. peer reviews kontrollieren.[106] Im folgenden werden diese zwei Formen der Selbstregulierung dargestellt.

(1) Der General Medical Council (GMC) als Selbstregulierungsorganisation

Die Erteilung der Befugnis zur Selbstregulierung durch die professionellen Organisationen läßt sich inbesonder damit rechtfertigen, daß die medizinischen Professionen über die benötigten Kenntnisse und Technologien verfügen, um die medizinische Qualität angemessen einschätzen und überprüfen zu können (vgl. Allop, /Mulcahy 1996: 21 f.). Ähnlich, wie z.B. in den Niederlanden und Deutschland,

---

103 Siehe dazu Schofield/Hatcher 1996: 170 f.; 176 f..
104 DoH 1989g: White Paper, Working for Patients: Medical Audit, Working Paper 6.
105 Siehe Allsop/Mulcahy 1996: 73. Der GMC wurde 1858 gemäß dem Medical Act errichtet.
106 Neben der RCGP erfüllen die anderen Royal Colleges wie das Royal College of Surgeons und das Royal College of Physicians eine gleichartige Funktion, die freiwillige Selbstregulierung.

übernimmt der *G*MC[107] durch die Regelung der Ausbildung und die Erteilung der Approbation der GPs eine Überwachungsfunktion hinsichtlich der ärztlichen Qualität. Die Zulassung als GP wird durch das MPC erteilt und steuert damit die Regionale Verteilung der Ärzte. Der GMC übt somit die Funktionen der professionellen Selbstregulierung aus, die die Ärztekammer in der Bundesrepulik Deutschland durchführen (vgl. Alber 1992: 580).

Daneben übernimmt der GMC die Funktion, die Richtlinien für Leistungserbringung aufzustellen. Dafür ist das „Council Committee on Standards of Professional Conduct and Medical Ethics" zuständig. Der GMC führt mit seinem „Professional Conduct Committee" die Disziplinarverfahren durch, um unangemessenes ärztliches Verhalten zu verringern: Der GMC kann mangelndes bzw. fehlendes Arztverhalten nachweisen und die Registration der Ärzte suspendieren (vgl. Allsop/Mulcahy 1996: 79; Döhler 1997: 100).

Der GMC und seine Disziplinarverfahren waren ständig der Kritik ausgesetzt. Zum einen wurde dem GMC vorgeworfen, mit seinen Disziplinarverfahren die Interessen der Patienten nicht angemessen berücksichtigt zu haben. Zum anderen fehlt es der Zusammensetzung des GMC´s an Legitimation, da die öffentlichen Interessen beim Disziplinarverfahren bzw. bei den einzelnen Committees nicht repräsentiert werden (vgl. Allsop/Mulcahy 1996: 84 ff.). Als Reaktion auf diese Kritik werden seit Anfang der 80er Jahre Laien zugelassen, die sich an allen wichtigen Komittees beteiligen.

(2) Freiwillige Selbstregulierungsorganisation

Außer den durch die parlarmentarische Zulassung errichteten Selbstregulierungsorganisationen existieren in England die sogenannten freiwilligen Selbstregulierungsorganisationen. Diese entstammen den ärztlichen Organisationen, wie der BMA und den zahlreichen Royal Colleges. Die freiwillige Selbstregulierung kommt in verschiedenen Formen, wie peer reviews, clinical teaching rounds, post-mortem examinations, prescribing reviews und medical audit vor. Hinsichtlich der

[107] Über GMC siehe Allsop/Mulcahy 1996: 75. Die Funktionen, wie Registrierung, Ausbildung und Überwachung, führt der GMC durch die jeweilige Registration, Education and Overseas Committee durch.

Qualitätssicherung ist seitens der Allgemeinärzte vor allem die Form des medical audit von besonderer Bedeutung.

Das medical audit wurde anfangs von den Royal Colleges angewendet und erst in der zweiten Hälfte der 80er Jahre kontinuierlich für die Überwachung der allgemeinärztlichen Praktiken eingeführt, um die Praktiken der Ärzte zu verbessern oder die Fehlleistungen der Ärzte zu korrigieren und zu verringern. Erst aufgrund des White Papers von 1989 wurde das medical audit obligatorisch[108]. Gemäß dem Working Paper 6 soll jeder Allgemeinarzt an dem „systematischen medical audit" teilnehmen. Zur effektiven Förderung des medical audit wurde seit 1990 auf lokaler Ebene ein lokales Medical Audit Advisory Committee eingerichtet, das das medical audit beratend unterstützen soll. Das medical audit wird ausschließlich von den Ärzten durchgeführt. Die lokalen medical audits unterliegen dem NHS Manager und müssen diesem regelmäßig die Aktivitäten des medical audit nachweisen (vgl. Allsop/Mulcahy 1996: 101). Das GMSC als Subkomitee der BMA leistet eine freiwillig unterstützende Funktion in der Durchführung des medical audit. Das GMSC etablierte eine zentrale Medical Advisory Audit Group, um den lokalen medical audit groups bei der Entwicklung eines Prüfungsprozesses zu helfen.

Die umfangreiche Anwendung des medical audit weist auf zweierlei hin: Zum einen wird die professionelle Autonomie auf klinischer Ebene beachtet; und zum anderen wird die freiwillige Selbstregulierung durch die ärztlichen Organisationen als eine nützliche Regelung in der Leistungsversorgung wahrgenommen. Zusammen mit der Selbstregulierung durch die GMC stellt sie eine professionelle Selbstregelungsform im Bereich der primärärztlichen Versorgung dar.

3.2.3 Zwischenbilanz

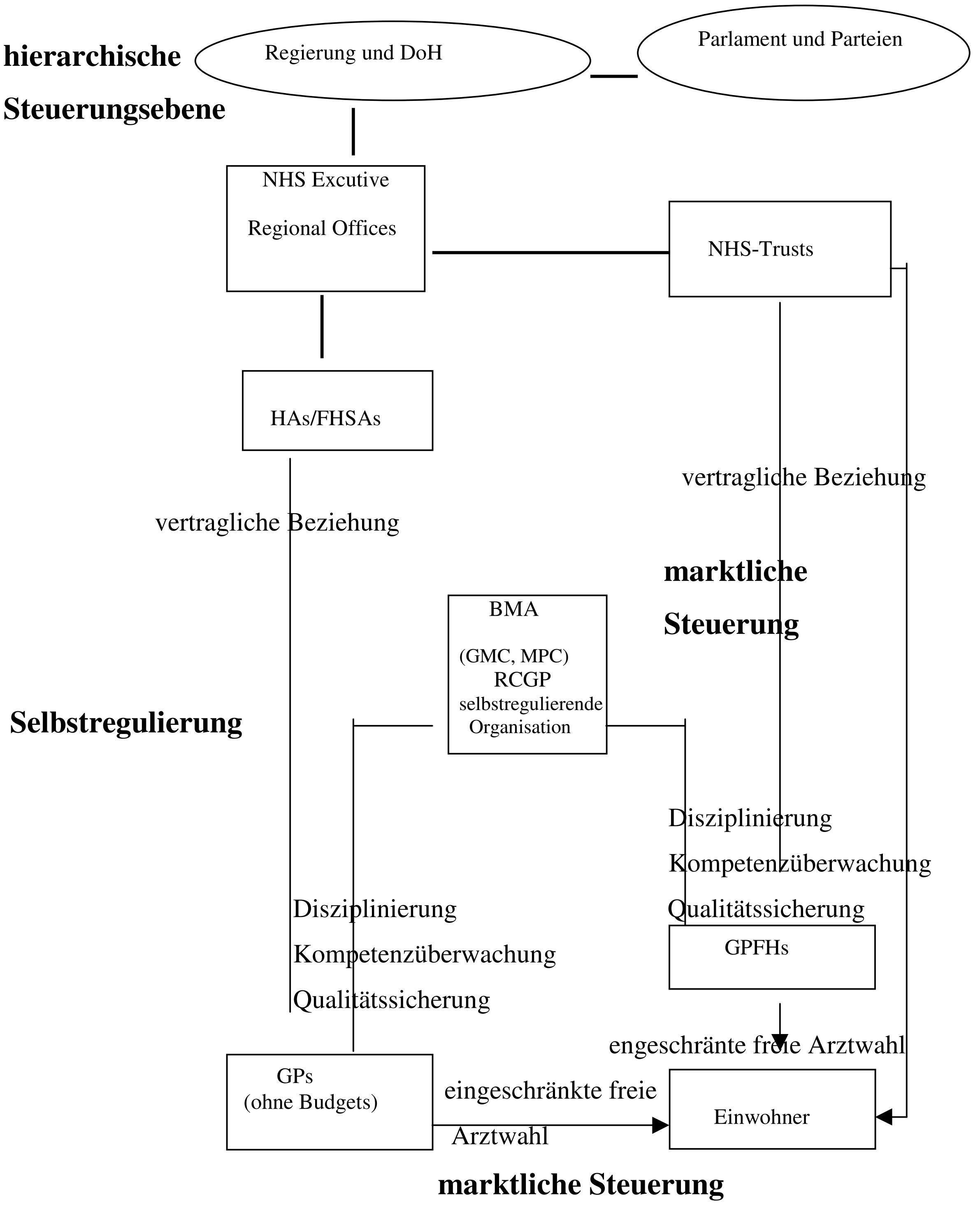
Aus dem Unterkapitel 3.2.2 läßt sich festhalten, daß eine der überwiegenden Strategien zur Förderung sowohl der Wirtschaftlichkeit als auch der Qualitätssicherung in England die Übertragung der Aufgaben auf die Organisationen der GPs ist, mit anderen Worten die professionelle Selbstregulierung, wie die medical audits. Die zweite Strategie ist die

[108] Vgl. DoH 1989g: Working for Patients, Medical Audit, Working Paper 6.

Einsetzung des Marktmechanismus bzw. des Wettbewerbs, wie die freie Arztwahl, so daß die GPs qualitative Leistungen erbringen können, indem sie um die Patienten konkurrieren. Als letzte Strategie gilt die Übertragung der finanziellen Verantwortung auf die GPs durch die Verteilung des Praxisbudgets. Die Qualität der allgemeinmedizinischen Versorgung kann häufig durch ökonomische Anreize wie das Arrangement von GPFHs beeinflußt werden. So ist im „the new contract“ von 1990 vorgesehen, durch eine Veränderung der Vergütungsweise die allgemeinmedizinische Versorgung bedarfsgerecht zu steuern.[109] Wenn Ärzte ihr Interesse auf Leistungen wie Präventionsmaßnahmen richten, werden dafür zusätzliche Honorare vergeben (siehe Abbildung 3-2 und Verweise auf Abschnitt 3.2.2.3). Die Einzelleistungshonorierung wird für Leistungen, wie die kleine Chirurgie und Gesundheitsförderung, angewendet, wie in Abschnitt 3.2.2.3 aufgeführt wurde. Hingegen blieb die Regierung bei der Intervention zur Qualitätserhöhung eher zurückhaltend, denn sie setzte weinger direktiv Regelungen ein. Eine Dezentralisierung der Regelung zur Qualitätssicherung der allgemeinärztlichen Versorgung prägt somit die Leistungsversorgung.

[109] DoH (1989a): General Practice in the National Health Service. The 1990 Contract.

Abbildung 3-3: Steuerungsstruktur der hausärztlichen Versorgung des NHS in England



Eigene Darstellung

3.3 Politikentscheidungsmuster im primärärztlichen Versorgungssektor – Korporatistisch-konsultativer Etatismus

Das Politikentscheidungsmuster im Rahmen des NHS bzw. dessen Interessenvermittlung durchlief im Zeitraum von 1948 bis 1990 einem nur geringen Wandel. Die Politikentscheidungsstruktur auf der Makroebene bzw. auf der nationalen politischen Ebene im allgemeinen ist nach wie vor durch die Etatisierung bzw. Hierarchisierung geprägt. Der Politikentscheidungsstil im primärärztlichen Versorgungssektor weist in dem Maße korporatistisch-konsultative etatistische Züge auf, als die koporatistisch-konsultativen Organe in die Verhandlung mit dem Ministerium einerseits und in die Beratung oder Überprüfung der Politikentwürfe oder Vorgaben der Regierung andererseits mit einbezogen waren. Im folgenden wird die Entwicklung der Politikentscheidungsstruktur des primärärztlichen Versorgungssektors präzisiert.

3.3.1 Etatisierung bzw. Hierachisierung der Politikentscheidung seit 1948

Wie bereits in Abschnitt 3.1.1, Punkt (2) angedeutet, ergab sich aus der Etablierung des NHS eine Sozialisierung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zu dem im kontinentalen Europa üblichen Versicherungsmodell wurde die Finanzierung insofern zugleich zentralisiert, als die Finanzierung durch allgemeine Steuermittel abgedeckt wurde. Neben der Zentralisierung der Finanzierung wurden damals eine Verstaatlichung des Krankenhaussektors und eine Errichtung der staatlichen Verwaltungsbehörde vorgenommen, was eine Zentralisierung des Verwaltungsaufbaus unvermeidlich machte. Mit der Zentralisierung der Finanzierung durch die allgemeinen Steuern und des Verwaltungsaufbaus wird die Politikentscheidung seit 1948 etatisiert bzw. hierarchisiert. Seit jener Zeit werden die Politikvorgaben unter der Leitung des Ministers für Gesundheit in dem DHSS, seit 1988 im DoH, formuliert. Dieses politische Entscheidungsmuster blieb bis in die 80er Jahre hinein unberührt.

Nach der Einführung des NHS wurde die Gesundheitspolitik meistens hierarchisch vom Staat unter Beratung der relevanten Interessengruppen bestimmt. Die jüngste Gesundheitsreform aus dem Jahre 1991 änderte dieses Entscheidungsmuster nicht. Im

Gegensatz dazu wurde seit 1984 aufgrund des „Griffith Reports“ die Entscheidungsstruktur sowohl auf der regionalen als auch auf der lokalen Ebene managerialisiert, indem auf allen Verwaltungsebenen general managers eingesetzt wurden, die die Planung und Durchführung der Politik übernahmen. Sie beeinträchtigten deswegen die professionelle Autonomie der Ärzte sowohl in den Krankenhäusern als auch in den GP Praxen. Da diese general managers von oben ernannt wurden, waren sie für das Gesundheitsministerium verantwortlich. Deswegen wurde die Politikformulierung auch durch die Eingliederung der general managers in die Verwaltung weiter zentralisiert bzw. hierarchisiert.

Die sog. „Griffith Reform“ der Jahre 1983/84 setzte den Trend zur Stärkung der Kontrolle des Zentrums über die Peripherie und zum Abbau der Vetomacht der professionellen Berufsgruppen (wie Ärzte und Krankenschwestern), der Gewerkschaften, der HAs und der Local Authorities fort, die von Alber als „intermediäre Gruppen“ bezeichnet werden (Alber 1992: 551, 556 f.). Gegenüber der Dezentralisierung und der Deregulierung der Leistungsversorgung wurde die Politikentscheidung in den 90er Jahren vor allem auf nationaler Ebene dadurch verstärkt hierarchisiert bzw. etatisiert, daß die NHS Executive sowohl die Politikplanung als auch die Implementation übernahm (vgl. Klein 1995: 215). Die gegenwärtige Entscheidungsstruktur der Gesundheitspolitik ist sowohl durch die Managerialisierung als auch durch die Etatisierung stark geprägt. Darüber hinaus spielt im Entscheidungsprozeß noch ein weiteres Moment keine unbedeutende Rolle, nämlich das korporatistisch-konsultative Moment. Auf die Einbettung der korporatistisch-konsultativen Komponente in die Entscheidungsprozesse wird im folgenden näher eingegangen.

3.3.2 Einbettung der korporatistisch-konsultativen Komponente

Die Einbettung der korporatistisch-konsultativen Komponente in die Entscheidungsstruktur im Bereich der primärärztlichen Versorgung in England läßt sich in zweierlei Hinsicht verdeutlichen. Zum einen geht es um die Beratungsgremien auf der Verwaltungsebene. Mit der Einrichtung der AHAs (1974) wurde den Ärzten und den Krankenschwestern die Möglichkeit gegeben, auf die Verwaltungsentscheidungen

Einfluß auszuüben. „Der Einfluß der Ärzteschaft wurde dadurch gestärkt, daß die Ärzte – ebenso wie erstmals auch die Krankenschwestern – in den Leitungsgremien der Regional Health Authorities wie der Area Health Authorities Sitz und Stimme erhielten …“ (Alber 1992: 550). Mit der Einbindung der Ärzte und der Krankenschwestern in das Management wurde die professionelle Vetomacht herbeigeführt. Der Machteinfluß der professionellen Autonomie erstreckte sich dadurch auf die Verwaltungsebene.

Mit dem Bestreben zur Errichtung beratender Instanzen auf der Verwaltungsebene wurde ein konsultativer Entscheidungsstil in die politische Entscheidungsprozesse eingegliedert, was den herkömmlichen Politikentscheidungsmodi in einen hierarchisch-konsultativen transformierte (vgl. Döhler 1990: 546). Die Vertreter der Ärzteschaft sind in zahlreichen professionellen Beratungsgremien der Verwaltungsebene repräsentiert (vgl. Alber 1992: 553), wodurch ihre Mitbestimmungsmöglichkeiten gestärkt wurde (vgl. Alber 1992: 547). Sie wurden von den Gesundheitsbeamten bei der Formulierung bzw. Implemention der Gesundheitspolitik beraten und übten dadurch Einfluß auf die Politikvorgaben aus. Dennoch ist dieser Einfluß der Interessengruppen durch ihre Vertreter in den NHS-Entscheidungsgremien nicht zu überschätzen. Dies läßt sich durch die Entwicklung der „Entmediatisierung“ (Alber 1992: 553) im Sinne einer Zerschlagung der Vetopositionen „intermediärer Gruppen“ ab 1979[110] und der nachfolgenden Managerialisierung sowohl des Verwaltungsmodus als auch der politischen Entscheidungsstruktur ab 1984 bestätigen.

Gleichzeitig weist das Preisbildungsverfahren in bezug auf die allgemeinärztliche Versorgung einen korporatistisch-konsultativen etatistischen Entscheidungsstil auf. Die ärztlichen Vertragsbedingungen wurden zuerst zwischen den Vertretern der Ärzteschaft, wie GMSC, und den Beamten des Ministeriums ausgehandelt. Auf der Basis dieser Aushandlungen werden in unregelmäßigen Zeitabständen die Verträge abgeschlossen bzw. Vertragsänderungen beschlossen. Hinsichtlich der Höhe des Ärzteeinkommens wurde 1963 der „Review Body“ als Sachverständigenrat eingerichtet. Dieser unabhängige Review Body trifft seine Entscheidungen auf Grundlage der von der Ärzteschaft und dem Ministerium unterbreiteten Eingaben. Der Review Body prüft

[110] Siehe Alber 1992: 553; 556 f. Tabelle 5.1: Chronologie der Schwächung intermediärer Gruppen im National Health Service unter konservativer Herrschaft.

dann die Eingaben und formuliert aufgrund bestimmter Kriterien eine Empfehlung, die dann an den Premierminister weitergeleitet wird. Der Premierminister leitet die Empfehlung an einen Kabinettsausschuß weiter, der die Entscheidung trifft und sie in Kraft setzt (vgl. Alber 1992: 591 f.). Hierbei wird deutlich, daß die Formulierung der Politikvorgaben hauptsächlich auf den Ergebnissen der korporatistischen Konsultation (Verhandlung) zwischen dem Ministerium und den Vertretern der Ärzteschaft beruht und nachher durch die Regierung erarbeitet wird. Nur der Review Body als Sachverständigenrat darf die Eingaben der Regierung prüfen und Empfehlungen abgeben.

Die Politik im Rahmen des NHS ist durch ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen der Regierung und den Professionen, insbesondere der Ärzteschaft, charakterisiert. Aus dem oben Ausgeführten wird ersichtlich, daß die Kontrolle der britischen Regierung über den NHS im Verlauf der organisatorischen Umstrukturierung allmählich intensiviert wurde. Trotzdem fand im Zeitraum von 1974 bis 1982 eine Einbeziehung der professionellen Gruppen in das Beratungskomitee der Health Authorities auf der Distriktebene statt, wodurch der Einfluß der Interessengruppen der Ärzteschaft beabsichtigt war. Die Repräsentationspotentiale der professionellen Verbände erschienen eher gering (vgl. Mercer 1984: 71). Die professionellen Gruppen wurden nur als Beratungskomittee tätig. Die Vertreter der Ärzteschaft wahrten die Interessen der Ärzte ausschließlich in der Verhandlung mit dem Ministerium über die Vertragsbedingungen und die Honorare. Die endgültige Entscheidungsbefugnis auf nationaler Ebene lag vor der Reform in der Hand der DHSS und liegt seit 1996 in der des NHS Executive des DoH. Während auf lokaler Ebene, vor allem auf der klinischen, die GPs über professionelle Autonomie verfügen und ärztliche Organisationen die Qualifikation der GPs selbständig regulieren, konnten und können die GP Gruppen keinen gleichgewichtigen Einfluß auf die Politikentscheidung auf der nationalen Ebene ausüben. Die Politik wird in bezug auf die primärärztliche Versorgung durch die Weise des ‚korporatistisch-konsultativem Etatismus' entschieden.

3.4 Das Verhältnis zwischen den GPs und anderen Leistungsanbietern und die Koordinationsprobleme

3.4.1 Das Verhältnis zwischen den GPs und anderen Leistungsanbietern

(1) Verhältnis zur sekundären und tertiären Versorgungsstufe

Bis in die 60er Jahre durften GPs im Krankenhaus Patienten behandeln. Nach der Etablierung des NHS spaltete sich die hausärztliche Versorgung endgültig vom Krankenhaussektor ab. Seitdem können GPs im Krankenhäusern keine Patienten behandeln. Die Ausdifferenzierung der primärärztlichen und der stationären, einschließlich der spezialistischen Versorgung, war Mitte der 60er Jahre vollendet (vgl. Honigsbaum 1979: 315 ff.)

Im Zuge dieser Separation der primärärztlichen Versorgung von der stationären Versorgung entstand die Überweisungsregelung, die die Differenzierung zwischen den verschiedenden Versorgungsstufen weiter vorantrieb. So dürfen seit der Einführung des NIA von 1911 sekundär spezialistische Leistungen und tertiär stationäre Leistungen erst aufgrund der Überweisung der GPs in Anspruch genommen werden. „Die Kommunikation zwischen Allgemeinärzten und Fachärzten kann als sehr effektiv bezeichnet werden. Die Fachärzte handeln im wahrsten Sinne des Wortes als „Berater“ (Consultants) und verweisen den Patienten nach der Behandlung zurück an den Hausarzt“ (Evans 1994: 199). Die GPs dürfen die bei ihnen eingeschriebenen Patienten gegebenenfalls in den Krankenhäusern besuchen. Die Entscheidung über die Inanspruchnahme sowohl spezieller als auch stationärer Leistungen treffen allein die Spezialisten und Ärzte der Krankenhäuser. Seit der Gesundheitsreform 1991 wird dies dergestalt geregelt, daß die GPs mit den ihnen zugeteilten Budgets über die für die Patienten notwendigen Leistungen entscheiden können. Dadurch wurde die Einflußnahme der GPs auf die sekundäre und tertiäre Versorgung verstärkt. Die Spezialisten und die Ärzte der Krankenhäuser sollen sich um die Vertragsvergabe der GPs bemühen, indem sie sich an den Anforderungen der GPs an qualitativ hochwertige Leitungserbringung orientieren. Daraus ist ersichtlich, daß die GPs nicht nur als Gatekeeper die Überweisung der Patienten im Bereich der sekundären und tertiären

Versorgung kontrollieren, sondern daß sie auch als Koordinatoren die Inanspruchnahme der medizinischen Ressourcen mitbestimmen.

(2) Verhältnis der GPs zu anderen Disziplinen der Primärversorgung

Ein Merkmal des Verhältnisses der GPs (sowohl mit als auch ohne Fundholding) zu anderen Disziplinen der Primärversorgung ist, daß sie in der Primärversorgung ebenfalls die Rolle eines Koordinators übernehmen, indem sie die Inanspruchnahme der Leistungen von den gemeindenahen Gesundheitsdiensten in Form eines Kaufvertrages kontrollieren, die durch gemeindenahe Pflegekräfte (einschließlich Gemeindeschwestern, Gesundheitsbesuchern und Hebammen) erbracht werden. Das gleiche gilt sowohl für die Leistungserbringung der Praxiskrankenschwestern, die bei den GPs eingestellt werden, als auch für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen der Primärversorgung im Rahmen des primary care teams.

In den primary care teams arbeiten die GPs mit den Praxiskrankenschwestern, den Gesundheitsbesuchern, Gemeindeschwestern und Praxisverwaltern, Sprechstundenhilfen (receptionists) and Sekretärinnen zusammen. Die primären Gesundheitsteams können ausgeweitet werden, indem sie gemeindepsychiatrische Schwestern und Sozialarbeiter in ihre Teams eingliedern (vgl. Haines/Iliffe 1993: 24). Dabei entscheiden die GPs zunächst, welche Berufsgruppen eingesetzt bzw. konsultiert werden sollen, wie z.B. community psychiatric nurses. Erst durch die Überweisung der GPs dürfen die Leistungen der community psychiatric nurses in Anspruch genommen werden (vgl. Winkler/Burnett 1996: 95 ff.). An die Physiotherapeuten, Chiropraktiker und Sozialarbeiter dürfen nicht nur die GPs, sondern auch die Gesundheitsbesucher, die Gemeinde- und die Praxisschwestern überweisen (vgl. Sheppard 1993: 67).

Das Verhältnis der GPs zu anderen Berufsgruppen der Primärversorgung als Koordinator bzw. Allokator der Leistungserbringung läßt sich an der Rolle der GPs als Einkäufer (commissioners) der gemeindenahen Gesundheitsdienste weiter verdeutlichen. Nach der 91er Gesundheitsreform wurde den GPFHs die Aufgabe zum Einkauf von einigen gemeindenahen Gesundheitsdiensten übertragen. Seitdem übernehmen die GPs die Funktion, über die Inanspruchnahme der Gemeindegesundheitsdienste zu bestimmen. Die GPs spielen dabei auch als Gatekeeper eine Rolle im Sinne der

Kontrollierung der Inanspruchnahme der Gemeindegesundheitsdienste. Während herkömmlich die Pflegekräfte der Gemeinde i.d.R. als angeschlossenes (attached) Personal eingesetzt wurde,[111] erbringen die Pflegekräfte der Gemeinden seit 1993 nur im Vertragsverhältnis, das zwischen den GPFHs und den NHS Community Trusts besteht, ihre Leistungen. Daraus läßt sich schließen, daß die Koordinationsfunktion der GPs verstärkt wird.

Ein weiteres Merkmal des Verhältnisses der GPs zu anderen Berufsgruppen der Primärversorgung ist, daß zwischen ihnen, etwa den GPs und den Praxisschwestern und Gemeindepflegekräften, eine Arbeitsteilung besteht. Das Verhältnis der GPs zu anderen Berufsgruppen der Primärversorgung nimmt eine kooperative Gestalt an. Die Praxisschwestern[112] übernehmen - delegiert von den GPs - selbständig Aufgaben, wie Impfungen, Krankheitsüberwachung chronischer Krankheiten und Untersuchungen. Weiterhin führen sie Präventivmaßnahmen durch (vgl. Hasler 1993: 58). Statt dessen übernehmen die GPs Tätigkeiten, wie Behandlungen bei Notfällen und kleine chirurgische Eingriffe (vgl. Sheppard 1993: 65).

Als neuestes gesetzliches Vorhaben hinsichtlich des kooperative Verhältnisses der GPs zu den Berufsgruppen der Primärversorgung gilt das White Paper „the new NHS: Modern. Dependable“ von 1997,[113] in dem die Zusammenarbeit von GPs und Gemeindeschwestern betont wurde. Sie sollen im Rahmen der sog. PCGs[114] einander beraten und über die Inanspruchnahme von Leistungen abstimmen. Vor allem wurde die Profession „Nurse Practitioner“ als eine weitere Anlaufstelle der Patienten in der Gesundheitsversorgung eingeführt, was eine Herausforderung für die führende Position

---

[111] Die Pflegekräfte der Gemeinde dürfen seit den 50er Jahren an die Praxen der GPs angeschlossen werden. Diese Pflegekräfte galten als unselbständige Beschäftigten. Darum schlug der Cumberlege Report „Neighbourhood Nursing – A Focus for Care“ eine Aufwertung der Position von Pflegekräften vor, um den Pflegekräften der Gemeinde und den Praxenschwestern wichtige Aufgaben zu übertragen. So wird den Krankenschwestern erlaubt, Medikamente für die Patienten zu verschreiben. Siehe dazu DoH (1987): Promoting Better Health. The Government’s Programme for Improving Primary Health Care, Chapter 7: Community Nursing Services, S. 40 ff..

[112] Die Praxisschwester werden seit 1966 gemäß der Family Doctors’ Charter (1966) in den Praxen der GPs eingesetzt. 70% der Kosten für die Einstellung des Praxispersonals wird durch den Staatszuschuß zurückerstattet; (vgl. Hasler 1993: 57).

[113] The new NHS: Modern und Dependable White Paper vom Dezember 1997

[114] The new NHS: Modern und Dependable White Paper Kapitel 4 Abschnitt 5.9 über die Funktionen von PCGs. Hierbei spielen die sogenannten PCGs die gleiche Rolle wie die HMOs. Die HMOs als Versicherungsträger gewährleisten den Versicherten die notwendigen Leistungen entweder selbst oder durch andere Leistungsanbieter, die i.d.R. spezialistischer und tertiärer bzw. stationärer Art sind. Ziel eines solchen institutionellen Arrangements ist es, den Bürgern eine integrative Versorgung von primären und gemeindenahen Gesundheitsdiensten zu gewährleisten.

der GPs in der Versorgung darstellen wird.[115] Daraus läßt sich ableiten, daß sich das Verhältnis zwischen GPs und anderen Professionellen der Primärversorgung in die Richtung horizontaler Integration zu entwickeln scheint, da andere Professionellen, wie die Gemeindeschwestern, als Anlaufstelle in der Primärversorgung auch die Allokations- bzw. Koordinationsfunktion erfüllen können. Ob diese These der Realität entsprechen wird, wird die Entwicklung zeigen. Die gleichwertige Anerkennung der nichtärztlichen Gesundheitsberufe läßt sich geschichtlich vor allem auf die frühe Professionalisierung und Registrierung dieser Berufsgruppen und auf die Beteiligung an den Beratungs- und Repräsentationsgremien der professionellen Vereinigungen, insbesondere an den Entscheidungsgremien des NHS, zurückführen (vgl. Döhler 1997: 100-107).[116]

3.4.2 Integrationsdefizit zwischen den GPs und anderen Leistungsanbietern

Das Integrationsdefizit zwischen den GPs und anderen Leistungsanbietern in England erweist sich seit altersher als ein dringend zu lösendes Problem. Dieses Problem erscheint zukünftig insofern noch gravierender, als der Anteil der älteren Leute an der Gesamtbevölkerung zunimmt, die besonders für Multimorbidität anfällig sind (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 88). Das Integrationsdefizit ist vor allem auf vier strukturbildende Ursachen zurückzuführen.

Zunächst ist die britische Gesundheitsversorgung durch eine dreigliedrige Versorgungsstufe gekennzeichnet, die die Integration zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen organisatorisch–strukturell noch erheblich erschwert. Ferner tragen die separaten Zuständigkeiten auf verschiedenen Regierungsebenen und die getrennte Finanzierung zur Behinderung der Integration der primärärztlichen Versorgung un anderen primären Gesundheitsleistungen und sozialen Diensten bei (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 89; 91). Z.B. ist die Abteilung für soziale Dienste, Social Services Departments der lokalen Kommunalbehörden, für die Versorgung mit sozialen Dienste zuständig, dagegen sind die lokalen Gesundheitsbehörden bzw. die FHSAs für die Gesundheitsversorgung zuständig. Daraus sind eine konfligierende

115 DoH 1987: 41 f.; Rivett 1998: 413 f..
116 Siehe dazu Professions Supplementary to Medicine Act 1960.

politische Perspektiven in bezug auf die Gesundheitsversorgung und die Versorgung mit sozialen Diensten hervorgegangen.

Der dritte Faktor stellt - geographisch betrachtet - die Abwesenheit einer gemeinsamen Bezugsgrenze (co-terminosity) dar (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 92) zwischen den Gesundheitsbehörden und den lokalen Behörden dar. Dies gilt seit langem als Hindernis für die Integration Gesundheitsversorgung und den sozialen Diensten. Obwohl es nicht an Bemühungen der Regierung fehlt, durch Umstrukturierung der Organisation des NHS eine strukturell gemeinsame Bezugsgrenze zu schaffen, besteht dieses Problem bis heute. Schließlich wurde dieses Integrationsproblem im Zuge der fortsetzenden Spezialisierung der Professionen durch die Vielzahl der Professionen hervorgerufen. Diese ausdifferenzierten spezialisierten Professionen sind auf verschiedenen Versorgungsstufen angesiedelt und jeweils mit eigenen Rollen, Aufgaben, Interessen und Machtpositionen ausgestattet (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 87). Es ist daher dringend erforderlich, das Integrationsproblem der verschiedenen Versorgungsarten finanziell und organisatorisch zu anzugehen.

Der Versuch der Labour-Regierung gemäß dem „The new NHS: modern. Dependable“[117] Paper ab 1997 gilt als neueste Bemühung der Regierung, sich in Richtung einer Förderung der Integration zwischen den GPs und den gemeindenahen Gesundheitsdiensten. Gleiches gilt für die Zusammenarbeit zwischen den GPs und den sozialen Diensten im Rahmen der PCGs, die seit Anfang 1999 allmählich umgesetzt wird (siehe dazu Abschnitt 3.2.1, (2), (b)). Das „The new NHS: modern. Dependable“ sieht vor, daß die bestehenden Versorgungsformen, wie GP Fundholders, Total Purchasing Projects, Multifunds and Locality Commissioning GPs, in Zukunft in die PCGs transformiert werden können.[118]

[117] Siehe dazu Kapitel 5 des Papers “The new NHS: modern. Dependable” über primary care groups (PCGs).

[118] Siehe „The new NHS: modern. Dependable“, S. 43. Die Wirkung der PCGs ist bisher noch nicht abschätzbar. Nun besteht Zweifel an der Wirksamkeit dieses institutionellen Arrangements. Während bei den gegenwärtigen GPFHs die Patienten gegenüber ihren GPs ihre Unzufriedenheit artikulieren können, indem sie ihre GPs wechseln (exit option), verfügen sie bei dem Arrangement von PCGs über ähnliche Möglichkeiten, die Leistungserbringung ihrer GPs effektiv zu kontrollieren (vgl. Hausman/Le Grand 1999: 1305). Es mag sein, daß die Interessenkonflikte zwischen den GPs innerhalb einer PCG schärfer werden, so daß der Aufwand zur Minderung solcher Konflikte enorm wird (Hausman, D./Le Grand, J. (1999), S. 1306). Darum stellt sich die Frage, ob die PCGs den Patienten bessere Leistungen anbieten werden als die GPFHs, obwohl sie eine bessere Integration zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen und Anbietern fördern können.

Kapitel 4 Strukturmerkmale der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden

4.1 Politikentwicklung in der niederländischen Gesundheitsversorgung

4.1.1 Etablierung der Krankenversicherung in den 60er Jahren

Die heutige Gesundheitsversorgung in den Niederlanden läßt sich auf das Kassenwesen des 18. Jahrhunderts zurückführen. Die Krankenversicherungen mit den Krankenkassen als finanzieller Träger entstanden in den Niederlanden bereits im 18. Jahrhundert[119] und entwickelten sich im 19. Jahrhundert weiter. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts waren verschiedenartige Krankenkassen vorhanden. Es gab neben den auf kommerzieller Basis wirkenden Direktionskassen (directiesfondsen) und den gegenseitigen Kassen (onderlinge fondsen) auch die Hausärztekrankenkassen und Betriebskrankenkassen für die Arbeitnehmer (vgl. Roscam Abbing/Rutten 1985: 24). Dennoch war bis Ende des 19. Jahrhunderts nur ein geringer Teil der Bevölkerung im Krankheitsfall abgesichert. Aufgrund dieser Tatsache strebte die Regierung seit Anfang des 20. Jahrhunderts die Ausdehnung des Kreises der Krankenversicherung an. Der erste entscheidende Schritt zur Verwirklichung dieses Ziels ist der 1941 während der deutschen Besatzungszeit eingeführte „Beschluß über Krankenkassen“ (vgl. Roscam Abbing/Rutten 1985: 24). Im Rahmen dieses Beschlusses wurden nur Arbeitnehmer und deren Familienangehörige gegen Krankheitsrisiken abgesichert. Diese Versicherung galt als eine berufsspezifische Krankenversicherung. Die gleiche Zugangschance für alle Einwohner war nicht vollständig realisiert und somit war die Sozialisierung der Krankheitsrisiken noch begrenzt.

Auf diesem Beschluß beruhend weitete sich die berufsspezifische Krankenversicherung einerseits zu einer gesetzlichen und einer privaten Krankenversicherung aus, die die akute medizinische Behandlung finanziert und andererseits zu einer

[119] Siehe dazu den Abschnitt 4.3.2.

Volkskrankenversicherung, die die gesamte Bevölkerung miteinbezieht und im wesentlichen die Betreuungs- bzw. Behandlungskosten für langfristige Krankheiten, wie für chronisch Kranke, Geisteskranke und Behinderte, trägt. Gesetzliche Grundlagen waren[120] für die akut medizinische Behandlung und Leistungen das „Ziekenfondswet“ (ZFW) von 1964 und für die Absicherung katastrophischer Risiken bzw. langfristiger Krankheiten das „Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten“ (AWBZ) von 1967[121] als Volksversicherung. Diese beiden sozialen Versicherungen werden zum Großteil durch Beiträge finanziert.

Nach der Etablierung der Krankenversicherungen erlebte die niederländische Gesundheitsversorgung zwei wesentliche strukturelle Reformen: Die erste Umstrukturierung erfolgte im Jahr 1974 und die zweite Gesundheitsreform im Jahr 1987 aufgrund des Dekker-Reports. Durch die Umstrukturierung von 1974 wurden die Regionalisierung und Staffelung der Gesundheitsversorgung hervorgehoben, was Konsequenzen für die Leistungsversorgung hatte. Damit war eine Intensivierung der staatlichen Eingriffe einhergegangen.

4.1.2 Gesundheitsreform in den 90er Jahren - der Dekker-Bericht, der Simon Plan und das Nota Koalitionsabkommen

Die seit 1974 umgesetzten kostendämpfenden Maßnahmen wirkten sich auf die Gesundheitsversorgung zwar wie vorgesehen kostengünstig aus. Die Umsetzung brachte jedoch Probleme mit sich. Dadurch daß mehrere Versicherungen für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung zuständig sind, entstehen hohe Verwaltungskosten. Zum anderen ging mit der Intensivierung der staatlichen Eingriffe eine Überbürokratisierung während dieses Zeitraums einher. Hinzu kam das Verzahnungsproblem zwischen verschiedenen Leistungsarten bzw. Versorgungsstufen. Schließlich führte die Reform zu einer uneffizienten Versorgung. Diese vier Probleme veranlaßten die niederländische Regierung 1986, eine ad hoc Kommission unter der Leitung von *Dekker* einzurichten (vgl. Maarse 1997: 152). Die Dekker Kommission legte 1987 den sogenannten „Dekker-Report“, Bereitschaft zur Veränderung

[120] Ziekenfondsenwet , Stb. 1964, 392.
[121] Staatblad 1967, nr. 655. De Algemene Wet Bijzonder Ziekenkosten (AWBZ) wurde 1967 vom Tweed Kamer (Parlament) gebilligt.

(Bereidheid tot Verandering) vor. 1988 wurde dieser Report von der Regierung als Eckpunkt der Gesundheitsreform akzeptiert. Gemäß dem Dekker-Report sollte der Wettbewerbsmechanismus sowohl auf Seite der Krankenversicherer als auch auf Seite der Leistungserbringer gefördert werden. Dadurch sollten eine effektive Versorgung und eine Verbesserung der Klientenorientierung erreicht werden (vgl. Schut 1995: 616). Es sollte versucht werden, im Rahmen von „Managed Care“ eine regulierte Konkurrenz (regulated competition) ins Leben zu rufen, die als ein Kompromiß zwischen dem Wert der Solidarität und dem der Effizienz anzusehen ist. Der Dekker-Report befürwortete hier einerseits mehr Freiheit in der Arztwahl sowie eine stärkere individuelle Verantwortung und andererseits die Übernahme der finanziellen Verantwortung seitens der Versicherer. Als wesentliches Instrument gilt die Übertragung der finanziellen Verantwortung auf die Versicherer, die vom Kabinett und dem zuständigen Ministerium für Volksgezondheid, Welzijn en Sport (künftig VWS) befürwortet wird. [122]

1990 hat der Untersekretär für Gesundheit *Simons* eine modifizierte Version dieses Dekker-Reports veröffentlicht, den sogenannten „Simon-Plan“. Bei der Ausarbeitung des Simon-Plans wurden über Punkte, wie den Leistungsumfang, die Beitragssätze und die Höhe der nominalen Prämie, verschiedene Meinungen vertreten. Trotz alledem blieben die Hauptprinzipien unberührt: die regulierte Konkurrenz und Effizienz. Aufgrund des Dekker-Reports und des diesbezüglichen Politikvorhabens der Regierung, wie dem Simon-Plan, wurde seit 1989 eine Reihe von Regelungsmaßnahmen ergriffen, die dazu dienen sollten, die Zugangschance zu gewährleisten und die Leistungserbringung effizient zu gestalten. Es erfolgte 1989 eine Übertragung der Leistungskategorien von dem Krankenkassengesetz auf dem AWBZ.[123]

Im selben Jahr wurde die nominale Prämie eingeführt. Diese nominale Prämie ist ein pauschaler Einheitssatz (flat rate contribution), der von den Versicherten im Rahmen einer jährlichen Selbstbeteiligung (copayment) finanziert wird (vgl. Saltman 1997: 450). Die Krankenkassen dürfen diese nominale Prämie frei festsetzen. Norminale Prämien sollten für alle Versicherten einer Krankenkasse gleich sein. Ab 1996 wurden diese Prämien im Rahmen des AWBZ abgeschafft. Gegenwärtig bestehen die nominalen Prämien nur für die Akutversorgung im Rahmen des ZFW. Zugleich gilt die nominale

[122] Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2, „Jaaroverzicht Zorg 1998“, S.10, S. 107.
[123] Danach sollten die Leistungen, wie Arznei- und Hilfsmittel, die ursprünglich über die Krankenkassen finanziert wurden, von dem AWBZ getragen werden.

Prämie als ein zentraler preislicher Wettbewerbsparameter in der gesetzlichen Krankenversicherung, gemäß dem die Krankenkassen miteinander um die Versicherten konkurrieren. Weiter ist politisch angestrebt, durch die Einführung der nominalen Prämie die Differenz zwischen den Krankenkassen und den privaten Versicherern zu unterminieren. Die nominale Prämie der Ziekenfondsen belief sich 1998 auf f 216 (Niederländische Guld) und betrug im Jahr 1999 absolut zwischen f 340 und f 440.

Des weiteren sah die zweite Reform vor, im Rahmen der „Managed Care" die Rolle der Krankenkassen als *Advokat ihrer Versicherten* zu aktivieren, indem ihnen eine finanzielle Verantwortung zugewiesen würde (vgl. Schut/Doorslaer 1999: 65). So wurde ab 1991 ein Budget in Form einer Pauschalvergütung in die Krankenkassen eingeführt. Das Budget wird seit 1996 nach normativen Risikokriterien, wie *Alter*, *Geschlecht*, *Region*, *Zustand der Beschäftigung* und *sozialer Sicherheit* (ab 1999), ausgearbeitet.[124] Das Budget der Krankenkassen stellt daher eine risikoabhängige Kopfpauschale dar. Das Ziel der Budgetierung der Krankenkassen besteht darin, finanzielle Risikos auf die Krankenkassen zu übertragen, so daß die Krankenkassen die Versicherung kostenbewußter ausführen. Laut des Berichtes des Ziekenfondsraad (künftig ZFR) ist diese Zielsetzung, die die Konkurrenz unter den Krankenkassen verstärkt, an der Abwesenheit substantieller finanzieller Anreize für die Versicherer gescheitert (vgl. Schut/Doorslaer 1999: 52).

Ferner wurde ab 1992 der *Kontrahierungszwang* für die Krankenkassen mit freiberuflichen Leistungsanbietern abgeschafft. Er gilt für vertragliche Beziehungen zwischen Krankenkassen und stationären Einrichtungen. Die Krankenkassen dürfen seither mit den freiberuflichen Leistungsanbietern selektiv einen Vertrag abschließen. Dadurch wurde angestrebt, eine Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern zu schaffen. Die Einführung der *freien Arztwahl der Versicherten*, die jetzt jedes halbes Jahr vorgenommen werden darf, soll zur Erhöhung der Konkurrenz zwischen den Hausärzten beitragen. Der *Wettbewerb seitens der Krankenkassen* wurde durch die Abschaffung der gesetzlich begrenzten Anzahl der Krankenkassen in den jeweiligen Gebieten gefördert. Die Krankenkassen bzw. die Krankenversicherungen dürfen seitdem auf nationaler Ebene miteinander konkurrieren.[125] Die Regierung förderte

[124] Siehe auch auf Tabelle 2 im Aufsatz von Schut/Doorslaer 1999: 56.
[125] Siehe dazu auch Greß 2000: 38.

zugleich die Fusion zwischen den Krankenkassen. 1996 befanden sich in den Niederlanden 26 Krankenkassen (vgl. Schut 1996: 279). Im Laufe der Zeit vollzog sich auch eine Fusion bzw. eine Allianzbildung zwischen den Krankenkassen und den privaten Versicherern. Folglich fand eine Machtkonzentration auf der Versicherungsseite statt. Die zehn größten Krankenversicherer besaßen ungefähr 80% des Marktanteiles (vgl. Schut 1997: SFG 31/86). Es vollzog sich zugleich eine *Deregulierung der Preisbildung*, indem „die Übereinkommen" (overeenkomsten) nicht mehr auf nationaler Ebene festgelegt wurden. Hingegen wurde die individuelle Vereinbarung gefördert. So haben die Hausärzte gemäß dem „Ergebnis von Beratung" (Uitkomst van Overleg, künftig UvO) mit den Versicherern Versorgungsverträge abzuschließen (vgl. Elsinga 1997: SFG 29/37).

Die *Übertragung einiger Leistungskategorien* von den Krankenkassen und den privaten Versicherern auf das AWBZ wurde bis Anfang 1996 fortgesetzt. Schließlich wurden die auf der nationalen Ebene *festgesetzten Maximaltarife* anstelle der festgelegten Tarife zunächst für die professionellen Berufe - wie medizinische, paramedizinische und pflegerische Berufsgruppen[126] - eingeführt. Die von den Versicherern und Berufsgruppen auf der lokalen Ebene vereinbarten Vergütungssätze dürfen diese Maximaltarife nicht überschreiten. Die Umsetzung der Maximaltarife erfolgte tatsächlich sukzessiv.

Gemäß dem Dekker-Report sollte nach der Gesundheitsreform die Segmentierung der Krankenversicherungen in eine Basisvolksversicherung aufgehoben werden. Damit ist eine Integration der gesundheitlichen Versorgung vorgesehen. Dieses Ziel wurde durch das „Nota Koalitionsabkommen" vom Mai 1995 aufgegeben. Das Kabinett der Niederlande wurde im August 1994 von der Koalition der drei Parteien, der Partij van de Arbeid (PvdA), der Volkspartij voor Vrijheid (VVD) und der D´66, unter der Leitung von Kok gebildet. Das Kok-Kabinett legte im Mai 1995 ein Koalitionsabkommen vor, nämlich das Nota „Zorg in het regeerakkoord", aufgrund dessen die niederländischen Krankenversicherungen vielgliederige Versicherungen

[126] Zu den Berufsgruppen zählen Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, professionale Pfleger, Pysiotherapeuten, klinische Psychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenbetreuer, Logotherapeuten, Orthopetisten, Diätisten, usw. Siehe dazu de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), S. 16 ff..

beibehalten sollten.[127] Diese Koalitionsregierung konzentriert sich seitdem auf die Umstrukturierung der Anreizstrukturen für das Finanzsystem (vgl. Schut/ Doorslaer 1999: 53). Die forcierte Reform wurde durch *die inkrementelle Reform* ersetzt (vgl. Saltman 1997: 450), indem das Pilot- und Demonstrationsprojekt vorher erprobt wurde. Darüber hinaus wurde vereinbart, die bisherigen drei Versicherungssäulen (compartiments) weiter beizubehalten: das erste, zweite und dritte compartiment. Da diese Koalitionsregierung nach der allgemeinen Wahl von 1998 noch immer das Amt innehat, wird die Umsetzung dieser Versicherungsprogramme weiter fortgesetzt. Die drei compartiments werden in Abschnitt 4.2.2, (1) näher skizziert.

4.2 Grundzüge der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung in den Niederlanden

Im folgenden Abschnitt werden die Grundzüge der gegenwärtigen Gesundheitsversorgung im Rahmen der Krankenversicherungen skizziert. In Abschnitt 4.2.2 werden insbesondere institutionelle Arrangements zur Garantie der Zugangschance (4.2.2-(1)), Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit (4.2.2-(2)) und Qualitätssicherung (4.2.2-(3)) analysiert und systematisiert. Anschließend werden die Besonderheiten hinsichtlich der Preisbildung (4.2.2-(4)) und der Verwaltungsweise (4.2.2-(5)) erörtert.

4.2.1 Leistungsstruktur

Die Gesundheitsversorgung in den Niederlanden läßt sich auf verschiedene Weise ordnen bzw. klassifizieren. Im vorliegenden Abschnitt wird anhand der Versorgungsstufe (*Echolen*)[128] und des Ortes, in der die Versorgung stattfindet, die Gesundheitsversorgung der Niederlande klassifiziert (vgl. Boot/Knapen 1994: 105). Nach dem Ort klassifizierend wird die niederländische Gesundheitsversorgung in eine

---

127 Vor allem gemäß der Politikentscheidung der Regierung von 1995 wurden die drei gegliederten Versicherungszweige beibehalten, denen jeweils ein Aufgabenbereich zugewiesen wird.

128 Seit 1974 fand gemäß dem Report über die Struktur der Gesundheitsversorgung eine Staffelung der Gesundheitsversorgung statt. Nach dieser werden die vier Stufen der Gesundheitsversorgung etabliert.

intramurale, semi-tramurale und eine extramurale Versorgung eingeteilt.[129] Die extramulare und die intramulare Versorgung lassen sich in gewissem Maße mit der zweiten (primären) und der vierten (stationären) Versorgungsstufe identifzieren. Der Umfang der jeweiligen Leistungsarten wird gemäß dem ZFW und dem AWBZ i.d.R. durch das Gesundheitsministerium nach Beratung bzw. Empfehlung des Ziekenfondsraad zentral bestimmt.[130] Im allgemeinen läßt sich die niederländische Gesundheitsversorgung in vier Stufen beschreiben.

(1) Basisgesundheitsdienste

Auf der untersten Stufe befinden sich die Basisgesundheitsdienste, die von den Sozialmedizinern und anderen Berufsgruppen in den Gemeinden erbracht werden. Diese Basisgesundheitsdienste sind für die Prävention zuständig. Vor der 74er Gesundheitsreform gab es nur in größeren Städten Basisgesundheitsdienste. Seitdem werden von dem Ministerium für Gesundheit Subventionen vergeben, um Basisgesundheitsdienste zu errichten. Das Gesetz von 1990 erteilt den lokalen Regierungen die Befugnis zur Durchführung bzw. zur Verwaltung der Basisgesundheitsdienste.

(2) Primäre Versorgung

Die Leistungen der primären Versorgung als zweite Versorgungsstufe sind von allgemeiner Art und den Einwohnern frei zugänglich. Zu den Leistungserbringern der primären Versorgungsstufe zählen die Hausärzte, das Pflegepersonal der Gemeinde, allgemeine Sozialarbeiter und Pflegekräfte der Gemeinde (Kruis Werker).[131] Sie gelten als die vier Hauptanbieter der primären Versorgung. Hinzu kommen noch Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten, Hebammen und andere paramedizinische Berufsgruppen.

[129] Die Intramulare Versorgung bezieht sich auf die Versorgung, die innerhalb einer Einrichtung stattfindet, wobei die Patienten stationär behandelt bzw. betreut werden. Dagegen meint die extramurale Versorgung die Erbringung der Leistungen, die ambulant bzw. in der Nähe des Wohnsitzes des Patienten erfolgen Schließlich bezeichnet die semi-tramurale Versorgung die bei den Tages- oder Abendkliniken erbrachte Versorgung; siehe dazu Boot/Knapen 1994: 99 ff.

[130] Bisher wurden verschiedene Direktive über den Leistungsumfang der jeweiligen Leistungsarten erlassen, sowie Direktive über den Leistungsumfang der spezialistischen Versorgung, der Pflegeheime und der ambulanten Medikamentenverschreibung.

[131] Es gibt in den Niederlanden die sogenannte Hausversorgung (thuiszorg). Zu den Hauptanbietern der Hausversorgung zählen außer Hausärzten und Pflegekräften der Gemeinde noch die Hausversorger (gezingsvorzorgende). Es ist zu berachten, daß die primäre Versorgung zugleich Hausversorgung darstellt; siehe genauer Boot/Knapen 1994: 131 ff.

Die primäre Versorgung wird häufig mit der extramuralen Versorgung gleichgesetzt, da die Erbringung dieser Leistungen außerhalb der stationären Einrichtungen stattfindet. Zur extramuralen Versorgung zählt auch die extramuralen (ambulante) psychiatrische Gesundheitsversorgung. Als Hauptanbieter gilt die regionale Einrichtung für die ambulante psychiatrische Gesundheitsversorgung, wie z.B. für psychogeriatische Patienten, also die Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (künftig RIAGG). Es gibt in den Niederlanden 52 RIAGG, die jeweils 150000 bis 300000 Einwohner betreuen (vgl. Boot/Knapen 1994: 186). Hinzu kommt noch die ambulante Versorgung für geistig behinderte Patienten, die zum größten Teil vom Sociaal Pedagogische Dienst und auch von den Schutzwohnungen und begleiteten Selbständigen Wohnungen (niederländisch: het Beschermd Wonen en het Begeleid Zelfstandig Wonen) (vgl. Boot/knapen 1994: 223) gewährleistet wurde. 1988 gab es ungefähr 48 Sociaal Pedagogische Dienst, in denen 400 Sozialarbeiter tätig waren. Im Sociaal Pedagogische Dienst werden sozale Dienste im wesentlichen ambulant gewährleistet. Die Ausgaben für den Sociaal Pedagogische Dienst werden über das AWBZ finanziert (vgl. Boot/Knapen 1994: 222).

(3) Spezialisierte Versorgung

In den 50er Jahren dieses Jahrhunderts erfolgte in der Gesundheitsversorgung eine starke Differenzierung und Spezialisierung bzw. Professionalisierung (vgl. Grünwald 1990: 32 f.). Es fand nicht nur eine Spezialisierung von einzelnen Fachrichtungen statt, sondern es vollzog sich auch eine Innendifferenzierung derselben Fachrichtung.[132] Die dritte Versorgungsstufe stellt die spezialisierte Versorgung dar, die von den Fachärzten oder Gebietsärzten in den Krankenhäusern geleistet wird. Die Inanspruchnahme der spezialisierten Leistungen erfordert eine Überweisung von einem Hausarzt. Die durchschnittliche Zahl der Spezialisten in den allgemeinen Krankenhäusern lag 1994 bei 61,7 (vgl. Montfort/ Vandermeulen 1997: SFG32/68)

(4) Stationäre Versorgung

[132] Die Fachgebiete wie Orthopädie, Dermatologie, Urologie spezialisierten sich im Laufe der 50er Jahre. Innerhalb der Fachrichtung Kindermedizin differenzierte sich die Neonatologie zu einer selbständigen Fachrichtung aus. Ebenfalls entwickelten sich aus der Chirurgie drei weitere Fachrichtungen, nämlich die plastische Chirurgie, die Neurochirurgie und die Thoraxchirurgie. Von der Internmedizin splitteten sich Kardiologie, Hämatologie und Endokrinologie ab. Damit ging ein Wachstum von unterstützenden Aktivitäten in einigen Fachgebieten, wie Laboruntersuchungen, Anästhesien und die Röntgenologie, einher. Siehe dazu Gründwald 1990: 32 ff.

Als vierte Versorgungsstufe gelten alle stationären Einrichtungen. In diesen stationären Einrichtungen werden intramurale Leistungen angeboten. Darunter lassen sich fünf Versorgungsarten einordnen. Die Krankenhäuser bieten den Patienten somatisch medizinische Leistungen an, Pflegeheime (verpleginghuizen) pflegerisch somatische Leistungen und schließlich die Betreuungshäuser (verzorgingshuizen) soziale Dienste.[133] Die Anzahl der stationären Krankenhäuser ist während der 60er Jahre stark angestiegen. Seit 1968 ist auch die Anzahl der Pflegeeinrichtungen wegen der Erleichterung der Finanzierung, für die das AWBZ (1968) zuständig ist, stark gewachsen (vgl. Grünwald 1990: 32 ff.). Betreuungshäusern nehmen meistens Ältere, die die häusliche Arbeit nicht mehr selbst ausführen können, auf. Die Kosten der Betreuungshäuser werden zum Großteil über das AWBZ finanziert. Die restlichen Kosten sollen durch die Eigenbeteiligung der Versorgten getragen werden.[134] Die sogenannte Alters- und Hausversorgung in den Niederlanden steht im Prinzip den Alten zur Verfügung. Diese beiden Versorgungsarten nehmen einen nicht geringen Anteil der Gesundheitsausgaben in Anspruch. 1998 betrug der Anteil der Ausgaben für die Alters- und Hausversorgung insgesamt 23% der Gesamtausgaben.[135] Die Betreuungshäuser fungieren als traditionelle Altersversorgungseinrichtungen in den Niederlanden.

Die stationäre psychiatrische Gesundheitsversorgung stellt einen bedeutenden Teil der Gesundheitsversorgung dar. Ungefähr 7% der Gesundheitsausgaben wurden für die psychiatrische Versorgung in Anspruch genommen.[136] Hauptanbieter sind allgemeine psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Abteilungen der allgemeinen Krankenhäuser, Einrichtungen zur Sicherungsverwahrung der von der Regierung angeordneten Delinquenten (Inrichtingen voor ter beschikking van de regering gestelden (tbs)) (vgl. Boot/Knapen 1994: 203) und psychogeriatrische Pflegeheime (vgl. Boot/Knapen 1994: 198 ff.). In den psychogeriatrischen Pflegeheimen werden meistens die Alten betreut (vgl. Boot/Knapen 1994: 204).

Schließlich entfällt ein Großteil auf die Versorgung von körperlich und geistig Behinderten. 9% der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen 1997 auf Leistungen für

133 Siehe Boot/Knapen 1994: 160, Schema 8.1 über die intramulare Versorgung.
134 Tweed Kammer, vergaderjaar, 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2: Jaaroverzicht Zorg 1998, S. 104.
135 Tweed Kammer, vergaderjaar, 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2: Jaaroverzicht Zorg 1998, S. 8.
136 Tweed Kammer, vergaderjaar, 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2: Jaaroverzicht Zorg 1998, S. 8.

Behinderte.[137] Als wesentliche Leistungsanbieter für geistig Behinderte gelten die Einrichtungen für Geisteskranke. Für Geisteskranke gibt es 121 Einrichtungen in den Niederlanden. Der finanzielle Aufwand für diese Art von Versorgung wird zum Großteil über das AWBZ abgedeckt. Außer den Einrichtungen für Geisteskranke befinden sich Phasehäuser (fasehuizen) in den Niederlanden, die sogenannten Sozialwohnungen (sociowoningen) und Beobachtungszentren (oberservatiecentra). Sie sind selbständige Einrichtungen. Dabei liegen Sozialwohnungen und Phasehäuser i.d.R. in der Nähe einer Einrichtung für Geisteskranke.[138]

4.2.2 Institutionelle Arrangements

(1) Finanzierung der Krankenversicherung durch Beiträge

Die Ausgaben der Krankenversicherung werden durch Versicherungsbeiträge abgedeckt (siehe dazu Tabelle 4-1). Die Höhe der Versicherungsbeiträge der Versicherten ist einkommensabhängig. Durch die Einführung der beiden Krankenversicherungsprogramme - ZFW (1964) und AWBZ (1967) - wurde die gesamte Bevölkerung in die Krankenversicherung mit einbezogen. Der Inklusionsprozeß vollzog sich Ende der 60er Jahre. Seitdem wird die gleiche Zugangschance für alle Einwohner garantiert. Trotz der Politikvorhaben des Dekker-Reports und des Simon-Planes, eine vereinheitlichte Basisvolksversicherung umzusetzen, werden die segmentierten Versicherungssysteme seit 1995 beibehalten und weiterhin in drei *compartiments*[139] eingeteilt. Die wichtigste Änderung bei der Finanzierung ist die allmähliche Transformierung der „retrospective reimbursment", was Rückerstattung bedeutet, in die „prospective payment" (voraussichtliche Bezahlung). Dieses "prospective Payment wurde nach vier Risikokriterien[140] angleichend ausgearbeitet. 1999 beläuft sich der Anteil der prospective Payment an der gesamten Finanzierung auf nur 35% (vgl. Schut/Doorslaer 1999: 55).

---

137 Tweed Kammer, vergaderjaar, 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2: Jaaroverzicht Zorg 1998, S. 8.
138 Vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 97, Box 2. Dutch health care providers and their funding sources.
139 Im Rahmen dieser Arbeit werden die von Greß verwendeten Begriffe „Langzeitversorgung, Akutversorgung und Zusatzversorgung" aufgenommen.
140 Siehe dazu Abschnitt 4.1.2.

Das erste compartiment (Langzeitversorgung)

Durch das erste compartiment der Versicherung sollen im wesentlichen Katastrophale Krankheitsrisiken abgesichert werden. Dazu zählen die langfristige Betreuung für chronisch Kranke und die Betreuung von Geisteskranken, die herkömmlich über das AWBZ finanziert wurde. Diese Langzeitversorgung kann sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Die Finanzierungsgeschäfte werden seit 1998 von regionalen Einzelzahlern (i.d.R. die größte Krankenkasse der Region)[141] verwaltet. Die Preise und die Menge der Leistungen für die Versorgung chronisch Kranker werden von der Regierung festgelegt. Hierbei besteht kein Wettbewerb zwischen den Versicherern (siehe dazu Abbildung 4-1).[142] Die Übertragung der Leistungen von ZFW nach AWBZ wurde aufgrund des Regierungsnota von 1995 abgeschafft. Leistungen, wie Arznei- und Hilfsmittel, werden wieder durch die Krankenkassen und die privaten Versicherer finanziert. Seit dem 1. Januar 1996 werden auch extramurale Arzneimittel wieder durch die Krankenkassen und die privaten Versicherer finanziert. Der Staat kontrolliert, wie z.B. durch Einschränkung der Bettenzahl, die Leistungsmenge dieses compartiments. Es existiert kein Wettbewerb auf diesem compartiment. Das erste compartiment nahm 1998 ungefähr 45% der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung in Anspruch (vgl. Schut/Doorslaer 1999: 53).

Das zweite compartiment (Akutversorgung)

Die Krankenkassen und die privaten Versicherer sind für die Finanzierung der kurativ medizinischen Versorgung grundlegend, die sowohl von den Primärärzten, von den Spezialisten als auch den Krankenhäusern angeboten werden, verantwortlich (siehe dazu Abbildung 4-1). Der Leistungsumfang wird vom Staat bestimmt. Die Versicherung bei diesem compartiment ist obligatorisch. Die Kosten für die Arzneimittel werden wieder von den Krankenkassen und den privaten Versicherern getragen. Zu den Anbietern der akuten Versorgung zählen die allgemeinen Krankenhäuser, Hausärzte und andere autonome Anbieter wie Physiotherapeuten und Pharmazeuten.[143] Im Bereich der kurativen Krankenversicherung wurde ein regulierter Wettbewerb zwischen den Versicherern eingeführt bzw. geschaffen (vgl. Schut 1995: 282). Die Bestimmung der

[141] Im Jahr 1997 existierten in den Niederlanden 27 gesetzlich definierte sog. Health Regions.
[142] Siehe Elsinga 1997: SFG 29/ 30; Schut 1995: 282; Schut/Doorslaer 1999: 53.
[143] Siehe Abbildung 4-1 dieses Kapitels.

Leistungsmengen und -preise wurde den Versicherern und den Leistungsanbietern überlassen. In den Niederlanden sind ungefähr 67% der Bevölkerung bei gesetzlichen Krankenversicherungen gegen akute Behandlungen versichert, dagegen 33% bei privaten Versicherern. 52% der gesamten Gesundheitsausgaben entfielen 1998 auf das zweite compartiment.[144]

Das dritte compartiment (Zusatzversorgung)

Schließlich wurde eine private Zusatzversicherung für die Leistungen, deren Kosten von den Einwohnernn selbst getragen werden sollen, eingeführt. In Zukunft soll in diesem Versicherungsbereich keine Regleung, wie z.B. eine finanzielle Regulierung, bestehen. Allein der Markt entscheidet durch Angebot und Nachfrage über den Leistungsumfang und die Preise der Leistungen. Zu den Leistungen dieser Kategorie zählen zahnärztliche Leistungen für Erwachse und ein Teil der psysiotherapeutischen Leistungen.[145] Leistungen für Zahnheilkunde (mit Ausnahme der Prävention) und bestimmte Arznei- und Heilmittel wurden aus dem gesetzlichen Leistungskatalog ausgegliedert, so daß mittlerweile rund drei Prozent aller Leistungsausgaben durch eine private Zusatzversicherung abgedeckt werden (vgl. Greß 2000: 38).

Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung werden zum Großteil durch Versicherungsbeiträge finanziert. So wurden 1998 rund 86% der Gesundheitsausgaben über Beiträge finanziert. Daneben wurden ungefähr 4.6% der Ausgaben durch staatliche Steuern gedeckt.[146]

144 VWS: Jaaroverzicht zorg 1999 (Annual care review 1999), Deen Haag: Sdu.
145 Siehe Schut 1995: 283.
146 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 604, Jaaroverzicht Zorg 1998, nrs. 1-2, Tabelle 4.1: Financiering Zorgsector, S. 26.

Abbildung 4-1: Stratification of the Dutch health care financing system according to the 1995 health reform plan

Compartment	Financing Scheme	Payer	Regulatory regime
1. Long-term care and Mental health care	National health Insurance (AWBZ)	Regional single Payers	Government regulation of supply and prices
2. Curative "basic" care	Mandatory health Insurance	Sickness funds and Private health Insurers	Regulated competition (Dekker Model)
3. "Amenities" and inexpensive care	Voluntary health Insurance	Sickness funds and Private health Insurers	free market

Quelle: Schut, F.T./van Doorslaer, E.K.A (1999), "Towards a reinforced agency role of health insurers in Begium and the Netherlands", in: Health Policy, Table 1, S. 53.

Tabelle 4-1: Finanzierung der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden (Einheit: f mld (Deutsche mrd.)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	% 1998
AWBZ	23,2717	23,9351	25,3622	19,055,6	23,8445	24,7269	36
ZFW	15,7930	16,4929	16,2736	21,7341	22,8302	22,8302	35
private Versicherung	8,0786	7,9439	7659	9,5202	9,0974	9,7766	15
Regierung	5,7030	5,6304	5,9689	5,8931	2,7803	3,0910	5
Übliche Bezahlung	5463	5517	4733	4871	5692	5881	9
Totale	58,3090	59,5188	59,5041	61,0738	64,2445	66,6856	100
Jahresübersicht 1998							

Eigene Darstellung

Quelle: „Jaaroverzicht Zorg 1998" des Tweed Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2, „Jaaroverzicht Zorg 1998", S. 26, Tabelle 1.4 Financiering Zorgsector

(2) Preisbildung mittels Verhandlung zwischen den Akteuren

Die Preise für krankenhäusliche Gesundheitsleistungen als Vergütungssätze wurden hauptsächlich gemäß dem „Gesetz zur Vergütungssätze für Krankenhäuser“ (Wet Ziekenhuistarieven)[147], das 1965 in Kraft trat, bestimmt. Dagegen wurden die Preise für die von medizinischen Professionen erbrachten Leistungen – wie Hausärzte, Zahnärzte, Hebamme usw. - gemäß den „Bestimmungen über das Vergütungssystem“ (overeenkomsten), die sowohl im ZFW als auch im AWBZ niedergeschrieben sind, durch Verhandlung zwischen den Vertretern sowohl der Krankenkassen als auch der Leistungsanbieter bestimmt (vgl. Schreeder 1997: SFG 24/44). Die von den Vertretern der Anbieter und der Krankenversicherer verhandelten Tarifsätze benötigten die Genehmigung der „Commissie Overeenkomsten der Ziekenfondsraad“, in der keine Vertreter der Verhandelnden vertreten waren. Es bestand bis Ende der 1960er Jahre keine einheitliche Bestimmung der Preisbildung sowohl für stationäre als auch für ambulante Leistungen. Erst infolge der Intensivierung staatlichen Eingriffe im Jahr 1974[148] wurde 1982 in den Niederlanden aufgrund des Gesetzes zur Vergütungssätze für Gesundheitspflege (Wet Tarieven Gezondheidszorg, künftig WTG) [149] sowohl für ambulante als auch für stationäre Leistungen eine einheitliche Preisbildungsweise eingeführt. Als Durchführungsorgan des WTG gilt das „Central Organ Tarieven Gezondheidszorg“ (künftig COTG), in dessen Kammern die Vertreter der Berufsgruppen beteiligt sind.

Wie oben erläutert, werden die Honorare für die Hausärzte und die Budgets für die Krankenhäuser zwar durch Verhandlungen zwischen den Parteien festgelegt, aber die Vergütungssätze müssen entsprechend den vom COTG erlassenen Richtlinien festgelegt werden. Demnach dürfen die von den Parteien vereinbarten Vergütungssätze, die in den

[147] Bereits 1951 wurden die sogenannten Pflegetarife gemäß dem Prijsopdrijvings- en Hamsterwet festgelegt. Die Pflegetarife galten als Maximumtarife für die pflegerischen Leistungen, die nicht überschritten werden durften. Dieses Gesetz über die Preisbestimmung (Prijsopdrijving) wurde 1959 abgeschafft, und stattdessen wurde 1965 das Gesetz über Krankenhaustarife eingeführt. Seitdem regelt das Gesetz über Krankenhaustarife die Preise für stationären Leistungen.

[148] Die Umstrukturierung seit 1974 wird im Abschnitt 2.1 dargelegt.

[149] Das Wet Tariven Gezondheidszorg (WTG) ist ein Resultat der Strukturnota von 1974. Vor 1982 wurden die Tarife für die erbrachten Leistungen gemäß den vier Gesetzen - dem Gesetz über Preise (Prijzenwet), dem Gesetz über Krankenhauseinrichtungen (WZV), dem ZFW und dem AWBZ - festgelegt. Nach 1982 sollten sowohl die Budgets als auch die Tarife für die erbrachten Leistungen gemäß dem WTG festgesetzt werden.

Richtlinien bestimmten Vergütungstarife, die seit 1992 als Maximaltarife festgelegt sind, nicht überschreiten. Das WTG gilt seit 1992 auch für andere freie Berufsgruppen.

Die 1992 eingeführten Maximumtarife werden ebenfalls gemäß dem WTG durch die Verhandlungen zwischen der Landelijke Huisartsen Verening (künftig LHV) und der Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (künfig VNZ) auf nationaler Ebene festgelegt,[150] bedürfen allerdings der Genehmigung der GOTG. Im Falle einer Nichtübereinstimmung von Maximaltarifen zwischen der LHV und der VNZ kann die Organisation der Leistungsanbieter zusammen mit den Krankenversicherern einen Antrag an die COTG stellen, um die Maximaltarife festsetzen zu lassen.[151] Außer der Festlegung der Maximaltarife auf nationaler Ebene dürfen ein Leitungsanbieter und ein Krankenversichererer auch auf der individuellen Ebene über die individuellen Tarife der erbrachten Leistungen, die die Maximaltarife nicht überschreiten dürfen, verhandeln. Die vereinbarten Tarife bedürfen der Genehmigung des COTG.[152] Das gleiche gilt für die Verhandlungen der Tarife auf regionaler Ebene.[153] Hat keine Übereinstimmung stattgefunden, kann auch in diesem Fall auf Antrag der Verhandelnden die COTG die Tarife festsetzen.[154]

(3) Mechanismen zur Kostenkontrolle

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsausgaben wurden seit 1975 einige Kostendämpfungsmaßnahmen ergriffen. So wurde 1977 „die finanzielle Übersicht der Gesundheitsleistung" (het Fianciel Overzicht Gezondheidszorg) eingeführt, in der die Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung statistisch aufgestellt wurden. In den 80er Jahren wurde gemäß dem Politikreferendum von 1983 (beleidsnota) „Volksgezondheidsbebeid bij beperkte middelen"[155] ein kostenbewußteres Verhalten gefördert. So wurde für manche Arzneimittel die Selbstzahlung eingeführt. Ein Mindesteinkommen für die Spezialisten wurde umgesetzt. Zur Kontrolle der Ausgabensteigerung wurde eine gesonderte Niederlassungspolitik für Zahnärzte und

150 Artikel 17c des WTG, Absatz 1.
151 Siehe dazu Artikel 17c des WTG, Absatz 3.
152 Siehe dazu Artikel 4 des WTG.
153 Siehe dazu Artikel 5a des WTG.
154 Siehe dazu Artikel 8 des WTG.
155 Tweed Kamer, vergaderjaar, 1983-1984, 18.108, nrs. 1-2.

Physiotherapeuten eingeführt. Schließlich wurden für stationäre Einrichtungen Budgets eingeführt (vgl. Boot/Knapen 1994: 268).

Nach der Budgetierung wurden in den Niederlanden weitere Instrumente zur Kostenkontrolle eingeführt, die in zwei Arten gespalten sind: die Instrumente auf der Angebotsseite und die auf der Nachfrageseite. Herkömmlich setzte die Kostenkontrolle der Gesundheitsversorgung an der Angebotsseite an. Das erste Kostendämpfungsinstrument auf der Angebotsseite ist das noch heutzutage gültige Wet Ziekenhuisvoorzieningen (künftig WZV). Durch das WZV wird die Kapazität der krankenhäuslichen Versorgung kontrolliert, indem die Planung zum Bau der Einrichtungen festgelegt wird. Das WZV kontrollierte vor 1982 zugleich die Höhe der Tarife für krankenhäusliche Leistungen und deren Kosten. Somit besteht außer der Kontrolle über die Kapazität der intramularen Einrichtungen seit altes her eine Ausgabenkontrolle in Form der Bestimmung der Vergütungssätze. Als gesetzliche Grundlage gilt das WTG.

Als weiterer Mechanismus zur Kontrolle der Ausgaben für die Gesundheit gilt der Budgetmechanismus. Seit 1983 wird der Budgetmechanismus für die krankenhäusliche Versorgung eingesetzt. Es werden zwei Arten von Budgets unterschieden: das Makro- und Mikrobudget. Das Makrobudget wird von der Regierung und auf der Basis der Richtlinien festgesetzt. Über den Umfang und den Inhalt des Makrobudgets entscheiden das Parlament und das Kabinett. Die Tarife für die einzelnen Leistungen werden wiederum auf der Basis des Makrobudgets gemäß den vom COTG bestimmten Richtlinien festgelegt. Dagegen werden die Mikrobudgets durch Verhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern als Leistungsanbieter und den Versicherern festgesetzt.

Schließlich gilt die Einführung marktmäßiger Beziehungen zwischen den Anbietern als ein weiterer Mechanismus zur Kostenbegrenzung auf der Angebotsseite.[156] Auf der Nachfrageseite ist der erste Mechanismus zur Eindämmung der Kosten die Budgetierung für die Krankenkassen, die mit einer risikoabhängigen Auszahlung

[156] Auf Einzelheiten der Einführung des Marktmechanismus auf dem Gesundheitsmarkt wird in Abschnitt 4.3.5 näher eingegangen.

„Normuitkering“[157] parallel umgesetzt wurden und werden. Diese beiden Mechanismen sollen zur Erhöhung des Kostenbewußtseins der Krankenkassen beitragen. Ferner ist die niederländische Regierung bemüht, durch die Förderung des Kostenbewußtseins der Konsumenten die Kosten zu kontrollieren. Als Hauptinstrumente gelten die Selbstbeteiligungsregelung und die Einführung der Zusatzversicherung. Die Selbstbeteiligung als ein Kostendämpfungsmechanismus wurde zuerst Anfang der 80er Jahre für stationäre Leistungen eingeführt. 1997 wurde die Selbstbeteiligung auch für Krankenkassen eingeführt. Aufgrund der negativen Auswirkungen der Finanzierungs- und Steuerungsmaßnahmen wurde diese Selbstbeteiligung für die Krankenkassen 1999 wieder abgeschafft (vgl. Greß 2000: 40). Die unterschiedlichen Prämien für die Zusatzversicherung sollten das Kostenbewußtsein der Versicherten fördern.

(4) Regelungen zur Qualitätssicherung

Die niederländische Regierung bemühte sich unter Mitarbeit der Interessengruppen, die Qualität bzw. die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen abzusichern. Als Mechanismus zur Qualitätssicherung gelten zunächst die Ausbildung und die Fortbildung der Medizinstudenten. Daneben stellt die Registrierung als weiteres Instrument zur Qualitätskontrolle dar. Darüber hinaus wird die Qualitätssicherung durch die Gesetzgebung garantiert. So wurde das Wet op de beroepen in de indiviuele gezondheidszorg von 1993 (künftig Wet BIG) umgesetzt, welches sich qualitätskontrollierend auswirkt, indem es die Qualität der Berufsausüber überprüft. Die zweite Gesetzgebung ist das Qualitätsgesetz über Versorgungseinrichtungen (Kwaliteitswet Zorginstellingen, künftig KWZ), das am 1. April 1996 in Kraft trat und für alle Versorgungseinrichtungen und die kooperativen Organisationen verbindlich ist. Gemäß dem KWZ sind die Leistungsanbieter verpflichtet, einen Jahresbericht über die Qualität der erbrachten Leistungen vorzulegen. Zudem müssen sie Beratungen (Overleg) mit den Versicherungen und den Patienten durchführen.

Zwei weitere wesentliche Instrumente zur Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen sind das Arrangement der peer reviews zwischen den Ärzten und den anderen Leistungsanbietern, wie den Spezialisten, und das Qualitätssystem (vgl. Verbeek 1997:

[157] Der niederländische Begriff “Normuitkering” bezieht sich auf die globale Auszahlung der Zentralen Kasse an die einzelnen Krankenkassen, die risikoabhängig sind.

SFG 32/45; 56). Durch das von Leistungsanbietern selbst entwickelte Qualitätssystem, etwa dem Qualitätssysstem, das vom Nederlands Huisarts Genootschap (künftig NHG)[158] erlassen wurde, soll eine interne Qualitätsprüfung im Gegensatz zur externen Qualitätsprüfung stattfinden, wie die Zertifikation durch eine selbständige Überprüfungsinstanz.

(5) Verwaltung und Durchführung der Versicherung und Leistungsversorgung durch Selbstregulierung

Im Hinblick auf die Merkmale der Verwaltungsverfahren, wurden Selbstregulierung angewendet, indem z.B. der Staat den Krankenkassen und den ärztlichen Verbänden als „particulier initiatief"[159] (private Initiativen) die Aufgaben eingeräumt. Demnach sollen diese ärztlichen Verbände bestimmte soziale Dienstleistungen verwalten und durchführen. Sie sollen auch die Preise für die Leistungen in den Krankenhäusern und der Kapazität der Leistungen bestimmen (vgl. Schut 1995: 624). Historisch läßt sich das Arrangement der Selbstregulierung auf Ende des 19. Jahrhunderts zurückführen und spitzte sich bei der sogenannten „*verzuiling*"[160] (deutsch: Gruppierung) der Gesellschaft in den Niederlanden während der 50er Jahre zu. die Selbstregulierung wurden besonders durch zwei Prinzipien gerechtfertigt: durch das Prinzip der Souveränität im eigenen

158 Die Nederlands Huisarts Genootschap, die aus den Hausärzten zusammengesetzt ist und als zuständige Instanz für die Qualifizierung und die Überwachung der hausärztlichen Leistungen ist, erließ in den 80er Jahren das Qualitätssystem zur Garantie der hausärztlichen Versorgung.

159 Nach Mierlo und Made fungieren die pariticulier initiatief als „quango" („quasi non-governmental organisation"), die als freiwillige Organisationen öffentliche Aufgaben vom Staat zugewiesen bekommen. Siehe dazu Mierlo/ Made 1991: 14.

160 Der Begriff „verzuiling" bezieht sich auf die Herausbildung der ideologischen sowie werltanschaulichen Gruppierung der sozialen Gruppen in den 50er Jahren in den Niederlanden. Die verzuiling löste sich ab Anfang der 60er Jahre allmählich auf und vollzog sich eine ontzuiling (vgl. Mierlo/Made 1991: 21 ff.). Bemerkenswert in dieser verzuling-Bewegung ist die Herausbildung der vier primären Gruppierungen: die kathorische, die orthodox-protestantische, die sozial-demokratische und die neutral-liberalische Weltanschauungen. Hinzu entstanden zu jener Zeit andere Gruppierungen wie z.B. die Gewerkschaftsbewegung, Jugendbewegungen und Frauenorganisationen. Eine wesentliche Konsequenz der verzuiling in den 50er Jahren war die Gruppierung politischer Parteien, die sich hauptsächlich in vier Parteien ausdrückten: die Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD, 1948), die katholieke Partij (einschl. RKSP und KVP), die orthodoy protestantse partijen (einschl. ARP und CHU) und die Partij van de Arbeid (1946). Die ontzuiling während der 60er und 70er Jahre wirkte sich zwar auf die politschen Parteien ein, die grundlegende Parteiliche Landschaft änderte sich nur gering, da die weltanschauliche Unterschiede immer dieselbe sind. Ab 1977 ersetzte die Christen Democratisch Appel (CDA) die andere christliche politische Parteien als Hauptvertreter der Christen-Gruppen im politischen System. Von den neuen entstanden Parteien erwies sich nur die kleine Partei D´66 als konfliktfähig. Über die „verzuiling" in den Niederlanden siehe Mierlo/ Made 1991: 21 ff.; Blom 1993: 327 ff., 338 ff, 358 ff..

Kreis (soevereiniteit in eigen kring) und das der Subsidarität im Rahmen der römisch katholischen Vorstellung hinsichtlich des gemeinschaftlichen Lebens (vgl. Mierlo/Made 1991: 15).

Die particulier initiatief spielen in politischer Hinsicht doppelte Rolle. Zum einen gelten sie als Interessenvertreter, und zum anderen fungieren sie als Durchführungsinstanzen der Politik. Sie übernehmen eine Selbstregulierungsfunktion. So ist z.B. der Krankenkassenrat (Ziekenfondsenraad, künftig ZFR) für die Finanzierung der drei Sozialversicherungen und die Aufsicht ihrer Durchführung durch einzelne Krankenkassen auf der nationalen Ebene, aus deren Vertretern sich der Krankenkassenrat zusammensetzt, zuständig. Als ein weiteres Selbstregulierungsorgan gilt der Gesundheitsrat, der für medizinisch fachkundige Angelegenheiten zuständig ist. D.h. der Staat überläßt den medizinischen Fachleuten die Regelung der Qualität der medizinischen Leistungen.

Als Selbstverwaltungsorgan im Bereich der hausärztlichen Versorgung gelten die LHV und die NHG. Die LHV fungiert sowohl als Interessenvertreter als auch als Regulierungsinstanz der hausärztlichen Versorgung. Er erließ 1983 einen Beschluß über die Niederlassung und den Umfang der Hausarztpraxen (Besluit houndene vestiging en praktijkomvang huisartsen, Bvph), der jedoch 1992 abgeschafft wurde.

Außer den oben genannten Selbstorganisationen, gibt es in den Niederlanden zahlreiche weitere Selbstorganisationen sowohl auf nationaler als auch auf lokaler Ebene, die ebenfalls die erwähnte Verwaltungsfunktion erfüllen. Zu nennen ist u.a. das COTG. Das COTG ist, wie oben bereits angedeutet, ein selbständiges Durchführungsorgan für das WTG.[161]

[161] Für eine genauere Darstellung der jeweiligen Organe siehe den Aufsatz von van Mierlo und van der Made (1991) „Het Particuliere Stelsel in de Gezondheidszorg. Structuren en Ontwikkeling », siehe Mierlo/ Made 1991 : 16 ff..

4.3 Gestaltung der hausärztlichen Versorgung und institutionelle Arrangements zur Handlungskoordination der Akteure

Während in Abschnitt 4.2 Kapitels die allgemeine Gestaltung der Gesundheitsversicherung in den Niederlanden skizziert wurde, wird im vorliegenden Abschnitt den Strukturmerkmalen der hausärztlichen Versorgung nachgegangen. Dabei werden die staatlichen Steuerungseingriffe besonders in bezug auf die Zugangschance, die Leistungserbringung, die Preisbildung, die Wirtschaftlichkeit und die Wirksamkeit erläutert.

4.3.1 Leistungsstruktur

(1) Leistungsumfang

Die hausärztliche Versorgung in den Niederlanden weist folgende Merkmale auf: Zuerst sind hausärztliche Leistungen in den Niederlanden den Versicherten direkt, permanent und frei zugänglich. Die Versorgung mit hausärztlichen Leistungen ist zweitens personenbezogen und von ambulanter Art (LHV 1981). Ferner bieten die Hausärzte eine integrierte Versorgung an, indem sie bei der Behandlung der Patienten neben dem körperlichen Zustand auch den geistigen und sozialen Aspekt mitberücksichtigen. Zugleich weist die hausärztliche Versorgung einen kontinuierlichen Charakter auf, da die Krankheitsgeschichte der Patienten berücksichtigt wird. Die Hausärzte erfüllen vor allem eine Koordinationsfunktion in bezug auf die Leistungserbringung und die Allokation der medizinischen Ressourcen.

Die Arten und der Umfang der hausärztlichen Versorgung wurden zunächst in Artikel in dem Beschluß über Versorgung im Rahmen der Krankenkassenversicherung (<u>Vertrekkingenbesluit ziekenfondsverzekkering</u>) von 1966 vorgeschrieben.[162] Bisher gibt es keine einheitlichen Vorschriften über den Umfang. Hierfür wurden jedoch inzwischen einige gesetzliche Vorschriften erlassen oder Selbstregulierungsregeln

[162] Siehe dazu Abschnitt des Artikel 4 des Vertrekkingenbesluit ziekenfondsverzekkering von 1966. <u>Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering</u> vom 4 Januar 1966, Stb. 3. <u>Der Beschluß über Leistungserbringung</u> wurde gemäß dem <u>ZFW</u> von 1964 verabschiedet.

getroffen, die die Arten bzw. den Umfang der hausärztlichen Versorgung bestimmen. In Abschnitt 1 des Artikels 9 des Standaardovereenkomst (Standardsvertrag) von 1985 ist vorgeschrieben, daß die Hausärzte den bei ihnen eingeschriebenen Patienten folgende Hilfe anbieten sollen: medizinische Leistung, Geburts- und pharmazeutische Hilfe.

Hinsichtlich der Selbstregulierung erließ die LHV 1983 das sogenannte Basisaufgabenpaket (Basistakenpakket), in dem die Funktionen und die Aufgaben der hausärztlichen Leistungen umgeschrieben geändert wurden. In dem von der LHV 1981 veröffentlichten „Functie-omschrijving van de huisarts“ wurden die Aufgaben der Hausärzte bereits bestimmt. Demgemäß bieten die Hausärzte außer den obengenannten Hilfen noch andere Leistungen an. Diese Leistungen umfassen Behandlung, Notfallhilfe, prenatale Versorgung, Kinderbetreuung, Betreuung der chronisch, rezidiven und terminalen Kranken, präventive Maßnahmen, Gesundheitsberatung, Gesundheitsaufklärung und schließlich die Auswahl der Leistungsanbieter für die Patienten (LHV 1981). Die Hausärzte bieten im Vergleich zu den Primärärzten in anderen europäischen Ländern umfassendere Leistungen an.

Der Leistungsumfang erfuhr auf verschiedene Weise eine Veränderung, vor allem durch die Auslegung der Rechtssprechung (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 102 f.). So wurden seit 1987 die Leistungsarten, wie Homöopathie und Anthroposophie, zu anbietenden Leistungen der Hausärzten, falls diese Hausärzte zugleich Homöopathen bzw. Anthroposophen sind.[163] Des weiteren wirkte sich die Festlegung des Basisaufgabenpakets der LHV auf den Umfang der hausärztlichen Leistungen aus.

(2) Versorgungsformen

Im Unterschied zu anderen Ländern, wie z.B. England, führen die niederländischen Hausärzte meistens eine eigene Praxis. 1993 waren rund 52% der gesamten Hausärzte in einer Einzelpraxis tätig[164] und zählen zu den privaten Unternehmern. Sie stellen meistens Praxisassistenten ein. Neben der Einzelpraxis sind ungefähr 30% der Hausärzte in einer Dualpraxis tätig, die, wie der Name sagt, sich aus zwei Hausärzten

[163] Siehe: Central Raad van Beroep, 9-7-1987, RZA, 1987, nr. 166. (Oosterman-Meulen 1992, S. 102, Fußnote).

[164] 1996 entsprach der Anteil der in Einzelpraxen tätigen Hausärzte 48.7% von den gesamten niedergelassenen Hausärzten; siehe dazu Ros/Hutten/Groenewegen 1996: 26.

zusammensetzt. Die dritte übliche Form der primärärztlichen Versorgung stellt die Gruppenpraxis dar, in der mehr als drei Hausärzte tätig sind. Diese Art der Versorgungsform entsprach 1993 ungefähr 10% der gesamten Hausärzte in den Niederlanden. Die restlichen Hausärzte (ungefähr 9% der gesamten Hausärzte) sind in den sogenannten Gesundheitszentren als multidisziplinäres Arbeitsteam tätig, wo sie oft mit Distriktpflegern und Sozialarbeitern, oft auch mit anderen Anbietern der Primärversorgung in einem Gebäude gemeinsam zusammenarbeiten.[165] Es besteht ein Arbeitsabkommen zwischen den verschiedenen Disziplinen.[166] Die Physiotherapeuten sind in den Gesundheitszentren (nach den Hausärzten und den Distriktpflegern) als dritte größere Disziplin stark beteiligt.[167] Die Beziehung zwischen den Hausärzten und den anderen Anbietern in den Gesundheitszentren ist eine Art horizontale Integration.

Obwohl sich die Regierung seit den 70er Jahren bemüht, die Versorgungsform der Gesundheitszentren zu fördern, zögerten die niederländischen Hausärzte, mit anderen Anbietern der Primärversorgung unter einem Dach, zusammenzuarbeiten, und somit blieb der Anteil der in den Gesundheitszentren tätigen Hausärzte an der Gesamtheit der Hausärzte verhältnismäßig gering. Die Versorgungsform der niederländischen Hausärzte zeigt eine stabile Konfiguration auf und entzieht sich weiteren Änderungen (vgl. de Bakker, 1997: SFG 23/97)

Die vierte Form der hausärztlichen Versorgung stellen die sogenannten „hometeams" dar. Im Gegenteil zu den Gesundheitszentren sind bei einem hometeam sowohl die Hausärzte als auch die anderen Disziplinen in ihren eigenen Praxen tätig. Es liegt weder ein Arbeitsabkommen noch ein Gebäude vor,[168] in dem die Hausärzte mit anderen Disziplinen zusammenarbeiten. In den Gesundheitszentren arbeiten die Hausärzte mit den Distriktpflegern und den Sozialarbeitern zusammen. Daran sind auch andere Disziplinen beteiligt. Die Hausärzte und die anderen Disziplinen treffen sich in regelmäßigen Abständen, um über ihre Überweisungen zu diskutieren und über Patieten zu sprechen.

---

165 Siehe dazu Hingstman/Harmsen 1994: 44, Tabelle 7: Absoluut en relatief aantal zelfstandig gevestigde huisartsen naar praktijkvorm vanaf 1980, per 1 januari; siehe auch S. 46, Tabelle 9 desselben Buches.

166 Stimuleringsregeling voor zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden (WVC) vom 1986.

167 Siehe dazu Hingstman/Harmsen 1994: Tabelle 6, S. 272.

168 Stimuleringsregeling voor licht gestructureerde samenwerkingsverbanden (WVC) vom 1986; dazu noch Haan/de Lisdonk/Voorn 1992: 77 f..

4.3.2 Finanzielle Sozialisierung und Einführung des freien Zugangs zur hausärztlichen Versorgung

(1) Sozialisierung der Finanzierung

Die Regelung der primärärztlichen Versorgung in den Niederlanden lag vor 1798 in der Hand der Städte und der Zünfte, die das damalige gesellschaftliche Leben in den Niederlanden prägten (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 65). Es gab damals Ärztezünfte, die die Zulassung zur Ausübung ärztlicher Tätigkeiten regelten. Außer dem Collegia Medica, Chirurgica und Pharmaceutica, denen sich die Ärzte der Universität angeschlossen hatten, besaß jede Stadt ihre eigenen Zünfte der Chirurgen, Wundärzte und Geburtshelfer. Die Zuständigkeit zur Berufsausübung lag bei der Stadt, in der die Ärzte wohnten. Zu jener Zeit durften nur die an einer der Universitäten ausgebildeten Ärzte landesweit praktizieren (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 65).

Während des 19. Jahrhunderts konnte sich nur ein kleiner Teil der Bevölkerung eine medizinische Behandlung leisten, entweder durch eine Krankenversicherung oder durch Selbstzahlung. Die medizinische Versorgung für die Armen der Gesellschaft wurde im Armenrecht von 1854 geregelt (vgl. de Bruin/Schut 1990: 115). Der Zugang zur hausärztlichen Versorgung war bis Ende des 19. Jahrhunderts sehr eingeschränkt. Zur Wende des 19. Jahrhunderts waren nur 10% der Bevölkerung gegen Krankheitsfälle versichert, da es auf dem Land an Krankenkassen fehlte (vgl. de Bruin/Schut 1990: 15). Der Leistungsumfang war durchaus begrenzt und enthielt allein hausärztliche Hilfe, Hilfe bei Schwangerschaft und Arzneimittel. Dagegen gewannen die Hausärzte in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts an Prestige, was zu einer Zunahme der Nachfrage nach medizinischer Behandlung führte. Entsprechend entstand in der primärärztlichen Versorgung ein Zugangs- und Verfügbarkeitsproblem. Aus diesem Grund gewann der Abschluß einer sozialen Krankenversicherung an Bedeutung (vgl. de Bruine/Schut 1990: 114).

Die finanzielle Sozialisierung der hausärztlichen Versorgung ging vor allem mit dem Aufkommen der verschiedenen Versicherungsarten einher. Die erste Regelung über die finanzielle Zugangsmöglichkeit der medizinisch-ärztlichen Versorgung fand im Zunftwesen statt. Im achtzehnten Jahrhundert wurden an vielen Orten die sogenannten

„Knechtbossen" (Gesellenbunden)(vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 65; Roscam Abbing/Rutten 1985: 24) eingerichtet, denen sich außer Zunftgenossen auch Nichtzunftgenossen angeschlossen hatten. Die Knechtbossen gewährleisteten ihren Mitgliedern nicht nur Geldleistungen, sondern auch medizinische Hilfe (vgl. Roscam Abbing/Rutten 1985: 24). Die Knechtbossen wurden Anfang des 19. Jahrhunderts durch die Ziekenbus, die als die erste Krankenversicherung galten, abgelöst. Diese Ziekenbus schlossen einen Versicherungsvertrag mit ihren Versicherten und einen Mitarbeitervertrag mit den Hausärzten und den Apothekern ab (vgl. Oosterman-Muelenbeld 1992: 92). Den Patienten wurden von den Ziekenbus die Hausärzte zugewiesen (vgl. Oosterman-Muelenbeld 1992: 92). Das Einkommen der Hausärzte war relativ gering, was damals als strukturelle Benachteiligung der Hausärzte betrachtet wurde. Diese strukturelle Benachteiligung zwang die Hausärzte ab Mitte des 19. Jahrhunderts, selbständige Ärztekasssen einzurichten. Diese Ärztekassen befürworteten die freie Arztwahl und erlaubten die Mitarbeit aller Ärzte. Parallel dazu gab es seinerzeit die Unternehmungskassen, deren Versicherungsbeiträge einkommensabhängig waren und von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragen wurden.

Bis Anfang des 20 Jahrhunderts machten die Versicherten nur einen geringen Teil der Gesamtbevölkerung aus. Erst im 20. Jahrhundert begann ein intensiver Inklusionsprozeß und dauerte bis zum Erlaß des ZFW im Jahr 1964. Als Vorläufer des ZFW galt der Beschluß über Krankenkassen *(*Ziekenfondsenbesluit), der 1941 unter der deutschen Besatzung verabschiedet wurde. Ungefähr 30% der Bevölkerung, die Arbeitnehmer und ihre Familienangehörigen, waren gemäß dem Ziekenfondsenbesluit versichert. Erst nach dem Inkrafttreten des ZFW wurden hausärztliche Leistungen im wesentlichen durch Versicherungsbeiträge finanziert, sowohl für die gesetzlich (ihr Einkommen unter einer Bemessungsgrenze) als auch für die privat Versicherten (ihr Einkommen über der Bemessungsgrenze). Später wurden alle Einwohner gegen Krankheit versichert. Den Hausärzten wurde jährlich für die bei ihnen eingeschriebenen gesetzlich Versicherten ein bestimmtes Kopfpauschalhonorar zugeteilt. So vollzog sich eine Sozialisierung der Finanzierung für die hausärztliche Behandlung.[169] Die Zugangschance der Einwohner zur hausärztlichen Leistung wird seit Mitte der 60er

[169] Die Spezialisten in den Niederlanden werden seitdem nach dem Einzelleistungsprinzip vergütet.

Jahren gewährleistet. Trotz der Lösung des Zugangsproblems blieb seit jener Zeit das Problem der gleichen Verfügbarkeit der primärärztlichen Leistung bestehen.

(2) Bewirkung freies Zugangs zur hausärztlichen Versorgung

Anfang der 70er Jahre machte die Regierung zum erstenmal den Versuch, eine gleiche Verfügbarkeit primärärztlicher Leistungen für alle Einwohner zu verwirklichen. So beabsichtigte der Report über die Gesundheitsversorgungsstruktur von 1974 außer der Kostendämpfung hinsichtlich der Gesundheitsausgaben eine Umorganisation der Gesundheitsversorgung. Es sollten damit eine Verstärkung der Primärversorgung (primäre Gesundheitsversorgung) und eine gleichmäßige Verteilung der Primärversorgung bzw. der primärärztlichen Versorgung verwirklicht werden. Als Hauptstrategien galten die Staffelung und Regionalisierung der Gesundheitsversorgung. Vor diesem Hintergrund wurden zuerst die Gesundheitszentren und andere Formen der Zusammenarbeit der Primärärzte mit anderen Anbietern der Primärversorgung, wie die home teams, errichtet. Zur Förderung der Errichtung der Gesundheitszentren gewährte die Regierung Subventionen gemäß den Subventionsregelungen, die durch die ZFR eingeführt wurden. Zum 1. Januar 1998 waren nach den Angaben des Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnszondheidszorg (künftig NIVEL) insgesamt 148 Gesundheitszentren[170] registriert.

Als zweites wesentliches Instrument zur Verminderung einer ungleichmäßigen Verteilung der hausärztlichen Versorgung gilt die Niederlassungsregelung. Vor 1986 lag die Befugnis zur Regelung der Niederlassung der Ärzte bei der LHV. 1983 führte die LHV eine neue Niederlassungsregelung ein, nach der die lokalen Hausärztevereinigungen die Niederlassungskommissionen errichten sollten, die für die Genehmigung der Niederlassung zuständig waren (vgl. De Bakker 1997: SFG 23/93). 1985 wurde der Beschluß über die Niederlassung und den Praxisumfang[171] auf der Grundlage des Gesetzes zur Versorgung von Gesundheitsleistungen (Wet Voorzieningen Gezondheid, WVG)[172] verabschiedet. Derselbe Beschluß enthielt Regelungen über die Verteilung und die Anzahl der Hausärzte und die Genehmigung

---

170 Manuskript von NIVEL-Dateien über gezondheidscentra vom 25. 11.1999; siehe dazu http://www.nivel.nl/project/beroep/gezcentra.htm.

171 Het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen, Stb. 574, 1985.

172 De Wet Voorzieningen Gezondheid (WVG), Stb. 563, 1982.

der Niederlassungszulassung. Als Kriterien zur Beurteilung, ob eine Niederlassungszulassung genehmigt werden sollte oder nicht, galten der Normpraxisumfang und die geographische Verfügbarkeit. Gegenwärtig beträgt der Normpraxisumfang zwischen 2200 und 2500 Patienten pro Hausarzt (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 87). Seitdem waren die Bürgermeister und die Senatoren (Wethouders) für die Entscheidung über Niederlassungszulassungen zuständig, da sie den Bedarf an ärztlichen Leistungen auf regionaler Ebene besser einschätzen konnten. Die Bürgermeister und die Senatoren berieten sich zunächst in den Niederlassungsberatungskommissionen, die sich aus den Vertretern der Hausärzte, den anderen Anbietern der Primärversorgung, den Patienten und den Krankenversicherungen (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/94) zusammensetzten. Die Niederlassungsregelung trug im Laufe der Zeit tatsächlich zur Minderung der ungleichmäßigen Verteilung der hausärztlichen Versorgung bei. Der Beschluß über die Niederlassungsvorschrift der Hausärzte wurde 1992 außer Kraft gesetzt.

Zusammenfassend läßt sich aus dem oben Aufgeführten schließen, daß zwischen 1974 und 1987 keine entscheidende Intervention in die hausärztliche Versorgung seitens der Regierung unternommen wurde, mit Ausnahme der Umsetzung der Niederlassungsvorschrift zur Ermöglichung einer gleichmäßigen Verteilung der hausärztlichen Versorgung, die, wie oben angedeutet, selbst durch das Selbstregulierungsorgan LHV erlassen wurde. Es bestand die Bemühung, einen gleichen Zugang zur hausärztlichen Versorgung zu ermöglichen.

4.3.3 Regelungen zur Leistungserbringung

(1) Hausärzte als Gatekeeper und Koordinator der Ressourcenverteilung

Bis Mitte des 20. Jahrhunderts blieben die Hausärzte Hauptanbieter der medizinischen Behandlung. Die Spezialisierung der Medizin in den Niederlanden begann erst Anfang des 20. Jahrhunderts. Die Anzahl der Spezialisten vermehrte sich erst Mitte des 20. Jahrhunderts stetig.[173] Da sich eine Konkurrenz zwischen den Spezialisten und

[173] Siehe dazu de Melker (1997), S. 61, Tabelle 1: The number of family doctors and specialists in the Netherlands, 1865-1990.

Hausärzten entwickelte, sahen sich die Hausärzte in ihrer Profession bedroht. Aufgrund dessen versuchten sie bei der Gesetzgebung der Sozialkrankenversicherung, also des ZFW, die gesetzliche Verankerung der Überweisungsregelung durchzusetzen. 1966 wurde mittels des Beschlusses über die Leistungserbringung der Krankenkassenversicherung (Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering) die Überweisungsregelung gesetzlich abgesichert. Demnach ist die spezialisierte Versorgung nur durch eine Überweisung der Hausärzte möglich.[174] Seitdem fungieren die Hausärzte als Gatekeepers, die die medizinische Versorgung koordinieren und kontrollieren. Die Aufnahme in einem Krankenhaus bedarf ebenfalls der Einweisung der Hausärzte. Außer den oben genannten Fällen wird für die Inanspruchnahme sowohl physiotherapeutischer Leistungen als auch ambulanter geistiger Betreuung eine Überweisung von Hausärzten notwendig. Zudem gibt es eine informelle Überweisung für die Betreuung in den gemeindenahen Pflege- und Altenheimen.

(2) Freie Arztwahl

Die Wahl des Arztes in den Niederlanden ist frei. Die Durchsetzung der *freien Arztwahl* läßt sich auf die Bemühung der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (künftig NMG), die ab 1956 in die Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (künftig KNMG) umbenannt wurde, zurückführen. Bereits 1908 schlug die NMG eine freie Arztwahl der Versicherten vor. Dieser Vorschlag wurde 1910 von Minister Talma als Gesetzentwurf aufgestellt und 1913 im Parlament bewilligt (vgl. de Bruine/Schut 1990: 116). Aber das Recht auf die freie Arztwahl hatte sich nicht durchgesetzt. Erst 1964 wurde mit dem Erlaß des ZFW und durch die aufgrund dessen gefällte Jurisprudenz das Recht auf freie Arztwahl abgesichert (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 84).

(3) Vertragsverhältnis zwischen den Krankenkassen und den Hausärzten

In der Regel beschließen Hausärzte und Krankenkassen den sogenannten Mitarbeitervertrag (medewerkersovereenkoms)[175]. Seit 1983 wurde der

[174] Handelingen Tweede Kamer, zitting 1961-1962, 6 808, nr. 3, 9.14. Bis 1990 durften die Spezialisten diejenigen, die von Hebammen überwiesen wurden, nicht direkt aufnehmen. Aber die Abänderung des 2. Absatzes des Artikels 4 dieses Beschlusses von Juli 1991 genehmigt die Aufnahme der Patienten von Spezialisten, die durch Hebammen überwiesen werden.

[175] ZFW, stb. 392, 1964 und AWBZ. stb. 655, 1967

Modelovereenkomst (Modellvertrag) zwischen LHV und den VNZ in Kraft gesetzt, der aufgrund des Artikels 44a. des ZFW ausgearbeitet wurde.[176] Der Modellovereenkomst sollte vom ZFR genehmigt werden. Im Falle des Fehlens eines vereinbarten Modellvertrags zwischen LHV und VNZ ist es Aufgabe des ZFR, einen Modellovereenkomst festzustellen (vgl. Dehue 1997: SFB 39/OCZ 7/47-48). Im Modellovereenkomst wurden außer der Regelung über die Qualität und die Verfügbarkeit auch Regelungen über die Honorierung des Hausarztes formuliert. Weiterhin bestimmte der Modellovereenkomst im Falle eines Streites über die Schlichtung. Die Krankenkasse durfte den Abschluß eines Mitarbeitervertrags ablehnen, falls die Niederlassungszulassung eines Hausarztes problematisch war (vgl. Artikel 47, Absatz 1. des ZFW).

Schließlich hatte die Bestimmung über die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Hausärzten Einfluß auf die Leistungserbringung. Artikel 44 Absatz 1 des ZFW schreibt vor, daß gemäß der Bestimmung des Artikels 8 des ZFW die Krankenkassen mit Personen und Einrichtungen, die Leistungen erbringen, einen Vertrag abschließen sollten. Dieser Mitarbeitervertrag sollte schriftlich abgeschlossen werden (Absatz 2 des Artikels 44 des ZFW) und ist nur für einen bestimmten Zeitraum gültig (Absatz 8 des Artikels 44 des ZFW). Darum durften die Krankenkassen keinem Leistungsanbieter den Vertragsabschluß versagen. Dadurch fehlt ein Anreiz zur Konkurrenz zwischen den Leistungsanbietern, wie den Hausärzten. Die Bestimmung über die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Hausärzten wurde am 1. Januar 1992 abgeschafft. Ziel dieser politischen Entscheidung war es, die entgegengesetzten Kräfte und die Verhandlungspotentiale der Krankenkassen gegenüber den hausärztlichen Organisationen auf regionaler Ebene zu stärken (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/99).

4.3.4 Preisbildung und Finanzierung der hausärztlichen Versorgung

Die Preise der hausärztlichen Versorgung werden herkömmlich, wie in Abschnitt 4.2.2 punkt (2) bereits analysiert, durch Verhandlungen zwischen den Hausärzten und den Krankenversicherern festgesetzt. Diese Verhandlungen sollen unter Berücksichtigung der von dem COTG ausgearbeiteten Richtlinien durchgeführt werden. Die

[176] Stb. 702, 1982.

hauptsächlichen Verhandlungspartner über die hausärztlichen Leistungen sind auf Landesebene die LHV und die VNZ. Nach 1992 wurde das UvO (Uitkomst van Overleg) von den beiden vereinbart, das den früheren Modellvertrag ersetzte, wie in Abschnitt 4.2.2, (2) bereits dargestellt. Das UvO bestimmt nur die höchste Grenze (Maximaltarife) der Vergütungssätze und erscheint globaler als der Modellvertrag. Die auf regionaler Ebene stattfindenden Verhandlungen über die Preise sollen entsprechend diesen UvOs ablaufen. Es erfolgte also eine *Regionalisierung* der Preisbildung im Zuge der Dezentralisierung der Regulierung der Gesundheitsverwaltung. Auf der individuellen Ebene darf der einzelne Hausarzt mit den Krankenkassen über die Tarifsätze verhandeln, wobei die Maximaltarife nicht überschritten werden dürfen.

Bei der Festsetzung der Maximaltarife ist das Mindesteinkommen für die Hausärzte zu berücksichtigen. 1981 wurde gemäß dem Vorläufiges Gesetz zur Normierung von Einkommen freier Berufsgruppen (Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenenaars, künftig TWN[177]) das Mindesteinkommen eingeführt. Das TWN wurde 1987 durch das de Wet inkomens vrije-beroepsbeoefenaren (künftig WIVB)[178] ersetzt, das wiederum 1992 außer Kraft gesetzt wurde.[179] Über das Mindesteinkommen und die daraus entstandenen Kosten wurden zwischen der Zentralbehörde der Regierung und den Gruppen von Hausärzten abgestimmt. Das Mindesteinkommen gilt als ein pauschales Einkommen, das der Hausarzt jährlich erhalten kann. Die Maximaltarife hängen von diesem Mindesteinkommen ab, da sie sich von den damit verbundenen Kosten für erbrachte Leistungen ableiten lassen (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/99 f.).

Das Mindesteinkommen hängt wiederum zusätzlich von der Anzahl der bei einem Hausarzt eingeschriebenen Patienten (Praxisumfang) ab. Das gegenwärtige Mindesteinkommen basiert auf dem 1987 festgelegten Niveau und wurde seitdem jährlich indiziert (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/100). Seit 1986 beträgt der Praxisumfang 2350 Einwohner. Die durchschnittliche Anzahl des Praxisumfangs nahm seitdem ab. Gemäß den neuesten statistischen Angaben der NIVEL betrug die durchschnittliche Zahl des Praxisumfangs der Hausärzte am 1. Januar 1998 2237 Einwohner.[180]

177 Stb. 423, 1981. Dieses Gesetz wurde aufgrund des Absatzes 1 des Artikels 1 des WTG erlassen.
178 Stb. 1987, 186.
179 Stb. 1991, 757.
180 Nivel-registraties: gevestigde huisartsen, Ortung oder Peilung ab 1. Januar 1998, siehe dazu http://www.nivel .nl/project/beroep/beroep/hagev.htm.

Die Finanzierung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden ist, wie bereits angesprochen, in höherem Maße sozialisiert und wurde vor 1997 fast allein durch die Ziekenfondsen und von den privaten Versicherern getragen. Nur ein geringer Teil der Kosten der hausärztlichen Leistungen wird durch das AWBZ gedeckt. Die Versicherten der beiden Versicherungsarten (AWBZ und ZFW) bezahlen Prämien und dürfen die gesundheitlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Hausärztliche Leistungen werden nach einer Mischform von Kopfpauschale und Einzelleistungshonorierung berechnet. Für die Versicherten der Krankenkassen erhalten die Hausärzte momentan pro Jahr eine nach verschiedenen Kategorien pauschalierte Auszahlung von der Zentralen Kasse. Für die privat Versicherten erhalten die Hausärzte direkt von den Privatpatienten eine Zahlung, die sich der Privatpatient von seinem Versicherer zurückerstatten läßt (vgl. Maarse 1997: 138). Da es eine Einschränkung des Praxisumfangs für Hausärzte gibt, darf der Hausarzt nur über ein begrenztes Einkommen verfügen.

Eine Änderung der Honorierung steht schon seit der Gesundheitsreform vom Jahre 1987 zur Diskussion. 1993 wurde die Kommission-Biesheuvel einberufen und beauftragt, über die zukünftige Honorierung der Hausärzte eine Stellungnahme abzugeben. Die Kommission-Biesheuvel legte 1994 ihre Ratschläge (Advies) vor.[181] Sie plädierte für ein einheitliches Honorierungssystem sowohl für die Krankenkassen als auch für private Krankenversicherer. Sie sprach sich zugleich für ein differenziertes Kopfpauschalensystem (gedifferentieerd abonnementssysteem huisartsen)[182] aus. Demgemäß sollte die Pauschale der Versicherten nach dem Alter unterschieden werden (vgl. Delnoij, 1997: SFG26/ 109). Für die älteren Versicherten beläuft sich die Kopfpauschale höher. Die Briesheuvel Kommission schlug vor, daß 80% des Einkommens der Hausärzte aus der Kopfpauschale bestehen sollten. Die restlichen 20% des Einkommens bildet das nach Einzelleistungsprinzip berechnete Einkommen. Ferner soll den in Großstädten tätigen Hausärzten eine höhere Kopfpauschale bezahlt werden, da sie aufgrund der höheren Einwohnerdichte mehr Arbeit leisten müssen (vgl. Maarse, 1997: 139).

---

[181] Commissie Modernisering Curatieve Zorg, 1994.

[182] Siehe dazu das vierte Kapitel des Reportes „Modernisering Curatieve Zorg“, der dem Minister für Wohlfahrt, Volksgesundheit und Kultur (VWS) am 30. Juni 1994 vorgelegt wurde.

4.3.5 Instrumente zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und Kostenkontrolle

Der Grundgedanke des Dekker-Reports umfaßt die Vorstellung, daß der Wettbewerb die Qualität der Leistung autonom steigern kann. Aufgrund dieser Überzeugung wurde 1992 die Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Hausärzten abgeschafft,[183] um den Wettbewerb zwischen den Hausärzten zu verstärken.[184] Seither dürfen die Krankenkassen landesweit freiwillig den Mitarbeitervertrag mit Hausärzten abschließen. Aufgrund der Aufhebung der Kontrahierungspflicht wurde die Niederlassungsregelung ebenfalls geändert. Die Zuständigkeit für die Genehmigung der ärztlichen Niederlassung wurde regionalisiert und die Niederlassungszulassung wurde 1992 gemäß der „Niederlassungsberatung" (overleg), die zwischen den regionalen Distrikten Hausärztevereinigungen (Districts Huisartsen Verenigingen, künftig DHVs) und den regionalen Krankenversicherern - seien es Krankenkassen, seien es private Krankenversicherer - vereinbart werden, bearbeitet (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/91, 94).

Im Januar 1992 wurde anstatt dem Modellvertrag das UvO zwischen der LHV und der VNZ vereinbart, das ebenfalls der Genehmigung des ZFR bedarf. Die Inhalte des UvO werden von den Vertragspartnern selbst bestimmt. Die einzelnen hausärztlichen Verträge sollen entsprechend diesem UvO vereinbart werden.[185] Es sollte durch die oben genannten Maßnahmen eine Konkurrenz zwischen den Hausärzten geschaffen werden.

Das gleiche gilt auch für den Versicherungsmarkt der Krankenversicherung. Hinsichtlich der Vergütungssätze dürfen mittels der Abänderung des ersten Artikels des WTG[186] die Verhandlungspartner die Vergütungssätze vereinbaren, die niedriger sein müssen als die vom COTG festgesetzten. Dadurch wird auf regionaler Ebene eine Differenzierung der Vergütungssätze und damit zugleich eine Konkurrenz zwischen den Krankenkassen möglich (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 183).

---

183 Handelingen Eerste Kamer, zitting 1990-1991, 21 357, nr. 124, Stb. 584.

184 Siehe auch Abschnitt 4.1.2.

185 Artikel 44 Absatz 4 des ZFW und Artikel 42 Absatz 5 des AWBZ. Seit dem 1. Januar 1998 ist das Wettbewerbsgesetz (Mededingingswet) in Kraft getreten. Hiernach darf keine Verhaltensabsprache stattfinden. Das Wettbewerbsgesetz widerspricht dem Modelovereenkomst und dem UvO und würde, so Dehue, wahrscheinlich die beiden letzten ungültig machen; siehe dazu Dehue 1997: SFB 39/OCZ 7/49.

186 Stb. 584, 1991.

Daraus ist zu schließen, daß in den Niederlanden die Förderung der Konkurrenz sowohl unter den Hausärzten als auch unter den Versicherern als eine wesentliche Maßnahme zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und zur Senkung der Kosten angesehen wird. Als weitere Mechanismen bzw. Instrumente zur Kostenkontrolle im Bereich der primärärztlichen Versorgung gelten die bereits in Abschnitt 4.2.2, (3) vorgestellten Maßnahmen. Dazu zählen die Budgets für Krankenkassen mit der Normauszahlung. Die Selbstbeteiligungsregelung wurde 1999 abgeschafft. Schließlich ist das Normeinkommen für Hausärzte als ein weiteres Instrument zur Kontrolle der Kosten anzusehen, da die Tarifsätze für die hausärztlichen Leistungen von diesem abhängen.

4.3.6 Kombination von Gesetzgebung und Selbstregulierung hinsichtlich der Qualitätssicherung

Die erste staatliche Gesetzgebung zur Regelung der ärztlichen Qualität begann mit den Verordnungen von 1804, in denen die Aufsichtsbefugnis der Regierung in bezug auf den Zugang und die Berufsausübung der Ärzte vorgeschrieben waren. Diese Verordnungen wurden zwischen 1810 und 1813 außer Kraft gesetzt.[187] Erst 1818 waren sie wieder in Kraft getreten, wurden dem Gesetz zur Regelung der Ausführung verschiedener Aufgaben der Ärzte (Stb. 16, 1818) zugefügt und später in dem Beschluß über die Regelung der medizinischen Untersuchung und von 1818 (Stb. 25, 1818) ausgearbeitet.

Die Qualitätsaufsicht oblag zu jener Zeit den provinziellen Kommissionen, die sich aus Ärzten, Heilpraktikern, Hebammen und Apothekern zusammensetzten. Diese provinziellen Kommissionen übernahmen auch die Prüfung der Fertigkeit und der Fähigkeit der Ärzte. Die Ärzte durften nur in jener Provinz praktizieren, für die sie ein ärztliches Zertifikat erhalten hatten. Falls sie beabsichtigten, in anderen Provinzen zu praktizieren, mußten sie ein weiteres Examen ablegen. Die Niederlassungsbeschränkung galt nicht für die „medicinae doctores“(medizinischen Ärzte), die eine Universität absolviert hatten. Die medicinae doctores durften überall im ganzen Land ihren Beruf

[187] Zwischen 1810 und 1813 galt die französische Vorschrift. Aufgrund dieser durften nur diejenigen Gesundheitsbeamte werden, die vier Jahre medizinische Schulung, sechs Jahre Ausbildung bei einem (Haus-)Arzt und schließlich ein Examen bestanden hatten. Gesundheitsbeamten waren insbesondere für die Heilung der Armen auf dem Land zuständig; siehe dazu Oosterman-Meulenbeld 1992: 66.

ausüben. I.d.R. durften die medicinae doctores nicht mehrere Aufgaben gleichzeitig ausführen. Gemäß der Regelungen von 1818 durften die auf dem Land niedergelassenen medicinae doctores ihren Patienten auch Medikamente anbieten und Fertigkeiten einer Hebammen ausführen, vorausgesetzt, sie besaßen den Titel „artis obstretica“ (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 67).

Die Anzahl der Ärzte nahme zwar mit der Zeit zu; sie besaßen damals aber kein hohes Ansehen in der Gesellschaft. Um diese negative Entwicklung zu bekämpfen, kamen 1865 unter *Thorbecke* auf Drängen der NMG neue Gesetzgebungen zustande: Das Gesetz zur Regelung über die Bedingungen zum Erwerb der Fähigkeit der Medizin (Stb. 59, 1865) und das Gesetz zur Regelung der Ausübung der Medizin (Stb. 60, 1865).[188] Gemäß diesen beiden Gesetzen wurde die Befugnis zur Ausübung medizinischer Berufe nur denjenigen vorbehalten, die an Universitäten ausgebildet worden waren. Dementsprechend fand eine Monopolisierung der universitären Mediziner in der medizinischen Behandlung statt. Die Aufsicht über die Einhaltung dieser Gesetze oblag der unabhängigen Medizinischen Inspektion (Stb. 58, 1865). Die Aufgabe zur Qualitätsüberprüfung der ärztlichen Berufsausübung wurde 1865 den Ärzten selbst überlassen. So legte 1903 die NMG ein eigenes, internes Disziplinarrecht (Tuchtrecht) vor. Bei diesem internen Disziplinarrecht geht es im wesentlichen um die Qualität der Hausärzte. So wurden 1936, 1959 und 1978 von dem KNMG nacheinander die „Medische Ethiek“ und die Verhaltenslehre für Hausärzte (Gedragsleer) erlassen. 1928 erließ die Regierung auch ein gesetzliches Disziplinarrecht (Medische Tuchwet)[189], um die Interessen der Patienten zu schützen.

Eine Selbstregelung innerhalb der Ärztschaft bildet sich folglich allmählich heraus. Dazu trug die Übertragung der Kompetenz zur Selbstregelung durch Gesetze erheblich bei. Vor diesem Hintergrund gewannen die NMG und 1956 die KNMG die Befugnis zur Regelung über die Registrierung der Ärzte, die im Rahmen der Selbstregelung (zelftordening) und unter Aufsicht der Regierung stattfand. So wurde 1973 das Gesetz der Registrierung der Hausärzte [190] eingebracht (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 68). Ohne einen Nachweis über die Ausbildung konnte sich der Hausarzt nicht registrieren lassen. Seit Einführung der Registrierungspflicht für Hausärzte kann der Hausarzt nur

[188] De Wet uitoefening geneeskunst ,1865.
[189] Medische Tuchtwet, Stb. 222, 1928.
[190] Die Registrationsvorschrift für Hausärzte von 1973.

als Hausarzt tätig sein (vgl Leenen/Roscam Abbing 1986: 65), während er vorher zugleich als Spezialist tätig sein konnte. Seit 1973 ist die Einschreibung der Hausärzte in einem Register Voraussetzung dafür, mit den Krankenkassen einen „Mitarbeitervertrag“ (medewerkerovereenkomst) abschließen zu können.[191]

Wie bereits erwähnt, versucht die Regierung aufgrund des Dekker-Reports seit 1987 die Qualität der erbrachten Leistungen zu steigern. Gleichwohl vollzog sich ebenfalls eine Änderung in bezug auf die hausärztliche Versorgung. Zunächst wurde angestrebt, durch das Wet BIG die hausärztliche Qualität zu erhöhen. Gemäß dem Gesetz muß sich ein Hausarzt bei einem staatlichen Register einschreiben bzw. registrieren lassen, bevor er den Titel Hausarzt erhält und hausärztliche Tätigkeiten ausüben kann (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/93).[192] Die medizinische Ausbildung ist Voraussetzung dafür, sich registrieren zu lassen. Die anschließende professionelle Ausbildung für Hausärzte, die sich in der Regel in einer hausärztlichen Praxis vollzieht, ist seit 1994 auf drei Jahre festgelegt.[193] Für die bereits niedergelassenen Hausärzte ist alle fünf Jahre eine Re-registrierung erforderlich, um weiterhin den hausärztliche Tätigkeiten nachgehen zu können (vgl. Maarse 1997: 138). Eine weitere Qualitätskontrolle in Form der Selbstregulierung erfolgt in den peer reviews auf der lokalen Ebene. Innerhalb der peer reviews findet die „systematische, kontinuierliche und interkollegiale Prüfung der eigenen Praxisarbeit“ statt (vgl. Gerlach/Bahrs 1994: 46). Diese peer reviews gelten als unterste Selbstregulierungsorgane der niederländischen hausärztlichen Versorgung.

Aus dem Aufgeführten läßt sich festhalten, daß mittels der Übernahme der ärztlichen Organisation, der Aufgabe zur Registration der Hausärzte und die Qualitätsprüfung durch die ärztlich kollegiale Überwachung (peer reviews) sich allmählich eine Selbstregulierung im Bereich der Gesundheitsversorgung herausbildete. Zur Qualitätssicherung wurden somit die beiden Instrumente - Gesetzgebung und professionelle Selbstregulierung - gleichzeitig angewendet (vgl. Oosterman-Meulenbeld 1992: 69).

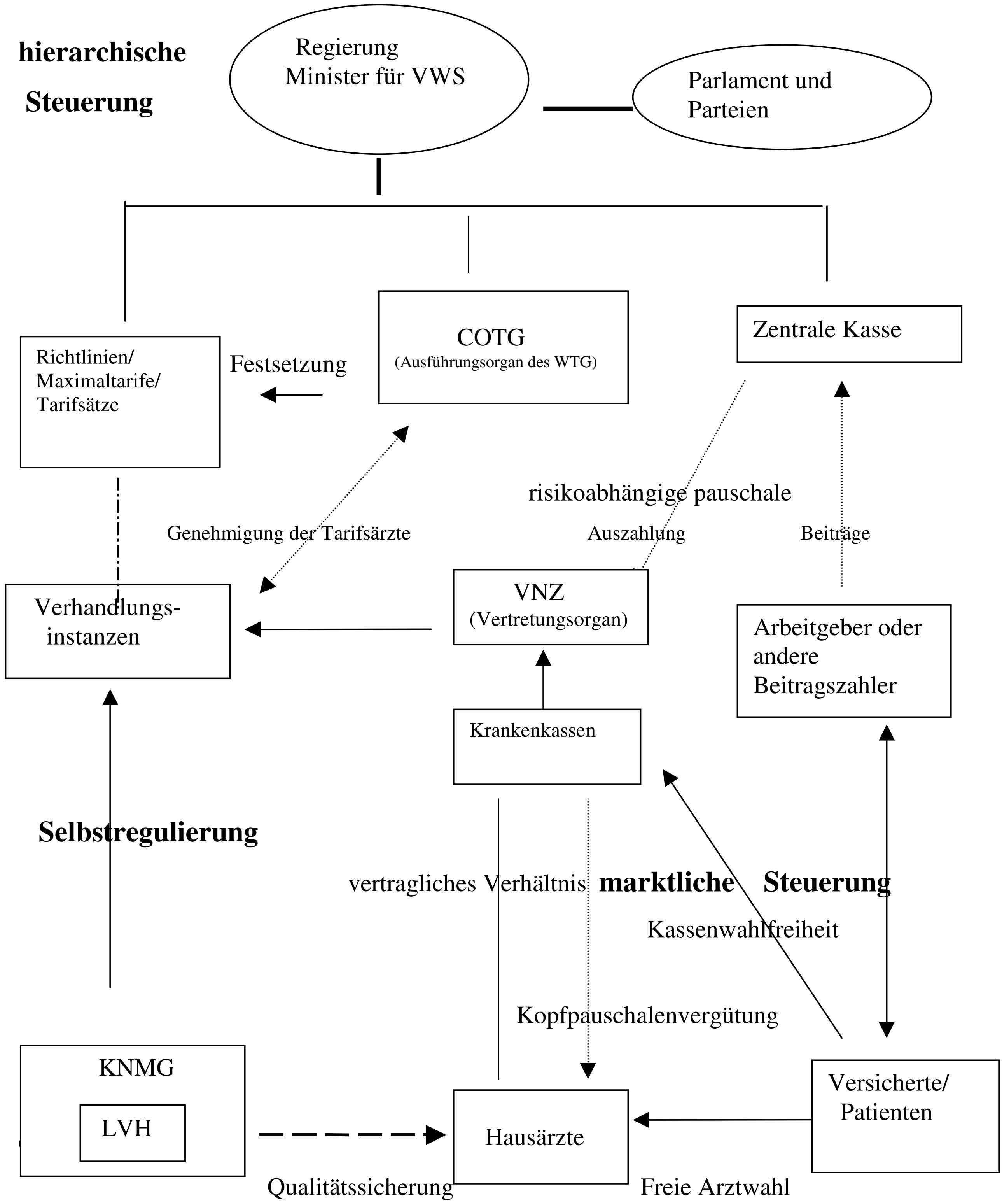
---

[191] Stb. 428 und 489, 1973.

[192] Siehe dazu Kapitel 2 des Wet BIG über die Registrierung und den Titelschutz der Berufsgruppen, Artikel 3 bis 17; und Artikel 18 des Wet BIG.

[193] Zwischen 1973 und 1988 dauerte die professionelle Ausbildung für Hausärzte ein Jahr. Von 1988 bis 1993 dauerte sie 2 Jahre.

Abbildung 4-2 : Steuerungsstruktur der niederländischen primärärztlichen Gesundheitsversorgung im Rahmen des ZFW und AWBZ



Eigene Darstellung

4.4 Politikentscheidung - von der korporatistischen zur etatistisch-konzensuellen Entscheidungsstruktur

Die politische Entscheidungsstruktur der niederländischen Gesundheitsversorgung und ihre Besonderheiten bildeten sich ebenfalls in den 60er Jahren heraus und wurden bis Ende der 60er Jahre als „Korporatismus" bezeichnet. Dies ist eng mit der sozialen Versäulungsbewegung verknüpft. Die weltanschaulichen Gruppen (in niederländisch: particulier initiatief) bildeten sich während der 50er und 60er Jahre zu pluralistischen, selbständigen Interessengruppen (Säulen), die jeweils ihre eigene Ideologie bzw. Interessen und Überzeugungen vertraten. Der Staat betrachtete es als vorteilhaft, mit den Interessengruppen zusammenzuarbeiten, da die Interessengruppen zum einen erforderliche Informationen und fachliches Wissen anbieten konnten und zum anderen konnte mittels der Partizipation der Interessengruppen in den politischen Entscheidungsprozessen die Legitimation der Politik erhöht werden (vgl. Mierlo 1997: SFG 18/61). Der Staat übertrug den Interessengruppen die Aufgaben zur Durchführung der öffentlichen Dienstleistungen in Form von gemeinsamer Selbstregulierung bzw. -verwaltung. Außerdem ließ der Staat die Interessengruppen an der Politikformulierung mitwirken. Die Interessengruppen übten Einfluß auf die Politikentscheidung aus, indem sie die Interessen ihrer Mitglieder vertraten. Die politische Entscheidungsweise in den Niederlanden hatte sich seitdem herausgebildet und wird i.d.R. mit dem Begriff „Neokorporatismus" bezeichnet (vgl. Mierlo/Made 1991: 25 ff.). Aufgrund dessen haben die Interessengruppen (particulier initiatieven) eine Doppelrolle; einerseits sind sie für die Implementierung zuständig, andererseits vertreten sie die Interessen ihrer Mitglieder.

Die Regierung der Niederlande ist stets aus dem Koalitionskabinett zusammengesetzt, so daß in der politischen Entscheidung keine Dominanz herrscht[194]. Entsprechend besitzt keine politische Partei eine absolute Mehrheit, um die politische Entscheidung zu beeinflußen (vgl. Schut 1996: 278). Ebensowenig können die Interessengruppen die politische Entscheidung determinieren, auch wenn sie starken politischen Einfluß ausüben. Im Laufe der Zeit durchlief die politische Entscheidungsstruktur einen Wandel. Dies ist durch eine Intensivierung der staatlichen Eingriffe herbeigeführt worden.

[194] Die schwache Position des Staates in der politischen Entscheidung wird von einigen Wissenschaftlern als „Policy Network" bezeichnet.

Trotzdem herrscht insofern nach wie vor eine fragmentiert Machtstruktur in der gesundheitspolitischen Entscheidung der Niederlande, als zahlreiche Interessengruppen an den Entscheidungsprozessen teilnehmen.

Obwohl ab Anfang der 80er Jahre die staatliche Intervention zugenommen hat, kann in den Niederlanden von einem Etatismus der politischen Entscheidung nicht die Rede sein. Vor allem seit Anfang der 90er Jahre wird die staatliche Intervention mit der schrittweisen Anwendung des Marktmechanismus auf dem Versicherungs- und Gesundheitsmarkt dereguliert. Die Interessengruppen übten bzw. üben Einfluß auf die politische Entscheidung und auf die Implementation aus. Diese starke Position der Interessengruppen beruht im wesentlichen auf strukturellen und kulturell-ideologischen Faktoren. Unter den strukturellen Faktoren ist besonders die korporatistische Interessenvermittlung und Implementationsweise der Politik in der Gestalt der Selbstregulierung zu verstehen, die sogar in der Verfassung verankert ist. Der kulturell-ideologischer Faktor bezieht sich darauf, daß in den Niederlanden eine Vielfalt der gedanklicher Strömungen nebeneinander existiert. Die prägnanteste Institution der korporatistischen Arrangements stellen die Beratungsorgane dar.

Die particulier Initiativen übten durch ihre Vertretungsorgane, die häufig als Beratungsorgane (Adviesorgane) der staatlichen Politik fungieren, einen wirksamen Einfluß auf die Ergebnisse der politischen Entscheidung aus. Die Position der externen Beratungsorgane ist, wie oben angedeutet, durch die Verfassung gesetzlich verankert.[195] Da die gesundheitspolitische Implementation von einigen Beratungsorganen übernommen wird, können die Interessengruppen auf der organisatorischen Mesoebene als Selbstorganisationen fungieren und dadurch ihren Einfluß auf die politische Implementation ausüben. Einige von ihnen verfügen über eine hohe Autonomie. Hierzu zählen der Gesundheitsrat (gezondheidsraad), der Nationale Rat für die Volksgesundheit (Nationale Raad voor de Volksgezondheid), der Ziekenfondsraad, die KNMG und die LHV. Sie alle übernehmen eine Selbstregulierungsfunktion im Sinne sowohl der Regelung ihrer Mitglieder als auch der Erfüllung der zugewiesenen Aufgaben in bezug auf die Politikdurchführung. Die Selbstregulierung der Interessengruppen übt einen

[195] Artikel 79 der gegenwärtigen niederländischen Verfassung bestimmt die Ernennung, Zusammensetzung, Arbeitsweise und Befugnisse der Beratungsorgane. In den Niederlanden erfüllen die Beratungsorgane folgende Funktionen: (1) Institutionalisierung der Politik (Legitimation); (2) Förderung der Kontakte zwischen den Organisationen; (3) Artikulierung der Interessen und (4) Durchführung der verabschiedeten Politik (vgl. Mierlo 1997: SFG 18/31).

entscheidenden Einfluß auf den Erfolg bzw. Mißerfolg der Regierungspolitik aus (vgl. Schut 1996: 278).[196]

Die Interessengruppen üben auch durch die sogenannten Beratungsorgane Einfluß auf die politische Entscheidung auf der national-institutionellen Makroebene aus (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 97). Da die Regierung bei der Politikformulierung stets die Meinungen bzw. Vorschläge dieser externen Beratungsorgane berücksichtigt, ergreifen die Beratungsorgane, falls sie zugleich Vertretungsorganisationen der Interessengruppen sind, die Möglichkeit, die politischen Entscheidungen auf der Makroebene zu beeinflußen (vgl. Schut 1996: 278). Als bedeutsamstes Vertretungsorgan der Versicherten stellt sich der Ziekenfondsraad (Krankenkassenrat) dar. Die Beratungsbefugnis des Ziekenfondsenraad wurde in den 90er Jahren ausgedehnt (vgl. Mierlo 1997: SFG 18/35). Ferner können die Interessengruppen bei den parteilichen Verhandlungen ihre Interessen durchsetzen (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 97). So verhandelt die LHV auf der interorganisatorischen Ebene mit den Dachvereinigungen der Krankenversicherer über „ein Übereinkommen der Vergütungssätze“, das die Versicherer und die Hausärzte bei der Verhandlung der Versorgungsverträge einhalten sollen (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/98).

Seit der 87er Reform wird die starke Position der externen Beratungsorgane durch die „internen Beratungsorgane“, die vom Staat bewußt gebildet wurden, gewissermaßen unterminiert. Daraus ist zu schließen, daß auf der Basis des strukturellen und kulturell-ideologischen Hintergrundes die Mitwirkung der Interessengruppen bei der politischen Entscheidung bzw. der Implementation unentbehrlich ist. Trotz der Tragweite der Mitwirkung der Interessengruppen in der politischen Entscheidung wird das Einflußpotential der Regierung durch die Errichtung der internen Beratungsorgane in umfassendem Maße entfaltet.

Die Konsequenz davon ist, daß die Gesundheitspolitik in Zukunft weder durch den Staat allein noch durch Interessengruppen oder politische Parteien entschieden wird; sondern eher durch eine etatistische Konsensbildung zwischen den Beteiligten des Politiktfeldes, also zwischen den staatlichen Akteuren, den Interessengruppen und den

[196] Siehe dazu Abschnitt 4.2.2, (5)).

politischen Parteien, auf der Makroebene ermöglicht wird (vgl. Schut 1995: 647). Es zeigt sich die Tendenz, daß die Entscheidungsstruktur aufgrund der starken Eingriffe vom Staat etatisiert wird. Dagegen wird die politische Entscheidung auf der Mikroebene allmählich von den Krankenversicherern im Rahmen der regulierten Konkurrenz bestimmt.

4.5 Das Verhältnis des Hausarztes zu anderen Leistungsanbietern und die Integrationsprobleme

4.5.1 Verhältnis der Hausärzte zu anderen Leistungsanbietern

(1) Verhältnis der Hausärzte zu anderen Anbietern der Primärversorgung

In den Niederlanden sind ungefähr 90% der Hausärzte in eigenen Praxen tätig, seien es Solo-, Dual- oder Gruppenpraxen. Rund 10% der Hausärzte sind in den Gesundheitszentren mit anderen Disziplinen der Primärversorgung zusammen tätig, wo das Verhältnis zwischen den Hausärzten und den anderen Disziplinen übereinstimmend ist (Übereinstimmungsverhältnis – „overlegrelaties“) (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/107). Die Hausärzte und andere Disziplinen der Primärversorgung stimmen gemeinsam über die Art der Zusammenarbeit ab. Von daher verfügen die Hausärzte in den Gesundheitszentren über keine ausschließliche Position hinsichtlich der Determinierung der Aufgabenteilung und der Leistungserbringung der einzelnen Disziplinen.

Dagegen ist das Verhältnis der meisten Hausärzte zu den anderen Disziplinen der Primärversorgung asymmetrisch (de Bakker 1997: SFG 23/107). Obwohl die Anzahl der Überweisungen durch Hausärzte gering ist, erwiesen sich die Hausärzte als die wichtigste Anlaufstelle der Patienten für den Zugang zu den anderen Disziplinen (de Bakker 1997: SFG 23/107). Im Falle der Physiotherapeuten ist, wie für die Spezialisten, die Überweisung durch Hausärzte gesetzlich erforderlich (Artikel 1 des Wet op de Paramedische Beroepen). Formal nehmen die RIAGG die von den Hausärzten überwiesenen geistig Behinderten auf. Ein großer Teil der geistig Behinderten, die in den RIAGG betreut wurden, wurden von den Hausärzten überwiesen. I.d.R. ist für das Aufsuchen der oben genannten Berufsgruppen die Überweisung vom Hausarzt erforderlich. Des weiteren besteht ein informelles Überweisungsverhältnis des Hausarztes zu anderen professionellen Berufsgruppen, wie allgemeinen Sozialarbeitern und den Distriktpflegern. Zwar ist für die Inanspruchnahme dieser Leistungen eine formale Überweisung durch Hausärzte nicht notwendig; jedoch beeinflußt der Hausarzt als Überweiser den Zugang zu diesen Berufsgruppen.[197]

(2) Verhältnis der Hausärzte zu den sekundären (Spezialisten) und tertiären Leistungsanbietern

In den Niederlanden fungieren die Hausärzte als Gatekeeper, da die spezialisierten Leistungen erst nach Überweisung der Hausärzte in Anspruch genommen werden dürfen (Artikel 4, Absatz 2 des Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering). Dies stellt zugleich die erste Form der Zusammenarbeit zwischen den beiden Disziplinen dar. Viele private Versicherungen haben dieses Überweisungsprinzip übernommen. Die Spezialisten arbeiten als selbständige Gruppen innerhalb der Krankenhäuser und ihre Leistungen werden nach dem Einzelleistungsprinzip vergütet.[198] Das Zurückverweisen der Patienten an die Hausärzte von den Spezialisten ist ebenfalls verpflichtet. Die Konsultation zwischen den beiden Disziplinen stellt die zweite Form der Zusammenarbeit dar, wobei der Hausarzt den Spezialisten bezgl. Fragen über Diagnostik oder Behandlung eines Patienten zu Rate ziehen kann (vgl. Haan/Lisdonk/Voorn 1992: 80).

Die Aufnahme der Patienten in Krankenhäuser (einschließlich der allgemeinen Krankenhäuser, der Unikliniken und der spezialisierten Krankenhäuser wie die psychiatrische Krankenhäuser) und in den tertiären Gesundheitseinrichtungen, wie Alten- und Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen, erfolgt formal oder informell durch die Überweisung der Hausärzte.

---

197 Siehe dazu De Bakker 1997: SFG 23/107. Etwa 37% der Patienten der allgemeinen Sozialarbeiter sind durch Hausärzte überwiesen. Ein Fünftel der Patienten der Gemeindepflege (wijkverpleging) und ein Großteil der häuslichen Versorgung (gezingszorg) sind durch die Initiative der Hausärzte eingesetzt worden.

198 Siehe dazu Abbildung 4-3.

4.5.2 Integrationsprobleme zwischen den Hausärzten und anderen Leistungsanbietern

Die niederländische Gesundheitsversorgung weist seit alters her ebenso wie in England ein fehlendes Integrations- bzw. Koordinationsproblem auf. Dieses Integrationsproblem hat sowohl strukturelle, finanzielle als auch professionelle Gründe.[199] Diese hindernden Merkmale schlagen sich in einem besonderen Steuerungssystem nieder. Abgesehen von dem auf Konkurrenz beruhenden Steuerungssystem, das die Integration der Leistungserbringung erschwert (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 95), wird hinsichtlich der strukturellen Merkmale die Fragmentierung der Leistungsversorgung kritisiert. D.h. die Leistungserbringung erfolgt außer in den Gesundheitszentren an weiteren Orten. In organisatorisch-struktureller Hinsicht unterstehen die Leistungserbringer jeweils unterschiedlich übergeordneten, staatlichen Behörden. Während die allgemeinen Sozialarbeiter der provinziellen Regierung unterstehen, verfügen einige Leistungsanbieter, wie Hausärzte, über eine höhere Autonomie in Form von Selbstregulierung. Dies erschwert die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern weiter.

Hinsichtlich des finanziellen Hindernisses wurden stets die fragmentierten Finanzierungssysteme als Ursache für die fehlende Integration der Leistungserbringung betrachtet. So verursacht die herkömmlich gegliederte Teilung der Finanzierung der Krankenversorgung durch das AWBZ, das ZFW und seit 1995 auch durch das Zusatzversicherungsprogramm, vor allem die Verzahnung der stationären bzw. chronischen und der akuten Leistungsversorgung. Die Integration der sozialen und der medizinischen Leistungen wird durch die getrennt Finanzierung erschwert, insofern als die sozialen Leistungen durch die provinzielle Subvention finanziert und die anderen medizinischen Leistungen durch Versicherungsbeiträge finanziert werden (vgl. Groenewegen 1993: 46; Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 99; Maarse 1997: 148). Schließlich verhindert die professionelle Position die Koordination und damit die Integration der verschiedenen Leistungserbringer, da jede Profession über ihre eigene Ideologie und Werte in bezug auf ihre konfliktträchtige fachliche Autonomie und die

[199] Vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 95. Box 1. Principal barriers to integration.

Vorstellung von Konsumenteninteressen verfügt (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 95).

Aus dem Ausgeführten läßt sich festhalten, daß die fehlende Integration der niederländischen Gesundheitsversorgung sowohl auf eine Spaltung der langfristigen und akuten Versorgung als auch auf eine Trennung der Planung und der Finanzierung der Leistungserbringung zurückzuführen ist. Das Steuerungssystem des niederländischen Gesundheitssystems stellt im wesentlichen eine Mischung von zwei Steuerungsmechanismen dar, nämlich der Hierarchie und dem Markt. Jeder Mechanismus operiert gemäß der eigenen Logik, die sich entgegensetzen könnten. Während die Menge der stationären Versorgung durch den Staat hierarchisch durch Plannungen determiniert wird, werden die Versicherungen und damit die Finanzierung der akuten Leistungsversorgung und die Versorgung der hausärztlichen Leistung durch den Marktmechanismus geregelt. Diese gegensätzlichen Steuerungsmechanismen führen zur Fragmentierung und Desintegration der Leistungsversorgung (vgl. Hardy/Mur-Veemanu/Steenbergen et al. 1999: 102). Darum gilt es als angebracht, eine angemessene Steuerungs- bzw. Koordinationsform zur Förderung einer integrierten und effektiven Versorgung in den Niederlanden zu finden und einzuführen.

Kapitel 5 Struktur der taiwanesischen Gesundheitsversorgung im Laufe der Systembildung

5.1 Die Systembildung des Gesundheitswesens im Zuge der Inklusion der Bevölkerung in die Krankenversicherung

5.1.1 Politisch-administrativer Aufbau und das Gesundheitswesen in Taiwan

Ende 1998 belief sich auf Taiwan die Gesamtbevölkerung auf 21,93 Mio., darunter waren ca. 11,24 Mio. Männer und 10,68 Mio. Frauen. Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte betrug 606 Einwohner/km^2. In den beiden Stadtstaaten Taipei und Gaoxiong betrug die Bevölkerungsdichte jeweils sogar ca. 9700 und 9500 Einwohner/km^2 , und in den Städten Taizhoang, Tainan und Jiayi betrug sie jeweils ca. 5600, 4100 und 4400 Einwohner/km^2. Dagegen wiesen die in den Bezirken eine wesentlich geringere Zahl auf, wie in Taidong und Hualian jeweils nur 71 und 77. Die Bevölkerungsdistribution ist auf Taiwan sehr ungleichmäßig.[200] Der Anteil der Personen unter 15. Jahre belief sich 1998 auf 21,96%. Die Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 15 und 64 Jahren machte 69,79% der Gesamtbevölkerung aus. Schließlich belief sich der Anteil der Personen, die älter als 65 Jahre sind, auf 8,26%. Die Alterungsrate betrug 1998 37.61%.[201]

Die Bevölkerungszahl, derjenigen, die älter als 15 Jahre waren, betrug 16,45 Mio. Davon waren 9,55 Mio. Erwerbstätig; die Rate der Erwerbstätigen belief sich auf 58,04%. Davon waren 70,58% männlich und 45,60% weiblich. Brancherspezifisch arbeiteten 53,23% der erwerbstätigen Bevölkerung im Dienstleistungsbereich; 37,92% im industriellen Produktionsbereich und 8,85% in der Landwirtschaft, Fischerei und Forstwirtschaft. Eine ähnlich Tendenz, die in vielen Ländern zu verzeichnen war und durch die Zunahme der Erwerbstätigen am Dienstleistungsbereich gekennzeichnet ist, vollzog sich auch also auf Taiwan.

200 ZfG 1999: 4.
201 ZfG 1999: 2.

(1) Politisch-administrativer Aufbau auf Taiwan

Taiwan ist ein Verfassungsstaat. Der Präsident gilt als Staatsoberhaupt und repräsentiert den Staat nach außen.[202] Er wird vom gesamten Volk gewählt und besitzt somit materielle Führungsmacht. Darüber hinaus leitet er das Militär und verfügt über die Befugnis zur Benennung und Kündigung von Ämtern.[203] Dem Präsidenten unterstehen die fünf verschiedenden Yuans[204], die zugleich fünf Organe (im Sinne von Gewaltenteilung) darstellen. Es sind der Exekutivyuan, der Legislativyuan, der Examenyuan, der Justizyuan und der Prüfungsyuan. Der Justizyuan und der Prüfungsyuan sind respektiv das oberste Justizorgan und Kontrollorgan.

Der Exekutivyuan ist das oberste Administrationsorgan, dem acht Ministerien, 21 spezifische Ausschüsse, 3 Behörden (die Behörde für Gesundheit, die Behörde für Umweltschutz und die Behörde für Küsteninspektion), 2 Büros (das Pressebüro und das Personalbüro des Exekutivyuan), die Zentralbank, die taiwanesische Provinzregierung und der Nationale Palast unterliegen. Der Exekutivyuan verfügt nicht nur über das Recht, politische Eingaben und gesetzliche Initiative vorzubringen; sondern er ist zugleich das Durchführungsorgan der verabschiedeten Gesetze bzw. Verordnungen.

Dahingegen fungiert der Legislativyuan mit seinen Abgeordneten als oberstes Gesetzgebungsorgan, das die Interessen der Bürger vertreten soll. Der Legislativyuan hat verschiedene Ausschüsse, die für die Beratung über einzelne politische Vorlagen zuständig sind. Z.Z. gibt es insgesamt 17 Ausschüsse innerhalb des Legislativyuan. Die Abgeordneten treffen sich gesetzmäßig jedes Jahr zweimal,[205] um über die Gesetzesentwürfe zu beraten bzw. sie zu verabschieden. Seit der Aufhebung des Kriegszustandes und der Abschaffung des Verbotes von Parteienbildungen, gibt es aud Taiwan auch ein demokratisch-politisches Parteiensystem. Die politischen Parteien konkurrieren im Wahlkampf miteinander um die Wähler und ihr Mandat einerseits, indem sie ihre Parteienmitglieder als Abgeordnete ins Parlament schicken; und sie kämpfen andererseits um die Herrschaft im Staat als Regierungspartei. Die

---

[202] Artikel 35 der Verfassung der Republik China.

[203] Artikel 36 und 41 der Verfassung der Republik China.

[204] Der Begriff "Yuan" bezeichnet die Verwaltungsinstanz von obersten Rang auf Taiwan. Dem Yuan können verschiedene Ressorts bzw. Ministerien unterliegen.

[205] Die erste Legislativeperiode läuft vom Februar bis zum Ende Mai. Die zweite beginnt ab September bis zum Ende Dezember.

Abgeordneten werden alle drei Jahre neu gewählt. Z.Z. gibt es zahlreiche politische Parteien auf Taiwan. Darunter sind vier Parteien, die besonders konkurrenzfähig sind. Es handelt auch hierbei um die Kuo-Ming-Tang (Nationale Volkspartei) (künftig KMT), Democratic Progressive Party (künftig DDP), PFP (People's First Party) und NP (New Party). Die weniger konkurrenzfähigen Parteien sind u.a. die LP (the Labor Party of Taiwan)[206], TAIP (Taiwan Independence Party)[207] und GATI (Goa-Seng-Lang Association For Taiwan Independence)[208].

Im Grundsatz stellt der Legislativyuan den stärktsten Gegenspieler des Exekutivyuan und dem Präsidenten gegenüber dar, weil er die Gesetzesentwürfe und politischen Maßnahmen der Regierung überwacht oder blockiert. Es ist aber insofern problematisch, als die Gesetzesentwürfe der Regierung ständig vom Parlament blockiert werden, wie es momentan im taiwanesischen Legislativyuan zu beobachten ist.

Der Justizyuan ist das höchste Justizorgan, das gegen Zivil- und Strafverfahren sowie Verwaltungsverfahren Urteile sprechen soll.[209] Dieser ist auch für die Disziplinierung von Staatsbeamten zuständig.[210] Ferner verfügt er über die Befugnis zur Interpretation sowohl der Verfassung als auch der Gesetze und Verordnungen[211]. Der Examenyuan ist für die Prüfung, Rekrutierung, Besoldung, Beförderung, Pensionierung, Versorgung und Alterssicherung der Beamten zuständig. Und schließlich fungiert der Prüfungsyuan als oberstes Kontrollorgan, das über die Befugnis zur Zustimmung von zu benennenden Beamten und zur öffentlichen Anklage gegen hohe Staatsbeamte verfügt.[212] Der Prüfungsyuan setzt sich zusammen aus neun Prüfungsräten, davon sind fünf als Vertretung der Bürger auf der Provinzebene und jeweils zwei von den Abgeordneten sind durch den Stadtrat von Taipei und Gaoxiong ausgewählt.

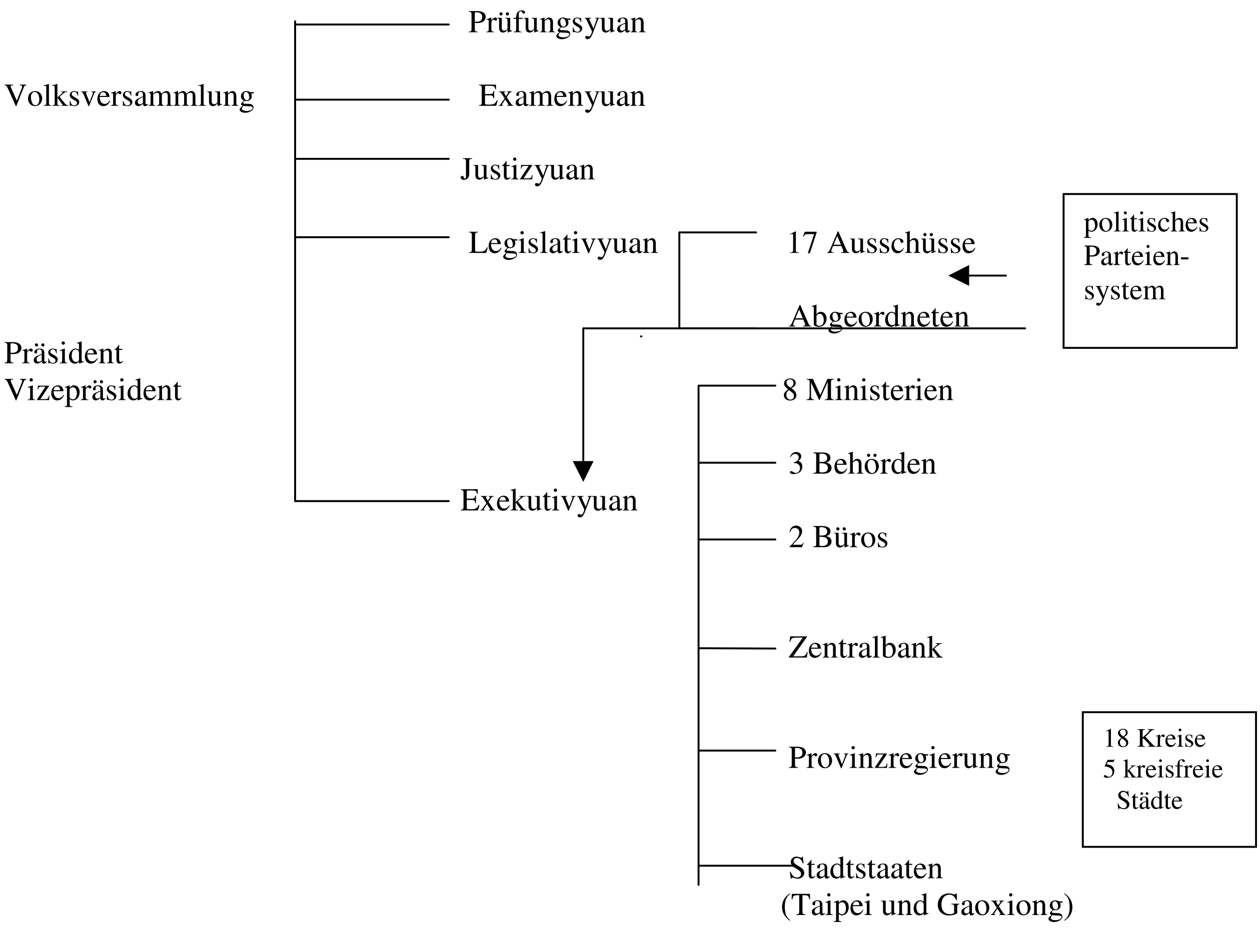
Darüber hinaus existiert auf Taiwan eine Volksversammlung, die für die Genehmigung bzw. Überprüfung der jeweiligen Gesetzesentwürfe, die die Abänderung der Verfassung, die Änderung der Territorien und der öffentlichen Anklage gegen den Präsidenten und

206 http://members.nbci.com/_XMCM/lbptai, 28.03.2001
207 http://www.taip.org.tw/declaration/const.htm, 28.03.2001
208 http://www.gati.org.tw/articles/index.htm, 28.03.2001
209 Artikel 77 der Verfassung der Republik China.
210 Artikel 77 der Verfassung der Republik China.
211 Artikel 78 der Verfassung der Republik China.
212 Artikel 90 der Verfassung der Republik China.

den Vizepräsidenten betreffen, zuständig ist.[213] Die Volksversammlung ist nicht mit dem Unterhaus in England gleichzusetzen, weil sie nicht über eine allgemeine Befugnis zur Zustimmung von Gesetzen verfügt.

Auf der regionalen Ebene gibt es zwei Stadtstaaten (Taipei und Gaoxiong), 5 kreisfreie Städte und 18 Kreise. Das macht insgesamt 25 regionale administrative Instanzen und Stadträte oder Kreistage aus, die für den Erlaß von Verordnungen, zur Durchführung von Gesetzen oder Verordnungen, die sich allein auf die lokalen Angelegenheiten beziehen, zuständig sind[214]. Der politisch-administrative Aufbau Taiwans wird in Abbildung 5-1 wiedergegeben.

Abbildung 5-1: Politisch-administrativer Aufbau in Taiwan



Eigene Darstellung

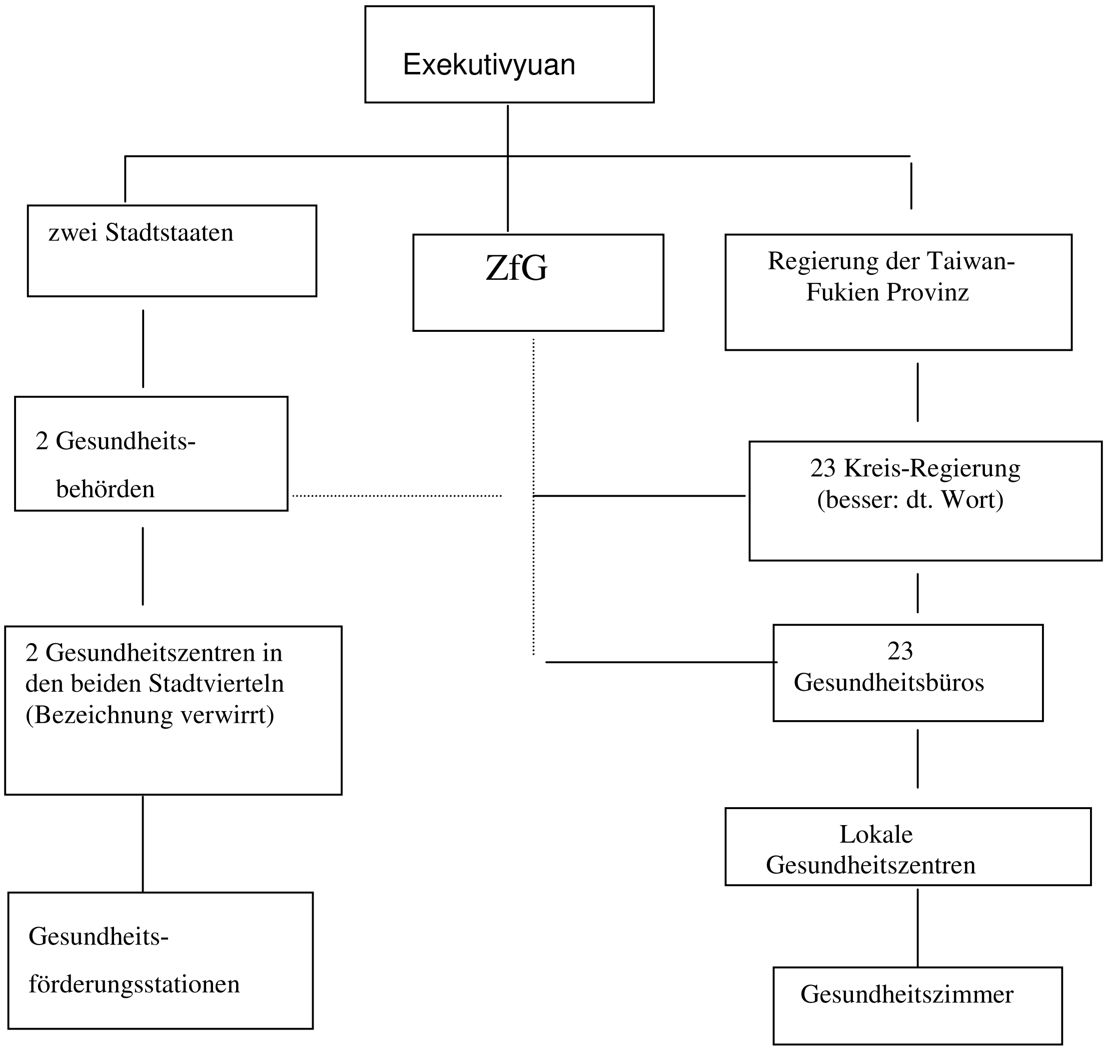
[213] Artikel 27 der Verfassung der Republik China.
[214] Artikel 109, 110 und 101 der Verfassung der Repbulik China.

(2) Verwaltungsorganisation des Gesundheitswesens

Gemäß Artikel 53 der Verfassung der Republik China ist der Exekutivyuan die höchste Verwaltungsinstanz. Dem Exekutivyuan unterstehen 8 Ministerien, zwei Abteilungen und einige politische Ausschüsse. Die Zentralbehörde für Gesundheit (künftig ZfG) wurde gemäß Artikel 6 der Organisationsverordnung 1971 vom dem Exekutivyuan eingerichtet und fungiert seitdem als höchste Verwaltungsinstanz für Gesundheitsangelegenheiten. Innerhalb der ZfG befinden sich 6 Abteilungen, die jeweils für bestimmte Aufgaben zuständig sind. Im Laufe der Zeit wurden einige Instanzen, die zur ZfG zählen, auf nationaler Ebene errichtet. Hierbei handelt es sich u.a. um das Institut für Präventionsmedizin (1975), das Kontroll-Büro für Medikamente und Lebensmittel (1978), die Zentraleinrichtung für die National Health Insurance (künftig ZeNHI,1995), der Aufsichtsausschuß für NHI (1995), der Schiedsausschuß für NHI (1995), der Ausschuß für chinesische Medizin und Medikamente (1995), das National Health Research Forum (1996).

Daneben gibt es die untergeordneten Verwaltungsinstanzen der ZfG. Auf der regionalen Ebene befinden sich 23 Gesundheitsbehörden auf Taiwan. Die beiden Stadtstaaten Taipei und Gaoxiong verfügen jeweils über ein eigenes Gesundheitsbüro. Insgesamt existieren 25 Gesundheitsbehörden auf Taiwan. Den Gesundheitsbehörden unterstehen die lokalen Gesundheitszentren; den Gesundheitszentren unterliegen ihrerseits Gesundheitszimmer bzw. Gesundheitsstationen. Das gegenwärtige System der Gesundheitsverwaltung Taiwans wird in Abbildung 5-2 veranschaulicht.

Abbildung 5-2: Gegenwärtiges Gesundheitsverwaltungssystem auf den verschiedenen Ebenen in Taiwan



Quelle: ZfG (1999): Annual Report on the Public Health of Republic of China, Abbildung 1.5, S. 9.

5.1.2 Inklusionsprozesse der Bevölkerung in die Krankenversicherung vor der 95er Gesundheitsreform

Die Absicherung der Standardrisiken durch sozialpolitische Maßnahmen soll dazu dienen, dem Einzelnen den Zugang zu den Funktionssystemen der Gesellschaft zu ermöglichen und damit die Teilhabemöglichkeit des Einzelnen am gesellschaftlichen wie am kulturellen Leben zu verbessern. Krankheit gilt als eines der fünf Standardrisiken, die in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte vom 10. Dezember 1948 umschrieben sind. Der erste Absatz des Artikels 25 lautet:

„Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge, gewährleistet, er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwen, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände." Dem Artikel nach sind diese Standardrisiken: Unfall, Krankheit, Invalidität, Alter und Arbeitslosigkeit[215]. Sie gelten daher als ein abzudeckendes Risiko um des menschlichen Wohlbefindens willen.

Als ein neu industrialisiertes Land erlebte Taiwan gleichfalls nach dem zweiten Weltkrieg eine aus der Modernisierung bzw. Industrialisierung hervorgehende Urbanisierung und eine tiefgreifende soziale Mobilisierung. Wie in den westlichen Ländern wurden die Bevölkerung neuen Risiken wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Unfall, Invalidität und Alter ausgesetzt. Darum schienen dagegen steuernde Maßnahmen in Form von Risikoabdeckung unentbehrlich, um einerseits die politische Legitimation der Regierung aufrechtzuerhalten und andererseits, das für die Weiterentwicklung der Wirtschaft Taiwans benötigte Humankapital aufrecht zu erhalten (vgl. Kaufmann 1994: 361). In der Verfassung der Republik China ist vorgeschrieben, „um die soziale Wohlfahrt anzustreben, sollte der Staat ein soziales Sicherungssystem einführen; der Staat sollte den Alten, den Behinderten, den Lebensunfähigen und den Unfallgeschädigten angemessene Unterstützung und Abhilfe gewährleisten."(der Artikel 155 der Verfassung der Republik China). Zudem schreibt der Artikel 157 der Verfassung vor, „der Staat sollte eine allgemeine Gesundheitspolitik und ein nationales Gesundheitswesen umsetzen, um die Gesundheit der Bürger zu fördern".[216]

[215] Siehe dazu Sachße 1990: 11; Pfaff 1989: 128; Zacher 1985: 16. In seinem Aufsatz „Verrechtlichung im Bereich des Sozialrechts" benutzt Zacher den Begriff der „Grundrisiken" anstatt den Begriff Standardrisiken. Zu den Grundrisiken zählen u.a. Krankheit, Alter Invalidität.

[216] In den 1992 ergänzten Artikeln der Verfassung der Republik von China (Artikel 18) befindet sich zudem die Vorschrift über die Einführung einer NHI

Vor diesem Hintergrund bemüht sich auch die taiwanesische Regierung seit 1950, um Abdeckung dieser sozialen Standardrisiken und führte Gegenmaßnahmen ein.[217] Verschiedene Sozialversicherungen wurden aus diesem Grunde auf Taiwan schrittweise eingeführt, in welchen ausschließlich die Krankenversicherungen integriert waren. Eine „Systembildung“[218] im Bereich des Gesundheitswesens Taiwans wurde auch dadurch in Gang gesetzt.

Als die drei umfangreichsten Sozialversicherungsprogramme auf Taiwan galten die Arbeiterversicherung (künftig AV) (seit 1958), die Beamtenversicherung (künftig BV) (seit 1958) und die Gesundheitsversicherung für Landwirte (seit 1987) (künftig GVL). Die Krankenversicherung für Arbeitnehmer und Beamte wurde im Rahmen der AV und der BV ausgeführt. Anknüpfend an die AV und die BV wurden seit Anfang der 80er Jahre fortlaufend unterschiedliche Krankenversicherungen auch für die Familienangehörigen angeboten. Anfang 1990 gab es auf Taiwan insgesamt 13 Krankenversicherungsprogramme (siehe dazu Abbildung 5-3). Es vollzog sich daher zwischen 1950 und 1990 ein *Inklusionsprozeß*, durch den bis 1993 ungefähr 58,38% der Bevölkerung gegen Krankheiten abgesichert wurden.[219]

5.1.3 Besonderheiten des taiwanesischen Gesundheitswesens im Zuge der Systembildung vor Einführung der NHI von 1995

Um die Besonderheiten der taiwanesischen Gesundheitsversorgung zu erörtern, wird die von Mayntz und Scharpf (vgl. Mayntz/Scharpf 1995: 16-20) entwickelte Begrifflichkeit der Sektorstruktur angewendet. Dabei werden Leistungsstruktur und Regelungsstruktur bzw. institutionelle Arrangements unterschieden. Im folgenden werden auch anhand

217 Bisher wurde nur für Beamte eine Rentenversicherung zur Altervorsorge eingeführt. Für die Arbeiternehmer wurde zwar eine gesetzliche Versicherung im Rahmen der Arbeiterversicherung mit eingeführt; ihre Ausgestaltung scheint jedoch sehr mangelhaft zu sein.

218 Siehe Lin, C-H 1996. Er bezeichnet in seiner Dissertation die Vorgänge der Umsetzung der NHI als eine Systembildung auf dem Sektor des Gesundheitswesens Taiwans. In der vorliegenden Arbeit dehnt sich dieser Begriff auf die gesamten Prozesse aus, die seit Anfang des 20. Jahrhunderts in bezug auf die Gesundheitsversorgung auf Taiwan stattgefunden hatten. Zu diesen Prozessen zählen vor allem die Professionalisierung der Medizin und Monopolisierung der ärztlichen Behandlung. Auf ihre Einzelheiten wird in Abschnitt 2.1 des fünften Kapitels eingegangen.

219 Siehe dazu Lin, C-H 1996: 45, Tabelle B 2: Versicherungsprogamme und Anzahl der Versicherten auf Taiwan 1993.

Abbildung 5-3: Versicherungsprogramme und ihre Rechtsgrundlagen in Taiwan vor 1995*

Versicherungsprogramm	Rechtsgrundlage	Abkürzung	Ab
Arbeiterversicherung	Das Gesetz für AV	AV	07. 1958
Beamtenversicherung	Das Gesetz für BV	BV	09. 1958
Versicherung pensionierter Beamter	Verordnung für VPB	VPB	09. 1965
Versicherung von Lehrern und Angestellten an privaten Lehranstalten	Das Gesetz für VLPL	VLPL	10. 1980
Krankenversicherung der Familienangehörigen von Beamten	Das Gesetz für KFB	KFB	07. 1982
Krankenversicherung pensionierter Beamter	Verordnung für KPB**	KPB	07. 1985
Krankenversicherung der Ehegatten pensionierter Beamter	Verordnung für KEB	KEB	07. 1985
Krankenversicherung für Pensionierte Lehrkräfte und Angestellte an privaten Schulen	Weisung des MfP* ** für KPLAS	KPLAS	07. 1985
Krankenversicherung für Ehepartner pensionierter Lehrkräfte und Angestellte an Privaten Lehranstalten	Weisung des MfP für KEPLA	KEPLA	07. 1985
Gesundheitsversicherung für Landwirte	Das Gesetz für GVL	GVL	10. 1985
Gesundheitsversicherung für Volksvertreter im Landtag und im Gemeinderat	Verordnung für GVVL	GVVL	09. 1989
Krankenversicherung für Familienangehörige von Lehrkräften und Angestellten an privaten Lehranstalten	Verordnung für KFLA	KFLA	01. 1990
Gesundheitsversicherung für Sozialhilfeempfänger	Verordnung für GSE	GSE	07. 1990

Eigene Darstellung

* : Verweise dazu in Chih-Hon Lins Dissertation (1996), Steuerungsprobleme und Reformbestrebung des Gesundheitswesens in Taiwan, S. 43; Siehe dazu Weißbuch über Gesundheit vom Jahr 1993, Tabelle 4-6-1, S. 174.

** : Hierbei wird für alle von der Regierung oder den Ministerien erlassenen Gesetze die Bezeichnung „Verordnung“ verwendet. Bei manchen Rechtswissenschaftlern wird anstatt der Bezeichnung „Verordnung“ die Bezeichnung „Rechtsverordnung“, wie in Kuo, Ming-Chengs Aufsatz über Grundprobleme der Volkskrankenversicherung in Taiwan (1998), verwendet. Dabei beziehen sich beide Begriffe auf die gleichen gesetzlichen Umstände.

*** : MfP: Ministerium für Prüfung (Prüfungsyuan in Taiwan) dieser zwei Arten der Sektorstruktur die Besonderheiten des taiwanesischen

Gesundheitssektors erläutert. Auf der Ebene der Leistungsstruktur fand im Verlauf des Inklusionsprozesses, im Sinne der schrittweisen Einbeziehung der Bevölkerungsgruppen in die Krankenversicherungsnetze auf dem Gesundheitssektor Taiwans, zuerst eine Spezialisierung bzw. Differenzierung der Professionen und vor allem eine Monopolisierung der Gesundheitsversorgung durch die Ärzte statt, was auf die Entwicklung der Leistungserbringung und damit auf die Gesundheitsausgaben einen gravierenden Einfluß hatte (siehe dazu Tabelle 5-1). Die dominante Position der Ärzte läßt sich daran erkennen, daß 1986 die Verhältniszahl der Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner auf Taiwan mit 0,768 viel niedriger war als die in anderen Ländern. Z. B. belief sich 1985 die Verhältniszahl der Pflegekräfte pro 1.000 Einwohner in den Niederlanden, in der Bundesrepublik Deutschland und in Großbritannien jeweils auf 5,35, 5,05 und 7,33.

Hiermit soll nur darauf aufmerksam gemacht werden, daß die Spezialisierung und die Monopolisierung ärztlicher Behandlung einerseits durch die Umsetzung der Krankenversicherung herbeigeführt und andererseits durch die Dominanz der modernen westlichen Medizin ausgelöst wurde. Die Besonderheiten der Spezialisierung und Monopolisierung der Ärzte werden in Abschnitt 6.1.2 vorgestellt.

Im Zuge der Differenzierung und Spezialisierung im Bereich der Professionen, vor allem der Ärzte, fand im Bereich des Gesundheitswesens offensichtlich eine *Vermarktung* statt (vgl. Lin, C-H 1996: 48 f.). Diese Vermarktung lag sowohl im Bereich der ambulanten Versorgung als auch im Bereich der Krankenhäuser vor. Der Markt der Gesundheitsgüter auf Taiwan ist durch einen freien Wettbewerb gekennzeichnet, der vor allem den Krankenhaussektor prägte. Im Zuge der Intensivierung der Konkurrenz bewirkte der Plan zur Errichtung der sogenannten „medizinischen Netzwerke“ vor allem die *Vergrößerung der Krankenhäuser,*[220] insbesondere der Medizinzentren (siehe dazu Tabelle 5-3). Es gab 1995 durchschnittlich in jedem Medizinzentrum 1384 Krankenbetten.

Hinsichtlich der institutionellen Regelungsstruktur der taiwanesischen Gesundheitsversorgung vor der Reform ist zuerst aufzuzeigen, daß die Finanzierung vornehmlich durch zweierlei Arten erfolgte: mittels Versicherungsbeiträgen und Kostenübernahme durch die Patienten. Es gab in jener Zeit neben den privat Versicherten nur zwei öffentliche Versicherungsträger, die Arbeitversicherungseinrichtung (künftig AVE) und die Zentralkrediteinrichtung (künftig ZKE). Die gesetzlichen Versicherungsgeschäfte, die Ausbildung, die Qualifizierung und die ärztlichen Organisationen waren zentral geregelt bzw. verwaltet worden. Es fand im taiwanesischen Gesundheitswesen im Gegensatz zum deutschen keine Selbstverwaltung statt. Die Preise für die erbrachten Leistungen im Falle der gesetzlich Versicherten wurden meistens durch Verhandlungen zwischen Versicherungen und den Vertretern der Leistungsanbieter, wie Ärzte, festgesetzt.

Tabelle 5-1: Kennziffern zur professionellen Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Taiwan (von 1900 - Ende 1994)

	1900	1920	1940	1960	1970	1980	1986	1990	1993	1994
Ärzte		1492	2534	6499	7322	13338		22293	26191	27288
Davon										
MM*	223	763	2401	4811	5937	11748	15767	19921	23491	24455
CM**	1903	732	133	1688	1385	1590	2057	2372	2701	2833
Zahnärzte	0	60	466	815	856	1909	3739	5449	6540	6973
Apotheker	30	79	300	964	2244	6775	8506	9879	11521	11025
Pfleger	-	-	350	1484	3194	11659	26015	38357	50296	53734
Kranken-Schwester							20823	25649	30392	30464
Kranken-Pfleger	35	407					5192	12708	19904	23270
Hebamme			2045	2024	2180	2904	2456	1891	1012	905

Quelle: (a) 1900-1993 aus Lin, Chih-Hon Dissertation (1996), Tabelle B 6 von Seite 53, Die Daten für 1994 aus „General Health Statistics 1995 Republic of China“, September 1995 von ZfG, Tabelle 2-4, S. 9.

* : MM ist Abkürzung von moderne Mediziner

** : CM ist Abkürzung von chinesische Mediziner

220 Siehe dazu Chen, D-R 1989: 110; 49.

Mit dieser Entwicklung verbunden war in erster Linie die Vergrößerung der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser und vor allem der Unikliniken. Die Folge der Vergrößerung der Krankenhäuser bzw. der Unikliniken und deren ambulanter Abteilungen war der Zustrom der Ärzte, sowohl allgemeine Ärzte als auch Fachärzte, zu den Krankenhäusern. Da die größeren Krankenhäuser, wie die Unikliniken, in den Metropolen lagen, wurde eine regionale Konzentration und damit verbunden eine ungleiche Verteilung der Ärzte herbeigeführt. Aus der Tabelle 5-2 läßt sich entnehmen, daß sich in den Stadtstaaten und in den kreisfreien Städten die meisten Ärzte befanden, und daß dagegen nur wenige Ärzte bereit waren, in den kleinen Gemeinden und den ländlichen Gebieten ihren Beruf auszuüben. Daraus ist eine regionale Konzentration der Ärzte ersichtlich.

Tabelle 5-2: Anzahl der Ärzte pro 10.000 Einwohner in verschiedenen Gebieten zwischen 1984 und 1991 in Taiwan

	Stadtstaaten (Taipei, Gaoxiong)*	Kreisfreie Stadt	Kreis	Gemeinde	Dorf-Hsian	Durchschnitt
1984	13,9	9,6	7,6	5,0	2,8	6,8
1991	18,0	15,6	10,4	7,3	4,7	10,3
Zuwachsrate (%)	29,5	62,5	36,8	46, 0	67,9	51,5

Quelle: Lin, C-H 1996: 53.

Was die Art der Leistungserbringung betrifft, erwiesen sich die folgenden Mechanismen auf das Leistungsgeschehen als besonders einflußreich. Bis zur 95er Reform herrschte auf Taiwan eine freie Arztwahl; aber es gab kein System, das mit Überweisungen arbeitete, so daß das Phänomen der Doppelbehandlung häufig vorkam. Außerdem gab es auch keine Kosten-Selbstbeteiligung für die gesetzlich Versicherten (siehe dazu Abbildung 5-4).

Tabelle 5-3: Leistungseinrichtungen des taiwanesischen Gesundheitssektors*

Jahr Erbringer	1986	1989	1991	1994	1995
Medizinische Einrichtungen	12.037	12.267	13.661	15.752	16.109
Krankenhäuser	835	865	821	828	787
Westliche Krankenhäuser	774	787	729	719	688
Öffentliche	85	93	93	97	94
Private	689	694	636	622	594
Chinesische Krankenhäuser	61	78	92	109	99
Öffentliche	-	1	1	1	1
Private	61	77	91	108	98
Ärztliche Praxen	11.202	11.402	12.840	14.924	15.322
Moderne Mediziner[221]	6.911	6.910	7.538	8.511	8.683
Chinesische Mediziner	1.796	1.654	1.689	1.876	1.933
Moderne Zahnärzte	2.495	2.838	3.613	4.537	4.706
Medizinzentren					
Anzahl	-	8	13	13	14
Betten	-	-	15.451	16.590	19375
Regionale Krankenhäuser					
Anzahl	-	37	44	45	44
Betten	-	-	18.041	21.662	22.342
Distrikte Krankenhäuser					
Anzahl	-	77	494	509	505
Betten	-	-	38.024	41.775	44.750
Ausbildungskrankenhäuser					
Anzahl	-	-	46	57	63
Betten	-	-	9.661	13.165	15.860
Ausbildungskrankenhäuser für Fachärzte					
Anzahl	-	-	10	10	10
Betten	-	-	2.952	3.367	3.659
Psychiatrie					
Anzahl	-	-	27	29	23
Betten	-	-	9.954	7.793	5.246
Öffentliche primäre Gesundheitseinrichtungen					
Gesundheitszentren	372	372	369	369	369
Ärztliche Gruppenpraxen	45	102	152	174	174
Gesundheitsstationen	496	522	522	510	504

* : Ab 1993 sind die Daten von Jing-Men und Ma-Zu in Tabelle 5-3 auch enthalten.

Quelle: ZfG (1996): General Health Statistics 1996 , S. 7.

---

[221] Über moderne Ärzte (Mediziner) siehe dazu Abschnitt 6.1.2 (1), a).

Aus dem Ausgeführten ist ersichtlich, daß zum einen die taiwanesische Leistungsstruktur des Gesundheitssystems durch verschiedene Merkmale gekennzeichnet ist: Differenzierung bzw. Spezialisierung der medizinischen Berufe, die Vermarktung, die Ausweitung bzw. die Vergrößerung des Krankenhaussektors und die regionale Konzentration der medizinischen Ressourcen; und daß zum anderen die Regelungsstruktur ihrerseits auch einige Merkmale aufwies: die hoch zentralisierte Verwaltungsweise, die regelungsfreie Leistungserbringung und die mengenabhängige Einkommenshöhe der Ärzte.

Abbildung 5-4: Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Taiwan vor 1995

Bereiche *Dimensionen*	Gesundheitsversorgung im Rahmen der Krankenversicherung	Gesundheitsversorgung Außerhalb der Krankenversicherung
Leistungsumfang*	AV, BV, VPB und VLPL – Mutterschaft, Krankheit, Verletzung, Invalidität, Renten KFB, KPB, KEB, KPLAS und KEPLA – Krankheit, Verletzung GVL – Mutterschaft, medizinische Leistungen; Invalidität, Tod GVVL – Mutterschaft, Medizinische Leistungen, Tod KPLA und GSE – Krankheit, Verletzung	Ohne Regelungen
Finanzierungsweise	Dritte Parteien mittels Versicherungsbeiträgen	Selbstzahlung durch die Patienten
Versicherungsträger	Öffentliche Träger	Private Versicherer, falls die Patienten sich Privat versichern
Verwaltensweise	Hierarchische zentralistische Verwaltung in bezug auf die Ausbildung, die Qualifizierung (Approbationsrecht), die berufliche Organisation (wie die Ärztekammer auf Verschiedenen Ebenen) und die Durchführung der sozialen Krankenversicherung	Approbationsrecht durch die ZfG; Ärztekammer als verbandliche Regelungsinstanz auf der regionalen Ebene
Preisbildung	Verhandlungen zwischen Versicherern und Vertretern der Leistungsanbieter	Bestimmung durch die Behandelnden Ärzte
Leistungserbringung - Arztwahl - Überweisungs-system - Selbstbeteiligung - Vergütung der ärzt-lichen Leistung	 Freie Arztwahl Keine Keine Selbstbeteiligung Einzelleistungshonorierung	 Freie Arztwahl Keine ***** Selbstzahlung der Patienten

Eigene Darstellung

* : Aus Lin, Chih-hon 1996, S. 43, Abbildung B1: Rechtsgrundlage, Leistungskatalog und Zugang zur Krankenversorgung in Taiwan.

5.1.4 Strukturdefizite der Gesundheitsversorgung Taiwans vor der 95er Gesundheitsreform

Anhand der in Abschnitt 2.1.1 des zweiten Kapitels aufgezählten vier normativen Kriterien – gleiche Zugangsmöglichkeit, Wirksamkeit (Qualität), Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung und politische Gerechtigkeit - wurden im Laufe der Systembildung vor der 95er Reform in taiwanesischen Krankenversicherungen nicht nur alte Probleme verschärft, sondern es entstanden auch neue Probleme. Diese Probleme weisen negative Konsequenzen in Gestalt von *Strukturdefiziten* auf. Abgesehen von den Strukturproblemen in der Verwaltungsorganisation und bei den Versicherungsträgern,[222] auf die in der vorliegenden Untersuchung nicht eingegangen wird, lassen sich diese Strukturdefizite konsequent in drei Problembereiche unterscheiden: das Zugangsproblem, das Problem der Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung und der Rückgang der primärärztlichen Versorgung.

(1) Zugangsproblem

Nicht verwirklicht wurde das Ziel der gleichen Zugangschance bzw. Gleichbehandlung der Bevölkerung, also das Gerechtigkeitsprinzip. Bis Ende 1994 wurden nur gut 58% der Gesamtbevölkerung gegen Krankheitsrisiken durch Versicherungen abgesichert. Außerdem lagen eine regionale Ungleichheit der medizinischen Ressourcenverteilung und eine Konzentration der Ressourcen in städtischen Gebieten vor. Besonders die Einwohner in abgelegenen und bergigen Gebieten waren von der Unterversorgung betroffen. [223] Die Konzentration der Ressourcen war teilweise auf die Vermarktung der Gesundheitsgüter zurückzuführen (vgl. Lin 1996: 49).

(2) Das Problem der Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung

Die Ausgaben im Rahmen der Sozialversicherungen stiegen ständig an. Dies läßt sich auf zwei wesentliche Ursachen zurückführen: die Ausdehnung des Leistungsumfangs im Laufe der Zeit und die zunehmende Eingliederung weiterer Bevölkerungsgruppen in

---

222 Siehe dazu Lin, C.-H. 1996: 92 ff.

223 Die Ureinwohner der Insel Taiwan wurden von den Han Chinesen, die vor dreihundert Jahren nach Taiwan gekommen waren, in bergige Gebiete vertrieben und somit verschlechterte sich ihre Existenzbasis.

die sozialen Versicherungsprogramme. was zu Finanzdefiziten führte, also zu einem Finanzierungs- bzw. Wirtschaftlichkeitsproblem.

(3) Der Rückgang der primärärztlichen Versorgung

Das Rückgang der primärärztlichen Versorgung läßt sich im wesentlichen auf die Vergütungssätze der Ärzte zurückführen. Während die Vergütungshöhe für die niedergelassenen ambulanten Ärzte durch Verhandlungen zwischen den zuständigen ZfG und den Vertretern der Versicherten, wie der AVE, zentral bestimmt wurden, wurden die Vergütungssätze für die ambulanten Leistungen in Krankenhäusern von den ZfG und den Krankenhäusern direkt ausgehandelt. Diese waren i.d.R viel höher als die für die niedergelassenen Ärzte (vgl. Lin, G.-M. 1996: 15; Li, Zh.-L./Wu, K.-X. 1994: 132). Dadurch bestand ein ökonomischer Anreiz, die ambulante Abteilung der Krankenhäuser zu vergrößern und somit Erträge zu beziehen. Die Konsequenz war ein Zustrom der Ärzte in die Krankenhäuser. So stieg die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte von 5909 im Jahr 1982 auf 13887 im Jahr 1992.[224] Aus diesem Grund war die primärärztliche Versorgung erheblich reduziert.

Tabelle 5-4: Wachstum der Anzahl der krankenhäuslichen und niedergelassenen Ärzte von 1982 bis 1992

Jahr	Anzahl der tätigen Ärzte	Anzahl der Ärzte in Krankenhäusern	(%)	Anzahl der niedergelassenen Ärzte	(%)	Verhältnis der niedergelassenen Ärzte zur Bevölkerung
1982	13.00 9	5.905	**45,4**	7.104	**4,6**	2.598
1992	22.344	13.887	**62,2**	8.457	**7,8**	2.454
Zunahme der Ärzte	9.335	7.982	**85,5**	1.353	**14,5**	

Quelle: Yeh, Jing-Chuan (1993): Das Gesundheitsversorgungssystem in Taiwan, in: Yang, Zhi-Liang (Hrsg.), Gesundheitsversicherung, Tabelle 5-5, Taipei: Ju-Liu, S. 127.

5.2 Gestaltungsprinzipien und Regelungsstruktur (institutionelle Arrangements) der NHI

Das wesentliche Merkmal der Gesundheitsversorgung auf Taiwan lag vor Gesundheitsreform ab März 1995 in der kostentreibenden und qualitätssenkenden Verhaltensweise der Betroffenen, besonders der Ärzte und der Patienten. Diese Verhaltensweisen entzog sich bis jener Zeit der staatlichen Regelungen, was die bestehenden Probleme noch verschärfte. Außerdem war damals ungefähr der Hälfte der Bevölkerung kein freie medizinischen Versorgung zugänglich. Die kostentreibende Inanspruchnahme von Patienten und die von Ärzten induzierte Leistungserbringung lösten zusammen mit der Defizite von Finanzeinnahme eine Finanzkrise im Bereich der Krankenversicherung aus. Aus diesen Gründen entschloß sich die Regierung Mitte der 80er Jahre, eine Gesundheitsreform einzuführen, um die oben dargestellten Steuerungsdefizite zu bekämpfen. Damit setzt sich die Systembildung im Gesundheitssektor seit 1985 bis in die Gegenwart fort, die mittels der Einführung der (NHI) gemäß GüNHI von 1994 weiter vorangetrieben werden sollte. Die gegenwärtige NHI macht es sich zum Ziel, eine einheitliche Zugangschance für alle zu gewährleisten, eine finanzierbare Gesundheitsversorgung zu gestalten und schließlich die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Sie beruht auf einigen wesentlichen Grundprinzipien[225] bzw. Strategien[226], die außer der Ermöglichung einer Rahmensetzung zugleich zur Beeinflußung der Präferenzen bzw. der Handlungsoptionen der Akteure und damit ihrer Verhaltensweise dienen sollen. In diesem Zusammenhang sind besonders die Verhaltensweisen der Ärzte und der Patienten zu berücksichtigen, da diese auf die Kostenentwicklung und Qualitätssicherung einen unmittelbaren Einfluß haben. Diese Grundprinzipien wurden zwar nicht rechtlich niedergeschrieben; sie erwiesen sich aber mehr oder weniger als strukturbildend.

---

224 Siehe dazu Tabelle 5-4.

225 Grundprinzipien gelten als Leitlinien zur Gesetzgebung für Gesetzgeber und können der unter verfassungsrechtlichen Ebene zugeordnet werden, wie im Falle der Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland; siehe dazu Schulin 1994: 177-248. Die Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland beruht auf fünf Grundprinzipien. Sie sind das Versicherungsprinzip, die Versicherungspflicht, das Sachleistungsprinzip, das Solidaritätsprinzip (hinsichtlich der Finanzierung) und das Selbstverwaltungsprinzip.

226 Zur Einführung des Sozialgesetzbuchs (21., vollständig überarbeitete Auflage 1. Januar 1995) bezeichnet Bertram Schulin solche Prinzipien wie „Versicherungspflicht, Sachleitungsgrundsatz, Selbstverwaltung usw.“ als Systemstrukturen. Siehe dazu in demselben Buch, Einführung, S. XIV.

Im vorliegenden Abschnitt (Abschnitt 5.2) werden die einzelnen Gestaltungsprinzipien und die auf ihnen beruhenden Steuerungsinstrumente erläutert, sowohl in bezug auf die Gesundheitsversorgung im allgemeinen als auch hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung im besonderen (Abschnitt 5.2.1 und Abschnitt 5.2.2). Anschließend daran werden in Abschnitt 5.3 die Einwirkungen dieser institutionellen Umgestaltung auf die Organisation der Versorgung und die Interaktionen verschiedener Leistungsanbieter verdeutlicht.

5.2.1 Gestaltungsprinzipien der NHI

Als neu industrialisiertes Land mußte sich Taiwan mit ähnlichen Folgeproblemen der Industrialisierung auseinandersetzen. Ein immer größer werdender Bevölkerungsanteil war dem Lebensrisiko wie der Krankheit ausgesetzt; diese Tatsache und die Alterung der demographischen Struktur nötigten den Staat, in den Bereich des Gesundheitswesens einzugreifen. Die in westlichen Ländern verfolgten Gestaltungsprinzipien, vor allem die der Bundesrepublik Deutschland, sollten als Orientierungshilfe zur Gestaltung des eigenen Gesundheitssystems übernommen werden. Eine Frage ist nun, inwieweit solche Grundprinzipien der gedanklich-kulturellen Vorstellung der taiwanesischen Einwohner nicht widersprechen werden und somit konkretisiert werden können.

5.2.1.1 Prinzip der Versicherungspflicht und der gleichen Zugangschance

Es gibt im Rahmen der NHI das Prinzip der *Versicherungspflicht* bzw. *Zwangsversicherung* (Artikel 11 des GüNHI)[227]. Unter dem Begriff „Versicherungspflicht" ist im allgemeinen zu verstehen, daß alle Bürger sich versichern lassen sollen. Das Hauptziel dieses Prinzips ist, allen Bürgern einen gleichen freien

[227] Vor der Verabschiedung des „GüNHI" wurden heftige Diskussionen um die Einbeziehung des Zwangsprinzips ins Gesetz geführt, obwohl die Sondereinheit für den Plan der NHI (siehe dazu Kapitel 6) das Zwangsprinzip offenkundig als wesentliches Prinzip vorgeschlagen hatte. Obwohl im Juli 1994 die Abgeordneten des Parlaments zuerst einstimmig gegen die Einbeziehung des Zwangsprinzips stimmten, bekam das Zwangsprinzip Ende 1994 dennoch die Zustimmung der Mehrheit der Abgeordneten und wurde somit gesetzlich festgeschrieben.

Zugang zu medizinischen, sowie gesundheitlichen Leistungen zu gewährleisten, also vollständige Inklusion der Bürger in die Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus kann mit der Bestimmung der Zwangsversicherung das Ziel des Solidarausgleichs gefördert werden.

Im Gegensatz zu früheren Sozialversicherungen, die gruppen- bzw. berufsspezifisch gegliedert waren, besteht seit März 1995 in Taiwan nur eine Einheitskrankenversicherung, bei der alle Bürger gesetzlich versichert sein sollten. Besonders betroffen von dieser NHI sind benachteiligte Gruppen in der Gesellschaft, wie die Alten, die Kinder, die Frauen und die nicht berufstätigen Bevölkerungsgruppen. Bisher sind nach Einführung der NHI seit März 1995 über 96% der Bevölkerung gegen Krankheiten versichert.

Bei der Gestaltung der Versicherung wurden sechs Bevölkerungsgruppen unterschieden, die jeweils eine unterschiedliche finanzielle Belastung hinsichtlich der Beitragssätze tragen sollten. Die gegenwärtige finanzielle Belastung für die einzelnen Gruppen wird in Tabelle 5-5 wiedergegeben. Aus dieser Tabelle läßt sich entnehmen, daß zur Absicherung der einkommensschwachen bzw. benachteiligten Gruppen (einschließlich Gruppe Einkommensschwacher, Veteranen und ihre Familienangehörigen usw.) staatliche Zuschüsse zugeteilt werden. Darüber hinaus tragen die staatlichen Akteure einen erheblichen Teil der Finanzbelastung für die öffentlich angestellten Bevölkerungsgruppen, wie Beamte und Lehrkräfte. Nach der gesetzlichen Regelung sind zur Sicherung der Zugangschance für solche Bevölkerungsgruppen staatliche Zuschüsse vorgesehen.

5.2.1.2 Versicherungsprinzip und Kostendeckungsprinzip

Des weiteren gilt *das Versicherungsprinzip*, nach dem die anfallenden Gesundheitsleistungen durch Versicherungsbeiträge finanziert werden. Die Zuschüsse des Staates sollen so stark wie möglich reduziert werden. Hinsichtlich der Finanzierung soll zugleich das Prinzip der *Selbstkostendeckung* eingehalten werden. So sollen in Zukunft die gesamten Gesundheitsausgaben durch die von Versicherten abgeführten Beiträge finanziert werden. Das heißt, die Beitragssätze dürfen geändert werden, falls es zum Ausgleich der Gesundheitsausgaben und der Beitragseinnahmen erforderlich erscheint.

Dadurch wird das Ziel der finanziellen Selbstdeckung der Sozialpartner angestrebt, was vermutlich zusätzlich die Selbstverantwortung der Beteiligten im Sinne von Kostenbewußtsein verstärken wird. Die real aufgekommenden Versicherungsbeiträge werden aber nicht ganz von den Versicherten aufgebracht, sondern der Staat und die regionalen Regierungen übernehmen für bestimmte Versichertenkreise einen Teil der Versicherungsbeiträge (siehe Tabelle 5-5 und Anhangstabelle 3). Außerdem ist im GüNHI vorgesehen, daß die in den ersten zwei Jahren nach der Anfangsphase der Einführung der NHI verursachten Defizite mittels staatlicher Zuschüsse gedeckt werden sollen (Art. 19 Abs. 2 des GüNHI). So übernahm Ende 1995 die Regierung ungefähr 30% der Versicherungsbeiträge.

Der Beitrag der NHI ist *einkommensbezogen*. Die Beitragsgrenze ist seit der Einführung der NHI bis heute auf 6% des gesamten Einkommens festgelegt.[228] Der gegenwärtige reale Beitragssatz der NHI beträgt 4,75% des Einkommens. Die Familienangehörigen sind i.d.R. zwar mitversichert, allerdings müssen die Versicherungspflichtigen für ihre Angehörigen gesonderte Beiträge zahlen. Die Zahl der Familienangehörigen, deren Versicherungsberechtigung beitragsbedürftig sind, beläuft sich auf drei.[229] Früher waren es fünf.[230]

228 Artikel 19 des GüNHI vom 1994.
229 Siehe das abgeänderte GüNHI vom 15. Juli, 1999
230 Artikel 20 des GüNHI vom 1994.

Tabelle 5-5: Beitragsbelastung für einzelne Akteure im Rahmen der NHI in Taiwan

Beitragszahler Versicherungsgruppen	Regierung	Arbeitgeber	Versicherten
1.Gruppen . Angestellte in öffentlichen und privaten Unternehmen . Beamte und Lehrkräfte in öffentlichen Lehranstalten . Lehrkräfte in privaten Lehranstalten .Arbeitgeber und Selbständige	 10 30	 60 60 30	 30 40 40 100
2.Gruppe: Gewerkschaftliche Arbeitnehmer und Angestellte Seeleute	40		60
3. Gruppe: Landwirte und Fischer	70		30
4. Gruppe: Familienangehörige Von Soldaten		60	40
5. Gruppe: Einkommensschwache	100		
6. Gruppe: . Veteranen . Familienangehörige von Veteranen . Distrikte Bevölkerungsgruppen	 100 70 40		 30 60

* : Siehe dazu Anhangstabelle 3
Quelle: ZfG (1999): Annual Report on the Public Health of Republic of China, S. 20, Tabelle 2-1.

5.2.1.3 Selbstbeteiligungs- und Budgetierungsprinzip, Überweisungsvorschrift und Kostenkontrolle

Wie oben in Abschnitt 5.2.3 angedeutet, unterlag die Krankenversicherung im Laufe der Zeit gravierenden Finanzdefiziten. Dies zwang den Staat, Gesundheitsreformen durchzuführen. Wesentliche Gründe für die rasche Kostensteigerung lagen in der Verhaltensweise sowohl der ambulanten Ärzte als auch der Patienten. So wurde von Staatsseite versucht, durch neue Steuerungs- bzw. Koordinationsinstrumente, die Verhaltensweise der Ärzte und Patienten in eine kostenbewußtere Richtung zu lenken.

Um das Kostenbewußtsein der Versicherten zu stärken, sollte die *Selbstbeteiligung* (Selbstbeteiligungsprinzip) (Artikel 33, 34 und 35 des GüNHI) umgesetzt werden.

Dieses Gestaltungsprinzip fand damals auch in der Öffentlichkeit und infolge der politischen Diskussion Zustimmung. Vor allem die Politiker und die an dem Gesetzentwurf beteiligten Experten und Wissenschaftler waren für die Umsetzung der Selbstbeteiligung, da die Annahme bestand, daß sie als ein ökonomischer Anreiz die Inanspruchnahme der Leistungen seitens der Patienten reduzieren kann.[231] In Artikel 33 des GüNHI sind Bestimmungen über die Prozentsätze der Selbstbeteiligung der Patienten vorgeschrieben. Gemäß diesem Artikel soll der Versicherte für die ambulante Leistung 20% der Kosten als Selbstbeteiligung bezahlen; bei Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen im Notfall sind ebenfalls 20% der Kosten selbst zu finanzieren. Nimmt der Versicherte die ambulante Leistung in einem lokalen Krankenhaus ohne eine Überweisungszuweisung durch die ambulanten Ärzte in Anspruch, hat der Versicherte 30% der Kosten selbst zu übernehmen.

Mit der Selbstbeteiligung ist das Ziel verbunden, ein *Überweisungssystem* aufzubauen (Art. 33 Abs. 1 des GüNHI). I.d.R. werden in der gesamten taiwanesischen Gesundheitsversorgung vier Versorgungsstufen unterschieden. Für jede Versorgungsstufe wird von den Patienten bei der Konsultation ein Betrag als Anmeldegebühr verbindlich verlangt. Ziel dabei ist es, die Patienten durch dieses unverbindliche Überweisungssystem in die primäre Versorgungsstufe einzubinden. Dieses Überweisungssystem scheiterte jedoch an der erfolglosen Selbstbeteiligungsregelung.

Ferner ist das *Budgetierungsprinzip* umzusetzen, um die Ausgaben der gesamten Gesundheitsleistungen zu begrenzen. Hierzu ist eine gesetzliche Einbindung in das GüNHI bezüglich dieses Gestaltungsprinzips[232] erforderlich. So ist im Artikel 47 des GüNHI vorgesehen, in Zukunft eine Budgetierung für Gesundheitsausgaben einzuführen. Gemäß Absatz 2 des Artikels 49 des GüNHI sollten die Budgets regional jeweils für ambulante und stationäre Versorgungen verteilt werden. Bei der ambulanten Versorgung soll das Budget weiter in drei Teilbudgets aufgeteilt werden: die ärztlichen

[231] Siehe dazu Central Daily News, 12. 03. 1993.

[232] Als Kostendämpfungsmechanismus ist in den Artikeln 47, 48, 49 und 50 des GüNHI vorgesehen, eine Budgetierung sowohl für die ärztliche als auch für die zahnärztliche Versorgung einzuführen.

Leistungen, die Leistungen von pharmazeutischen Professionen und die Ausgaben für Arzneimittel. Unter den ärztlichen Leistungen werden wiederum drei Leistungsarten unterschieden, und zwar: moderne medizinische, chinesische medizinische und zahnärztliche Leistungen. Die erste Budgetierungsmaßnahme ist für die zahnärztlichen Leistungen vorgesehen.

5.2.1.4 Das Prinzip von gleicher Vergütung für gleiche Behandlung und Preisbildung durch Verhandlung

(1) Allgemeine Regelung

Wie in den früheren sozialen Versicherungsprogrammen, ist im GüNHI vorgeschrieben (Artikel 48. 49 und 51), die Preise für die erbrachten Leistungen durch Verhandlungen innerhalb der Verhandlungskommission für Gesundheitsausgaben (künftig VKfG), an der die Anbietervertreter, die Experten und die Repräsentanten der Regierung beteiligt sind, festzulegen. Während vor der Gesundheitsreform die gleichartigen Leistungen von verschiedenen Anbietern unterschiedlich vergütet wurden, ist für die Vergütung von im Rahmen der NHI erbrachten Leistungen das Prinzip einzuhalten, daß *gleiche medizinische Behandlungen gleich vergütet werden* sollen (gemäß Artikel 51 Abs. 2 des GüNHI)[233]. Den einzelnen Behandlungen werden bestimmte Punktwerte zugeordnet, nach denen die tatsächlichen Vergütungssätze abgerechnet werden.

Die Preise für medizinische Leistungen werden durch die *Verhandlungen* zwischen den Vertretern der Leistungserbringer, der Beitragszahler, den Experten und den Delegierten der Regierung bei der VKfG gebildet. Die Gesamtausgaben im Rahmen der NHI unterliegt gemäß dem GüNHI einer Budgetgrenze. In den Artikel 47, 48 und 49 ist ferner vorgesehen, nach Einführung der NHI ein Budget einzuführen,[234] das eventuell Konsequenzen auf die Preisbildung haben wird.[235]

---

[233] Der Absatz 2 des Artikels 52 des GüNHI sieht vor, daß die Vergütung für die erbrachten Leistungen auf dem Standard der Klassifikation von Krankheiten beruhen soll.

[234] Artikel 47 des GüNHI schreibt vor, daß die zuständige Behörde das jährliche Budget für Gesundheitsausgaben sechs Monate vor Beginn des neuen Jahres festlegen und sie der Exekutivyuan vorlegen sollte.

[235] Diesem kann hier nicht näher nachgegangen werden, da noch keine Statistiken darüber vorliegen.

Die Budgetierung wurde zuerst für die zahnärztlichen Leistungen im Juli 1998 eingeführt. Die vereinbarte Wachstumsrate des Budget betrug 8%. Bis Ende 1998 belief sich die Wachstumsrate auf 11,18%. Folglich mußte der Punktwert um 0,97 NT$ gesenkt werden. Die Höhe der Punktwerte gleicher Leistungen richten sich nach der Bevölkerungszahl und der Altersstruktur eines Gebietes.[236] Die Vergütungssätze für die zahnärztlichen Leistungen werden noch heute von den Zahnärzten als autonome Profession selbst bestimmt.[237] Die Umsetzung des Budgets für chinesische Mediziner ist zum Juli 2000 vorgesehen.[238] Die ZeNHI räumt den chinesischen Medizinern jährlich 15 Milliarden NT$ als Budget ein.[239] Bisher wurden die ärztlichen Leistungen nach Einzelleistungshonorierung abgerechnet. Ab dem ersten Juli 2000 wurde für einige Leistungen die Kopfpauschalenhonorierung eingeführt.[240] Es läßt sich aus dem oben Ausgeführten schließen, daß auf Taiwan eine kombinierte Vergütungsweise von Pauschalhonorierung und Einzelleistungshonorierung teilweise umgesetzt worden ist. Die Preisbildung für die ärztliche Leistungen wurde vielfältiger.

(2) Preisbildungsmechanismen für ambulante ärztliche Leistungen

In den 1960er Jahren wurden die Preise für die ambulanten ärztlichen Leistungen anhand der Einführung der Arbeiter- und der Beamtenversicherung durch die, durch den Staat geleiteten Verhandlungen zwischen den Vertretern der Versicherten und der ZfG festgestellt. Die ambulanten Ärzte hatten in bezug auf die Leistungen für die gesetzlich Krankenversicherten geringe Einflußchancen auf die Preise. Dies galt jedoch nicht für die nicht gesetzlich Versicherten. Ungefähr 42% der Bevölkerung blieben der freien Festsetzung der Preise durch die Ärzte ausgesetzt. Für diese Bevölkerungsgruppe wurden die Preise in den meisten Fällen durch den Marktmechanismus bestimmt (siehe dazu Abbildung 5-4 dieser Arbeit).

Erst seit Einführung der NHI wurden und werden die Preise für die medizinischen Leistungen ausschließlich durch Verhandlungen zwischen Vertretern von Leistungsanbietern, Vertretern der Beitragszahler der Versicherung, Experten und

236 Siehe ZfG 1999: 28.
237 Siehe ZfG 1999: 28.
238 Zhang, C-W 2000: China Times, 08. 05. 2000.
239 Zhang, C-W 2000: China Times, 08. 05. 2000.
240 Die Leistungen für die Patienten, die Atmengeräte brauchen, die pilliative Leistungen, Leistungen für Geisteskranke, Tuberkulose usw. werden künftig nach Kopfpauschale honoriert.

Delegierten zuständiger Behörden innerhalb der VKfG abgestimmt.[241] Im Grunde genommen brachte die NHI eine Sozialisierung der Preisbildung mit sich, die durch eine etatistische Verhandlung zustande gekommen war, wie in Abschnitt 5.5.3 erläutert wird. Zugleich stellt die NHI die ambulanten Ärzte weitgehend unter die Kontrolle der staatlichen Behörden.

5.2.2 Institutionelle Arrangements zur Koordination der Akteurshandlungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung

(1) Koordinationsmechanismen zur Leistungserbringung

a). Niederlassungsvorschrift

In bezug auf die Menge der Leistungserbringung gab es bis zum Erlaß des Gesetzes über Medizinische Behandlung (künftig GMB) von 1986 keine Niederlassungsregelung auf Taiwan. Die ambulanten Ärzte konnten sich freiwillig niederlassen. Deswegen entschlossen sich die meisten Ärzte, sich in den größeren Städten, vor allem in den Metropolen, niederzulassen. Erst durch das GMB wurden die Ärzte aufgefordert, eine zweijährige Ausbildung in einer medizinischen Einrichtung, entweder einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis, aufzunehmen (Artikel 15 des GMB), falls sie sich niederlassen möchten. Mit dem Erlaß des GMB versuchte die taiwanesische Regierung eine gleichmäßige regionale Verteilung der medizinischen Ressourcen und eine Staffelung der medizinischen Versorgung zu ermöglichen.[242] Daher ist in demselben Gesetz festgelegt worden, die Niederlassung der medizinischen Einrichtung in den überversorgten Regionen einzuschränken.[243] Die Niederlassung der ambulanten Ärzte ist nur dort zulässig, wo ambulante Ärzte noch nicht ausreichend vorhanden sind.

b). Freie Arztwahl und Willkür der Patientenaufnahme durch die Ärzte

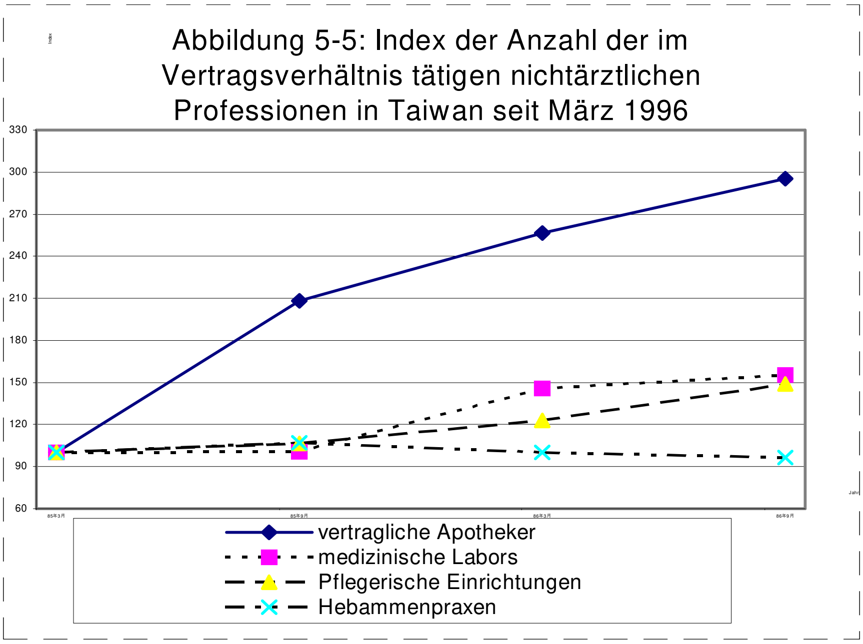
[241] Artikel 48 des GüNHI
[242] Siehe Artikel 63 des GMB.
[243] Siehe Artikel 65 des GMB.

Im Gegensatz zum Hausarztsystem in England und in den Niederlanden ist die ambulante ärztliche Versorgung auf Taiwan sehr geringen Regelungen unterworfen. Es vollzog sich sogar während des Zeitraums von 1945 bis 1980 eine Deregulierung. Der Gesundheitssektor vermarktete sich besonders während der 70er und 80er Jahre. Dies bedeutet, daß auf dem Gesundheitsmarkt der Patient die Ärzte frei wählen konnte. Allerdings übernahmen die Versicherungen nur die Kosten, die durch die Behandlung der Vertragsärzte entstanden sind. Umgekehrt konnten die Ärzte, mit Ausnahme der gesetzlich Versicherten, willkürlich entscheiden, ob sie die Patienten aufnehmen und behandeln oder nicht. Vor Einführung der NHI zählte im wesentlichen die Hälfte der Bevölkerung zu den nichtgesetzlich Versicherten, während seit Bestehen der NHI inzwischen um die 95% der Bevölkerung gesetzlich versichert ist. Hier vollzog sich für die ambulanten Ärzte also eine wesentliche Veränderung im Hinblick auf die Auswahl der zu behandelnden Patienten. Die ambulanten Ärzte übernehmen keine Rolle als Gatekeeper. Infolgedessen übernehmen sie keine Rolle als Koordinator für die gesamte medizinische Versorgung.

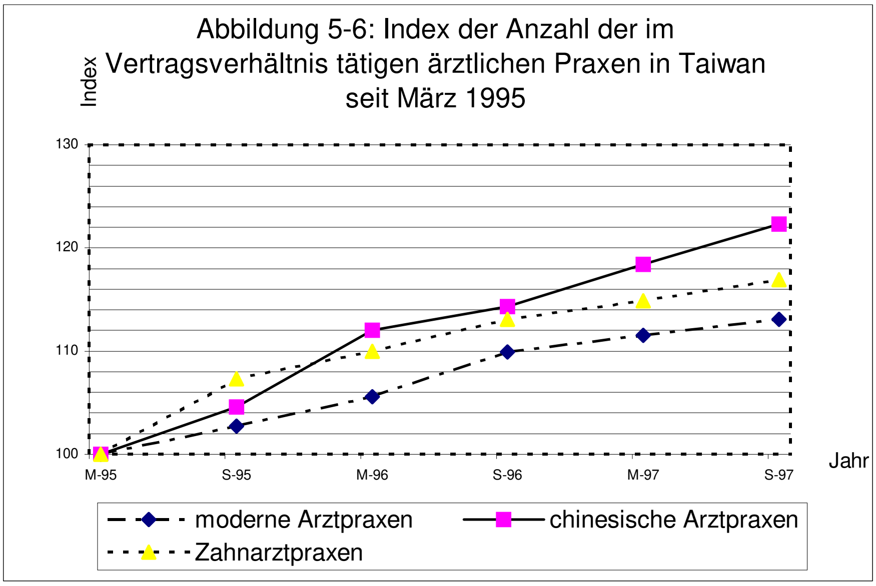
c). Kontrahierungspflicht der Leistungsanbieter

Diejenigen Anbieter, die die gesetzlichen Versicherten behandeln bzw. betreuen möchten, müssen mit der ZeNHI, einen Vertrag abschließen (Artikel 55 des Kapitels 6 des GüNHI). Nach Artikel 55 gelten als Versicherungsanbieter alle vertraglichen Krankenhäuser, Arztpraxen, zugewiesenen Labors und die anderen von zuständigen Behörden zugewiesenen medizinischen Einrichtungen. Die Vertragsanbieter dürfen die versicherten Patienten nicht ablehnen. Die Angebotsstruktur ändert sich insofern erheblich, als daß sich die Anzahl der Anbieter, zu denen neue Anbieter gemäß der Vorschrift über den Kontrahierungsvertrag als qualifizierte Anbieter, wie die Apotheker, das Pflegepersonal und die spezifischen medizinischen Einrichtungen, eingetreten sind, merklich vermehrte oder noch vermehren wird (siehe dazu Abbildung 5-6). Ebenfalls sind viele Ärzte – moderne Mediziner, chinesische Mediziner und Zahnärzte - Vertragsärzte geworden, siehe dazu Abbildung 5-7[244].

[244] Die statistischen Daten für die Abbildungen 5-6 und 5-7 werden in der Anhangstabelle 2 wiedergegeben.



Quelle: Anhangstabelle 2



Quelle: Anhangstabelle 2

d). Überweisungssystem

Vor der Einführung der NHI war keine Überweisungsregelung vorhanden.[245] Da die Patienten die ambulante Abteilung in Krankenhäusern direkt aufsuchen durften, nahmen viele Patienten die Leistungen in Krankenhäusern in Anspruch. Darum mußten die ambulanten Ärzte nicht nur mit den anderen niedergelassenen Ärzte konkurrieren, sondern auch mit den ambulanten Ärzten in den Krankenhäusern. In dem Plan zur Schaffung der medizinischen Netzwerke (künftig PSMN) ist vorgesehen, ein Überweisungssystem entstehen zu lassen. Als Strategie zur Erreichung dieses Zieles wird seit März 1995 die Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme der medizinischen Einrichtungen eingeführt. Diese Zielsetzung ist jedoch gescheitert. Das Scheitern des Überweisungssystems resultiert zum einen aus dem Verhalten der Patienten bei der Arztwahl und zum anderen aus dem Mißtrauen zwischen Patient und Arzt, das auf die Fehlsteuerung des Staates zurückzuführen ist. Dadurch wurde die zielgerichtete Überweisung erschwert.

(2) Finanzierungsstruktur der ambulanten ärztlichen Leistungen

Vor der Reform der Gesundheitsversorgung bezogen die ambulanten Ärzte, soweit sie nicht gesetzlich Versicherte behandelten, ihr Einkommen direkt von den Patienten. Sie erzeugten einen Teil ihres Einkommens durch die Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit sie auch als vertragliche Ärzte tätig waren. Anderenfalls wurden sie direkt von den Patienten bezahlt. Nachdem die NHI die Gesamtbevölkerung in die Versicherung einbezogen hatte, schlossen fast alle ambulanten Ärzte mit der ZeNHI einen Vertrag, um auch die durch die NHI versicherten Patienten gegen Entgelt behandeln zu können. Hier ist anzunehmen, daß im Hinblick auf die Praxiserhaltung für die ambulanten Ärzte ein Vertragszwang vorliegt, da nur noch rund 5% der gesamten Bevölkerung nicht gesetzlich versichert sind. Im November 1997 hatten 86,36% der niedergelassenen Ärzte ein vertragliches Verhältnis mit der ZeNHI abgeschlossen (89,45% der niedergelassenen Ärzte moderner Medizin und 83,31% der niedergelassenen Ärzte chinesischer Medizin).[246] Folglich wird im Moment die

[245] Eine Ausnahme gilt für die BV. Nach den Vorschriften sollten die Versicherten der BV die sechs ambulanten Gruppenpraxen aufsuchen, wenn sie kranken waren. Die Ärzte überwiesen sie zu anderen medizinischen Einrichtungen, falls es notwendig war.

[246] ZeNHI 1997: 19, Tabelle 3.5.1.

ambulante ärztliche Versorgung fast nur über die Beiträge zur NHI finanziert. Die in den Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen werden aufgrund der höheren Abschlußrate des Vertragsverhältnisses der Krankenhäuser mit der ZeNHI (die Abschlußrate des vertraglichen Verhältnisses der Krankenhäuser mit der ZeNHI lag Ende 1996 bei 95,11% für moderne Krankenhäuser und bei 90,72% für chinesische Krankenhäuser) überwiegend über die Versicherungsbeiträge der NHI finanziert. [247]

(3) Trennung der Dispensation von der Verschreibung von Arzneimitteln als Instrumente zur Kostenkontrolle

Zwei Jahre nach der Einführung der NHI ist in den Vorgaben der Politik vorgesehen, die ärztliche Verschreibung und die Dispensation der Medikamente zu trennen, so daß eine weitere Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Apothekern erfolgen kann (Artikel 102 des Gesetzes über die Versorgung von Arzneimitteln). Dadurch wird das Ziel angestrebt, die ärztlichen Leistungen durch die Apotheker überprüfen zu lassen, d. h. die Angemessenheit der ärztlichen Leistungen wird dadurch kontrolliert. Wie oben angedeutet, ist dieser Steuerungsmechanismus am Widerstand der Ärzte gescheitert, obwohl die Apotheker diese Maßnahme begrüßten. Aufgrund der verstärkten Interessen der Apotheker an der Dispensation ist anzunehmen, daß der Streit über die Trennung von Verschreibung und Dispensation in der Zukunft vermutlich einen Neubeginn finden wird. Im März 1998 wurden nur 10% der Rezepte von den Ärzten an die Patienten ausgegeben.[248] Rund 60% der Arztpraxen haben eigene Pharmazeuten eingestellt und dispensieren die von ihnen verschriebenen Arzneimittel.[249] Aufgrund der oben geschilderten Situation ist die Politik der Trennung von Verschreibung und Dispensation gescheitert.

Darüber hinaus verschrieben die ambulanten Ärzte auf Taiwan gewöhnlich den Patienten im internationalen Vergleich mehr Medikamente bzw. Arzneimittel, als die Patienten wirklich zur Heilbehandlung benötigten.[250] Oftmals wurden Arzneimittel verschrieben, die sich auf die Gesundheit der Patienten schädlich auswirkten. Aus

247 ZeNHI 1997: 19, Tabelle 3.5.1.
248 Li, W-Y 1998a,: Liberal Times, 01. 03. 1998.
249 Li, W-Y 1998b: Liberal Times, 01. 03. 1998. Nach dem Bericht von Li, W-Y stellen in Taipei 598 von 981 Arztpraxen eigene Pharmazeuten an. Die Zahnärzte gaben mehrere Verordnungsscheine aus.
250 http://www.doh.gov.tw/lane/policy/future_4.html, 16.11.1999.

diesem Grund versuchte die ZfG durch die politisch gezielte Trennung von der Verschreibung durch die Ärzte und der Dispensation durch die Apotheker die Erbringung, die Qualität und die Menge der Arzneimittel zu kontrollieren, indem die Apotheker die Angemessenheit der ärztlichen Leistungen sowohl mengenmäßig als auch qualitätsbezogen fachlich überwachen sollten. Wegen der gewaltigen Widerstände der ambulanten Ärzte ist dieses Politikvorhaben gescheitert. Es besteht zwar gegenwärtig die Regelung der Befugnis zur Dispensation durch die Apotheker und ihre Umsetzung wird fortgesetzt; die Wirkung ist jedoch gering. Angesichts dessen sollte das Dispensationsrecht der Apotheker umgesetzt und gestärkt werden, was zur Senkung der Arzneimittelausgaben beitragen könnte.

(4) Mechanismen zur Qualitätssicherung

Wie in Deutschland, England und den Niederlanden gelten als primäre Maßnahme zur Qualitätskontrolle zuerst die Ausbildungsvorschriften für die medizinischen Studenten und paramedizinischen Professionen. Gemäß derer sind für bestimmte medizinische bzw. paramedizinische Fächer festgelegte Anforderungen zu erfüllen, bevor die Auszubildenden die Qualifikation erwerben. Hinzu kommen die Approbationsvorschriften und die Niederlassungsvorschriften, die ebenfalls die Qualität der Anbieter kontrollieren. Zum Erwerben der Approbation muß der Auszubildende ein Staatsexamen bestehen. Insbesondere die Fachärzte unterliegen seit 1988 dem Art. 7 Abs. 1 des Gesetzes über Arztrecht (künftig GüAR), das eine neue Evaluationsbestimmung zur Prüfung der Qualität der Fachärzte vorsieht,[251] und wonach alle Ärzte von Fachrichtungen durch die Fachärzteverbände geprüft werden.[252] Bis Ende 1995 gab es insgesamt 19 Fachrichtungen[253] auf Taiwan.

Die Anwendung der Instrumente zur Qualitätssicherung der ambulanten ärztlichen Leistungen erweist sich im Vergleich zu anderen Ländern, z.B. Deutschland und den Niederlanden, als rückgängig. Bis zum Erlaß des GMB im November 1986 bestanden

---

251 Verordnung über die Zuteilung der Ärzte in die jeweilige Fachrichtung, die am 29. Juni 1988 von der ZfG erlassen wurde.

252 Siehe dazu ZfG 1996a: 20 ff.

253 Diese 19 Fachrichtungen enthalten Allgemeinmedizin, Internisten, Chirurgie, Pädiatrie, Gynäkologie, Orthopädie, Neurologie, Neurochirurgie, Urologie, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Augenheilkunde, Dermatologie, Psychiatrie, Rehabilitation, Anesthesiologie, Radiologie, Pathologie, Nuklearmedizin und Plastik Chirurgie; siehe dazu „Das Weißbuch über Gesundheit" von 1993, herausgegeben von ZfG, Tabelle 4-1-2-1, S. 128.

nur die Regelung über die medizinische Ausbildung und die Approbationsvorschrift als einzig wesentliche Qualitätsregelung in bezug auf die Sicherung ambulanter ärztlicher Leistungen. Um die Qualifikation eines Arztes zu erwerben, mußten die Medizinstudenten gemäß der Approbationsvorschrift das Examen als Mediziner bestehen (vgl. Abschnitt 6.4.2 (2)).

Eines der Ziele in der Schaffung der medizinischen Netzwerke liegt darin, die Qualität der medizinischen Leistungen zu erhöhen. Darum wurden weitere Maßnahmen, wie die erlassene Verordnung zur Abgrenzung der Fachärzte und der Überprüfung der Qualifikation, die erst 1988 von der ZfG verabschiedet wurde (Artikel 7 des GüAR), ergriffen (vgl. Huang, D-F (1998): 60). Die einzelnen Verbände der Spezialisten sind beauftragt worden, die Aufgaben der Überprüfung und der Qualifikation der Spezialisten zu übernehmen. Die ambulanten Ärzte stehen deshalb seit jeher auch unter der fachlichen Kontrolle der Vereinigung der Spezialisten. Des weiteren sollten die Medizinstudenten nach Artikel 15 des GMB eine zweijährige klinische Ausbildung in medizinischen Einrichtungen abgelegt haben, bevor sie sich niederlassen. Die Weiterbildungschance für die niedergelassenen Ärzte in den Ausbildungskrankenhäusern sollte auch ermöglicht werden.[254]

Aus dem Ausgeführten läßt sich schließen, daß die medizinische Qualität in Taiwan im wesentlichen durch Maßnahmen, wie vorberufliche Qualifikation des Arztberufes oder Ausbildung und Weiterbildung, abgesichert ist.

[254] Als weiteres Instrument zur Kontrolle der primärärztlichen Leistungen gilt das zu entwickelnde System von Indikatoren zur Evaluation der medizinischen Leistungen; siehe Huang, Ta-Fu (1998), S. 61 ff.

5.3 Einwirkungen der NHI auf die Organisation der Gesundheitsversicherung und die Interaktionen zwischen den Versorgungsarten

5.3.1 Zentralisierung der Zuständigkeit der Gesundheitsversicherung

Ferner wurde mit der Gesundheitsreform der Versuch unternommen, durch Einführung der alle Bürger einbeziehenden NHI, die fragmentarischen Finanzierungsstrukturen zu vereinheitlichen.[255] Nicht nur die Finanzierung, sondern auch die Verwaltung der Gesundheitsversicherung wurde vereinheitlicht; die zentrale Zuständigkeit fiel seitdem unter die ZeNHI (Artikel 6 des GüNHI). Gemäß der Artikel 21 bis 24 werden auf der regionalen Ebene die Versicherungsgeschäfte von den 18 regionalen Gesundheitseinrichtungen der NHI, die der ZeNHI unterliegen, durchgeführt. Ferner ist unter der ZeNHI ein Prüfungsausschuß für erbrachte Leistungen eingerichtet.[256] Dem Prüfungsausschuß unterliegen die 18 regionalen Prüfungsausschüsse, die jeweils für die Prüfung der erbrachten Leistungen in den jeweiligen medizinischen Regionen zuständig sind. Dadurch vollzog sich zugleich eine Zentralisierung der Zuständigkeit zur Überwachung der medizinischen Leistungen. Schließlich wurde ein Schiedsausschuß für Streitfälle, die im Rahmen der NHI aufgetreten sind, eingerichtet. Dieser Ausschuß stellt die oberste zentrale Schiedsinstanz im Rahmen der NHI dar und untersteht unmittelbar der Aufsicht der ZfG (siehe dazu Abbildung 5-7).

Einer der Nachteile der Zentralisierung der Versicherungsgeschäfte bzw. –verwaltung besteht darin, daß die gebietsspezifischen Bedürfnisse für medizinische Leistungen nicht angemessen befriedigt werden können. Vor allem die gesundheitlichen Bedürfnisse der unterversorgten Gebieten bleiben nach wie vor unberücksichtigt.

---

255 Siehe dazu Abschnitt 5.1.3.
256 Artikel 52 des GüNHI.

Abbildung 5-7: Verwaltungsorganisation der NHI und Zentralisierung der Zuständigkeiten

Quelle: ZfG (1999): Annual Report on the Public Health of Republic of China, S. 19. Abbildung 2-1: Verwaltungssystem der NHI

5.3.2 Leistungsstruktur und Konzentration der Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI

(1) Änderung der Leistungsstruktur – Schrumpfen der kleinen und distrikten Krankenhäuser und Steigerung der Zahlen ambulanter Leistungsanbieter

Wie Tabelle 5-6 zeigt, war nach der Einführung der NHI die Anzahl der medizinischen Leistungsanbieter in Taiwan nur mäßig angestiegen. Dabei ist bemerkenswert, daß die Anzahl der Medizinzentren (von 13 bis 17) und die regionalen Krankenhäuser angestiegen (von 48 bis 61) ist. Dagegen ist die Anzahl der kleinen und Distrikt Krankenhäuser gesunken. Die gesamte Bettenzahl in diesen 17 Medizinzentren belief sich Ende 1998 auf 22.555, während sich zum gleichen Zeitpunkt die der gesamten regionalen Krankenhäuser und der Distrikt Krankenhäuser jeweils auf 31.451 und 45.397 belief (siehe dazu Tabelle 5-7). Die Medizinzentren, die jeweils im Durchschnitt über ungefähr 1.326 Betten (siehe dazu Tabelle 5-7) verfügen, konzentrierten sich vor allem in Gebieten mit hoher Bevölkerungsdichte, wie im Taipei-Gebiet (10)[257]. Eine deutliche Konzentration der medizinischen Ressourcen in den Medizinzentren ist nicht zu übersehen.

Ein Anstieg der Anzahl der Leistungserbringern läßt sich ebenfalls, sowohl bei der Kategorie der modernen medizinischen Klinik als auch bei der zahnärztlichen Klinik, deutlich ablesen, wie Tabelle 5-6 zeigt. Ein geringer Anstieg erfolgte ebenfalls bei der Kategorie der chinesischen medizinischen Klinik. Der stärkste Anstieg fand bei der Kategorie der Apotheker statt (von 804 im Jahr 1995 auf 3.364 im Jahr 1998).

Nach Einführung der NHI ist in Taiwan ebenfalls ein Anstieg der Zahl bei den sonstigen Leistungsanbietern vorzufinden, z.B. bei den medizinischen Labors, den häuslich-pflegerischen Einrichtungen und den kommunalen psychiatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Tabelle 5-6).

257 Siehe ZeNHI 1999: 142, Tabelle 26.

Tabelle 5-6: Vertragliche gesundheitsberufliche Leistungserbringer in Taiwan im Rahmen der NHI seit Ende 1995 (Leistungsstruktur)

Jahr / Leistungserbringer	1995	1996	1997	1998
Stationäre (einschließlich ambulante) Einrichtungen	1.298	1.261	1.226	1.142
Medizinzentren	13	13	14	17
Regionale Krankenhäuser	48	52	56	61
Distrikte Kankenhäuser	568	544	534	496
Gynäkologische Klinik	669	652	622	568
Ambulante Einrichtungen	13.301	14.168	14.642	14.952
Moderne medizinische Krankenhäuser	52	52	52	48
Moderne medizinische Arztpraxen	6.912	7.442	7.714	7.914
Chinesische medizinische Krankenhäuser	102	88	82	69
Chinesische medizinische Arztpraxen	1.620	1.727	1.818	1.878
Zahnärztliche Praxen	4.615	4.859	4.976	5.043
Sonstige medizinische Einrichtungen				
Apotheker	804	2.608	3.337	3.364
Medizinische Labors	140	150	222	236
Häuslich-pflegerische Einrichtungen	85	112	148	191
Hebamme	28	30	28	24
Kommunale Psychiatrische und Rehabiliationseinrichtungen	6	9	16	23

Quelle: ZeNHI (1999): National Health Insurance Annual Statistical Report, Tabelle 24: Zahl der vertraglichen medizinischen Leistungserbringer, S. 138-139.

Tabelle 5-7: Bettenzahl stationärer medizinischer Einrichtungen Ende 1998

Einrichtung / Zahl	Medizinzentren (17)	Regionale Krankenhäuser (61)	Distrikte Kankenhäuser (496)
Bettenzahl	22.555	31.451	45.397
Durchschnittliche Zahl	1.326	516	92

Quelle: ZeNHI (1999): National Health Insurance Annual Statistical Report, S. 148, Tabelle 28: Bettenzahl der verträglich medizinischen Leistungsanbieter, S. 148.

(2) Konzentration der medizinischen und ärztlichen Ressourcen

Wie in Abschnitt 5.2.1 angedeutet, sind nach dem GüNHI alle Bürger versicherungspflichtig. Allen Bürgern ist der Zugang zu medizinischen Ressourcen gleichmäßig einzuräumen. Das heißt, daß alle Bürger medizinische Leistungen, vor allem die ambulante ärztliche Gesundheitsleistung, nach freier Wahl in Anspruch nehmen dürfen. Das Vergütungssystem der bestehenden NHI, wie die sozialen Versicherungsprogramme zuvor, begünstigt die ambulante Abteilung der Großkrankenhäuser, weil die Vergütungssätze für die ambulante Abteilung der Krankenhäuser höher als die für die niedergelassenen Ärzte liegen. Die bevorzugte Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen der Patienten in den Großkrankenhäusern trug zugleich zur weiteren Ausdehnung und Vergrößerung der Großkrankenhäuser bei.[258] Die medizinischen Ressourcen konzentrierten sich folglich fortsetzend in den Metropolen und in den größeren Städten wie vor der Gesundheitsreform. Dies führte zu einer noch ungleichmäßigeren Verteilung der medizinischen Ressourcen (vgl. Zhang, J.-W. 1998: 126).

Die Konzentration der medizinischen Ressourcen in den Großkrankenhäusern erschwert den Patienten die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen. Dagegen sind in den abgelegenen Gebieten die medizinischen Leistungen bzw. die ambulanten ärztlichen Leistungen nicht hinreichend vorhanden. So beliefen sich die durchschnittliche Verhältniszahl der Einwohner pro Arzt in den beiden Stadtstaaten Taipei und Gaoxiong jeweils 409 und 590, während jeder Arzt in den Kreisen wie Jiayi, Yunglin, Xinzhu und Miaoli jeweils 2.103, 1.495, 1.322 und 1.291 Einwohner betreut (Tabelle 5-8). Eine regionale Ungleichverteilung läßt sich daran deutlich erkennen. Die Ungleichverteilung verschärft sich, wenn man nur die Verhältniszahl der Einwohner pro Arzt, der zu den fünf ärztlichen Fachrichtungen zählt, in Betracht zieht, wie Tabelle 5-9 zeigt. Es wurden zwar Maßnahmen, wie ökonomische Anreize, zur Motivierung der Primärärzte, sich in diesen Gebieten nieder zu lassen,[259] die Wirkung erwies sich jedoch als begrenzt. Das Verfügbarkeitsproblem der medizinischen Ressourcen bzw. der ambulanten ärztlichen Leistungen ist dringend zu lösen.

[258] Siehe dazu Abschnitt 5.1.3.
[259] Siehe dazu ZfG(1993): 133.

Tabelle 5-8: Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt in einzelnen Kreisen und den zwei Stadtstaaten (Taipei und Gaoxiong) Ende 1998

18 Kreise, 5 kreisfreie Städte und 2 Stadtstaaten	Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt	18 Kreise, 5 kreisfreie Städte und 2 Stadtstaaten	Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt
Stadtstaaten Taipei	409	Nantou	1191
Jilong-Stadt	760	Tainan-Stadt	597
Taipei	1394	Jiayi-Stadt	442
Yilan	1037	Yunglin	1495
Jingmen und Lianjing		Jiayi	2103
Xinzhu-Stadt	893	Tainan	1247
Taoyuan	703	Stadtstaaten Gaoxiong	590
Xinzhu	1322	Gaoxiong	935
Miaoli	1291	Penghu	1013
Taizhong-Stadt	452	Hualian	693
Taizhong	1109	Taidong	1228
Zhanghua	1093	Pingdong	1090

Eigene Darstellung und Berechnung aus den statistischen *Daten von Medical Association.*
Quelle: http://www.med-assn.org.tw/Stats/00.htm vom 08.07.2000

Tabelle 5-9: Durchschnittliche Anzahl der betreuten Einwohner eines zu den fünf Fachgebieten* anhörenden Arztes

18 Kreise, 5 kreisfreie Städte und 2 Freistädte	Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt	18 Kreise, 5 kreisfreie Städte und 2 Stadtstaaten	Anzahl der betreuten Einwohner pro Arzt
Stadtstaaten Taipei	705	Nantou	2161
Jilong-Stadt	1295	Tainan-Stadt	1023
Taipei	2741	Jiayi-Stadt	728
Yilan	1897	Yunglin	2490
Jingmen und Lianjian		Jiayi	3942
Xinzhu-Stadt	1478	Tainan	2592
Taoyuan	1300	Stadtstaat Gaoxiong	997
Xinzhu	2525	Gaoxiong	1771
Miaoli	2426	Penghu	1599
Taizhong-Stadt	726	Hualian	1404
Taizhong	1888	Taidong	2155
Zhanghua	1923	Pingdong	1961

Eigene Umrechnung

* : Die Ärzte der fünf Fachgebiete sind: Hausarzt, Internist, Chirurg!, Kinderarzt und Frauenarzt
Datenquelle: Tabelle 17: Statistik über die Bevölkerungszahl des letzten Jahrzehnts auf Taiwan (2); Tabelle 5-1: Statistik über die approbierten Ärzte auf Taiwan (1). Quelle aus http://www.med-assn.org.tw/Stats/00.htm vom 08.07.2000

5.3.3 Abkoppelung des Versorgungsangebotes von den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen

Die Vergütungssätze der NHI für die stationären Leistungen sind im allgemeinen niedriger als die entstandenen Kosten. Seither sehen die Krankenhäuser, vor allem die Großkrankenhäuser, keine Vorteile mehr darin, stationäre Leistungen anzubieten. Sie lehnen daher die akut, schwer und chronisch Kranken ab und dehnen lieber die ambulante Versorgung in ihrer ambulanten Abteilung aus, da die Vergütungssätze für die ambulanten Leistungen ertragsbringender sind (siehe dazu unten Tabelle 5-10 dieses Kapitels). Aus diesen Gründen erhalten die akut und schwer Kranken der Krankenhäuser keine entsprechende Behandlung und Betreuung; die ambulanten Patienten können ebenfalls keine angemessen ambulante ärztliche Behandlung erhalten, da die in ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser tätigen Ärzte täglich zahlreiche Patienten behandeln, um die Erträge der Krankenhäuser zu erhöhen. Dadurch ist die Qualität der ambulanten Versorgung gesenkt worden (vgl. Zhuang, Y-Zhou 1998: 122; Wu, K-K 1998: 99). Da die Krankenhäuser ebenfalls immer mehr ambulante Leistungen erbracht hatten, nahmen die Ausgaben für die ambulante Versorgung ständig zu. So betrugen der Anteil der Ausgaben für die ambulante und für die stationäre Versorgung jeweils 1997 durchschnittlich 67% und 33% (vgl. Zhuang, Y-Zh 1998: 122).

Da das Mißtrauen zwischen den ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern, wie in Abschnitt 6.4.4 dargestellt wird, so hoch ist, fand die Überweisung der Patienten seitens der niedergelassenen ambulanten Ärzte an die Krankenhäuser nur zögerlich statt. Umgekehrt überwiesen auch die Krankenhäuser die Patienten an die niedergelassenen Ärzte nur ungern. Daraus ergeben sich in Taiwan die Verzahnungsprobleme zwischen verschiedenen Stufen der Leistungsversorgung. Dies führt nicht nur zur Doppelbehandlung, sondern verhindert eine integrierte und kontinuierliche Betreuung der Patienten im Sinne der Qualitätssicherung. Bisher wurden keine effektiven Maßnahmen ergriffen, um das Mißtrauen zwischen den niedergelassenen ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern zu beseitigen. Als einziger Mechanismus zur Verwirklichung effektiver Aufgabenteilung zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern sollte die Selbstbeteiligung, die zur Errichtung eines Überweisungssystem verhelfen sollte, betrachtet werden. Da die Patienten die ärztlichen Behandlungen in den Großkrankenhäusern jedoch bevorzugen, scheiterte das

Überweisungssystem. Darum ist das Verzahnungsproblem zwischen der primären und sekundären ärztlichen Versorgungsstufe bislang ungelöst. Die Verzahnung der ambulant ärztlichen Versorgung mit einer anderen stationären Versorgung, wie den Pflege- und Altenheimen, weisen die gleichen Probleme auf.

Die Verzahnung der ambulant ärztlichen Versorgung mit anderen primären Leistungen erwies sich gleichermaßen als mangelhaft. Dies resultierte einerseits aus dem Mangel an Regelungen zur Koordinierung des Behandlungsverfahrens und der Verhaltensweise der beteiligten Leistungserbringer. Z.B können keine Arzneimittel dispensiert werden, wenn keine ärztliche Verschreibung vorliegt. Die ambulanten Ärzte könnten die Inanspruchnahme anderer primärer Leistungen koordinieren, wenn ihnen die Rolle des Gatekeeper zugewiesen werden würde. Ein anderer Grund für den Mangel der Verzahnung zwischen ambulanten Ärzten und anderen primären Leistungserbringern liegt an der geringen Anzahl anderer medizinischer Professionen, die ebenfalls primäre Leistungen anbieten. Dazu zählen Pflegekräfte, Gesundheitsbesucher, Gemeindeschwestern und Physiotherapeuten.

Tabelle 5-10 : Ausgaben für einzelne ambulante Leistungen und Betrag der Selbstbeteiligung in einzelnen Leistungseinrichtungen im Zeitraum zwischen Juli 1996 und Juni 1997

Leistungseinrichtungen	Ambulante Versorgung			Stationäre Versorgung	
	Ausgaben	Selbstbeteiligung	Anzahl der Tage von Medikamenten-Verschreibungen	Ausgaben	Selbst-Beteiligung
	Einheit (NT$)			Einheit (NT$)	
Unikliniken	1.413	89	11,51	58.340	2.805
Regionale Krankenhäuser	1.199	88	8,98	37.807	2.254
Distrikte Krankenhäuser	781	47	5,06	20.676	1.315
Niedergelassene Ärzte	436	47	3,11	17.031	66
Durchschnittlich	603	53	4,35	33.871	1.858

Quelle: N:H.R.I. FORUM (1998): Evaluation der Aufbringung der Finanzierungsquelle der NHI, Tabelle 3.5.4: Ausgaben für jede ambulante Leistung und Betrag der Selbstbeteiligung in einzelnen Leistungseinrichtungen, S. 77.

Zwischenfazit

Abgesehen von der Problematik des Systems der Versicherungsträger und den damit verbundenen Problemen des Konkurrenzdefizits auf dem Versicherungsmarkt, läßt sich zum einen aus dem Ausgeführten festhalten, daß die herkömmlich bestehenden Strukturdefizite der Gesundheitsversorgung außer der Finanzierbarkeit und Verschlechterung der Qualität in Taiwan (diese beiden Probleme werden in Abschnitt 6.4 behandelt), die ungleiche Zugangschance und die fehlende Integration verschiedener Versorgungsarten, nicht durch die Gesundheitsreform beseitigt werden konnten oder können; sondern daß sich diese beiden Probleme weitgehend verstärkten. Laut der öffentlichen Diskussion gilt es, dies dringend zu lösen. Zum anderen ist festzuhalten, daß das Problem der gleichen Zugangschance zwar zum Teil gelöst, daß aber nach wie vor die regionale Ungleichheit existiert (wie Tabelle 5-8 und 5-9 verdeutlicht).

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß auf Taiwan die fehlende Verzahnung, sowohl zwischen den ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern bzw. den anderen stationären Einrichtungen als auch zwischen den ambulanten Ärzten und den anderen Anbietern der primären Versorgung, die kontinuierliche und integrierte Versorgung und Betreuung der Patienten verhindert, die vor allem für die Zunahme der chronisch Kranken unentbehrlich ist.

Darum scheint es plausibel und zweckmäßig, der Gestaltung und der Problematik der ambulanten ärztlichen Versorgung in Taiwan mit bezug auf ihre Strukturmerkmale detailliert nachzugehen, um eine zielgerichtete Lösungsstrategie zur Bekämpfung der oben gezogenen Steuerungsdefizite in bezug auf die Zugangschance, die Integration verschiedener Versorgungsarten, Finanzierbarkeit und Qualitätssicherung herausformulieren zu können. Die zwei Probleme der Finanzierung und der mangelhaften Qualitätssicherung, werden in Kapitel 6, genauer in Abschnitt 6.4.1 und 6.4.2, präziser behandelt und analysiert.

5.4 Akteurkonstellation und Politische Entscheidungsstruktur der gesundheitlichen (ambulant ärztlichen) Versorgung

Nach Döhler und Manow besteht ein Interaktionseffekt zwischen Entscheidungsstrukturen und Interessenkonstellationen (vgl. Döhler/Manow 1997b: 21 f.). Um eine tragfähige Analyse der Struktur und der Entwicklungsdynamik der Entscheidungsstrukturen im Hinblick auf die ambulante ärztliche Versorgung in Taiwan zu betreiben, gilt es demzufolge, von der Akteurkonstellation und der politische Entscheidungsstruktur auszugehen. Die vorliegende Untersuchung greift diese Annahme auf und geht in diesem Abschnitt der Änderung bzw. der Entwicklung sowohl der Akteurkonstellation als auch der politische Entscheidungsstruktur im Bereich der ambulant ärztlichen Versorgung Taiwans nach.

5.4.1 Akteurkonstellation der ambulant ärztlichen Versorgung Taiwans

(1) Der Staat als herrschender Akteur vor 1980

Seit der Befreiung von der japanischen Kolonialgewalt 1945 ist der politische Status Taiwans bisher umstritten, und Taiwan steht unter der ständigen Herrschaft von von außen einwirkenden Regimen. Die politische Macht wurde den Taiwanesen genommen. Die gesellschaftlichen Kräfte wurden unterdrückt und konnten sich nicht frei entfalten. Diese politische Entmachtung und Verdrängung der gesellschaftlichen Kräfte verschärfte sich seit der Herrschaft der KMT (Nationale Volkspartei) als Regierungspartei auf Taiwan, die nach dem Zweiten Weltkrieg von der kommunistischen Partei nach Taiwan vertrieben wurde. Die Regierung, genauer die KMT, war mit ihrer Aneignung politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Ressourcen der einzige machttreibende Akteur und konnte als Steuerungssubjekt alle gesellschaftlichen Bereiche kontrollieren.

Jedoch wurde die dominante Posititon des Staates im Zuge der Industrialisierung, der Demokratisierung und der Globalisierung allmählich ausgehöhlt (vgl. Lin, C-H 1996: 106). Aufgrund der wirtschaftlichen und politischen Veränderungen, die nacheinander in den 70er und 80er Jahren einsetzten, entstanden außer den ausschließlich politischen

Kräften neue wirtschaftliche und gesellschaftliche Kräfte (Xia, X-H 1994: 21 ff.).

Diese Kräfte verdichteten sich im Laufe der Zeit zu handlungsfähigen Akteuren, was die staatliche bzw. einparteiliche Legitimität in bezug auf die politische Entscheidung in Frage stellte. Der Staat verlor langsam seine politische Macht und wurde gezwungen, sich mit anderen politischen und interessenvertretenden Akteuren auseinanderzusetzen. Dieses Phänomen läßt sich seit Beginn der 80er Jahre besonders durch die Änderungen der politischen Konstellation im Gesundheitssektor deutlich beobachten.

(2) Vervielfachung der Akteure und wandelnde Akteurkonstellation seit der 80er Jahre

Es folgte im Zuge der Gesundheitsreform gleichermaßen eine Veränderung der Akteurkonstellation. Die Interessenkonflikte sind auch aufgrund der Vermehrung der Akteure vielfältiger und ausdifferenzierter geworden. Der Organisationsgrad einzelner Interessengruppen variiert erheblich. Die Hauptakteure im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung auf Taiwan lassen sich, wie dies auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland der Fall ist, in drei wesentliche Gruppen unterteilen: die staatlichen Akteure, die Versicherer (als Vertreter der gesetzlich Krankenversicherten) und die Ärzteverbände (als Vertreter der ambulanten Ärzte). Die jeweiligen Akteure haben eigene Interessen und konkurrieren miteinander um die knapp verfügbaren Ressourcen. Die Akteur- bzw. Interessenkonstellation auf dem Gesundheitssektor Taiwans unterliegt ständiger Veränderung, vor allem zu Beginn der 80er Jahre. Die Änderung läßt sich im wesentlichen auf drei Ebenen erfassen.

Auf der Ebene der staatlichen Akteure

Die Sondereinheit zur Planung der NHI (künftig SEP) gilt als der relevanteste Akteur und wurde zuerst unter dem Council for Economic Planning and Development (künftig CEPD) des Exekutivyuans eingerichtet und seit 1990 unter die Befugnis der ZfG gestellt. Obwohl staatliche Beamte in der SEP der NHI anwesend waren, machten die Experten und Professoren den Großteil der Mitglieder der SEP aus. Die SEP der NHI galt als Koordinationsinstanz, deren Aufgabe es war, durch die Gestaltung der NHI die

Handlungen der beteiligten Akteure zu koordinieren bzw. zu regulieren (Lin, C-H 1996: 124), damit eine durchführbare Gesundheitsversicherung erfolgen konnte. Diese Sondereinheit sammelt und filtert verschiedene Interessen der Betroffenen wie u.a. die der Leistungserbringer, der Versicherten, der ärztlichen Verbände, der Arbeitgeber und der staatlichen Behörden. Sie formulierte die Grundlinien der NHI und erarbeitete die Entwürfe für die Gestaltung der NHI und ihre Revision, die zwei Jahre danach laut Gesetz stattfinden sollte. Gemäß Lin galt die SEP der NHI als Koordinierungsinstanz, die der Systembildung zur Gesundheitsversicherung gedient hat (vgl. Lin, C-H 1996: 124 ff.). Sie galt praktisch als Vermittler zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren, indem sie die Handlungen der Akteure in Einklang brachte, obwohl noch maßgebliche Interessenkonflikte zwischen den Akteuren vorhanden waren.

Als weitere staatliche Akteure gelten der Prüfungsyuan und das Personalministerium, die die Interessen der Beamten vertreten. Diese beiden Ministerien als Interessenvertreter setzen sich nach wie vor ein für die Beibehaltung der Basisgehälter, die als Beitragsbemessungsgrundlage für die Versicherung dient.

Auf der Ebene des politischen Parteiensystems

Es vollzog sich seit 1986 nach der Aufhebung des Kriegszustandes ebenfalls eine konstellatorische Änderung im politischen System. Diese Änderung resultierte vor allem aus der Ausdifferenzierung des politischen Parteiensystems innerhalb des gesamten politischen Systems als Subsystem.[260] Neue Parteien gründeten sich. So bildete sich 1993 die Neue Partei aus den früheren Parteimitgliedern von KMT. DPP, als mächtigste Oppositionspartei, wurde 1987 gegründet. Aufgrund der differenzierten Vorstellungen über die wohlfahrtsstaatliche Gestaltung bildete sich 1989 innerhalb der DPP die Union für den Wohlfahrtsstaat, die ihre eigene Politikvorstellung über wohlfahrtsstaatliche Arrangements vertritt. Daraus läßt sich schließen, daß sich seit Mitte 1985 eine Differenzierung sowohl in bezug auf die parteiliche Organisation als auch im Hinblick auf die Politikvorstellung vollzogen hat. Diese Differenzierung spielt sich sogar innerhalb der Partei ab. Dies führte zur weiteren Ausbreitung von Akteurkonstellationen und damit zu komplizierten Interessenkonflikten.

[260] Luhmann, Niklas 1981: 43 ff.

Auf der Ebene der Interessengruppen

Es zeigt sich zunächst eine Zunahme der Akteure sowohl im Interesse der Anbieter als auch der Versicherten. Für die Versicherten wurden Ende der 1980er Jahre gewerkschaftliche Organisationen, die als Interessenvertreter der Arbeitnehmer gelten, gegründet. Die Gewerkschaften von einzelnen öffentlichen Unternehmen unterlagen früher der Kontrolle der Regierung bzw. der KMT. Sie haben erst seit den 1980er Jahren begonnen, ihre Selbständigkeit zu entfalten und üben einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf die Bestimmung der Versicherungsbeiträge aus. Die Gewerkschaft der privaten Unternehmen hatte früher keine materiellen Einflußfähigkeiten, da sie i.d.R. aus der politischen Absicht der Regierungspartei entstanden waren und ihrer Kontrolle unterlagen. Seit Mitte der achtziger Jahre begannen sie, sich den anderen gewerkschaftlichen Aktivitäten anzuschließen, um ihre Interessen bei der Gesetzgebung über NHI wahrzunehmen.[261] Auf der nationalen Ebene schlossen sich die Arbeitnehmer zu einer nationalen Gewerkschaft zusammen.

Zu anderen wesentlichen gewerkschaftlichen Organisationen zählen die sogenannten unabhängigen Gewerkschaften, der Verein für Arbeitnehmerrecht, die Solidarität der taiwanesischen Arbeitnehmer und die Kommission zur Gesetzgebungsbewegung für Arbeiter. Diese vier Arbeiterorganisationen sind alle Mitte der 1980er Jahre entstanden und von den bestehenden Mächten, wie dem Staat und der KMT Partei, unabhängig. Im Hinblick auf Verhandlungen über Vergütungssätze für ärztliche medizinische Leistungen vertreten sie die Interessen der Arbeitnehmer (Chen, X-L 1995b, CT)[262]. Außerdem sprechen sie sich gegen die kostentreibende Verhaltensweise der Ärzte aus, die Konsultationsgebühren willkürlich anzuheben; und fordern die ZfG regelrecht dazu auf, dieses ärztliche Verhalten zu unterbinden.[263] Vor allem die Kommission zur Gesetzgebungsbewegung für Arbeitnehmer nimmt als Vertreter der Gewerkschaften auf der primären Ebene bei der Willensbildung und –äußerung der Gewerkschaften sehr aktiv teil. Sie spricht sich für eine Eingliederung der Konsultationsgebühren in die Leistungskataloge aus, um doppelte Selbstbeteiligungen zu vermeiden.

[261] 24 Verbände der Arbeitnehmer des Konzerns T'ai-Suo protestierten am 1. Mai gegen den überhöhten Beitragssatz und die Ungleichbelastung der Versicherten; siehe Chen, X-L 1995: China Times, 02.05. 1995.

[262] Siehe dazu auch Zhang, Ming-Zuo 1995: China Times, 28. 01. 1995; Lü, B-Y 1997: Liberty Times, 03. 06. 1997.

[263] Siehe dazu auch Zhang, Ming-Zuo 1995: China Times, 28. 01. 1995.

Der Verband des Verbraucherschutzes wurde 1981 gegründet und vertritt seither die Interessen der Versicherten. 1992 wurde sogar eine eigenständige Abteilung für die Angelegenheiten bezüglich der NHI innerhalb des Verbandes für Verbraucherschutz (die Kommission für Gesundheit und Prävention) eingerichtet, die sich im Verlauf der 95er Gesundheitsreform sehr bemüht hat, auf die Gesetzgebungsprozesse Einfluß auszuüben. Sie vertreten die Interessen der Versicherten vor allem in Hinblick auf die Bestimmung der Ärztehonorare und die Qualitätssicherung der erbrachten Leistungen.[264] Die Vertreter des Verbandes für Verbraucherschutz und der Gewerkschaften sind Mitglieder der Aufsichtskommission der NHI und setzen sich seit der Einführung der NHI mit den Vertretern von Heilberufen bezüglich der Versicherungsbeiträge und Ärztehonorare stark auseinander.

Auf der Seite der ambulanten Ärzte als Leistungsanbieter lag ein weiteres Phänomen der Organisierung vor (vgl. Lin, C-H 1996: 114). Demzufolge begannen Mitte der 80er Jahre, als die Einführung der NHI angekündigt wurde und die Errichtung der medizinischen Netzwerke begonnen hatte, die ambulanten Ärzte damit, sich weitgehend zu organisieren, um mit den Medizinzentren, den mächtigsten Akteuren, konkurrieren zu können.

Andere professionelle Berufsgruppen begannen ebenfalls, sich politisch zu organisieren. Zur Beschleunigung dieses Organisierungsprozesses trägt zusätzlich die rechtliche Verankerung bzw. Verrechtlichung des autonomen Status der professionellen Berufsgruppen bei, die sich seit Ende der 80er Jahre vollzieht (vgl. Lin, C-H 1996: 103).[265] Die Verbände der Apotheker beginnen seitdem auch ihre Interessen weitgehend zu artikulieren und versuchen, die politische Entscheidungen im Parlament zu beeinflussen. Die Apothekerverbände stellten sich inzwischen als willensbildender und konkurrenzfähiger Akteur den ambulanten Ärzteverbänden gegenüber, was sich besonders im Streit um das Recht auf Dispensation manifestierte.[266] Die Verbände für Pflegekräfte gewinnt seitdem gleichermaßen allmählich an Gewicht.

---

264 Bei der Auseinandersetzung um die Registrationsgebühren war der Verband für Verbraucherschutz auch aktiv beteiligt, vgl. Chen, X-L 1995a: China Times, 28. 01. 1995a.

265 Z.B. das Gesetz über Pflegepersonal wurde 1991 verabschiedet; das Gesetz über Sozialarbeiter wurde erst 1997 im Legislativyuan verabschiedet.

266 Die Trennung von ärztlicher Verschreibung und Dispensation von den Apothekern sollte gemäß der Bestimmung des Artikels 102 des Gesetzes über die Versorgung von Arzneimitteln nach zwei Jahren in Kraft gesetzt werden. Dieses Vorhaben scheiterte an den Widerständen der Ärztegruppen,

Die Organisationen der Arbeitgeber erweisen sich nach wie vor als konfliktfähiger als die Arbeitnehmer im Sinne der Interessendurchsetzung. Sie setzen sich, wie die Interessenorganisationen der Arbeitnehmer, auch für niedrige Versicherungsbeiträge ein.[267]

(3) Die Herausbildung der mächtigen Medizinzentren und symbiotische Interessenverflechtung als Akteurkonstellation

Hinsichtlich der Entwicklung der Leistungsanbieter vollzog sich während der 70er und 80er Jahre eine Vergrößerung und ein Machtgewinn der größeren Krankenhäuser, insbesondere der Medizinzentren (vgl. Chen, D-R 1989: 59 ff.). Der Machtgewinn der Krankenhäuser, vor allem der Medizinzentren, im Sinne von Stärkung ihrer Einflußnahme auf die Gesundheitspolitik fand zeitweilig besonders im Zuge der Errichtung der Medizinischen Netzwerke, die eigentlich als Hauptziel auf eine gleichmäßige medizinische Ressourcenverteilung abzielte, statt. Zur Errichtung der medizinischen Netzwerke sah die Regierung vor, den Medizinzentren, als wichtigste Leistungseinrichtung, eine kontrollierende Rolle zuzuweisen. Dementsprechend räumte der Staat den Medizinzentren im Laufe der Zeit erhebliche Macht ein, in der Hoffnung, daß diese Medizinzentren bei der Durchführung des PSMN kooperativ teilnehmen würden (vgl. Chen, D-R 1989: 9; 111 ff.), wie z.B. die Bereitstellung von qualifizierter personaler Unterstützung in der Einrichtung von regionalen und Distrikten Krankenhäusern. Es lag daher ein reziproker Interessenaustausch zwischen dem Staat und den Medizinzentren vor. Die Art von Beziehung wird als symbiotische Beziehung bezeichnet, d.h. der Staat und die Medizinzentren sind in gewissem Maße aufeinander angewiesen.

Vor diesem Hintergrund wurden die häufigen Anträge der Medizinzentren zur Errichtung neuer Krankenhäuser bzw. medizinischer Einrichtungen begünstigt. Die Medizinzentren betrachteten die Erhöhung ihres Leistungsangebots als erweiterte Gewinnquelle. Aufgrund dessen investierten sie immer stärker in den Bau neuer

nachdem gesetzlich erlassen wurde, daß die ursprünglich von den Ärzten erbrachten Leistungen unter der Überprüfung der Apotheker gestellt werden sollten.

[267] Chen, X-L 1995b: China Times, 28. 01. 1996.

medizinischer Einrichtungen bzw. vergrößerten schon bestehende Einrichtungen. Darum ist daraus zu schließen, daß die Errichtung der medizinischen Netzwerke in den 80er Jahren die Ausdehnungsmöglichkeit der größeren Krankenhäuser und der Medizinzentren erheblich beschleunigt hatte (vgl. Chen, D-R 1989: 111 ff.) und, daß die ungleichmäßige Verteilung medizinischer Ressourcen nur zum Teil bekämpft wurde. Die Medizinzentren zählen heutzutage mit ihren ergiebigen personellen, materiellen Ressourcen und medizinischen Techniken zu den mächtigsten Akteuren auf dem Gesundheitssektor Taiwans. Die Übermacht der Medizinzentren zeigt sich offenkundig in den untergeordneten und abhängigen Beziehungen der anderen Leistungserbringer gegenüber den Medizinzentren. Die Medizinzentren bieten den ihnen unterlegenen Leistungsanbietern sowohl personelle Unterstützung als auch personelle Ausbildung an. Die personelle Unterstützung ist eine häufige wechselseitige Beziehung zwischen den Medizinzentren und den unterstützten Krankenhäusern und Arztpraxen (vgl. Chang, L-Y/Chu, Y-C 1994: 184), die in der Regel asymmetrisch verläuft (vgl. Chang, L-Y/Chu, Y-C 1994: 177).

Mit der dominanten Position, sowohl in der Personalausstattung als auch im Hinblick auf die medizinischen und technischen Ressourcen, gewonnen die Medizinzentren im Laufe der Zeit an politischer Macht und wirken als mächtigste Akteure auf dem gesamten Gesundheitssektor Taiwans. Diese Medizinzentren liegen teils in öffentlicher Hand, wie das Rong-Zong Krankenhaus und das San-Tsung Krankenhaus (beide sind spezifische Medizinzentren für die Betreuung des militärischen Personals); und teils in den Händen mächtiger privaten Konzerne. Als das einflußreichste Medizinzentrum gilt das Chang-Geng Krankenhaus, das dem Tai-Suo Konzern[268] angehört.

Darüber hinaus gelten die Medizinzentren als wesentliche Einrichtungen, die die von unteren Leistungsanbietern überwiesenen Patienten aufnehmen. Es herrscht ein Ungleichgewicht zwischen den Medizinzentren und den peripheren Leistungsanbietern (vgl. Chang, L-Y/Chu, Y-C 1994: 177), seien es niedergelassene Arztpraxen, seien es regionale oder Distrikten Krankenhäuser. Daneben besteht eine regionale abhängige Beziehung zwischen den an medizinischen Ressourcen reichen Regionen und armen Regionen (vgl. Chang, L-Y/Chu, Y-C 1994: 175). Die Taipei-Region gilt als die

[268] Der Tai-Suo Konzern entstand in den 60er Jahren und ist spezialisiert auf die Herstellung chemischer Produkte.

reichste Region, die anderen Regionen helfen kann. Dagegen weisen Regionen wie Nantou, Yunglin und Jiayi unzulänglichkeiten auf; sie sind zwangsläufig auf die Unterstützung der anderen Regionen angewiesen (vgl. Chang, L-Y/Chu, Y-C 1994: 183). Die Medizinzentren wirken hierarchisch als die obersten Leistungsanbieter und dominieren damit in der medizinischen Versorgung.

Je stärker die peripheren Leistungsanbieter und unterversorgten Gebiete von den Medizinzentren abhängig sind, desto mehr ist der Staat bzw. sind die zuständigen Ministerien auf die Kooperation dieser Medizinzentren bei den Politikformulierungen und der Implementierung der Gesundheitsreform angewiesen. Entsprechend benötigen die Medizinzentren die Zustimmung des Staats, so daß diese spezifische Vergütungsmaßstäbe zu ihren Gunsten getroffen werden. Als Folge dessen verstärkt sich die symbiotische interessenverflechtende Beziehung zwischen dem Staat und den Medizinzentren als einflußreichste Akteure weiter.

5.4.2 Interessenvermittlung und politische Entscheidungsstruktur vor 1990

Die Interessenvermittlung und die politische Entscheidungsstruktur in Taiwan vor 1990 war weitgehend durch die Machtkämpfe zwischen dem Staat und den Ärztegruppen geprägt. Es ist demnach angebracht, die Analyse der politischen Entscheidung auf die ambulante Versorgung zu fokussieren, da sich diese Kämpfe vor allem in der ambulanten Versorgung bestätigen lassen. Die Ärztegruppen übten einen nicht zu unterschätzenden Einfluß auf die politischen Entscheidungen aus, vor allem in bezug auf die Festlegung der Vergütungsmaßstäbe. Die anderen professionellen Gruppen (Krankenschwestern, Pflegekräfte usw.) konnten sich seinerzeit nicht zu Interessengruppen organisieren und konnten daher keinen Einfluß auf die politische Entscheidung ausüben. Dieses Machtverhältnis ändert sich im Zuge der Gesundheitsreform durch die Vervielfachung der Akteure allmählich.

In der folgenden Analyse sollen zwei Zeiträume unterschieden werden, wobei vor allem der Zeitraum nach 1985 eine gesonderte Rolle einnimmt.

(1) Etatistische politische Entscheidung im Zeitraum von 1945 bis 1985

Die Interessengruppen in allen gesellschaftlichen Bereichen bzw. Sektoren in Taiwan vor den 80er Jahren lassen sich hinsichtlich der Interessenvertretung politisch als steuerungsunfähig bezeichnen, da sie i.d.R. der Kontrolle der Regierung unterlagen. Eine solche Interessenkonstellation und politische Entscheidungsstruktur pflegen die taiwanesischen Wissenschaftler als Staatskorporatismus[269] (vgl. Lü, J-D 1999: 103) zu bezeichnen. In einer solchen politischen Steuerungsform ermöglichte das KMT-Regime, als der einzige einflußreiche Akteur, die Gründung der Ärztekammer. Die Mitgliedschaft der Ärzteschaft wurde zur Zwangsmitgliedschaft (Artikel 8 und 9 des GüAR 1943).

Die Ärztekammern auf der Landes- und Kreisebene fungierten anfangs als untergeordnete Organe der Regierung. Sie besaßen daher geringe interessenvertretende Funktionen. Gemäß der Regelung des GüAR wird in einem Verwaltungsbezirk nur eine Ärztekammer errichtet (Artikel 32 des GüAR)[270]. Die ländlichen Ärztekammern bilden zusammen die Provinzärztekammer (Artikel 34 des GüAR); schließlich wird die nationale Allgemeine Ärztekammer (künftig AÄK) durch die Provinzärztekammer mit den Ärztekammern der beiden Stadtstaaten (Taipei Ärztekammer und Gaoxiong Ärztekammer) gebildet (Artikel 35 des GüAR).[271] Vor diesem Hintergrund bestanden bis in die Mitte der 80er Jahre hinein keine Vereinigungsorganisationen zwischen den Ärztekammern, die die Interessen der Ärzte politisch wirksam vertraten. Zudem besaß die AÄk keine Vertretungsfunktionen für die Ärzte auf nationaler Ebene (vgl. Lin, G-M 1996: 10). Gemäß dem GüAR konnte die Regierung die innerhalb der Ärztekammer verabschiedeten Abschlüsse aufheben. Die Regierungsdelegierten und die Funktionäre der KMT waren oft bei der Sitzung der Ärztekammer anwesend. Dadurch wurde die Kollektivmacht der Ärztegruppen absichtlich vom Staat untergraben.

[269] Lin, Guo-Ming bezeichnet eine solche Interessenvermittlungsweise als einen exklusiven Staatskorporatismus.

[270] Das GüAR wurde 1943 von der KMT-Regierung erlassen. 1992 wurde dieses Gesetz abgeändert und durch die Präsidentenanordnung erlassen. Die Regelungen über die Errichtung von Ärztekammern sowohl auf nationaler Ebene als auch auf Landesebene blieben bisher dennoch unverändert.

[271] Gemäß dem 1979 abgeänderten GüAR können die Ärztekammern in Taipei, Gaoxiong und die Provinz Taiwan mehrere Kandidaten in die AÄK nominieren.

Als Konsumenten waren die Versicherten der Sozialversicherungen noch wesentlich unorganisierter, ebenso die Nichtversicherten. Sie hatten keine Einflußmöglichkeiten auf die gesundheitspolitische Entscheidung. Die Gesundheitspolitik wurde, trotz der Einwände der AÄK gegen die zu niedrigen Vergütungssätze für die ärztlichen Leistungen, allein von den staatlichen Behörden zentral entschieden.[272] Es herrschte seinerzeit also ein etatistisches Entscheidungsmuster in Taiwan. Da die Ärzte in Taiwan außer den Regelungen über Vergütungssätze, die auf die bestehenden Sozialversicherungen beruhten, keinen weiteren strengen Regelungen unterlagen,[273] verfügten sie über hohe fachliche Autonomie in klinischen Tätigkeiten. Sie konnten ihre ökonomischen Interessen umsetzen, indem sie ihre klinische Autonomie ausnutzten. Sie fanden es daher nicht dringend notwendig, sich zur Durchsetzung ihrer Interessen zu gruppieren. Außerdem untermauerte das gegen Demokratie gerichtete politische Regime die Entfaltung der Vereinigung von Interessengruppen.

(2) Lobbyistisch-etatistische politische Entscheidung im Zeitraum von 1985 bis 1990

In den 80er Jahren, vor allem seit 1985, vollzog sich eine Veränderung sowohl in bezug auf die Interessenvermittlung als auch hinsichtlich der politischen Entscheidung, nachdem sich Mitte der 80er Jahre die politische Demokratisierung und die wirtschaftliche Liberalisierung allmählich durchsetzte. In der Gesellschaft waren die Ideen von Deregulierung und Demokratisierung geläufig. Innerhalb der Ärztegruppen herrschte die liberale Idee als leitende Wertvorstellung, die sich gegen jegliche staatliche Eingriffe richtete. So begonnen Mitte der 80er Jahre die Ärzteverbände, die Interessen der ambulanten Ärzte zu vertreten, indem sie die politische Entscheidung über die Vergütungssätze mit beeinflußten. Als hauptsächliches und exemplarisches konfliktbehaftetes Politikfeld galt in den 80er Jahren die Festlegung der Bemessungsmaßstäbe bzw. Vergütungssätze für ärztliche Leistungen (vgl. Guo, D-Zh 1992: 73, 82; Lin, G-M 1996: 29 f.).

---

[272] Nach dem Erlaß des Gesetz über Arbeiterversicherung von 1958 wies der damalige Vorsitzende der AÄK darauf hin, daß die ärztlichen Vergütungssätze zu niedrig waren. Er appellierte an alle Ärzte für einen Behandlungsstreik; vgl. dazu Xie, Y-Y 1993: Independence Evening Post, 27. 03. 1993.

[273] Siehe Yeh, J-C 1993: 112. Yeh meint, daß die taiwanesische Regierung vor 1980 über kein deutliches gesundheitspolitisches Konzept verfügte. Die Regierung überließ es dem freien Markt, die gesundheitliche und medizinische Versorgung zu regulieren.

Institutionell betrachtet galt der Allgemeine Ärzteverband auf der nationalen Ebene seinerzeit als ein mächtiger Interessenvertreter der niedergelassenen Ärzte (vgl. Guo, D-Zh 1992: 72). Im Gegensatz zu den ärztlichen Vereinigungen in Deutschland wurden den Ärztekammern auf Taiwan keine Befugnisse zum Abschließen kollektiver Verträge zugewiesen, die für ihre Mitglieder verbindlich waren. Es befand sich zudem keine Regelung zur Gestaltung von Selbstverwaltung bzw. -regulierung in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die zwei häufigsten Strategien, die die Ärztegruppen zur Beeinflussung der Vergütungssätze angewendet hatten, waren die Verhandlungen mit den zuständigen Behörden oder mit den Regierungsbeamten auf informelle Weise (vgl. Lin, G-M 1996: 30) und der Interessenvertretung durch Abgeordnete im Parlament auf formal institutionelle Weise. So versuchte der Allgemeine Ärzteverband seine Interessenvorstellungen den staatlichen Verhandlungspartnern, nämlich der ZfG auf der einen Seite und der AV auf der anderen Seite, mitzuteilen und mit ihnen Verhandlungen zu führen, in der Hoffnung, daß die Vergütungssätze ihren Wünschen entsprechend reguliert werden würden (Guo, D-Zh 1992: 79). Die zuständigen Behörden luden gelegentlich die Ärztegruppen zur Beratung über die Festsetzung der Vergütungssätze der medizinischen Leistungen ein, wie z.B. die Beratung der ZfG bezüglich der Tabelle über Vergütungsmaßstäbe von 1990 bei den Ärztegruppen (vgl. Lin, G-M 1996: 32). Es waren damals keine formal institutionalisierten Verhandlungssysteme vorhanden, so daß von den relevanten Akteuren keine Vergütungssätze ausgehandelt werden konnten. Zum anderen versuchten die Ärztegruppen durch die Abgeordneten im Parlament die Regierungsentwürfe zu ändern und damit ihre Interessen durchzusetzen.

Als mächtigste und stärkste Interessengruppe gelten die Medizinzentren, die, wie in Abschnitt 5.4.1 (3) bereits erörtert, während der 80er Jahre an Einflußnahme auf politische Entscheidungen allmählich gewonnen haben. Diese Einflußnahme spiegelte sich eindeutig in der Festlegung der Vergütungssätze für die von den Medizinzentren erbrachten Leistungen wider, sei es ambulante, sei es stationäre. Seit der Umsetzung der AV im Jahre 1958 wurden die Vergütungssätze für die Leistungen, die in sogenannten größeren Krankenhäusern bzw. Medizinzentren, wie das Tai-Dai und Rong-Zong Krankenhaus, erbracht wurden, getrennt von den anderen Leistungseinrichtungen gesetzt. 1960 wurden die Vergütungsmaßstäbe sowohl für die oben genannten zwei größeren Krankenhäuser als auch für die provinzangehörigen Krankenhäuser separat zwischen den Arbeiterbehörden und den Krankenhäusern ausgehandelt (vgl. Li, Zh-

L/Wu, K-X 1994: 115). Diese größeren Krankenhäuser entzogen sich deshalb der Regelung der Tabelle über Vergütungsmaßstäbe (vgl. Li, Zh-L/Wu, K-X 1994: 116). Dieser Tatbestand setzte sich bis zum Ende der 1980er Jahre fort. Die in solchen größeren Krankenhäusern anfallenden Leistungen wurden im Regelfall günstiger vergütet als die in distrikten Krankenhäusern und niedergelassenen Arztpraxen.

Die privaten Medizinzentren, wie das Chang-Geng und das Guo-Tai Krankenhaus, das dem Kuo-Tai Konzern angehört, sahen darin monetäre Vorteile für sich und dehnten seit 1978 immer weiter ihre Leistungseinrichtung aus, so daß sie akkreditierte Krankenhäuser ersten Ranges werden konnten (vgl. Lin, G-M 1996: 13 f.). Es wird dadurch deutlich, daß die Zustimmung zu separaten Aushandlungen über Vergütungsmaßstäbe für die größeren Krankenhäuser zur weiteren Vergrößerung der Krankenhäuser beitrug (vgl. Lin, G-M 1996: 14; Chen, D-R 1989: 59 ff.). Vor allem das in der Hand des Tai-Suo Konzerns liegende Chang-Geng Krankenhaus hat inzwischen im Norden und Süden Taiwans mehr als 3 größere Krankenhäuser mit gleichem Namen errichtet.

Eine weitere Konsequenz der Vergrößerung der Krankenhäuser, infolge des seinerzeitigen fragwürdigen Vergütungssystems, ist eine Differenzierung der Interessen zwischen den Medizinzentren einerseits und den kleinen Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten andererseits. Vor diesem Hintergrund wurden die niedergelassenen Ärztegruppen gezwungen, sich seit Ende der 80er Jahre gegen die mächtigen Medizinzentren zu organisieren und somit sich zu mobilisieren (vgl. Lin, G-M 1996: 15). Die niedergelassenen Ärzte sind gegenüber den Medizinzentren hinsichtlich der Interessenvertretung wenig durchsetzungsfähig geworden. Dies liegt hauptsächlich in den Mängeln einer kollektiven Verhandlungskonstellation der niedergelassenen Ärztegruppen (vgl. Lin, G-M 1996: 16).

Dagegen gelang es den Versicherten als Konsumenten nicht, sich als Interessengruppe erfolgreich zu organisieren. Als Interessenvertreter der Versicherten galt dagegen die AVE für die Fukien-Gebiete Taiwans für die AV und die ZKE für die BV. Als staatliche Akteure, bestimmten sie einseitig die Punktwerte der erbrachten Leistungen und die Preise (Vergütungssätze) für die ärztlichen Leistungen. Die Ärzte widersetzten sich oftmals den festgesetzten Vergütungssätzen und beklagten sich über die

Verachtung der professionellen Autonomie der Ärzte durch die Eingriffe in die ökonomischen Bedingungen der Ärzte seitens des Staates und seinen zuständigen Behörden. Da sich in der ZfG die Vertreter der Ärzte befanden, gelang es gelegentlich den Ärztegruppen, die Vergütungssätze zu ihren Gunsten zu erhöhen.[274]

Aus dem Ausgeführten läßt sich zusammenfassen, daß die Interessenvermittlung im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung in den 80er Jahren als eine Mischform von Etatismus (wie im Falle des National Health Service in England) und Lobbyismus (wie in den Vereinigten Staaten) zu bezeichnen ist. In solch einer lobbyistisch-etatistisch politischen Entscheidung herrschte offenkundig eine ungleiche Verteilung von Macht sowohl zwischen den staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren als auch unter den gesellschaftlichen Akteuren, wie zwischen den Ärztegruppen und den Versicherten und zwischen den niedergelassenen Ärztegruppen bzw. kleinen Krankenhäusern und den größeren Krankenhäusern, wie den Medizinzentren.[275]

Obwohl die staatlichen Akteure, wie die AVE und die ZfG die Vergütungssätze für die ärztlichen Leistungen der Versicherten der AV festlegten, artikulierten die ärztlichen Gruppen ihre Interessen zum einen durch die sie vertretenden Abgeordneten und Massenmedien, wie Presse, und zum anderen durch die Beeinflussung der Politikentwürfe der Regierung bei den politischen Beiräten, indem sie Einfluß auf die zuständigen Behörden ausübten. Dies besagt, daß zwar formell der Staat über die ausschließliche Kompetenz zur Entscheidung der Vergütungssätze verfügte, daß aber die Ärztegruppen, vor allem die des Krankenhaussektors, einen erheblichen Einfluß auf die politische Entscheidung ausüben konnten und dazu den Erfolg und den Mißerfolg bei der Durchführung der Politik mitbestimmten. Damals war keine Selbstverwaltung innerhalb oder zwischen den Interessengruppen, wie der Ärztekammer, vorhanden (vgl. Lin, G-M 1996: 11), die einerseits zur Erhöhung der Einflußmöglichkeit der gesellschaftlichen Akteure auf die Gesundheitspolitik beitragen und andererseits die Selbstregulierung der gesellschaftlichen Akteure ermöglichen konnte.

[274] Wu, K-X, Interviews vom 23. 04. 1997; vgl. dazu auch Chen, L-M, Interview vom 06. 03. 1997.

[275] Das Ungleichgewicht des Machtverhältnisses unter den gesellschaftlichen Akteuren spielte sich vornehmlich in dem asymmetrischen Verhältnis zwischen den Ärzten und den Versicherten bzw. Patienten ab. Dies führte zur Dominanz der Ärzte in der klinischen Tätigkeit.

5.4.3 Gemischte politische Entscheidungsfindung von lobbyistischer und hierarchischer verhandlungsförmiger Interessenvermittelung in den 90er Jahren

Die Interessenvermittlung und die politische Entscheidungsstruktur auf dem Gesundheitssektor Taiwans durchlebte im Zuge der Gesundheitsreform, die Mitte der 80er Jahre in Gang gesetzt wurde, eine tiefgreifende Veränderung. Vor allem Anfang der 90er Jahre verschärfte sich diese Änderung. Diese Änderung resultiert, wie in Abschnitt 5.4.1 (2) dargestellt, einerseits aus der Vielfalt der beteiligten Akteure und andererseits aus der Zunahme der gesellschaftlichen Kräfte, die vor der Aufhebung des Rechtes über den Kriegszustand von 1987[276] geschwächt und sogar verboten wurde. Die Änderungen spielen sich auf verschiedenen Ebenen ab und beeinflussen sich gegenseitig. Vor diesem Hintergrund wird im folgenden versucht, die Änderung bzw. die Merkmale der taiwanesischen Gesellschaft ab 1985, ihre Auswirkung auf die Interessenvermittlung und die politische Entscheidungsstruktur darzustellen.

(1) Vorherrschende Vorstellungen seit Anfang der 1990er Jahre

Bevor auf die Darstellung der Änderung der politischen Entscheidungsstruktur eingegangen wird, soll das Auftreten neuer normativer miteinander kollidierender Vorstellungen als Leitbilder der taiwanesischen Gesellschaft ins Auge gefaßt werden. Der Marktmechanismus, die Demokratie, das Privatisieren, die Entscheidung durch Verhandlung und die Selbstverwaltung sind inzwischen als leitende Wertvorstellungen in der Gesellschaft vorzufinden; und sie beeinflussen zugleich die Handlungsorientierung der Bürger, vor allem die der Interessengruppen. In Taiwan herrscht die pluralistische demokratische Vorstellung, daß jede Interessengruppe ihre Interessen gemäß der Demokratieregel durch Demonstration, Streik oder Abgeordnete im Legislativyuan (Parlament) artikulieren kann und dadurch ihre Interessen bewahrt.[277] Von der Demonstration oder der Drohung von Streiks wurde häufig Gebrauch gemacht z.B. seitens der Ärztegruppen.

---

[276] Bereits 1986 proklamierte der damalige Präsident Jiang, Jing-Guo, künftig das Gesetz des Kriegszustandes auf Taiwan abzuschaffen (vgl. Xia. X-H 1995: 355 ff.).

[277] Die primären Ärztegruppen organisierten im Juli 1989 einen kollektiven Streik, siehe dazu Lin, G-M 1996: 31 f..

Daneben herrscht die Ideologie des Marktmechanismus, die oft die Eingriffe des Staates in Frage stellt. Dies läßt sich aus der Debatte um das System der Versicherungsträger deutlich entnehmen. Die Wissenschaftler, die Ärztegruppen und die Großkrankenhäuser sind für die Pluralisierung der Versicherungsträger mit dem Argument, daß die Einführung des Wettbewerbs die Effektivität und die Qualität der Leistungsversorgung verbessern könnte.

Des weiteren setzen sich einige staatliche Akteure und Wissenschaftler für das Privatisieren der Versicherungsträger und die Einbettung des Selbstverwaltungsmechanismus in die NHI ein. Eine Folge davon ist der Abschluß des von der ZfG vorgelegten Reformentwurfes zum GüNHI im Exekutivyuan, der auf die Änderung des Systems der Versicherungsträger ausgerichtet war. Nach diesem Beschluß vom 10. Juli 1997 sollten in der Zukunft mehrere private Versicherungsträger zur Übernahme der Versicherungsgeschäfte zugelassen werden, die unter der Aufsicht des künftig zu etablierenden Fonds für die NHI, der als eigenständiger Akteur eintritt und die Befugnis zur Durchführung und Überwachung der Versicherungsgeschäfte beinhaltet, stehen werden.[278] Aber dieser Beschluß fand keine mehrheitliche Akzeptanz. So kamen Einwände seitens der Ärztegruppen, wie dem Allgemeinen Ärzteverband, und seitens der Abgeordneten, die sich zu einer „runden Tisch-Sitzung" innerhalb des Legislativyuan zusammenschlossen.[279] Trotz aller Einwände wurde dieser Entwurf am 10. Juli 1997 im Legislativyuan verabschiedet. Damit wurde die Grundlage zur Etablierung der Selbstverwaltung gesetzlich festgelegt. Die ambulanten ärztlichen Gruppen stimmten auch für eine Selbstverwaltung und sahen darin den Vorteil, kollektive Verhandlungen mit den betroffenen Sozialpartnern durchzuführen.[280] Sie

[278] Zur Darstellung der Organisation des Fonds für die NHI siehe unten Abschnitt 5.4.3, (3) und Abschnitt 8.6.

[279] Der Abgeordnete von der Demokratisch Progressiven Partei Li, Ying-Yuan bildete im Juni 1997 eine „runde Tisch Sitzung", um über den Entwurf des Exekutivyuan zu debattieren. Er argumentierte, daß die Regierung versuchte, durch die Etablierung des Systems der pluralistischen Versicherungsträger der Aufsicht des Legislativyuans auszuweichen. Nach ihm würde die Regierung nach wie vor in der politischen Entscheidung dominieren und dadurch wenig Verantwortung übernehmen. Er meinte zugleich, daß die Entscheidungsbefugnis des Legislativyuans in bezug auf die Politik über die NHI geschwächt würde; siehe Lü, B-Y 1997: Liberal Times, 25. 06. 1997.

[280] 1990 vertraute die nationale allgemeine Versammlung der Ärztekammer mit dem Beschluß zur Revidierung der Satzung, dem Allgemeinen Ärzteverband das Recht auf kollektive Verhandlung mit dem Versicherungsträger an. Dieser revidierte Artikel wurde aufgrund des Widerstandes des Ministeriums für Innenangelegenheiten abgeschafft, siehe dazu Lin, G-M 1996: 32.

waren gegen das Privatisieren des Systems der Versicherungsträger mit dem Argument, daß die von den Konzernen unterstützten Großkrankenhäuser die Versorgung der Leistungen monopolisieren würden.

Die Interessen- bzw. Wertvorstellungen der Akteure sind aufgrund der bestehenden konfliktbehafteten Vorstellungen so divergent, daß einerseits die Politikentwürfe der Regierung oft nicht durchsetzungsfähig sind, und daß andererseits sowohl die von der ZfG erlassenen Verordnungen als auch die vom Legislativyuan verabschiedeten Gesetze nicht durchsetzungsfähig sind. So war z.B. die Durchsetzung der Trennung von Verschreibung und Dispensation der Arzneimittel am Widerstand der Ärztegruppen gescheitert. Mit dem Wandel der Vorstellungen der relevanten Akteure ist eine Änderung in der politischen Entscheidungsstruktur einhergegangen. Bei der Analyse der politischen Entscheidungsstruktur lassen sich die Entscheidungsmuster im taiwanesischen Gesundheitswesen von zwei Tatbeständen verstärkt beeinflussen. Dies sind die themenspezifische lobbyistische Übermacht und die Institutionalisierung der „verhandlungsförmigen" (Döhler/Manow 1992a: 588) Entscheidungsfindung, sowohl auf der formellen als auch auf der informellen Ebene.

(2) Verstärkte Einflußmacht der konzernangehörigen Medizinzentren

Themenspezifisch vollzog sich Anfang der 90er Jahre eine informelle Veränderung in bezug auf den Konfliktbereich unter den beteiligten Akteuren. Während die größeren Krankenhäuser vor den 90er Jahren in bezug auf die Vergütungsmaßstäbe der medizinischen Leistungen Mitwirkungsmöglichkeit sahen, schlug sich ihre Einflußmacht in den 90er Jahren sowohl auf die Vergütungssätze für die einzelnen Leistungen als auch auf die Inanspruchnahme der Leistungen und Aufgabenteilung der Leistungserbringung nieder. So waren zum einen die Vergütungssätze für die medizinischen Untersuchungen und die ambulanten Konsultationen in der Abteilung der Krankenhäuser günstiger honoriert als die für die niedergelassenen Ärzte. Zum anderen versuchte das Chang-Geng Krankenhaus die Versorgungsorganisation zu beeinflußen, indem sich es für die Einführung des HMOs-Modells einsetzte.[281] Würde das HMOs-Modell umgesetzt werden, wären diese Medizinzentren die mächtigsten Leistungserbringer und die peripheren Leistungserbringer, wie die regionalen und

[281] Siehe dazu Chen, H-J 1999: China Times, 25. 11. 1999.

distrikten Krankenhäuser und niedergelassenen Arztpraxen, würden ihnen unterliegen. Die Abhängigkeit der peripheren Leistungseinrichtungen von den Medizinzentren wäre größer.

Als besonders konfliktfähig gilt das dem Konzern Tai-Suo angehörende Chang-Geng Krankenhaus, da es im Vergleich zu staatlichen Behörden ein breiteres und überlegenes Fachwissen über Krankenhaus-Management besitzt und zur Artikulation seiner Interessen über zahlreiche Lobbyisten sowohl in der staatlichen Bürokratie als auch im Parlament verfügt. Die enge Interessenverflechtung zwischen dem Chang-Geng Krankenhaus und der staatlichen Bürokratie ist als eine symbiotische Beziehung zu bezeichnen, was die gegenwärtige politische Entscheidung in bezug auf die Gesundheitspolitik erheblich determiniert. Die dominante Position solcher medizinischen Konzerne hindert den Staat, angemessene alternative Gegenmaßnahmen zur Eindämmung zunehmender Ausgabensteigerung zu ergreifen, wie z.B. die Einführung des Hausarztsystems und die tatsächliche Umsetzung des Überweisungssystems.

(3) Versuche zur Institutionalisierung des hierarchischen Verhandlungsmechanismus

Mit der Einrichtung der SEP der NHI als staatliche Koordinationsinstanz auf der nationalen Ebene, die seit 1990 der ZfG unterliegt, intensiviert sich einerseits die hierarchische Steuerung des Gesundheitswesens Taiwans.[282] Dennoch wurden in den 90er Jahren andererseits die gesundheitspolitischen Entscheidungen verstärkt durch die *Verhandlungen* sowohl auf formelle als auch auf informelle Weise häufig zwischen Interessengruppen getroffen. Eine Verhandlung als Entscheidungsmuster wird zur Vermittlung und Durchsetzung ihrer Interessen und von den zuständigen Behörden zur Legitimation ihrer Politik in Anspruch genommen (vgl. Lin, G-M 1996: 31). Es ist aber zu beachten, daß sowohl die formellen als auch die informellen Verhandlungen unter der Leitung der SEP und später der ZfG erfolgten. Von daher sind die Verhandlungen zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen Taiwans im gewissen Maße durch Hierarchie geprägt worden. D.h. zugleich, es herrscht gegenwärtig in Taiwan zum einen eine hierarchische verhandlungsförmige Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen.

282 Genauer siehe Abschnitt 5.4.1 (2).

Zum anderen wurden themenspezifische Verhandlungen bei der Festsetzung der Vergütungssätze ärztlicher Leistungen Anfang 1995 intensiv genutzt. Zum Beispiel forderte am 27. 01. 1995 die Gesetzgebungskommission der Arbeiterbewegung die ZfG auf, über die Aushandlung der Vergütungssätze informelle Verhandlungen zwischen Arbeitergruppen, der ZfG und den Vertretern von Ärzten zu führen.[283] So setzten sich 1996 die „nationale Allgemeine Arbeitgebervereinigung" und die „Allgemeine Industrievereinigung" für die Aufrechterhaltung der Vergütungssätze für ärztliche Leistungen von 180 NT$ ein.[284] Insbesondere seit der Einführung der NHI veranstaltet die ZfG von Zeit zu Zeit Verhandlungen, an der die betroffenen Akteure beteiligt sind, um die konfliktbehafteten Probleme zu beseitigen, oder einen dafür konsensfähigen Kompromiß zu finden. Oft wurden die Verhandlungen mit den gesellschaftlichen Akteuren, wie Ärztegruppen, als Instrument zur Legitimation ihrer Politik eingesetzt (vgl. Lin, G-M 1996: 32). Später wurden allmählich formale Verhandlungsorgane institutionalisiert.

Als eine andere formelle institutionelle Interessenvermittlungsweise gilt nach wie vor die Interessenvertretung durch die Abgeordneten im Legislativyuan. Die jeweiligen Interessengruppen, vor allem die konzernangehörigen Krankenhäuser, haben ihre interessenvertretenden Abgeordneten, durch die sie die Politikergebnisse situationsabhängig beeinflussen können. Vor allem die Vertreter der Medizinzentren, wie die des Tai-Dai Krankenhauses, des Chang-Geng Krankenhauses und des Xin-Guang Krankenhauses, sind durch die Abgeordneten im Parlament stark repräsentiert.

Formell vollzog sich zum einen in diesem Zeitraum die Institutionalisierung des Verhandlungsmechanismus durch die gesetzliche Verankerung. So wurde z. B. die Aufsichtskommission für die NHI gesetzlich eingeführt als formale Absprachen- bzw. Verhandlungsinstanz, die der ZfG untergeordnet ist (Artikel 4 Abs. 1 des <u>GüNHI</u>). An dieser Aufsichtskommission sind die Vertreter der Versicherten, Arbeitgeber und Leistungserbringer, Delegierte der Regierung und Experten beteiligt (Artikel 4 Abs. 2 des <u>GüNHI</u>). Die Aufgabe der Aufsichtskommission für die NHI liegt einerseits in der Aufsicht der Versicherungen; andererseits nimmt die Aufsichtskommission die Funktion der Konfliktschlichtung wahr. Zwar sind die Abschlüsse der Aufsichtskommission den

283 Siehe Zhang, M-Zh 1995: China Times, 28. 01. 1996.
284 Siehe Chen, X-L 1995b: China Times, 28. 01. 1996: 4.

Beteiligten nicht verbindlich; sie fungieren aber de facto als Interessenvermittlungsinstanz.

Ein anderes formales Verhandlungsorgan stellt die im Juni 1996 errichtete VKfG dar, die die Budgetierung für die Gesundheitsausgaben festsetzen soll (Artikel 47 des GüNHI). Es fand somit eine Institutionalisierung des verhandlungsförmigen Entscheidungsmusters statt. Die VKfG soll auch die Vergütungssätze und die Verteilung der vereinbarten Budgets feststellen. Bei den Verhandlungen wirken die betroffenen Akteure, wie die Vertreter sowohl der Versicherten als auch der Leistungserbringer, Experten und Delegierte der Regierung, bei der Festsetzung des jährlichen Budgets mit (Artikel 48 des GüNHI). Es sollte angestrebt werden, innerhalb der VKfG kollektive Verhandlungen stattfinden zu lassen, um dadurch mit allen Betroffenen eine verbindliche Entscheidung treffen zu können. Die Festsetzung der Vergütungssätze und der Budgetverteilung unterliegt nach Lin dem Verhandlungsprinzip (vgl. Lin, C-H 1996: 156).

Weiter ist bei dem Reformentwurf[285] zum GüNHI von 1997 vorgesehen, in Zukunft einen zu institutionalisierendem Fonds für die NHI einzurichten, der sowohl als Verhandlungsmechanismus als auch als Selbstverwaltungsorgan fungiert. Dieser Fonds soll die bestehende Aufsichtskommission für die NHI ablösen und soll für die Festsetzung der Beitragssätze der Versicherung zuständig sein, indem er die Aufgaben der VKfG übernimmt; und es sollte dadurch erreicht werden, eine eigenständige und autonome Finanzierung im Rahmen der NHI zu schaffen.[286]

Die Errichtung des Fonds für die NHI soll eine weitere Etablierung der verhandlungsförmigen Entscheidungsstrukturen in der Gesundheitsversorgung darstellen. Der Vorstand dieses Fonds setzt sich aus Vertretern des Staates, der Versicherten, der Arbeitgeber als Beitragszahler und den Experten zusammen. Die Leistungsanbieters sind nicht im Vorstand des Fonds für die NHI vertreten, da künfgtig der Fond für die NHI als monopolistischer Nachfrager bzw. Einkäufer nach den

---

[285] Dieser Reformentwurf wurde von dem Executivyuan an den Legislativyuan am 19. April 1999 vorgebracht und vom Legislativyuan am 22. Juni bewilligt. In diesem Reformentwurf sind zwei Teile enthalten. Im ersten Teil geht es um das Anspruchsrecht der Versicherten. Der zweite Teil behandelt vornehmlich die Umstrukturierung der Versicherungsorganisation. Am 22. Juni wurde nur der erste Teil des Reformentwurfes verabschiedet. Der zweite Teil konnte aufgrund der Meinungsverschiedenheiten unter den Beteiligten nicht verabschiedet werden.

[286] Zhang, Y-M 1997: Ming-Sheng Daily News, 25. 04. 1997.

Gesundheitsleistungen fungieren soll (ZfG 1999: 31). Dieser Vorstand soll über die Beiträge und die Vergütungssätze der medizinischen Leistungen verhandeln. Der Fonds für die NHI ist auch für die Einbeziehung der Beiträge zuständig.[287]

(4) Gemischte politische Entscheidung von lobbyistischer und hierarchischer verhandlungsförmiger Interessenvermittlung

Aus dem Ausgeführten lassen sich zwei Ergebnisse festhalten. Einerseits, daß die niedergelassenen Ärztegruppen im Zuge der politischen Mobilisierung allmählich konfliktfähig wurden. Sie gelten zur Zeit außer den größeren Krankenhäusern als weitere opponierende Akteure gegenüber dem Staat. Ihre Interessenvermittlung vollzieht sich auf verschiedene Weise, wie bereits angedeutet wurde. Während die Ärztegruppen vor 1990 noch konflikt- und steuerungsunfähig erschienen, gewannen sie in den 90er Jahren, vor allem aber seit 1995, mittels der Intensivierung der politischen Mobilisierung der Ärzte an Macht. Dennoch können die niedergelassenen Ärzte bzw. Hausärzte bis heute ihre Interessen nicht auf einen Nenner bringen, so daß sie bei der Konfliktauseinandersetzung den Medizinzentren nach wie vor unterliegen (vgl. Lin, G-M 1996: 34).

Parallel dazu differenzierten sich die Arbeiterorganisationen von den vom Staat kontrollierten Gewerkschaften und entfalteten sich zu steuerungsfähigen Interessengruppen. Der Staat verlor seine Befugnisse zur ausschließlichen politischen Entscheidung. Gleichwohl verfügen sowohl die Ärztegruppen als auch die staatlichen Akteure immer über mehr Einflußmacht auf die Politikergebnisse als die Versicherten.

Andererseits läßt sich eine weitere Schlußfolgerung daraus ziehen, daß die gegenwärtige gesundheitspolitische Entscheidung einerseits mittels der hierarchischen Verhandlungen zwischen dem Staat, den ambulant ärztlichen Vertretern, den Vertretern der Krankenhäuser, den Vertretern der Versicherten und den Experten formal durch die Verhandlungen im VKfG getroffen werden. Im Zuge der Demokratisierung, der politischen und wirtschaftlichen Liberalisierung und der Ausdifferenzierung des Gesundheitssektors als Merkmale des Modernisierungsprozesses, die oft Folge

[287] Siehe dazu Abschnitt 8.6.

staatlicher Eingriffe sind, büßt der Staat seine autoritäre Position ein (vgl. Xia, X-H 1995: 366; 374). Es wurde vorgeschlagen, daß anstatt eines administrativen politischen Entscheidungsmusters in Zukunft eine demokratische, verhandlungsförmige Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik Taiwans gebildet werden sollte (vgl. Lin, G-M 1996: 38). Wie in Punkt (3) dieses Abschnitts angedeutet, ist die verhandlungsförmige Entscheidungsfindung bereits ein in Taiwan etabliertes institutionelles Arrangement, sowohl formell als auch informell. Als zentrale Verhandlungsinstanzen gelten die VKfG und der gemäß dem Reformentwurf zu entstehende Fonds für die NHI, wobei die Beitragszahler über die Beitragshöhe selbst verhandeln sollen.

Es fand dennoch zugleich eine Änderung der Machtverhältnisse zwischen dem Staats- und Gesellschaftssektor, vor allem den Krankenhäusern bzw. den konzernangehörigen Medizinzentren, statt. Dies setzt sich momentan fort und hat bereits eine neue politische Entscheidungsstruktur hervorgebracht, die den Charakter einer symbiotischen Interessenverflechtung bzw. Akteurkonstellation zwischen den konzernangehörigen Medizinzentren und dem Staat aufweist und darüber hinaus von lobbyistischem Entscheidungsmuster tiefgreifend geprägt ist. Diese lobbyistische Entscheidungsweise kombiniert mit der hierarchischen verhandlungsförmigen Entscheidungsfindung, macht Interessenkonflikte im taiwanesischen Gesundheitswesen immer komplizierter und setzt die Entscheidungsfindung des taiwanesischen Gesundheitswesens in einen Wandelprozeß. Als eindeutige Folge dieser politischen Entscheidungsfindung ist die Relativierung der Einflußmacht der Parlamentarier und der Gesetzgebungsfunktion des souveränen Parlamentes zu betrachten.

Es besteht zwar nach wie vor ein demokratischer Legitimationszwang in bezug auf die politische Entscheidung; aber die bestehenden, mächtigen Medizinzentren oder konzernangehörigen Medizinzentren mit ihren artikulierungs- und konfliktfähigen Lobbyisten verhindern weitgehend die Verwirklichung dieses demokratischen Anspruches. Ob eine wahrhaftige, korporatistische, zumindest eine unter Aufsicht des Staates verhandlungsförmige Entscheidungsfindung in Taiwan zukünftig verwirklicht wird, und die lobbyistische Interessenvermittlung deutlich verringern kann, hängt überwiegend davon ab, ob die größeren Krankenhäuser bzw. konzernangehörigen Medizinzentren an ihrer Einflußmacht in Zukunft einbüßen werden oder nicht. Es läßt sich feststellen, daß in der taiwanesischen NHI zwei politische Entscheidungsformen vorherrschen. Einerseits herrscht gegenwärtig in Taiwan eine informelle Entscheidungsfindung von lobbyistischer Prägung vor; andererseits bildet sich themenspezifisch, in bezug auf die Vergütungsmaßstäbe, dagegen eine formelle hierarchische verhandlungsförmige Entscheidungsfindung heraus (siehe dazu Abbildung 5-8).

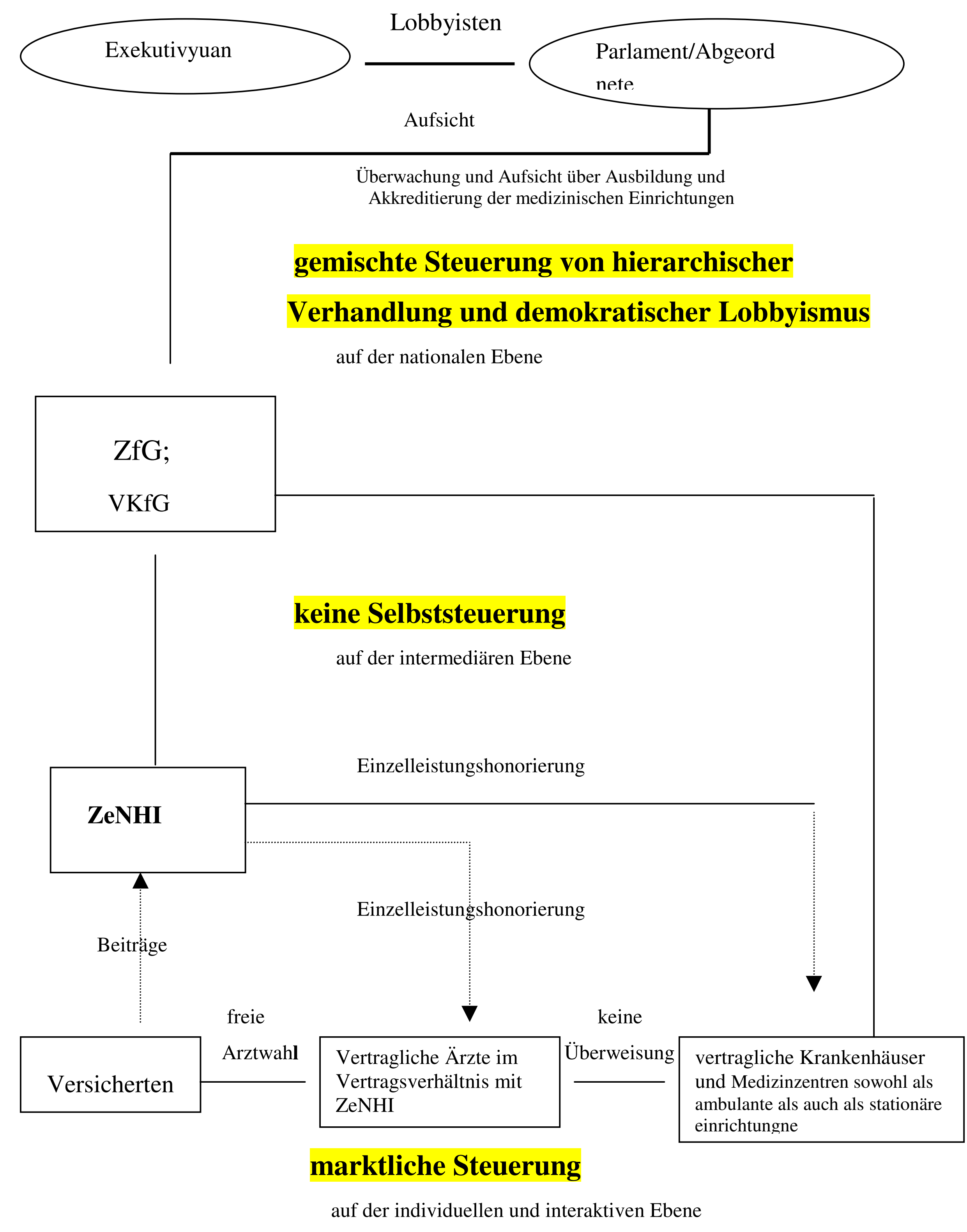
Steuerungstheoretisch betrachtet läßt sich feststellen, daß in Taiwan die politische Steuerung allein auf der nationalen Ebene stattfindet. Sie ist einerseits durch einen von symbiotischer Machtverflechtung und Akteurkonstellation geprägten demokratischen Lobbyismus zwischen der staatlichen Bürokratie und den mächtigen Leistungserbringern charakterisiert. Zum anderen liegt eine hierarchische Verhandlung als eine weitere politische Steuerung auf der nationalen Ebene vor. Eine dezentrale politische Steuerung in Gestalt von Selbststeuerung bzw.- regulierung fehlt, im Gegensatz zu den Niederlanden oder der Bundesrepublik Deutschland, nach wie vor in Taiwan. Auf der lokalen interaktiven Ebene herrscht nach wie vor eine Marktsteuerung zur Regulierung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, wie die freie Arztwahl, während die Finanzierung der Gesundheitsleistungen einer gesetzlichen Regelung unterliegt (siehe dazu Abbildung 5-9).

Abbildung 5-8: Politische Entscheidungsstruktur im taiwanesischen NHI

Entscheidungsebene	Themenbereiche	Akteure	Entscheidungsformen
Politisch-administrative Ebene	-Beitragssatz Versicherte - Personenkreis	- ZfG (Exekutivyuan) in der Bürokratie - Lobbyisten sowohl in Exekutive als auch im Parlament - Parteien und Abgeordnete im Parlament	demokratische lobbyistische Form
Hierarchisch eingebettete Verhandlungsgremien	-Vergütungssätze -Budgetierung -Richtlinien zur Qualitätsprüfung	- Delegierte der Regierung - Experten -Vertreter der interessenbezogenen Organisationen	etatistisch-verhandlungsförmige Form

Eigene Darstellung

Abbildung 5-9: Gegenwärtige Steuerungsform und Instrumente zur Koordination der Akteurhandlungen im Rahmen der NHI in Taiwan



Eigene Darstellung

Kapitel 6 Taiwanesische ambulant ärztliche Gesundheitsversorgung und ihre Steuerungsdefizite

6.1 Zur ambulanten ärztlichen Versorgung und ihre Politikentwicklung

6.1.1 Zum Begriff „ambulant ärztliche Versorgung“ im taiwanesischen Kontext

Wie bekannt, werden in unterschiedlichen Ländern, auch verschiedene Begriffe angewendet, um die Leistungsversorgung der niedergelassenen Ärzte bzw. der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser zu bezeichnen. Während in den Niederlanden und in England der Begriff „Hausärzte“ zur Beschreibung der Primärärzte durchgängig verwendet wird, werden auf Taiwan und in der Bundesrepublik Deutschland eher der Begriff „ambulante Ärzte“ angewendet. Aufgrund dessen soll vorab geklärt werden, daß in Taiwan zwar der Begriff „primäre Gesundheitsversorgung“ (oder“ Primärversorgung“) sowohl in der wissenschaftlichen Definition als auch in der Vorstellung der Politiker[288] wie im alltäglichen Sprachgebrauch zur Bezeichnung der ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen angewendet wird (vgl. Shi, Y-T 1997); daß aber dieser Begriff dem tatsächlichen Bild der ärztlichen Versorgung nicht entspricht.

Außerdem wird der Begriff „primäre Gesundheitsversorgung“ im taiwanesischen Kontext nicht selten mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst verwechselt. So unterteilt Yang auf wissenschaftlicher Ebene die primäre Gesundheitsversorgung Taiwans in die primäre hygienische Versorgung und die primäre medizinische Versorgung (Yang, Zh-L 1990: 78). Mit primärer hygienischer Versorgung bezeichnet er alle Leistungen, die

[288] Shi definiert die primäre Gesundheitsversorgung als alle Leistungen, die häufig vorkommen und leicht diagnostizierbar sind. Des weiteren stellt er die primäre Gesundheitsversorgung als Anlaufstelle der Patienten zur gesamten Gesundheitsversorgung dar. Zu den primären Gesundheitsleistungen zählen auch die präventiven Maßnahmen. Sie sind eine kontinuierliche

von den Gesundheitszentren[289] angeboten werden. Zu den Kategorien der primären hygienischen Versorgung zählen präventive Maßnahmen, wie Impfung, Gesundheitserziehung, Umwelthygiene und Gesundheit für Frauen und Kinder. Nach Yang bezieht sich „die primäre medizinische Versorgung" auf die medizinische Behandlung von Krankheiten, die spezieller Art sind (vgl. Yang, Zh-L 1990: 78 ff.). Auf Taiwan gelten Hausärzte und Allgemeinmediziner als westlich definierte Primärärzte gleichermaßen.

Dieses Fehlen einer deutlichen begrifflichen Abgrenzung zwischen Primärversorgung und primärer medizinischer Versorgung liegt einerseits in der Tatsache, daß an der primären Gesundheitsversorgung überwiegend die medizinischen Berufsgruppen, vor allem Ärzte, beteiligt sind. Wie in anderen Ländern, z.B. England und den Niederlanden, wird das Konzept „primäre Gesundheitsversorgung“ auch in Taiwan angewendet, um die sowohl von den ambulanten Ärzten als auch anderen medizinischen Berufsgruppen (wie Krankenschwester und Pflegepersonal) erbrachten Leistungen zu bezeichnen. Es fehlt an anderen Berufsgruppen, die sich an der Versorgung primärer Gesundheitsleistung beteiligen. So mangelte es in Taiwan vor allem vor 1986, an Pflegepersonal bzw. anderen medizinischen Berufsgruppen (siehe Tabelle 5-1). Aus diesen Gründen wird zur Analyse der taiwanesischen Gesundheitsversorgung der Begriff „ambulante ärztliche Versorgung" anstatt des Begriffes primärärztliche Versorgung angewendet, da er das wirkliche Bild der ärztlichen Versorgung hinsichtlich der primären Versorgung besser widerspiegelt, wie es der Fall in der Bundesrepublik Deutschland ist.

Was die Position der ambulanten Ärzte in der gesamten primären Gesundheitsversorgung betrifft, läßt sich feststellen, daß die ambulanten Ärzte als Hauptanbieter der primären Gesundheitsleistung anzusehen sind. Zu dieser Entwicklung

---

Versorgung. Drittens orientiert sich die primäre Gesundheitsversorgung an den Familien als Basiseinheit der Betreuung (Shi, Yao-Tang 1997).

[289] Die primären Gesundheitsversorgungszentren gehören zur öffentlichen Gesundheitsversorgungseinrichtung. Die Aufgaben der primären Gesundheitszentren sind in erster Linie die Stärkung der Gesundheitsprävention und -förderung der Bevölkerung. Zu ihren Funktionen zählen darüber hinaus noch der Krankenbesuch, frühe Vorsorgeuntersuchung bzgl. spezieller Krankheiten für diejenigen, die zu höheren Risikogruppen (schwangere Frauen, Neugeborene, Kinder, mittelalte und ältere Menschen) gehören (ZfG 1989: 19). Bis Ende 1992 gab es insgesamt 365 primäre Gesundheitsversorgungszentren auf Taiwan (Yeh, Ching-Ch’un 1993: 126). In jedem primären Gesundheitsversorgungszentrum sind i.d.R. zwei Pflegekräfte, die auch Kenntnis und Fertigkeiten einer Hebamme besitzen müssen, tätig.

trug unter anderem auch die Monopolstellung der Ärzte in der medizinischen Versorgung bei.[290]

Weiter stellt sich hierbei die Frage, wer auf Taiwan als ambulanter Arzt angesehen werden kann? Nach der oben ausgeführten Definition zählen in Taiwan zu den ambulanten Ärzten diejenigen, die von den Patienten direkt aufgesucht werden dürfen. Darum werden außer den Hausärzten und Allgemeinmedizinern auch die selbständig niedergelassenen Fachärzte, wie Internisten, Frauenärzte, Kinderärzte und Chirurgen, den ambulanten Ärzten zugeordnet (vgl. Chen, C-Y/Xie, W-Q/Lü, B-H. et al. 1992: 6).[291] Dazu zählen noch die in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser tätigen Ärzte, zu denen auch die kleinen Krankenhäuser mit weniger als 20 Betten (vgl. Chen, C-Y/Xie, W-Q/Lü, B-H. et al. 1992: 6) gehören. Die Ärzte, die in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser (einschließlich der distrikten und regionalen Krankenhäuser und den Medizinzentren) tätig sind, zählen folglich zu den ambulanten Ärzten in Taiwan.[292]

Ferner kommen die Mediziner, die chinesische Medizin betreiben, hinzu. Die Einwohner in Taiwan nehmen häufig chinesische Medizin in Anspruch. Der Anteil der Inanspruchnahme der chinesischen Medizin betrug 1995 20 bis 25% der gesamten ambulanten Leistungsmenge (vgl. Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 98). Es besteht seit jeher in Taiwan keine klare Differenzierung zwischen Hausärzten bzw. Allgemeinmedizinern und Fachärzten, da in Taiwan die Patienten alle Ärzte, die ambulant tätig sind, direkt in Anspruch nehmen können. Schließlich sind diejenigen, die in den Gesundheitszentren als Ärzte tätig sind, den ambulanten Ärzten zuzuordnen. Gewöhnlich wurden in Taiwan die ambulanten Ärzte als Hauptanbieter der primären gesundheitlichen Versorgung betrachtet, und sie sollten nach Vorstellung der Politik zur Einführung der NHI als Koordinator der gesamten Versorgung und Gatekeeper fungieren (vgl. Chen, Q-Y/Xie, W-Q/Lü, B-H et al. 1992: 5 ff.). In der Realität sind sie von dieser Zielsetzung weit entfernt.

290 Siehe Abschnitt 5.1.3 dieser Arbeit.

291 Diese Zuordnung entspricht der Definition des Medical Association of Family Doctors in the Repubic of China, nach der außer den Hausärzten und den allgemeinen Ärzten auch die Internisten, Chirurgen, Frauenärzte und die Kinderärzte zu den ambulanten Ärzten zählen,

292 Wu, K-X 1997: Interview, 23. 04. 1997.

6.1.2 Grober Abriß der Politikentwicklung der ambulant ärztlichen Leistungsstruktur in Taiwan

(1) Zur ambulanten Versorgung von 1895 bis 1980

a). Etablierung der modernen Medizin während der japanischen Kolonialzeit bis 1945

Vor Beginn der japanischen Kolonialzeit wurde im wesentlichen chinesische Medizin von den taiwanesischen Einwohnern in Anspruch genommen, und zu jener Zeit stellten chinesische Heilberufe die Hauptanbieter der medizinischen Leistungen dar. Eine dramatische Änderung fand im Bereich der Heilberufe erst nach dem Eindringen der japanischen Kolonialherrschaft in Taiwan statt. Die Gesundheits- und die Bildungspolitik wurden von der japanischen Regierung als Instrument zur Modernisierung von Taiwan und zur Herrschaft über die taiwanesische Bevölkerung eingesetzt. Mit dem Erlaß des Approbationsrechtes von 1896 begann die Kolonialregierung die gesundheitliche Infrastruktur in Taiwan zu ändern. Zunächst wurde die Einrichtung von Schulen zur medizinischen Ausbildung als Grundstein gelegt, die sich an der westlichen Medizin orientierte (vgl. Lin, G-M 1996: 8). In den Medizinschulen wurden damals die Ärzte ausgebildet, die in den von der Regierung eingerichteten Institutionen arbeiten wollten. Die Zahl der westlichen Mediziner stieg allmählich an; dagegen sank die Zahl der traditionellen Heilberufe.

Bis 1910 wurden die Ärzte meistens in öffentlichen Einrichtungen eingestellt. Ab 1910 begann in Folge der vermehrten Anzahl der taiwanesischen Ärzte die Etablierung von privaten Arztpraxen (vgl. Lin, G-M 1996: 8 ff.). Bis Ende der Kolonialzeit machte der Anteil der privat niedergelassenen Ärzte 70% der gesamten Ärzte aus (vgl. Lin, G-M 1996: 9). Die Ärzte besaßen hohe Autonomie in bezug auf ihre berufliche Tätigkeit und erlangten hohes Ansehen in der Gesellschaft. Die Anzahl der westlichen Mediziner betrug damals 2800, dagegen gab es 1945 nicht mehr als 20 chinesische Mediziner (vgl. Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 98). Es folgte offensichtlich eine *Verwestlichung* der medizinischen Versorgung, was die traditionelle Heilkunde auf Taiwan ablöste.

b). Ausdehnung und Vermarktung der ambulant ärztlichen Versorgung von 1945 bis

1980

Die Gesundheitsversorgung in Taiwan war in zwei Sektoren unterteilt: der öffentliche Gesundheitssektor (finanziert über allgemeine Steuern) und die private medizinische Krankenversorgung, die entweder über Sozialversicherungsbeiträge oder durch die Selbstzahlungen der Patienten finanziert wurde. Im folgenden beschränkt sich die Analyse auf die privat ambulante ärztliche Versorgung.

Die private ambulante ärztliche Versorgung war zunächst mit Maßnahmen, wie der Ausbildung und den Approbationsvorschriften zur Niederlassung der ambulanten Ärzte, befaßt. Die Regierung Taiwans setzte seit der Etablierung ihrer Herrschaft ab Anfang der 50er Jahre, die moderne Medizinausbildung weiter fort. Seitdem wurden medizinische Fakultäten sukzessive an verschiedenen Universitäten errichtet. Bis Ende 1980 wurden in Taiwan insgesamt sieben medizinische Fakultäten errichtet. Die Anzahl der Auszubildenden war zwischen diesem Zeitraum enorm angestiegen. Die weiteren drei medizinischen Fakultäten wurden 1985, 1987 und 1991 gegründet.

Die Regierung fing zu jener Zeit ebenfalls an, die chinesische Medizin wieder zu beleben, indem sie die chinesische Medizin deregulierte (vgl. Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 98). So setzte die Regierung eine lockere Approbationsvorschrift für den Erwerb eines Zertifikates zur Durchführung der traditionellen chinesischen medizinischen Tätigkeiten ein. Die seit 1949 vom Festland China nach Taiwan geflohenen Heiler durften dementsprechend als gelernte chinesische Mediziner chinesisch-medizinische Leistungen erbringen, soweit sie das Zertifikat zum Beweis ihrer Qualifizierung vorlegen konnten. Bereits 1954 gab es in Taiwan 1545 chinesische Mediziner. Zur Spezialisierung der chinesischen Medizin dient die 1965 gegründete Fakultät für Chinesische Medizin in Taizhong, die für die Ausbildung der chinesischen Mediziner zuständig ist. Bis Ende der 70er Jahre gab es 1385 chinesische Mediziner (siehe Tabelle 5-1). Es vollzog sich daher zuerst ein erheblicher Anstieg der Anzahl der ambulanten Ärzte und damit ihre Kapazität.

Weiter folgte während der 1970er Jahre eine Vergrößerung der ambulant ärztlichen Versorgung im Bereich des Krankenhaussektors, wie in Abschnitt 5.1.3 dargelegt wurde. Im Zuge des Wirtschaftsaufschwungs und der medizinischen Technisierung wurden allmählich mittelständige und größere Krankenhäuser errichtet. Die funktionale Differenzierung zwischen dem Krankenhaussektor und der Arztpraxis war in bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung nicht deutlich. Vor allem schien es schwierig, die Funktionen zwischen den kleinen Krankenhäusern und den privaten Praxen zu differenzieren (vgl. Yeh, J-C 1993: 143). Dies läßt sich auf das japanische System der Gesundheitsversorgung zurückführen. Die Japaner ließen die ambulanten Ärzte sowohl in den öffentlichen als auch in den privaten Krankenhäusern tätig sein und erlaubten ihnen, ambulante Leistungen anzubieten. Aus dieser Tradition heraus, werden auch ambulante Leistungen in Krankenhäusern gewährleistet.

In diesem Zeitraum beschleunigte sich die Vermarktung der ambulant ärztlichen Versorgung (Abschnitt 5.1.3). Dieses Phänomen läßt sich sowohl mit der Privatisierung der Anbieter auf der Angebotsseite als auch mit der Deregulierung der Nachfrage auf der Nachfrageseite erklären. Auf der Angebotsseite hatte die Zahl der privat niedergelassenen Ärzte ständig zugenommen, während in der japanischen Kolonialzeit der Großteil der Ärzte in den öffentlichen Einrichtungen für die primäre Versorgung tätig war. Sie verfügten nicht nur über fachliche Autonomie, sondern sie konnten die Preise für die von ihnen erbrachten Leistungen selbst bestimmen oder eine zusätzliche Kostenbeteiligung von den Patienten verlangen.[293] Dies betraf vor allem die Privatversicherten und Nichtversicherten. Die Vermehrung der Leistungen fand nicht nur im ambulanten Bereich statt, sondern sie erfolgte auch im Bereich der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser.

Auf der Nachfrageseite durften die Patienten die Ärzte nach ihrer Wahl frei aufsuchen (Freie Arztwahl), was zur weiteren Vermarktung der ambulant ärztlichen Versorgung beitrug. Die Regierung mischte sich nicht in die Marktstruktur des Gesundheitssektors und nicht in die Verhaltensweise der Akteure und in die Preisbildung ein (vgl. Lin, G-M 1996: 12). Daraus läßt sich schließen, daß eine tiefgreifende Einmischung von Seiten des Staates unterblieb. Dies war bereits für die ambulante ärztliche Versorgung bei den verschiedenen Sozialversicherungsprogrammen der Fall. In der ambulant ärztlichen Versorgung für Nichtversicherte wurde eine staatliche Einmischung sogar ganz vermieden (Abbildung 5-4). Vor allem war zu jener Zeit die Mehrheit der Bevölkerung nicht krankenversichert; das bedeutet, daß ihre Verhaltensweise in bezug auf die

[293] Siehe dazu Abbildung 5-4 dieser Arbeit.

Arztkonsultation unkontrollierbar war. Die Versorgung der medizinischen Leistungen erfolgte durch den Marktmechanismus. Diejenigen, die sich die medizinische Versorgung aufgrund der finanziellen Situation nicht leisten konnten, wurden aus der nötigen Versorgung ausgeschlossen.

(2) Änderung der ambulant ärztlichen Versorgungsstruktur von 1982 bis 1995

a) Einbeziehung der chinesisch medizinischen Leistungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherung

Während dieses Zeitraums vollzog sich erstmalig durch die gesetzlichen Eingriffe eine Ausweitung des Leistungsumfangs, indem einige Leistungsarten der chinesischen Medizin in den Leistungskatalog der Krankenversicherung im Rahmen der Sozialversicherung mit einbezogen wurden. So wurden seit 1983 die medizinischen Leistungen chinesischer Art durch die Beiträge der AV finanziert und in die Leistungen der AV eingegliedert (vgl. Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 100).[294] Zu den chinesischen medizinischen Leistungen, die durch die Krankenversicherungen finanziert wurden, zählten damals die internistisch medizinische Behandlung, die gynäkologische Behandlung und die Akupunktur. 1985 wurden die Leistungen auch für Verwundete in den Leistungskatalog mit einbezogen. Die BV stellte erst 1988 die chinesisch-medizinischen Leistungen bereit. Nur die Inanspruchnahme der chinesisch-medizinischen Leistungen im Rahmen der BV erfolgte zuerst über die Überweisung der sogenannten ambulanten Gruppenpraxen der BV. Diese Überweisungsregelung wurde 1989 abgeschafft. 1988 machte der Anteil der Inanspruchnahme der chinesischen Medizin 6,73% an den gesamten ambulanten Leistungen im Rahmen der AV aus (Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 100).

b) Verstärkung der öffentlichen ambulanten ärztlichen Versorgung

Die Verteilung der medizinischen Ressourcen in Taiwan war vor 1980, wie in den Abschnitten 5.1.3, 5.1.4 erörtert, sehr ungleichmäßig. 1980 befanden sich 27% der

[294] Bereits 1978 wurde die chinesisch-medizinische Behandlung für Verwundete probeweise eingeführt; siehe dazu auch Li, Zh-L/Ji, J-H/Lai, J-X 1995: 100.

Ärzte in Taipei, obwohl nur 13% der Bevölkerung dort wohnten (vgl. Chang, L-Y 1983: 134). Während jeder Arzt in Taipei durchschnittlich 623 Bürger betreute, sollte jeder Arzt auf Taiwan durchschnittlich 1651 Patienten betreuen. Das Gleiche galt für die medizinischen Einrichtungen. Es existierten 109 der gesamten Dörfer (Xian-Zheng Gebiete), in denen jeder Arzt durchschnittlich mehr als 4000 Einwohner betreuen sollte (vgl. Lan, Zh-F/Li, Y-C 1982). Bemerkenswert ist, daß in einigen Gebieten Taiwans nicht ein einziger Arzt anwesend war.

Vor diesem Hintergrund begann die ZfG ab 1983 mit der Förderung der Ausbildung der öffentlichen Ärzte[295]. Bereits *1985* hat die taiwanesische Regierung mit der Ausbildung öffentlicher Ärzte begonnen. Somit wurden bis 1986 jährlich 300 bis 340 öffentliche Medizinstudenten aufgenommen und ausgebildet (vgl. ZfG 1989: 21). 1992 wurden insgesamt 870 Ärzte bei der Regierung angestellt, ausgebildet und auf das Land verteilt. Darunter befanden sich 170 Internisten, Chirurgen, Kinderärzte und Frauenärzte, 231 Hausärzte, 203 andere Spezialisten und schließlich 258 Ärzte, die die Fachrichtungen frei wählen konnten (vgl. ZfG 1
993: 127).

Des weiteren begann 1982 die ZfG mit der Errichtung von Gruppenpraxenzentren nach „dem Programm zur Verstärkung der Infrastruktur und Erhöhung der Einkommen der Landwirte", in denen die Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens tätig sein sollten. Die Gruppenpraxenzentren wurden in die bestehenden primären Gesundheitszentren eingegliedert. Außerdem wurde seitdem ein Sondervergütungssystem für die in diesen Zentren tätigen Ärzte eingeführt. Vor 1982 wurden den in den Gesundheitszentren tätigen Ärzten, dem Angestelltenstatus entsprechend, bestimmte Gehälter ausgezahlt. Darin bestanden keine ökonomischen Anreize, um sie zu veranlassen, kontinuierliche, integrierte und umfassende gesundheitliche Leistungen zu gewähren (vgl. ZfG 1996: 51). In den Gruppenpraxen der Gesundheitszentren werden die ambulanten Ärzte

[295] Die öffentlichen Mediziner sind verpflichtet, nach dem Studium sechs Jahre als Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen tätig zu sein. Die Medizinstudenten, die nach dem Studium einer anderen Fachrichtung erst die Medizinausbildung beginnen, müssen ebenfalls vier Jahre als Arzt im öffentlichen Gesundheitswesen tätig sein. Sie werden meist den öffentlichen medizinischen Einrichtungen, wie den Landeskrankenhäusern, zugewiesen. Sie werden in den Landeskrankenhäusern zwei bis vier Jahre ausgebildet; und sie werden anschließend den Gesundheitszentren, den Gruppenpraxenzentren oder den Krankenhäusern in abgelegenen Gebieten, wo ärztliche Kräfte besonders benötigt werden, zugewiesen; siehe dazu ZfG 1989: 22.

zusätzlich noch mit einem Bonus-Vergütungssystem honoriert.[296] Zahlenmäßig gab es 1986 nur 45 Gruppenpraxen in den Gesundheitszentren; Ende 1994 befanden sich in Taiwan insgesamt 174 Gesundheitszentren.[297] Mit der Errichtung der Gruppenpraxenzentren ist die Errichtung der primären Gesundheitsversorgungszentren einhergegangen. Es ist zu bemerken, daß der Anteil der in Gesundheitszentren tätigen Ärzte an der Gesamtanzahl der tätigen Ärzte relativ gering ist, so daß in der vorliegenden Arbeit die Gestaltung der Gruppenpraxenzentren außer Betracht gelassen wird.

c). Einführung der Ausbildung von Hausärzten

Nach der Erklärung von Alma Ata im Jahre 1978, nach der bis zum Jahr 2000 die Gesundheit für alle erreicht werden sollte, begann auch die taiwanesische Regierung die primäre Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Hausärzte wurden als geeignete fachliche Mediziner zur Erfüllung dieser Aufgaben angesehen. Bereits im August 1976 begann das öffentliche Tai-Dai Krankenhaus im Auftrag der Gesundheitsbehörde des Taiwan-Gebietes mit der Planung zur Ausbildung der Allgemeinmediziner. Am 10. Oktober 1982 begann folglich in Taiwan die Ausbildung der fachlichen Hausärzte (vgl. Du, M-X 1996: 72; Chen, Q-Y/Xie, W-Q/Lü, B-H et al. 1992: 2). Das Ziel, die „hausärztliche" (hier im Sinne der geläufigen Definition der WHO) Versorgung zu verstärken, sollte durch die Einführung der Ausbildung von Hausärzten erreicht werden. Seit 1983 werden auch in den Krankenhäusern hausärztliche Leistungen angeboten. Der Verband für Hausärzte wurde am 1. März 1986 gegründet. 1996 gab es 70 Krankenhäuser, in denen die hausärztliche Versorgung in der ambulanten Abteilung gewährleistet werden konnte.

[296] Zum Beispiel wurden 1989 80% der Erträge eines Gruppenpraxenzentrums unter den Ärzten aufgeteilt, die restlichen 20% der Erträge wurden den anderen Mitarbeitern gegeben, falls die Erträge nicht mehr als 10000 NT$ betrugen. In dem Fall, wo die Erträge des Gruppenpraxenzentrums höher als 10000 NT$ lag, bekamen die Ärzte 60% der überschüssigen Erträge; dagegen teilten sich die anderen Mitarbeiter die restlichen 40%. Je mehr die Gesundheitszentren verdienen, desto höher ist das Gehalt der Ärzte. In den Gruppenpraxenzentren sind i.d.R. ein Direktor, der auch Arzt ist, und ein weiterer Mediziner tätig (vgl. ZfG 1993: 134). Einige Gruppenpraxenzentren beschäftigen Pharmazeuten. Z.B. beschäftigten 1993 60% der Gruppenpraxenzentren eigene Pharmazeuten. Darüber hinaus wurde die Ausstattung der Gesundheitszentren mit neuen medizinischen Apparaten ausgestattet und damit modernisiert (vgl. ZfG 1993: 134 ff.).

[297] ZfG (1996b): 8, Tabelle 2-1.

d). Regionalisierung und Staffelung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung

Es bestand in Taiwan eine sehr ungleichmäßige Konzentration der medizinischen Pflege- und Fachkräfte, wie z.B. der Ärzte in den Metropolen Taipei, Gaoxiong, Taizhoang und Tainan. Dagegen befanden sich in den meisten ländlichen Kreisen wie Yunlin, Jiayi, Tainan, Gaoxiong, Pindong und Taidong keine qualifizierten Krankenhäuser, so daß die Patienten in die Großkrankenhäuser der Metropolen strömten, um sich dort behandeln zu lassen. Des weiteren waren die ambulanten Ärzte ungleichmäßig verteilt. 1980 mußte jeder Arzt in den dörflichen Orten 4000 Einwohner betreuen, während jeder ambulante Arzt in den Metropolen für nur 1800 Einwohner zuständig war (vgl. ZfG 1989: 4).

Im August 1984 gab der Präsident Taiwans die Anweisung bekannt, die Schaffung der regionalen medizinischen Versorgungsnetzwerke zu planen und mittels dessen verschiedene Versorgungseinrichtungen zu integrieren, damit ein landesweit integriertes medizinisches Versorgungssystem entstehen kann (vgl. ZfG 1996: 3). Aufgrund dieser Präsidentenanweisung legte am 21. September desselben Jahres der damalige Premierminister Yu, Guo-Hua dem Parlament ein Politikvorhaben mit vierzehn Schlüsselplanungen vor, das als dreizehnten Punkt den PSMN zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung enthielt. Der Hintergrund für dieses Politikvorhaben ist die ungleichmäßige Verteilung der medizinischen Ressourcen der distrikten Krankenhäuser, der niedergelassenen Arztpraxen und der Ärzte, wie oben bereits angedeutet. Die Ziele des PSMN enthielten außer der Förderung der gleichmäßigen Verteilung von medizinischen Ressourcen auch die Verstärkung der Leistungen für psychisch Kranke, die Betreuung chronisch Kranker sowie die Versorgung akut erkrankter Patienten. Bis heute sind die Ziele nicht im Ganzen erreicht worden, insbesondere die gleichmäßige Verteilung von medizinischen Ressourcen nicht.

Es wurden drei Phasen bei der Schaffung der medizinischen Netzwerke unterschieden. Mit der gleichmäßigen Verteilung der medizinischen Ressourcen, sollte für die Bevölkerung eine gerechte Zugangschance zur medizinischen Versorgung geschaffen werden. Als Strategie zur Zielerreichung wurde die Regionalisierung und Staffelung der medizinischen Versorgung eingesetzt. Gesetzlich wurden diese Strategien im Artikel 63 des GMB verankert, der besagt, um die gleichmäßige Verteilung der medizinischen Ressourcen zu fördern und die medizinischen Einrichtungen und die Verteilung der medizinischen Personals zentral zu planen, sollte die zuständige Behörde die Regionen der medizinischen Ressourcen abgrenzen, ein System der Staffelung der medizinischen Versorgung errichten und schließlich einen PSMN aufstellen.

aa). Regionalisierung der medizinischen Versorgung

Gemäß dem PSMN wird die gesamte medizinische Versorgung in 17 Regionen aufgeteilt (siehe dazu Anhangstabelle-4), in denen zugleich eine gleichmäßige Verteilung der medizinischen Ressourcen vorgenommen werden sollte. In jeder Region sollen vier Stufen medizinischer Versorgung angeboten werden, die zusammen eine integrierte Versorgung garantiert. 1986 wurde der PSMN in Gang gesetzt. In jeder Region wurde eine Kommission für die Förderung der regionalen medizinischen Netzwerke auf Taiwan eingerichtet, die für die politische Vermittlung, die Implementierung des Plans und die Aufsicht zuständig ist.

Mit der Regionalisierung der medizinischen Netzwerke sollte außerdem die Integrierung der Ressourcen vollzogen und die medizinische Selbstversorgung einzelner Regionen garantiert werden. Deshalb sollten vor allem in den unterversorgten Regionen neue medizinische Einrichtungen gebaut werden. Aus diesem Grund wurde im Rahmen des PSMN ein Entwicklungsfonds für medizinische Versorgung errichtet (gemäß Artikel 67 des GMB). Dieser Entwicklungsfond vergab subventionierte Kredite, damit die privaten Leistungsanbieter in den medizinisch bzw. gesundheitlich unterversorgten Orten oder Gebieten entweder ärztliche Praxen eröffneten, und/oder Einrichtungen, wie Krankenhäuser, bauten. Es sollte dadurch allen Bürgern mit der Einführung der NHI eine gerechte Zugangschance zur Gesundheitsversorgung gewährt werden.

In der zweiten Phase der Schaffung der medizinischen Netzwerke wurde vor allem die Verbesserung der Versorgung in den distrikten Krankenhäusern und die der ambulanten ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen angestrebt. Der Entwicklungsfonds durfte nur an die privaten Arztpraxen und an die privaten bzw. gemeinnützigen Krankenhäuser vergeben werden, die in den unterversorgten Regionen medizinische

Einrichtungen bauen wollten. Dabei sollte die Errichtung, der an den Krankenhäusern angeschlossenen Pflegeheime, besonders finanziell subventioniert werden.[298]

bb). Staffelung der medizinischen bzw. gesundheitlichen Versorgung

Ein weiteres Ziel in der Schaffung der medizinischen Versorgungsnetzwerke war, in jeder medizinischen Region die medizinische Versorgung mittels eines Überweisungssystems zu staffeln. Die Staffelung der medizinischen Versorgung als Strategie sollte eine effektive Aufgabenteilung und Zusammenarbeit in der medizinischen Versorgung ermöglichen[299] und damit die Doppelbehandlung und Verschwendung der medizinischen Ressourcen, die in der medizinischen Versorgung häufig vorkommen, verringert oder bestenfalls vermieden werden. Es sollte durch die Staffelung und die Überweisung angestrebt werden, die Patienten zu veranlassen, im Krankheitsfall zuerst die niedergelassenen Ärzte aufzusuchen. Dadurch sollten die Aufgaben der ambulanten Ärzte, die im Laufe der Vergrößerung der Krankenhäuser und der Vermehrung der Leistungserbringung in der ambulanten Abteilung des Krankenhauses geschrumpft waren, verstärkt werden. Dazu schlug dieser Plan vor, das Selbstbeteiligungsinstrument einzuführen, das die Überweisung zwischen den verschiedenen Anbietern ermöglichen sollte.

Es gibt gegenwärtig insgesamt 17 medizinische Regionen in Taiwan. In jeder medizinischen Versorgungsregion sollte ein vollständiges Versorgungsnetz herausgebildet werden, das vier Versorgungsstufen enthält. Die medizinische Versorgung wurde im wesentlichen nach dem spezialisierten Grad der Leistungen gestaffelt. Die erste Versorgungsstufe stellt die ambulante ärztliche Versorgung dar, zu der alle niedergelassenen Ärzte zählen. Die zweite Versorgungsstufe enthält alle distrikten Krankenhäuser, die mehr als 100 und weniger als 200 Betten besitzen. Jedes

---

298 Siehe ZfG 1995: 3-4. In der zweiten Phase sollte der Fond nur an Krankenhäuser und psychiatrische Einrichtungen mit weniger als 200 Betten vergeben werden; lediglich die Pflegeheime mit einer Bettenzahl zwischen 50 und 200 sollten die Möglichkeit besitzen, die Entwicklungsfonds zu beantragen.

299 In dem PSMN wurde wiederholt betont, die effektive Nutzung der medizinischen Leistungen zu ermöglichen bzw. zu fördern, damit eine Verschwendung der Ressourcen vermieden werden kann. Des weiteren sollte die Staffelung und Überweisung umgesetzt werden, um die Aufgabenteilung der medizinischen Ressourcen und damit die Reduzierung der Gesundheitsausgaben zu ermöglichen; siehe dazu ZfG 1993a: 1 ff.

distrikten Krankenhaus bietet mindestens vier Fachrichtungen an und zwar die der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie und der Pädiatrie. Außerdem betreut es 100000 Einwohner und verfügt über die Fähigkeit, akute Krankheiten zu behandeln. Die Distriktkrankenhäuser nehmen die von den ambulanten Ärzten überwiesenen Patienten auf.

Zu der dritten Versorgungsstufe zählen alle regionalen Krankenhäuser, die über alle Fachrichtungen und zwischen 300 und 600 Betten verfügen. Der Einzugskreis eines regionalen Krankenhauses zählt 400000 Einwohner. Außerdem verfügen sie über Abteilungen wie die Pathologie, die Röntgenabteilung, die Rehabilitationsabteilung und die Psychiatrische Abteilung. Schließlich kommen die Medizinzentren als vierte Versorgungsstufe hinzu. Sie sind für die Behandlung der höchst spezialisierten Krankheitsfälle, die medizinische Forschung und die Ausbildung der Studenten der Medizin zuständig.[300] Jedes Medizinzentrum ist für 2 Mio. Einwohner zuständig.

6.2 Gegenwärtige ambulante ärztliche Versorgung in Taiwan im Rahmen der NHI

6.2.1 Ausweitung des Leistungsumfangs

Zunächst wirkte sich die NHI auf den Leistungsumfang aus. Die NHI wies den ambulanten Ärzten die Aufgabe zu, außer den medizinischen Leistungen auch präventive Leistungen den Patienten gegenüber – vor allem schwangeren Frauen, Erwachsenen und Kindern - zu gewährleisten. Des weiteren sollten die ambulanten Ärzte chronisch Kranke betreuen. Gemäß der NHI werden den Versicherten nicht nur moderne, sondern auch chinesische medizinische Leistungen gewährleistet. Im internationalen Vergleich erweist sich der Leistungsumfang der NHI eher als umfassend. Im folgenden wird der Leistungskatalog der NHI kurz dargestellt.

300 ZfG 1993a: 17 ff.

(1) Moderne ambulant medizinische Leistungen[301]

Die NHI sieht vor, daß die ambulanten Ärzte den Patienten nicht nur medizinische Leistungen, sondern auch präventive Leistungen gewährleisten können. Des weiteren sollten die ambulanten Ärzte auch chronisch Kranke betreuen. Sie dürfen den Patienten medizinische Hilfsmittel (z.B. Medikamente, Gips) verabreichen, die rehabilitativen und psychiatrischen Leistungen anbieten, sowie ambulante Operationen durchführen. Außerdem können sie Schwangerschaftsbetreuung sowie Mutter- und Kindervorsorge anbieten. Sie können auch Dialyse und Bluttransfusion (Artikel 20, 22 und 23 der Verordnung zum Behandlungsverfahren der NHI[302]) durchführen. Gemäß der „Verordnung zur Durchführung der präventiven Versorgung der NHI"[303] werden folgende präventive Leistungen angeboten: die präventive Vorsorge für Kinder und für Erwachsene über 40 Jahre, die Krebsvorsorge für Frauen sowie prä- und postnatale Untersuchung der Frauen.[304] Diese Verordnung wurde zwischen April und September 1996 probeweise umgesetzt. Zur Gewährleistung der präventiven Leistungen dürfen sich die ambulanten Ärzte sowie die anderen medizinischen Einrichtungen bei der ZeNHI anmelden. Sie können sich aber auch dazu entscheiden, keine solche Leistungen anzubieten.

(2) Chinesisch-medizinische Leistungen

Durch die Einbeziehung der chinesischen Medizin in die NHI wurde der Leistungsumfang weiter ausgeweitet. Gemäß Artikel 22 der Verordnung zum Behandlungsverfahren der NHI[305] dürfen die chinesischen Mediziner folgende Leistungen anbieten: medizinische Behandlung, Verordnung und Verabreichung von Arznei- und Heilmitteln, Behandlung mit chinesischer Medizin, Akupunktur und Wundversorgung. In den chinesischen medizinischen Krankenhäusern werden außer den oben genannten Leistungen noch ambulante Operationen, prä- und postnatale Untersuchung, Blutdialyse, Röntgenuntersuchung, rehabilitative Behandlung,

---

301 Mit dem Begriff „moderne medizinische Leistung" sind die etwaigen Leistungen gemeint, die von den biologisch modernen Mediziner erbracht werden. Der Gegenbegriff der modernen medizinischen Leistungen ist der Begriff „chinesische medizinische Leistungen".

302 Diese Verordnung wurde 1995 gemäß Absatz 2 des Artikels 31 des GüNHI von der ZfG erlassen.

303 Diese Verordnung (1995) wurde gemäß Artikel 32 des GüNHI bestimmt.

304 Artikel 2 der Verordnung zur Durchführung der präventiven Versorgung der NHI.

305 Die Verordnung zum Behandlungsverfahren der NHI wurde am 24.02 1995 von der ZfG erlassen.

psychiatrische Behandlung und Behandlung bei Zahnerkrankungen angeboten (Artikel 23 der Verordnung zum Behandlungsverfahren der NHI).

Sowohl die modernen Mediziner als auch die chinesischen Mediziner, die die Patienten ambulant behandeln, dürfen gemäß den Bestimmungen der Verordnung zum Behandlungsverfahren der NHI die allgemeine Untersuchung und Behandlung erbringen. Dazu dürfen sie auch Arzneimittel verschreiben und vergeben.

6.2.2 Versorgungsformen

(1) Einzelpraxen

Die ambulanten Ärzte, außer denen, die in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser oder in den Gesundheitszentren und in den Gruppenpraxenzentren angestellten Ärzte, sind in der Regel als selbständige private Unternehmer in Einzelpraxen tätig. Über 90% der niedergelassenen Ärzte sind in Einzelpraxen tätig (vgl. Zheng, S-X/He, Y-X 1997: 430). In der ärztlichen Praxis werden durchschnittlich drei bis vier Hilfskräfte eingestellt, wie z. B. Krankenschwestern, Pharmazeuten.

(2) Gruppenpraxen

Zwei Arten von Gruppenpraxen bestehen in Taiwan: die öffentlichen und die privaten Gruppenpraxen. Der Anteil der privaten ärztlichen Gruppenpraxen an den gesamten niedergelassenen ärztlichen Praxen beträgt nicht mehr als 10% und weist daher einen Unterschied zu den Arztpraxen anderer Länder (vgl. Zheng, S-X/He, Y-X 1997: 430), [306] wie in England und den Vereinigten Staaten, auf, wo über 40% der Ärzte in einer Gruppenpraxis tätig sind. Meistens arbeiten nur zwei Ärzte in einer Praxis zusammen.

Dagegen befanden sich 1994 insgesamt 174 öffentliche Gruppenpraxen auf Taiwan, die in die lokalen Gesundheitszentren eingegliedert sind. In den Gruppenpraxen, die mit besseren Behandlungsapparaten ausgestattet sind, arbeiten in der Regel drei bis vier

[306] In ihrer Untersuchung über die Versorgungsformen der Arztpraxis kommen Cheng und He zu dem Ergebnis, daß nur 8,8% der befragten Ärzte in einer Gruppenpraxis tätig sind.

Ärzte mit Professionen anderer medizinischen Richtungen zusammen, einschließlich Zahnärzten und Pharmazeuten. Aufgrund dieser Praxisgemeinschaft werden quantitativ mehr Patienten behandelt, so daß sich die privat niedergelassenen Ärzte bedroht fühlen und einen Rückgang ihrer Patienten befürchten. Gleichwohl machen die in den öffentlichen Gruppenpraxen tätigen Ärzte nur einen geringen Anteil an den Gesamtärzten aus und bleiben deshalb in dieser Arbeit unberücksichtigt.

(3) Ambulante Abteilung im Krankenhaus

Wie in Abschnitt 6.1.2 (1) (b) dargelegt, erbringt die ambulante Abteilung des Krankenhauses auch ambulante Leistungen. In den Krankenhäusern arbeiten die Ärzte als Angestellte und beziehen für ihre erbrachten Leistungen Gehälter.

6.3 Verhältnis der niedergelassenen ambulanten Ärzte zu anderen Leistungserbringern

Bevor auf die Darstellung des Verhältnisses der ambulanten Ärzte zu anderen Leistungsanbietern eingegangen wird, sollen vorerst die ärztlichen Bezugsgruppen eingegrenzt werden. Im folgendem wird nur das Verhältnis der niedergelassenen ambulanten Ärzte zu anderen Leistungserbringern behandelt. Der Grund dieser Eingrenzung ist darin zu finden, daß die meisten ambulanten Ärzte niedergelassene Ärzte sind. Ende 1995 waren 85,5% der westlichen Mediziner als niedergelassene Ärzte tätig; rund 63,7% der chinesischen Mediziner führten eine eigene Praxis.[307] Bevor auf die Darstellung der niedergelassenen Ärzte eingegangen wird, folgt zunächst eine kurze Darlegung der ambulanten Ärzte in den öffentlichen und krankenhäuslichen Einrichtungen.

Die in den Gesundheitszentren tätigen Ärzte machen einen sehr geringen Anteil an der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung aus. Es gab bis Ende 1995 insgesamt 369 Gesundheitszentren und 174 Gruppenpraxen (vgl. ZfG 1995: 8). Es läßt sich auch beobachten, daß sich die ambulanten Ärzte in den Gruppenpraxen öffentlicher

[307] ZfG 1996: 7 ff., Tabelle 2-1 und Tabelle 2-4.

Gesundheitszentren zu den Krankenhäusern viel kooperativer verhalten. Diese kooperative Beziehung besteht darin, daß einige in den Gruppenpraxen tätigen Ärzte von den Krankenhäusern zugewiesen wurden bzw. werden. Die Ärzte in den Gruppenpraxen überweisen unmittelbar die Patienten an die Krankenhäuser. Der Umfang sowohl der Zusammenarbeit der Ärzte mit anderen primären medizinischen Professionen als auch der erbrachten Leistungen in Gruppenpraxen erscheint umfassender als die der niedergelassenen Ärzte (vgl. Lü, B-H/Wang, Y-W 1990: 149). So arbeiten die ambulanten Ärzte in den Gesundheitszentren u.a. mit den Pflegekräften, den Hebammen, den Zahnärzten und den Pharmazeuten zusammen. Sie bieten auch pflegerische häusliche Leistungen an.

In Taiwan arbeiten auch zahlreiche ambulante Ärzte in den ambulanten Abteilungen der Krankenhäuser. Sie stehen i.d.R. im Angestelltenverhältnis. Sie haben fast nur Kontakte zu anderen Fachärzten innerhalb des gleichen Krankenhauses. Die Überweisung der Patienten vollzieht sich zwischen den ambulanten Ärzten und den Fachärzten innerhalb eines Krankenhauses.

6.3.1 Das Verhältnis der niedergelassenen ambulanten Ärzte zu den stationären Einrichtungen

Abgesehen vom Verhältnis der ambulanten Ärzte der Gruppenpraxen in den Gesundheitszentren und der ambulanten Ärzte in den Krankenhäusern zu den anderen Versorgungsstufen, lassen sich die Verhältnisse der ambulanten Ärzte zu den stationären Einrichtungen, wie den distrikten und regionalen Krankenhäusern bzw. den Medizinzentren, in Taiwan eher als gespannt oder konkurrierend als harmonisch oder kooperativ bewerten, da sie um die Versorgung der medizinischen, besonders der ambulanten Leistungen konkurrieren. Dieses konkurrierende Verhältnis verschärfte sich besonders zu Beginn der 80er Jahre, wobei die ambulanten Abteilungen der Großkrankenhäuser ambulante ärztliche Leistungen zunehmend erbracht hatten. So meint Wu, daß die Krankenhäuser wie ärztliche Praxen fungieren.[308] Die Konsequenz war die fortgesetzte Schrumpfung der ambulant ärztlichen Versorgung (vgl. CEPD 1990a: 19). Diese Fehlentwicklung sollte korrigiert werden, indem integrative und

[308] Wu, K-X 1997: Interview, 23. 04. 1997.

harmonische Verhältnisse zwischen den ambulanten Ärzten und anderen Versorgungseinrichtungen entwickelt werden sollten. Aufgrund des in Abschnitt 5.4.1(3) behandelten symbiotischen Verhältnisses zwischen der Regierung und den Medizinzentren, hat die Regierung nicht den geringsten Versuch unternommen, politische Maßnahmen zu Lasten der Medizinzentren einzuführen.

Mit der Regionalisierung und der Staffelung der medizinischen Versorgung, die 1985 begann und sich bis heute fortsetzt, soll eine effektive Aufgabenverteilung zwischen verschiedenen Stufen medizinischer Einrichtungen erzielt werden (Artikel 63 des GMB). Im PSMN wurde die Etablierung eines Überweisungssystems als Ziel gesetzt. Die regionalen Krankenhäuser sollten einerseits die ambulanten Ärzte und die distrikten Krankenhäuser medizinisch fachlich unterstützen und andererseits die Aufgabe zur Absicherung doppelter Überweisung übernehmen (vgl. Lan, Zh-F 1990: 8).

Als Mechanismus zur Verwirklichung dieses Zieles wurde die Selbstbeteiligung eingesetzt (Artikel 33 des GüNHI). Das konkurrierende Verhältnis besteht nach wie vor zwischen den ambulanten Ärzten und den Großkrankenhäusern insofern, als sich die ambulanten Abteilungen der Großkrankenhäuser nach Einführung der NHI vergrößert haben. Außerdem bestehen keine kooperative Beziehungen zwischen den ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern, z.B. ist den Ärzten die Verwendung der Ausstattungen in den Krankenhäusern untersagt; ebensowenig kommunizieren die Fachärzte und die ambulanten Ärzte miteinander. Das konkurrierende Verhältnis führte zum Mißtrauen zwischen den ambulanten Ärzten und den Krankenhäusern, was die Überweisung zwischen ihnen erschwerte. Eine Folge der fehlenden Überweisung ist die Fortsetzung doppelter Behandlungen, was auch bereits eine kostenungünstige Folge nach sich zog. Die ambulanten Ärzte können die Funktion des Gatekeepers anscheinend nicht erfüllen und somit auch nicht die medizinische Versorgung bedarfsgerecht koordinieren.

Es besteht auch kein kooperatives Arbeitsverhältnis zwischen den ambulanten Ärzten und den Pflege- oder Altenheimen. Zwischen ihnen besteht kein Überweisungsverhältnis, das eine kontinuierliche Betreuung ermöglichen könnte. Außerdem stehen in Taiwan den Pflegebedürftigen nur begrenzte Pflege- und Altenheime zur Verfügung. Nach Angabe der ZeNHI befanden sich in Taiwan im

November 1997 148 häuslich-pflegerische Einrichtungen und 16 vertraglich kommunale psychiatrische Rehabilitationseinrichtungen.[309]

6.3.2 Das Verhältnis der niedergelassenen ambulanten Ärzte zu anderen primären Leistungsanbietern

Das Verhältnis der ambulanten Ärzte zu anderen primären Professionen läßt sich in zwei weitere Arbeitsverhältnisse untergliedern. Zuerst handelt es sich um das Verhältnis der ambulanten Ärzte zu anderen Professionen innerhalb der Arztpraxen. Die niedergelassenen Ärzte in Taiwan, wie Abschnitt 6.2.2 dargelegt, führen meistens Einzelpraxen. In den Einzelpraxen werden durchschnittlich 3,5 bis 4,5 Hilfskräfte (wie Krankenschwester und Pharmazeuten) eingestellt.[310] So befinden sich i.d.R. nur drei bis vier Angestellte in einer Arztpraxis, die den ambulanten Ärzten bei der Behandlung helfen oder die Arzneimittel nach den Rezepten der Ärzte dispensieren. Im Gegensatz zu den Einzelpraxen existiert nur eine sehr geringe Anzahl niedergelassener Gruppenpraxen.[311] In den Praxen dominiert die klinische Behandlung der Ärzte; die Hilfskräfte verfügen über einen nur sehr geringen Aufgabenbereich und tragen somit nur eine geringe Verantwortung. Es besteht also innerhalb der Arztpraxis eine hierarchische Beziehung zwischen den Ärzten und anderen primären Professionen, wie Krankenschwestern oder Pharmazeuten.

Zweitens verhalten sich die ambulanten Ärzte auch zu anderen primären Professionen außerhalb der Arztpraxen eher unkooperativ. Im Gegensatz zu den Niederlanden, wo die Hausärzte verstärkt die Rolle des Gatekeeper übernehmen, gibt es keine verbindliche Überweisungsvorschrift zur Regulierung der Versorgung zwischen den ambulanten Ärzten und den Gemeindeschwestern und Pflegekräften. Auch im Gegensatz zu England arbeiten die ambulanten Ärzte nicht gemeindeorientiert und eng mit den anderen primären Leistungserbringern zusammen. Es besteht zwar die Vorschrift über die Trennung zwischen Verschreibung, die i.d.R. von den Ärzten vorgenommen wird,

---

309 Siehe Tabelle 5-6 dieser Arbeit.

310 Siehe Zheng, S-X/He, Y-X 1997: 430, Tabelle 1: Beschaffenheit der Primärärzte und der Zustand der Arztpraxen – Typologisierung der verschiedenden Praxisformen.

311 Nach der Befragung in einer Untersuchung von Zheng und He arbeiteten 1997 ungefähr 8,8% der Primärärzte in Gruppenpraxen; und 67% der Gruppenpraxen wurden von zwei niedergelassenen Primärärzten geführt; siehe dazu Zheng, S-X/He, Y-XHsueh 1997: 430.

und Dispensation durch die Apotheker; eine erfolgreich kooperative Arbeitsteilung zwischen den Ärzten und den Apothekern scheiterte aber an den Widerständen der ambulanten Ärzte gegen die Übernahme des Rechts auf Dispensation durch die Apotheker.

Es läßt sich zusammenfassen, daß die ambulanten Ärzte im Verhältnis zu anderen primären Professionen nicht die Rolle des Gatekeeper übernehmen. Sie können daher auch nicht die gesundheitliche und medizinische Versorgung koordinieren. Eine integrative und kontinuierliche Versorgung und Betreuung kann z.B. aus der fehlenden Verzahnung zwischen ambulant ärztlicher und pflegerischer Versorgung nicht entstehen. Die Rolle der ambulanten Ärzte als Koordinator und Advokat der Patienten ist definitiv von den ambulanten Ärzten Taiwans nicht zu erwarten.[312]

6.4 Steuerungs- bzw. Koordinationsdefizite der ambulanten ärztlichen Versorgung

Das taiwanesische Gesundheitssystem im allgemeinen (Makroebene) und die ambulant ärztliche Versorgung im besonderen (Mikroebene) beinhaltet nach wie vor Steuerungs- bzw. Koordinationsdefizite, was den drei normativen Anforderungen - Verteilungsgerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit nicht immer genügen kann. Während die Defizite auf der Makroebene im Hinblick auf die Zentralisierung der Versicherungsgeschäfte bzw. -verwaltung, die Konzentration medizinischer Ressourcen und die Abkopplung der Versorgungsangebote von den Versorgungsbedürfnissen bereits in Abschnitt 5.3 ausgeführt wurden, wird im vorliegenden Abschnitt vorzugsweise auf die Darstellung der Strukturdefizite in der ambulanten ärztlichen Versorgung auf der Mikroebene eingegangen. Diese Defizite treten insbesondere auf der interaktionellen Ebene (interaktionelle Beziehung zwischen Arzt und Patient) und der individuellen Ebene (individuelle Verhaltensweise) auf. Darüber hinaus liegen die Strukturdefizite auch auf der Makroebene vor. Im folgenden werden auf die Einzelheiten dieser Koordinationsdefizite schrittweise eingegangen.

312 Siehe dazu Abschnitt 2.3.1, (7).

6.4.1 Kostentreibende Erstellung und Überinanspruchnahme der medizinischen Leistungen

(1) Arztinduzierte Behandlungen und Untersuchungskosten

Ein anderes wesentliches Ziel der NHI ist die Kostenselbstdeckung der NHI. Dennoch erscheint die gegenwärtige Weise der Einzelleistungshonorierung dieses Ziel nicht verwirklichen zu können. Da die Leistungserbringer, besonders die Ärzte, noch immer nach dem Einzelleistungsprinzip vergütet werden, streben sie an, durch die Vermehrung der erbrachten Leistungen mehr Erträge zu erzielen.

Zum Leistungskatalog der ambulanten Versorgung zählt die Dispensation der Medikamente, die sowohl durch die Ärzte als auch durch die Apotheker vorgenommen werden kann. Der Anteil der Ausgaben für die Medikamente an den gesamten ambulanten Ausgaben weist im internationalen Vergleich einen höheren Rate auf. So schwankt der Anteil der Ausgaben für Medikamente an den gesamten Ausgaben für ambulanten Versorgung zwischen 28% und 29% (siehe dazu Anhangstabelle 2 zur Analyse der Ausgabenstruktur der ambulanten Versorgung im Rahmen der NHI). Die Steigerungsrate der jährlichen Gesundheitsausgaben für ambulante Leistungen lag 1996 im Verhältnis zu 1995 bei 14,7%, für stationäre Leistungen bei 4,7% (siehe dazu unten Tabelle 6-1[313]). Die Steigerungsrate der Gesundheitsausgaben für die ambulante Versorgung betrug im Verhältnis zum gleichen Zeitraum des vorherigen Jahres 9,3% von Januar bis Ende Oktober 1997. Das finanzielle Defizit wurde erst 1998 sichtbar. [314] Es wurden Vorschläge unterbreitet, wie die Einführung einer pauschalen Honorierung.

Die niedergelassenen Ärzte befürworten das Beibehalten der Einzelleistungshonorierung. Unter Berücksichtigung der Finanzierbarkeit der NHI ist eine Umstrukturierung der Vergütungsweise jedoch unvermeidlich. Sollten keine politischen Änderungen vorgenommen werden, besteht das Risiko, daß die NHI die Ausgaben nicht mehr tragen kann und somit das System zusammenbricht.

[313] Siehe dazu auch ZeNHI (1996), S, 39, Tabelle 4.2.8.

[314] ZeNHI (1997), Bericht über die Geschäftsdurchführung der NHI vom Oktober und vom November 1997, in: Taiwan Medical Journal, Vol 41, Nr.1. S. 67, Tabelle 2 und Nr. 2, S. 107, Tabelle 2.

Tabelle 6-1: Wachstumsrate der Gesundheitsausgaben nach Einführung der NHI

	Wachstumsrate		
Leistungsarten	1996*	1997	1998
Ausgaben für Stationäre Leistungen	4,7%	3,91%	9,84%
Ausgaben für ambulante Leistungen	14,7%	9,7%	11,93%

Eigene Darstellung

* : Die Wachstumsrate von 1996 bezieht sich auf die durchschnittlichen Ausgaben stationärer Leistungen des Zeitraumes zwischen Juli bis Dezember 1995 und Juli bis Dezember 1996.

Quelle: N.H.R.I Forum (1998): Evaluation der Aufbringung der Finanzierung im Rahmen der NHI, Tabelle 2.1.2: Wachstumsrate der Ausgaben der NHI, S. 11; National Health Insurance Annual Statistical Report (1999), Figure 14 NHI Medical Claims from 1995 to 1998, p. 10.

Wie in Abschnitt 6.4.4 dargestellt wird, sehen die Ärzte ihre fachliche Autonomie in den Preisbildungsprozessen nicht angemessen beachtet, daß die Preise der erbrachten Leistungen allein von der staatlichen Behörde bestimmt wurden. Ihrer Meinung nach lagen die festgesetzten Preise häufig niedriger als die angefallenen Kosten. Darum versuchten bereits vor Einführung der NHI die Ärzte durch die Vermehrung der Leistungsmenge ihr Einkommen zu optimieren. Diese kostentreibenden Verhaltensmotive wurde durch die Einzelleistungshonorierung vor Einführung der NHI einst verstärkt. Dieses Phänomen bliebt nach Einführung der NHI unverändert erhalten.

Die Vermehrung der arztinduzierten Leistungen ist vor allem auf die überproportionale Inanspruchnahme der Untersuchungsverfahren und der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaussektor zurückzuführen, die ihrerseits aus den günstigeren Vergütungssätzen für die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser resultierten. Wie die Tabelle 6-2 zeigt, führen die Ärzte in den Krankenhäusern mehr Untersuchungen durch und nehmen mehr medizinische Ausstattungen (medicals supply) in Anspruch als die niedergelassenen Ärzte. Solche Leistungsarten werden i.d.R. wesentlich höher honoriert als die der niedergelassenen Ärzte. Der Prozentsatz der Ausgaben für solche Leistungsarten belief sich in dem ambulanten Sektor auf 41,35% in den Medizinzentren, 44,39% in den regionalen und 43,38% in den distrikten Krankenhäusern und auf 16,39% in den niedergelassenen Arztpraxen.[315]

Das gleiche Phänomen trat auch bei den Ausgaben für Arzneimittel auf. So betrugen die Ausgaben für Arzneimittel auf dem Krankenhaussektor jeweils 42,83% in Medizinzentren, 36,39% in den regionalen Krankenhäusern und 28,82% in den distrikten Krankenhäusern. Der Prozentsatz der Ausgaben für Arzneimittel in niedergelassenen Arztpraxen lag bei 28,72% (siehe Tabelle 6-2).[316] Daraus ist ersichtlich, daß die arztinduzierte Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen am höchsten auf dem Krankenhaussektor, vor allem in den Medizinzentren und den regionalen Krankenhäusern zu finden ist. Der Anteil der Ausgaben für ambulante Leistungen auf dem Krankenhaussektor beliefen sich auf ca. 50% der Gesamtausgaben der ambulanten Versorgung (siehe dazu Abbildung 6-1).

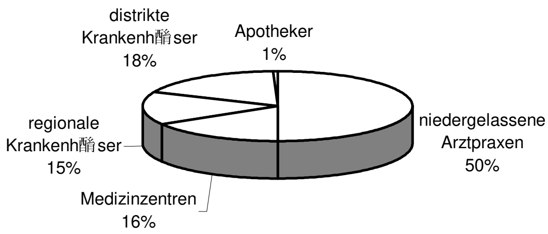
Tabelle 6-2: Anteil der spezifischen Leistungen an den Gesamtausgaben für moderne ambulante ärztliche Versorgung in Taiwan

Einrichtungen Leistungsarten	Medizinzentren	Regionale Krankenhäuser	Distrikte Krankenhäuser	niedergelassene Arztpraxen	Apotheker
Arzneimittel	42,83%	36,39%	28,83%	28,72%	-
Konsultation, Behandlung und Medical Supply	41,35%	44,39%	43,38%	16,39%	-
Diagnostische Gebühren	13,18%	16,13%	24,29%	51,01%	-
Verschreibungsgebühren	2,65%	3,08%	3,50%	3,87%	-

Quelle: ZeNHI (1999): National Health Insurance Annual Statistical Report; Tabelle 69: Detailed Outpatient Expenses by Level of Medical Care Institution (1998), S. 254 f..

315 ZeNHI 1999: 254 f., Table 69: Detailed Outpatient Expenses by Level of Medical Care Institution.
316 ZeNHI 1999: 254 f., Table 69: Detailed Outpatient Expenses by Level of Medical Care Institution.

Abbildung 6-1: Anteil der einzelnen Leistungsanbieter an der ambulanten Abrechnungserklärung



Quelle: ZeNHI (1999): National Health Insurance Annual Statistical Report;
Figure 15: Oupatient Claims by Level of Institution (1998), S. 11.

(2) Kostentreibendes Verhalten der Versicherten bei der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen und der Arzneimittel

Nach statistischen Angaben beträgt das Wachstum der Ausgaben für die ambulanten Leistungen nach Einführung der NHI 19% (vgl. Lan, Zh-F 1998: 54). Dafür liegen verschiedene Gründe vor. Erstens trägt die Einzelleistungsvergütung der NHI dazu bei. Zweitens resultiert diese Verschwendung aus dem Mißbrauch der Patienten, die wegen der Finanzierung der dritten Partei kostenunbewußt mehrere Leistungen in Anspruch genommen haben (vgl. Lang, Zh-F 1998: 54). Anhand der statistischen Angaben der ZeNHI gab es im Jahr 1997 510. 000 Versicherte, die von sich aus eine zu große Menge ambulanter Arzneimittel in Anspruch nahmen.[317] Durchschnittlich bekam jeder Patient 4 bis 5 Arten von Arzneimitteln pro Arztbesuch. Die Ausgaben für Arzneimittel trugen 25% der gesamten Gesundheitsausgaben.[318]

317 Lü, B-Y/Sheng, Zh-L/Yang, M-Zh 1998a, Liberal Times, 07. 04. 1998.
318 Lü, B-Y/Sheng, Zh-L/Yang, M-Zh 1998a, Liberal Times, 07. 04. 1998.

Die durchschnittliche Zahl der Konsultation des einzelnen Patienten von März bis Dezember 1996 belief sich auf 13,65%.[319] 1997 betrug sie im Durchschnitt 14,38%, so daß eine Steigerung von rund 5% zu verzeichnen ist.[320] Auf Grund des Patientenverhaltens dauert die durchschnittliche Konsultation beim Arzt, ungeachtet der Allgemeinmediziner und Fachärzte, oft nicht länger als 4 Minuten. Die Patienten suchen gerne die Krankenhäuser auf und lassen sich auf Doppelbehandlungen ein. Nach Einschätzung wurden ungefähr 20% bis 30% der medizinischen Ressourcen für Untersuchungstests verschwendet.[321] Als Folge davon wurde die ambulante Abteilung der Krankenhäuser dauernd von den Patienten überflutet. Die dort behandelten Patienten erhielten durchschnittlich nur eine ärztliche Behandlung von 2 bis 3 Minuten. Damit ist eine Senkung der Leistungsqualität verbunden.

Der prominente Arzt und Doktor Song, Rui-Lou behauptet dazu, daß 60% der in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser behandelten Patienten von den niedergelassenen Ärzte behandelt werden könnten.[322] In der Realität würde es zur Ausgabenreduzierung beitragen.

Im diesem Zusammenhang wurde inzwischen vorgeschlagen, die Kosten der Selbstbeteiligung für einzelne Versorgungsstufen anzuheben, um die Patienten zu veranlassen, kostenbewußter die medizinischen Leistungen in Anspruch zu nehmen. So sollte die Selbstbeteiligungshöhe von 50 NT$ (3.25 DM) für niedergelassene Arztpraxen, 100 NT$ (6.7 DM) für distrikte Krankenhäuser und 150 NT$ (10 DM) für regionale Krankenhäuser und Ausbildungskrankenhäuser jeweils auf 100, 200 und 300 NT$ erhöht werden.[323] Dieser Vorschlag wurde aber nicht akzeptiert.

Da die vertraglichen Ärzte und die Krankenhäuser nach dem Einzelleistungsprinzip vergütet werden, ist es für sie vorteilhaft, mehrere Leistungen anzubieten. Des weiteren sehen auch die Patienten einen Vorteil darin, mehrere Leistungen in Anspruch zu nehmen, da die Leistungen über Dritte finanziert werden. Diese kostentreibende Verhaltensweise sowohl seitens der ambulanten Ärzten als Anbieter als auch seitens der

---

319 Siehe ZeNHI 1997: 36, Tabelle 4.2.6: Nutzenrate der westlichen, der zahnärztlichen und der chinesischen medizinischen ambulanten Leistungen im Rahmen der NHI.
320 Lü, B-Y/Sheng, Zh-L/Yang, M-Zh 1998a: Liberal Times, 07. 04. 1998.
321 Lü, B-Y/Sheng, Zh-L/Yang, M-Zh 1998b: Liberal Times, 07. 04. 1998.
322 Siehe Song, R-L 2000: China Times, 05. 11. 2000.
323 Wu,K-X 1997: Interview, 23. 04. 1997; vgl. Lan, Zh-F 1998: 54.

Patienten als Nachfrager verursachte die gravierenden Finanzdefizite Ende 1998, was die Reform der Krankenversicherung auf Taiwan noch erforderlicher machte.

6.4.2 Verschlechterung der medizinischen Qualität

Die Verschlechterung der medizinischen Qualität läßt sich auf zwei Ebenen thematisieren. Auf der Mikroebene läßt sich diese Verschlechterung vor allem auf das seit alters her bestehende schlechte Verhältnis zwischen dem Arzt und den Patienten erklären, wie in Abschnitt 6.4.4 erläutert wird. Die Mängel der Qualitätssicherung auf der Makroebene sind im wesentlichen auf zwei Aspekte zurückzuführen. Sie sind 1) der Mängel in der medikamentösen Versorgung; und 2) das Fehlen effektiver Kontroll- und Überprüfungsmechanismen.

Im folgenden Abschnitt wird nur der Darstellung dieser beiden Tatsachen auf der Makroebene grob nachgegangen

(1) Mängel in der medikamentösen Versorgung

a) Kostentreibende medikamentöse Versorgung

Die Mängel der erbrachten medizinischen Leistungen betrifft sowohl die ärztlichen Leistungen als auch die Versorgung mit Arzneimitteln. Da die Ärzte seither daran gewöhnt sind, mehr Patienten zu behandeln und damit ein höheres Einkommen beziehen zu können, wird dem taiwanesischen Patienten, im Vergleich zu anderen Ländern, wie den Niederlanden, nur eine geringe Behandlungszeit zur Verfügung gestellt. Die Folge davon ist die Verschlechterung der ärztlichen Leistungen.

Des weiteren wurden nicht selten den Patienten mehr Injektionen und sogar unnötige Medikamente gegeben, die sich als gesundheitsschädigend erwiesen.[324] Ein augenfälliges Beispiel war eine gesetzlich untersagte Kooperation zwischen den ambulanten Ärzten und der Verwaltung in den kleinen Krankenhäusern auf der einen Seite und den pharmazeutischen Industrien auf der anderen Seite. Die Ärzte bzw. die

[324] Zhao, W-S 1996: Liberal Times, 05.04. 1996; vgl. auch Lü, B-Y 1997: Liberal Times, 20.10.1997.

medizinischen Einrichtungen erhielten von den Pharmazeuten einen Arzneimittelrabatt, der manchmal um 30% geringer ist als der Durchschnittspreis. Aufgrund dessen kauften die Ärzte eine große Menge der Arzneimittel, die sie dann den Patienten verschrieben. Da die Ärzte von der Verschreibung Erträge erzielen wollten, verschrieben sie mehr Arzneimittel als der Patient benötigte. Diese von den Ärzten verschriebenen Arzneimittel wurde von der ZeNHI getragen. Der Anteil der Ausgaben für die Arzneimittel an der gesamten Gesundheitsausgabe betrug 25%.[325] Ein Grund für die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pharmazeuten liegt in der überhöhten Preisbildung für Arzneimittel, die den Kosten der Arzneimittel nicht entsprechen.[326]

b) Fehlende Trennung zwischen ärztlicher Verschreibung und Dispensation durch Apotheker

Die Trennung der ambulant ärztlichen Verschreibung und der Dispensation durch Apotheker ist nicht vollzogen worden; dies trug weiter zur Verschlechterung der Qualität bei. Nach der politischen Einstellung sollten die Apotheker die Aufgabe zur Überprüfung der ärztlichen Leistungen übernehmen. Da die Trennung zwischen der ambulanten ärztlichen Verschreibung und der Dispensation von Apothekern am Widerstand der ambulanten Ärzte gescheitert ist, kann sich die ambulante ärztliche Versorgung weiteren Kontrollen entziehen (siehe dazu 5.2.2, (3)).

Es läßt sich aus dem Ausgeführten festhalten, daß gegenwärtig in Taiwan in bezug auf die Qualität der ambulant ärztlichen Leistungen zwei überwiegende Probleme vorliegen. Diese sind Mißbrauch der Arzneimittel und Unkontrollierbarkeit der ambulant ärztlichen Versorgung infolge der Abwesenheit eines Überweisungssystems und mangelhafte Trennung der ambulanten ärztlichen Verschreibung und der Dispensation durch Apotheker.

(2) Fehlen effektiver Überprüfungsmechanismen zur Kontrolle ärztliches Verhalten

---

325 Fast 25% der Gesundheitsausgaben wurden für die Inanspruchnahme der Arzneimittel bezahlt; siehe dazu den Zeitungsartikel über Preisbildung und Ausgaben für Arzneimittel, siehe dazu Industrial and Commercial Times 1998: 15.07.1998.

326 Wan, Hsin-Ter meinte in dem Forum zur Preisbildung der Arzneimittel, daß das Vergütungssystem der NHI die Pharmazeuten dazu zwang, die Arzneimittel zu ungerechten Preisen anzubieten (vgl. Industrial und Commercial Times 1998: 15.07.1998.

Außer den in Abschnitt 5.2.2, (4) bereits angedeuteten Ausbildungs-, Approbations- und Niederlassungsvorschriften gilt auch die Akkreditierung der medizinischen Einrichtung, vor allem der Krankenhäuser, die erst seit 1978 für die Akkreditierung der Ausbildungskrankenhäuser eingeführt worden ist,[327] als weiteres Instrument zur Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung in Taiwan. Seit 1988 wird die Akkreditierung für Krankenhäuser und Medizinzentren landesweit auf Taiwan umgesetzt. Die Akkreditierungsaufgabe der medizinischen Einrichtungen übernimmt der „Prüfungsausschuß" unter Mitarbeit der ZfG. Z.Z ist die Akkreditierung drei Jahre gültig. Von 1988 bis 1996 erfüllten insgesamt 621 Krankenhäuser diese Kriterien. Darunter waren 12 Medizinzentren (medical centers)[328], 42 regionale Krankenhäuser, 63 Ausbildungskrankenhäuser, 476 distrikten Krankenhäuser, 3 spezialisierte Ausbildungskrankenhäuser, 7 psychiatrische Ausbildungskrankenhäuser und 18 psychiatrische Krankenhäuser.

Hinzu ist im Rahmen der NHI seit März 1995 ein Prüfungsausschuß für die Überprüfung erbrachter Leistungen eingerichtet worden, um die Menge, die Leistungsart und ihre Qualität, also die Angemessenheit der erbrachten Leistungen zu prüfen.[329] Für die Geschäftsführung des Prüfungsausschusses wurde „die Verordnung zur Überprüfung der erbrachten Leistungen von medizinischen Einrichtungen" erlassen, die gesetzmäßig seit 1. März 1995 in Kraft getreten ist (gemäß Artikel 52 des GüNHI). Dieser Ausschuß ist der ZeNHI unterstellt und übernimmt alle Prüfungsaufgaben von verwaltungsmäßiger und professioneller Art.[330] Die Überprüfung der erbrachten Leistungen durch den Prüfungsausschuß ist als einziges Instrument zur Qualitätssicherung im Rahmen der NHI anzusehen.

Trotz der oben ausgeführten Mechanismen zur Qualitätskontrolle erwiesen sich die Qualitätssicherung der taiwanesischen Gesundheitsversorgung als uneffektiv. Zuerst stellte das Scheitern des Überweisungssystems eine Einschränkung der Möglichkeiten

---

327 Artikel 69 und 70 des GMB.

328 Die Medizinzentren als Großkrankenhäuser auf Taiwan, die teils im privaten Besitz stehen oder teils öffentliche Einrichtungen sind, können mit den Unikliniken in Deutschland gleichgesetzt werden. In den meisten Großkrankenhäusern können einerseits medizinische Studenten eine praktische Ausbildung bekommen; andererseits können medizinische Forschungen durchgeführt werden. In der Regel verfügen solche Medizinischen Zentren über hochtechnische Geräte und zugleich sehr qualifizierte Ärzte.

329 Der Prüfungsausschuß wurde gemäß der Vorschrift des Artikel 52 des NHI eingerichtet.

330 Vgl. Artikel 4 und 5 der Verordnung über die Überprüfung der erbrachten Leistungen von den medizinischen Einrichtungen.

zur Mengenkontrolle und damit auch zur Qualitätssicherung dar. Die ambulanten Ärzte würden eigentlich als Gatekeeper die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen kontrollieren und koordinieren, wenn ein Überweisungssystem erfolgreich etabliert worden wäre. Das Überweisungssystem scheiterte aber an der Verhaltensweise sowohl der Versicherten als auch der Ärzte. Es liegt folglich häufig eine Doppelbehandlung vor, die sogar die Verschlechterung der medizinischen Leistungsversorgung mit sich gebracht hat.

Die Verschlechterung der medizinischen Qualität läßt sich weiter auf das Fehlen eines effektiven Überprüfungssystems zurückführen. Die Evaluation bzw. Überprüfung der medizinischen Leistungen im Rahmen der NHI beschränkt sich nur auf die strukturelle Evaluation, nämlich durch die sogenannte Akkreditierung von medizinischen Einrichtungen, wie oben angedeutet. Dabei werden nur die räumliche Größe, die Anzahl des medizinischen Personals und der Ärzte und der Betten evaluiert. Dagegen ist das Behandlungsverfahren des medizinischen Personals, also die prozedualen Strukturen, vernachlässigt worden. Problematischer ist, daß die Behandlungsergebnisse der Leistungserbringung nicht überprüft werden (vgl. Huang, D-F 1998: 144). Aus dem Zusammenwirken des mangelhaften Überprüfungssystems und der Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ergab sich eine weitere Senkung der Qualität der medizinischen Leistungen.

6.4.3 Verletzung der professionellen Autonomie und Legitimationsmängel der Preisbildung

Die ärztliche Autonomie hat nach dem zweiten Weltkrieg aufgrund politischer Eingriffe stark abgenommen. Den Ärzten wurde selten Gelegenheit gegeben, an den Preisbildungsprozessen für medizinische Leistungen teilzunehmen, wie in Abschnitt 5.4.2 dargelegt wurde. Die Preise der erbrachten ärztlichen Leistungen wurden herkömmlich von den zuständigen Behörden allein bestimmt. Die von der AVE beschlossenen Preise lagen i.d.R. niedriger als die von den Ärzten erwartete Höhe. Daher sahen sich die Ärzte ökonomischen Eingriffen von Seiten des Staates nachteilig ausgesetzt. Deswegen veranstalteten einerseits die Ärzte Behandlungsstreiks, um Druck auf den Staat auszuüben. Da ihre ärztliche Autonomie nicht anerkannt wurde, suchten die Ärzte andererseits ihr Einkommen zu optimieren, indem sie die klinische Autonomie ausnutzten bzw. mißbrauchten (vgl. Lin, G-M 1996: 20 ff.; Yeh, J-C, 1998: 76), was zur Erhöhung der Leistungserbringung und damit zur Steigerung der Gesundheitsausgaben führte.

Ein Problem der Legitimation in bezug auf die Preisbildung bestand auch darin, daß die Ärzte in den von der ZeNHI bestimmten Vergütungssätze als Gefährdung der Autonomie des ärztlichen Fachwissens ansahen und die Legitimation der dadurch festgelegten Vergütungssätze anzweifelten. Vor diesem Hintergrund verstoßen die ambulanten Ärzte selbst nach Einführung der NHI nach wie vor gegen die gesetzlichen Vorschriften zur Leistungserbringung, indem sie die Leistungsmenge erhöhten oder unnötige Leistungen anboten. Die Unzufriedenheit der Ärzte mit dem Preisbildungsprozeß läßt sich selbst nach Einführung der NHI noch offenkundiger spüren. So schlugen die Ärztegruppen vor, eine gemeinsame Verhandlung über Vergütungssätze zwischen dem Versicherungsträger und den Ärztegruppen zu führen (Vgl. Wu, K-K 1998: 99).

Zweitens stellt das Überprüfungssystem der medizinischen Leistungen von Seiten der ZeNHI als staatlicher Akteur weitere Eingriffe in die ärztliche professionelle Autonomie dar. Das eigentliche Ziel der Umsetzung des Überprüfungssystems, die Qualität der medizinischen Leistungen zu kontrollieren, hat sich bisher nicht verwirklicht.

6.4.4 Mängel an ärztlichem professionellen Ethos und Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Das <u>GüAR</u> Taiwans schreibt im Artikel 21 ein Prinzip der Zwangskontrahierung behandlung vor. Demnach sind die Ärzte verpflichtet, die sie konsultierenden Patienten zu behandeln. Die Ärzte dürfen sich nicht weigern oder es unterlassen, die sich im Notfall befindenden Patienten zu behandeln (siehe dazu auch Artikel 43 des <u>GMB)</u>. Das 1986 revidierte <u>GMB</u> schreibt dazu in Artikel 44 weiter vor, daß den Ärzten nicht erlaubt ist, mit ungerechten Mitteln oder durch Bestechung die Patienten zu behandeln. Es läßt sich festhalten, daß in Taiwan kein Mangel an gesetzlichen Vorschriften über das ärztlichen Ethos besteht. Die Fragt ist nun, ob diese Vorschriften von den Ärzten eingehalten wurden oder werden.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis auf Taiwan erwies sich eher als schlecht. Es besteht zwischen dem Arzt und dem Patienten keine persönliche Beziehung, außer zwischen den Hausärzten und ihren Patienten. Die Konsultationszeit der Ärzte pro Patient beträgt bei einigen Ärzten sogar nur zwei bis drei Minuten in den Großkrankenhäusern. Darum besteht kein Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten und den Patienten. Ferner orientiert sich die ärztliche Behandlung an der Biomedizin, die den Patienten eher als Organismus und nicht als einen Menschen behandelt. Die Ärzte kennen die Patienten nicht persönlich und können deshalb ihre Patienten nicht ganzheitlich behandeln. Die Qualität der ärztlichen Leistungen wurde dadurch erheblich beeinträchtigt.

Dies läßt sich an einem Beispiel verdeutlichen: So stellte z.B. ein Arzt während der Entfernung eines Tumors bei einer Frau fest, daß sie einer weiteren Operation bedurfte. Da der Operateur diese Operation nicht als zusätzliche Leistung abrechnen konnte, unterließ er diese zweite, ebenfalls notwendige Operation. Der Arzt beabsichtigte, die Operation zu einem späteren Zeitpunkt durchzuführen, damit er nochmals eine Vergütung für diese Operation erzielen konnte.[331]

Die Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses trug, wie oben bereits angedeutet, zur weiteren Senkung der medizinischen Qualität bei. Häufig bieten die Ärzte in den Krankenhäusern unangemessene Leistungen, wie z.B. die Hysterektomie, an, denn um so mehr Leistungen sie anbieten, desto mehr können sie nach der Einzelleistungshonorierung bei der ZeNHI abrechnen. Die extrem kurze Zeit der Patientenbehandlung in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser ist ein weiterer Beleg für die Verschlechterung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, was zur Qualitätssenkung weitgehend beitrug.

Die Ärzte stehen seit langem unter ethischer Kritik. Die Aushöhlung des ärztlichen Ethos hängt nach Lin, Kuo-Ming mit den übertriebenen Eingriffen des Staates in die Preisbildung der medizinischen Leistungen, also die professionelle Autonomie, und der Einzelleistungshonorierung als Ursachen zusammen (vgl. Lin, G-M 1996: 16). Die

[331] Lü, B-Y/Sheng, Zh-L/Yang, M-Zh 1998d: Libertal Times, 07. 04. 1998.

Ärzte sahen darin Vorteile, ihr Einkommen durch Vermehrung der Leistungsmenge zu erheben, weil die Preise für die von ihnen erbrachten Leistungen ihnen zu niedrig erschienen. Als Folge fand ein übertriebener Mißbrauch der klinischen Autonomie statt. Diese enthält u.a. ein Überangebot, viel zu große Mengen an Verschreibungen von Medikamenten und Untersuchungen, unnötige Operationen und Aufenthaltsdauer der Patienten in Krankenhäusern. (vgl. Lin, G-M 1996: 16 ff.).

Politisch verfehlt ist, daß die am 1. März 1995 eingeführte NHI weder die Autonomie der Ärzte in der Preisbildung angemessen beachtet noch versucht hat, das verschlechterte Arzt-Patienten-Verhältnis zu verbessern. Das zuerst genannte löste das Legitimationsproblem der Preisbildung aus; das zweite beeinträchtigte einerseits die medizinische Qualität und trieb andererseits die Ausgaben in die Höhe, was bereits die Finanzierbarkeit der NHI in Frage gestellt hat.

Zwischenfazit

Es läßt sich aus den Ausführungen schließen, daß einerseits auf Taiwan eine überwiegende Einmischung von Seiten des Staates in die Autonomie der Ärzte besteht. Aufgrund dessen tritt ein demokratischer Legitimationsanspruch in bezug auf die Preisbildung im taiwanesischen Gesundheitswesen ein. Eine rein hierarchische Steuerung von Seiten des Staates erweist sich unumstritten als ungenügend. Zweitens besteht auf Taiwan aufgrund des Mangels an Rücksichtnahme auf die interaktive Arzt-Patienten-Beziehung ein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patienten, der die Qualität weitgehend verschlechtert. Die reine Marktsteuerung in bezug auf die Inanspruchnahme und die Erstellung der medizinischen Leistungen auf der interaktiven und individuellen Ebene konnte das Problem des Vertrauensverlustes nicht nur nicht bekämpfen, sondern sie verschärfte mittlerweile das Arzt-Patienten-Verhältniss. Aus diesen Gründen erscheint es für die Regierung Taiwans angebracht, über alternative Steuerungsformen zur Lösung der bestehenden Probleme nachzudenken. Auf solche Steuerungsformen wird in Kapitel 8 dieser Arbeit ausführlich eingegangen.

Kapitel 7 Konvergenz und Differenz in der Gestaltung der hausärztlichen bzw. ambulanten ärztlichen Versorgung in den Ländern - Taiwan, den Niederlanden und England

Im folgenden werden anhand neun unterschiedlicher Dimensionen, die auf verschiedenen Ebenen angesiedelt sind (nämlich institutionelle, interorganisatorische, interaktive und individuelle Ebene), die hausärztliche bzw. ambulante ärztliche Versorgung in den drei Ländern verglichen. Zunächst wird in Abschnitt 7.1.1 die Leistungserbringung in bezug auf die ambulante ärztliche Verhaltensweise auf der interaktiven und individuellen Ebene verglichen. Dabei werden fünf Subdimensionen (Status der Ärzte, Praxisform, Honorierung für ärztliche Leistungen, Zugangsmöglichkeit und Arztwahl) berücksichtigt. Abschnitt 7.1.2 befaßt sich mit der institutionellen verbandlichen Gestaltung der einzelnen Länder auf interorganisatorischer Ebene.

In den Abschnitten 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5. und 7.1.6. werden wesentliche Dimensionen auf der nationalen, institutionellen Ebene im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung, in gewissem Maße für die gesamte Gesundheitsversorgung systematisch verglichen. In Abschnitt 7.1.3 werden weitere drei Dimensionen angesprochen: Finanzierungs-, Preisbildungs- und Kostenkontrollmechanismen. Daran anschließend wird in Abschnitt 7.1.4 zuerst die Marktgestaltung in einzelnen Ländern verglichen. Zweitens wird analysiert, welche Funktionen die Versicherungen und die Ärzte in den einzelnen Ländern übernehmen. In den Abschnitten 7.1.5 und 7.1.6 werden die Gestaltung der Verantwortlichkeit und gesundheitspolitische Entscheidungsstrukturen vergleichend dargestellt. Abschließend werden in Abschnitt 7.2 wesentliche Charakteristika der primärärztlichen Versorgung in den Niederlanden und in England zusammengefaßt.

7.1 Vergleich der Gestaltung der hausärztlichen bzw. der ambulanten ärztlichen Versorgung

7.1.1 Gestaltung der hausärztlichen Leistungen in England und den Niederlanden bzw. ambulanten ärztlichen Leistungen in Taiwan

(1) Status und Praxisformen der Ärzte

Den Status betreffend weisen die Ärzte in den drei Ländern Gemeinsamkeiten auf. So sind die Ärzte in allen drei Ländern private, selbständige Unternehmer. Sie sind Geschäftsführer ihrer eigenen Praxen, und verfügen sowohl über finanzielle als auch über klinische Autonomie. Bezüglich der Organisation der Praxen weisen sie allerdings gewisse Unterschiede auf. Während in England die Form der Gruppenpraxis vorherrscht, sind in Taiwan und in den Niederlanden hauptsächlich Solopraxen anzutreffen. In Taiwan sind über 90% der niedergelassenen Ärzte in Solopraxen tätig; in den Niederlanden sind mindestens 50% der niedergelassenen Ärzte in Solopraxen tätig. In den Solopraxen arbeiten außer dem Arzt nur noch ein oder zwei Hilfskräfte; leitet der Arzt gewöhnlich die Tätigkeit der Praxis. Die Aufgabenverteilung in den Solopraxen ist hierarchisch strukturiert. In Gruppenpraxen dagegen arbeiten die Ärzte zusammen, so daß mit gewisser Sicherheit eine kollegiale Kooperation stattfindet. Inwiefern diese kollegiale Koorperation stattfindet, hängt von der Arbeitsform der Praxen ab. In den englischen Arztpraxen arbeiten die anderen Berufsgruppen bis zum gewissen Grade selbständiger und autonomer als die Hilfskräfte der taiwanesischen Arztpraxen. Zugleich wird bei den Gruppenpraxen die horizontale Zusammenarbeit betont.

In allen drei Ländern stehen die Ärzte in einem privatrechtlichen Vertragsverhältnis zu den Finanzierungsträgern, seien es die Krankenkassen wie in den Niederlanden, seien es die FHSAs in England und der ZeNHI in Taiwan. Die FHSAs und die ZeNHI fungieren dabei als staatliche Behörden. Sie Mediziner arbeiten somit als Vertragsärzte und beziehen ihr Einkommen von den Finanzierungsträgern.

(2) Honorierung für die ärztliche Leistungen

In England und den Niederlanden, wird den Hausärzten gewöhlich ein Großteil ihrer Einkommen durch eine Kopfpauschale für jeden bei ihnen eingeschriebenen Patienten zugeteilt. In England soll der Anteil des Verdienstes aus den Kopfpauschalen an dem Gesamteinkommen des Arztes über 60% liegen. In den Niederlanden ist eine ähnliche Vorschrift vorhanden. Darüber hinaus beziehen die Hausärzte ihr Einkommen nach dem Einzelleistungsprinzip (siehe dazu Abschnitt 3.2.2.3). Von daher läßt sich sagen, daß in den Niederlanden und in England vorwiegend eine kombinierte Vergütungsform für die Hausärzte angewendet wird. Eine reine Vergütungsform entweder nach dem Einzelleistungsprinzip oder nach dem Kopfpauschale existiert nicht.

Die Leistungen der ambulanten Ärzte in Taiwan werden nur nach dem Einzelleistungsprinzip abgerechnet. In bezug auf die ärztlichen Verdienste gibt es in Taiwan kein Standardeinkommen wie in England und den Niederlanden. Darum werden die Ärzte motiviert, mehr Leistungen zu erbringen, damit sich ihr Einkommen erhöht. Die Folge davon ist, daß die Ausgaben für die ärztlichen Leistungen ständig ansteigen. Dies trägt zum Finanzierungsproblem der NHI bei.

(3) Zugangsmöglichkeit

Der Zugang zu hausärztlichen bzw. ambulanten ärztlichen Leistungen ist in den drei Ländern gleichermaßen für alle Bürger gesichert, da in allen drei Ländern eine landesweite solidarische Finanzierung vorhanden ist, und so die Krankheitsrisiken im hohen Ausmaß solidarisch und sozial abgesichert sind. Vor allem in England und in Taiwan sind jeweils über 90% der Bürger durch den NHS in England und 96% mittels der NHI (Taiwan) gegen Krankheitsfälle abgesichert. Die Bürger besitzen freien Zugang zur allgemeinmedizinischen Versorgung in England bzw. zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Taiwan. In den Niederlanden sind hingegen nicht alle Bürger gegen akute Krankheitsfälle bei den gesetzlichen Krankenkassen versichert. Der restliche Bevölkerungsanteil (ungefähr 35% der Bevölkerungsgruppen mit hohem Einkommen) ist privat versichert. Dadurch ist für alle niederländischen Bürger der Zugang zu hausärztlichen Leistungen gesichert.

(4) Arztwahl

In allen drei Ländern dürfen die Patienten die Ärzte grundsätzlich frei wählen. Nur der Freiheitsgrad der Arztwahl unterscheidet sich. In England und in den Niederlanden dürfen Patienten jedes halbes Jahr die Primärärzte wechseln. Die Patienten dürfen dagegen Fachrärzte nicht direkt konsultieren, wenn ihnen die Leistungen dieser Ärzte nicht genügen. Dagegen dürfen in Taiwan zu jeder Zeit die Ärzte aller Fachrichtungen gewechselt werden. Aus diesem Grund ist in Taiwan allerorts das sogenannte „go-shopping-Verhalten“ [332] zu sehen, was die Qualität der ärztlichen Leistungen erheblich beeinträchtigt.[333] In England und den Niederlanden ist die freie Arztwahl insofern eingeschränkt. Dagegen herrscht in Taiwan eine völlig freie Arztwahl, so daß sich die Konsultationsrate jedes Patienten in Taiwan auf 15 pro Jahr beläuft.[334] Taiwan weist im internationalen Vergleich den höchsten Rang auf.

(5) Gatekeeper oder nicht - Das Überweisungssystem

In England und den Niederlanden fungieren Allgemeinmediziner und Hausärzte als Gatekeeper der gesamten Gesundheitsversorgung, da sie die Anlaufstelle der gesamten Bevölkerung zur Gesundheitsversorgung darstellen. Die bei einem Hausarzt eingeschriebenen Patienten sollen nach den Vorschriften als erstes diesen Arzt aufsuchen, wenn sie ärztliche Behandlungshilfe brauchen.[335] Sie werden von dem Hausarzt an die Fachärzte oder an Krankenhäuser überwiesen, wenn eine solche Überweisung zweckmäßig erscheint. Das Überweisungssystem funktioniert in beiden Ländern. Dagegen sind in Taiwan zwar Überweisungsvorschriften im Gesetz (Artikel 33 des GüNHI) verankert und die darin eingeführte Selbstbeteiligung auch umgesetzt. In Taiwan scheiterte das Überweisungssystem, da zu viele Patienten direkt die ambulante Abteilung der Krankenhäuser konsultierten. Die Patienten konsultieren i.d.R. die Fachärzte nach eigener Wahl. Auch machen sie unmittelbar von den stationären Leistungen Gebrauch, ohne daß ein Einweisungsnachweis des ambulanten Arztes

332 “Go-shopping-Verhalten” bezeichnet eine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, in der die Patienten/Versicherten die Ärzte bzw. Leistungseinrichtungen ständig wechseln. Die Patienten vergleichen dabei die ärztlichen Leistungen subjektiv und stehen deswegen keinem Vertrauensverhältnis zu den Ärzten bzw. anderen Leistungsanbietern.

333 Siehe dazu Abschnitt 6.4.1(2).

334 Siehe dazu Abschnitt 8.1.1 (1), a).

335 Siehe dazu Abschnitt 4.3.3 (1).

vorliegt.

7.1.2 Die verbandlichen Gestaltungsformen der drei Länder - ein Vergleich auf der interorganisatorischen Ebene

(1) Ausmaß der verbandlichen Interessenvertretung

Während die KNMG in den Niederlanden als dachverbandlicher Interessenvertreter der gesamten Ärzteschaft fungiert, vertritt die LHV ausschließlich die Interessen der niederländischen Hausärzte als hausärztliche Vereinigung. Demgegenüber vertritt die VNZ die Interessen der Krankenkassen und somit der Versicherten. Die LHV verhandelt auf der Verbandsebene in Form einer Kollektivverhandlung mit der VNZ über die Vergütungssätze der Hausärzte. Die verhandelten Tarifsätze bedurften früher der Genehmigung des Ziekenfondsraad und jetzt der COTG. Das bedeutet, daß die Vergütungssätze durch die Verhandlung zwischen den verbandlichen Vertretern ausgehandelt werden. Insofern kann man von einer Selbstregulierung sprechen. Auf der regionalen Ebene verhandeln vornehmlich die sogenannten DHVs[336] mit den Krankenkassen bzw. privaten Versicherern über die Honorarhöhe und die Vertragsbedingungen. Diese DHVs sind zugleich für die Gewährung der Niederlassung der Hausärzte zuständig (vgl. de Bakker 1997: SFG 23/98).

Ähnliches gilt für England. In England vertritt das GMSC der BMA die Interessen der GPs und verhandelt mit den staatlichen Behörden über deren Honorarhöhe und ihre Arbeitsbedingungen.[337] In bezug auf die Interessenvertretung der Konsumenten gibt es zwar keine nationale Gruppierung der Bürger als Konsumenten; sie dürfen aber durch ihre Repräsentanten bei den LACs ihre Interessen bzw. Bedürfnisse auf der lokalen Ebene artikulieren und verteidigen. In gewissem Maße vertreten die jeweiligen lokalen HAs die Interessen der Konsumenten, da sie die Bedürfnisse der Bürger evaluieren. Dies zeigt, daß der Staat in England die Angelegenheiten der Gesundheitsversorgung in Gestalt eines Vertreters der Bürger stärker wahrnimmt als in den Niederlanden.

[336] Es gibt momentan 23 DHVs in den Niederlanden, denen rund 80 Regionale Huisartsen Verenigingen unterstehen.
[337] Siehe dazu Abschnitt 3.2.2.3.

Nach der Vorschrift (Artikel 9 des GüAR) sollten in Taiwan die Ärzte Zwangsmitglieder der ansässigen Ärztekammer werden. Diese lokalen bzw. kreisangehörigen Ärztekammern waren keine autonomen Organisationen und unterlagen vor den 90er Jahren der Kontrolle des Staates. Sie verfügten deshalb über keine Kompetenz zur Interessenvertretung. Allein die nationale AÄK erwies sich als Interessenvertreter der Ärzteschaft, da sie bei den Verhandlungen über die Vergütungssätzen der ärztlichen Leistungen mit den staatlichen Vertretern und den Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber die Interessen der Ärzte vertrat.[338] Im Gegensatz zur Ärzteschaft können sich die Versichertengruppen nicht organisieren und sind somit schwach in der Interessenvertretung. Wie in England übernimmt die taiwanesische Regierung die Funktion der Interessenvertretung der Konsumenten, indem sie im Namen der Versicherten mit der Ärzteschaft die Verhandlung über die Vergütungssätze übernimmt. Wie in Abschnitt 5.3.1 angesprochen, übernimmt sie zugleich die Aufgabe der Qualitätsüberwachung durch den Prüfungsausschuß für die NHI,.

Es läßt sich aus dem Ausgeführten festhalten, daß das Ausmaß der verbandlichen Vertretung in den Niederlanden am höchsten ist. In England und Taiwan kann die Ärzteschaft zwar ihre Interessen ebenso vollständig vertreten wie in den Niederlanden. Es gibt in England und Taiwan aber keine starken, gesellschaftlich organisierten Vertreter der Konsumenten. Statt dessen vertreten die staatlichen Akteure die Interessen der Bürger oder der Versicherten als Konsumenten. Damit sind die Interessen der Versicherten nicht genügend gewährleistet. Dies resultiert vornehmlich aus der fehlenden Partizipation der Versicherten in den politische Entscheidungen.

(2) Einrichtung zur interkollegialen bzw. interpersonellen Qualitätsüberprüfung

Eine übliche Form der interkollegialen, interpersonellen Qualitätsüberprüfung sind die peer reviews. Die peer reviews sind im Unterschied zu verbandlichen Organisationen als eine Selbstregulierung auf der interpersonellen Ebene anzusehen. Peer reviews werden sowohl in den Niederlanden als auch in England seit langem zur Qualitätsüberwachung und -kontrolle der ärztlichen Leistungen umgesetzt. So findet in den Niederlanden eine interkollegiale Prüfung in den sogenannten peer reviews auf der

338 Siehe dazu Abschnitt 5.4.2 (1).

lokalen Ebene statt .[339] Das peer review entstand bereits zu Beginn der achtziger Jahre im Rahmen einer Zusammenarbeit der NHG mit den allgemeinmedizinischen Universitätsabteilungen (vgl. Gerlach/ Bahrs 1994: 45 f.). Ein peer review besteht i.d.R., wie in der Region Nijmengen, aus 10 Hausärzten. Diese Teilnehmer treffen sich einmal im Monat. Das peer review war in den Niederlanden sehr erfolgreich und ist inzwischen obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung zum Hausarzt geworden (vgl. Gerlach/Bahrs 1994: 46).

Ähnlich wie in den Niederlanden werden in England primär die medical audits (wie peer reviews) angewandt, um die ärztliche bzw. medizinisch professionelle Qualität zu kontrollieren. Als bedeutendste Organisationen, die diese medical audits umsetzen, gelten die unterschiedlichen Royal Colleges der jeweiligen Spezialisten. So fungiert die RCGP als primäre leitende Organisation in der medical audit.[340] Diese medical audit wurde bis zum Jahr 1989 durch die ärztlichen Organisationen selbst durchgeführt; später wurde der Einsatz der medical audit durch die Vorlage des White Papers (Working Paper 6 Medical Audit) obligatorisch. Entsprechend dem White Paper sollte die medical audit auf der lokalen Ebene durch das Medical Audit Advisory Council unterstützt werden. Die medical audit wird ausschließlich von den Ärzten selbst durchgeführt. Selbst in der Ärzteschaft, wie in der BMA, wird die Durchführung der medical audit durch die GMSC als Subkomitte der BMA funktional unterstützt.

Im Gegensatz zu England und den Niederlanden sind in Taiwan die einzelnen fachärztlichen Verbände durch Ermächtigung der zuständigen Staatsbehörde (Artikel 7, Absatz 1. des GüAR) beauftragt, eine Überprüfung der fachärztlichen Qualität der Ärzte, die eine fachärztliche Ausbildung haben, durchzuführen. Diese fachärztliche Überprüfung der Ärzte ist als eine Form der Selbstregulierung der Ärzteschaft in bezug auf die Qualität der interorganisatorischen Mesoebene einzuordnen. Es besteht jedoch in Taiwan bislang keine interkollegiale Qualitätsprüfung (wie peer reviews und medical audits) auf der interaktiven Mikroebene. Dadurch fehlt in Taiwan ein kollegialer Erfahrungsaustauch unter den Ärzten in bezug auf klinische Tätigkeiten so wie auf der Ebene der Behandlungs- und Therapieverfahren.

---

339 Siehe Abschnitt 4.2.2 (4) und 4.3.6.
340 Siehe Abschnitt 3.2.2.5 (2).

(3) Selbstregulierungsgrad der beteiligten Akteure

Außer der Interessenvertretung können berufliche Verbände auch eine professionelle Disziplinierungsfunktion erfüllen, indem sie Qualitätsstandards einführen bzw. festsetzen, nach denen sich die Ärzte richten sollen, wie es in den Niederlanden der Fall ist. In den Niederlanden und in England werden diese Qualitätsstandards von ärztlichen Vereinigungen selbst aufgestellt. In den Niederlanden übernimmt die KNMG die Funktion der Selbstregulierung. Wie in Abschnitt 4.2.2 (5) bereits erläutert, üben die Ärzte ihre Qualitätsprüfung seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts selbst aus. Ferner legte die NMG im Jahr 1903 das Disziplinarrecht vor, nach dem die Qualität der Hausärzte kontrolliert wird. Dies stellt eine Selbstregulierung der Ärzteschaft dar. Die LHV übernimmt dieselbe Funktion. Sie darf selbständig Beschlüsse in bezug auf die Anerkennung und Registration von Hausärzten fällen. Dafür verfügt die LHV über ein gesetzgebendes Kollegium, das für die Feststellung von Anforderungen an Ausbildung und Ausbildungsanstalten zuständig ist (vgl. Mierlo/Made 1991: 17) Entsprechend gilt die VNZ als Dachverband der Krankenkassen. Sie ist zugleich ein Selbstregulierungsorgan, das wesentlich die Versicherungsgeschäfte der Krankenkassen durchführt (vgl. Mierlo/ Made 1991: 18).

Aus dem Ausgeführten läßt sich festhalten, daß der Grad der verbandlichen Selbstregulierung in den Niederlanden sehr hoch ist. Der Staat greift darin kaum regulativ ein.

Ähnliche Funktionen erfüllen die professionellen Gruppierungen in England. So besitzt in England die GMC der BMA durch gesetzliche Zulassung über eine Selbstverwaltungskompetenz, wie in Abschnitt 3.2.2.5 (1) dargestellt. Außerdem verfügt sie über die Kompetenz zur Registrierung der Ärzte. Überdies übernimmt die GMC auch die Regelungen bezüglich der Ausbildung und der Erteilung der Approbation der GPs und damit die Aufgabe zur Überwachung der ärztlichen Qualität. Entsprechend erteilt das MPC der BMA die Zulassung der ärztlichen Niederlassung und steuert damit die regionale Verteilung der Ärzte im allgemeinen und die der Allgemeinärzte im besonderen.[341]

[341] Siehe dazu Abschnitt 3.2.2.2, (3).

Eine weitere Selbstregulierungsform in bezug auf ärztliche Professionen stellt die medical audit dar. Die medical audit ist eine freiwillige Selbstregulierungsorganisation. Sie wird ausschließlich von Ärzten selbst geleitet und ursprünglich durch die verschiedenen Royal Colleges eingeführt. Mit der Veröffentlichung des White Papers wurde die Teilnahme der einzelnen Ärzte und der medical audit zur obligatorischen Pflicht. Heutzutage ist die medial audit zwar durch staatliche Zuweisung der Aufsicht der staatlichen Behörden unterstellt; sie darf jedoch nach wie vor ausschließlich von Ärzten selbst durchgeführt werden.[342]

Im Gegensatz zu diesen beiden Ländern erfüllt die nationale AÄK als der ärztliche Interessenverband in Taiwan außer der Interessenvertretung keine professionelle Qualitätsprüfungsfunktion. Nur die einzelnen fachärztlichen Ärztekammern, in denen die einzelnen Fachärzte zusammentreffen, übernehmen diese Funktion (Artikel 7. 1. Absatz des GüAR). Sie haben jedoch keine Disziplinierungsbefugnisse im Sinne der Anerkennung der Zulassung der Fachärzte. Diese Befugnis steht bislang nur der ZfG zu. Die Registrierung der einzelnen Ärzte zur Niederlassung müssen die Ärzte bei den staatlichen Gesundheitsbehörden auf der lokalen bzw. städtischen Ebene beantragen (Artikel 8 des GüAR). Bis heute steht die Befugnis zur Festsetzung der Ausbildungskriterien von Medizinstudenten und der Approbationskriterien zum Qualifikationserwerb des Arztstatus der ZfG als übergeordnetem staatlichem Durchführungsorgan zu.

In den Niederlanden übernimmt die LHV die Regelung zur hausärztichen Niederlassung und klinischen Ärztetätigkeit. Entsprechend übernimmt in England einerseits die GMC die Regelung zur ärztlichen Ausbildung und zur Approbation der Ärzte, und andererseits regelt die MPC die Zulassung der allgemeinärztlichen Niederlassung. Im Gegensatz dazu kennen in Taiwan sowohl die lokalen, kreisangehörigen Ärztekammer als auch die AÄK keine ähnliche Selbstregulierungskompetenz, mit der Ausnahme, daß ihr die oben beschriebene Kompetenz zur Qualifikationsüberprüfung der Ärzte in Ermächtigung der zuständigen Staatsbehörde zugewiesen wurde.

Es ist aus dem Ausgeführten festzuhalten, daß sich der Grad der Selbstregulierung der Ärzteschaft in Taiwan hinsichtlich der medizinischen Qualitätssicherung, im Vergleich

[342] Siehe dazu (2) des Abschnitt 3.2.2.5.

zu den Niederlanden und England, als niedriger erweist. Selbst das Ausmaß der Selbstregulierung der Interessenvertretung und der Grad der Konfliktfähikeit der Interessengruppen, erweisen sich als unzureichend. Das trifft noch stärker auf die Versicherten zu, da keine starken Vertretungsorganisationen vorhanden sind.

7.1.3 Finanzierung, Preisbildung und Kostenkontrolle der jeweiligen ambulanten ärztlichen Versorgung

(1) Finanzierungsform

(a) Finanzierung in den drei Ländern

Die Gesundheitsversorgung läßt sich zunächst in bezug auf die Finanzierungsweise der erbrachten Leistungen unterscheiden. Da die Gesundheitsgüter in allen drei Länder als soziale Güter angesehen werden, ist ein gleicher Zugang zu den Gesundheitsleistungen für alle Bürger als ein Recht anzusehen. In Taiwan und England gibt es daher eine die Gesamtbevölkerung einschließende öffentliche Finanzierung. Während die ambulanten Leistungen in Taiwan durch soziale einkommensabhängige Beiträge finanziert werden, werden in England zum Großteil die allgemeinärztlichen Leistungen aus Steuermitteln finanziert.[343] Die sozialen Beiträge im Rahmen der NHI in Taiwan sind mit einer Art von earmarked tax (spezifische Steuer) gleichzusetzen, die von den Haushaltsschwankungen des Staates unberührt bleibt. Dagegen ist die Höhe des Budgets für den NHS im allgemeinen und für die allgemeinärztliche Versorgung im besonderen von den Schwankungen der Staatsetats abhängig, da der NHS aus den allgemeinen Steuern (general revenues) finanziert wird. Trotz der Unterschiede wird die Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung und zwar im Sinne der Gewährleistung des freien Zuganges durch die soziale, öffentliche Finanzierung garantiert. Damit ist auch das Ziel solidarischer Versorgung verwirklicht. Des weiteren fällt der Effekt der Einkommensumverteilung in diesen beiden Ländern viel höher aus, als er in den Niederlanden ist.

Dagegen umfaßt in den Niederlanden die Sozialkrankenversicherung nur 60% der

343 Siehe Abschnitt 3.1.2.2, (1).

Bevölkerung. Der restliche Teil der Bevölkerung ist durch private Krankenversicherungen gegen Krankheitsrisiken abgesichert. Der Effekt der Einkommensumverteilung ist somit eingeschränkt, wie es im Fall der Bundesrepublik Deutschland ist. Immerhin versichern sich in den Niederlanden über 35% der Bevölkerung privat.

(b) Übernahme finanzieller Verantwortung durch die Versicherer oder nicht

Man kann die Gesundheitsversorgung in den drei Ländern auch bezüglich der Übernahme oder Nichtübernahme der finanziellen Verantwortung durch die Versicherer bzw. Kostenträger vergleichen. I.d.R. übernehmen die Krankenversicherer, die als Leistungseinkäufer im Namen der Versicherten auftreten, in allen drei Ländern keine finanzielle Verantwortung. Dieser Umstand wurde als erstes in den Niederlanden durch die Gesundheitsreform in den 90er Jahren geändert. Die Einführung der nominalen Prämie für die Krankenkassen im Jahr 1989 im Rahmen der „Managed Care" (gemäß dem Dekker-Report)[344] stellt einen Versuch zur Verwirklichung dieses Ziels dar. Da die niederländischen Krankenkassen ihre eigenen nominalen Prämien bestimmen können, tragen sie seitdem auch eine finanzielle Verantwortung.[345]

Hingegen tragen die ZeNHI als einziger Kostenträger in Taiwan und die HAs als Leistungseinkäufer in England keine finanzielle Verantwortung, abgesehen von den GPFHs im Rahmen des NHS, die wie die Krankenkassen in den Niederlanden eine finanzielle Verantwortung übernehmen. Daraus ergibt sich die Frage der Verantwortlichkeit, besonders für die NHI in Taiwan. Es wurde kritisiert, daß die Aufgabenbefugnis der NHI nicht eindeutig ist (vgl. Xu, L-D 1998: 72; Lin, C-H 1996: 171). Dieser Vorwurf trifft auch für die HAs in England zu, aber er gilt nicht für die GHFHs.

(2) Preisbildungsweise

In allen drei Ländern werden die Preise für die erbrachten Leistungen durch Verhandlungen zwischen den Vertretern der Ärzte und den Vertretern der

[344] Siehe dazu Abschnitt 4.1.2 dieser Arbeit.
[345] Siehe dazu Abschnitt 4.1.2.

Leistungsnachfrager oder den Delegierten der Regierung bestimmt. So werden in den Niederlanden die Maximaltarife (Preise) für hausärztliche Leistungen in Form von UvOs durch LHV und den VNZ gemäß den vom COTG erlassenen Richtlinien unter Berücksichtigung des Mindesteinkommens (Grundlohnsumme) der Hausärzte zuerst auf nationaler Ebene verhandelt. Anschließend verhandeln die einzelnen Hausärzte mit den Krankenkassen auf regionaler Ebene im Rahmen der Maximaltarife über die individuelle Tarife und schließen somit selektive Verträge ab.[346] In den Niederlanden gibt es eine korporatistische Verhandlung zwischen den Beteiligten der Hausärzte und der Krankenkassen.

In Taiwan werden die Preise für die ambulanten ärztlichen Leistungen durch die bei der VKfG hierarchisch geführten Verhandlungen zwischen den Vertretern der Leistungsanbieter, Vertretern der Versicherungsnehmer, Experten und Delegierten der zuständigen staatlichen Behörde abgestimmt.[347] Die Verhandlungen über die zu erbringenden Leistungen erfolgen, im Gegensatz zu denen in den Niederlanden, unter Beteiligung aller im Rahmen der NHI.

Hingegen werden in England die Preise für allgemeinärztliche Leistungen primär durch den Review Body als unabhängigen Sachverständigenrat, dem die Ärzteschaft der GPs und das Ministerium lediglich Vorschläge unterbreiten, entschieden. Diese festgelegten Preise gelten als eine prospektive Budgetierung für die allgemeinärztliche Versorgung.

(3) Mechanismen zur Kostenkontrolle

In den Niederlanden werden die Kosten für hausärztliche Leistungen gewöhlich zuerst durch das Mindesteinkommen kontrolliert, das vom Praxisumfang abhängig ist. Als ein weiteres Instrument zur Kontrolle der Ausgaben für Hausärzte gilt das Budget für die Krankenkassen, das eine Summe der risikoabhängigen Kopfpauschalen für die bei ihnen Versicherten darstellt. Mit der Zuteilung dieses Budgets als prospektive Auszahlung der Allgemeinen Zentralkasse ist jede Krankenkasse verpflichtet, mit dem Budget sorgfältig umzugehen. Die Krankenkassen tragen folglich auch finanzielle Risiken. Die Etablierung des Marktmechanismus ist in den Niederlanden als ein weiteres Instrument

346 Siehe dazu Abschnitt 4.2.2 (2).
347 Siehe Abschnitt 5.2.1.4.

zur Kostenkontrolle vorgesehen und wird seit der Reform im Jahr 1987 von der Regierung durch Regelungen angestrebt.[348]

Die Preise der englischen Gesundheitsleistungen unterliegen gewöhlich staatlichen Regelungen und zwar in den Grenzen eines Budgetbetrages, der nach den üblichen Streichungen in den Etatberatungen im Parlament gebilligt wird.[349] Es wird ein gesondertes Budget für die ambulante Versorgung festgelegt, zu der die allgemeinärztliche Versorgung auch zählt. Infolgedessen unterliegen die Gesamtkosten für die Allgemeinärzte bestimmten Budgetgrenzen. In England wird eine Finanzkontrolle durchgeführt (vgl. Alber 1992: 566 ff.). Darüber hinaus gilt, ähnlich wie in den Niederlanden, die pauschalisierte Vergütungsweise für jeden Patienten als ein wesentliches Instrument zur Kostenbegrenzung für allgemeinärztliche Leistungen, die eine andere Art der Budgetierung darstellt. Die Kopfpauschale ist, wie die Budgetierung für die Krankenkassen in den Niederlanden, auch risikoabhängig. Wie in Abschnitt 3.2.2.3 aufgezeigt, werden die GPs in England darüber hinaus durch spezifische Einzelleistungen vergütet. Ähnlich wie in den Niederlanden wird der Marktmechanismus auch in England als Mechanismus zur Senkung der Kosten eingesetzt und wurde mit der Reform 1991 eingeführt, wie in Abschnitt 3.2.2.4 erörtert.

In Taiwan ist die Selbstbeteiligungsregelung eines der Instrumente zur Kostenkontrolle der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die politische Absicht der Umsetzung der Selbstbeteiligung ist, neben der Förderung des Überweisungssystems, die Eindämmung der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen durch die Patienten. Die bisher umgesetzte Selbstbeteiligung hat aber diese beiden Ziele verfehlt. Eine hauptsächliche Ursache der zunehmenden Steigerung der Gesundheitsausgaben in Taiwan ist die überhöhten Konsultationsrate der Patienten. Es wurden andere Maßnahmen zur Reduzierung der Konsultationsrate der Patienten vorgeschlagen, wie z.B. die Einführung einer monetär belohnenden Prämie für Versicherte, die selten die Ärzte aufsuchen. Die Erhöhung der Selbstbeteiligung wurde zum erstesmal als Mittel zur Eindämmung der hohen Konsultationsrate der Patienten vorgeschlagen. Bisher wurde der Vorschlag zur Erhöhung der Selbstbeteiligung jedoch nicht angenommen. Ein zweites Instrument zur Kontrolle der Kosten für ärztliche Leistungen ist die Regelung

[348] Siehe dazu Abschnitt 4.2.2, (3).
[349] Siehe dazu Abschnitt 3.1.2.2, (3).

der Aufgabenteilung: die Ärzte sind zuständig für die Verschreibung von Arzneimitteln und die Apotheker für die Dispensation der verschriebenden Arzneimitteln. Diese Dispensationsregelung ist aber an ärztlichen Widerständen gescheitert.

Im GüNHI Taiwans ist auch vorgeschrieben, eine Budgetierung für die sektorale Gesundheitsversorgung, nämlich jeweils für die ambulante ärztliche, zahnärztliche und stationäre Versorgung, einzuführen (Artikel 49. des GüNHI). Die Budgetierung für die Zahnärzte ist bereits seit dem 1. Juli 1998 probeweise umgesetzt.[350]

.

Aus dem oben Ausgeführten ist ersichtlich, daß in bezug auf Preisbildung und Kostenkontrolle in allen drei Ländern Variationen bestehen. Verhandlungen zwischen den Akteuren sind in den Niederlanden eine legitime und durchsetzbare Weise, um akzeptablere Preise zu erzielen. In England werden dagegen die Preise durch den unabhängigen Sachverständigenrat (Review Body) aufgrund der Eingaben der Ärzteschaft und des Ministeriums administrativ entschieden. Vorauszusagen ist, daß in den beiden westlichen Ländern diese Preisbildung in absehbarer Zeit erhalten bleiben wird. Die Preisbildung in Taiwan erweist sich hingegen eher als etatitisch-verhandlungsförmig, d.h. der Staat verfügt noch über Macht sowohl in bezug auf die Aufstellung des Preisniveaus als auch hinsichtlich des Verfahrens der Verhandlungen. Die interessenvertretenden Gruppen haben dagegen begrenzten Einfluß. Es läßt sich daraus schließen, daß sich die Preisbildung in Taiwan der englischen Preisbildungsform nähert.

Hinsichtlich der Kostenkontrolle zeigt sich in den drei Ländern eine Gemeinsamkeit. Diese Gemeinsamkeit drückt sich in der Umsetzung der Budgetierung zur Einschränkung der Ausgaben für die ärztlichen Versorgung aus. Die Anwendung der Budgetierung ist im Zuge der Gesundheitsreform seit zwei Dekaden zugleich von vielen Ländern als wirksames Instrument zur Senkung der Ausgaben bewertet und eingesetzt worden. In England und in den Niederlanden wurde mit der Durchführung der Budgetierung eine Pauschalvergütung für die Abrechnung ärztlicher Leistungen umgesetzt. Darüber hinaus ist in den beiden Ländern die Abrechnung ärztlicher

---

[350] ZfG (1999): Annual Report on Public Health in the Public of China (1999), S. 27 f.. Die Überprüfung der erbrachten zahnärztlichen Leistungen sollten von den von Zahnärzten selbst ausgewählten Zahnärzte durchgeführt werden. Ziel dieses Regelung ist, die Autonomie und die Selbstregulierung der Zahnärzte zu erhöhen.

Leistungen in der Regel mit einem Mindesteinkommen in den Niederlanden[351] bzw. einem Zieleinkommen in England (vgl. Alber 1992: 592) verbunden. Vorschriften zur Mindesteinkommen für die Ärzte gibt es Taiwan nicht.

Bemerkenswert ist, daß ab Anfang der 90er Jahre sowohl in den Niederlanden als auch in England der Marktmechanismus als wirksame Strategie zur Kostenkontrolle bewertet und tatsächlich eingeführt wurde, obwohl die Effekte nicht wie erwünscht ausgefallen sind. So wurde in den beiden Ländern die eingeschränkte freie Arztwahl gelockert, damit die Ärzte um die Patienten konkurrieren können. Das politische Ziel ist, die Ärzte dazu zu bewegen, den Patienten kostengünstige Leistungen anzubieten.

Dagegen besteht in Taiwan bisher ein sehr freier Anbietermarkt. Der Anbietermarkt ist häufig mit Leistungserbringung überbelastet. Umgekehrt scheint es daher für Taiwan angebracht, die freie Arztwahl bis zu einem gewissen Maße einzuschränken.

7.1.4 Interne Märkte und advokatorische Instanzen in den einzelnen Versorgungssystemen

7.1.4.1 Interne Märkte in einzelnen Versorgungssystemen

In diesem Abschnitt werden anhand des Dreiecksverhältnisses - Versicherte, Anbieter und Versicherungen - in der hausärztlichen Gesundheitsversorgung drei interne Märkte unterschieden. Der erste interne Markt stellt der Wettbewerb der Ärzte um die Patienten dar. Der zweite Markt bezieht sich auf die Konkurrenz zwischen den Versicherungen, die um die Versicherten konkurrieren. Schließlich besteht noch ein dritter Markt, wobei die Anbieter um die Verträge mit den Versicherungen konkurrieren.

In allen drei Ländern herrscht auf Seite der Anbieter Konkurrenz (als der erste Markt auf der Anbieterseite) zwischen den Ärzten, da die Patienten bzw. die Versicherten die Ärzte frei wählen dürfen. Nur der Wettbewerbsgrad der jeweiligen Märkte ist unterschiedlich. Die marktwirtschaftliche Gestaltung ist in Taiwan am höchsten. Die

[351] Siehe dazu Abschnitt 4.3.4.

Marktmechanismen sind in England und in den Niederlanden durch die eingeschränkte Arztwahl, wie Abschnitt 7.1.1, (4) dargestellt, begrenzt. Jedoch findet in allen drei Ländern ein Wettbewerb der Hausärzte (in den Niederlande und England) bzw. ambulanter Ärzten (in Taiwan) statt.

Entsprechend weist die Konstellation auf dem jeweiligen Versicherungsmarkt bzw. Finanzierungsmarkt Unterschiede auf. Da in Taiwan ein zentralisiertes Einheitsversicherungs- bzw. Verwaltungssystem herrscht, ist auf dem Versicherungsmarkt in Taiwan kein Wettbewerb vorhanden. Es besteht zugleich keine selektive Vertragsgestaltung (der dritte Markt in den Dreiecksverhältnis) zwischen den Ärzten als Leistungsanbieter und der ZeNHI, da die ZeNHI gemäß den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet ist, mit allen Ärzten einen gesonderten Vertrag abzuschließen.

In den Niederlanden versuchte die Regierung seit Beginn der Reform 1988, den internen Markt auf der Versicherungsseite zu fördern, indem zum einen den Krankenkassen erlaubt wird, landesweit ihre Versicherungsgeschäfte zu betreiben. Zum anderen wird seit dieser Reform eine dritte Säule der Krankenversicherung, nämlich die freiwillige Zusatzversicherung, eingeführt. Im Rahmen der freiwilligen Zusatzversicherung dürfen die Krankenkassen durch Parameter wie Preis und Qualität um die Versicherten konkurrieren. Die bisherige Entwicklung dieser Zusatzversicherung erwies sich im Vergleich zu der Konkurrenz der Krankenkassen im Bereich der Akutversorgung als erfolgreicher (vgl. Greß 2000: 40). Der Wettbewerbsgrad auf dem niederländischen Versicherungsmarkt - also der zweite Markt - scheint geringer als vorgesehen. Schließlich sollte mit der Abschaffung des Kontrahierungszwangs auf dem niederländischen Gesundheitsmarkt eine selektive Vertragsgestaltung auf dem dritten internen Markt zwischen den Krankenkassen und den Hausärzten etabliert werden. Die Vereinbarung über vertragliche Inhalte der hausärztlichen Versorgung erfolgt aber weitgehend auf nationaler und regionaler Ebene und wird einheitlich festgelegt. Die Hausärzte gaben an, daß sie den Wettbewerb in ihrem Tätigkeitsbereich nur schwach oder gar nicht wahrnehmen (vgl. Greß 2000: 40). Demzufolge läßt sich feststellen, daß der Grad des Wettbewerbes auf diesem dritten Markt geringer ist als vorgesehen.

Dagegen ist in England auf der Finanzierungsseite kein Marktmechanismus vorhanden, da die HAs und die FHSAs nicht um die Patienten bzw. Versicherten zu konkurrieren brauchen. Die HAs und die FHSAs fungieren nur als Budgetverteiler und übernehmen dazu Aufsichtsaufgaben in bezug auf die Leistungserbringung und Qualitätssicherung. Sie geben sich als Advokaten der Bürger. Es besteht auch kein dritter interner Markt zwischen den HAs und den Allgemeinmedizinern, da sich die FHSAs als Durchführungsorgan des Staates nicht verweigern dürfen, mit den GPs einen Arztvertrag abzuschließen. Trotz allem wird seit der Reform ab 1991 ein interner Markt zwischen den GPs bzw. GPFHs und den NHS-Trusts eingeführt.

Aus dem Ausgeführten ist ersichtlich, daß in allen drei Ländern der erste Markt besteht. Der Grad der wettbewerblichen Intensität in allen drei Ländern varriert jedoch erheblich. Den zweiten und dritten Markt gibt es nur in den Niederlanden. In Taiwan und England besteht aufgrund der einheitlichen Finanzierung kein interner Markt auf der Finanzierungsseite, da es nur einen einzigen Leistungsnachfrager gibt. Die oben ausgeführten Unterschiede in bezug auf die internen Märkte in den einzelnen Versorgungssystemen werden in Abbildung 7-1 graphisch dargestellt.

7.1.4.2 „Advokatorische Instanzen“ in einzelnen Versorgungssystemen

Eine „Advokatorische Instanz“ bezeichnet die institutionelle Instanz, die die Interessen anderer Gruppen vertritt. Die advokatorische Instanz wirkt als Advokat der Individuen sowie einer Gruppe. Im Falle der Gesundheitsversorgung sind i.d.R. zwei Arten von Gruppen zu nennen, die solche advokatorische Funktionen erfüllen können. Als erster Advokat ist der Arzt zu nennen. Der Arzt arbeitet dabei als individueller Advokat seiner Patienten. In den Niederlanden und England erfüllen die Hausärzte und die Allgemeinmediziner diese Funktion, indem sie für ihre Patienten umfassende Leistungen erbringen und als die Anlaufstelle für die Patienten in der gesamten Gesundheitsversorgung fungieren. Im Gegensatz dazu dürfen Patienten in Taiwan Ärzte frei wählen, wobei die Ärzte nicht als Gatekeeper für ihre Patienten die anderen Leistungsarten auswählen. Die Patienten dürfen nicht nur die Leistungen der Spezialisten, sondern auch stationäre Leistungen direkt in Anspruch nehmen. Die ambulanten Ärzte erfüllen daher keine individuelle advokatorische Funktion.

Der zweiter Advokat der Patienten bzw. der Versicherten ist der soziale Advokat. Die Rolle der sozialen Advokate übernehmen nach Schlesinger am wirksamsten die intermediären Versorgungsorganisationen wie die „health plans" (vgl. Schlesinger 1997: 61 ff.) als dritte Partei. Sie können Versicherungsträger sein, bei denen die einzelnen Versicherten versichert sind. In den Niederlanden und England befinden sich solche sozialen Advokaten. In den Niederlanden übernehmen vor allem die Krankenkassen diese Rolle; in England erfüllen dagegen die HAs bzw. die FHSAs und die GPFHs diese Rolle, indem den GPFHs ein Budget zum Einkaufen der nötigen Leistungen aus den NHS-Trusts zugeteilt wird. In Taiwan erfüllt diese Funktion nur die ZeNHI, die als staatliche Instanz fungiert. Die Unterschiede in bezug auf die advokatorische Funktion der Akteure in einzelnen Versorgungssystemen wird ebenfalls in Abbildung 7-1 dargestellt.

Abbildung 7-1: Advoktorische Instanzen und interne Märkte in einzelnen Versorgungssystemen

Abbildung 7-1-1: Advokatorische Instanzen und Interne Märkte in der niederländischen hausärztlichen Versorgung

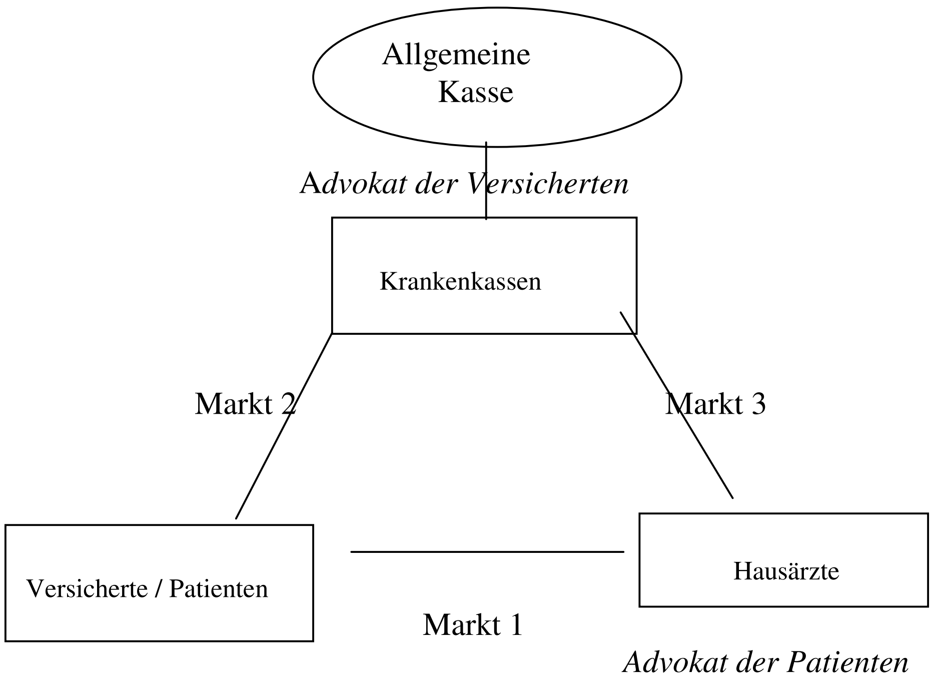


Abbildung 7-1-2: Advokatorische Instanzen und Interne Märkte in der englischen allgemeinmedizinischen Versorgung

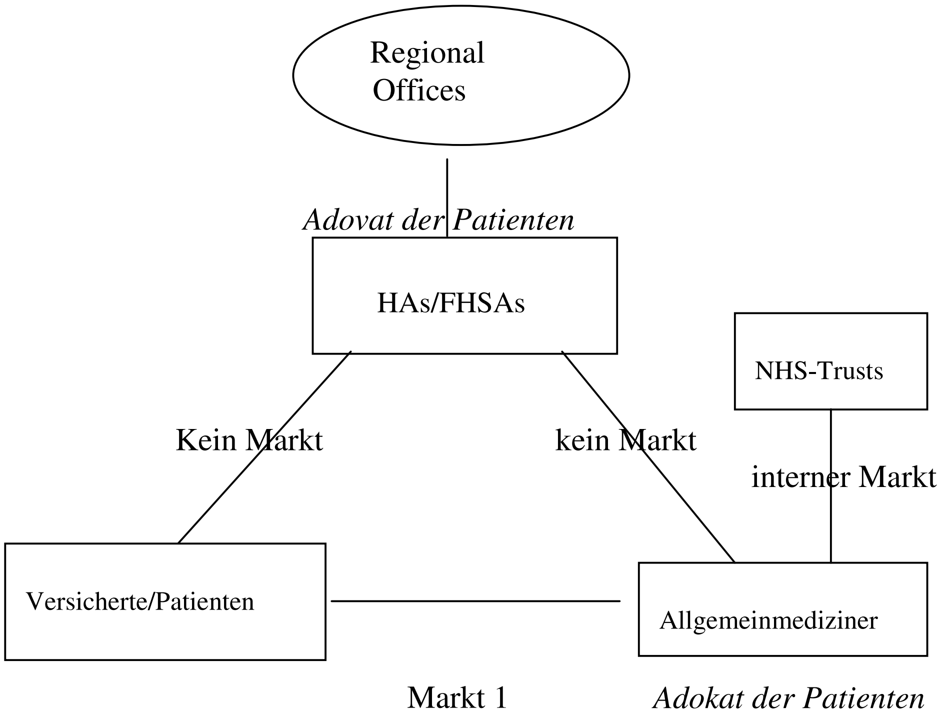
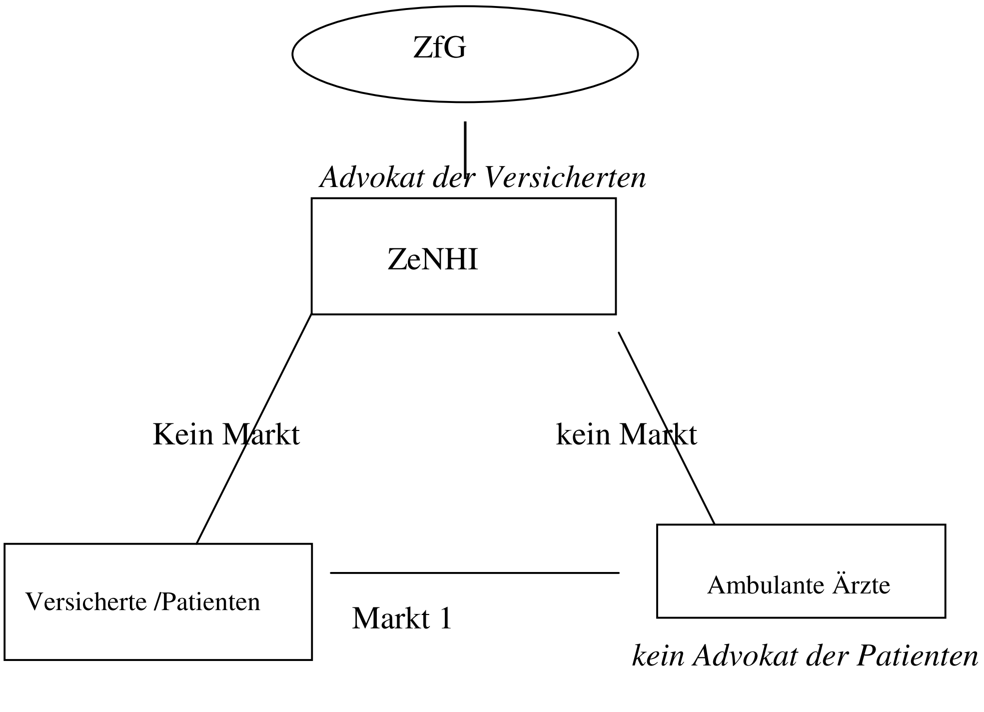


Abbildung 7-1-3: Adokatorische Instanzen und Interne Märkte in der taiwanesischen ambulanten ärztlichen Versorgung



Eigene Darstellung

7.1.5 Formen der Verantwortlichkeitsgestaltung (accountability)

Aufgrund der Klassifikation von Saltman sind fünf Gestaltungsformen der Verantwortlichkeit zu unterscheiden. Dies sind ethische, professionelle, rechtliche, politische und finanzielle Verantwortung (vgl. Saltman 1997: 18). Aufgrund der historisch-institutionellen Entwicklung der jeweiligen Gesundheitssysteme wurden in den drei verglichenen Ländern unterschiedliche Gestaltungen der Verantwortlichkeit eingesetzt. Vorweg ist darauf aufmerksam zu machen, daß in allen drei Ländern eine den Ärzten auferlegte ethische Verantwortlichkeit besteht, obwohl in der Praxis der Einfluß dieser ethischen Verantwortlichkeit auf das Verhalten der Ärzte variiert.

Da sich die Hausärztegruppen in den Niederlanden als peer reviews auf der Mikroebene und LHV als professionelle Organisationen auf der verbandlichen Ebene befinden, unterstehen die Hausärzte einer kollegialen professionellen Aufsicht. So läßt sich feststellen, daß für die Hausärzte zuerst eine professionelle Verantwortlichkeit vorherrscht. Dazu kommt eine finanzielle Verantwortlichkeit für die Krankenkassen und Privatversicherungen, vor allem nach Einführung der nominalen Prämien für die Krankenkassen, die nach der Reform seit 1987 aufgrund des Dekker-Reports 1990 umgesetzt wurde. Die Krankenkassen tragen darüber hinaus eine finanzielle Verantwortung gegenüber den Versicherten, indem die Krankenkassen nach der Gesundheitsreform um die Versicherten frei konkurrieren müssen.

Dagegen wird in England gewöhnlich eine politische und finanzielle Verantwortlichkeit praktiziert. Dies liegt im wesentlichen an den Besonderheiten der politischen und etatistischen Systeme des NHS in Großbritannien. Die finanzielle Aufsicht der staatlichen Behörde ist ein typisches Instrument der englischen Regierung zur Kontrolle der Budgetverteilung. So sollen die HAs und die FHSAs die Budgetverteilung der Ärzte bzw. GPFHs überwachen. Wie in den Niederlanden unterliegen die GPs in England der professionellen Überwachungskompetenz der Ärztegruppen in Form der medical audits. In England bestehen zahlreiche medical audits, die sowohl aufgrund gesetzlicher Bestimmungen als auch aufgrund des intensiven Engagements der Ärzte im Rahmen der Selbstregulierung der ärztlichen Gruppen zustande gekommen sind. So liegt in England auch eine stark ausgeprägte professionelle Verantwortlichkeit vor. Außerdem liegt eine rechtliche Verantwortlichkeit vor. Das Gewicht der rechtlichen Verantwortlichkeit wurde jedoch durch die Akzentsetzung der ärztlichen Gruppen bei der professionellen Verantwortlichkeit abgeschwächt (siehe dazu Abbildung 7-2).

In Taiwan wurde den Ärzten gewöhnlich eine finanzielle Verantwortung dadruch auferlegt, daß sie für Fehlberechnungen eine monetäre Bestrafung haben müssen. Bei den ärztlichen Behandlungen wurde zudem eine rechtliche Verantwortung von Ärzten verlangt. Beispielsweise wurden die Ärzte bei Kunstfehlern mittels Rechtsverfahren dazu verurteilt, den Patienten eine Entschädigung zu zahlen. In Taiwan sind sowohl im GMB als auch im Gesetzbuch über das Zivilrecht wie auch das Strafrecht rechtliche Vorschriften zur Regelung ärztliches Verhalten enthalten. Mit der Errichtung einer Aufsichtskommission für die NHI liegt die Befugnis zur qualitativen und quantitativen Kontrolle der erbrachten Leistungen in den Händen staatlicher Instanzen. Die professionelle Verantwortlichkeit ist hingegen in Rahmen der NHI im geringen Maße angewendet. Demgegenüber gibt es in Taiwan eine politische Verantwortlichkeit, da einerseits das Politikvorhaben vom Parlament vor ihrer Umsetzung bewilligt werden muß und andererseits wegen der Vereinheitlichung der Verwaltung nach Einführung der NHI eine hierarchische Gestaltung der Verantwortlichkeit besteht.

Abbildung 7-2: Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung in drei Ländern - ein Vergleich in neun Dimensionen

Länder Dimensionen	Niederlande	England	Taiwan
Finanzierungsweise	öffentliche Finanzierung 60% ; private Versicherung 40%	- öffentliche Finanzierung durch Steuermittel - Versicherungsbeiträge	- Beitragsfinanzierung, Staatszuschuß - Selbstbeteiligung
Preisbildungsweise	korporatistische Verhandlungen	administrative Preisbildung	etatistische Verhandlung
Kostenkontrolle	- Übertragung finanzieller Risiken - Budgetierung Marktmechanismus	- Übertragung finanzieller Risiken - Budgetierung, Selbstbeteiligung zum geringen Maße - Marktmechanismus	Selbstbeteiligung
Versorgungsform -freie Arztwahl - Praxenformen der Ärzte - Honorierungsform - Übernahme vom Finanz- und Morbiditätsrisiko durch die Ärzte - Rolle als Gatekeeper	 Ja privater Unternehmer Kopfpauschale kombiniert mit Einzelleistung Ja stark	 Ja private Unternehmer Kopfpauschale kombiniert mit der Einzelleistung und Spezifischen Kopfpauschalen Ja stark	 Ja private Unternehmer Einzelleistungs-honorierung nicht schwach, fast nicht
Organisation auf der Interorganisatorischen Ebene - Ausmaß der Gruppierung bzw. Vertretungsorgane der Akteure - Ausmaß der Peer Review - Grade der Selbstregulierung	 mit hohem Ausmaß mit hohem Ausmaß mit hohem Ausmaß	 mit hohem Ausmaß mit hohem Ausmaß mit hohem Ausmaß	 mit mäßigem Ausmaß mit geringem Ausmaß mit geringem Ausmaß
Interner Markt	zwei interne Märkte auf dem Versicherungs-Markt und auf dem Anbietermarkt	nur zwei interne Märkte auf dem Anbietermarkt	nur ein interner Markt auf dem Anbietermarkt
Advokatorische Instanzen	Krankenkassen und Hausärzte	HAs, FHSAs and GPFHs	ZeNHI
Formen der Verantwortlichkeits-gestaltung	ethische, professionelle, finanzielle	Ethische, rechtliche, politische Professionell	ethische, politische, finanzielle, rechtliche
Politikentscheidungs-modus	etatistische konsensuelle Entschiedungsfindung	korporatistischer Konsultativer Etatismus	Mischform von lobbyistischer und hierarchischer verhandlungsförmiger Entscheidungsfindung

Eigene Darstellung

7.1.6 Politikentscheidungsmodi – Vergleich auf der gesellschaftlichen Ebene

Beim Vergleich der Politikentscheidungsmuster werden im folgenden zwei politische Tatbestände als strukturelle Faktoren der Politikentscheidungsfindung verglichen. Diese politischen Tatbestände sind jeweils das Verhältnis zwischen dem Staat und den Interessengruppen und das politische System in den einzelnen Ländern (einschließlich parlarmentarischer, parteipolitischer Entscheidungskompetenz bzw. Gesetzgebungsfähigkeit und Ressortkompetenz zur Politikformulierung und -entscheidung). Im folgenden wird die Politikentscheidungsfindung der drei Länder anhand der obengenannten strukturellen Faktoren überblicksartig dargestellt.

(1) Die etatistische konsensuelle Politikentscheidung in den Niederlanden

Vor der Umstrukturierung der Gesundheitsversorgung 1974 spielte die niederländische Regierung in der Regelung der Gesundheitsversorgung keine herausragende Rolle, da die Befugnis zur Regelung der ärztlichen Tätigkeiten sowie der Tätigkeiten der Krankenkassen und der Gesundheitsversorgung den interessenorientierten verbandlichen Organisationen überlassen wurde. Die Interessengruppen besaßen zu jener Zeit ein Übergewicht gegenüber dem Staat. Die politischen Entscheidungen wurden im Rahmen der Selbstregulierung bzw. -verwaltung durch interverbandliche Verhandlungen gefällt. Zu jener Zeit wurde die Politikentscheidungsfindung in den Niederlanden als Korporatismus bezeichnet.

Seit 1974 verändert sich aber das Verhältnis zwischen dem Staat und den Interessengruppen dadurch, daß zum einen der Staat infolge des Nota von Umstrukturierung in die Kapazitätsplanung der Krankenhäuser und die Verteilung der Gesundheitsressourcen intensiv eingriff, und daß zum anderen seit der Gesundheitsreform ab 1987 der Einfluß der Interessengruppen in bezug auf die Politikformulierung und -entscheidung von Seiten des Staates abgeschwächt wurde, indem der Staat die Einflußnahme der externen Beratungsorgane, die sowohl als

Interessenvertreter als auch als Vorzugsträger der öffentlichen Aufgaben fungieren, durch die vom Staat eingerichteten internen Beratungsorgane zu ersetzen versucht.[352]

Die Regierung zielt seit der Reform im Jahr 1987 auf eine Reorganisation der Politikentscheidungsfindung ab. Aufgrund dessen strebte die Regierung eine Einschränkung der Entscheidungskompetenz der paritätischen verbandlichen Verhandlungsinstanzen an. Das 1992 revidierte Gesetz über die Tarife für Gesundheitsleistungen, dem WTG, schreibt vor, daß die Regulierungskompetenz zur Preisbildung und zur Bestimmung der Vertragsbedingungen für die Hausärzte, die früher ausschließlich in den Händen der national vereinigten Verbände lag, einzudämmen ist (vgl. Schut 1996: 278). Der Staat gewann dadurch an Einfluß über die Kontrolle der Vergütungssätze der hausärztlichen Leistungen, indem er die Befugnisse des COTG zur Überwachung und Genehmigung der Tarifsetzung stärkte. Es erfolgte somit eine Aushöhlung der Kompetenz der selbstregulierenden Verhandlungsinstanz in bezug auf die Preisbildung in der hausärztlichen Versorgung. Trotz der Abschwächung der Kompetenz zur Preisbildung und Bestimmung der Vertragsbedingungen ist ein Einfluß der Interessengruppen in der Entscheidungsfindung und Implementierung der Gesundheitspolitik aufgrund der komplizierten Interdependenz unter den beteiligten Akteuren nicht auszuschließen.

Das Scheitern bei der Umsetzung einiger Reformmaßnahmen ist auf die Widerstände der beteiligten Interessengruppen und die Fragmentierung der Macht im Gesundheitssektor zurückzuführen. Der Versuch des Staates, den Einfluß der Interessengruppen abzuschwächen, scheint politisch unvernünftig zu sein. Darüber hinaus sind bei der Politikentscheidung über die Gesundheitspolitik innerhalb der Regierung neben dem zuständigen Ressort auch andere exekutive Ressorts beteiligt. Zum endgültigen Entscheidungsergebnis ist ein Konsens der beteiligten Ressorts unentbehrlich. Der Staat kam zu dem Schluß, daß zur erfolgreichen Implementation der getroffen Politik die Zustimmung und die Kooperation der Beteiligten unentbehrlich sei. Trotz der Etatisierungstendenz in der Entscheidungsfindung seit der Reform 1987 übernehmen nach wie vor verbandliche Selbstregulierungsorganisationen als Vorzugsträger die Implementationsfunktion öffentlicher Aufgaben. Aus diesem bestehenden institutionellen und politischen Konstellationsgefüge entwickelte sich

[352] Siehe dazu Abschnitt 4.4.

aufgrund der Etatisierung des Gesundheitswesens die Politikentscheidungsfindung im niederländischen gesundheitlichen Politikfeld in Richtung auf eine vom Staat geregelte etatistische konsensuelle Entscheidungsform, wie in Abschnitt 4.4 erläutert.

(2) Der korporatistische konsultative Etatismus als Politikentscheidungsfindung in England

Wie in Abschnitt 3.3 angedeutet, wurde die Politikentscheidung des NHS seit ihrer Etablierung im Jahr 1948 etatisiert. Damit einhergegangen war eine Zentralisierung des Verwaltungsaufbaues der Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus führte die zentralisierte Finanzierung der Leistungsversorgung zur Zentralisierung der Entscheidungsfindung auf nationaler Ebene. Obwohl die Ärzteverbände im Zuge der Intermediarisierung ab Mitte der 70er Jahre ein Mitspracherecht in den Beratungsgremien besaßen und Einfluß auf die Verhandlungsergebnisse hinsichtlich der Arbeitsbedingungen der Ärzte und Vergütungssätze der erbrachten Leistungen innerhalb der Review Bodys ausübten, verfügt in England immerhin die DoH als zuständiges Ressort über die größte Befugnis zur Formulierung der Politikvorhaben.

Das Verhältnis zwischen dem Staat und den Interessengruppen ändert sich nur gering. Der Staat spielt ständig eine dominante Position sowohl in bezug auf die Leistungsplanung für die verstaatlichten Einrichtungen, wie die Krankenhäuser, als auch hinsichtlich der Preisbildung für die erbrachten Leistungen. Die Ärztegruppen werden, im Gegensatz zu den Ärztegruppen in den Niederlanden, höchstens bei Verhandlungen über Politikvorhaben mit den zuständigen Behörden, wie dem Ministerium, konsultiert. Seit Mitte der 80er Jahre trägt der zunehmende Einfluß des Managements auf die Verwaltung zur Zentralisierung und Hierarchisierung der politischen Entscheidung bei. Die in der zweiten Hälfte der 70er Jahre etablierte Vetomacht der Interessengruppen auf Verwaltungsebene verlieh zwar der Entscheidungsfindung des NHS einen konsultativen Charakter. Dieser wurde durch die Manageralisierung der Verwaltung bzw. „Entmedialisierung" wieder abgebaut.[353] Es herrscht also in England eine Ressortkompetenz zur Politikformulierung bzw. -entscheidung vor. Hingegen spielen die politichen Parteien bei der Politikformulierung eine unbedeutende Rolle. Die ab 1991 in Gang gesetzte Gesundheitsreform zielt zwar

[353] Siehe dazu Abschnitt 3.3.2.

auf eine Deregulierung und Dezentralisierung der Leistungsversorgung ab, indem den Krankenhäusern und den gemeindenahen Gesundheitsdiensten ein Selbstregulierungsstatus eingeräumt wird. Es wurde aber auf der politischen Verwaltungs- und Entscheidungsebene eine weitgehende Zentralisierung vollzogen. Diese Kombination der Konsultation der korporatistischen Verbände (wie der Ärzteschaft) und der Etatisierung der Politikformulierung und -entscheidungen wird in der vorliegenden Arbeit als korporatistischer konsultativer Etatismus bezeichnet.

(3) Gemischte Entscheidungsfindung von lobbyistischer und hierarchischer verhandlungsförmige Entscheidungsfindung in Taiwan

In Taiwan vollzog sich im Zuge der Errichtung von medizinischen Netzwerken und der Einführung der NHI eine Veränderung der Akteurskonstellation und somit eine Verschiebung der Machtverhältnisse. Der Krankenhaussektor, insbesondere die Medizinzentren, gewannen inzwischen an Macht und übten einen erheblichen Einfluß auf die Politikentscheidung aus. Dies setzt sich momentan fort und hat bereits eine neue politische Entscheidungsstruktur bzw. Akteurskonstellation zwischen den konzernangehörigen Medizinzentren und dem Staat hervorgebracht, die den Charakter eines symbiotischen Interessenverflechtung aufweist.[354] Allerdings ist die taiwanesische gesundheitspolitische Entscheidung auch vom lobbyistischen Entscheidungsmuster geprägt, da die ärztlichen Lobbyisten sowohl an der Politikformulierung als auch an der Verabschiedung der Gesundheitspolitik stark beteiligt sind.[355]

Es besteht dennoch ein demokratischer Legitimationszwang in bezug auf die Politikentscheidung. Das bestehende Vorhandensein der mächtigen Medizinzentren oder konzernangehörigen Medizinzentren mit ihren artikulierungs- und konfliktfähigen Lobbyisten verhinderte aber die Verwirklichung dieses demokratischen Anspruches.

Es läßt sich schließen, daß die gegenwärtigen gesundheitspolitischen Entscheidungen mittels der (etatistischen) Verhandlungen zwischen dem Staat, ambulanten ärztlichen Vertretern, Vertretern der Krankenhäuser, der Versicherten und den Experten formal

354 Siehe dazu Abschnitt 5.4.1, (3).

355 Siehe dazu Abschnitt 5.4.2 und 5.4.3.

durch „hierarchisch eingebettete Verhandlungen“ in der VKfG getroffen werden (vgl. Scharpf 1993: 67 ff.). Es wurde vorgeschlagen, daß anstatt eines hierarchisch eingebetteten (administrativen) politischen Entscheidungsmuster in Zukunft eine demokratische verhandlungsförmige Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik Taiwans gebildet werden sollte (vgl. Lin, G-M 1996: 38). Wie in Abschnitt 5.4.3 angedeutet, ist die verhandlungsförmige Entscheidungsfindung bereits als ein in Taiwan etabliertes institutionelles Arrangement, sowohl formal als auch informell. Als zentrale Verhandlungsinstanzen gelten die VKfG und der gemäß dem Reformentwurf zum GüNHI zu etablierende Fonds für NHI, indem die Beitragszahler über die Beitragshöhe selbst verhandeln sollen.

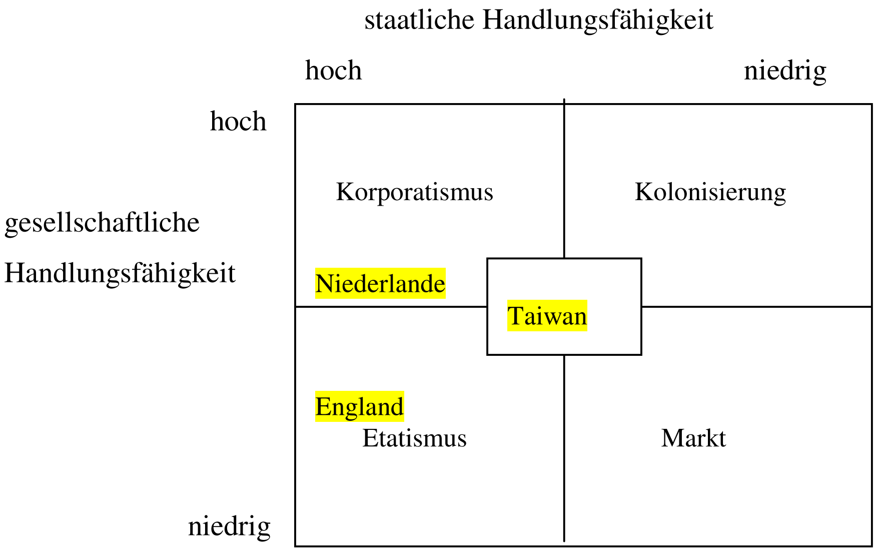
Die lobbyistische politische Entscheidung, kombiniert mit der hierarchisch verhandlungsförmigen Entscheidungsfindung, macht die Interessenkonfikte im Gesundheitswesen Taiwans noch komplizierter und setzt die Entscheidungsfindung des taiwanesischen Gesundheitswesen in einem Wandlungsprozeß aus. Als eindeutige Folge dieser politischen Entscheidungsfindung ist eine Relativierung der Einflußmacht der Parlamentarier und die Gesetzgebungsfunktion des souveränen Parlamentes in Taiwan deutlich zu erkennen.

Es läßt sich feststellen, daß einerseits gegenwärtig in Taiwan im allgemeinen eine informelle Entscheidungsfindung von lobbyistischer Prägung herrscht; daß sich andererseits themenspezifisch, vor allem in bezug auf die Vergütungsmaßstäbe eine formelle hierarchische und verhandlungsförmige Entscheidungsfindung herausbildet. Die politische Steuerung in Taiwan ist an sich durch einen von symbiotischer Machtverflechtung und Akteurskonstellation geprägten netzwerkartigen Lobbyismus zwischen der staatlichen Bürokratie und den mächtigen Leistungserbringern gekennzeichnet. Aus den Politikvorhaben und den bisherigen Entwicklungen hinsichtlich der verhandlungsförmigen Entscheidung läßt sich schließen, daß in Zukunft angesichts der Institutionalisierung der Verhandlungsgremien eine korporatistische Steuerungsform entstehen kann. Eine dezentrale politische Steuerung in Gestalt von Selbststeuerung bzw. –regulierung fehlt aber nach wie vor in Taiwan, wie in Abschnitt 5.4.3 angedeutet.

Zusammenfassend lassen sich die Regelungsstrukturen der ambulanten ärztlichen Versorgung in den drei Ländern anhand der Kombination von zwei Merkmalen auf einem zweidimensionalen Feld darstellen, auf dem sich, Mayntz und Scharpf zufolge, der Grad der staatlichen und gesellschaftlichen Handlungsfähigkeit ablesen läßt.[356] darstellt, zuordnen. Dabei werden fünf Regelungsstrukturen unterschieden. In der vorliegenden Untersuchung werden davon nur vier Kombinationstypen aufgenommen. Diese sind: Korporatismus, Etatismus, Kolonisierung und Markt. Die Regelungsstruktur der niederländischen hausärztlichen Versorgung wurde aufgrund ihrer verstärkten Selbststeuerung und der korporatistischen Entscheidungsstruktur auf nationaler Ebene dem etatistischen Korporatismus zugeordnet. Hingegen wird die Regelungsstruktur der englischen allgemeinärztlichen Versorgung gewöhnlich als Etatismus bezeichnet. Dies änderte sich auch nicht nach der Gesundheitsreform in den 90er Jahren. In Taiwan läßt sich zwar eine Tendenz zur korporatistischen Entscheidung erkennen, jedoch ist die gegenwärtige ambulante ärztliche Versorgung aufgrund der Abwesenheit einer Regelung sowohl des ärztlichen Verhaltens als auch der Patientenverhaltens in den Schnittpunkt zwischen Etatismus, Korporatismus und Markt angemessener zu verorten (siehe dazu Abbildung 7-3).

356 Dieses zweidimensionale Feld wurde der Abbildung 1 im Aufsatz von Mayntz und Scharpf "Steuerung und Selbstorganisation n staatsnahen Sektoren" entnommen. Siehe dazu Mayntz/Scharpf 1995: 24 f..

Abbildung 7-3: Regelungsstrukturen im Bereich des Gesundheitssektores in den Niederlanden, England und Taiwan



Eigene Darstellung

Anhand der Abbildung 1: Varianten sektoraler Regelungsstrukturen in Manytz und Scharpf (1995) Aufsatz „Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, S. 25.

7.2 Charakteristika der primärärztlichen Versorgung in den beiden Ländern - England und den Niederlanden

Aus dem vorhergehenden Abschnitt lassen sich einige Charakterista der primärärztlichen Versorgung in den beiden westlichen Ländern – England und den Niederlanden, die sie von der taiwanesischen ambulanten Versorgung unterscheiden, in vier Aspekte zusammenfassen Dies sind:

1. Die Primärärzte besitzen eine zuweisende Machtposition den anderen Fachärzten gegenüber.

2. Die Selbststeuerung wird in den beiden Ländern durch die Etablierung von intermediären Instanzen eingesetzt.
3. In England und den Niederlanden bestehen zwei Märkte im Rahmen des „regulierten Wettbewerbs“
4. Primärärzte übernehmen eine advokatorische Rolle, was sowohl zur Lösung der Externalitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch zur Interessenvertretung der Patienten dient.

Im folgenden wird auf die Einzelheiten dieser Charakteristika eingegangen.

7.2.1 Entgegengesetzte Machtposition der Haus- bzw. Primärärzte in den beiden Ländern

Wie in Abschnitt 7.1.2 analysiert, besitzen sowohl die niederländischen Hausärzte als auch die englischen Allgemeinmediziner einen hohen Grad an verbandlicher Gruppierung. Des weiteren verfügen die Hausärztegruppen - die LHV in den Niederlanden und die RCGP in England - über eine Selbstregulierungs bzw. -Steuerungsbefugnis, die ihnen gesetzlich zugewiesen wurde. Sie übernehmen i.d.R. die Aufgaben zur Überwachung hausärztlicher Leistungen und zur Disziplinierung der Hausärzte, indem sie das Verhalten der Ärzte kontrollieren bzw. regeln.

Des weiteren weisen sowohl die LHV als auch die RCGP ein hohes Maß an Vertretungskompetenz und Durchsetzungsfähigkeit auf. Im Unterschied zu den anderen Ärztegruppen, wie den Fachärzten, besitzen die LHV und RCGP eine gleichgewichtige Machtposition. Diese entgegengesetzte Machtposition der Hausärzte drückt sich besonders darin aus, daß sie in politischen Entscheidungsprozessen mit einbezogen wurden. Dagegen zerstreuen sich die Interessen der ambulanten Ärzte in Taiwan. Ein Großteil der ambulanten Ärzte sind in den Krankenhäusern und Medizinzentren eingestellt. Ihre Interessen unterscheiden sich daher von denen der niedergelassenen ambulanten Ärzte. Überdies sind die taiwanesischen niedergelassenen Ärzte schwach organisiert und somit vertretungsunfähig, so daß sich ein asymmetrisches Machtverhältnis zwischen den niedergelassenen Ärzten, den Akteuren des Krankenhaussektores und den Medizinzentren allmählich herausgebildet hat. Die

Hausärzte in Taiwan litten und leiden bis heute unter einer schwächeren Position und sind daher sowohl gegenüber den anderen Fachärzten als auch gegenüber den Medizinzentren viel konfliktunfähiger.

7.2.2 Einsatz von Selbststeuerung durch Etablierung von intermediären Instanzen

Sowohl in England als auch in den Niederlanden gibt es spezifische Instanzen zwischen den Patienten und den Leistungsanbietern, wie Krankenkassen, die LHV und der ZFR in den Niederlanden und die FPS, die HAs und die BMA und die RCGP in England. In der vorliegenden Arbeit werden solche Organisationen als Intermediäre Instanzen bezeichnet. Diese intermediären Instanzen konkurrieren untereinander um Versicherte auf dem ersten internen Markt. Ein wesentliches Ziel bei der Einführung der wettbewerblichen Konstellation in diese intermediäre Ebene ist, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu stärken. Eine ähnliche Funktion der intermediären Instanz übernehmen praktisch bereits die HMOs und die PPOs in den USA und die GPFHs in England. Die Krankenkassen in den Niederlanden und die HAs in England unterscheiden sich von den HMOs und den PPOs dadurch, daß sich ihre Kompetenzen auf die Mitwirkung des Versorgungsprozesses und auf das Informationsmanagement konzentrieren. Sie übernehmen keine Aufgabe zur direkten Leistungserbringung, die allein den Leistungserbringern überlassen bleibt. Hingegen bieten die HMOs den Versicherten nicht selten auch gesundheitliche Leistungen an.

Ein weiteres wesentliches Merkmal der Gesundheitsversorgung in den beiden Ländern ist, daß sich durch diese intermediären Instanzen dort eine Selbststeuerung etabliert hat. Diese intermediären Instanzen übernehmen nicht nur die Aufgabe zur Interessenvertretung für ihre Mitglieder, sondern sie erfüllen auch innerverbandliche Selbstregulierungsfunktionen in bezug auf die Überwachung der Einhaltung von Standesordnungen durch ihre Mitglieder und die Disziplinierung ihrer Mitglieder, wie die LHV in den Niederlanden und die MBA und die ihr untergeordneten Organisationen, wie die MPC. Sie übernehmen ebenso eine Selbststeuerung auf nationaler Ebene, indem sie an den Verhandlungen über die Preisbildung und die Budgetbestimmung teilnehmen. Wie die politischen Entscheidungsmuster in den beiden Ländern aufzeigen, sind Hausärztegruppen, Krankenkassen und die HAs als Finanzierungsträger verstärkt zu Politikentscheidungen herangezogen worden, auch wenn die Entscheidungsmuster in den beiden Ländern sehr unterschiedlich sind. Als die untersten Selbststeuerungsorgane der Hausärztegruppen gelten die sogenannten Peer Reviews, die i.d.R. unter der Überwachung der regionalen Hausärztegruppen stattfinden. Der Selbstregulierungsgrad der beteiligten Akteure einschließlich der Hausärzte in den Niederlanden und England erweist sich als hoch.[357]

Aus dem Ausgeführten läßt sich herleiten, daß in den Niederlanden und England neben der hierarchischen Steuerung durch den Staat zugleich eine Selbststeuerung als ein weiterer Steuerungsmechanismus verstärkt eingesetzt worden ist. Dies läßt sich daran erkennen, daß in beiden Ländern Selbststeuerung auf verschiedenen Ebenen (nationaler, verbandlicher und interkollegialer) stattfindet. Dagegen findet in Taiwan zwar auch Selbststeuerung statt, aber allein im Sinne kollegialer Überwachung und Qualifizierung medizinischer Leistungen. Es besteht in Taiwan keine nationale und verbandliche Selbststeuerung in dem Sinne, daß die Ärztegruppen in die kollektiven Verhandlungen miteinbezogen werden, und daß sie öffentliche Aufgaben übernehmen.

7.2.3 Mehrere Märkte im Rahmen des regulierten Wettbewerbs

Im Hinblick auf die Etablierung von mehreren Märkten auf dem Gesundheitssektor sprechen sich manche für die Einführung interner Märkte im Gesundheitswesen aus. Anfang der 90er Jahre setzte sich die Debatte darüber fort. Chernichvosky zufolge sollte die Finanzierung der Versorgung zuerst öffentlich erfolgen (vgl. Chernichvosky 1995: 436 ff.), d.h. die öffentliche Instanz übernehme die Finanzierungsaufgabe, damit eine universelle Zugangschance für alle Einwohner gewährt werden kann (the principle of public finance) (vgl. Chernichvosky 1995: 350 ff.; Kornai 1998: 32). Die zentrale Kasse in den Niederlanden und die DoH in England übernehmen diese Funktion, indem beide das Ausgabenbudget der Krankenversicherung zentral verwalten. Des weiteren plädiert Chernichvosky zugleich für die Etablierung von zwei Märkten, sowohl auf der Nachfrageseite als auch auf der Angebotsseite. Auf der Nachfrageseite sollt ihm zufolge

[357] Siehe dazu Abschnitt 7.1.2, Abschnitt 7.1.6 und Abbildung 7.3: Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung in drei Ländern - ein Vergleich von neun Dimensionen.

einerseits auf der intermediären Ebene eine Anzahl von pluralistischen “Organization and Management of Care Consumption” (Chernichvosky 1995: 347). vorhanden sein, die gegeneinander um die Versicherten auf dem ersten internen Markt konkurrieren. Andererseits konkurrieren die Ärzte auf dem zweiten internen Märkt um die Patienten. Dadurch könnten Chernichvosky zufolge zwei Märkte auf dem Gesundheitssektor aufgebaut werden.

Die seit einem Jahrzehnt in Gang gesetzten Gesundheitsreformen in England und den Niederlanden streben als Hauptziel die Einführung der internen Märkte auf dem Gesundheitssektor an. Sowohl in England als auch in den Niederlanden, wie auch in Schweden (vor 1997), versuchte die Gesundheitspolitik, durch die Gewährleistung der freien Arztwahl einen Markt auf der Anbieterseite (den zweiten Markt) einzuführen (vgl. Harrison/Calltorp 2000: 221-230).

Bisher wurde dieses Ziel nur im geringen Maße in den Niederlanden und England erreicht. Überdies versuchte die Reform in den Niederlanden einen dritten Markt auf der Versicherungsseite zu etablieren. So wurde in den Niederlanden zuerst die Bezugsgrenze der Krankenkassen abgeschafft. Die Krankenkassen in den Niederlanden können, wie die Privatversicherungen landesweit, die Versicherten als Mitglieder aufnehmen. Dadurch sollte der dritte interne Markt auf den Versicherungsmarkt eingeführt werden. Ein dritter Markt ist in den Niederlanden gemäß dem Dekker-Report zwischen den Versicherungen einschl. Krankenkassen und Privatversicherungen und Hausärzten und anderen primären Leistungsanbietern einzuführen. Dies erfolgte durch die Abschaffung der Kontrahierungspflicht der Krankenkassen mit den Hausärzten und anderen Leistungsanbietern ab 1992 (siehe dazu Abschnitt 4.1.2). Dagegen wurde seit der Reform 1991 in England ein zweiter interner Markt zwischen den stationären bzw. gemeindenahen und hausärztlichen Leistungsanbietern errichtet. Die Umsetzung des GPFHs-Arrangement stellte die Verwirklichung dieses Politikvorhabens dar. Bisher sind die zwei internen Märkte in den beiden Ländern etabliert worden. Die Wirkung bzw. der Effekt dieser internen Märkte ist noch nicht einzuschätzen.

Die Versorgung mit medizinischen Leistungen in England und den Niederlanden unterliegt gewöhnlich der staatlichen Regulierung. So ist die Finanzierung der Leistungsversorgung in den Niederlanden durch eine Zwangsversicherung und in

England durch staatliche Steuerzahlung sozialisiert. In einem solchen Finanzierungssystem kann ein höheres Maß an Zugangsgleichheit zu den Gesundheitseinrichtungen erreicht werden, da finanzielle Vorleistungen keine Voraussetzung für die Leistungsinanspruchnahme mehr sind.

Weiter ist die Arztwahl in beiden Ländern seit alters her eingeschränkt. Jeder Einwohner bzw. Versicherte sollte sich bei einem Hausarzt einschreiben. Die Bürger dürfen die Fachärzte nicht direkt aufsuchen, es sei denn aufgrund einer Überweisung durch die Hausärzte. In bezug auf die Preisbildung besteht in England eine hierarchische Preisbildung und in den Niederlanden eine korporatistische Preisbildung, die ebenfalls unter staatlicher Aufsicht steht. In beiden Ländern greift der Staat verstärkt ein, indem sie die Rahmenbedingungen zur Preisbildung, zur Leistungserbringung und –inanspruchnahme, zur Qualifizierung und zur Niederlassung der Hausärzte setzen. Diese Art von institutionellen Arrangements zur Regelung der Finanzierung und Erbringung medizinischer Leistungen wird als „regulierter Wettbewerb“ (regulated or managed competition) (Enthoven 1988: 74 ff.) bezeichnet.

7.2.4 Etablierung der Rolle des Advokaten zur Lösung der Externalitäten und der Interessenvertretung der Patienten

Die immanenten Externalitäten, die angesichts der Besonderheiten der Gesundheitsgüter bzw. der Einführung der Gesundheitsversicherung auftreten, können verschiedene sozialen Kosten verursachen. Zunächst können Ansteckungskrankheiten erhebliche soziale Kosten auslösen. Zweitens kann die verzögerte Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen in der Gesundheitsversicherung wegen unangemessener Anreize monetäre Externalitäten mit sich bringen (vgl. Schlesinger 1997: 45). Drittens verursacht die Betreuung chronisch Kranker ebenfalls enorme soziale Kosten, die gewöhnlich von informellen Versorgungsanbietern, wie den Familienangehörigen oder den Nachbarn, getragen werden. Als vierte negative Externalität, die ebenfalls soziale Kosten verursachen kann, ist die Behandlung bzw. Therapie von „behavioral disorders“ zu nennen (vgl. Schlesinger 1997: 46). Außer diesen negativen Externalitäten bestehen dagegen insofern positive Externalitäten, als die Volksgesundheit und damit die Produktivität der Gesellschaft aufgrund der Früherkennung von Krankheiten und vorzeitiger Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen erhöht wird (Humankapital-Ansatz). Die gesamten Kosten, die durch diese Externalitäten verursacht werden können, machen über die Hälfte der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung aus (vgl.: Schlesinger 1997: 46)

Als Instrumente zur Verminderung dieser Externalitäten wurden in den beiden Ländern advokatorische Institutionen etabliert oder Personen eingesetzt. Dies wurde in der vorliegenden Arbeit als Principal-Agent-Konzept bezeichnet.[358] Wie in Abschnitt 7.1.4.2 bereits erwähnt, bestehen in der Gesundheitsversorgung bzw. auf dem Gesundheitsmarkt i.d.R. zwei Arten von Advokaten. Die Bedeutung des Advokaten in der Gesundheitsversorgung besteht hauptsächlich in der Bekämpfung der Externalitäten im allgemeinen Gesundheitswesen und in der spezifischen medizinischen Versorgung. Zum einen können die sozialen Sachwalter bzw. Advokaten den Versicherten bzw. den Patienten Informationen über die Leistungsfähigkeit der Arztpraxen zur Verfügung stellen. Sie können zugleich durch finanzielle Anreize die Ärzte veranlassen, mehr präventive Maßnahmen anzuwenden, so daß die Kosten verringert werden können (Internalisierung der sozialen Kosten). Die sozialen Sachwalter vertreten im wesentlichen die sozialen Interessen der Patienten bzw. der Konsumenten. Solche soziale Sachwalter haben bereits ihre gleiche Gestalt in den HMOs, PPOs in den USA, GPFHs in England und bei den Krankenkassen in den Niederlanden (vgl. Chernichvosky 1995). Hier werden diese sozialen Sachwalter durch den Begriff „Intermediäre Versorgungsorganisationen“ bezeichnet (künftig IVOs).

Entsprechend vertreten die Primärärzte auf der interaktiven Ebene die Interessen ihrer Patienten. Die ambulante Versorgung wurde in den beiden Ländern im wesentlichen von den Hausärzten – in England von den GPs und in den Niederlanden von den Hausärzten – angeboten, wobei die Hausärzte als Primärärzte eine individuelle advokatorische Rolle spielen. Dieses hausärztliche Arrangement erwies sich im internationalen Vergleich effektiver und kostengünstiger als ambulante ärztliche Versorgung sowohl in der Bundesrepublik Deutschland als auch in Taiwan. Dies läßt sich mit den niedrigen Ausgaben für die hausärztliche Versorgung in den beiden Ländern begründen. So wurde den Haus- bzw. den Primärärzten in den letzten Jahren sowohl von der WHO als auch von den Wissenschaftlern eine Schlüsselrolle

358 Siehe dazu Abschnitt 2.2.3, (1) und 2.2.3, (3).

zugesprochen (vgl. Mechnic 1998: 281 ff; Schlesinger 1997: 35-87; Mechnic/Schlesinger 1996: 1693 ff.).

Die Hausärzte können einerseits den Patienten die nötigen Informationen über die einzelnen IVOs bereitstellen und gegebenenfalls angemessenere Entscheidungen für ihre Patienten treffen, da die Patienten wegen der Unzulänglichkeit der Informationen nicht in der Lage sind, selbständige Entscheidungen zu treffen. Die Patienten überlassen folglich lieber ihren Ärzten die Entscheidung.[359] Die Ärzte sollten als Advokat der Patienten wirken und für sie Entscheidungen treffen. Sie können vor allem dadurch die Kosten niedrig halten, indem sie ihre Patienten nicht ohne weiteres ins Krankenhaus überweisen. Ihre Leistungen werden nach der Kopfpauschale abgerechnet und übernehmen so die Rolle des Gatekeepers. Sie können gegebenenfalls zum Einkäufer von medizinischen Leistungen werden. So werden damit die Ziele von „Managed Care", die Behandlungsqualität zu verbessern und die Medizin zu ökonomisieren, realisiert.

Aus dem Ausgeführten ist festzuhalten, daß in England und in den Niederlanden eine Konvergenz hinsichtlich der Ausgestaltung in der Gesundheitsversorgung im allgemeinen und in der hausärztlichen Versorgung im besonderen besteht. Es wurden seit der Gesundheitsreform im Jahr 1991 in beiden Ländern sozialpolitisch von dem Staat Versuche unternommen, den Marktmechanismus im Bereich der Gesundheitsversorgung auf der Seite der Versicherer oder auf der Seite der Anbieter einzuführen. Hierbei wurde in England der Marktmechanismus alleine auf der Anbieterseite angestrebt. Dagegen sollte in den Niederlanden gemäß der Gesundheitsreform seit Ende der 80er Jahre sowohl auf der Anbieterseite als auch auf der Versicherungsseite ein Marktmechanismus etabliert werden. Obwohl dort der Marktmechanismus etabliert wurde, sind staatliche Regelungen immer noch erforderlich.

Außer den staatlichen Regulierungseingriffen bestehen in den beiden Ländern zahlreiche IVOs (wie die Krankenkassen in den Niederlanden und HAs und FHSAs in England), die im wesentlichen als soziale Sachwalter fungieren und in der Lage sind, die im Bereich des Gesundheitsmarktes bestehenden sozialen Kosten zu internalisieren.

[359] Sowohl in den philosophischen ethischen Diskursen als auch in den ärztlichen, ethischen und den Profession-Klient-Beziehungsdiskursen über die Handlungen der Ärzte gegenüber ihren Patienten wird einerseits die patriachische Rolle der Ärzte (paternalism) unterstrichen (vgl. Bayles 1989: 109 ff.).

Diese IVOs unterliegen ebenfalls staatlicher Regelung und verfügen zugleich über Befugnisse, mit vertraglichen Regelungen das Verhalten der Ärzte zu beeinflussen. Dieses institutionelle Arrangement wurde zusammen mit den Regelungen zur hausärztlichen Versorgung (wie z.B. die eingeschränkte Arztwahl, die kombinierte Vergütung und verhandelbare Preise) und zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung als „regulierter Wettbewerb“ bezeichnet, der ursprünglich in den Vereinigten Staaten eingesetzt wurde.[360]

Aus den gesundheitspolitischen Entwicklungen in den beiden Ländern läßt sich eine Konvergenz in der ambulanten ärztlichen Versorgung erkennen. Diese Konvergenz zeichnet sich einerseits in der Einbettung des Marktmechanismus in den regulierten Gesundheitssektor und andererseits in der Etablierung der IVOs als sozialer Sachwalter und in der Umsetzung der Hausärzte als individuelle Advokaten ihrer Patienten ab.

[360] Siehe dazu Abschnitt 7.2.3.

Kapitel 8 Ansatzpunkte und Interventionsmittel zur Einführung des primärärztlichen Versorgungsmodells in Taiwan - Intervention auf meheren Ebenen

Wie in Abschnitt 5.3 und 6.4 ausgeführt, sind in Taiwan im Zuge der Systembildung und Umstrukturierung nach der 90er Reform nach wie vor Strukturdefizite bzw. Probleme entstanden, die eine effektive Leistungserbringung verhinderten bzw. verhindern und die Finanzierbarkeit des Systems in Frage stellen. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel versucht, eine Lösungsstrategie zur Überwindung dieser Probleme herauszuarbeiten. Folglich werden in Abschnitt 8.1 zunächst die wesentichen bestehenden Problemdimensionen (Abschnitt 8.1.1) kurz skizziert, sowie politische Diskussionen und Lösungsmaßnahmen (Abschnitt 8.1.2) vorgestellt. Anschließend wird argumentiert, wieso das Primärarztssystem als Lösungsstrategie für Taiwan empfehlenswert ist (Abschnitt 8.1.3). Hierbei werden besonders die Primärarztmodelle niederländischer und englischer Gesundheitsversorgung als Leitbild herangezogen. Schließlich werden in Abschnitt 8.1.4 die Strukturelemente zur Transformierung der ambulanten Versorgung und Etablierung eines effektiven Primärarztsystems in Taiwan ausgearbeitet.

Es ist erforderlich, vorweg anzumerken, daß bei der Umgestaltung der ambulanten Versorgung in Taiwan eine Intervention auf meheren Ebenen erforderlich ist, da es im Regelfall „unterschiedliche Ebenen gesellschaftlicher Realität“ (Kaufmann 1982: 60) innerhalb eines Teilsystems der Gesellschaft gibt. Darum sollen auf der meheren Ebenen unterschiedliche Ansatzpunkte und die entsprechenden Steuerungsmittel herausgearbeitet werden, so daß eine erfolgreiche Intervention zur Änderung der Handlungsoptionen der Akteure und zur Koordinierung der Akteurhandlungen zu erreichen ist. Insbesondere soll versucht werden, durch die Anwendung gezielter Interventionsmittel individuelle Präferenzen und damit das Verhalten der verschiedenen Akteure, also der Ärzte und der Patienten, derart zu koordinieren, daß ein bedarfsgerechtes und effektives Leistungsgeschehen erfolgt. Es werden dabei sechs Ansatzpunkte zur politischen Gestaltung unterschieden. Bei der Behandlung der Intervention werden die von Kaufmann ausgearbeiteten vier Interventionsformen zur Analyse bzw. zur Ausarbeitung eines vorzuschlagenden Primärarztmodells für Taiwan herangezogen. Dies sind „rechtliche, ökonomische, ökologische und pädagogische Interventionen“ (Kaufmann 1982: 66-85).

Als soziale Steuerungsformen bzw. institutionelle Arrangements zur Koordinierung der Handlungen der Akteure werden in der vorliegenden Arbeit im wesentlichen der Markt, der Staat, die Gruppenverhandlung[361], die Selbststeuerung, das Expertensystem vorgeschlagen. Es ist anzumerken, daß mit den unterschiedlichen Steuerungsformen unterschiedliche Typen von Verantwortlichkeit verbunden sind. Kombiniert mit den vorstehenden vier Interventionsformen werden in den folgenden Abschnitten die vorzuschlagenden Ansatzpunkte und Steuerungsmittel zur Etablierung der primärärztlichen Versorgung in Taiwan herausgearbeitet.

Zunächst wird in Abschnitt 8.2 die Frage behandelt, wie in Taiwan die Machtposition der Primärärzte gestärkt werden kann. Dabei wird ausgearbeitet, wie eine vertretungs- und konfliktfähige primärärztliche Organisation in Taiwan zu etablieren ist. Hierfür wird in Abschnitt 8.2.1 und 8.2.2 eine körperschaftliche Lösung vorgeschlagen. Hier werden besonders die Etablierung von primärärztlicher Selbstregulierung auf der intermediären Ebene und die Einbindung der primärärztlichen Gruppierung in die Verhandlungsgremien auf der nationalen Ebene behandelt.

In Abschnitt 8.3 werden die Steuerungs- bzw. Interventionsmittel zur Förderung der advokatorischen Rolle der Primärärzte vorgestellt. Dabei werden sowohl rechtliche (Abschnitt 8.3.1) als auch ökonomische (Abschnitt 8.3.2) und pädagogische Interventionsformen (Abschnitt 8.3.3), die besonders zur Förderung ethischer Handlungskompetenz der Ärzte geeignet sind, vorgeschlagen. Schließlich wird in Abschnitt 8.3.4 ein Vorschlag unterbreitet, wie die Position der Primärärzte aufgewertet werden kann. In diesem Zusammenhang wird die Etablierung von Qualitätszirkel angeregt.

In Abschnitt 8.4.1 wird zum einen die Frage behandelt, inwiefern die Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen in den Medizinzentren bzw. den Krankenhäusern bekämpft werden kann. Zum anderen werden in Abschnitt 8.4.2 zusätzlich finanzielle und ökonomische Anreize zur Niederlassung der Ärzte und zur Begünstigung der Ausstattung und Errichtung primärärztlicher Praxen ausgearbeitet.

[361] Herder-Dorneich unterscheidt vier Steuerungsmittel und zwar quasi-Markt, Gruppenverhandlung, Sozialwahl und zentrale Verwaltung (vgl. Herder-Dorneich 1980: 19).

Schließlich wird in den Abschnitten 8.5 und 8.6 auf die erforderlichen institutionellen Gestaltungen, die die Verwirklichung der Ziele gleicher und bedarfsgerechter Behandlung und solidarischer Finanzierung fördern können, eingegangen. In Abschnitt 8.5 wird die Etablierung einer intermediären Instanz vorgeschlagen, die zur Regionalisierung und Dezentralisierung der Leistungserbringung als grundlegende Elemente zur Verwirklichung der oben genannten Ziele beitragen kann.[362] Schließlich werden in Abschnitt 8.6 notwendige institutionelle Arrangements benannt, die zur Absicherung der allgemeinen und solidarischen Finanzierung für alle Bürger erforderlich sind.

8.1 Wesentliche Problemdimensionen der Gesundheitsversorgung in Taiwan und die Einführung des Primärarztsystems als Lösungsstrategie

8.1.1 Problemdimensionen in der bestehenden NHI in Taiwan – schlechtes Arzt-Patient-Verhältnis und ungleiche Machtverhältnisse im gesundheitlichen Politikfeld

Betrachtet man die allgemeine Problemlage bzw. die Strukturdefizite in Taiwan, die jeweils in Kapitel 5 und 6 dieser Arbeit geschildert wurden, so ist festzuhalten, daß die Ungleichbehandlung der Bürger in bezug auf den Zugang zu medizinischen Ressourcen nur unvollständig behoben wurde. Werden nur die gegenwärtig dringend zu lösenden Probleme im Rahmen der NHI in Betracht gezogen, so lassen sich im wesentlichen zwei Problemdimensionen hervorheben. Die erste betrifft das schlechte Arzt-Patient-Verhältnis, das offenkundig zu einer kostentreibenden Inanspruchnahme bzw. Verordnung medizinischer Leistungen der relevanten Akteure und zum Problem der Kostensteigerung führt. Daraus ergibt sich das Problem von Wirtschaftlichkeit bzw. Effektivität. Bei dem zweiten handelt es sich um die ungleichen Machtverhältnisse im gesundheitlichen Politikfeld, was vornehmlich aus der Übermacht der konzernangehörigen Medizinzentren gegenüber den niedergelassenen Ärzten resultiert. D.h. es besteht dabei im taiwanesischen Gesundheitssystem ein politisches

[362] Siehe dazu Abschnitt 8.1.4, (2).

Gerechtigkeitspostulat, dem durch staatliche Eingriffe Rechnung getragen werden sollte. Im folgenden werden die Problemdimensionen nacheinander skizziert.

(1) Problemdimension des schlechten Arzt-Patient-Verhältnisses

a). Kostentreibende Inanspruchnahme und Verordnung medizinischer Leistungen – überhöhte Konsultationsrate

Ein augenfälliges Phänomen in der Gesundheitsversorgung Taiwans im Rahmen der NHI ist die Überinanpruchnahme medizinischer Leistungen bzw. von Medikamenten und Arzneimitteln in der ambulanten Abteilung der Medizinzentren und der größeren Krankenhäuser.[363] Song zufolge machten die Ausgaben für Medikamente ein Drittel der gesamten Ausgaben für die ambulante Versorgung der Medizinzentren und der regionalen Krankenhäuser (Song, R-L 2000: 12 f.) aus. 1999 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben für ambulante Versorgung in Taiwan mehr als 68% der Gesamtausgaben, dagegen betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben für die stationären Leistungen nur 32%.[364] Auf dem vom 15. Mai 1999 in Taipei stattgefundenen Symposium "Bekämpfung der medizinischen Ressourcenverschwendung und die Reform der NHI" [365] waren Fang-Gu Peng, Ying-Yuan Li und andere Beteiligte sich darüber einig, daß das Konsultationsverhalten der Patienten im Hinblick auf die ambulante Versorgung in Krankenhäusern die Ausgaben für NHI weiter in die Höhe getrieben hat.[366] Bei demselben Symposium verwiesen die Beteiligten unablässig auf das kostentreibende Verhalten sowohl der Patienten als auch der Ärzte. Die durchschnittliche jährliche Konsultationsrate bei den Ärzten pro Person stünde im internationalen Vergleich an höchster Stelle, so Yang, Zhi-Liang.[367] 1997 war die Konsultationsrate 14,38 pro Patienten.[368] Es ergab sich demnach daraus für die

---

363 Siehe dazu Abschnitt 6.4.2, (1).

364 Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.

365 Dieses Symposium war von der Liberty Times Zeitung veranstaltet. Bei diesem waren Experten, Wissenschaftler und Delegierte der Regierung beteiligt. Die Diskussion dieses Symposium bezog sich im wesentlichen auf die Eindämmung medizinischer Resourcenverschwendung und die Reform der NHI in Taiwan. Dabei setzten sich die Beteiligten für die Etablierung des Hausarztsystems und die Bedgetierung der Gesundheitsausgaben; siehe dazu Lü, B-Y/ Lo, B/ Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.

366 Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05. 1999.

367 Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05. 1999.

368 Siehe dazu Abschnitt 6.4.1, (2).

taiwanesische Gesundheitsversorgung ein Problem der Wirtschaftlichkeit bzw. Effektivität.

b). Kostensteigerung

Erst im Juni 2000 trat in der NHI ein Finanzdefizit auf.[369] Bis Ende 2000 hatte die ZeNHI nach Einschätzung der ZfG ein Darlehen von 10 Milliarden aufgenommen,[370] um die Kosten für die Gesundheitsversorgung zu decken. Aus den Ausführungen des 5. und 6. Kapitels wird deutlich, daß die erhebliche Kostensteigerung seit Einführung der NHI im März 1995 auf verschiedene Ursachen zurückzuführen ist. Zum einen resultiert sie aus einer Überinanspruchnahme ambulanter Leistungen sowohl bei den niedergelassenen Ärzten als auch in den Krankenhäusern,[371] die sich einerseits aus der arztinduzierten Leistungserbringung und andererseits aus der überhohten Konsultationsrate der Patienten ergab.

Zum kostentreibenden Verhalten der Ärzte meint Wu, Kai-Xun, daß die Ressourcenverschwendung durch die Vergütungsweise herbeigeführt würde.[372] Darum schlägt er vor, eine Mischform der Leistungsvergütung einzusetzen. Außerdem ist er der Meinung, die Kopfpauschalvergütung sei für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen adäquat; und die Pflegetagessätze und Fallpauschalen seien für stationäre Leistungen adäquat. Er meinte hinzu, die Einzelleistungsvergütung sei beizubehalten. Nach ihm soll der Anteil der Einzelleistungshonorierung an der gesamten Leistungshonorierung angemessen gesenkt werden.[373]

Hierzu meint Li, Ying-Yuan, die bestehende Einzelleistungsvergütung veranlasse die Ärzte und die Krankenhäuser ihre Leistungsmenge zu vergrößern, um ihre Einkommen zu erhöhen.[374] Li meint dazu, die Ärzte bzw. Leistungsanbieter sollten sich disziplinieren. Der Einsatz unnötiger Untersuchungen und Verschreibung unnötiger Medikamenten seien zu vermeiden;[375] vielmehr sollten die Leistungserbringer helfen,

[369] Huang, T-Y 2000: China Times, 01.06.2000.
[370] Huang, T-Y 2000: China Times, 08.06.2000.
[371] Siehe dazu Abschnitt 6.4.1, (1).
[372] Lü, B-Y/Lo, B/ Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05. 1999
[373] Lü, B-Y/Lo, B/ Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05. 1999
[374] Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.
[375] Siehe dazu Ji, J-H 1999: Liberal Times, 17. 05. 1999.

das kostentreibende Verhalten der Patienten zu verringern.[376]

Die pro Kopf Konsultationsrate in Taiwan weist im internationalen Vergleich einen höheren Prozentsatz auf. Das fragliche Konsultationsverhalten der Patienten in Taiwan trug zur weiteren Verschlechterung der medizinischen Versorgung bei. So fügt Song, Rui-Lou hinzu, daß die taiwanesischen Patienten dazu neigen, solange neue Ärzte aufzusuchen, bis sie einen Arzt finden, der sie medikamentös versorgt. Dies beeinträchtigt die Beziehung zwischen Arzt und Patient erheblich.[377] Um eine Überinanspruchnahme von Medikamente durch die Patienten zu verhindern, begrenzt die ZeNHI zwar inzwischen die Verschreibungsdauer, um die Medikamentenverschreibung unter Kontrolle zu halten. Diese Vorschrift trug jedoch letztendlich zu einer weiteren Erhöhung der Zahl der Konsultationen bei.

Resultat dieser Situation war die Senkung sowohl des medizinischen Nutzens als auch der medizinischen Qualität,[378] also die Senkung der Behandlungswirksamkeit.

c). Mißtrauen in der Arzt-Patient-Beziehung

Die überhöhte Konsultationsrate und Inanspruchnahme der Medikamente impliziert ein Mißtrauen der Patienten gegenüber den Ärzten. Die an ökonomischer Rationalität orientierten Ärzte berücksichtigen die Patienten als Mensch und ihre emotionalen Bedürfnisse nicht. Diese beiden Tatbestände führen zur Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen und somit zur weiteren Steigerung der Gesundheitsausgaben und einem Finanzierungsproblem, wie oben bereits angedeutet.

Obwohl die Kostensteigerung zum Teil auf das Verhalten bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch die Patienten zurückzuführen ist,[379] liegt das Problem der Überinanspruchnahme eher in der mißtrauischen Beziehung zwischen Patient und Arzt.[380] Da der Arzt über die Definitionsmacht bezüglich dem Kranksein sowie über mehr Informationen verfügt, neigt ein Patient dazu, sich auf die

[376] Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.
[377] Song, R-L 2000: 12.
[378] Song, R-L 2000: 12.
[379] Siehe dazu Abschnitt 6.4.1, (2).
[380] Siehe dazu Abschnitt 6.4.4.

ärztlich diagnostischen bzw. therapeutischen Leistungen zu verlassen. Diese individuelle Neigung wird verstärkt, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient vorliegt. In diesem Fall kann zwischen Arzt und Patient eine Principal-Agency Beziehung bestehen, in dem Sinne, daß der Arzt als Advokat bzw. Sachanwalter die Interessen seines Patienten vertritt, wie es in den Niederlanden und England der Fall ist (vgl. Prinz, 2000: 233-237; Pfaff/Zweifel 2000: 184-190).[381] Wenn eine solche Beziehung nicht besteht, konsultiert der Patient andere Ärzte. Dies kann zur Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen (einschließlich Arzneimittel) führen. Es ist daher plausibel anzunehmen, daß zur Bekämpfung der Finanzprobleme und der Qualitätsverschlechterung in Taiwan ein staatlicher Eingriff zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung erforderlich wird.

(2) Problemdimension der ungleichen Machtverhältnisse im gesundheitlichen Politikfeld

Wie in Abschnitt 5.4.1 (3) angedeutet, sind im Laufe der 70er und 80er Jahre größere Krankenhäuser, vor allem die konzernangehörigen Medizinzentren, nicht nur zu gigantischen Leistungserbringern, sondern auch zu den mächtigsten und konfliktfähigsten Akteuren herangewachsen. Das dem Tai-Suo Konzern angehörige Chang-Geng Krankenhaus dehnte vor allem während der 90er Jahre schlagartig die Zahl der krankenhäusliche und pflegerische Einrichtungen aus. Darüber hinaus verstärkte es seinen Einfluß auf die ambulante ärztliche Versorgung, indem es als Aufnahmekrankenhaus die sowohl von niedergelassenen Ärzten als auch von ambulanten Ärzten seiner ambulanten Abteilung eingewiesenen Patienten weiter betreut. Diese Medizinzentren gewannen in den 90er Jahren ununterbrochen durch ihre starken Lobbyisten sowohl in der Ministerialbürokratie als auch im Legislativyuan (Parlament) zunehmend an politischer Macht, indem sie die Gesundheitspolitik des Staates mittels einer symbiotischen Interessenverflechtung zwischen ihnen und der staatlichen Bürokratie mitbestimmten.[382]

Wie in Abschnitt 5.3.2.2 angesprochen, wurden bis zur Einführung der NHI die ambulanten Leistungen der Medizinzentren, die sich meistens in den Metropolen

381 Siehe dazu Abschnitt 7.2.4.
382 Siehe dazu Abschnitt 5.4.3, (2).

befinden, im Vergleich zu denen der niedergelassenen Ärzte monetär begünstigt. Während die Vergütungssätze für die niedergelassenen Ärzte administrativ ausgehandelt wurden, wurden die jenigen für die ambulanten Leistungen der Medizinzentren und bestimmter Krankenhäuser durch die Verhandlung zwischen den zuständigen Behörden und den Vertretern der Medizinzentren separat vereinbart. Diese separat vereinbarten Vergütungsmaßstäbe liegen i.d.R. höher als die administrativ bestimmten.

Hinzu kommt der Tatbestand, daß diese Medizinzentren, vor allem die konzernangehörigen Medizinzentren wie das Chang-Geng Krankenhaus, den Großteil der medizinischen Ressourcen kontrollieren. Mit diesem Vorteil können sie die Leistungserbringung und Ressourcenverteilung zu Gunsten ihrer eigenen Interessen lenken. Sie wirken als mächtigste Leistungseinrichtungen, von denen untergeordnete Leistungserbringer, wie Distrikt-Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte abhängig sind.[383] Xie, Wen-Hui kritisiert, daß die mit enormem Kapital ausgestatteten, konzernangehörigen Krankenhäuser in der Lage sind, die mittelständigen und kleinen Krankenhäuser zu verdrängen (vgl. Xie, W-H 1999: 47). Demzufolge, so Xie, Wen-Hui, wird der taiwanesische Gesundheitsmarkt in Zukunft von den Großkonzernen kontrolliert. Darum ist ein Antikartell-Gesetz für das Gesundheitswesen Taiwans dringend erforderlich (vgl. Xie, W-H 1999: 47).

Ein weiteres Problem ist die starke Einflußmöglichkeit der konzernangehörigen Medizinzentren in die gesundheitspolitischen Entscheidungen, indem sie die zuständigen Behörden bzw. das Ministerium von ihnen in bezug auf das Fachwissen und die Managementtechnik abhängig machen. Es herrscht somit eine symbiotische Beziehung zwischen solchen Medizinzentren und der zuständigen staatlichen Bürokratie, wie in Abschnitt 5.4.3 erläutert. Die Lobbyisten der Medizinzentren bilden ein Interessenkartell und üben ihren Einfluß auf die vorparlamentarische Politikdebatte bzw. –formulierung dadurch aus, daß ihre Vertreter an den informellen Beiräten (Arbeitskreisen und Gesprächkreisen) teilhaben, wo die staatliche Bürokratie und die Vertreter dieser Medizinzentren als dominante Akteure beteiligt sind. Die symbiotische Interessenverflechtung zwischen den staatlichen Behörden und den Medizinzentren begünstigt, und genauer formuliert, verfestigt diese informelle Einflußnahme der Medizinzentren auf die Politikentscheidung im taiwanesischen Gesundheitssektor.

[383] Siehe dazu Abschnitt 5.4.1, (3).

Der Machtzuwachs und die Kartellierung der Medizinzentren schwächte die Macht der niedergelassenen Ärzte und der kleinen Krankenhäuser weiter ab und trug zur Schrumpfung dieser beiden Leistungserbringer bei. Besonders bemerkenswert ist der Streit zwischen den niedergelassenen Ärzten und Medizinzentren um die legitime Erbringung ambulanter Leistungen. Die niedergelassenen Ärztegruppen hatten die Überangebote der ambulanten Leistungen den Medizinzentren kritisiert, die ihnen zufolge die Schrumpfung der niedergelassenen ambulanten Versorgung herbeiführt. Sie appellieren darum für eine Einschränkung der ambulanten Leitungserbringung in den Medizinzentren. Demgegenüber setzen sich die Medizinzentren für eine Versorgungsform nach dem HMO-Modell ein, wobei die Medizinzentren als HMOs sowohl für die Versicherung als auch für die Leistungsversorgung zuständig wären. Diese Situation würde zu einem weiteren Machtzuwachs der Medizinzentren führen, weil sowohl die Finanzierung als auch die ihnen untergeordneten niedergelassenen Vertragsärzte und andere vertragliche stationäre Einrichtungen unter ihre Kontrolle fallen würde. Genau dies befürchten die niedergelassenen Ärzte.[384]

8.1.2 Sozialpolitische Bemühungen und Diskussionen um die Bekämpfung der bestehenden Probleme

Wie oben bereits ausgeführt, entfällt der größte Teil der Gesundheitsausgaben auf die ambulante Versorgung. Abgeordneten im Parlament diskutierten die Überinanspruchnahme der medizinischen Leistungen der Medizinzentren. Die Regierung Taiwans hat ebenfalls zugestimmt, daß der Grund für die Kostensteigerung in der Überinanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen liegt. In der taiwanesischen Regierung steht ebenfalls zur Diskussion, Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu ergreifen. Im folgenden werden die einzelnen Maßnahmen und Vorschläge zur Strukturveränderung der NHI nachgezeichnet.

(1) Staatliche Eingriffe in die Angebotsseite

[384] Shi, X-X 1997: Ming-Sheng Daily News, 23. 08. 1997; Lü, B-Y 1997: Liberal Times, 25. 10. 1997.

Als ein Instrument zur Kostendämpfung gilt die Budgetierung einzelner Leistungsarten. Die Budgetierung für zahnärztliche und chinesische medizinische Leistungen wurde jeweils im Jahr 1997 und 1999 umgesetzt. Der gegenwärtige Minister der ZfG, Li, Ming-Liang, erklärte, daß eine Budgetierung für die westliche ambulante ärztliche Versorgung im Januar 2002 eingeführt werde.[385] Ein Eingriff in die Angebotsseite steht momentan zur Diskussion. So haben die ZeNHI und Politikfelder, wie Ärztegruppen, bereits vereinbart, eine „ambulante Leistungsgrenze für die größeren Krankenhäuser als ein weiteres Instrument zur Kostendämpfung einzuführen".[386]

(2) Vorschläge zur strukturellen Veränderung der Nachfrageseite

Es wurde zugleich vorgeschlagen, die Selbstbeteiligung der Patienten bei der Konsultation der ambulanten Ärzte in den Krankenhäusern zu erhöhen, mit dem Ziel, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in den Krankenhäusern einzudämmen (vgl. Wu, K-X 1997). Daneben ist zwar eine Umsetzung des Überweisungssystems als Politikziel vorgesehen und gesetzlich verankert, die zur Stärkung der Position und Funktion der niedergelassenen Ärzte führen soll. Bislang ist jedoch keine erfolgreiche Etablierung eines Überweisungssystems in Taiwan zu erkennen. Die ursprünglich zu diesem Ziel ausgerichtete Selbstbeteiligungsregelung hat nicht dazu beigetragen, die Patienten von der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in den Krankenhäusern abzuschrecken. So besteht das Problem der Überinanspruchnahme der medizinischen Leistungen nach wie vor. Immerhin wird das Überweisungssystem als wirksame Gegenmaßnahme zur Beseitigung der Überinanspruchnahme und der Kostendämpfung sowohl von Wissenschaftlern als auch von Politikern befürwortet.

Weiterhin wurde im Juni 2000 die Einführung einer sogenannten Medical Saving Account (künftig MSA) sowohl von den Abgeordneten als auch von der Regierungsseite diskutiert. Das MSA wurde ursprünglich einseitig von den Abgeordneten der drei Parteien - der Regierungspartei (DPP), die KMT und die New Party als Oppositionsparteien - bevorzugt. Inzwischen fanden die Abgeordneten und die Beamten der ZfG einen Konsens über das MSA. Diese einseitige Bevorzugung der drei Parteien für die Einführung der MSA wurde wegen eines Legitimationsmangels von

385 Huang, T-Y 2000: China Times, 01.06. 2000.
386 Huang, T-Y 2000: China Times, 01.06. 2000.

Zhang, Feng-Yi, dem jetzigen Abteilungschef für Politik der Arbeiterfront Taiwans, kritisiert.[387] Bei der MSA würden die von einzelnen Versicherten bezahlten Versicherungsbeiträge in gesonderten MSA (Medizinischen Sparkonto) gespart. Die für die einzelnen Versicherten angefallenen Kosten für medizinische und medikamentöse Behandlungen würden von diesem Konto beglichen, wenn die MSA eingeführt werden sollte. Die Befürworter für die MSA gehen davon aus, daß den Ärzten gegenüber die Versicherten bzw. Patienten als Konsumenten Autonomie besitzen würden. Sie sind der Auffassung, daß durch die Einführung der MSA das Kostenbewußtsein der Patienten angehoben würde, und daß damit eine medizinische Ressourcenverschwendung vermieden werden könnte.

Die Kritiker der MSA argumentieren dagegen, daß die MSA die Vermögensverteilung in der Gesellschaft noch stärker spalten würde. Es würde, Zhang, Feng-Yi zufolge, eine Zwei-Klassen-Medizin nach sich ziehen. Die MSA würde sich negativ auf die solidarische Finanzierung auswirken, so Zhang.[388] Die Kritiker, wie Ji, Jun-Hui und Zhang, Feng-Yi, bezweifeln die Wirksamkeit und die Legitimation der Einführung der MSA mit dem Argument, daß sich die Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen auf das Verhalten der übermächtigen Konzerne und der ihnen unterliegenen Leistungsanbieter zurückführen lasse.[389]

Aus dem bisherigen Ausgeführten ist deutlich, daß die Vorstellungen der Akteure über die Ursachen der Kostensteigerung in Taiwan weit auseinander gehen. Eine konsensuelle Lösung zur Bekämpfung der Kostensteigerung bedarf weiterer Auseinandersetzungen.

(3) Vorschläge zur Etablierung des Hausarzt- und Überweisungssystems

Bis Ende 1998 gab es in bezug auf die Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung keine politischen Diskussionen über eine Verbesserung dieser Verhältnisse, da bis zu diesem Zeitpunkt das verschlechterte Verhältnis zwischen Arzt und Patient nicht als Grund für die Überinanspruchnahme der Leistungen betrachtet wurde. Die politische Gegenmaßnahmen zur Kostensenkung kreisten immer mehr um Maßnahmen zur

387 Zhang, F-Y 2000: China Times, 01.06.2000.
388 Zhang, F-Y 2000: China Times, 01.06.2000.
389 Ji, J-H 2000: China Times, 02.06.2000; Zhang, F-Y 2000: China Times, 01.06.2000.

einseitigen Einschränkung der Konsultationshäufigkeit der Patienten. Die arztinduzierte Inanspruchnahme wurde nicht hinterfragt.

Seit Anfang 1999 wird, aufgrund des entstandenen Finanzdefizits, die schlechte Arzt-Patient-Beziehung in der Öffentlichkeit als ein gravierendes Problem betrachtet. Inzwischen wird sogar eine Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung als Lösung der bestehenden Probleme im taiwanesischen Gesundheitswesen angesehen. Die ehemalige Vize-Direktorin der ZeNHI, Dai, Gui-Ying, vertritt die Auffassung, daß das Hausarztsystem in England nicht nur zeitsparender, sondern auch wirksamer hinsichtlich der Behandlungen sei.[390] Die Direktorin der ZeNHI, Lai, Mei-Shu, ist der Meinung, daß der Grund für die kostentreibende Inanspruchnahme der Leistungen in den Mängeln des Hausarzt- bzw. Primärarztsystems und der Einzelleistungshonorierung liegt.[391]

Aktuell wird in Taiwan auch diskutiert, das Hausarzt- bzw. Primärarztsystem als Ansatz zur Lösung der unangemessen hohen Inanspruchnahme der Medikamente umzusetzen.[392] Li, Jia-Ming zufolge könnte das Hausarztsystem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient verbessern. Li, Feng-Lan setzte sich ebenfalls für die Etablierung des Hausarztsystems ein, um ein angemessenes Gesundheitsverhalten der Patienten in Taiwan zu fördern.[393] Es gibt aber bisher keine politische Diskussion über eine Einführung des Hausarztsystems als Veränderungsstrategie zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung. In einer Rede bei der 92. Versammlung des Taiwanesischen Medizinischen Verbands sprach sich Song ebenfalls für die Einführung des Hausarztsystems, die Staffelung der medizinischen Versorgung und Etablierung des Überweisungssystems (vgl. Song, R-L 2000: 13) aus.

Ferner schlägt der Verein für Frauenrecht in Taiwan vor, den Umfang ambulanter Leistungen in Medizinzentren einzuschränken und das Arzt-Patient-Verhältnis zu verbessern.[394] Das Vorstandsmitglied des Vereines für Frauenrecht, Xu, Jia-Qing, deutet auf das Problem hin, daß die Ärzte in Medizinzentren für die Behandlung der Patienten

---

390 Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.
391 Lü, B-Y/Lo, B/Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05.1999.
392 Huang, Zhao-De, der ständige Vorstandsmitglied zur Förderung des Gesundheitsrechts in Republic of China, befürwortet in Zeitungsartikel vom 14. Mai von 2000 (China Times) die Förderung des Hausarztsystems (vgl. Li, Jia-Ming 2000: China Time 26.04;).
393 Lü. B-Y/ Lo, B. /Deng, L-Q 1999: Liberal Times, 18. 05. 1999.
394 Qui, Tian-Lin 2000: China Times, 29.05.2000.

durchschnittlich nicht länger als 3 Minuten aufwenden.[395] Die Ärzte sind daher, so Xu, Jia-Qing, nicht in der Lage, die Krankheitsgeschichte aufzuzeichnen und die emotionale Stimmung der Patienten zu erkennen, was eine Qualitätsverschlechterung der ärztlichen Versorgung bewirkt. In der „Erklärung über Frauengesundheit in Taiwan" fordern die Mitglieder des Vereins für Frauenrecht, die Arztethik in der medizinischen Ausbildung zu fördern.[396]

(4) Vorschläge zur Eindämmung des Übergewichts der Medizinzentren

Ständig wird wegen der Überinanspruchnahme der ambulanten Leistungen und des Übergewichtes der Krankenhäuser Kritik an den Medizinzentren geübt. Wie in Abschnitt 8.1.1 (3) beleuchtet, besteht, Xie, Wen-Hui zufolge, die Gefahr, daß die taiwanesischen gesundheitlichen Ressourcen in Zukunft in den Händen der Konzerne liegen werden. Aufgrund dessen sei ein Antikartell-Gesetz zur Verhinderung dieser Entwicklung unverzichtbar.

8.1.3 Einführung des Primärarztsystems als Lösungsstrategie und Leitbild zur Etablierung dieses Systems

(1) Vorzüge des Primärarztsystems

Wie oben ausgeführt, liegen die gegenwärtigen Probleme des taiwanesischen Gesundheitswesens im wesentlichen in der Überinanspruchnahme und Verschlechterung medizinischer und gesundheitlicher Leistungen. Die Überinanspruchnahme und Verschlechterung medizinischer und gesundheitlicher Leistungen ist auf eine Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung zurückzuführen.[397] Als Gegenstrategie zur Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und zur Bekämpfung der Überinanspruchnahme wurde sowohl von der zuständigen Behörde, wie in Abschnitt 8.1.2 erwähnt, als auch von den Ärztegruppen, den Wissenschaftlern und anderen Interessengruppen, wie dem Verein für Frauenrecht, vorgeschlagen, das

395 Qui, Tian-Lin 2000: China Times, 29.05.2000.
396 Qui, Tian-Lin 2000: China Times, 29.05.2000.
397 Siehe dazu Abschnitt 8.1.1, (2).

Hausarztsystem als eine Form des Primärarztsystems zu etablieren. Obwohl der Begriff Hausarztsystem in Taiwan häufig angewendet wird, wird in der vorliegenden Untersuchung der Begriff Primärarztsystem bevorzugt, da dieser sich als umfassender erweist und den ersten einschließt. Zu den Primärärzten gehören gemäß der Definition der WHO und auch der ZfG als zuständiger Behörde für Gesundheitswesen in Taiwan außer den Hausärzten bzw. Allgemeinärzten, die Kinderärzte, Frauenärzte, Internisten und Chirurgen.

Gemäß der Principal-Agent Beziehung, in der sich der Agent (Arzt) im Interesse seines Principals (Patient) verhält, hat eine primärärztliche Versorgung zwei Vorteile: die Überwindung asymmetrischer Information und die Abmilderung von partiellen Interessenkonflikten.[398] Ferner kann ein Primärarztsystem zur Lösung von Externalitäten beitragen, indem der Arzt die Rolle des Advokaten übernimmt.[399] So kann beispielsweise eine Ressourcenverschwendung und somit eine Kostensteigerung vermieden werden.

Die vorliegende Arbeit geht davon aus, daß die primärärztliche Versorgung eine zweckmäßige Gegenstrategie zur Lösung der bestehenden Probleme in Taiwan (Kostensteigerung und Qualitätssenkung) sein könnte. Die Gründe für die Bevorzugung der primärärztlichen Versorgung liegen zunächst darin, daß bei der primärärztlichen Versorgung eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient besteht, die in Taiwan nicht vorhanden ist. Zweitens können die Patienten die Behandlungen bei den Primärärzten mitgestalten. Die Koproduktivität der Konsumenten, die bei einer personenbezogenen Dienstleistung erforderlich ist (vgl. Kaufmann, F-X 1984: 21), ist bei der primärärztlichen Versorgung zu verwirklichen. Dadurch wird die Konsumentensouveränität erheblich gestärkt. Drittens verursacht die primärärztliche Versorgung wesentlich geringere monetäre Ausgaben für das Gesundheitssystem. Die primärärztliche Versorgung ist in meisten Fällen als wirksame Strategie zur Kostendämpfung anzusehen. Viertens übernehmen die Primärärzte am leichtesten die Rolle des Advokaten ihrer Patienten, was bei anderen ärztlichen Versorgungsformen nicht zu erwarten ist.

398 Siehe Abschnitt 2.2.2.
399 Siehe dazu Abschnitt 7.2.4.

Aus diesen vier Vorzügen und angesichts der aktuellen politischen Diskussionen um die Etablierung des Hausarztsystems in Taiwan, wird in der vorliegenden Arbeit vorgeschlagen, das Primärarztssystem als Strategie zur Lösung der bestehenden Probleme im taiwanesischen Gesundheitswesen einzuführen.

(2) Leitbild der zu etablierenden primärärztlichen Versorgung in Taiwan

Das Primärarztsystem findet sich in den Niederlanden (Hausärzte), England (GPs), Finnland seit langem und seit den 80er Jahren auch in Schweden.[400] Zunächst ist herauszuarbeiten, welche Formen der primärärztlichen Versorgung als Leitbild für die Gestaltung der taiwanesischen ambulanten Versorgung ausgewählt werden sollen. Die primärärztliche Versorgung in Schweden und Finnland ist anders gestaltet als die in England und in den Niederlanden, da die meisten Primärärzte in diesen beiden Ländern als Angestellte in den öffentlichen Einrichtungen tätig sind.[401] Die taiwanesisch niedergelassenen ambulanten Ärzte sind größtenteil selbständige Dienstleiter, oder freiberuflich Tätige. Deshalb erscheint es nicht angemessen, das primärärztliche Versorgungsmodell von Schweden und Finnland, als Muster zur Neugestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung in Taiwan zu übernehmen. Vielmehr scheint es politisch eher durchführbar, die ambulante ärztliche Versorgung den primärärztlichen Versorgungsmodellen der Niederlande und Englands als vorbildliche Muster anzugleichen.

Nun stellt sich die Frage, wie das Primärarztsystem als Vorbild aussehen sollte. Diese Frage läßt sich durch den Vergleich der taiwanesischen primärärztlichen Versorgung mit der der beiden Länder beantworten. Zunächst ist herauszufinden, welche Gemeinsamkeiten in den Primärarztsystemen vorliegen. Betrachtet man die Abbildung

400 So meinen Badura und Schellschmidt in einem Gutachten für die nordrhein-westfälische ländliche Gesundheitspolitik: "Mit Hinblick auf die Ausführung im ärztlichen Teil des Gutachtens schlagen wir deshalb die Entwicklung einer primärärztlichen Versorgungsorganisation vor. Hier kommt es in erster Linie auf den kompetenten Hausarzt an und seine Kooperation mit den übrigen Anbietern und Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Die Rahmenbedingungen der Arzt-Patient-Interaktion sollten so gestaltet sein, daß eine qualifizierte und zugleich partnerschaftliche Kommunikation über Behandlungsmöglichkeiten erfolgen kann und hierbei die koproduktiven Potentiale der Patienten ausreichend entwickelt und einbezogen werden können." (Badura/ Schellschmidt 1999: 65).

401 Siehe dazu Abschnitt 2.4.2 und Abbildung 2-2.

7-3, lassen sich die Gemeinsamkeiten der primär- bzw. hausärztlichen Versorgung in diesen beiden Ländern wie folgt zusammenstellen:

a. Es gibt in beiden Ländern ein Überweisungssystem mit den Primär- bzw. Hausärzten als Gatekeeper.[402]
b. Die Primär- bzw. Hausärzte werden durch die gemischte Honorierung, hauptsächlich durch Kopfpauschalen, vergütet.[403] Zwischen den Hausärzten und den Patienten liegt meistens eine persönliche und kontinuierliche Beziehung vor.[404]
c. Die Primär- bzw. Hausärztegruppen in diesen beiden Ländern verfügen über Vertretungs- und Verhandlungskompetenz in dem Sinne, daß sie den anderen Akteuren des Gesundheitsfeldes gleichgewichtig gegenüber stehen. Sie fungieren zugleich als Selbstregulierungsinstanz, insofern, daß sie die staatlich übertragenen Aufgaben übernehmen.
d. Etablierung von intermediären Versorgungsorganisationen und mehreren Märkten im Rahmen des „regulierten Wettbewerbs", wie in Abschnitt 7.2.2 erörtert.

Die taiwanesische ambulante ärztliche Versorgung unterscheidet sich, ebenfalls wie in Abschnitt 7.2 zusammengefaßt, von der primärärztlichen Versorgung der beiden Länder im wesentlichen in vier Aspekten, die bereits oben genannt wurden. Es findet sich kein Überweisungssystem in der taiwanesischen Gesundheitsversorgung, da die Hausärzte und die anderen ambulanten Ärzte nicht als Advokat und somit als Gatekeeper tätig sind. Zweitens werden die Hausärzte und die anderen ambulanten Ärzte in Taiwan überwiegend nach dem Einzelleistungsprinzip vergütet. Schließlich fehlt eine persönliche und kontinuierliche Beziehung zwischen den ambulanten Ärzten und den Patienten, was negative Konsequenzen für die Behandlungsergebnisse mit sich bringt.

Schließlich sind die ambulanten Ärzte und Hausärzte anderen Fachärzten, vor allem den Medizinzentren, unterlegen. Die Hausärzte verfügen einerseits über keine Vertretungs- bzw. Verhandlungskompetenz. Sie fungieren andererseits nicht als Selbstregulierungsorgan, das die gesetzlich zugewiesenen Aufgaben erfüllen soll. Aus dem Ausgeführten läßt sich schließen, daß das Leitbild für die Gestaltung der

402 Siehe dazu Abschnitt 7.1.1 der vorliegenden Arbeit.
403 Siehe dazu Abschitt 7.1.1.
404 Siehe dazu Abschnitt 1.4.2 und Abschnitt 7.2.3.

taiwanesischen primärärztlichen Versorgung im wesentlichen die folgenden (wie in Tabelle 8-1 aufgeführt) vier Elemente enthalten soll.

Tabelle 8-1: Vorgeschlagenes Leitbild zur Ausgestaltung der primärärztlichen Versorgung in Taiwan

I	Primärarzt als Gatekeeper und Etablierung eines Überweisungssystems
II	Kopfpauschales Honorierungssystem kombiniert mit anderen Vergütungsformen für primärärztliche Leistungen
III	Arzt als Advokat seiner Patienten und Gewährleistung einer Persönliche und kontinuierliche Betreuung für seine Patienten
IV	Die Primärärztegruppen als vertretungs- und konfliktfähiges Selbststeuerungsorgan.

Eigene Darstellung

Die Elemente I und II gelten als klassische „Managed Care“ Steuerungsinstrumente und werden im ambulanten Bereich eingesetzt. Angestrebt wird, daß den Ärzten ein Anreiz gegeben wird, veranlaßte Leistungen nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien zu beurteilen (vgl. Lankers 1997: 27)

In den folgenden Abschnitten, insbesondere in Abschnitt 8.2 und 8.3, werden unter Berücksichtigung des oben aufgeführten Leitbildes die notwendigen Steuerungsmittel zur Förderung einer selbständigen, funktionsfähigen und advokatorischen primärärztlichen Versorgung behandelt.

8.1.4 Notwendige Strukturelemente zur Förderung der Verselbständigung primärärztlicher Versorgung - unter besonderer Berücksichtigung der gleichen Behandlung und solidarischer Finanzierung

Berücksichtigt man die strukturellen Besonderheiten der NHI in Taiwan, fällt auf, daß außer dem Ziel, ein Primärarztsystem zu etablieren, zusätzliche institutionelle Konfigurationen erforderlich sind, um eine Gleichbehandlung für alle Bürger und eine solidarische Finanzierung zu realisieren. Zieht man diese drei Ziele in Betracht, lassen sich vorwiegend fünf notwendige Strukturelemente feststellen, die zur Förderung einer selbständigen primärärztlichen Versorgung unentbehrlich sind. Diese fünf Strukturelemente sind:

(1) Aufwertung bzw. Stärkung der Position der Primärärzte

a). Anspruch auf ein gleichgewichtiges Machtverhältnis in den Ärztegruppen

Wie im Abschnitt 2.1.5 beschrieben, weist ein Gesundheitssystem mit einem hohen Maß an spezialisierten Professionen offensichtlich ungleiche Machtpositionen zwischen den Akteuren auf. Überdies ging mit der Differenzierung ein Aufkommen neuer Akteure im Gesundheitswesen einher, die ihrerseits unterschiedliche Interessenlagen vertreten. Sie stehen sich gegenüber und konkurrieren miteinander um verfügbare knappe soziale, ökonomische oder politische Ressourcen. Es kommt häufig vor, daß die Ärztegruppen mittels ihrer Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit ihre Interessen im Gegensatz zu anderen Akteuren, wie den Patientengruppen, besser artikulieren können. So werden i.d.R. die Interessen von professionellen Berufsgruppen erfolgreich vertreten, wie dies die Interessenverbände von Ärzten und Pharmazeuten in der Bundesrepublik Deutschland zeigen. Die deutschen Ärzte verfügen über politischen Einfluß und können damit ihre eigenen Interessen durchsetzen. In Deutschland ist die Kassenseite den Kassenärzten gegenüber unterlegen hinsichtlich der politischen Durchsetzungsfähigkeit. Der Staat versuchte vor diesem Hintergrund in den 70er Jahren, in die Machtverhältnisse zwischen den Kassen und den Kassenärzten einzugreifen, indem er das Repräsentationsmonopol der Kassen durch die Verlagerung der Verhandlungskompetenz von der lokalen auf die Landesebene gesetzlich vorschrieb (vgl. Lütz 1995: 187). Absicht der deutschen Regierung damals war, die asymmetrische strukturierte Verhandlungssituation der Kassenseite zu kompensieren. Die politischen Reformen haben jedoch nicht die gewünschte Wirkung aufgezeigt.

In den Niederlanden hingegen verfügen die Hausärzte über eigenständige, vertretungs- und konfliktfähige, professionelle Vereinigungen sowohl auf regionaler Ebene (die DHVs) als auch auf nationaler Ebene (LHV). Die hausärztlichen Vereinigungen in den Niederlanden entwickelten sich im Laufe der Zeit zu konkurrierenden Akteuren der

Spezialisten und Krankenhäuser. Dagegen wurde die Position und damit die politische Macht der taiwanesischen Primärärzte im Zuge der Spezialisierung bzw. Ausdifferenzierung der Fachrichtungen erheblich abgeschwächt. Sie verfügen den anderen Fachrichtungen vor allem den Medizinzentren gegenüber, über keine Durchsetzungsfähigkeit. Sie bleiben seit langem in einer unterlegenen Position. Vor diesem Hintergrund erscheint es geboten, zuallererst die Position der Primärärzte gegenüber den anderen Fachrichtungen und Leistungserbringern zu stärken bzw. aufzuwerten, so daß ein gleichgewichtig Machtverhältnis zwischen den Ärztegruppen herausgebildet werden kann.

b). Rücksichtnahme auf die ärztliche professionelle Autonomie und die professionelle Selbstregulierung

In modernen, funktional ausdifferenzierten Gesellschaften bilden sich nicht nur selbständige Funktionssyteme heraus, sondern zugleich Subsysteme innerhalb eines Teilsystems, die ihrerseits mit einer Eigenlogik ausgestattet sind und sich den Eingriffen von außen stark widersetzen. Eingriffe in solche Subsysteme führen sehr wahrscheinlich eine Dysfunktion des Subsystems herbei. So meint Kaufmann, die Form der institutionellen Verselbständigung sei i.d.R. mit einer Einschränkung der staatlichen Steuerungskompetenz verbunden (vgl. Kaufmann, F-X 1994: 370). Infolgedessen bildet sich in vielen Ländern immer häufiger eine Selbstorganisation bzw. -regulierung der institutionell eigenständigen Teilbereiche eines Teilsystems heraus, wie z.B. die ambulante ärztliche Versorgung eines Gesundheitssystems. Folglich erscheint es für den Staat zweckmäßig, die systemspezifische Selbststeuerungsfähigkeit zu erschließen.[405] Dieser Tatbestand gilt vor allem für die ärztliche Profession mit hohem Fachwissen. Sowohl bei der Erbringung als auch bei der Überprüfung der ärztlichen Leistungen kommt der Autonomie der Ärzten gegenüber den anderen Akteuren mehr Bedeutung zu. In der Leistungserbringung und in der Regulierung muß daher die ärztliche Autonomie ausreichend berücksichtigt werden. Der Erfolg der niederländischen und englischen hausärztlichen Gesundheitsversorgung läßt sich m.E. auf die angemessene Berücksichtigung der ärztlichen Autonomie und der Selbstregulierung, also auf die

[405] Kaufmann meint dazu: “Die wesentliche Rolle des Staates im Kontext der Wohlfahrtsproduktion besteht in der Gewährleistung sozialer Rechte und der Schaffung funktionsfähiger Strukturen der Leistungserbringung, deren Eigendynamik zur Schaffung von Selbststeuerungspotentialen nutzbar gemacht werden kann.” (Kaufmann 1994: 377) ; vgl. dazu auch Leisering 1992: 3-39.

Anwendung „professioneller Steuerung“ (Kaufmann, F.-X. 1994: 376) in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung zurückführen.

Die ärztliche Autonomie soll sich sowohl in den klinischen Tätigkeiten als auch in der organisatorischen Selbstregulierung oder -verwaltung niederschlagen. Die Ärzte gelten mit ihrem Sonderwissen als qualifizierte Begutachter ihrer eigenen Tätigkeit. Darum soll den Ärzten die Aufgabe der Qualitätsüberprüfung selbst überlassen werden. So meinen Badura, Hart und Schellschmidt et. al.: “eine integrierte ärztliche Selbstverwaltungskörperschaft, die alle Tätigkeiten ärztlicher Berufsausübung umfaßt, kann die Spaltung zwischen den Versorgungsbereichen überwinden, und damit den Ärzten helfen, ihre Aufgaben im Interesse ihrer Patienten besser zu erfüllen.” (Badura/ Hart/ Schellschmidt et al 1999: 24). Zugleich gilt es, außer bei den klinischen Tätigkeiten, den Ärzten eine mögliche Autonomie in der Verteilung der Budgets auf die einzelnen Ärzte, zu gewährleisten (vgl. Kornai 1998: 21 ff.). Mit der Verteilung der Budgets an die Ärzte soll ihnen eine finanzielle Verantwortung übertragen und damit ihr Kostenbewußtsein erhöht werden. Erst mit der Garantie dieser beiden Rahmenbedingungen kann die ärztliche Versorgung ihre maximale Effektivität erzielen.

Ferner soll die Autonomie der Ärzte hinsichtlich der Preisbildung für medizinische Leistungen in der Gestalt von Mitbestimmung gefördert werden. Wie in Abschnitt 6.4.3 dargestellt, sehen die taiwanesischen Ärzte die einseitig von der ZeNHI bestimmten Vergütungssätze als Eingriffe in die Autonomie der ärztlichen Profession an. Die Ärztegruppen verlangen daher eine gemeinsame Verhandlung über Vergütungssätze, die zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztegruppen stattfinden soll. D.h. die Ärzte Taiwans setzen sich für eine Selbstregulierung in bezug auf die Festlegung der Honorarhöhe ein. Aus diesen beiden Gründen muß der Staat sowohl die ärztliche professionelle Autonomie als auch die Selbstregulierung der Akteure im Feld anerkennen bzw. etablieren, so daß das Legitimationsproblem sowohl in bezug auf die Politikformulierung als auch auf die Durchführung der verabschiedeten Politik angegangen werden kann.

(2) Förderung der advokatorischen Rolle der Primärärzte

Die vorliegende Arbeit befürwortet die Förderung der Funktionen der individuellen advokatorischen Rolle der Primärärzte, die besonders zur Bekämpfung der Externalitäten im Gesundheitswesen geeignet ist, wie Abschnitt 7.2.4 zeigt. Schlesinger zufolge ist zunächst zu bedenken, wie eine balancierende Gestaltung der advokatorischen Funktion der Primärärzte als wesentliche Aufgabe der staatlich zuständigen Behörde zu realisieren ist. Zweitens gilt es zu überlegen, welche strategischen Maßnahmen zum erfolgreichen Bewirken solcher advokatorischer Funktionen zu ergreifen sind.[406]

Die erfolgreiche Erfüllung dieser individuellen advokatorischen Rolle setzt nach Mechanic und Schlesinger ein persönliches Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten voraus (vgl. Mechanic/ Schlesinger 1996: 1693 f.). Sie äußern,

„Interpersonal trust is a prerequisite for many aspects of effective care, including patient's willingness to reveal potential stigmatizing information about health-related behaviors (e., sexual practices and substance use), their description of personal feelings and thoughts that are necessary to differentiate mental from physical disorders, …, … The most fundamental „caring“ aspects of medicine depend on the sort of personal bonding that is only possible with those one trusts.“ (Mechanic/ Schlesinger 1996: 1694).

Wie in Abschnitt 8.1.3.1 aufgeführt, ist die niederländische und englische hausärztliche Versorgung besonders durch zwei Merkmale gekennzeichnet: Übernahme der Gatekeeper-Rolle durch die Hausärzte, und Existenz einer persönlichen und kontinuierlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient. Darüber hinaus besteht zwischen Arzt und Patient ein Vertrauensverhältnis; der Arzt als Advokat vertritt die Interessen seiner Patienten gegenüber den anderen Leistungsanbietern. Daraus wird deutlich, daß sich in den beiden Ländern eine advokatorische Beziehung zwischen Arzt und Patient herausbildete. Das Arzt-Patient-Verhältnis in Taiwan erscheint eher von Mißtrauen geprägt, wie in Abschnitt 8.1.1 (1), c). dargestellt.[407] Der Arzt behandelt den Patienten primär aus organischer Sicht. Die Ärzte sind den Patienten i.d.R. überlegen.

---

406 Schlesinger hat in seinem Aufsatz “Countervailing Agency: A Strategy of Principled Regulation under Managed Competition” weitgehend einige Maßnahmen zur Förderung dieser advokatorischen Funktionen der intermediären Versorgungsorganisationen und der Leistungsanbieter dargestellt. Genauer dazu siehe Schlesingers Aufsatz vom 1997, S. 57-66.

407 Siehe dazu auch Abschnitt 6.4.4.

Von einer persönlichen und kontinuierlichen Beziehung zwischen Arzt und Patienten ist in Taiwan kaum zu reden. Von daher scheint es angebracht, durch Maßnahmen die Beziehung zwischen Arzt und Patient so zu transformieren, daß der Arzt als Advokat die Interessen seiner Patienten angemessen vertritt. Den einzelnen Interventionsinstrumenten zur Förderung der advokatorischen Rolle der Ärzte wird in Abschnitt 8.3 ausführlich nachgegangen.

(3) Bekämpfung der Überinanspruchnahme der Leistungen in den Medizinzentren und den Krankenhäusern

Die seit Juni 2000 eingetretene Finanzierungskrise der taiwanesischen NHI resultierte im wesentlichen aus der Überinanspruchnahme ambulanter Leistungen in den Krankenhäusern und Medizinzentren, die einerseits von Ärzten induziert und andererseits durch das Konsultationsverhalten der Patienten herbeigeführt wurde, wie in Abschnitt 8.1.1, (1) bereits erläutert. Von daher scheint es zielgerichtet, durch staatliche Eingriffe, seien es rechtliche, seien es ökonomische oder seien es ökologische Interventionen, die unerwünschte Überinanspruchnahme in solchen Einrichtungen zu bekämpfen.

(4) Regionalisierung bzw. Dezentralisierung der Leistungserbringung - durch die Institutionalisierung der intermediären Instanzen

Regionalisierung und Dezentralisierung der Versorgung, die die gleiche Zugangschance zu medizinischen Ressourcen für alle Bürger Taiwans gewährleisten sollten, waren ursprüngliches Ziel des <u>PSMN</u> während der 80er Jahre und der ersten Hälfte der 90er Jahre. Dieses Ziel wurde aber wegen der Vergrößerung der Krankenhäuser und vor allem der Medizinzentren und der damit einhergegangenen Konzentration medizinischer Ressourcen nicht erreicht. Gemäß dem <u>PSMN</u> sollte als weiteres Ziel eine dem regionalen Bedarf entsprechende Versorgung mit medizinischen Ressourcen in Taiwan verwirklicht werden. Diese beiden Ziele wurden wegen der Konzentration der Leistungseinrichtungen nicht realisiert. Aus diesem Grund sieht die vorliegende Arbeit vor, als Gegenstrategie zur Bekämpfung der Konzentration der Leistungserbringung, intermediäre Instanzen zur Dezentralisierung und Regionalisierung medizinischer Ressourcen und zugleich der Leistungsversorgung auf regionaler Ebene zu etablieren.

Solche intermediären Instanzen sollen nicht nur den regionalen Bedarf an medizinischen und gesundheitlichen Ressourcen evaluieren, sondern sie sollen auch zur Befriedigung dieses Bedarfes beitragen. Schließlich dient der Einsatz intermediärer Instanzen als Regulierungsinstanz auf der Mesoebene und bedeutet eine Entlastung des Staates im Hinblick auf die Steuerungsleistung.

(5) Aufrechterhaltung öffentlicher Finanzierung und Etablierung des regulierten Wettbewerbs

Um die solidarische Finanzierung für alle Bürger zu gewährleisten, ist die bestehende öffentliche Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung, die sich wegen der Einführung der NHI vollzogen hat, weiter aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus ist der regulierte Wettbewerb, der auf Wirtschaftlichkeit und Effizienz hinausläuft, auf mehreren Märkten einzuführen. Im taiwanesischen Gesundheitswesen befindet sich bis heute nur ein Markt auf der Seite der Anbieter, die um die Patienten konkurrieren. Auf der Versicherungsseite ist nur ein monopoler Versicherungsträger, die ZeNHI, vorhanden. In Zukunft ist m.E. nach ein weiterer Markt auf der Versicherungsseite, auf desen Begründung erst in Abschnitt 8.5.1 näher eingegangen wird. einzurichten, so daß die Wirtschaftlichkeit und Effizienz auf der Versicherungsseite gefördert werden kann.

8.2 Ansatzpunkte und Steuerungsinstrumente zur Aufwertung der Position der Primärärzte - *rechtliche Intervention*

In Taiwan befinden sich im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung eine Vielzahl von Akteuren, die in eigenen Interessenverbänden organisiert sind. Die einzelnen Akteure verfügen über verschiedene Ressourcen und weisen von daher eine ungleiche Machtverteilung auf. Die staatliche Entmachtung wesentlicher Akteure, wie der Ärzteschaft und der Versicherten, fand im Zuge der Zentralisierung der Verwaltung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung statt. Das staatliche Entscheidungsmonopol vor den 90er Jahren führte einerseits zur Einschränkung der Autonomie der Ärztegruppen, vor allem niedergelassener Ärzte und der Bürger. Als Folge war der Staat durch die Übernahme sowohl der Verwaltungsaufgaben als auch der Erstellung sozialer

Dienstleistungen überlastet. Andererseits gewannen die Medizinzentren und größeren Krankenhäuser in Taiwan seit Mitte der 80er Jahre zunehmenden Einfluß auf gesundheitspolitische Entscheidungen.[408] In diesem Zeitraum nahm die Versorgung der niedergelassenen Ärzte einschließlich der Hausärzte stark ab und ihre politische Einflußnahme wurde weiter abgeschwächt. Der Verband der Hausärzte strebte zwar seit langem eine Gleichstellung der Position der Hausärzte gegenüber anderen Fachrichtungen an, aufgrund seiner geringen Durchsetzungsfähigkeit konnte bisher jedoch kein Erfolg erzielt werden. Nach wie vor dominieren in der taiwanesisch medizinischen Versorgung die Medizinzentren und die Krankenhäuser mit ihren Spezialisten.

Diese beiden Umstände deuten offensichtlich darauf hin, daß es Aufgabe des taiwanesischen Staates ist, zunächst mittels rechtlicher Intervention in die bestehenden Machtverhältnisse zwischen den beteiligten Akteuren einzugreifen und die Autonomie der Ärztegruppen wieder herzustellen. Die Vernachlässigung der professionellen Autonomie und die ungleichgewichtige Machtverteilung zwischen stationären Leistungsanbietern und niedergelassenen Ärzten ziehen in Taiwan Legitimationsprobleme sowohl politischer als auch professioneller Art mit sich, die zur Implementationsblockade der Gesundheitsreformen führte. Zum anderen scheint es von Staatsseite aus erforderlich, sich durch die Übertragung von Aufgabenbereichen an die beteiligten Akteuren zu entlasten. Als mögliche Lösungsstrategie schlägt die vorliegende

Arbeit eine körperschaftliche Lösung vor, mit anderen Worten eine Institutionalisierung der Selbststeuerung durch die Korporatisierung des Gesundheitswesens, in der die korporatistische Interessenvermittlung einzubetten ist (vgl. Döhler/Manow 1995: 147 f.).[409] Diese körperschaftliche Lösung impliziert, daß einerseits eine Relativierung der Steuerungsbefugnisse des Staates, die sich aus den Kapazitätsgrenzen des Staates begründen läßt (vgl. Kaufmann 1988: 79), stattfinden wird, und daß andererseits die Position der Primärärzte aufgewertet wird.

---

408 Siehe dazu Abschnitt 5.4.2 und 5.4.3.

409 Seit den 50er Jahren fand in der Bundesrepublik Deutschland die Korporatisierung des Gesundheitswesens statt. Dies vollzog sich vor allem in der Korporatisierung von Entscheidungsfindung der Gesundheitspolitik, indem die beteiligten Akteure dieses Feldes in die Entscheidungsprozesse hineingezogen wurden (vgl. Döhler/Manow 1995: 140-168).

Die Gründe zur Stärkung der Position der Primärärzte in Taiwan sind mannigfaltig. Auf der nationalen institutionellen Ebene ist ein Konfliktausgleich zwischen den Primärärzten und den Krankenhäusern sowie den anderen Fachärzten zu erzielen; d.h. mit der Korporatisierung des Gesundheitswesens durch die Aktivierung der Durchsetzungspotentiale der Primärärzte ist das Ziel einer politischen Gerechtigkeit, wie in Abschnitt 2.1.5 angesprochen, anzustreben, damit die beteiligten Akteure gleiche Teilhabechancen an der Politikentscheidung haben.

Des weiteren kann die gesellschaftliche Selbststeuerung im Gesundheitswesen Taiwans dadurch hergestellt werden, daß den primärärztlichen Organisationen sowohl Vertretungsmonopol als auch eine Selbstverwaltungskompetenz über staatlich gesetzliche Zuweisung eingeräumt wird. Die Intensivierung der Organisiertheit der Primärärzte sollte die Interessenvertretung und Selbstverwaltung begünstigen und damit die Handlungs- und Konfliktfähigkeit der Primärärzte fördern (vgl. Scharpf 1987: 116). Außerdem besitzt die Intensivierung der Organisiertheit der Primärärzte einen weiteren Vorteil, daß das Verhalten der Primärärzte durch die Überwachung innerhalb der Primärärztegruppen selbst reguliert werden kann. Somit verstärkt sich zugleich auch die Kapazität der Selbststeuerung des taiwanesischen Gesundheitswesens (vgl. Mayntz 1997: 200). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die Selbstorganisationsfähigkeit der Primärärzte und deren Fähigkeit zur lateralen Abstimmung mit anderen Akteuren gegebenenfalls die politische Steuerbarkeit erhöhen kann. Angesichts dessen ist Selbstorganisation und Autonomie der Organisationen notwendig (vgl. Mayntz 1997: 200 f.; Kaufmann 1991: 220).

Auf diesem Hintergrund bieten sich m. E. drei institutionelle Konfigurationen für Taiwan an, die als grundlegende Bedingungen für die Aufwertung der primärärztlichen Position und somit für die Stärkung ihrer Konfliktfähigkeit zu fördern sind.

a. Institutionalisierung verbandlicher Selbstregulierungsfähigkeit und Enthierarchisierung der Gesellschaft (Abschnitt 8.2.1).
b. Ermöglichung gleichgewichtiger Machtverhältnisse unter den Akteuren, anders formuliert, Ermöglichung der Vertretungs- und Verhandlungskompetenz der Primärärztegruppen (Abschnitt 8.2.2).
c. Anerkennung der professionellen Autonomie (Abschnitt 8.3.4).

8.2.1 Förderung der Institutionalisierung der primärärztlichen selbststeuernden Verbände

(1) Etablierung der distrikten primärärztlichen Vereinigungen

Aus dem Vergleich mit den Niederlanden und England ergibt sich für Taiwan die Notwendigkeit, eigenständige ärztliche Vereinigungen für die Primärärzte zu etablieren, die die Aufgaben sowohl der Interessenvertretung als auch der professionellen Selbstregulierung der Primärärzte übernehmen können. Als erster Schritt zur Erreichung dieses Ziels können durch rechtliche Eingriffe 25 selbständige distrikte primärärztliche Vereinigungen (künftig DPÄV) von den bestehenden 23 distrikten Ärztekammern der Kreise und den zwei Stadtstaaten (Taipei und Gaoxiong) ausgegliedert werden (siehe Abbildung 6-1), wie die DHVs in den Niederlanden. Die DPÄV sollten den Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft besitzen. Es sollte darüber hinaus eine Zwangsmitgliedschaft in der DPÄV für alle Primärärzte gelten (wie die Vorschriften des <u>GüAR</u> über die Einrichtung der Ärztkammern vorsehen), so daß die DPÄV eine Monopolstellung in bezug auf die Interessenvertretung der Primärärzte erhält. Gleichwohl unterstehen diese DPÄV der staatlich rechtlichen Aufsicht. Des weiteren sollten sie zugewiesene staatliche Aufgaben wahrnehmen. Den DPÄV sollten Kontrollbefugnisse obliegen, die sie dazu berechtigen, die Berufsordnungen und Berufspflichten zu normieren (vgl. Hörnemann 1996: 143). So können die DPÄV die Selbstregulierungsfunktion auf der intermediären interorganisatorischen Ebene wahrnehmen. Die DPÄV als unterste Disziplinierungsinstanz sollten gemäß dem ärztlichen Standesrecht den Mitgliedern gegenüber verbindliche Sanktions- und Kontrollmaßnahmen ergreifen.

Diese 25 DPÄV einschließlich der zwei Stadtstaaten, Taipei und Gaoxiong, sollten einerseits die Interessen der Primärärzte in ihren eigenen Bezirken vertreten und andererseits eine Aufsichts- und Überwachungsfunktion über das ärztliche Verhalten ausüben. Hinsichtlich des professionellen Standesrechts überwachen bzw. kontrollieren die DPÄV nach meinem Vorschlag die zu etablierenden lokalen primärärztlichen Qualitätszirkel (LPÄQZs) und fördern somit die professionelle Weiterbildung und die Verantwortlichkeit der Ärzte, so wie in der Bundesrepublik Deutschland die

Qualitätszirkel den Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen[410]. Die Etablierung der Qualitätszirkel für Primärärzte wird in Abschnitt 8.3.4 behandelt.

(2) Verselbständigung der allgemeinen primärärztlichen Vereinigung als Dachverband der Primärärzte

Da eine Zentralisierung des Verbandwesens ebenfalls zur Stärkung der Position der Primärärzte beitragen würde, wie die Etablierung des zentralisierten ärztlichen Verbandwesens in der Bundesrepublik Deutschland zeigt (vgl. Döhler/Manow 1995: 162), wäre es zweckmäßig, auf der nationalen Ebene eine selbständige allgemeine primärärztliche Vereinigung (künftig APÄV) parallel zur bestehenden Allgemeinen Ärztekammer, in der alle Ärzte Mitglieder sein können, per Gesetz einzurichten. Hier sollte für alle Primärärzte eine Zwangsmitgliedschaft in der APÄV bestehen. Die APÄV sollte auch eine öffentlich-rechtliche Körperschaft und zugleich die oberste Selbstregulierungsinstanz der Primärärzte sein. Weiterhin sollte die APÄV als landesweiter Interessenvertreter der Primärärzte fungieren und gesetzlich übertragene Aufgaben übernehmen. Somit wäre sie für die Sicherstellung und Gewährleistung der primärärztlichen Versorgung zuständig. Sie sollte in Zukunft die Selbstverwaltung der Primärärzte wahrnehmen. Nach meinem Vorschlag kann die APÄV dann nach außen als einziger konfliktkompetenter Vertreter der Primärärzte auftreten und Verhandlungen über Vergütungssätze und Arbeitsbedingungen mit den Versicherungen durchführen. Demnach würde sie auf nationaler Ebene verbindliche Arbeits- und Vertragsbedingungen für die Primärärzte und Tarifverträge mit den Verhandlungspartnern abschließen. Die Verhandlungspartner der APÄV in Taiwan sollten in Zukunft die Spitzenverbände der Intermediären Versorgungsorganisationen (IVOs)[411] in den verschiedenen Verhandlungsgremien und den Fonds für die NHI sein. Nun stellt sich die Frage, wie sich solche Verhandlungsgremien einrichten lassen. Auf diese Frage wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

---

[410] Siehe dazu Gerlach/ Bahrs 1994: 18 ff.; http://www.kvberlin.de/homepage/aufgabind/qualitinx/qualzirkel.html, 21.06.2000.

[411] Der Begriff „IVOs" wurde in Abschnitt 7.2. bereits definiert und wird in Abschnitt 8.5.1 beleuchtet.

8.2.2 Ermöglichung der Vertretungs- und Verhandlungskompetenz von primärärztlichen Gruppierungen

8.2.2.1 Gründe für die Einbindung der primärärztlichen Verbände in die korporatistische Entscheidungsinstanz im Rahmen der NHI

(1) Selbstdeckungsprinzip der Kosten und Legitimationsfrage der Gesundheitspolitik im Rahmen der NHI

Wie in Abschnitt 5.2.1.3 bereits erwähnt, unterliegt die NHI dem Selbstkostendeckungsprinzip. Die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung sollten demnach durch Versicherungsbeiträge abgedeckt werden. Die gegenwärtige Gestaltung der NHI, die die Finanzträger und die Finanzverwaltung voneinander trennt, führte bereits zum Problem bei der Zuweisung der Verantwortlichkeit. Die ZeNHI als zentrale Verwaltungsinstanz, die der ZfG untergeordnet ist, trägt praktisch keine Verantwortung bei finanziellen Defiziten. Vielmehr müssen die Beitragszahler, die kein Verfügungsrecht über die Anwendung der Versicherungsbeiträge haben, die Defizite nach dem Selbstdeckungsprinzip decken. Dabei liegt ein gravierendes Problem in der Verantwortungszurechnung im Bereich der NHI vor. Die Beitragszahler sollten eigentlich die Träger der Finanzverwaltung der NHI sein, da sie die finanzielle Verantwortung tragen. Die Überwachung der Finanzen sollte in Zukunft deshalb den Beitragszahlern als Selbstverwaltern übertragen werden. Dies würde zum einen dem Selbstdeckungsprinzip als ordnungspolitischem Postulat gerecht werden und zum anderen das finanzielle Bewußtsein der Kostenträger fördern.

(2) Verhandlungsmäßige Komponente in der VKfG in Rahmen der NHI

Als Methode zur Preisbildung bei medizinischen Leistungen werden seit jeher informelle Verhandlungen zwischen den staatlichen Akteuren und den Vertretern der Ärzte eingesetzt. Die staatlichen Akteure vertraten in den Verhandlungsgremien gewöhnlich zugleich die Interessen der Versicherten.[412] Später wurde diese in informeller Weise praktizierte, verhandlungsförmige Entscheidungsfindung durch die Vorschrift des GüNHI institutionalisiert. Wie in Abschnitt 5.4.3 analysiert, befinden sich verhandlungsförmige

[412] Siehe dazu Abschnitt 5.4.3.

Komponenten im taiwanesischen Gesundheitswesen sowohl auf der formellen als auch auf der informellen institutionellen Ebene. Auf der institutionellen Ebene ist die VKfG gemäß dem GüNHI eingerichtet. Diese Verhandlungskommission ist für die Bestimmung der Vergütungssätze zuständig, die gesetzlich vorgeschrieben durch Verhandlung zwischen Ärzten und staatlichen Akteuren innerhalb der Verhandlungskommission festgelegt werden sollen. Beitragszahler, Arbeitgeber und Versicherte üben Einfluß auf die Festsetzung der Vergütungssätze und ihre Verteilung aus, indem sie mit Vertretern an dieser Verhandlungskommission beteiligt sind.

(3) Verselbständigung und ausschließliche Repräsentation der Beitragszahler im Vorstand des Fonds für die NHI

Wie in Abschnitt 5.4.3 dargestellt, wird mit der zukünftigen Umstrukturierung der ZeNHI eine Verselbständigung der Beitragszahler bewirkt werden, indem die Vertreter der Leistungserbringer aus dem Vorstand des Fonds für die NHI ausgeschlossen werden.

Bei früheren Verhandlungen über Vergütungssätze in bezug auf ambulante Leistungen nahmen die Ärzte zwar teil, die letztendlichen Entscheidungen wurden aber in erheblichem Maße von staatlichen Akteuren beeinflußt. D.h. es herrscht im taiwanesischen Gesundheitswesen ein von der Regierung geleitetes Verhandlungssystem.[413]

Bei dem künftigen Fonds für die NHI als einziger selbständiger Finanzträger sollte eine weitgehende Ausweitung der korporatistischen Elemente in die Entscheidungsstruktur mit eingegliedert werden, indem sich neben den staatlichen Akteuren mehrere selbständige Vertreter an dem Entscheidungsausschuß beteiligen dürfen. Es mag angezweifel werden, ob die Autonomie der Betragszahler in bezug auf die Selbststeuerung der Finanzbeiträge beeinträchtigt wird, denn die staatlichen Vertreter besitzen die Mehrheit im Entscheidungsausschuß und können somit ihre Entscheidungsdominanz aufrechterhalten. Als Folge davon könnte die korporatistische Einflußnahme auf die Entscheidungen weiter untergraben werden.

(4) Hierarchische Steuerungsmöglichkeit des Staates?

[413] Ähnlich wie, in Scharpfs Worten, die „hierarchische eingebettete“ Verhandlung. Siehe dazu Scharpf 1993: 70 f..

Die verfassungsrechtliche Gestaltung des Staates und der Verwaltung in Taiwan bietet dem Staat die Kompetenz zur hierarchischen Intervention durch die Schaffung von Rahmenbedingungen. D.h., die bisherige hierarchische Steuerung und Verwaltung stellt eine institutionelle Möglichkeit für eine intensive staatliche Intervention dar. Die NHI ist als ein nicht erfolgreicher hierarchischer Zugriff des Staats zu betrachten, da keine wirksame Implementierung dieser Reform stattgefunden hat. Das Überweisungssystem ist offenkündig am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert. Daher scheint die Steuerungsfähigkeit des Staates gegenüber den beteiligten Akteuren begrenzt zu sein, wie sich auch an dem im Juni 2000 entstandenen Finanzdefizit deutlich erkennen ließ.

Die taiwanesische Regierung, die zuständige ZfG und das Parlament sind nicht in der Lage, eine zielgerichtete und wirksame Durchführung politischer Maßnahmen zu ermöglichen. Die Unfähigkeit des Staates gegenüber der Implementation stellt m. E. eine Relativierung der Zugriffsmöglichkeit des Staates hinsichtlich der Rechtssetzung von Rahmenbedingungen auf der Makroebene dar. Trotz allen dem gilt meiner Ansicht nach die Gesetzgebungskompetenz der Regierung und des Parlaments nach wie vor als eine einzusetzende Ressource zur Durchsetzung bzw. Etablierung korporatistischer verhandlungsförmiger Entscheidungsfindung im taiwanesischen Gesundheitswesen. Der Staat sollte seine Kompetenz auf die globale Bestimmung der Rahmenbedingungen einschränken und unmittelbare Interventionen in die professionelle Arbeitsgestaltung und die Therapiefreiheit, die gewöhnlich von den Ärzten als freies Berufsrecht betrachtet wird, unterlassen. Entsprechend wäre es eher zweckmäßig, den beteiligten Akteuren, insbesondere den Primärärzteverbänden bzw. der von mir vorgeschlagenen APÄV, die Befugnis zur Selbstregulierung bzw. Disziplinierung einzuräumen.

Die hinreichende Voraussetzung zur Etablierung und Stabilisierung einer erfolgreichen verhandlungsförmigen Entscheidungsfindung ist m. E. ein gleichgewichtiges Machtverhältnis zwischen den Verhandlungspartnern. Alber hat diesbezüglich formuliert: „Die entscheidende Frage für die Leistungsfähigkeit des Verhandlungssystems als Steuerungsmechanismus ist dann, inwiefern zwischen den Verhandlungspartnern ein Gleichgewicht herrscht, das Problemlösung in einseitigen Interesse einer Verhandlungspartei ausschließt.“ (Alber 1992: 112). Zur Umwandlung der Verhandlungskommission für die NHI in das Verhandlungsgremium sind Eingriffe des

Staates sowohl auf der Mesoebene als auch auf der Makroebene erforderlich. Im folgenden Abschnitt werden Vorschläge zur Ermöglichung einer korporatistischen Verhandlungsweise in Taiwan unterbreitet.

8.2.2.2 Einbindung des Primäraztberufes in die korporatistischen Verhandlungsgremien

Wie im Abschnitt 8.2.1 dargelegt, ist in Taiwan zuerst die Verselbständigung der Primärärzteorganisation als verbandlich verfaßte Kollektive auf der intermediären Mesoebene anzustreben, also die Etablierung der DPÄV. Anschließend ist m. E. eine allgemeine Vertretungsbefugnis der APÄV als zentralisierter Spitzenverband auf der Makroebene einzuräumen. Der APÄV sollte durch gesetzliche Pflichtmitgliedschaft ein Repräsentationsmonopol zugewiesen werden. Damit würde sich ein Konzentrationsprozeß der primärärztlichen Gruppen vollziehen. Da, wie bereits erwähnt, die Interessen der Primärärzte bei der Politikentscheidung genügend zu berücksichtigen sind, gilt es als unabdingbar, die Vertreter der APÄV in die VKfG mittels rechtlicher Normierung miteinzubeziehen. Ziel der Einbindung der APÄV in die VKfG ist erstens, die Machtposition der Primärärzte anderen Ärzteschaften gegenüber und somit ihre Vertretungsmöglichkeit zu stärken. Zweitens sollte die APÄV bei der Verhandlungskommission die Interessen der Primärärzte artikulieren und vertreten. Drittens ist anzustreben, daß verbindliche und durchsetzbare Entscheidungen für alle Mitglieder der APÄV vereinbart werden, d.h. die Einbindung der APÄV in die Entscheidungsprozesse sollte die Legitimation der Gesundheitspolitik erhöhen.

Es gilt zugleich m. E. als zweckmäßig, die einzurichtenden korporatistischen Verhandlungssysteme im Rahmen der NHI an das bestehende Verhandlungssystem der NHI durch Rechtsmittel anzuknüpfen. Zu diesem Zweck wird vorgeschlagen, zwei korporatistische Verhandlungsgremien innerhalb der gegenwärtigen VKfG einzurichten. Das eine ist für die Bestimmung des Gesundheitsbudgets zuständig (Budgetgremium). Das andere sollte verpflichtet werden, Vergütungssätzen, Punktwerte sowie Arbeits- und Vertragsbedingungen für die primärärztlichen Leistungen im besonderen und für die anderen Berufsgruppen im allgemeinen festzusetzen (Vergütungsgremium). Bei solchen korporatistischen Verhandlungsgremien sollte der Staat im wesentlichen Aufsichts- und

Kontrollaufgaben ausüben. Demnach würde er erst dann in die Verhandlungen eingreifen, wenn die Sozialpartner keine vereinbarten Kompromisse erzielen würden.

(1) Einrichtung des Budgetgremiums

Das erste, rechtlich einzurichtende Verhandlungsgremium innerhalb der VKfG würde das Budgetgremium darstellen. Im Budgetgremium, das für die Aufstellung von Richtlinien in bezug auf Richtgrößen von Vergütungssätzen und Punktwerten und die Bestimmung des Gesamtbudgets sowie der einzelnen Budgets für bereichsspezifische Leistungen zuständig sein sollte, sollten die Vertreter der Primärärzte, der anderen Gebietsärzte, der Zahnärzte und anderer Berufsgruppen, des Fonds für die NHI (als Vertreter der Versicherten) und die Delegierten des Staates beteiligt sein. Sie sollten über jährliche Budgets für einzelne bereichsspezifische Leistungen verhandeln: wie zahnärztliche, chinesisch-medizinische und ambulant ärztliche, spezialisierte und krankenhäuslich-stationäre Leistungen. Diesem Budgetgremium sollte zugleich die Aufgabe zufallen, Richtlinien zur Festsetzung der Vergütungssätze aufzustellen. Um die staatliche Aufsicht bzw. Kontrolle über die Entscheidungsverfahren und -ergebnisse zu gewährleisten, wäre es notwendig, die durch das Budgetgremium vereinbarten Richtlinien einer staatlichen Genehmigungspflicht zu unterziehen, wie der COTG in den Niederlanden, die eine ähnliche Funktion erfüllt.[414]

(2) Institutionalisierung des Vergütungsgremiums

Ferner ist ein selbständiges Vergütungsgremium einzurichten, dem die Vertreter der Versicherungsträger (wie der IVOs[415]) und der Leistungsanbieter als Verhandlungspartner beitreten müßten. Unterhalb der Budgets für bereichsspezifische Leistungen sollten die Verhandlungspartner innerhalb des Vergütungsgremiums, also die Vertreter der IVOs und die APÄV, unter Einhaltung der vom Budgetgremium bestimmten Richtlinien über die Vergütungssätze bzw. die relativen Preise der einzelnen Leistungen und über die Vertrags- und Arbeitsbedingungen der Primärärzte verhandeln. Die vereinbarten Vergütungssätze sollten außerdem noch die Genehmigung des Budgetgremiums der VKfG erhalten, ehe sie allgemein verbindlich gültig werden. Die dann von den IVOs und der APÄV ausgehandelten Verträge über Vergütungssätze und Punktwerte sollten als Obergrenze

---

414 Siehe dazu Abschnitt 4.2.2, (2).
415 Über die Bedeutung des Begriffs IVOs siehe Abschnitt 7.2.4 und 8.5.1.

eingehalten werden, die die auf der Kreisebene zwischen Primärärzten und IVOs ausgehandelten Vergütungssätze nicht überschreiten dürften.

Durch die Institutionalisierung dieses Vergütungsgremiums könnte in bezug auf die Preisbildung und die Leistungsversorgung - durch die Bestimmung der Arbeits- und Vertragsbedingungen - für die primärärztliche Versorgung eine gemeinsame Selbstregulierung zwischen den Leistungsanbietern (APÄV) und den Versicherungen (IVOs) auf der nationalen Ebene ermöglicht werden.

Des weiteren könnte die Institutionalisierung der lokalen primärärztlichen Qualitätszirkel zur Aufwertung primärärztlicher Autonomie und damit ihrer Position anderen Leistungsanbietern gegenüber, vor allem den Krankenhäusern beitragen. Dieser Punkt wird erst in Abschnitt 8.3.4 näher thematisiert.

8.3 Förderung der advokatorischen Rolle der Primärärzte

Wie in Abschnitt 2.2.3 bereits dargestellt, gilt eine vertrauensvolle bzw. advokatorische Beziehung zwischen Arzt und Patient als wesentliche Bedingung zur Ermöglichung bedarfsgerechter und wirksamer ärztlicher Versorgung. Für die taiwanesische primärärztliche Versorgung werden im folgenden vier Instrumente zur Förderung einer derartigen advokatorischen Rolle für die Primärärzte, sei es rechtlicher, ökonomischer, pädagogischer Art, vorgeschlagen: Einschränkung der freien Arztwahl (8.3.1), kombinierte Vergütungsweise (8.3.2), Förderung ethischer Handlungskompetenz der Ärzte (8.3.3), die Etablierung der Qualitätszirkel für Primärärzte (Abschnitt 8.3.4) und schließlich die Stärkung der Patientenrechte (Abschnitt 8.3.5). Es ist zu beachten, daß die Einschränkung der freien Arztwahl einschließlich der Überweisungsregelung und der Einsatzes einer pauschalen Honorierung die geläufigen Begleitmaßnahmen in einem „Managed Care" Arrangement sind[416]. Im folgenden wird anhand der vier Maßnahmen präzisiert, welche institutionellen Barrieren zur Etablierung dieser Verhältnisse vorhanden sind und

[416] Siehe dazu Butzlaff/ Kurz/ Käufer 1998: 279 ff..

wie die advokatorische Rolle der Ärzte zu fördern ist, was zur Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses beitragen könnte.

8.3.1 Einschränkung der freien Arztwahl – *rechtliche Intervention*

(1) Einschränkung der Arztwahl durch Einführung einer Registrierungspflicht der Patienten

Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten erscheint durch Mißtrauen beeinträchtigt und gewährleistet keine kontinuierliche Betreuung in der medizinischen Versorgung , wie in Abschnitt 6.4.1 (2) und 6.4.4 präzisiert. Die Freiheit der Patienten, die Ärzte ohne gesetzliche Einschränkung zu wechseln und zu wählen, führt zu einer weiteren Verschlechterung der Arzt-Patient-Beziehung. Darum ist es zweckmäßig, die freie Arztwahl der taiwanesischen Versicherten bzw. Patienten einzuschränken. Nach dem niederländischen und englischen Modell darf der Patient nur alle 6 Monate den Arzt wechseln. In Taiwan könnte die Regierung zuerst probeweise eine eingeschränkte Arztwahl einführen, indem sie die Versicherten gesetzlich verpflichtet, sich bei bestimmten Primärärzten einzuschreiben. Die Versicherten sollten dann zuerst immer die Primärärzte aufsuchen (Überweisungssystem), und falls es notwendig ist, weitere ärztliche Behandlungen in Anspruch nehmen.

Die Plausibilität und Unentbehrlichkeit einer Einschränkung der freien Arztwahl als Reformvorschlag läßt sich insbesondere aus zwei institutionellen Bedingungen herleiten. Zum einen besteht unter den Arztgruppen und den Politikern ein Konsens über die Einführung von „Managed Care", wie den HMOs. Ein wesentliches Merkmal der HMOs besteht in der Einschränkung der Arztwahl. Die Etablierung einer „Managed Care", beinhaltet also automatisch eine Einschränkung der freien Arztwahl.

Zum anderen wurde in dem Reformentwurf zum GüNHI von 1997 auch der Einsatz einer Pauschalhonorierung für ärztliche Leistungen angesprochen. Bei den meisten "Managed Care" Plänen werden häufig die Pauschalhonorierungen zusammen mit der eingeschränkten Arztwahl eingesetzt. Das Ziel ist, die Ärzte zum Einsatz präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen zu motivieren. Die Regelung der eingeschränkten

Arztwahl und die Pauschalhonorierung sind in Beziehung zu setzen. Bei einem pauschalen Honorierungssystem ist ein häufiger Wechsel der eingeschriebenen Ärzte nicht nur kostentreibend hinsichtlich der Verwaltungskosten, sondern auch zeitaufwendig. Darüber hinaus unterminiert er auch eine kontinuierliche Betreuung.

In diesem Zusammenhang sollten die taiwanesische Regierung und die zuständige Staatsbehörde durch gesetzliche Intervention in das Arztwahlverhalten der Versicherten eingreifen, damit die Versicherten bzw. die Patienten verpflichtet werden, sich für einen bestimmten Zeitraum bei einem Arzt obligatorisch einzuschreiben.

(2) Einschränkung der Arztwahl durch die Etablierung des Überweisungssystems - Primärärzte als Gatekeeper

Für die Umsetzung der Überweisungsregelung besteht zwar bereits eine gesetzliche Fixierung im GüNHI (Artikel 34 des GüNHI), das Überweisungssystem ist aber aus bestimmten Gründen gescheitert. Ein Grund ist das Konsultationsverhalten der Patienten. Wie in Abschnitt 6.4.1, (2) dargestellt, bevorzugten die Patienten trotz der Selbstbeteiligung, die höher als die beim Aufsuchen der niedergelassenen Ärzte liegt, die Ärzte in den Krankenhäusern aufzusuchen. Dies ging nach empirischem Befund wesentlich aus der Aufwertung der Position der Krankenhausärzte von den Patienten hervor. Darum ist es angebracht, durch rechtliche und pädagogische Eingriffe die objektive Aufwertung der niedergelassenen Ärzte unter den Patienten zu erhöhen. Auf gezielte Interventionsmaßnahmen wurde bereits in Abschnitt 8.2 und wird in Abschnitt 8.3.3 und 8.3.4 eingegangen.

Zum anderen resultiert das Konsultationsverhalten der Patienten gegenüber krankenhäuslichen Ärzten aus der nicht merklichen Selbstbeteiligungshöhe. Der Betrag, den die Patienten bei Inanspruchnahme eines Medizinzentrums selbst tragen müssen, beläuft sich auf 150 NT$ (umgerechnet ca. 10 DM); der für regionale Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte ist 100 bzw. 50 NT$ (umgerechnet ca. 6,7 DM und 3,35 DM). Der Unterschied der Selbstbeteiligungshöhe von 100 bzw. 50 NT$ wirkte sich auf die Präferenz der Patienten nicht merklich im Sinne der Erhöhung des Kostenbewußtseins der Patienten aus, so daß sich das Konsultationsverhalten nicht änderte. Aus den Darstellungen der vorliegenden Arbeit erscheint es sinnvoll, die Selbstbeteiligungshöhe für die

Versorgungsstufe von Krankenhäusern sowie für die Medizinzentren und für die regionalen Krankenhäuser als ökonomischen Anreiz anzuheben. Der Wissenschaftler Wu, Kai-Xun vertrat dieselbe Auffassung und schlug vor, die Selbstbeteiligungssätze für die Medizinzentren auf 300 NT$ - ungefähr 20 DM - zu erhöhen, damit die Patienten nur in Notfällen deren ambulanten Leistungen in Anspruch nehmen.[417] Die Selbstbeteiligungshöhe für die Inanspruchnahme niedergelassener Ärzte sollte nicht weiter erhöht werden; sie sollte m. E. sogar aufgrund eines weiteren ökonomischen Anreizes abgeschafft werden. Es wird weiter vorgeschlagen, durch die Entfaltung des Primärarztsystems und die Überweisungsregelung den Umfang medizinischer Leistungen einzuschränken.

8.3.2 Umsetzung einer kombinierten Vergütungsweise – *ökonomische Intervention*

Die theoretischen und empirischen Befunde zeigen deutlich, daß das System der Einzelleistungshonorierung zu einer Überversorgung durch die Indikationsausweitung der Ärzte und zur Medikalisierung führen kann. Dagegen besteht in einem Pauschalhonorierungssystem die Möglichkeit der Unterversorgung. Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit eine kombinierte Honorierung für die Primärärzte in Taiwan vorgeschlagen, so daß durch politische Steuerung sowohl die Überversorgung als auch die Unterversorgung vermieden werden können. Als Beispiel kann hier das kombinierte Honorierungssystem in den Niederlanden und England herangezogen werden, welches die Beseitigung der oben aufgeführten Probleme bewirkte.

Eine kombinierte Vergütungsweise als Gegenmaßnahme zur Über- und Unterversorgung basiert auf verschiedenen Argumenten. In einem Pauschalsystem wird die präventive Haltung und Orientierung an der Autonomie der Patienten gefördert, was zugleich eine positive Veränderung der Arzt-Patient Beziehung bewirken kann. So meint Abholz: „Die Honorierung mit einem Pauschalsystem wird eher zu einer Orientierung am medizinisch notwendigen, weg von der Medikalisierung und hin zu präventiven Orientierung sowie der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten beitragen.“ (Abholz 1995: 50). Außerdem wird eine Beteiligung von Ärzten am Versicherungsrisiko bewirkt. Des weiteren wird eine

[417] Interview mit Wu, K-X am 23. 04. 1997.

ergebnisorientierte medizinische Versorgung ermöglicht, indem der Behandlungserfolg der Ärzte mit einer steigenden Patientenzahl belohnt wird und unzureichende Gesundheitsleistungen hingegen werden durch Abwanderung von Patienten sanktioniert. Schließlich werden eine größere Kontinuität der Betreuung und ein höherer Stellenwert präventiver Maßnahmen gefördert (vgl. Prinz 2000: 235 f.). Um eine Verringerung der ärztlichen Mitarbeit zu vermeiden, ist es jedoch notwendig, den Ärzten ökonomische Anreize zu bieten. Deshalb ist eine eingeschränkte Beibehaltung der Einzelleistungshonorierung zu empfehlen.

Das kombinierte Vergütungssystem sollte m. E. folgende Gestalt annehmen:

Unmittelbar nach Einführung der NHI wurden in der Öffentlichkeit zwar Vorschläge unterbreitet, die pauschale Honorierung umzusetzen, um die von den Ärzten induzierte steigende Leistungserbringung zu bremsen; bisher wird aber nur die Einzelleistungshonorierung verwendet, ausgenommen der Fall-Pauschale für manche Krankheiten. Die Ärztegruppen sind gegen die pauschale Honorierung, da sie darin ihre Interessen gefährdet sehen. Obwohl die allgemeinen Ärzte und Hausärzte sich für die Umsetzung der Pauschalhonorierung aussprechen, können sie keinen einflussreichen Nachdruck verleihen, da andere ärztliche Professionen, die die Mehrheit bilden, dagegen stimmen.

Wie in den Niederlanden und England, sollte die taiwanesische Regierung eine degressive Pauschale einführen, die in Abhängigkeit von der Zahl der versorgten Patienten gezahlt wird. Die degressive Pauschale läßt sich in erster Linie dadurch begründen, „daß ab einer bestimmten Größenüberschreitung die Qualität der Versorgung auch abnehmen wird.“ (Abholz 1995: 49). Schließlich ist bei der Festlegung der pauschalen Vergütungssätze ein von bestimmten Kriterien, wie z.B. Alter, Geschlecht, Region, Arbeitszustand, abhängiges Vergütungssystem einzurichten. Andererseits sollten spezifische Vergütungssätze (Einzelleistung) für gezielte Leistungen wie z.B. für präventive Maßnahmen umgesetzt werden. Ähnliche Regelungen bestehen bereits im Gesetz über NHI. Der Artikel 33 schreibt vor, wie präventive Maßnahmen zu honorieren sind.

Mit der Einführung der in Abschnitt 8.3.1 und 8.3.2 aufgeführten Maßnahmen sollte die künftige primärärztliche Versorgung in Taiwan in ein „Managed Care Modell“[418] transformiert werden und folgende Prinzipien annehmen: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip, Versicherungszwang für die Versicherten, risikoabhängige kopfpauschale Auszahlung für ambulante Leistungen an die Ärzte, Übernahme der Rolle des Gatekeepers von Primärärzten, Inanspruchnahme fachärztlicher und stationärer Leistungen auf die Überweisung durch Primärärzten, selektive Kontrahierung mit den Primärärzten und schließlich Beteiligung der Ärzte am Versicherungsrisiko. Die oben ausgeführten vorzuschlagenen Maßnahmen werden in Abbildung 8-1 demonstriert.

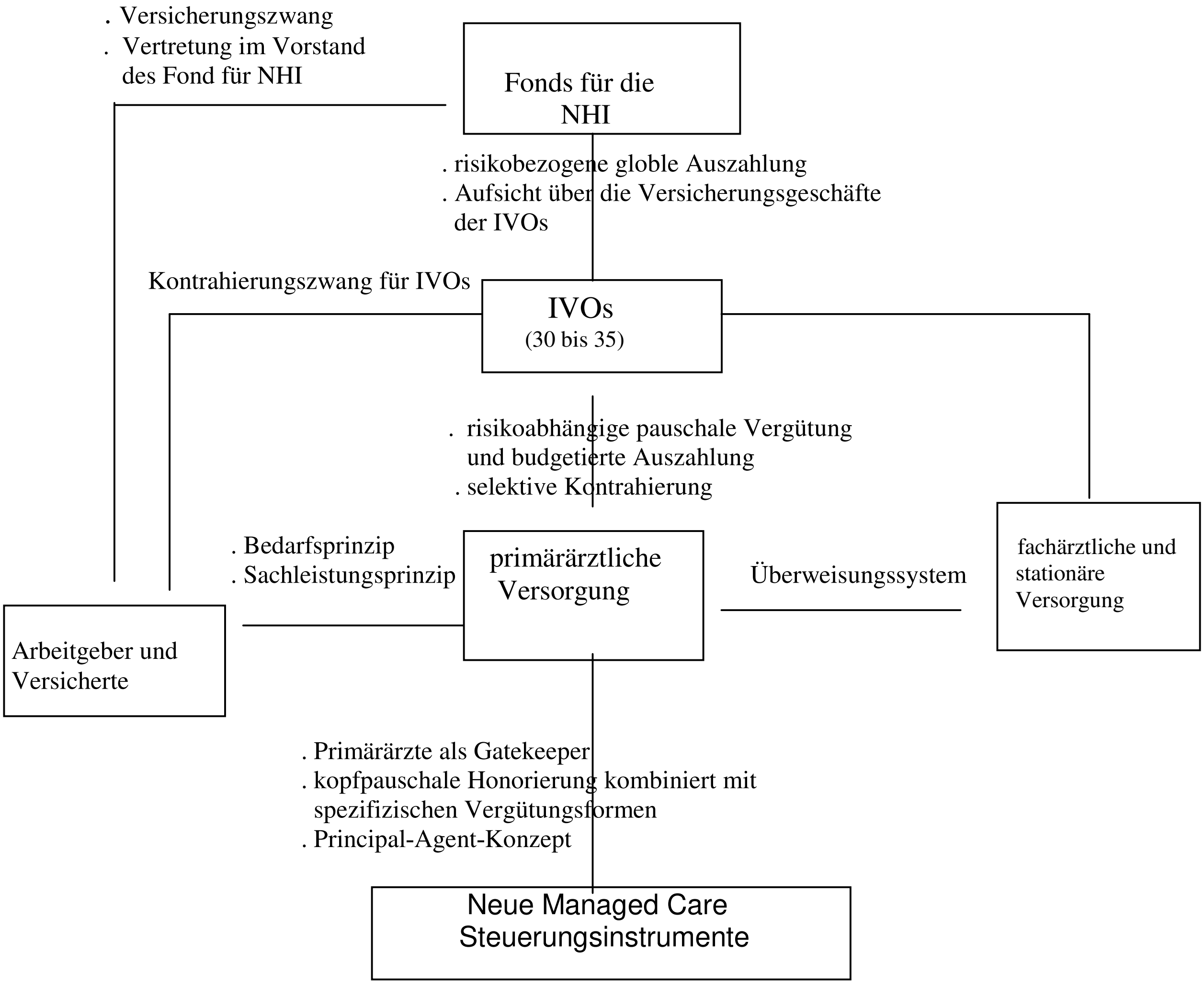
8.3.3 Förderung ethischer Handlungskompetenz der Ärzte – *pädagogische Intervention*

Wie in Abschnitt 6.4.4 dargelegt, wurde die ethische Handlungskompetenz mancher Ärzte in Taiwan derart beeinträchtigt, daß keine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung besteht. Die meisten taiwanesischen Ärzte richten ihr Verhalten eher an ökonomischen Erwägungen aus und vernachlässigen die Interessen der Patienten.[419] Um diesem Defizit zu begegnen, könnte die Regierung zunächst mittels pädagogischer Intervention in die Ausbildung der Medizinstudenten eingreifen. Plausibel ist dabei, daß mittelbare Maßnahmen, wie Maßnahmen zur Qualifikation und eventuell Professonalisierung des in gesundheitlichen Einrichtungen tätigen Personals erfolgversprechender erscheinen (vgl. Kaufmann 1982: 83). Aufgrund dessen sollten Bedingungen zur Motivation ethischer Leistungserbringung der Ärzte geschaffen und den Medizinstudenten humanmedizinische Curricula vermittelt werden. Während des Studiums sollte die Kommunikationsfähigkeit der Studenten gefördert werden. Die gleiche Auffassung vertritt auch der Direktor der zugehörigen Akutabteilung der Taipei-Medizinischen Fakultät. Er plädiert diesbezüglich für eine stärkere Berücksichtigung von interpersönlicher, humanmedizinischer und kommunikationsfähigkeitsstiftender Ausbildung für die Medizinstudenten in Taiwan.[420]

---

418 Siehe dazu Abschnitt 7.2.4.
419 Siehe dazu Abschnitt 6.4.1, (1) und 6.4.4.
420 Siehe China Times 15. 04. 2000.

Abbildung 8-1: Managed Care Modell für die künftige taiwanesische primärärztliche Versorgung



Eigene Darstellung

In erster Linie sollte die ethische Handlungskompetenz gefördert werden, indem ihnen zum einen neben der theoretischen und wissenschaftlichen Ausbildung auch die ethische Wertvorstellung, wie z. B. professionelle Ethos (Hippokratischer Eid), vermittelt wird. Zum anderen sollte in der praktischen Ausbildung diese Handlungskompetenz geübt wird.

Zweites sollten die Ärzte gesetzlich verpflichtet werden, die bereits in den Vorschriften des GMB und GüAR niedergeschriebenen ethischen Verhaltensnormen einzuhalten. Bei

Verstößen gegen solche Vorschriften sollten die Ärzte sowohl strafrechtlich als auch monetär sanktioniert werden, gegebenenfalls sollte ihnen das Approbationsrecht entzogen werden. Die Überwachung der Einhaltung dieser Vorschriften und Disziplinierung der Primärärzte könnte den Ärztegruppen, wie den DPÄV und der APÄV, selbst überlassen werden, insofern sie öffentlich-rechtliche Körperschaften darstellen. M. E. sind die Ärztegruppen besser als staatliche Akteure in der Lage, ihre Mitglieder berufsständisch zu disziplinieren. Mit der Selbstdisziplinierung der Primärärzte könnte eine weitere Aufwertung der Autonomie der Ärztegruppe einhergehen.

8.3.4 Institutionalisierung der Lokalen Qualitätszirkel (LPÄQZs) zur Aufwertung der professionellen Autonomie und zur Weiterqualifizierung der Primärärzte – *pädagogische Intervention*

Schließlich ist m. E. in Taiwan ein interkollegialer Qualitätszirkel auf der lokalen Ebene einzurichten. Dies existiert bereits in einigen Ländern: medical reviews in England, peer reviews in den Niederlanden und die Qualitätszirkel in der Bundesrepublik Deutschland. Interkollegiale Qualitätzirkel sollten für die professionelle Überwachung der primärärztlichen Leistungen zuständig sein.

Dieser Vorschlag erfolgt aus mehreren Gründen. Qualitätszirkel (peer reviews) bewirken i.d.R eine Weiterqualifizierung der Primärärzte in der primärärztlichen Versorgung. Die Qualitätszirkel gelten im allgemeinen als eine besonders geeignete Methode zur Qualitätssicherung in der primärärztlichen Versorgung. Indikatoren hierfür sind im wesentlichen: die Gelegenheit zum fachlichen und emotional entlastenden, interkollegialen Austausch und zur Überwindung der Isolation in der eigenen Praxis sowie die Möglichkeit zur praxisadäquaten Fortbildung (vgl. Gerlach/ Bahrs 1994: 49; von Ferber 1990: 252). In den Qualitätszirkeln wird demnach ein kontinuierlicher, interkollegialer Erfahrungsaustausch ermöglicht, und damit ist eine ärztliche Reflexion der Alltagspraxis möglich, die zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung beitragen kann. In diesen Zirkeln überprüfen die Teilnehmer ihre eigenen Tätigkeiten kritisch und durchlaufen einen Lernprozeß, der auf ihren Erfahrungen aufbaut.

Im taiwanesischen Gesundheitssystem sollten 10 bis 15 Primärärzte an einem Qualitätszirkel teilnehmen. Die Errichtung von Gruppenpraxen würde insofern zur Bildung von Qualitätszirkeln beitragen, als sie selbst einen eigenen Qualitätszirkel darstellen würden. Die Regierung könnte durch rechtliche Vorschriften die Primärärzte verpflichten, sich an einem Qualitätszirkel zu beteiligen. Ein wirksamer interkollegialer Qualitätszirkel sollte mit Hilfe eines Standardmaßstabes zur Beurteilung der ärztlichen Tätigkeiten entwickelt werden. Diesen Standardmaßstab sollte die APÄV mit gesetzlicher Ermächtigung entwickeln. Die DPÄV sollte die Aufsicht über diese Qualitätszirkel auf der regionalen Ebene übernehmen. Somit würden die Qualitätszirkel als unterste Selbstregulierungsstufe der primärärztlichen Selbstregulierungsgestaltung fungieren.

Durch die Etablierung der Qualitätszirkel könnte eine Stärkung der professionellen Verantwortung erzielt werden, und zugleich würde die professionelle Autonomie in bezug auf die Qualitätssicherung unberührt bleiben.

8.3.5 Stärkung der Patientenrechte bzw. des Rechtsschutzes - rechtliche und pädagogische Intervention

Um die Patienten bzw. die Versicherten ausreichend zu schützen, sollen in Taiwan Patientenrechte entweder durch die Stärkung der bestehenden gesetzlichen Schutzrechte in verschiedenen Rechtsgebieten oder kraft selbständiges Gesetzes bzw. der Festlegung einer Charta über Patientenrechten gestärkt bzw. verbessert werden.[421] Die wesentlichen Zielsetzungen der Stärkung der Patientenrechte sind wie folgt:

- Stärkung der Autonomie (Selbstbestimmung) der Patienten durch angemessene Informationen und Beratungen,
- Gewährleistung guter und sicherer Behandlung,
- Recht auf Beteiligung von Patienten an Entscheidungen der

[421] Im Hinblick auf den Schutz der Patientenrechten sind zwei Formen zu unterscheiden: die Gesetzgebung und die Verabschiedung einer Charta. In den skandinavischen Ländern und den Niederlanden wird die Form der Patientenrecht- Gesetzgebung angewendet. In Ländern wie Frankreich (1995) und Großbritannien (1991) wurde hingegen eher die Verabschiedung einer Charta über Patientenrechte vorgenommen. Siehe dazu WHO Regional Office for Europe (2000): Patients´ Rights and Citizens´Empowerment: through Visions to Reality. Joint consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health.

Versorgungssysteme und,
- Rechtsbehelfe im Schadensfall (vgl. Francke/Hart 1999: 249 ff.).

In Taiwan fehlt es gegenwärtig nicht an gesetzlichen Regelungen zu Patientenrechten, vielmehr liegen die Defizite des Patientenschutzes in der fehlenden Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften. So sind Ärzte zum einen gemäß Artikel 58 des GMB verpflichtet, den Patienten über die Diagnose, Nutzen und Risiken der Behandlung und ihre Alternativen zu informieren. Nicht selten bieten Ärzte den Patienten keine angemessene und zufriedenstellende Informationen und Beratung an. Dadurch wurde das Beteiligungsrecht am Behandlungsverfahren und somit die Selbstbestimmungsfähigkeit der Patienten bzw. deren Entscheidungsmöglichkeiten erheblich unterminiert.[422] Aufgrunddessen scheint es unvermeidbar, durch Sanktionsmechanismen sicherzustellen, daß taiwanesische Ärzte ihrer Informationspflicht gemäß Artikel 58 des GMB nachkommen.

Daneben sind in Taiwan häufig ärztliche Fahrlässigkeiten zu beobachten. Die Fahrlässigkeit der ärztlichen Tätigkeit drückt sich meistens in Form von Außerachtlassung der erforderlichen Sorgfalt aus.[423] Folglich sollte durch effektive Schadensregulierung versucht werden, taiwanesische Ärzte zur sorgfältigen Behandlung und Betreuung der Patienten zu bewegen. Die Rechtsprechung trug im gewissen Maße zum Schutz der Patientenrechte bei. So galt die Rechtsprechung zum Prozeß über schwierige Entbindung im einen Krankenhaus, die gemäß Artikel 7 des Gesetzes zum Verbraucherschutz vollzogen wurde, laut Urteil des taiwanesischen oberen Gericht im Jahre 1996[424] als ein radikaler Rechtsschutz der Patienten. Demzufolge müssen Ärzte sogar bei Nicht-Verschulden (im Falle der Abwesenheit von Fahrlässigkeit) für eventuelle entstehende Folgekosten und Schmerzengelder der Patienten aufkommen.[425]

Als Verstöße gegen die medizinische Ethik kamen in Taiwan Fälle vor, in denen Ärzte absichtlich in die Persönlichkeit der Patienten eingriffen und somit einen immateriellen Verlust herbeiführten oder sogar die Sterbenden herabwürdigten. Wegen solcher

[422] Siehe Punkt 6.2 der Ljubljana Charter on Reforming Health Care vom 19 June 1996.
[423] Gemäß Artikel 184 des Zivilrechts der Republik China über Haftungsrecht und Schadenregulierung. Vgl. Artikel 276 des deutschen Bürgerliches Gesetzbuches (BGB).
[424] Zivilrechtliches Urteil des taiwanesischen oberen Gerichtes 1996, Nr. 316.
[425] Diese Rechtsprechung löste unter den Ärzten einen heftigen Widerstand aus.

immateriellen Verluste bzw. Verletzungen erhoben die Patienten häufig eine Anklage beim Gericht gegen die behandelnden Ärzte und versuchten somit einen Schadenersatzanspruch geltend zu machen. Dadurch wurde die Arzt-Patient Beziehung gravierend beeinträchtigt. Darüber hinaus wurde den Ärzten bei der ambulanten Versorgung oft vorgeworfen, daß sie den Patienten nicht genügend über die Therapie, den Verlauf, die Folgen, die Behandlungsalternativen und das Risiko aufgeklärt haben. Die meisten taiwanesischen Ärzte (sowohl ambulante als auch stationäre) erfüllen die Aufklärungspflicht nur unzureichend oder überhaupt nicht. Insofern ist es kein Wunder, daß Patienten sich stets über die Vernachlässigung der Aufklärungspflicht der Ärzte beschweren.

Aufgrunddessen ist m. E. zur Förderung der Aufklärungspflicht der Ärzte und Achtung der Persönlichkeit der Patienten durch die Ärzte neben der rechtlichen Verhaltensregulierung der Ärzte, wie z.B. der berufsständischen Regelung und der Schadenersatzhaftung auch eine Vermittlung der medizinischen Ethik, wie Sorgfalt und Kommunikationskompetenz der Medizinstudenten, in der medizinischen Ausbildung erforderlich. Die taiwanesischen Ärzte verhalten sich den Patienten gegenüber für europäische Maßstäbe vergleichsweise autoritär und die Patienten fühlen sich ihnen gegenüber unterlegen und widerstandlos. Dadurch wurde die vertrauensvolle Beziehung stark beeinträchtigt. Die Folge ist eine weitere Verschlechterung der Qualität der Leistungen.

Schließlich sollte m. E. die Schlichtungsstelle in Taiwan gefördert und unterstützt werden. Gemäß dem ‚Entwurf zum Gesetz zur Regelung des medizinischen Streites im Schadensfall‘ vom Exekutivyuan darf für alle privatrechtlichen und strafrechtlich medizinischen Streitfälle erst dann ein Prozeß geführt werden, wenn die relevanten Fälle nicht durch die Schlichtungsstelle geklärt werden konnten. Die Vorteile der Schlichtung durch die Schlichtungsstelle sind nach dem ZfG die Vermeidung von Streitfällen und die Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung. Aufgrunddessen wurden in den städtischen und kreisangehörigen Gesundheitsbehörden zahlreiche Schlichtungsstellen eingerichtet. Die Tendenz zur Errichtung von Schlichtungsstellen stellt einen Fortschritt in der Bearbeitung von Streitfällen dar. Die Frage ist nun, welche Funktionen diese Schlichtungsstellen in Taiwan tatsächlich übernehmen können.

Der Exekutivyuan sah zwar vor, die Schlichtungsaufgabe den auf der Kreisebene bereits etablierten Schlichtungsstellen zu überlassen. Bisher wurden diese Schlichtungsstellen aber nur ineffektiv und gegebenenfalls zu Lasten der Patienten herangezogen. In Zukunft sollten nach meiner Ansicht die Regierung und die zuständige Behörde die Schlichtungsstelle fördern, sei es durch angemessene Information und Beratung, sei es durch demokratische Beiteiligung der Bürger. Dadurch könnten die Mitwirkungsmöglichkeiten der Patienten verbessert und somit ihre Rechte im Schadensfall geschützt werden.

8.4 Bekämpfung der Überinanspruchnahme der medizinischen Leistungen im Krankenhaussektor

8.4.1 Einsetzen finanzieller und ökonomischer Anreize zur Verringerung der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in den Krankenhäusern, insbesondere in den Medizinzentren – ökonomische Intervention

(1) Erhöhung der Vergütungssätze für niedergelassene ärztliche Leistungen

Wie in Abschnitt 6.4.1 (2) angedeutet, beträgt der durchschnittliche Anteil der Ausgaben für die Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, fast 50% der Gesamtausgaben für die ambulante Versorgung (siehe dazu Abbildung 6-1). Die durchschnittlichen pro-Kopf-Ausgaben erbrachter ambulanter Leistungen in Medizinzentren und regionalen Krankenhäusern sind gegenüber denen der niedergelassenen Ärzte derartig verschieden (siehe dazu Tabelle 5-10), daß anzunehmen ist, daß durch die Einschränkung der ambulanten Versorgung der Krankenhäuser die Gesundheitsausgaben gesenkt werden könnten. Dies impliziert, daß die Regierung Maßnahmen ergreifen sollte, um die ambulante Versorgung aus den Krankenhäusern auszugliedern, und somit die medizinische Versorgung mit niedergelassenen Ärzte zu erhöhen. Die Ausgliederung der ambulanten Versorgung aus den Krankenhäusern würde zugleich die Freisetzung ambulanter Ärzte, vor allem der Primärärzte aus den Krankenhäusern bedeuten. In diesem Zusammenhang ist in erster Linie zu empfehlen,[426] die individuellen Präferenzen der Ärzte so zu beeinflussen, daß sie gewillt sind, die Krankenhäuser zu verlassen und eigene Praxen zu eröffnen bzw. sich einer Gruppenpraxis anzuschließen. Eine mögliche Maßnahme wäre, ökonomische Anreize zu schaffen, wie z.B. die Erhöhung der Vergütungssätze für die von den niedergelassenen Ärzten erbrachten Leistungen.

(2) Senkung der Vergütungssätze für ambulant erbrachte Leistungen der Krankenhäuser

Des weiteren sollten politische Maßnahmen ergriffen werden, die die Bereitschaft der Ärzte in Krankenhäusern, ambulante Leistungen zu erbringen, vermindern. So könnte in Form einer Verringerung ökonomischer Anreize, wie die Senkung der Vergütungssätze für die in Krankenhäusern ambulant erbrachten Leistungen - Begrenzung der Ertragsrate -, der Leistungswille verringert werden. Die gegenwärtigen Honorare für die in der ambulanten Abteilung der Krankenhäuser erbrachten Leistungen liegen viel höher als die der niedergelassenen Ärzte.

(3) Erhöhung der Vergütungssätze bzw. der Pflegesätze für stationäre Leistungen in den Krankenhäusern

Dementsprechend sollten die Vergütungssätze bzw. die Pflegesätze für die stationären Leistungen in Krankenhäusern angehoben werden.[427] Durch die erhöhten Vergütungssätze der stationären Leistungen wären die Ärzte in Krankenhäusern nicht mehr gezwungen, vermehrt ambulante Leistungen anzubieten, so daß die in den Krankenhäusern durch die stationäre Abteilung verursachten Defizite aufgefangen werden könnten.

(4) Gewährung eines Beitragsbonus an den Versicherten

Wie bereits in Abschnitt 6.4.4 und 8.1.1 (1) beschrieben, besteht in Taiwan kein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, insbesondere nicht zwischen niedergelassenen Ärzten und Patienten. Eine Folge davon ist, daß die Patienten eher bereit sind, die in Krankenhäusern tätigen Ärzte direkt aufzusuchen. Dies trug bisher zur weiteren Verschlechterung des Verhältnisses zwischen den beiden Gruppen bei und damit auch zur

426 Interview mit Zhang, J-W am 21. April 1997.
427 Interview mit Zhang, J-W am 21. April 1997.

Senkung der Qualität der Leistungen.[428] Darum ist der taiwanesischen Regierung zu empfehlen, das Konsultationsverhalten der Versicherten bzw. der Patienten so zu steuern, daß die Primärärzte im Falle der Behandlungsnotwendigkeit von den Patienten präferiert werden.

Um dieses Ziel zu erreichen, sollte m. E. der Gesetzgeber den Kostenträgern, sei es den pluralistischen Versicherungen oder sei es den Einheitskostenträgern, es ermöglichen, den Versicherten einen Beitragsbonus zu gewähren, wenn diese sich verpflichten, Fachärzte und Krankenhäuser nur nach Konsultation und Überweisung durch den Primärarzt aufzusuchen. Mit der Gewährung eines Beitragsbonus würde ein ökonomischer Anreiz für die Versicherten entstehen, und somit könnte die Bereitschaft der Versicherten erhöht werden, sich zuerst von den Primärärzten behandeln zu lassen. Allerdings müßte die Regierung zusätzlich bestimmen, wie hoch dieser Beitragsbonus sein darf, damit eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden kann.

(5) Gewährung der Inanspruchnahme medizinischer Ausstattungen in Krankenhäusern für Primärärzte und andere Fachärzte

Im Regelfall sind die Krankenhäuser, insbesondere die Medizinzentren, mit einem hohen medizinischen technischen Standard ausgestattet und gewinnen dadurch an Attraktivität für gerade absolvierte Medizinstudenten und die Ärzte, die eine Approbationsqualifikation erhalten haben. Von daher schlug der Direktor der Nationalen Vereinigung für die Krankenhäuser Zhang, Jing-Wen eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für die niedergelassenen Ärzte vor.[429] In einem solchem System sollten die niedergelassenen Ärzte die Ausstattung der Krankenhäuser, wie technische Geräte, in Anspruch nehmen können. Nach Zhang würde dadurch die Bereitschaft der bisher in Krankenhäusern tätigen Ärzte zur selbständigen Niederlassung gestärkt werden. Darüber hinaus könnte m. E. eine Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung entstehen bzw. gefördert werden.

[428] Siehe dazu 6.4.4.
[429] Interview mit Zhang, J-W am 21. April 1997.

8.4.2 Förderung der Ausstattung und Einrichtung primärärztlicher Gruppenpraxen – ökonomische Intervention

(1) Begründung zur Förderung der Gruppenpraxen

Die Organisationsform von Gruppenpraxen ist mit einigen Vorteilen verbunden. Zunächst begünstigt die Zusammenarbeit der Primärärzte innerhalb einer Praxis i.d.R. informelle peer reviews, so daß eine professionelle Überprüfung ermöglicht wird. Außerdem nimmt die Organisationsform von Gruppenpraxen geringere Verwaltungs- und Gesamtkosten (overhead costs) in Anspruch, da die anfallenden Kosten für Personal und Ausstattung geteilt werden. Weiterhin werden den Patienten qualitativ bessere und umfassendere Leistungen geboten (vgl. Chernichovsky 1995: 360).

Aus dem Ausgeführten läßt sich ersehen, daß innerhalb der Gruppenpraxis eine kollegiale Überprüfung der erbrachten Leistung (professional accountability) stattfinden könnte, so daß die ärztliche Versorgungsqualität sich erhöhen würde. Augrund dessen wird in der vorliegenden Arbeit vorgeschlagen, Gruppenpraxen in Taiwan zu fördern.

Allerdings sind Gruppenpraxen mit zu vielen Primärärzten nicht zu empfehlen. Zu viele Ärzten innerhalb einer Praxis würden zu viel Zeit in Anspruch nehmen, um die Differenzen bezüglich ihrer eigenen klinischen Erfahrungen zu koordinieren, wie es bei den großen GPFHs des britischen NHS der Fall ist (vgl. Light 1998: 436). Des weiteren sollte die Versorgungsform der PCGs, die 1998 unter der Leitung der New-Labour in Großbritannien einsetzte, nicht angestrebt werden, da sie der gegenwärtigen taiwanesischen realen Entwicklung nicht gerecht wird. In Taiwan sind außer den ärztlichen Gruppen keine anderen mächtigen Professionen (wie Sozialarbeiter, Paramediziner usw.) vorhanden, so daß sich die erforderliche Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Professionen mit den anderen Berufsgruppen in der Primärversorgung sich etablieren könnte. Die Berufsgruppen, wie Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, entwickeln sich in Taiwan nicht so schnell wie in den Niederlanden und in England. Die professionelle Etablierung dieser Berufsgruppen wurde erst Mitte der 80er Jahre durch Gesetze eingeräumt. Somit sollten m. E. 5 bis 8 Primärärzte in den Gruppenpraxen eingegliedert werden.

(2) Finanzielle Begünstigung zur Etablierung der Gruppenpraxen

Wie im Falle der Förderung zur Etablierung der ärztlichen Gruppenpraxen in einzelnen öffentlichen Gesundheitszentren mittels finanzieller Begünstigungen und ökonomischer Anreize in den 80er Jahren in Taiwan, könnte der Staat finanzielle Subventionen, wie z.B. des Gebäudes, zur Bildung von Gruppenpraxen gewähren. Außerdem sollte der Staat Teilkosten für die Praxisausstattungen übernehmen, so daß die Primärärzte von den entstehenden Kosten für die Bildung von Gruppenpraxen zumindest teilweise finanziell entlastet werden.

(3) Finanzielle Gestaltung der Gruppenpraxen

Der Staat sollte die Gruppenpraxen mit einem Budget ausstatten, wie es bei den GPFHs in England und den HMOs in den USA der Fall ist. Damit würde das finanzielle Risiko an die Primärärzte übertragen werden. Von solchen Gruppenpraxen kann das finanzielle Risiko besser getragen werden als von kleineren Gruppenpraxen, da sie den Patienten anstatt kurativer Behandlungen mehr präventive und gesundheitsfördernde Leistungen anbieten können.

Mit diesem zugeteilten Budget sollten die Gruppenpraxen für ihre Patienten sowohl spezifische als auch stationäre Leistungen einkaufen. Daraus würde insofern ein ökonomischer Anreiz für die Primärärzte entstehen, als sie sparsam mit dem Budget umgehen müßten. Somit könnte eine präventive Haltung von Seiten der Ärzte erzielt werden. Daneben könnte die Bereitschaft der Primärärzte gefördert werden, ihre Patienten eine präventive und gesundheitsfördernde Lebensweise zu lehren. Mit zunehmender Prävention und gesundheitsfördernder Lebensführung der Patienten ist anzunehmen, daß sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung insgesamt verbessern wird. Die Folge wäre eine Verringerung der Inanspruchnahme spezifischer und stationärer Leistungen. Ein weiterer ökonomischer Anreiz bestände insofern, als die Gruppenpraxen den Rest des Budgets als Bonus beibehalten bzw. untereinander aufteilen könnten.

8.5 Regionalisierung und Dezentralisierung der Leistungserbringung durch Institutionalisierung der IVOs

8.5.1 Regionalisierung der Versorgung und Dezentralisierung der Kompetenz durch Einrichtung der Intermediären Versorgungsorganisationen (IVOs) – *ökologische Intervention*

Die taiwanesische Regierung sollte Einfluß auf die Gestaltung der materiellen und sozialen Umwelt der Bürger nehmen, so daß eine räumliche Bindung der Leistungserbringung geschaffen werden kann (vgl. Kaufmann 1982: 75 ff.). Dies könnte weitgehend zur Inklusion der Bürger in die Gesundheitsversorgung im Sinne einer Gleichheit von Zugangschancen beitragen. Aus diesem Grund scheint eine ökologische Intervention von Seite des Staates zur Etablierung einer räumlichen Bindung der Leistungserbringung sozialpolitisch dringend geboten. Die dazu notwendige politische Rahmenbedingung wurde bereits durch die Verabschiedung des Reformentwurfes 1999 gesetzt.

Der Reformentwurf zum GüNHI vom Juli 1997 sieht die Einrichtung pluralistischer Versicherer[430] als zukünftige Versicherungsträger vor. Abgesehen von der Frage, wer Träger der Versicherungsgeschäfte sein soll, sollen diese pluralistischen Versicherer nach dem Reformentwurf gewisse Befugnisse und Aufgaben übernehmen:

a. Gewährleistung der Versicherung;
b. Planung des Vergütungssystems der Versicherung;
c. Durchführung der Vertragsabschlüsse mit den Leistungserbringern;
d. Regelung der Konfliktfälle zwischen den Versicherten und den Leistungserbringern;
e. Aushandlung der jährlichen Gesundheitsausgaben mit dem Fonds für die NHI, und
f. Sicherstellung der Leistungsversorgung

[430] ZfG (1999): Annual Report on the Public Health , S. 31. Als Versicherer der NHI sollten gemäß dem Politikvorhaben der ZfG zuerst die Abteilungen der medizinischen Angelegenheiten fungieren. Diese Abteilungen der medizinischen Angelegenheiten werden transformiert in Versicherer. Darüber hinaus dürfen die non-profit Versicherer zu den Versicherern der NHI zugelassen werden.

Wie in Abschnitt 7.2.2 angedeutet, wurde in den Niederlanden und England eine Anzahl von intermediären Instanzen zwischen den Leistungsanbietern und den Leistungsnachfragern (Versicherten oder Patienten) auf der Mesoebene eingerichtet, die die Bedürfnisse der Versicherten kennen und deren Interessen vertreten können. Sie sind vor allem mit den Steuerungskompetenzen von Versorgungsprozessen und mit dem Informationsmanagement vertraut. Entsprechend wird in der vorliegenden Untersuchung anstelle der Bezeichnung intermediäre Instanz die Bezeichnung der „Intermediären Versorgungsorganisationen“ (künftig IVOs) bevorzugt, wie in Abschnitt 7.2.4 angesprochen. In Taiwan besteht bereits, wie eben angedeutet, ein politisches Vorhaben zur Einbettung pluralistischer Versicherungen in die taiwanesische Gesundheitsversorgung, die m. E. ähnliche Funktionen wie die IVOs erfüllen.

Aus den oben aufgelisteten Aufgabenbereichen der zu etablierenden pluralistischen Versicherer läßt sich ablesen, daß die künftigen pluralistischen Versicherer zur Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung verpflichtet werden sollten, indem sie mit den Leistungserbringern Versorgungsverträge abschließen und damit die Leistungsversorgung sicherstellen. Als zusätzlichen Aufgabenbereich sollte ihnen m. E. die Befugnis zugesprochen werden, den Bedarf der Versorgung der gesundheitlichen Leistungen auf der regionalen Ebene zu normieren, wie es in den Niederlanden und England der Fall ist. Dort sind Krankenkassen der Niederlande und die HAs des NHS verpflichtet, die Gesundheitsbedürfnisse ihrer Versicherten bzw. Bevölkerungsgruppen zu evaluieren und zu normieren. Die Krankenkassen und HAs sollten zuerst ortgebundene Angebote bereitstellen. Zweitens sollte durch die Etablierung von IVOs die bestehenden örtlichen Versorgungsdisparitäten beseitigt werden.

Aufgrund dessen wird in dieser Arbeit zunächst vorgeschlagen, die pluralistischen Versicherer in die Intermediären Versorgungsorganisationen (IVOs), wie oben beschrieben, zu transformieren. Den IVOs sollen im wesentlichen vier Aufgaben zugesprochen werden:

a. Gewährleistung der Versicherung bzw. die Sicherstellung der Leistungsversorgung;
b. Normierung des regionalen Gesundheitsbedarfes;
c. Durchführung des Vertragsabschlusses mit den Leistungserbringern, und
d. Mitwirkung an der Festsetzung der Vergütungssätze.

Mit der regionalen Bedarfsnormierung und Versorgung soll die Hauptfunktion der IVOs, die gesundheitliche und medizinische Versorgung zu regionalisieren und dezentralisieren, verwirklicht werden.

Des weiteren wird vorgeschlagen, zuerst die bestehenden 25 regionalen Behörden für ZeNHI in IVOs zu transformieren, die jeweils für die gesundheitliche und medizinische Versorgung der einzelnen Regionen zuständig sein sollten. Ferner wird empfohlen, 5 bis 10 zusätzliche IVOs einzurichten. Insgesamt sind m. E. für Taiwan 30 bis 35 IVOs einzurichten. Ferner sollten sie den Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft besitzen und zugleich Non-Profit-Organisations sein (vgl. Xue, G-W 1997). Außerdem sollten sie der hoheitlichen Aufsicht der ZfG und der Überwachung des Fonds für die NHI unterliegen.

Die Pflichtversicherung zur Absicherung der Krankheitsrisiken für alle Bürger sollte weiterhin beibehalten werden. Die Versicherten sollten freies Wahlrecht in bezug auf die Auswahl der IVOs haben. Die Arbeitgeber dürfen m. E. nicht für die Arbeitnehmer entscheiden, welcher IVOs sie beizutreten haben, wie der bereits bestehende Reformentwurf vorsieht. Der Versicherte sollte mindestens bei einer IVO ein Jahr bleiben. Demnach müßte eine Wahleinschränkung vorgenommen werden. Dies entspricht dem in Abschnitt 8.3.1 aufgeführten Argument für die Einschränkung der Arztwahl. Weiterhin sollte ein Kontrahierungszwang für die IVOs mit den Versicherten eingeführt werden, wie es bei den Krankenkassen in den Niederlanden der Fall ist, so daß eine adverse Risikoselektion nicht bestehen kann. Die IVOs bekommen von dem Fond für NHI eine risikobezogene globale Auszahlung, mit der sie für die Leistungen der bei ihnen Versicherten nach dem Bedarfsprinzip bezahlen können.

Die Einrichtung der IVOs könnte insbesondere zur Verminderung der Konzentration der Versorgung medizinischer Ressourcen, die wegen der Vergrößerung der Krankenhäuser bzw. der Medizinzentren und ihrer Konzentration in den Metropolen ausgelöst wurde, beitragen. So sollten die IVOs verpflichtet sein, mit den Versicherten einen Versicherungsvertrag abzuschließen (Kontrahierungszwang) und die gesundheitliche Versorgung für die Versicherten sicherzustellen, wie oben (a) angedeutet. Aufgrund dessen sollten die IVOs in Zukunft auch für die Organisierung der Versorgung zuständig sein. Die IVOs sollten die Befugnis besitzen, aktiv in die Leistungsversorgung einzugreifen, indem sie die Bedürfnisse der Nachfrager bewerten und umgekehrt die Nachfrager über die Praxisdaten der Ärzte informieren. Somit hätten sie die Möglichkeit, überflüssige ärztliche Leistungsangebote abzulehnen. Die IVOs würden folglich als Vertreter bzw. soziale Advokaten der Versicherten in bezug auf die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen hinsichtlich der Versorgungsorganisation gelten.[431] Da die IVOs als intermediäre Instanzen im Grundsatz ortsgebunden und bürgernäher sind, sollte dadurch gleichzeitig eine Dezentralisierung der Finanzierungskompetenz auf der Meso-Ebene erfolgen (vgl. Kaufmann 1982: 78 f.). Hierbei ähneln die IVOs den HAs in England, die im wesentlichen die zugewiesene Finanzquelle an die Leistungsanbieter weiter zuteilen. Anders als die HAs in England sollten die vorgeschlagenen IVOs in einem Wettbewerbsverhältnis zueinander stehen, indem sie um die Versicherten konkurrieren, wie es bei den Krankenkassen in den Niederlanden der Fall ist.

8.5.2 Einbettung der IVOs in das Vergütungsgremium innerhalb der VKfG als selbstregulierende intermediäre Instanzen – *rechtliche Intervention*

Angesichts der vom Staat gesetzlich zugewiesenen Aufgabenübertragung an die IVOs als pluralistische Versicherer (die Aufgabenbereiche der IVOs siehe Abschnitt 8.5.1) läßt sich empfehlen, daß in Zukunft die IVOs, wie der Fonds für die NHI, eine Vertretungsfunktion für die Versicherten in Taiwan übernehmen sollten (vgl. Lue, J-D 1999: 200 ff.). So sollten sie mit den Leistungserbringern im Gesundheitswesen über Arztverträge verhandeln. Wie die in Abschnitt 8.2.2 vorgeschlagene Korporatisierung für die primärärztliche Interessenvermittlung, wird hier eine Korporatisierung der Versicherungen durch Einbettung der IVOs in das Vergütungsgremium innerhalb der VKfG befürwortet. Die Position der IVOs würde dadurch gestärkt werden. Ihre Teilnahme an den Vergütungsverhandlungen sollte einer angemessenen Abstimmung benötigter Mengen und einer rationaleren Ressourcenaufwendung dienen. Ein weiterer Vorteil der Einbettung der IVOs als pluralistische Versicherer in die VKfG bestände darin, daß die Legitimation der verhandelten Ergebnisse in der Verhandlungskommission geschaffen werden würde, und somit die Durchführbarkeit der vereinbarten Entscheidungen garantiert werden könnte.

431 Über soziale Advokaten siehe Abschnitt 7.2.4.

Mit der Einbettung der IVOs in das Vergütungsgremium würde zugleich eine Selbstregulierung auf national-institutioneller Ebene etabliert werden. Die IVOs sollten mit den jeweiligen Leistungsanbietern über die Vergütungssätze einzelner Leistungen auf der regionalen Ebene verhandeln. Die Preise für einzelne medizinische Leistungen würden auf diese Weise von Vertretern der Versicherten, also den IVOs, und den Ärzten, also der APÄV, auf institutioneller Ebene selbstgeregelt werden.

Es läßt sich aus dem Ausgeführten festhalten, daß die Etablierung und die Einbettung der IVOs in die VKfG die Selbststeuerung bzw. –regulierung sowohl auf nationaler institutioneller Ebene als auch auf organisatorischer Ebene herbeiführen würde.

8.6 Selbstverwaltung der Finanzbeiträge der NHI durch den Fonds für die NHI im Rahmen einer öffentlichen Finanzierung – *rechtliche Intervention*

8.6.1 Fortsetzung der öffentlichen Finanzierung

Unter dem Begriff „öffentliche Finanzierung" ist zu verstehen, daß die Finanzierung der erbrachten Leistungen durch den Staat öffentlich und zentral geregelt und gesichert ist. Die Finanzquelle könnte sowohl eine spezifische Gesundheitssteuer (earmarked health tax) als auch gesetzliche Versicherungsbeiträge sein. In dem Konzept der öffentlichen Finanzierung übernimmt der Staat die Aufgabe zur Mittelaufbringung (Vereinnahmung der Steuer bzw. der einkommensabhängigen Beiträge) und verteilt sie an die zuständigen Kostenträger, wie z.B. an die Krankenkassen in den Niederlanden oder die HAs in England. Das öffentliche Finanzierungsarrangement stellt eine Art von reguliertem Wettbewerb dar.

Die Argumente zur Förderung öffentlicher Finanzierung sind vielfältig. Zuerst läßt sich der Anspruch an öffentlicher Finanzierung durch den Umstand des „Marktversagens“ rechtfertigen (Vgl. Wasem 1993: 134 ff.). Mit der öffentlichen Finanzierung ist ein umfassender solidarischer Risikoausgleich und damit eine Gleichheit im Sinne gleicher Zugangschancen zu medizinischen Leistungen zu erzielen

(Verteilungsgerechtigkeit). Zweitens läßt sich dadurch die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen von der finanziellen Leistungsfähigkeit (Bedarfsprinzip) entkoppeln. In diesem Zusammenhang ist die betriebsspezifische Gesundheitsversicherung (emloyer-based health insurance) als ungleich und ineffizient zu betrachten (vgl. Bodenheimer/ Sullivan 1997: 410), da sie Ausgleichseffekte des Finanzierungsrisikos verringern kann.

Drittens kann die von den Kostenträgern verursachte adverse Risikoselektion, sei es gesetzliche Krankenkassen, sei es Privatversicherer, durch öffentliche Finanzierung vermieden werden (vgl. Chernichovsky 1995: 354). Viertens ist die Kostendämpfung in einer öffentlichen Finanzierung leichter zu erzielen, da die gesamten Ausgaben durch staatlich zentrale Eingriffe prospektiv budgetiert werden können. Fünftens können dadurch die negativen Externalitäten im Sinne eines einseitigen Begünstigung privilegierter Versichertengruppen, die durch den Wettbewerb zwischen Versicherern auftreten, bekämpft werden. Entsprechend kann ebenso die negative Wirkung des Wettbewerbs auf dem Versicherungsmarkt im Sinne einer Belastung des Beitragszahlers bei der Erhöhung des Beitragssatzes unterminiert werden. Dysfunktioneller Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt des Gesundheitswesens kann zu einer Fehlallokation knapper Ressourcen und zu sozialpolitisch unerwünschter Risikoselektion unter den Versicherten führen (vgl. Felkner 1996: 28).

Die Finanzierung der NHI wurde bereits in der oben beschriebenen Form, nämlich nach dem öffentlichen Finanzierungsprinzip, ausgestaltet. M. E. sollte zum einen die Bemessungsgrenze der Versicherungsbeiträge so bestimmt werden, daß eine umfassendere Einkommensumverteilung vollzogen werden kann. Zum anderen sollte die Höhe der Beitragssätze so festgesetzt werden, daß sie den tatsächlichen gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen können. Dies obliegt ihrerseits einer politischen Entscheidung. Zur Bestimmung der Bemessungsgrenze und zur Festsetzung der Beitragssätze sind ein verhandlungsmäßiger Beschluß und anschließend eine legislative Zustimmung im Parlament erforderlich. Dies ist bei einer einheitlichen öffentlichen Finanzierung durch eine spezifische Steuer für die Gesundheitsausgaben eher möglich als bei anderen fragmentierten Finanzierungssystemen, wobei ein einheitlicher Beitragssatz und eine umfassende Solidarität in Gestalt des Risikoausgleichs unter der gesamten Bevölkerung kaum zu verwirklichen ist. In Taiwan besteht seit der Einführung der NHI eine einheitliche Finanzierung, die unter öffentlicher Aufsicht und Verwaltung sowie parlamentarischer Kontrolle steht. Diese einheitliche Finanzierung sollte m. E. weiter beibehalten werden (vgl. Lue, J-D 1999: 200 f.).

8.6.2 Fonds für die NHI als Selbstverwaltungsinstanz der Finanzierung auf der Makroebene

Der Revisionsentwurf zum GüNHI vom Juli 1997 enthält die Initiative zur Umstrukturierung der Versicherungsträger. Gemäß diesem Reformentwurf soll der Versichertenkreis erweitert werden. Diejenigen, die für Taiwan eine Aufenthaltserlaubnis besitzen und sich länger als 4 Monate dort aufhalten, sollen sich im Rahmen der NHI gesetzlich versichern lassen.[432] Weiter wurde vorgeschlagen, eine Umstrukturierung der bestehenden ZeNHI in den Fonds für die NHI durchzuführen, was eine Verselbständigung (Ausgliederung) der Finanzierung der NHI implizieren würde. Unter dem Prinzip über die Ausgestaltung der NHI in Taiwan „Autonomie und Selbstverwaltung der NHI" ist eine Verstärkung der Partizipation der Bürger und ihrer Überwachungs- und Geschäftsführungskompetenz zu verstehen.[433] Der Fonds für die NHI als gemeinnützige, öffentlich-rechtliche Körperschaft soll gemäß dem Reformentwurf folgende Aufgaben übernehmen:

a. Führung der Versicherungsgeschäfte;
b. Planung der Finanzierung;
c. Festsetzung von Beitragssätzen;
d. Ansammlung und Verteilung der entrichteten Versicherungsbeiträge;
e. Bildung von Vertragsabschlüssen mit den vertraglichen Versicherungen;
f. Festsetzung von Selbstbeteiligungsmaßstäben; und
g. Sonstige von diesem Gesetz übertragene Aufgaben.[434]

Der Fonds für die NHI sollt m. E. über einen Vorstand verfügen, in dem Vertreter der Versicherten (14), der Arbeitgeber (7) und der Regierung als Beitragszahler (7) und andere Experten (7) repräsentiert sind. Die Vertreter der Leistungserbringer sollten m. E. von

---

432 http://203.65.100.161/focus/express/88/88072701/88071501.html, 2000/4/22.
433 ZfG (1999): Annual Report on Public Health, S.31.
434 ZfG (1999): Annual Report on Public Health, S.31.

diesem Vorstand ausgeschlossen sein.[435] Damit wäre die ausschließliche Repräsentation der Beitragszahler realisiert und der Versicherung Autonomie und Selbstverwaltung gegeben. Die Mitglieder des Vorstandes sollen die Sozialpartner der Finanzselbstverwaltung im Rahmen der NHI darstellen. Nach dem in dieser Arbeit vorzuschlagenden Konzept sollte der Fonds für die NHI künftig keine Versicherungsgeschäfte führen. Diese werden eher den IVOs überlassen (Abschnitt 8.5.1).

Der Fonds für die NHI sollte m. E. in Zukunft als wesentlicher Verhandlungspartner in das Budgetgremium, in dem er mit den Vertretern der Anbieter und der zuständigen Behörde über das Budget verhandelt, miteinbezogen werden, wie es in Abschnitt 8.2.2.2 (1) beschrieben wurde. Die empfohlene Einbeziehung des Fonds für die NHI in das Budgetgremien läßt sich vor allem mit ihrer Position als Repräsentant der Beitragszahler rechtfertigen. Ihre Mitwirkung in der Entscheidungsfindung steigert m. E. die Legitimation politischer Entschlüsse und würde aufgrund dessen ihre Implementation begünstigen.

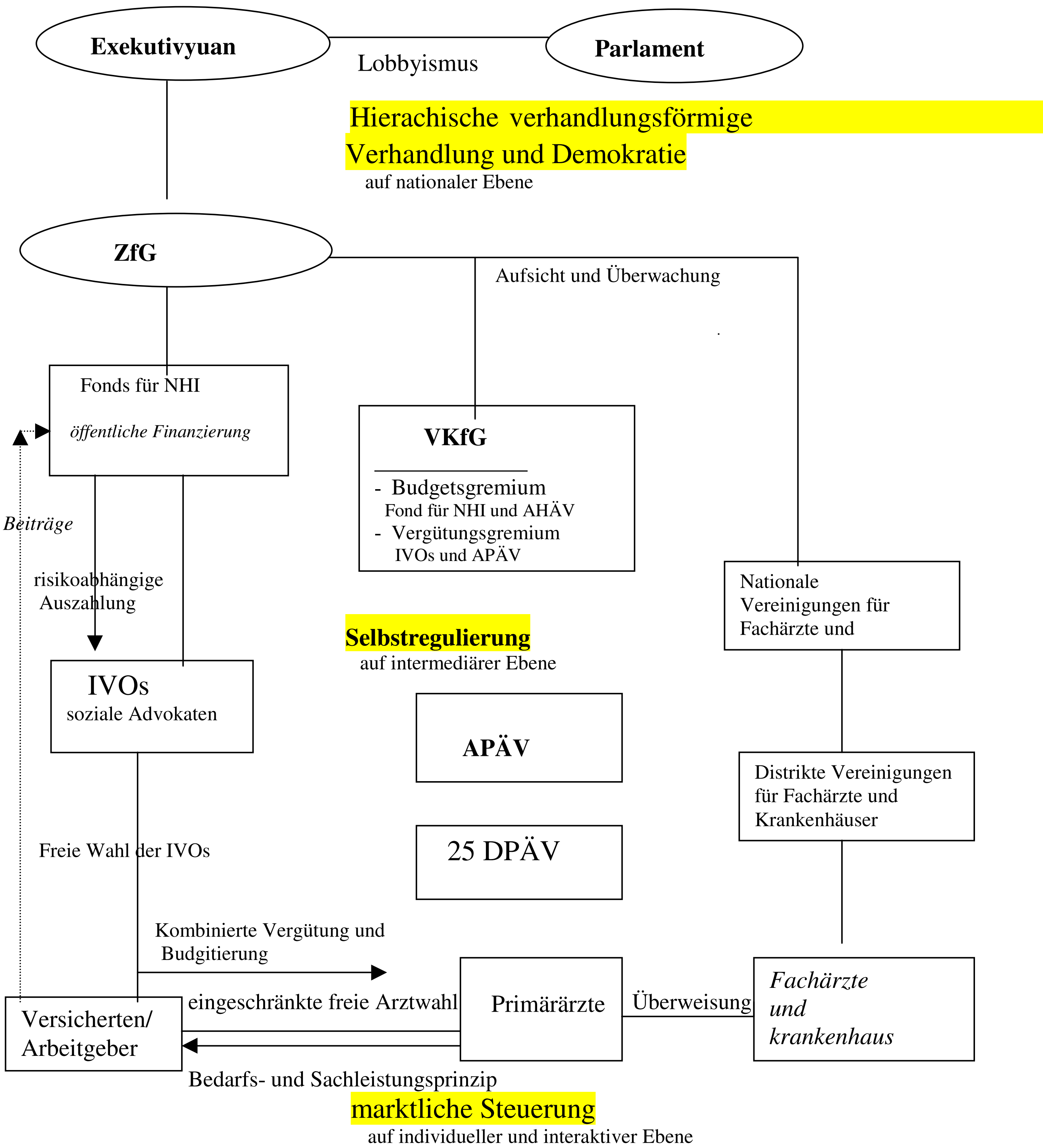
Im Gegensatz zu den IVOs, sollte der Fonds für die NHI als oberster Interessenvertreter der Versicherten und der Arbeitgeber als Beitragszahler auf der nationalen Ebene auftreten. Während die IVOs einerseits die Rolle als Verteiler der Budget als untere Instanz des Fonds für die NHI und der zuständigen staatlichen Behörde übernehmen sollten, sollte dem Fonds für die NHI als Selbstverwaltungsorgan der Finanzierung der NHI die Aufgabe zugeteilt werden, die Beitragseinnahmen zu verwalten. Dies würde eine weitere Selbstregulierung der Akteure im Bereich der Finanzierung bedeuten. Angesichts der Tatsache, daß die in diesem Absatz aufgezählten, politischen Maßnahmen bereits am 22. Juni 1999 im taiwanesischen Parlament gebilligt wurden, läßt sich festhalten, daß sich in Zukunft eine selbständige und selbstregulierende Finanzierungsinstanz, also der Fonds für die NHI, etablieren wird.

[435] Der Reformentwurf von der ZfG 1997 schlug vor, die Leistungsanbieter nach wie vor in den Vorstand des Fond für NHI vertreten zu lassen, während die Experten des National Health Research Institutes Forums für NHI die Teilnahme der Leistungsanbieter am Vorstand des Fond für NHI ablehnten. Siehe dazu Lü, B-Y 1997c: Liberal Times, 29. 05. 1997.

Zwischenfazit

Aus dem Ausgeführten ist ersichtlich, daß durch staatliche sozialpolitische Eingriffe, die in den obigen Abschnitten im einzelnen dargelegt wurden, den in Abschnitt 2.1 skizzierten normativen Kriterien – Effektivität, Effizienz, gleiche Zugangschancen und schließlich politischer Gerechtigkeit – für die taiwanesische Gesundheitsversorgung zugleich garantiert werden sollten. Dabei zielt die Aufwertung der Posititon der Primärärzte zuallererst auf die politische Gerechtigkeit bzw. Teilnahmechance ab. Die Qualifizierung der Primärärzte bezieht sich primär auf die Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses und damit der Förderung der Effizienz (Erhöhung der Qualität). Eine weitere Absicht der Verbesserung des Arzt-Patient-Verhältnisses besteht in der Bewirkung einer wirtschaftlicheren Ressourcenanwendung, also in der Förderung der Effektivität. Schließlich sollte die Regionalisierung und Dezentration der Versorgung durch die Einrichtung von intermediären Instanzen, wie die IVOs, das Postulat von gleicher Zugangschancen erzielt werden.

Abbildung 8-2: Vorschlag zur Steuerungsform und Instrumente zur Koordinierung primärärztlichen Versorgung in Taiwan



Eigene Darstellung

8.7 Schlußfolgerung

(1) Aufwertung der Position der Primärärzte zur Bekämpfung der Überinanspruchnahme medizinischer Ressourcen im Rahmen der NHI

Der Hauptgrund für die bestehenden Probleme (Kostensteigerung und Verschlechterung der medizinischen Qualität) im Rahmen der NHI besteht in der Überinanspruchnahme ambulanter medizinischen Leistungen, vor allem in den Medizinzentren. Diese Überinanspruchnahme resultierte wesentlich aus der überhöhten Konsultationsrate der Patienten in der ambulanten Abteilung der Medizinzentren und größeren Krankenhäusern. Die überhöhte Konsultationsrate läßt sich ihrerseits hauptsächlich auf die mißtrauische Arzt-Patient Beziehung zurückführen. Aufgrunddessen wurde in der vorliegenden Arbeit die Aufwertung der Postition taiwanesischer Primärärzte als Gegenstrategie zur Bekämpfung der Überinanspruchnahme ambulanter Leistungen empfohlen.

Wie in Abschnitt 8.2 vorgeschlagen, sollte sich in Taiwan zuerst eine auf der nationalen und intermediären Ebene befindende korporatistische Steuerung bzw. Selbststeuerung als Strategie zur Aufwertung der Position der Primärärzte und damit zur Ermöglichung gleichgewichtiger Machtverhältnisse zwischen den Akteuren etablieren. Anzustreben ist dabei, die Allgemeinen Primärärztevereingung (APÄV) als öffentlich-rechtliche Körperschaft in die Politikformulierungs- und Ausführungsprozesse durch staatliche Eingriffe einzubetten, so daß sich selbständige Selbstregulierungsinstanzen in bezug auf die Leistungserbringung, die Finanzierung und die Qualitätssicherung etablieren können.

Zweitens sollte der Staat Taiwan gezielte Maßnahmen (wie angemessene Einschränkung der Arztwahl, Überweisungssystem, Umsetzung kombinierter Vergütungssysteme, Förderung ethischer Handlungskompetenz der Ärzte und Institutionalisierung der lokalen Qualitätszirkel) ergreifen, um eine advoktorische Rolle der Primärärzte und damit eine vertrauensvolle Arzt-Patient Beziehung in Taiwan zu fördern. Ferner sollte die Patientenrechte sowohl durch rechtliche Regelungen als auch mittels pädagogischer Interventionen gefördertd werden, die zur Verbesserung der Arzt-Patient Beziehung dientlich wird.

Als weitere Gegenmaßnahmen zur Bekämpfung der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen im Krankenhaussektors werden vornehmlich ökonomische Anreize betrachtet, die die Ärzte aus den Krankenhäusern, vor allem aus den Medizinzentren, veranlassen können, sich ambulant niederzulassen. Daneben sollen auch Maßnahmen ergriffen werden, um die Bereitschaft der Krankenhäuser und der Medizinzentren zur Erbringung umfassenderer stationärer Leistungen zu stärken.

Meiner Ansicht nach kann das Zusammenwirken der vorgeschlagenen Maßnahmen das Verhalten der Patienten beim Arztbesuch effektiv ändern, so daß das Problem bei der Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen im Rahmen der NHI und die damit verbundene Kostensteigerung und Finanzierungsprobleme gelöst werden.

(2) Institutionalisierung der korporatistischen Selbststeuerung als eine weitere Ordnungspolitik und Neuüberlegung der Staatsaufgaben in Taiwan

Die bestehenden Probleme bzw. Strukturdefizite der taiwanesischen Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI lassen sich, wie in Abschnitt 8.1.1 beschrieben, auf Verteilungskonflikte zwischen den übermächtigen Medizinzentren und konfliktunfähigen Hausärztegruppen zurückführen. Diese Verteilungskonflikte resultieren aus dem Vorherrschen der beiden Steuerungsformen Hierarchie und Markt. So kann die einseitige Durchsetzung der Steuerungsform Hierarchie die Autonomie der Akteure und damit die funktionale Eigenlogik des entsprechenden Politikfeldes möglicherweise beeinträchtigen; während die Dominanz der Marktsteuerung Gefahr läuft, die knapp verfügbaren materiellen, sozialen und ökonomischen Ressourcen eines gesellschaftlichen Teilbereiches in den Händen einiger monopolistischer Akteure zu konzentrieren, wie es die kartellisierten Medizinzentren in Taiwan zeigen. Diese beiden Steuerungsformen führten zu Verteilungskonflikten um knappe Ressourcen, aus denen im Rahmen der NHI ein normatives Defizit erwächst.

Um die Verteilungsprobleme zu lösen und somit das normative Defizit im Gesundheitswesen Taiwans zu beseitigen, sind neue Steuerungsformen bzw. eine neue

Ordnungspolitik zu suchen. Bei der Wahl der Ordnungspolitik sollte nicht nur die Autonomie des Gesundheitswesens und der beteiligten Akteure beachtet werden, sondern sie sollte zugleich spezifischen Anforderungen, wie z. B. der Entlastung des Staates, gerecht werden.

Ein wesentliches Ergebnis der vorliegenden Untersuchung ist, daß eine Institutionalisierung der korporatistischen Selbststeuerung im Gesundheitswesens Taiwans bewirkt werden sollte. So wurde insbesondere in Abschnitt 8.2 ein Vorschlag unterbreitet, wie die korporatistische Selbststeuerung im taiwanesischen Gesundheitswesen gestaltet werden könnte. Die Institutionalisierung der korporatistischen Selbststeuerung impliziert steuerungstheoretisch, daß die sozialen und politischen Steuerungsformen Hierarchie und Markt als Ordnungspolitik nicht genügen, um den bestehenden Problemen – Verteilungskonflikte, Unwirtschaftlichkeit und Unwirksamkeit der Leistungserbringung - entgegenzuwirken.

Die korporatistische Selbststeuerung als alternative, ergänzende Ordnungsoption beinhaltet einige Vorteile. Zum einen kann die hohe Autonomie der zu regulierenden Verbandsführung als Teil des taiwanesischen Gesundheitswesens durch die Institutionalisierung der Selbststeuerung weitgehend aufrechterhalten werden (vgl. Czada 1994: 49). Abgesehen davon, daß die Konfliktstrukturen und somit die Interessenvermittlung und Entscheidungsfindung des betroffenen Feldes mit verändert werden, genügt die Einbindung der Selbststeuerung in intermediäre und nationale Entscheidungsprozesse im taiwanesischen Gesundheitswesen zum anderen dem demokratischen Anspruch. Dadurch sollte die Legitimitätsgrundlage und die Durchführungsmöglichkeit verabschiedeter Reformen geschaffen werden. Mit anderen Worten: das normative Defizit kann in der gegenwärtigen taiwanesischen Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI vermieden werden.

Hauptsächlich werden durch die korporatistische Selbststeuerung der taiwanesischen Gesundheitsversorgung im Rahmen der NHI die Position und somit die Machtpotentiale der Primärärzte gestärkt, da den primärärztlichen verbandlichen Organisationen ein Repräsentationsmonopol und die Zuständigkeit zur Disziplinierung der Primärärzte als Zwangsmitglieder gesetzlich zugewiesen werden.

Schließlich stellt die Etablierung einer „hierarchisch eingebetteten“, verhandlungsförmigen Entscheidung eine Mischform hauptsächlich zweier Steuerungsformen dar, die die Defizite einer reinen hierarchischen Steuerung oder einer freiwilligen Selbstkoordination der Akteure vermeiden kann (vgl. Döhler/Manow 1995: 163).

Bei der bisherigen steuerungstheoretischen Auseinandersetzung wurden Staat, Markt, Korporatismus, Expertensystem und Solidarität als Steuerungs- bzw. Koordinationsformen, also institutionelle Arrangements, zur Beeinflussung der Handlungsspielräume und damit der Handlungsoptionen der Akteure unterschieden (vgl. Kaufmann 1991: 228). Es existieren in der Tat keine Politikfelder, die durch eine Koordinationsform allein gesteuert werden können. Taiwan, als ein neu entstandenes Industrieland durchlebte im Laufe des Modernisierungsprozesses, der Ende des 19. Jahrhunderts begann, vielfältige Veränderungen sowohl im politischen, im ökonomischen als auch im kulturellen Bereich. Die taiwanesische Regierung, die als einziges zentrales Steuerungssubjekt fungiert, verliert allmählich an Legitimität. Die pluralistische Entfaltung der Gesellschaft und insbesondere die der gesellschaftlichen Kräfte bedroht seit Mitte 1980er Jahre die Legitimität des Staates mit seiner monopolen Machtposition. Übermäßige staatliche Intervention ist hier in Frage gestellt geworden. Die gesellschaftlichen Akteure verlangen ihre eigene Autonomie, so wie die Ärzteschaft ihre professionelle.

Selbststeuerung ist neben den hierarchischen und marktförmigen Steuerungsformen als ergänzende Steuerungsform in der taiwanesischen Gesundheitsversorgung einzusetzen. Ein Teil der öffentlichen Aufgaben von den selbstregulierenden Organisationen übernommen werden, insofern werden die Anforderung an den Staat vermindert. Der Staat ist somit gezwungen, neue Überlegungen über seine Funktionen und Aufgabenbereiche anzustellen. Vor diesem Hintergrund sollte die taiwanesische Regierung angemessen und rechtzeitig ihre Rolle und ihren Aufgabenbereich neu definieren. Die herkömmlich eingesetzten Steuerungsformen, Staat und Markt, reichen nicht mehr aus, um die sozialen Beziehungen und Tatbestände in die gewünschte Richtungen zu lenken. Auch die verbandlichen Organisationen sind mit steuernden Potentialen ausgestattet. Diesen Organisationen sollte der Staat die Selbstregulierungsbefugnisse übertragen. Die Miteinbeziehung der kollektiven Verbände in die Selbstregulierungsebene hat zwei Vorteile. Der eine ist die Berücksichtigung der professionellen Autonomie und Entfaltung der anderen sozialen

Kräfte. Der andere ist, daß der Staat von den überforderten Steuerungsaufgaben entlastet wird.

Aus dem oben Ausführungen läßt sich schließen, daß in Taiwan eine neue Vorstellung über die Staatsaufgabe entwickelt werden sollte. Das Verhältnis zwischen Staat, Gesellschaft und individuellen Akteuren sollte derart bestimmt werden, daß eine wirksame Aufgabenerfüllung im ordnungspolitischen Sinne erfolgen kann.

Anhangstabelle 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in einzelnen Versicherungszweigen

Jahr Versicherungs-Zweige	1972	1975	1980	1981	1982	1983	1984
Beamtenversicherung							
Summe (Mill..)	307	443	962	1.314	1.523	1.792	2.173
Ambulanter Sekto (A1)	176	241	494	660	773	929	1.121
Stationärer Sktor (B1)	131	202	468	654	750	872	1.052
A1/B1	1,34	1,19	1,06	1,01	1,03	1,07	1,07
Kosten pro Kopf (NT $)	950	1.233	2.318	3.242	3.582	4.114	4.821
Arbeiterversicherung							
Summe	447	1.212	4.687	7.001	9.193	10.757	13.792
Ambulanter Sektor (A2)	272	766	2.897	4.034	5.329	6.109	7.687
Stationärer Sektor (B2)	175	446	1.790	2.967	3.863	4.647	6.105
A2/B2	1,55	1,71	1,62	1,36	1,38	1,31	1,26
Kosten pro Kopf (NT $)	428	835	1.963	2.653	3.237	3.455	3.946
Gesundheitsversicherung für Landwirte							
Summe (Milli.)							
Ambulanter Sektor (A3)							
Stationärer Sektor (B3)							
A3/B3							
Kosten pro Kopf (NT $)							
Summe von drei Versicherungszweigen (Milli.)	754	1.655	5.649	8.315	10.716	12.549	15.965

Quelle: Statistical Data for Govrnment Employee´s Insurance ROC, 1994, Central Trust of China (AZK), S. 124-125, 351, 356, 362, 368; Statistical Data for Taiwan-Fukien Area Labor Insurance ROC, AAV 1994, S. 250-251, 262-263, 156, 108, 92-92; Statstical Data for Taiwan-Fukien Area Labor Insurance ROC, AAV 1994, S. 290-291, 308-311.

Fortsetzung von Anhangstabelle-1

Jahr Versicherungs- Zweige	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Beamtenversicherung									
Summe (Mill..)	2.497	2.673	2.937	3.054	3.140	3.595	4.126	4.768	5.258
Ambulanter Sekto (A1)	1.319	1.446	1.589	1.729	1.844	2.220	2.616	3.054	3.471
Stationärer Sktor (B1)	1.178	1.227	1.348	1.334	1.296	1.375	1.510	1.714	1.789
A1/B1	1,12	1,18	1,18	1,30	1,42	1,61	1,73	1,78	1,94
Kosten pro Kopf (NT $)	5.405	5.596	6.019	6.201	6.166	6.805	7.507	8.514	9.192
Arbeiterversicherung									
Summe	17.947	18.754	24.803	25.638	32.978	31.603	33.155	62.301	60.085
Ambulanter Sektor (A2)	9.887	10.394	14.080	13.768	19.886	17.677	18.885	44.284	40.939
Stationärer Sektor (B2)	8.060	8.360	10.723	11.870	13.092	13.926	14.270	18.017	19.145
A2/B2	1,23	1,24	1,31	1,6	1,53	1,27	1,32	2,46	2,14
Kosten pro Kopf (NT $)	4.667	4.297	4.948	4.553	5.264	4.744	4.722	8.322	7.606
Gesundheitsversicherung für Landwirte									
Summe (Milli.)	0.76	448	987	1.464	4.531	10.836	11.304	23.255	22.018
Ambulanter Sektor (A3)	0.68	177	403	578	2.096	4.628	4.822	13.427	12.544
Stationärer Sektor (B3)	0.08	271	584	885	2.435	6.208	6.482	9.778	9.473
A3/B3	8,5	0,65	0,67	0,5	0,86	0,75	0,74	1,37	1,32
Kosten pro Kopf (NT $)	8	4.076	7.409	4.653	4.835	7.284	6.973	13.842	12.876
Summe von drei Versicherungszweigen (Milli.)	0.444,76	21.875	28.727	30.156	40.649	46.034	48.585	90.324	87..361

Anhangstabelle 2: Entwicklung der Anzahl der vertraglichen Leistungsanbieter in Taiwan nach der Einführung der NHI ab 1. März 1995

Datum	Westliche Moderne Kran	**Chinesische Kranken-Häuser**	**Chinesische** Arztpraxen	Westliche Arztpraxen	Praxe derder Zahnärzte		Vertagliche Apot	Zugewiesene medizinische Lab
3. 1995	613	70	1478	7273	4243	13677		
4. 1995.	675	100	1468	7107	4363	13713		0
5.1995	669	106	1479	7178	4383	13815	206	0
9. 1995	676	103	1546	7470	4553	14348	614	0
3. 1996	687	101	1656	7686	4669	14799	1108	144*
9. 1996	663	93	1690	7999	4801	15246	2310	145
3. 1997	662	88	1750	8115	4875	15490	2842	210
9. 1997	655	81	1809	8226	4961	15732	3274	224
10. 1997	657	80	1813	8286	4979	15815	3313	224
11.1997	657	79	1817	8346	4996	15898	3352	223

Quelle: ZeNHI (1997): Tabelle 1: Statistische Daten von Anzahl der vertraglichen Leistungseinrichtungen, Taiwan Medical Journal, Vol. 41, Nr. 1, S. 66.

Fortsetzung Anhangstabelle-2

Datum	Pflege-Rische Einrich-Tungen	Hebammen-praxen	Gemeindle-einrichtungen für geistige Rehabilitation
3. 1995			
4. 1995.			
5.1995	54	0	
9. 1995	77	0	
3. 1996	96	29**	
9. 1996	102	31	
3. 1997	118	29	10***
9. 1997	143	28	13
10. 1997	145	28	16
11.1997	147	28	19

Ahangstabelle-3 : Verteilung der Beiträge unter den Versicherten, den Versicherungsanträgern und der Regierung im Dezember 1995

Versichertengruppe	Versicheten	Durchschnitt-liche bezahlte Beiträge	Durchschnittliche Zahl der Beitragszahler jeder Familie	Eingeschätzte der Gesamten Beiträge
	(person)	(TN$)	(Perosn)	(TN$)
Beamten und Lehrkräfte in Öffentlichen Lehranstalten	510,130	423	2.35	1,267,736,816
Angestellte in öffentlichen und privaten Unternehmen	4859,827	279	1.75	7,909,368,443
Angestellte mit bestimmten Beschäftiger	219,949	345	1.95	493,235,633
Beschäftiger und Selbständiger	250,174	1941	1.2	582,705,281
Gewerkschaftliche Arbeitnehmer	2340,735	448	1.72	3,006,127,936
Landwirte und Fischer	1988,087	210	1.51	2,101,407,959
Angehörige der Soldaten	32,284	398	2.14	68,742,321
Einkommensschwäche	111,753	0	0	103,371,525
Veternane und ihre Familieangehörige	379,948	0	1.56	351,451,900
Angehörige der Veteranene und ihre Familienangehörige	213,666	278	..	197,641,050
Distrikte Bevölkerungsgruppen	520,022	555	1.7	817,734,595
Summe	11,212,909			16,899,523,458 (100)

Quelle: Tabelle 4-2 in der „Evaluation und Aussicht der NHI (1998), S. 37.

Fortsetzung von Anhangstabelle-3

Versichertengruppe	Aufteilung der Beitragszahlung			Beträge der Beitragszahlung		
	Regierung	Versicher-Ungsbean-träger	Versicherten	Regierung	Versicherungs-Beanträger	Versicherten
Beamten und Lehrkräfte in Öffentlichen Lehranstalten	0	60	40	0	760,642,090	507,094,727
Angestellte in öffentlichen und privaten Unternehmen	10	60	30	790,936,844	4,745,621,066	2,372,810,533
Angestellte mit bestimmten Beschäftiger	10	60	30	49,323,563	295,941,380	147,970,690
Beschäftiger und Selbständiger	0	0	100	0	0	582,705,281
Gewerkschaftliche Arbeitnehmer	40	0	60	1,202,451,174	0	1,803,676,762
Landwirte und Fischer	70	0	30	1,470,985,571	0	630,422,388
Angehörige der Soldaten	0	6 0	40	0	41,245,393	27,496,928
Einkommensschwäche	100	0	0	103,371,525	0	0
Veternane und ihre Familieangehörige	100	0	0	351,451,900	0	0
Angehörige der Veteranene und ihre Familienangehörige	70	0	30	138,348,735	0	59,292,315
Distrikte Bevölkerungsgruppen	40	0	60	327,093,838	0	490,640,757
Summe				4,433,963,151 (26.24)	5,843,449,927 (34.58)	6,622,110,380 (39.19)

Anhangstabelle-4: die 17 Medizin-Regionen und ihre medizinischen Einrichtungen auf Taiwan

Einrichtunge Medizin-Regionen	Medizinzentren (eins. Quasi-Medizinzentren)	Regionale Krankenhäuser (eins. Quasi-regionaler Krankenhäuser)	Distrikte Krankenhäuser (eins. Distrikte Ausbildungs-krankenhäuser)	Krankenhäuser Für Geisteskranke
Norden Gebiet	**9**	**22**	**129**	**14**
Jilong-Region	-	2	6	1
Taipei-Region	8	14	74	12
Yilan-Region	-	2	9	0
Taoyuan-Region	-	3	23	1
Xinzhu-Region	-	1	17	0
Mittel Gebiet	**4**	**10**	**127**	**3**
Miaoli-Region	-	0	17	0
Taizhong-Region	2	9	42	1
Nantou-Region	-	0	12	1
Zhanghua-Region	-	1	37	1
Yunglin-Region	2	0	19	0
Süden Gebiet	**4**	**12**	**194**	**7**
Jiayi-Region	-	3	13	0
Tainan-Region	1	4	50	1
Gaoxiong-Region	3	4	92	4
Pingdong-Region	-	1	36	2
Penghu-Region	-	0	3	0
Osten Gebiet	**0**	**4**	**8**	**1**
Taidong-Region	-	1	3	0
Hualian-Region	-	3	5	1

Datenquelle: Zentralbehörde für Gesundheit (1999): Die Statistischen Tabellen über den Zustand der Medizinischen Einrichtungen und Leistungsmenge der Krankenhäuser in Taiwan 1998, Anhangstabelle 2: Zahl der Krankenhäuser in Taiwan - abgestuft nach der Akkreditierungsstufe, S. 34, und Anhangstabelle 1: Zahl der Leistungsanbieter - eingeteilt gemäß dem Besitzzustand, S. 33.

Fortsetzung von Anhangstabelle-4

Westliche Ärztliche Praxen	Praxen für chinesischen Medizin	Zahnärztliche Praxen
3.702	**856**	**2.557**
222	33	93
2.360	565	1.942
173	29	76
618	158	281
329	71	165
2.530	**787**	**1.316**
220	49	75
1.313	449	829
241	68	92
446	171	229
310	50	91
2.955	**582**	**1.319**
358	78	143
901	193	384
1.278	249	671
368	59	111
50	3	10
272	**33**	**85**
96	7	26
176	26	59

Anhangstabelle-5

Chinesische Interviews mit den Experten und Beamten

Interviewte		Datum
Prof. Dr. Chen, Mei-Yun	Department of Public Health an der Fu-Ren Universität, Xin-Zhuang,	06. März 1997
Prof. Dr. Yang, Zhi-Liang	Department of Health Management an der National Taiwan Unversität	13. März 1997
Prof. Dr. Lan, Zhong-Fu	Department of Public Health an der Yang-Ming Universität	13. März 1997
Vize-Prof. Huang, Yue-Gui	Department of Health Management an der Chang-Geng Medizinische Fakultät	17. März 1997
Vize-Prof. Wu, Xiao-Qi	Department of Public Health an der Yang-Ming Unversität	17. März 1997
Dr. Song, Rui-Lou	Direktor der Sun-Yi-Xian Krankhauses als Krebsbekämfungszentrum	19. März 1997
Xiu, Guang-Zheng	Man-Power Planning in the CEPD	20. März 1997
Vize-Prof. Li, Long-Teng	Medizinische Fakultätlculty an der National Taiwan University	31. März 1997
Dai, Gui-Ying	Manager of Department of Medical Management of NeNHI	02. April 1997
Zhang, Bi-Fu	Mitglied der Aufsichtskommission für NHI	09. April 1997
Dr. Shi, Yao-Tang	Leiter von Abteilung für Gesundheit der Provinzregierung	12. April 1997
Shen, Fu-Xiong	Abgeordnete im Parlament	14. April 1997
Liu, Hong-Wen	Direktor der Abteilung hausärztlicher Ausbildung an der Gao-Xiong Medizinischen Fakultät	16. April 1997
Vize-Prof. Chen, Wu-Zong	Medizinsoziologie an der Gao-Xiong Medizinischen Fakultät	16. April 1997
Vize-Prof. Chen, Xiao-Ping	Forschungsinstitut für die Soziale Wohlfahrt	17. April 1997
Zhang, Jing-Wen	Direktor des Vorstandes des Verband für Krankenhäuser in der Republik China	21. April 1997
Prof. Dr. Chang, Li-Yung	Forscherin an der Academca Sinica	21. April 1997
Prof. Dr. Wu, Kai-Xun	National Taiwan University und Sociological Department of Zheng-Zhi Unversity	23. April 1997

Englisch, deutsche und niederländische Literatur:

Abel-Smith, Brian (1994): *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*, London/New York: Longman.

Abholz, von Heinz-Harald, (1994): Gesundheitsbedürfnisse im Wandel: Modelle und Zwänge gewandelter Krankenversicherungssysteme. Soziale Sicherheit 1, S. 20-23.

Abholz, Heinz-Harald, (1995): Plädoyer für ein Pauschalsystem, Die Honorierung ärztlicher Leistungen ist reformbedürftig. Soziale Sicherheit 2/1995, S. 47-52.

Abholz, Heinz-Harald (1995): Qualitätssicherung im ambulanten Bereich – Zerstörung oder Rettung eines ganzheitlichen Arbeitsansatzes. in: Deppe, H.-U./Hiannes Frieduch/Rainer Müller (Hrsg.), *Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 36-54.

Ahrens, Hans-Jürgen, (1995): AOK-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. in: Hölling, Günter/Pertersen, Erik(Hrsg.): *Zukunft der Gesundheit*, Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 211-220.

Alber, Jens (1989): Die Steuerung des Gesundheitswesens in vergleichender Perspektive. Journal für Sozialforschung, 29. Jg., Heft 3, S. 259-284.

Alber, Jens (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. in: Schmidt, Manfred G. (Hrg.), *Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen*, Opladen: Westdeutscher Verlage, S. 116-150.

Alber, Jens, (1992): Bundesrepublik Deutschland. in: Alber,Jens/ Bernardi-Schenkluhn,Briggitte 1992: *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S.31-176.

Alber, Jens (1992): Großbritannien. in: Alber, Jens/ Bernardi-Schenkluhn, Briggitte (Hrsg.), *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 533-621.

Alemann, Ulrich v./Heinze, Rolf G.(Hrsg.) (1981): *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Analysen, Positionen, Dokumente*, 2. Auflag, Opladen: Westdeutscher Verlag.

Allgulander, Elisabeth/Haglund, Bo/Janlert, Urban., et.al., (1983): *Primary Health Care and Prevention in Sweden, A Presentation March 1983*, Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin.

Allsop, Judith (1995): *Health Policy and the NHS Towards 2000*, London/New York: Longaman.

Allsop, Judith/Mulcahy, Linda (1996): *Regulating Medical Work. Formal and informal controls*, Buckingham/Philadephia: Open University Press.

Anand, Paul/McGuire, Alistair (ed.) (1997): *Changes in Health Care: Reflections on the NHS Internal Market*, Hampshire et al.: MACMILLAN.

Appleby, John (1992): *FINANCIAL HELATH CARE IN THE 1990s*, Buckingham/Philadephia: Open University Press.

Apter, David E. (1987): *Rethinking Development. Modernization, Dependency, and Postmodern Politics*, Newbury Part et al.: SAGE Publications.

Apelt, Peter, (1991): Gleichheit und Ungleichheit im Gesundheitswesen der DDR. MMG 16, S. 27-33.

Arbeitskreis Medizinerausbildung (1989): *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 26, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher Verlag.

Arbeit und Sozialpolitik (2000): Gesundheitspolitik: Was bleibt von der GKV-Gesundheitsreform 2000?. Arbeit und Sozialpolitik 1-2/2000, S. 32-40.

Arnold, Michael/Armann, Walburga, (1991): Zur Vergütung des Kassenarztes, 7-8, S. 29-32.

Arnold, Michael/Schirmer, Berndt (1990): *Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Arrow, Kenneth J. (1985): Problems of Resource Allocation in United States Mecial Care. in: Ders., *Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Volume 6. Applied Economics, S. 70-88.

Arrow, Kenneth J. (1985): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. in: Ders., *Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Volume 6 Applied Economics, S. 15-50.

Arrow, Kenneth J. (1985): Theoretical Issues in Health Insurance. in: Ders., *Collected Papers of Kenneth J. Arrow*, Volme 6 Applied Economics, S. 208-233.

Audit Commission (1993): *Practices Make Perfect: The Role of the Family Health Service Authorities*, London: HMSO.

Audit Commission (1995): *Briefing on GP Fundholding*, London: HMSO.

Audit Commission (1996): *Balancing the Care Equation: Progress with Community Care. Community Care Bulletin Number 3*, London: HMSO.

Badura, Bernhard, (1995): Neuorientierung der Gesundheitsplanung. in: Hölling, Günter/Pertersen, Erik(Hrsg.), *Zukunft der Gesundheit*, Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, S. 113-126.

Badura, Bernhard/Feuerstein, Günter., (1994): *Systemgestaltung im Gesundheitsweisen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkteiten ihrer Bewältigung*, Weinheim und München: Juventa Verlag.

Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner (1999): Sozialwissenschaftlicher Gutachtenteil. in: Badura, Bernhard u.a.., *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 39-101..

Baggot, Rob (1994): *HEALTH AND HEALTH CARE IN BRITAIN*; Hampshire: MACMILLAN PRESS LTD.

Baier, Horst (1978*): Medizin im Sozialstaat. Medizinsoziologische und medizinpolitische Aufsätze*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Bakker, F.M./Vliet, R.C.J.A. van (1995): The Introduction of deductibles for prescription drugs in a national health insurance: compulsory or voluntray?. Health Policy, 31, S. 53-65.

Baldwin, Peter (1990): *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of European Welfare State 1875-1975*, Cambridge et al.: Cambridge University Press.

Bandelow, Nils C.(1998): *Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reform*, Opladen: Leske + Budrich.

Bannerman, Robert H./Burton, John/Ch'en, Wen-Chieh (ed.)(1983): *Traditional medicine and health care coverage. A reader for health administrators and practitioners*, Geneva: World Health Organisation.

Bartlett, Will (1994): Die Reform des britischen Gesundheitssystems von 1990 – privatisierung, non-profit-Trusts and Käufer-Anbieter-Verträge. in: Blanke, Bernhard (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske+Budrich, S. 149-171.

Bartlett, Will/Carol Propper/Deborah Wilson/Julian Le Grand (ed.) (1994): *QUASI - MARKETS IN THE WELFARE STATE. The emerging findings*, Bristol: SAUS Publications.

Bayles, Michael D. (1989): *Professional Ethics*, Belmont/California: Wadsworth Publising Company.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bergmann, G. (Hrsg.), (1989): *Psychosomatische Grundversorgung: Mit Richtlinien und Kommentar,* Berlin/Heidelberg/New York et al.: Springer-Verlag.

Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992): Politischer Problemdruck und aktuelle Reformstrategien im Vergleich. in: Alber, Jens/ Bernardi-Schenklhun, Brigitte *Westeuropäische Gesundheitssysteme im Vergleich: Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 623-700.

Berger Peter L./Thomas Luckmann, (1995): *Die Gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit: Eine Theorie der Wissenssoziologie*, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Bevan, A. (1946): *Hansard (House of Common*), 30 April 1946, col. 45 and 52.

Birch, Stephen/Alan Maynard (1988): Performance Indicators. in: Maxwell, Robert (ed.), *Reshaping The National Health Service*, New Brunswick/Oxford: Transaction Books, S. 51-64.

Birenbaum, Arnold (1997): *Managed Care. Made in America*, Westport: Praeger

Blanke, Bernhard, (1994): „Governance" im Gesundheitswesen. in: Blanke, Bernhard (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske + Budreich, S. 13-35.

Blom, J.C.H. (1993): VIII Niderland sinds 1830. in: J.C.H. Blom/ E. Lamberts (ed.), *Geschiedenis van de Nederlanden*, Rijswikj: Nijgh & Van Ditmar Universitair, S. 308-365.

Bodenheimer, Thomas/Sullivan, Kip (1997): The Logic of Tax-Based Financing for Health Care. International Journal of Health Services, Vol. 27, Nr. 3, S. 409-425.

Boerma, W.G.W./Fleming, D.M., (1998): *The Role of General Practice in Primary Health Care*, World Health Organisation.

Boot, J. M./Jurg, E. (1991): Besluitvorming op macroniveau. in: Aakster, C.W./ Kuiper, G./ Groothoff, J.W., *Medische sociologie: Een algemene inleiding in de toegepaste sociologie op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg*, Groningen: Wolters Noordoff, S. 43-51.

Boot, J. M./ Knapen, M.H.J.M. (1994): *De Nederlandse gezondheidszorg*, Den Haag: Aula.

Botzenhardt, Friederike (1995): *Das Primärarztmodell in Verbindung mit kombinierten Budgets. Eine Analyse des Konzepts als Reformoption für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland*, Diplomarbeit in Universität zur Köln.

Brewer, R.C. (1985): *The Local Authority Associations and the Reorganisation of the National Health Service in 1974*, Kent: Volturna Press.

Breyer, Friedrich/Zweifel, Peter, (1992): *Gesundheitsökonomie*, Berlin/Heidelberg/New York: Springer-Lehrbuch.

Brody, Baruch A., (1988): The Marco-Allocation of Health Care Resources. in: Sass, H.-M/Massey, Robert U., (ed.), *Health Care Systems: Moral Conflicts in European and American Public Policy*, Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, S. 213-236.

Buci-Glucksmann, Christine/Therborn, Göran (1982): *Der sozialdemokratische Staat: Die „Keynesianisierung" der Gesellschaft*, Hamburg: VSA-Verlag.

Buchanan, James M. (1954a): Social choice, democracy, and free markets. Journal of Political Economy, 62, S. 114-123.

Buchanan, James M. (1954b): Individual choice in voting and the market. Journal of Political Economy, 81, S. 334-343.

Burstall, Michael L., (1997): The Management of the cost and ulitisation of pharmaceuticals in the United Kingdom. Health Policy, 41 Suppl. S. 27-43.

Butzlaff, M. E./Kurz, Gabriele K./Käufer, Katrin (1998): Managed Care im Brennpunkt. Gesundheitswesen 60, S. 279-282.

Calnan, Michael/Jonathan Gabe (1992): Recent developments in general practice: a Sociological analysis. in: Gabe, Jonathan/Michael Calnan/Michael Bury (eds.), *The Sociology of the Health Service*, London/New York: Routledge, S. 140-161.

Cawson, Alan (1982): *Corporatism and Welfare: Social Policy and State Intervention in Britain*, London: Heinemann Educational Books Ltd.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1994): *Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1972-1992*, ´s-gravenhage.

Centraal Bureau voor de Statistiek (1997): *Kosten en financiering van de gezondheidszorg 1996*, ´s-gravenhage.

Chernichovsky, Dov, (1995): Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm. The Milbank Quarterly, Vol. 73, No. 3, p. 339-372.

Chernichovsky, Dov/Chinitz, David (1995): The Political Economy of Health System Reform in Israel. Health Economics, Vol. 4, S. 127-141.

Coleman, J. S., (1979): *Macht und Gesellschaftsstruktur*, Tübingen: Mohr.

Coleman, James. S.(1994): *Foundations of Social Theory*, Cambridge/Massachusetts/London: The Belknap Press of Harvard University Press.

Commissie-Biesheuvel (1994): *Modernisering Curatieve Zorg*.

Cook, Tony (1996): The NHS reforms and the finance function. in: Spurgeon, Peter (ed.*), The New face of NHS*, Endingburgh et al.: Churchill Livingstone, s. 46-71.

Council on Ethical and Judicial Affairs of American Medical Association (1995): Ethical Issues in Managed Care. JAMA, Vol. 273, No. 4, S. 330-335.

Couter, Angela (1995): Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. European Journal of Public Health, 5, S. 233-239.

Culyer, A.J., (1980): *The Political Economy of Social Policy*, Oxford: Martin Robertson.

Culyer, A.J., (1991): The Natur of the Commodity „Health Care" and its Efficient Allocation. In: Culyer, A.J(ed.), *The Economics of Health Volume II*, S. 31-53.

Culyer, A.J./Alan Maynard/John Posnett (ed.) (1990): *COMPETITION IN HEALTH CARE. Reforming the NHS*, London: MACMILLAN PRESS.

Czada, Roland (1994): Konjunkturen des Korporatismus: Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung. in: Streeck, Wolfgang (Hrsg.), *Staat und Verbände, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 25*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 37-64.

Dahme, Heinz-Jürgen/Grunow, Dieter (1983): Die Implementation persuasiver Programme. in: Mayntz, Renate (Hrsg.), *Implementation politischer Programme II: Ansätze zur Theoriebildung*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 117-141.

Dam, F. van/ Pool, J./ Hingstman, J. (1989): *Figures from the information system on professionals in Dutch primary health care for 1988*, Utrecht: NIVEL.

De Bruin, M./ Schut, F. T. (1990): Overheidsbeleid en Ziekekostenverzekerin. in: Maarse, J.A.M./ Mur-Veeman, I. M. (ed.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen/Maastricht: Van Gorcum, S. 114-149.

De Groot, G.R.J./ Daalder, E.J. (1985): *De Wet tarieven gezondheidszorg*, Deventer: Kluwer.

Dehue, R. R.G. (1997): Zorgcontractering door zorgverzekeraars. in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, SFB 39/OCZ 7/39-60.

Dekker, Evert (1994): Health Care reforms and public health. European Journal of Public Health, Vol. 4, S. 281-286.

Delnoij, D. M.J. (1997): Honorering van artsen en kosten van gezondheidszorg. in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 3, SFG 26/107-135.

De Melker, R.A. (1997): The Family Doctor. in: Schrijvers, A. J. P. (ed.), Health and Health Care in *the Netherlands. A critical self-assessment of Dutch experts in medical and health sciences*, Utrecht: De Tijdstroom, S. 60-72.

Deppe, Hans-Ulrich/ Friedrich, Hannes/Müller, Rainer(Hrsg.) (1995*): Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen*, Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Deutscher Sozialrechtsveband (1994): *Freiheit und Bindung bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen*, Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes 38, Wiesbaden: Verlag Chmielorz GmbH.

De Vries, Pety (1991): *Financiering van de gezondheidszorg: Leerboek voor het hoger en universitair onderwijs*, Deventer: Kluwer.

DoH (1987): *Promoting Better Health*.

DoH (1989a): *General Practice in the National Health Service, The 1990 Contract: The Government. programme for changes to GP´s terms of service and remuneration system*, London: HMSO.

DoH (1989b): *Working for Patients*, London: HMSO.

DoH (1989c): *Working Paper 1, Self-governing Hospitals*, London: HMSO.

DoH (1989d): *Working Paper 2, Funding and Contracts for Hospitals Services*, London: HMSO.

DoH (1989e): *Working Paper 3, Practice Budgets for General Medical Practitioners*, London: HMSO.

DoH (1989f): *Working Paper 4, Indicative Prescribing Budgets for General Medical Practitioners*, London: HMSO.

DoH (1989g): *Working Paper 6: Medical Audit*, London: HMSO.

DoH (1989h): *Working Paper 7: NHS Consultants: Appointments, Contracts and Distinction Awards*, London: HMSO.

DoH (1989i): *Working Paper 8: Implications for Family Practitioner Committees*, London: HMSO.

DoH (1990): *Working for Patients. Developing Districts Care for the 1990s*.

DoH (1991): *Implementing Community Care. Purchaser, Commissioner and Provider Roles.*

DoH (1992): *Long-term care for elderly people: Purchasing, providing and quality*, London: HMSO.

DoH (1997): *The new NHS. Modern. Dependable*, London: HMSO.

DHSS (1984): *Health Circular (84) 13 Implementation of NHS Management Inquiry Report*.

Döhler, Marian (1990): *Gesundheitspolitik nach der „Wende“: Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin: Ed. Sigma.

Döhler, Marian/Manow-Borgwardt, Philip, (1992a): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. Politische Vierteljahresschrift, Jahrgang 1992, XXXIII, S. 571-595.

Döhler, Marian/Philip Manow-Borgwardt, (1992b): Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. Staatswissenschaften und Staatspraxis 3, 64-106.

Döhler, Marian/Manow, Philip, (1995): Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.,(Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 140-168.

Döhler, Marian (1997a): *Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich*, Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Döhler, Marian/Manow, Philip (1997b): *Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren*, Opladen: Leske + Budrich.

Donabedian, Avedis (1982), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. 1*, Michigan: Health Administration Press.

Donaldson, Molla S./Yordy, Karl D./Lohr, Kathleen N. et al., (ed.) (1996): *Primary Care. America´s Health in a New Era*, Washington, D.C.: National Academy Press.

Dröge, Jürgen, (1991): *Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*, Regensburg: transfer verlag.

Drummond, Mike (1996): Assessing efficiency in the new NHS. in: Spurgeon, Peter (ed.), *The New face of the NHS*, Edingburgh et al.: Churchill Livingstone, S. 73-85.

Düllings, Josef, (1991): Staatsdominanz und ihre Folgen für die Entwicklung der ambulantenVersorgung Ostdeutschlands. MMG 16; S. 13-20.

Eberle, Gudrun (1998): Die Entwicklung der GKV zum heutigen Stand. Sozialer Fortschritt, Jg. 47, Heft 3, S. 53-58.

Eisenstadt, S. N. (1966): *Modernization: Protest and Change*, Engelwood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.

Elsinga, E. (1997): Tien jaar stelselwijzing in de Nederlandse gezondheidszorg. in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 1, SFG 29/15-49.

Emanuel, Ezekiel, J./Dubler, Nancy Neveloff (1995): Preserving the Physician-Patient Relationship in the Era of Managed Care. JAMA, Vol. 273, No. 4, S. 323-329.

Engelen-Kefer, Ursula (1998): Wohin steuert unser Gesundheitswesen? Eine kritische Bestandsaufnahme. Soziale Sicherheit, 47 J. Heft 5, S. 161-166.

Engelhardt, H. Tristram, (1990): Die Einführung von Zugangsbeschränkungen für kostenintensive lebensrettende medizinische Behandlung. in: Sachße, Christoph/Engelhardt, H.Tristram (Hrsg.), *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S.289-312.

Enthoven, Alain C. (1988): *THEORY AND PRACTICE OF MANAGED COMPETITION IN HEALTH CARE FINANCE*, AMSTERDAM/ NEW YORK/ OXFORD et al: NORTH-HOLLAND.

Evans, Philip (1994): Die Allgemeinmedizin in Großbritannien. Hamburger Ärztblatt, 6, S. 198-200.

Felkner, Christian (1996): Der Bedarf einer Strukturreform im Gesundheitswesen - Ausgabe- oder Strukturkrise als Ursache?. in: Düllings, J. et al., *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen: Beiträge der AG Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie der DGSMP*, Schriftenreihe zum Managementhandbuch Krankenhaus; Bd. 2, Heidelberg: v. Decker, S. 7-30.

Ferber, Christian von (1990): Die Qualitätssicherung durch interkollegialen Erfahrungsaustausch: Qualitätszirkel – ein Weg zur Verbesserung primärärztlicher Kompetenz?, in: *Symposium zur Qualitätssicherung Teil I. Stationäre und ambulante medizinische Versorgung – Bestandsaufnahme und Perspektiven* , Forschungsbericht 203 Bundesminister für Arbeit und Sozialforschung, S. 245-260.

Ferber, Chritian Von, (1975): *Soziologie für Medizin. Eine Einführung*, Berlin/Heidelberg/New York:Springer-Verlag.

Feuerstein, Günter (1994): Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft. in: Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter, *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, Weinheim/ München: Juventa Verlag, S. 155-210.

Feuerstein, Günter (1994): Schnittstellen im Gesundheitswesen – Zur (Des)Integration medizinischer Handlungsstrukturen. in: Badura, Bernhard/ Feuerstein, Günter, *Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung*, Weinheim/ München: Juventa Verlag, S. 211-254.

Fleming, Douglas M. (1993): *The European Study of Referrals from Primary to Secondary care*, Amsterdam: Thesis Publishers.

Francke, Robert/Hart, Dieter (1999): Rechtswissenschaftlicher Gutachtenteil, in: Badura, Bernhard u.a., (1999), *Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 135-304.

Freidson, Eliot, (1975): *Dominaz der Experten*. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung, München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg.

Freidson, Eliot, (1979): *Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Freidson, Eliot (1986*): Professional Power. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*, Chicago/London: the University of Chicago Press.

Fuchs, C., (1992): Probleme der Makro- und Mikroallokation. in: Schubert, J. Mohr Ch. (Hrsg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin/Heidelberg/New York et al.: Springer-Verlag, S. 67-77.

Gabor Kiss, (1975): *Einführung in die soziologischen Theorien II*, Opladen, Westdeutscher Verlag

Germani, Gino (1981): *The Sociology of Modernization. Studies on Its Historical and Theoretical Aspects with Special Regard to the Latin American Case*, New Brunswick/London: Transaction Books.
Gäfen, Gerard (1990): *Gesundheitsökonomie Grundlagen und Anwendungen*, Baden-Baden: Nomos Verlag.

Gäfen, Gerard (1988): Kollektivverhandlungen als konstitutiver Allokationsmechanismus korporatistischer Ordnung, in: Gäfen, Gerard (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 61- 89.

Gerhardt, Uta (1989): *Ideas about Illness. An Intellectual and Political History of Medical Sociology*, Hampshire/London: Macmillan.

Gerlach, Ferdinand M./Bahrs, Ottomar (1994): *Qualitätssicherung durch hausärztliche Qualitätszirkel: Strategien zur Etablierung*, Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.

Gilley, Judy (1999): Meeting the information and budgetary requirements of primary care groups. BMJ, Vol. 318, S. 168-170.

Glagow, M./Willke, H. (Hg.) (1987): *Dezentrale Gesellschaftssteuerung - Probleme der Integration polyzentrischer Gesellschaft*, Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Glennerster, Howard (1996): Fixed Budgets for Fundholding General Practitioners in the UK. in: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Glennerster, Howard/Saltman, Richard B. (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester et al.: John Wiley& Sons, S. 213-228.

Glennester, Howard (1997): *PAYING FOR WELFARE towards 200*, London et al.: PRENTICE HALL EUROPE.

Glennerster, Howard/Manos Matsaganis/Patricia Owens et al., (1994): *IMPLEMENTING GP FUNDHOLDING. WILD CARE OR WINNING HAND?*, Buckingham/Philadephia: Open University Press.

Granovetter, Mark, (1991): Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. American Journal of Sociology, Vol. 91, No. 3, p. 481-510.

Granovetter, Mark, (1992): Economic Institutions as Social Construction: A Framework for Analysis. Acta Sociologica , 35: 3-11

Greß, Stefan (2000): Regulierter Wettbewerb im Krankenversicherungswesen der Niederlande. Sozialer Fortschritt, Jg. 49, Heft. 2-3, S. 37-41.

Groenewegen, P.P. (1993): Primary Health Care in the Netherlands: From Imperfect Planning to an Imperfect Market?. in: Chinitz, David P./ Cohen, Marc A. (ed.), *The Changing Roles of Government and the Market in Health Care Systems*, Jerusalem: JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, S. 41-64.

Groenewegen, P.P. (1994): The Shadow of the Futur: Institutional Change in Health Care. Health Affairs, Vol. 13, Nr. 5, S. 137-148.

Grol, Richard (1994): Qualitätssicherung und Qualifizierung in der Hausarztmedizin der Niederlande. Hamburger Ärzteblatt, 6, S. 205-209.

Gründel, Johannes (1984): Arzt-Patient-Gesellschaft: Perspektiven eines Vertrauensverhältnisses. Theologisch-ethische Überlegungen zur Verantwortung angesichts zunehmender Vergesetzlichung. in: Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.), *Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen*, Düsseldorf: Patmos Verlag, S. 130-151.

Grunow, Dieter, (1983): Interorganiasationsbeziehungen im Implementationsfeld und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung und die Zielerreichung politischer Programme. in: Mayntz, Renate (Hrg.*), Implementation politischer Programme II: Ansätze zur Theoriebildung*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 142-167.

Grünwald, C. A. (1990): De groei van de gezondheidszorg. in: Maarse, J.A.M./ Mur-Veeman, I. M. (ed.), *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen/Maastricht: Van Gorcum, S. 28-51.

Haan, W. de/ Lisdonk, E. H. van de/ Voorn, Th. B. (1992): *De kern van de huisartsgeneeskunde*, Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.

Haines, Andrew/Stephen Iliffe (1993): Primary health care. in: Beck, Eric/Susan Lonsdale/Stanton Newman et al., (ed.), *in the Best of Health? The status and future of health care in the UK*, London et al.: Chapman & Hall, S. 21-42.

Ham, Chris (1992): *The New National Health Service Organisation and Management*, Oxford: RADCLIFFE MEDICAL PRESS.

Ham, Chris. (1993): *Health Policy in Britain: The Politics and Organisation of the National Health Service*, Hampshire: MACMILLAN.

Ham, Chris (1996): Population-Centered and Patient-Focused Purchasing: The U.K. Experience. The Milbank Quarterly, Vol. 74, No. 2, S. 191-214.

Ham, Chris (1996): Managed markets in health care: the UK experiment. Health Policy, 35, S. 279-292.

Ham, Chris (1996): Contestability: a middle path for health care. Cambines competition with planning. BMJ, Vol. 312, S. 70-71.

Ham, Chris (1997): Replacing the NHS market. The white paper should focus on incentives as well as directives. BMJ, Vol. 315, S. 1175-1176.

Ham, Chris (1997): Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy, Vol. 42, S. 49-66.

Ham, Chris/ Brommels, Mats (1994): Health Care Reform in the Netherlands, Sweden, and the United Kingdom. Health Affairs, S. 106-119.

Hardy, Brian/Mur-Veemanu, Ingrid/Steenbergen, Marijke et al., (1999): Inter-agency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery. Health Policy, Vol. 48, S. 87-105.

Harrison, M. L. (ed.) (1984): *Corporatism and the Welfare State*, Hampshire: Gower.

Harrison, Michael I./Calltorp, Johan (2000): The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care. Health Policy, Vol. 50, S. 219-240.

Harrison, Stephen/Choudhry, Nabila (1996): General Practice Fundholding in the UK National Health Service: Evidence to Date. Journal of Public Health Policy, Vol. 17, Nr. 3, S. 331-346.

Harrison, Stephen/Pollit, Christopher (1994): *CONTROLLING HEALTH PROFESSIONALS. The future of Work and Organisation in the National Health Service*, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Harteloh, P.P.M./Casparie, A. F. (1994): *Kwailteit van zorg*, Utrecht: De Tijdstroom.

Harvey, Ian (1996): Philosophical Perspecitves on Priority Setting. in: Coast, Joanna/Donovan, Jenny/Frankel, Stephen (ed.), *Priority Setting: The Health Care Debate*, Chichester et al.: John Wiley & Sons, S. 83-110.

Hasler, John (1993): The primary health care team: history and contractual farces. in: Pringle, Mike (ed.), *CHANCE AND TEAMWORK IN PRIMARY CARE*, London: BMJ Publishing Group, S. 55-62.

Hatcher, Peter R. (1997): The Health System of the United Kingdom. in: Raffel, Marshall W. (ed.), *HEALTH CARE AND REFORM IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES*, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

Hausman, Dan/Le Grand, Julian (1999): Incentives and health policy: primary and secondary care in the British National Health Service. Social Science & Medicine, 49, S. 1299-1307.

Henke, Klaus-Dirk, (1988): Funktionsweise und Steuerungswirksamkeit der Konzentierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG). In: Gerard Gäfgen (Hrsg.*), Neokorporatismus im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 113-158.

Henke, Klaus-Dirk (1993): Die Kosten der Gesundheit und ihre Finanzierung. Zeitschrift für die gesamte Versicheurungswissenschaft, 82. Band, S. 97-122.

Herder-Dorneich, Philipp., (1980*): Gesundheitsökonomik: Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag

Herder-Dorneich, Philipp, (1994): *Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Hillis, John (ed.) (1991): *The State of Welfare. The Welfare State in Britain since 1974*, Oxford: Clarendon Press.

Hingstman, L./ Harmsen, J. (1994): *Beroepen in de extramulare gezondheidszorg 1994*: Aanbod van beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de extramulare gezondheidszorg in de periode 1980-1993, Utrecht: De Tijdstroom/NIVEL.

Hoekman, P.H./ Houkes, J. (1990): *Economie van de zorgsector. Een inleiding in de economie van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening*, Groningen: Wolters-Noordhoff.

Hofmann, Uwe (1995): Kopfpauschalen in der ambulanten Versorgung. Erfahrungen in England, den Niederlanden und Dänemark. Soziale Sicherheit 2, S. 53-57.

Holahan, John/Blumberg, Linda A./Zuckerman, Stephen (1994): Strategies for Implementing Global Budgets. The Milbank Quarterly, Vol. 72, No. 3, S. 399-429.

Holldack-Heckmann, Friederike., (1981): *Gruppenpraxis, ambulante Versorgung und Krankheit: Zur medizinsoziologischen Analyse neuerer Formen ärztlicher Kooperation*,Frankfurt am Main. Bern: Peter Lang

Hollingshead, August. B./Redlich, Fredrick. C., (1958): *Social Class and Mental Illness, A*

CommunityStudy, New York:: Wiley.

Honigsbaum, Frank (1979): *The Division in British Medicine. A History of the separation of general practice from hospital care 1911-1968*, London: Kogan Page Ltd.

Hörnemann, Gerd (1996): Der Arzt im Netzwerk der Berufsorganisationen. Eine Profession im Blick des Neokorporatismus, in: Bauch Jost/Hörnemann, Gerd (Hrsg.), *Gesundheit im Sozialstaat. Beiträge zum Verständnis von Gesundheit und Politik*, Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, S. 137-166.

Huber, Ellis (1998): Die neue Gesundheit. Soziale Sicherheit, Jg. 47, Vol. 5, S. 179-182.

Hülsmeier, Christian (2000): Richtfest auf der Reformbaustelle. Soziale Sicherheit, Vol. 1, S. 2-5.

Hubben, J.H./ Roscam Abbing, H. D. C. (1993): *Gezondheidsrecht in perspectief*, Utrecht: De Tijdstroom.

Hutten, B.F./ Kerkstra, Ada. (ed.) (1996): *Home Care in Europe: A country-specific guide to its organisation and financing*, Hants/Vermont: Arena Ashgate Publishing Limited.

Illich, Ivan (1976): *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Penguin Books.

Ital, Bernd K., (1995): *Die Politik der Privatisierung in Großbritannien unter der Regierung Margret Thatcher*, Köln: Dissertation.

Jakobs, Klaus/Schräder, Wilhelm F., (1991): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum: Geordneter Wandel in der ambulanten medizinischen Versorgung: Das "Branderburg-Modell" der Umstrukturierung. Arbeit und Sozialpolitik, 5-6, S. 4-13.

James III, Tom/Nash, David B. (1995): Health Maintenance Organizations: A New Development or the Emperor´s Old Clothes?. in: Rothstein, William G. (ed.), *Readings in American Health Care*, Wisconsin: The University of Wisconsin Press, S. 266-277.

Kaufmann, Franz-Xaver (1982): Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention, in: Kaufmann, Franz-Xaver(Hrg.), *Staatliche Sozialpolitik und Familie*, München/Wien: R. Oldenbourg Verlag, S. 49-86.

Kaufmann, Franz-Xaver (Hrsg.) (1984): *Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen*, Düsseldorf: Patmos Verlag.

Kaufmann, Franz-Xaver (1984): Solidarität als Steuerungsform-Erklärungsansätze bei Adam Smith. in: Kaufmann, Franz-Xaver/Hans-Günter Krüsselberg (Hg.), *Markt, Staat und Solidarität bei Adam Smith*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 158-184.

Kaufmann, Franz-Xaver (1988): Steuerung wohlfahrtsstaatlicher Abläufe durch Recht, In: Grimm, Dieter/Maihofer, Werner(Hrsg.), *Geseztgebungstheorie und Rechtspolitik*, Jahrbuch für Rechtssoziologie und Rechtstheorie, Band XIII, S. 65-108.

Kaufmann, Franz-Xaver (ed.)(1991*): The Public Sector. Chanllenge for Coordination and Learning*, Berlin/New York: Walter de Gruyter.

Kaufmann, Franz/Xaver (1994): Staat und Wohlfahrtsproduktion, in: Derlien, Hans-Ulrich/Gerhardt, Uta/ Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), *Systemrationalität und Partialinteresse*. Festschrift für Renate Mayntz, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S.357-380.

Kaufmann, Franz-Xaver (1996): Diskurse über Staatsaufgaben, in: Grimm, Dieter (Hrg.), *Staatsaufgaben*, Frankfurt am Main: Suhrkap, S. 15-41.

Kaufmann, Franz-Xaver (1997): *Herausforderungen des Sozialstaates*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kaufmann, Franz-Xaver (1998): Der Sozialstaat als Prozeß – für eine Sozialpolitik zweiter Ordnung, in: Ruland, Franz./Baron von Maydell, Bernd/Papier, Hans-Jürgen (Hrsg.), *Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaats*. Festschrift für Hans F. Zacher zum 70 Geburtstag, Heidelberg: C.F. Müller Verlag, S. 307-322.

Kaufmann, Franz-Xaver (1999): Die Entwicklung der korporatistischen Steuerungsstrukturen ambulanter Krankenversicherung in Deutschland und ihre verteilungspolitischen Implikationen, in: Igl, Gerhard/Naegele, Gerhard (Hrsg.), *Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen*, München: R. Oldenbourg Verlag, S. 27-49.

Kanefend, Uta (1990): *Kostendämpfung im amerikanischen Gesundheitswesen: Neue Konzepte zur Förderung der Wettbewerbsfähigkeit durch staatliche Interventionsprogramme*, Konstanz: Hartung-Gorre Verlag.

Kirch, Peter, (1994): *AOK im Dialog: „ Der Arzt Ihrer Wahl“- das hausärtzliche Versorgungskonzept der AOK*, AOK-Bundesverband.

Klein, Rudolf (1995): T*he New Politics of the National Health Service*, London/New York: Longman.

Klein, Rudolf (1995): Big Bang Health Care Reform – Does It Work? The Case of Britain´s 1991 National Health Service Reforms. The Milbank Quarterly, Vol. 73, Nr. 3, S. 299-337.

Knieps, Franz, (1994): Die nächste Stufe der Gesundheitsreform. Arbeit und Sozialpolitik, 1-2, S. 10-18.

Knieps, Franz (1996): Kooperative Versorgungs- und Versicherungsmodelle - Vom Hausarztmodell zur Qualitätspartnerschaft, in: Düllings, Josef (Hrsg.), *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen: Beiträge der AG Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie der DGSMP*, Heidlberg: R.v. Decker’s Verlag, S. 89-106.

Koch, Hugh (1996): Buying and selling high-quality health care, in: Spurgeon, Peter (ed.), *The New face of NHS*, Edingburgh et al.: Churchill Livingstone, S. 146-159.

Kohn, Robert, (1983): *The health centre concept in primary health care*, Copenhagen: World Health Organisation Regional Office for Europe, World Health Organisation..

König, Thomas (1995): Die Koordination in politischen Verhandlungssystemen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jahrgang 47, S. 268-294.

Korbanka, Christian., (1990): *Das Gesundheitswesen der DDR: Darstellung und Effizienzanalyse*, Köln: Müller Botermann Verlag

Kornai, Janos (1998): *The Borderline between the Spheres of Authority of the Citizen and the State. Recommendations for the Hungarian Health Reform*, Discussion Paper No. 48, Publications of Focus Group 1997-98 at Collegium Budapest „The Interaction between Politics and Economic Policy in Post-Socialist Transition“.

Kummeling, H.R.B./Bijsterveld, S.C. van (ed.) (1997): *Grondrechten en zelfregulering*, Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink.

Lamping, Wolfram (1994): Fianzierungsstruktur, Verteilungskonflikte und politische Gestaltung der GKV, in: Blanke, Bernhard (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske Budrich, 245-289.

Landelijke Huisartsen Vereniging (1981): Functieomschrijving van de huisarts, Utrecht: LHV.

Landelijke Huisartsen Vereniging (198*): *De Positie van de huisarts in de toekomst*, Utrecht: LHV.

Lankers, Christoph H.R. (1997): *Erfolgsfaktoren von Managed Care auf euröpischen Märkten*, Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

Lapre, R.M./Rutten, F.F.H. (1993): *Economie van de gezondheidszorg*, Utrecht: Uitgeverij Lemma bv.

Larbig, Wolfgang, (1993): Verhaltensmedizinische Ansätze in der Behandlung der essentiellen Hypertonie, in: Müller, Matthias M(Hrsg.), *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-Kreislauferkrankungen: Grundlagen und Therapie*, Göttingen u.a.: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Lauer-Kirschbaum, Thomas/Rüb, Friedbert W.(1994): Politik mit dem Risiko: Der politische Risikoausgleich bei Krankheit, in: Blanke, Bernhard (Hg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik ziwschen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske + Budrich, S. 37-73.

Leathard, Audrey (1990): *HEALTH CARE PROVISION.* Past, present and futur*e*, London/New York: CHAPMAN AND HALL.

Leber, Wulf-Dietrich/Leonhard, Torsten, (1997): *AOK-Hausarztmodell* – Start der Pilotphase in Frankfurt, DOK 1-2, S. 26-28.

Leenen, H.J.J.(1979): *Structuur en functioneren van de gezondheidszorg*, Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Uitgeverij.

Leenen, H.J.J. (1991): *Gezondheidsrecht: voor opleidiing in de gezondheidszorg*, Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Leenen, H.J.J./ Roscam Abbing, H.D.C. (1986): *Bestuurlijk gezondheidsrecht*, Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom H.D. Tjeenk Willink.

Leese, Brenda (1996): Changes in general practice organisaton: survey of general practitioners´ views on the 1990 contract and fundholding. British Journal of General Practice, Vol. 46, S. 95-99.

Le Grand, Julian (1991): QUASI-MARKETS AND SOCIAL POLICY. The Economic Journal, 101, S. 1256-1267.

Le Grand, Julian (1993): Ein Wandel in der Verwendung von Policy-Instrumenten: Quasi-Märkte und Gesundheitspolitik, in: Heritier, Adrienne (Hrsg.), *Policy-Analyse, Kritik und Neuorientierung*, Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 24, S. 225-244.

Le Grand, Julian/Winter, David/Woolley, Frances (1991): The National Health Service: Safe in Whose Hands?, in: Hillis, John (ed.), *The State of Welfare. The Welfare State in Britain since 1974*, Oxford: Clarendon Press, S. 88-134.

Lehner, Franz (1983): Interesse als Paradigma der sozialwissenschaftlichen Analyse, in: von Alemann, Ulrich/Forndran, Erhard (Hrsg.), *Interesse als Grundbegriff sozialwissenschaftlicher Lehre und Analyse*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 102-115.

Lehmbruch, Gerhard/Philippe C Schmitter (eds.) (1982): *Patterns of Corporatist Policy-Making*, London: Sage

Leidl, Reiner, (1994): Gesundheitsökonomie als Fachgebiet. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft, 2. Jg. 1994, H. 2, S. 131-148.

Leisering, Lutz (1992): Selbststeuerung im Sozialstaat - zur Verortung der Rentenreform 1992 in der Sozialpolitik der 80er Jahre. Zeitschrift für Sozialreform, Vol. 38, Heft 1, S. 3-39.

Levitt, Ruth/Wall, Andrew/Appleby, John (1995): *The Reorganised NATIONAL HEATLH SERVICE*, London et al.: CAPMAN & HALL.

Light, Donald W., (1997): From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. The Milbank Quarterly, Vol. 75, No. 3, p. 297-341.

Light, Donald W. (1998): Managed Care in a new Key: Britain's Strategies for the 1990s. International Journal of Health Services, Vol. 28, Nr. 3, S. 427-444.

Lin, Chih-Hon (1996): Steuerungsprobleme und Reformbestrebung des Gesundheitswesens in Taiwan, Dissertation der Universität Bielefeld.

Lue. Jen-Der (1999): Die Veränderung der Staatsaufgaben – Die Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung in Taiwan als Beispiel (1988-1997), Dissertation der Universität Bielefeld.

Lüders, Maren, (1991): Status des Kassenarztes: Unternehmer oder Angestellter. Arbeit und Sozialpolitik, 11-12, S. 33-35.

Luft, Harold S./Greenlick, Merwyn R., (1996): The Contribution of Group- and Staff-Model HMOs to American Medicine. The Milbank Quarterly, Vol. 74, NO. 4, S. 445-467.

Luhmann, Niklas (1981): *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*, München/Wien: Günter Olzog Verlag.

Lütz, Suanne (1995): Politische Steuerung und die Selbstregelung korporativer Akteure, in: Mayntz, Renate/Fritz W. Scharpf (Hg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 169-196.

Maarse, Hans A.M. (1996): Fixed Budgets in the Inpatient Sector: the Case of the Netherlands, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm./Glennerster, Howard/Saltman, Richard B. (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester/New York/Brisbane/Toronto/Singapore: John Wiley& Sons, S. 75-92.

Maarse, Hans J. A. M. (1997): The Health System of the Netherlands, in: Raffel, Marshall W. (ed.), *Health Care and Reform in industrialized Countries*, Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press, S. 135-157.

Maarse, Hans, J.A.M./Mur-Veeman, I. M. (ed.) (1990): *Beleid en beheer in de gezondheidszorg*, Assen/Maarstricht: Van Gorcum.

Maddox, George (1999): General Practice Fundholding in the Britain National Health Service Reform, 1991-1997: GP Accounts of the Dynamics of Changes. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 24, Nr. 4, S. 815-834.

March, James G./Olsen, Johan P. (1994): Institutional Perspectives on Governance, in: Derlien, Hans-Ulrich/Gerhardt, Uta/Scharpf, Fritz W. (Hrsg.), *Systemrationalität und Partialinteresse*, Festschrift für Renate Mayntz, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 249-270.

Mark, Stefan (1987): *Die Steuerung ambulanter medizinischen Leistungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland und ihre Alternativen*, Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.

Marshall, Thomas H. (1992): *Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Matsaganis, Manos/Glennester, Howard (1992): Reflections on Health Care Reforms in Sweden, in: *The English und Swedish Health Care Reforms*, The Welfare State Programme Suntory-Toyota International Centre for Economics and Related Disciplines, Discussion Paper WSP/79, London School of Economics, S. 1-18.

Maxwell, Robert (ed.) (1988): *RESHAPING THE NATIONAL HEALTH SERVICE,* New Brunswick and Oxford: Transaction Books.

Maydell, Bernd Baron v. (1988): Intensivierung des Wettbewerbs durch HMOs - Sozialrechtliche Möglichkeiten und Grenzen im Rahmen der ambulanten Versorgung, in: Heinz Hauser/Schulenburg, J.-Matthias Graf v. (Hrsg.), *Health Maintenance Organizations. Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland?*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 249-272.

Maynard, Alan (1996): Efficiency of Spending Under Fixed Budgets, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm/Glennerster, Howard/Saltman, Richard B. (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester/New York/Brisbane/Toronto/Singapore: John Wiley& Sons, S. 49-62..

Maynard, Alan, (1988): THE PUBLIC AND PRIVATE REGULATION OF HEALTH CARE MARKETS, in: Sass, Hans-Martin/Massey, Robert U., (ed.), *Moral Conflicts in European and American Public Policy*, Dordrecht/Boston/London, S. 133-166.

Maynard, Alan/Bloor, Karen (1995): Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming. Health Policy, 31, S. 171-181.

Mayntz, Renate (1983): Implementation von regulativer Politik, in: Mayntz, Renate (Hrsg.), *Implementation politischer Programm II: Ansätze zur Theoriebildung*, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 50-74.

Mayntz, Renate (1983): Die Implementation politischer Programme. Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet, in: Mayntz, Renate (Hrsg.), *Implementation politischer Programm II: Ansätze zur Theoriebildung,* Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 236-253.

Mayntz, Renate/Nedelmann, Birgitta (1987): Eigendynamische Soziale Prozesse. Anmerkungen zu einem analytischen Paradigma. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Jg. 39, S. 648-668.

Mayntz, Renate, (1988): Funktionelle Teilsysteme in der Theorie Sozialer Differenzierung, in: Mayntz, Renate u.a. (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 11-44.

Mayntz, Renate/Rosewitz, Bernd, (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Mayntz, Renate u.a. (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 117-179.

Mayntz, Renate, (1990): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 2. 1990, S. 283-307.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995): Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.,(Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 9-38.

Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W. (1995): Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz W.,(Hrsg.), *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 39-72.

Mayntz, Renate (1997): *Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen*, Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Mays, Nicholas/Goodwin, Nick et al. (1997): What is total purchasing?. BMJ, Vol. 315, S. 652-655.

Mckee, Martin (1995): What can we learn from the British fundholding experience?. European Journal of Public Health, 5, S. 231-232.

Mechanic, David (1996): Changing Medical Organization and the Erosion of Trust. The Milbank Quarterly, Vol. 74, Nr. 2, S. 171-189.

Mechanic, David/Schlesinger, Mark (1996): The Impact of Managed Care on Patients´ Trust in Medical Care and Their Physicians. JAMA, Vol. 275, Nr. 21, S. 1693-1697.

Mechanic, David (1998): Public Trust and Initiatives for New Health Care Partnerships. The Milbank Quarterly, Vol. 76, Nr. 2, S. 281-302.

Melief, Jeroen/Swagemakers, Ruud, (1991): *Het Gezondheidscentrum in Finland*, Utrecht: Vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie Faculteit der Geneeskunde Rijksuniversiteit Utrecht.

Mercer, G. (1984): Corporatist ways in the NHS?, in: Harrison, M. L. (ed.), *Corporatism and the Welfare State*, Hampshire: Gower, S. 61-74.

Mierlo, J.G.A. van (ed.) (1991): *PARTICULIER INITIATIEF IN DE GEZONDHEIDSZORG*, Assen/Maarstricht: Van Gorcum.

Mierlo, J.G.A. van (1997): Adviesorganen in de gezondheidszorg, in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 2, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 18/23-70.

Mierlo, J.G.A. van/ Made, J. H. van de (1991): Het Particuliere Stelsel in de Gezondheidszorg. Structuren en Ontwikkerling, in: Mierlo, J.G.A. van (ed.), *PARTICULIER INITIATIEF IN DE GEZONDHEIDSZORG*, Assen/Maarstricht: Van Gorcum, S. 13-36.

Meyboom-de Jong, Betty (1994): Die Hausarztmedizin in den Niederlanden. Hamburger Ärzteblatt, 6. S. 200-204.

Milewa, Timothy/Valentine, Justin/Calnan, Michael 81998): Manageralism and Active Citizenship in Britain´s Reformed Health Service: Power and Community in an Era of Decentralisation. Social Science & Medicine, Vol. 47, Nr. 4, S. 507-517.

Miltner, Wolfgang/Elbert, Thomas, (1993):Verhaltensmedizinische Ansätze bei essentieller Hypertonie: Ein Überblick, in: Müller, Matthias M(Hrsg.), *Psychophysiologische Risikofaktoren bei Herz-/Kreislauferkrankungen: Grundlagen und Therapie*, Göttingen/Vern/Toronto/Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 171-201.

Ministery of Health (1942): *Report on Social Insurance and Allies Services*, Cmnd 6404, London: HMSO.

Ministery of Health (1944*): A National Health Service. The 1944 White Paper: An Account of the Inadequacies of existing Health Services*, Cmnd 6502, London: HMSO.

Möller, Hans (1946 ca.): *Der Beveridge-Plan*, Karlsruhe: Verlag C.F. Müller.

Montfort, A.P.W.P./ Vandermeulen, L.J. R. (1997): Ziekenhuizen: medische bedrijven, in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 32/65-95.

Münnich, Frank E. (1984): Vergleichende Analyse der Steuerungsmechanismen auf der Allokations- und Produktionsebene im ambulanten Bereich, in: Neubauer, Günter (Hrsg.), *Alternativen der Steuerung des Gesundheitswesens im Rahmen einer sozialen Marktwirtschaft*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 13, Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 231-258.

Mur.Veeman, Ingrid/Raak, Arno van/Paulus, Aggie (1999): Integrated care: the impact of governmental behaviour on collaborative networks. Health Policy, 49, S. 149-159.

Musgrove, Philip (1995): Cost-effectiveness and the socialization of health care. Health Policy, 32, S. 111-123.

New, Bill/Le Grand, Julian (1996): *Rationing in the NHS. Principles & pragamtism*, London: King´s Fund.

Netttleton, Sarah (1995): *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

Neubauer, Günter (1988): Staat, Verwaltung und Verbände. Entwicklung der Ordnungs- und Steuerungswirksamkeit der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), in: Gäfen, Gerard (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 91-112.

NHS Executive (1994): The new Regional Health Authorities/Regional Offices: Guidance for RHA/RO staff on the legal and management implications, HSG (94) 22.

NHS Executive (1994): Developing NHS Purchasing and GP Fundholding, EL(79) 94, Leeds: NHS Executive.

NIVEL (1987): *naar en sterkere eerste lijn? deel 1: het overheidsbeleid*, Utrecht: NIVEL.

NIVEL (1994): *Beroepen Extramulare Gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom.

Oberender, Peter(Hrsg.)., (1994): *Probleme der Transformation im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos.

Offe, Claus (1996): Die Aufgabe von staatlichen Aufgaben: „Thatcherismus" und die populistische Kritik der Staatstätigkeit, in: Grimm, Dieter (Hrg.), *Staatsaufgaben*, Baden-Baden: Nomos Verlage, S. 317-352.

Oosterman-Meulenbeld, A. C. (1992): *De eerstelijnszorg in juridisch perspectief*: Huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk: een beschouwing over de regulering van eerstlijnszorg vanaf 1798, Arnhem: Gouda Quint bv.

Ostrom, Vincent (1984): Adam Smith und öffentliche Güter, in: Kaufmann, Franz-Xaver/Hans-Günter Krüsselberg (Hg.), *Markt, Staat und Solidarität bei Adam Smith*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 135-157.

Parsons, Talcott. (1960): *Structure and Process in Modern Societies*, New York: The Free Press.

Parsons, Talcott. (1985): *Das System moderner Gesellschaft*, München: Juventa Verlag.

Paton, Calum (1992): *Competition and Planning in the National Health Service: The danger of unplanned markets*, London et al.: CHAPMAN & HALL:

Pauly, Mark V., (1968): The Economics of Moral Hazard. American Economics Review, 58, S. 731-537.

Pauly, Mark V., (1986): Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. Journal of Economic Literature, Vol XXIV, S. 629-675.

Pauly, M. (1988): Is Medical Care Different? Old Questions, New Answers. Journal of Health Politics, Policy and Law. Vol. 13, Nr. 2, S. 227-237.

Pauly, Mark V. (1994): Avoiding the Mistreatment of Bad Risks in a Democracy: Universal Health Insurance from a Constitutional Perspective. Constitutional Political Economy, Vol. 5, Nr. 3, S. 307-318.

Pellegrino, Edmund D., (1994): Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin, in: Sass, Hans-Martin (Hrsg.), *Medizin und Ethik*, Stuttgart: Philipp Reclam jun., S. 40-68.

Perschke-Hartmann, Christiane (1994): *Die doppelte Reform, Gesundheitspolitik von Blüm bis Seehofer*, Opladen: Leske + Budrich.

Pfaff, Dieter/Peter Zweifel (1998): Die Principal-Agent Theorie. Ein fruchtbarer Beitrag der Wirtschaftstheorie zur Praxis. WiST, Heft 4, S. 184-190.

Pfaff, Martin (1989): Zur ökonomischen Bedeutung der sozialen Sicherung, in: Vobruba, Georg (Hrsg.), *Der wirtschaftliche Wert der Sozialpolitik*, Berlin: Duncker & Humblot, S. 125-147.

Pfaff, Martin, (1994): Bürgernahe Reform: Die versichertenorientierte Umgestaltung des Gesundheitswesens. Soziale Sicherheit 1/1994, S. 8-19.

Pfaff, Martin (1998): Steuerung in einem solidarischen Gesundheitswesen. Soziale Sicherheit, Vol. 5, S. 172-178.

Pfaff, Martin/Nagel, Frieder, (1995): Vergütungsformen in der vertragsärztlichen Versorgung: Ein Überblick über Honorierungsmodelle und ihre Steuerungswirkungen. Soziale Sicherheit, Heft 2, S. 41-46.

Pietroni, Patrick (ed.) (1996): *Innovation in community care and primary health: the Marylebone experiement*, New York: et al.: Churchill Livingstone.

Pigou, A. C., (1951): Some Aspects of Welfare Economics. The American Economic Review, Vol. XLI, Nr. 3, S. 287-302.

Prinz, Aloys/Vogel, Alexander (2000): Ergebnisorientierte Vergütung von niedergelassenen Ärzten. Sozialer Fortschritt, 10, S. 233-237.

Plomp, H. N. (1991): Professionalisering in de gezondheidszorg, in: Aakster, C. w./ Kuiper, G./ Groothoff, J.W., *Medische sociologie: Een algemene inleiding in de toegepaste sociologie op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg*, Groningen: Wolters-Noordhoff, S. 139-145.

Porter, Roy (1995): *Diesease, Medicine and Society in England, 1550-1860*, Cambridge: Cambridge University Press.

Powell, Martin (1999): NEW LABOUR AND THE THIRD WAY IN THE BRITISH NATIONAL HEALTH SERVICE. International Journal of Health Services, Vol. 29, Nr. 2, S. 353-370.

Propper, Carol 81995): *STUDIES IN DECENTRALISATION AND QUASI-MARKETS: REGULATORY REFORM OF THE NHS INTERNAL MARKETS*, Bristol: SAUS.

Propper, Carol (1995): Regulatory Reform of the NHS Internal Market. Health Economics, Vol. 4, S. 77-83.

Propper, Carol/Söderlund, Neil (1998): COMPETITION IN THE NHS INTERNAL MARKET: AN OVERVIEW OF IST EFFECTS ON HOSPITAL PRICES AND COSTS. Health Economics, Vol. 7, S. 187-197.

Pulte, Peter (Hrsg.)(1976): *Menschen Rechte. Texte internationaler Abkommen, Pakte und Konventionen*, Heggen-Dokumentation 6, Leverkusen: Heggen-Verlag.

Raak, Arno van/Mur-Veeman, Ingrid (1996): Home care policy in the Netherlands. Reforming legislation to facilitate the provision of multi-disciplinary home care. Health Policy, 36, S. 37-51.

Raffel, Marshall W. (1997): Dominant Issues: Convergence, Decentralization, Competition, Health Services, in: Ders. (Hrsg.), *HEALTH CARE AND REFORM IN INDUSTRIALIZED COUNTRIES*, S. 291-303.

Raffel, Marshall W./Raffel, Norma K. (1994): *The U.S. health system: orgins and functions*, New York: Delmar.

Ranade, Wendy (1994): *A Future for the NHS? Health Care in the 1990s*, London/New York: Longman.

Rautsola, Riku (1984): Ökonomische Analyse der Steuerungswirkungen unterschiedlicher Organisationsformen in der ambulanten Versorgung, München: Dissertation.

Riege, Fritz (1993): *Gesundheitspolitik in Deutschland: Aktuelle Bilanz und Ausblick*, Berlin: Duncker & Humblot.

Ritter, Ernst-Hasso (1990): Das Recht als Steuerungsmedium im kooperativen Staat. Staatswissenschaft und Staatspraxis, 1 Jahrgang (1990), S. 50-88.

Rivett, Geoffrey (1998): *From Gradle to Grave. Fifty years of the NHS*, London: King´s Fund.

Robert Bosch Stifung (1988): *Vorschläge zur Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung,* Beiträge zur Gesundheitsökonomie 25, Gerlingen: Bleicher Verlag.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1989): *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt Konsequenzen für Ausbildung und Wege zu ihrer Reform*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 26, Gerlingen: Bleicher Verlag.

Robinson, Ray/Le Grand, Julian (eds.) (1994): *EVALUATING THE NHS REFORMS*, London: King´s Fund.

Robinson, Ray/Steiner, Andrea (1998): *Managed Health Care. US Evidence and Lessons for the National Health Service*, Buckingham/Philadelohia: Open University Press.

Ros, C.C./ Hutten, J.B.F./Groenewegen, P.P. (1996): *Centra Centraal: Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen*, Utrecht: NIVEL.

Ros, Corina C./Groenewegen, P.P./Delnoij, Diana M.J. (2000): All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health Policy, 52, S. 1-13.

Roscam Abbing, H./Rutten, F.F.H. (1985): *Verleden en toekomst van het ziektekostenverzekeringsstelsel in Nederland: Een economisch-juridische studie*, Deventer: Kluwer.

Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): *Reformversuche und Reformblokanden im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt am Main: Campus.

Roter, Debra L./Stewart, Moira/Putman, Samuel M./Lipkin, Mack (1997): Communication Patterns of Primary Care Physicians. JAMA, Vol. 277, Nr. 4, S. 350-356.

Rothgang, Heinz (1994): *Der Einfluß der Finanzierungssysteme und Entscheidungsregeln auf Beschäftigungsstrukturen und -volumina englischer und deutscher Krankenhäuser*, Dissertation, Kölner Unversität.

Rühl, Andreas (1990): *Gesundheitssicherung und demographische Entwicklung*, Frankfurt am Main u.a.: Peter Lang.

Rüschemeyer, Dietrich (1974): Reflections on Structural Differentiation. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 3, Heft 3, S. 279-294.

Rüschemeyer, Dietrich (1978): Structural Differentiation, Efficiency, and Power. American

Journal of Sociology, Vol. 83, Nr. 1, S. 1-25.

Sachße, Christoph (1990): Freiheit, Gleichheit, Sicherheit: Grundwerte im Konflikt, in: Christoph Sachße/H. Tristram Engelhardt (Hrsg.), *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, S. 9-27.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989): *Jahresgutachten 1989: Qualität, Wirschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung*: Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos Verlag.

Saltman, Richard B., (1994): A conceptual overview of recent health care reforms. European Journal of Public Health, Vol. 4, S. 287-293.

Saltman, Richard B.,(1997): The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. Health Policy, 41 Suppl. P. 9-26.

Saltman, Richard B. (1997): EQUITY AND DISTRIBUTIVE JUSTICE IN EUTROPEAN HEALTH CARE REFORM. International Journal of Health Services, Vol. 27, N. 3, S. 443-453.

Santen, W. van (1982): De eerstelijsgezondheidszorg, in: *Handboek Welzijn, Deel 2*, C 1240, S. 1021.

Sass, H.-M., (1992): Wer Trägt eigentlich die Verantwortung für die Gesundheit?, in: Schubert, J. Mohr Ch., (Hrsg.), *Ethik der Gesundheitsökonomie*, Berlin u.a.: Springer-Verlag, S. 53-66.

Schaefer, H/Sturm, E. (Hrsg.)., (1986): *Der kranke Mensch: Gesundheitsgefährdung, Krankheitsbewältigung und Hilfe durch den Hausarzt*, Berlin Heidelberg New York

Scharpf, Fritz W., 1988: Verhandlungssysteme, Verteilungskonflikte und Pathologien der politischen Steuerung. In: Manfred G. Schmidt (Hrsg.), *Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analyse*, PVS-Sonderheft 19. Opladen: Westdeutscher Verlag, 61-87.

Scharpf, Fritz W., 1993: Positive und negative Koordination in Verhandlungssystemen, in: Windhoff-Heritier Adrienne (Hrsg.), *Policy Analyse. Kritik und Neuorientierung* (PVS), Sonderheft 24, Opladen, S. 57-83.

Schimank, Uwe, (1992): Determinanten sozialer Steuerung - akteurtheoretisch betrachtet. Ein Themenkatalog, In: Bußhoff, Heinrich (Hrsg.), *Politische Steuerung*, Baden-Baden: Nomos, S. 165-192.

Schimank, Uwe, (1995): Teilsystemevolutionen und Akteurstrategien: Die zwei Seiten struktureller Dynamiken moderner Gesellschaften. Soziale Systeme, Heft 1/95, S. 73-100.

Schimank, Uwe, (1988): Gesellschaftliche Teilsysteme als Akteurfiktionen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,Vol.40, Nr. 3, S. 619-639.

Schlesinger, Mark, (1997): Countervailing Agency: A Strategy of Principaled Regulation under Managed Competition. The Milbank Quarterly, Vol. 75, No. 1, p. 35-87.

Schlesinger, Mark J./Gray, Bradford H./Perreira, Krista M. (1997): Medical Professionalism Under Managed Care: The Pros And Cons of Utilization Review. Health Affairs, Vol. 16, Nr. 1, S. 106-124.

Schmacke, Norbert (2000): Stimmen die Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung? Indizieren und Begrenzen von Leistungen als Qualitätsmerkmal. Arbeit und Sozialpolitik, 5-6/2000, S. 16-34.

Schmitter, Philippe C. (1981): Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: Ulrich von Alemann /Rolf G. Heinze (Hrsg.), *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus. Analysen, Positionen, Dokumente*, 2. Auflag, Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 92-114.

Schmitz, Christian (1996): Gesundheitsförderung in der Krankenversicherung: ein sinnvoller Ansatz zur Strukturreform, in: Düllings, Josef (Hg.), *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen: Beiträge der AG Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie der DGSMP*, Heidelberg: R.v. Decker's Verlag, S. 69-88.

Schnabel, F.E., (1990): Krankheitsentstehungs- und Krankheitsverlaufsforschung, in: U. Laaser /P. Wolters/F.X. Kaufmann (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung: Aktuelle Modelle für eine public-health-Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland*, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 181-190.

Schofiled, David/Hatcher, Peter (1996): Implications of the NHS reforms for the future of primary health care in the United Kingdom, in: Spurgeon, Peter (ed.), *The New face of NHS*, Edingburgh et al.: Churchill Livingstone, S. 160-178.

Scholten, Ilja (1987): Corporatism and the neo-liberal backlash in the Netherlands, in: Ders. (ed.), *Political Stability and Neo-Corporatism: Corporatist Integration and Societal Cleavages in Western Europe*, London et al.: SAGE, S. 120-152.

Schöne-Seifert, B., (1992): Was sind "gerechte" Verteilungskriterien?, in: J. Mohr Ch. Schubert (Hrsg.), E*thik der Gesundheitsökonomie*, Berlin u.a.: Springer-Verlag, S. 34-44.

Schönbach, Karl-Heinz, (1994): Perspektiven funktionalen Wettbewerbs in der GKV. Arbeit und Sozialpolitik, 1-2/94, S.19-27.

Schreeder, R.L.J.M. (1997): Prijsbeleid in de gezondheidszorg, in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 2, Deel B, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 24/35-65.

Schrijvers, A.J.P. (ed.) (1997): *Health and Health Care in the Netherlands: A critical self-assessment by Dutch experts in the Medical and Health Sciences*, Utrecht: De Tijdstroom.

Schulenburg, J.-Matthias Graf von (1984): Möglichkeiten und Probleme der Steuerung der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. MMG 4 (1984), S. 251-259.

Schulenburg, J.-Matthias von der (1988): Solidaritätsprinzip und Verteilungsgerechtigkeit Probleme einer wettbewerbsorientierten Reform der Geseztlichen Krankenversicherung, in: Hauser, Heinz/von den Schulenburg, J.-Matthias Graf (Hrsg.), *Health Maintenance Organizations. Eine Reformkonzeption für die Gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie 19, Robert Bosch Stiftung, Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 195-248.

Schuller, Alexander (1991): Schwerpunkt: Gesundheit und Gesellschaft in der DDR. MMG 16, S. 1-3.

Schülin, Bertram (1994): Rechtliche Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Probleme, in: Ders. (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts*, Band 1, München: Verlag C.H. Beck, S. 177-248.

Schulz, Wilfried, (1986): Der Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten - Einige analytische Ansatzpunkte. In: Gerard Gäfen (Hrsg.), *Ökonomie des Gesundheitswesens*, Berlin: Duncker & Humblot, S. 323-341.

Schulz-Nieswandt, Frank (1992): *Bedarfsorientierte Gesundheitpolitik – Grundfragen einer kritizistischen Lehre meritorischer Wohlfahrtspolitik*, Habil. Schr. Bochum Uni, Regensburg: transfer Verlag.

Schut, F.T. (1995): Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and the Market Mechanism. Journal of Politics, Policy and Law, 20, (3), S. 615-652.

Schut, F.T. (1996): Health care systems in transition: the Netherlands Part I: Health care reforms in the Netherlands: miracle or mirage?. Journal of Public Health Medicine, Vol. 18, Nr. 3, S. 278-284.

Schut, F.T. (1997): Marktwerking en mededingingsbeleid in de zorgsector, in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 1, Deel II, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 31/73-101.

Schut, F.T./ Doorslaer, Eddy K.A. van (1999): Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands. Health Policy, 48, S. 47-67.

Schwartz, F.W. (1995): Der Sicherstellungsauftrag für die Kassenärzte und seine Alternativen. Sozialer Fortschritt, Vol. 4, S. 84-89.

Schwartz, F. W./Busse, R., (1997): Sozialmedizinische Überlegungen zum Gesundheitswesen im Wandel. Gesundheitswesen 59 (1997), S. 207-212.

Schwartz, FriedrichWilhelm/Glennerster, Howard/Saltman, Richard B. (eds.) (1996): *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester et al.: John Wiley& Sons.

Seidman, Bernd (1995): Das Ende einer amerikanischen Gesundheitsreform. Die Gründe für das Scheitern des Clinton-Plans. Soziale Sicherheit, Vol. 3, S. 94-99.

Sen Amartya (1995): Rationality and Social Choice. The American Economic Review, Vol. 85, Nr. 1, S. 1-23.

Shapiro, Jonathan (1996): Global commissioning by general practitioners. Affects attitudes and culture more than service delivery. BMJ, Vol. 312, S. 652-653.

Sheldon, Trevor A./Smith, Peter el al. (1994): Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets. BMJ, Vol. 309, S. 1059-1064.

Sheppard, Janet (1993): The clinical task, in: Pringle, Mike (ed.), *CHANG AND TEAMWORK IN PRIMARY CARE*, London: BMJ Publishing Groups, S. 63-70.

Siegrist, Johannes., (1974): *Lehrbuch der Medzinischen Soziologie*, München/Berlin/Wien: Urban & Schwazenberg.

Siegrist, Johannes, (1981): Der Wandel der Medizin und der Wandel der Arzt-Patient-Beziehung, in: Jung, Heike / Schreiber, Hans Wilhelm (Hrsg.), *Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht*, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 54-67.

Sluijs, E.M./de Bakker, D.H. (1992): *Kwaliteitssystemen in ontwikkeling*, Utrecht: NIVEL.

Sluijs, E.M./de Bakker, D.H./ Dronkers, J. (1994): *Kwaliteitssystemen in uitvoering*, Utrecht: NIVEL.

Small, Neil (1989): *Politics and Planning in the National Health Service*, Milton Keynes/Philadelphia: Open Univeristy Press.

Smith, M.L. (1988): Some historical problems of corporatist development in the Netherlands, in: Cox, Andrew/O´Sullivan, Noel (ed.), *The Corporate State: Corporatism and the State Tradition in Western Europe*, Cambridge: Cambridge University Press, S. 170-197.

Sommer, Jürg H.(1992): *Health Maintenance Organizations. Erwartungen und Erfahrungen in den USA*, Chur/Zürich: Verlag Rüegger.

Spurgeon, Peter (ed.) (1996): *The New face of NHS*, Edingburgh et al.: Churchill Livingstone.

Stange, Karl-Heinz (1994): Verpaßte Reform der ambulanten Versorgung? - Die Transformation des Gesundheitssystems in den neuen Bundesländern, in: Bernhard Blanke (Hrsg.), *Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin*, Opladen: Leske + Budrich, S. 291-325.

Starfield, Barbara, (1992): *Primary Care. Concept, Evaluation, and Policy*, Oxford/New York: Oxford University Press.

Starfield, Barbara (1997): The future of primary care in a managed care era. International Journal of Health Services, Vol. 27, Nr. 4, S. 687-696.

Stewart-Brown, Sarah/Surender, Rebecca et al. (1995): The effects of fundholding in general practice on prescribing habits three years after introduction of the scheme. BMJ, Vol. 311, S. 1543-1547.

Stichweh, Rudolf (1988): Inklusion in Funktionssysteme der modernen Gesellschaft, in: Renate Mayntz u.a. (Hrsg.), *Differenzierung und Verselbständigung: Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme*, Frankfurt/New York: Campus Verlag, S. 261-293.

Stollberg, Gunnar (1990): Zu einer historischen Soziologie des "Patienten" als medizinischen Laien, in: Laaser, U./ Wolters, P. / Kaufmann, F.X (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung: Aktuelle Modelle für eine Public-health-Ausbildung,* Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 191-195.

Streek Wolfgang/Schmitter, Philippe C. (1985): Community, market, state - and associations? The prospective contribution of interest governance to social order, in: Dies. (Hrsg.), *Private Interest Government. Beyond Market and State*, London et al.: SAGE Publications, S. 1-29.

Swaan, Abram de., (1993): *Der sorgende Staat. Wohlfahrt, Gesundheit und Bildung in Europa und den USA der Neuzeit*, Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag.

Tabenkin, H./Cross, Revital (2000): The role of the primary care physician in the Israel health care system as a „gatekeeper“ – the viewpoint of health care policy makers. Health Policy 52, S. 73-85.

Tamm, Ingo (1998*): Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England 1880-1914*, Berlin: Verlag für Wissenschafts- und Regionalgeschichte.

Tarimo, E./Webster, E.G. (1996): *Primary health care concepts and challenges in a changing World*, World Health Organisation, Analysis Research Assessment Paper nummer 7.

Taylor, David (1988): PRIMARY CARE SERVICES, in: Maxwell, Robert (ed.), *RESHAPING THE NATIONAL HEALTH SERVICE*, New Brunswick/Oxford: Transaction Books, S. 34-47.

Teubner, Gunther/Helmut Willke (1984): Kontext und Autonomie: Gesellschaftliche Selbststeuerung durch reflexives Recht. Zeitschrift für Rechtssoziologie, Jg 5, Heft 2, S. 4-35.

Thiele, Wilhelm., (1990): *Das gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat*, Sankt Augustin: Asgard-Verl. Hippe

Uexküll, Thure v./Wesiack, Wolfgang, (1979): Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde, in: Uexküll, Thure v. (Hrsg.*), Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg, S. 7-21.

Uexküll, Thure v./Wesiack, Wolfgang (1988): *Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns*, München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Ven, Wynand P.M.M. van de (1996): Regulation, Competition and Equity: With or Without a Fixed Budget?, in: Schwartz, Friedrich Wilhelm./Glennerster, Howard./Saltman, Richard B. (eds.), *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*, Chichester et al.: John Wiley& Sons, S. 63-74.

Ven, Wynand, P.M.M. van de/Vliet, Rene C.J.A. van/ Barneveld, Erik M. van et al. (1994): Risk-Adjusted Capitation: recent experiences in the Netherlands. Health Affairs, Vol. 13, Nr. 5, S. 120-136.

Verbeek, G. (1997): Kwaliteit van zorg. in: *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 32/39-62.

Versnel, H. (1997): De rol van de provincie in de gezondheidszorg. in*: Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg*, Band 1, Deel I, Utrecht: De Tijdstroom, SFG 31/17-45.

Volpp, Kevin, (1991): The Structure of Health Care Delivery in Communist East Germany. MMG 16, S. 3-13.

Vogelsang, Heiner (1996): Wettbewerb zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung – Sprengsatz oder Strukturelement?, in: Josef Düllings (Hg.), *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Beiträge der AG Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie der DGSMP*, Heidelberg: R.v. Decker's Verlag, S. 31-48.

VWS (1999): *Jaaroverzicht Zorg 1999*, Deen Haag: Sdu.

Wachter, Maurice A.M.de, (1988): Ethics and Health Policy in the Netherlands, in: Sass, H.-M/Massey, Robert U., (ed.), *Moral Conflicts in European and American Public Policy*, Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers, S. 97-116.

Warden, John (1997): GPs will be at the heart of overhaul of NHS. BMJ, Vol. 315, S. 1331.

Wasem, Jürgen, (1990): Nach der „Gesundheitsreform“: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 3. 1990, S. 308-334.

Wasen, Jürgen, (1992): Niederlassung oder "Poliklinik" - Zur Entscheidungssituation der ambulanten tätigen Ärzte im Beitrittsgebiet, in: Oberender, Peter (Hrsg.), *Steuerungsprobleme im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 81-134.

Wasem, Jürgen (1993): Gesundheitsökonomie und Versicherung. Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft, Band 82, S. 123-160.

Wasem, Jürgen (1994): Sozialpolitische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Schulin, Bertram (Hrsg.), *Handbuch des Sozialversicherungsrechts. Band I Krankenversicherungsrecht*, München: Verlag C.H. Beck, S. 80-112.

Wasem, Jürgen (1995): *Gesetzliche und private Krankenversicherung - auf dem Weg in die Konvergenz?*. Sozialer Fortschritt, 4/95, S. 89-96.

Wasem, Jürgen (1997): *Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland*, Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Wasem, Jürgen (1999): Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem. Eine repräsentative Studie. Die BKK, Vol. 9, S. 434-440.

Wass, Andrea, (1994): *Promoting Health. The Primary Health Care Approach*, Sydney et al.: Harcourt Brace & Company.

Webber, Douglas (1988): Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreform in Deutschland. Leviathan, S. 156-203.

Webber, Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreform in Deutschland – II Teil: Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. Leviathan, S. 262-300.

Webber, Douglas (1992): Die kassenärztlichen Vereinigungen zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, in: Renate Mayntz (Hrsg.), *Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl*, Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stifung, S. 211-272.

Weizsäcker v., (1951): *Der Kranke Mensch: Eine Einführung in die medizinische Anthropologie*, Stuttgart: K.F. Koehler Verlag.

Wensing, Michel/Mainz, Jan/Ferreira, Pedro et al. (1998): General Practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. Health Policy, vol. 45, S. 175-186.

Wenzel, Dorothea (1998): *Finanzierung des Gesundheitswesens und interpersonelle Umverteilung: Mikro-simulationsuntersuchung der Einkommenswirkung von Reformvorschlag zur GKV-Finanzierung*, Sozialökonomische Schriften; Band 17, Frankfurt am Main/Berlin: Peter Lang.

Wesiack, Wolfgang, (1979): Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes, in: Uexküll, Thure v. (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin*, München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarenberg, S. 245-254.

West, Peter A. (1997): *UNDERSTANDING THE NATIONAL HEALTH SERVICE REFORMS*. The Creation of Incentives?, Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Wiesenhütter, Peter, (1991): Wandeln sich die Arzt-Patient-Beziehung in Ostdeutschland?. MMG 16, S. 21-26.

Williamson, Oliver E., (1985): *The Economic Institutions of Capitalism. Firms, Markets, Relational Contracting*, New York/London: The Free Prsee.

Willis, Andrew (1996): General practice – a force of change, in: Spurgeon, Peter (ed.), *The New face of NHS*, Edingburhg et al.: Churchill Livingstone, S. 179-196.

Willke, Helmut (1996*): Ironie des Staates. Grundlinien einer Staatstheorie polyzentrischer Gesellschaft*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Wilson, Robert P.H./Buchan, Iain/Walley, T. (1995): Alternations in prescribing by general practitoners fundholders: an observational study. BMJ, Vol. 311, s. 1347-1350.

Wilton, Paula/Smith, Richard D. (1998): Primary care reform: a three country comperison of „budget holding". Health Policy 44, s. 149-166.

Winkler/Hancock (1996): General practice and the Purchasing of Mental Health Services, in: Thornicroft, Graham /Geraldine Strathdee (ed.), *Commissioning Mental Health Services*, London: HMSO, S. 93-106.

World Health Organization (1979): *Formulating strategies for health for all by the year 2000. Guiding principles and essential issues*, Geneva: WHO.

Wright, K.G. (1990): The Challenge of Community Care Reform, in: Culyer, A.J./Maynard, Alan/Posnett, John (ed.), *COMPETITION IN HEALTH CARE.* Reforming the NHS, London: MACMILLAN PRESS, S. 203-236.

WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung, (1981): *Seit über einem Jahrhundert Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik*, Köln: Bund-Verlag.

Zacher, Hans F. (1984): Verrechtlichung im Bereich des Sozialrechts, in: Kübler, Friedrich (Hrsg.), *Verrechtlichung von Wirtschaft, Arbeit und sozialer Solidarität: Vergleichende Analyse*, Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 11-72.

Zee, J. van der (1991): 25 Eerste lijn, thuiszorg of primary health care, in: Aakster, C.W./Kuiper, G./Groothoff, J.W.(eds.), *Een algemene inleiding in de toegepaste sociologie op het gebied van de Nederlandse gezondheidszorg*, Groningen: Wolters-Noordhoff, S. 224-231.

Zelman, Walter A. (1993): Who Should Govern The Purchasing Cooperative?. Health Affairs, Vol. 12, S. 49-57.

Zhang, Jiansheng, (1992): Neue Entwicklungen, Chancen und Schwierigkeiten der Krankenversicherungen in Taiwa. MMG 17 (1992), S. 311-317.

Zintl-Wiegand, Almut/Bickel, Horst, (1992): Inanspruchnahme von Allgemeinpraxen durch ältere Patienten. MMG17, S. 303-311.

Zöhlnhöfer, Werner/Schmidt, Paul-Günther (1985): Preisbildung für kassenärztliche Leitungen im ambulanten Bereich der Bundesrepublik Deutschland, in: Adam, Dietrich/Zweifel, Peter (Hrsg.), *Preisbildung im Gesundheitswesen, Beiträge zur Gesundheitsökonomie*, Band 9, Robert Bosch Stiftung GMBH, Gerlingen: Bleicher Verlag, S. 101-150.

Zweifel, Perter (1994): Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen: Welche sind im Vorteil bei welchen Herausforderungen?, in: Oberender, Peter (Hg.*), Probleme der Transformation im Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlage, S. 9-44.

Zweifel, Peter/Eichenberger, Reiner (1988): Der Korporatismus der niedergelassenen Ärzte, in: Gäfen, Gerard (Hrsg.), *Neokorporatismus und Gesundheitswesen*, Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 159-180.

Gesetze, Verordnungen und öffentliche Publikationen

England:

National Health Service Act (1948)
The National Health Service Reorganisation Act (1973)
Health and Medical Act (1988)
National Health Service and Community Care Act 1990.
The Patient Charter (1992)
The National Health Service (General Medical Service) Regulations 1992, No. 635.
Health Authorities Act 1995.
NANTIONAL HEALTH SERVICE, ENGLAND AND WALES. The Family Health Services Appeal Authority Regulations 1995, No. 622.
NANTIONAL HEALTH SERVICE, ENGLAND AND WALES. The National Health Service (Fund-holding Practices) Regulations 1996, No. 706.
NANTIONAL HEALTH SERVICE, ENGLAND AND WALES. The Health Authorities (England) Establishment Order 1996, No. 624.
National Health Service (Primary Care) Act 1997

Niederlande

Gesetze:

Ziekenfondsenbesluit (1941)
Ziekenfonsenwet (ZFW) (1964)
Vertrekkingenbesluit ziekenfondsverzekkering (1966)
het Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ)(1967)
de Wet Voorzieningen Gezondheid (WVG) (1982)
Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) (1982)
Standaardovereenkomst (1985)
Het Besluit verstiging en praktijkomvang huisartsen (1985)
Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszog (Wet BIG) (1993):
Wet Ziekenhuistarieven (1965)
Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) (1996)

Veröffentlichungen von Tweede Kamer:

Tweede Kamer der Staten-General (1994): Onderzoek besluitvorming volksgezondheid, Vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nr. 1-2.
Tweede Kamer der Staten-General (1995): Financieel Overzicht Zorg 1995, vergaderjaar 1994-1995, 23 904, nrs.1-2.
Tweede Kamer der Staten-General (1995): Financieel Overzicht Zorg 1995: Persoonsgebonden budget, vergaderjaar 1994-1995, 23 904, nr. 14.
Tweede Kamer der Staten-General (1996): Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector, Vergaderjaar 1995-1996, 24 478, nr. 1-2.
Tweede Kamer der Staten-General (1997): Jaaroverzicht Zorg (JOZ), vergaderjaar 1996-1997, 25 004, nr. 1-2

Tweede Kamer der Staten-Generaal (1998): Marktwerking in de gezondheidszorg, Vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1.
Tweede Kamer der Staten-Generaal (1998): Jaaroverzicht Zorg 1998, Vergaderjaar 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2.

Veröffentlichung von ZFR:

ZFR/SEA (1993): Ontwikkelingen normuitkeringen, deel 1: toepassing van normatieve verzekerdenkenmerken in de budgettering uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ, nr. 2.
ZFR/SEA (1993): Ziekenfondswet en AWBZ 1990-1994, nr. 3.
ZFR/SEA (1993): Ontwikkeling normuitkeringen, deel 2: kosten van verstrekkingen naar leeftijd en geslacht, de basis voor de normuitkeringen, nr. 3.
ZFR/SEA (1993): 25 jaar AWBZ, nr. 4.
ZFR/SEA (1994): Omvang verzekerden ZFW: Ontwikkeling 1990-1994, nr. 7.
ZFR/SEA (1994): Wet van Otterloo en Omvang ziekenfondsverzekering, nr. 7.
ZFR/SEA (1995): Normbedragen budgetten ZFW en AWBZ 1995, nr. 8.
ZFR/SEA (1995): De regiofactor in de budgettering verstrekkingen. Ziekenfondswet 1995, nr. 8.
ZFR/SEA (1995): Experiment dubbele budgettering Ziekenfondswet, nr. 10.
ZFR/SEA (1995): Wet van Otterlloo en omvang ziekenfondsverzekering, deel 2, nr. 10.
ZFR/SEA (1995): Historische analyse Ziekenfondswet en AWBZ 1988-1992, nr. 10.
ZFR/SEA (1996): Modernisering thuiszorg, nr. 718.
ZFR/SEA (1996): Algemeen Jaarverslag 1996.
ZFR/SEA (1996): Ziekenfondswet en AWBZ 1993-1997, nr. 12.
ZFR/SEA (1996): Splitsingsmodel budgettering verstrekkingen in praktijk, 1996, nr. 12.
ZFR/SEA (1997): Budgettering Ziekenfondsweet 1997, nr. 14.
ZFR/SEA (1997): Ziekenfondswet en AWBZ 1994-1998, nr. 15.
ZFR/SEA (1997): zorg-op-maat in de AWBZ“ Rapport, Uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 mei 1997.

Chinesische Literatur

Cai, Hong-Zhao (1989): Gesundheitspolitik (蔡宏昭: 醫療福利政策), Taipei: Kuei-Kuang Verlag.

Cai, Su-Ling (1988): Plannung zur medizinischen Netzwerk und ihre Durchführung in Taiwan. (蔡素玲: 台灣地區醫療網規劃與執行情形), in: Monatszeitschrift für Untersuchung und Prüfung, Vol. 131, S. 26-37.

CEPD (1990a): *Die Evaluation des medizinischen Versorgungssystems in Taiwan*, (行院經濟建設委員會全民健康保險規劃小組: 對我國醫療體系之評估), Taipei: SEPAK in CEPD.

CEPD (1990b): Leitlinien zur Einführung der National Health Insurance. (行政院經濟建設委員會全民健康保險研究計畫專案小組:全民健康保險制度規劃報告), CEPD, Taipei.

Chang, Li-Yun (1983): Untersuchung von Distribution der medizinischen Personale in Taiwan (張笠雲: 台灣地區衛生人力分佈問題之初探), in: Journal of China Society, Vol. 7, S. 133-156.

Chang, Li-Yun(1988): *Untersuchung über den Gesundheitszustand der Gebirgler und ihre Bedürfnisse nach medizinischen Leistungen* (張苙雲 (計畫主持人): 台灣地區山地鄉居民健康狀況及醫療需求調查研究計畫), Taipei: ZfG.

Chang, Li-Yun (1995): Zur Transformation der Organisationen und zur Verbändebildung: Herausbildung und Intensivierung des Konkurrenzklimas der Industrie (張笠雲: 組織的轉型與結盟: 兼論產業競爭氣候的形塑與激化), Journal of Human and Social Science, Vol. 5, Nr. 1, S. 94-112.

Chang, Li-Yun (1998): Zum Konsultationsverhalten der Patienten in Taiwan: Eine Analye des Prozesses von Arztaufsuchen, Taiwanesische Journal von Soziologie, S. 59-87.

Chang, Li-Yun/Chu, Yung-Chàng (1994): Auftreten der Organisationalen Felder. Eine Studie über die medizinische Industrie Taiwans (張笠雲/朱永昌: 組織場域的浮現. 台灣醫療產業的研究), Journal of Ethologie of Academic Sinica, Vol. 77, S. 157-192.

Chang, Li-Yun/Hsien, Hsin-Yen (1994): Der langfristige Wandel des Ärzteaufsuchen der Patienten. (張笠雲/謝幸燕: 就醫流向之長期變遷), Chinesische Zeitschrift für Öffentliche Gesundheitswesen, Vol. 13, S 54-76.

Chen, Duan-Rong (1989): Die wechselseitigen Beziehungen zwischen der Gesundheitspolitik und dem medizinischen Sektor in Taiwan in den siebziger Jahren: eine kritische Evaluation. (陳端容: 七十年代臺灣醫療產業和醫療政策規劃的互動關係), Diplomarbeit, National Taiwan University.

Chen, Qing-Yu (1990): Studie zum primären medizinischen Leistungsumfang der Krankenversicherung: Untersuchung über die umfassende Versorgung der primären medizinischen Leistungen (陳慶餘 (計劃主持人): 基層醫療保險給付內容之研究 基層醫療週全性之探討), Studie für die CEPD, Taipei.

Chen, Qing-Yu/Xie, Wei-Quan/Lü, Bi-Hong et al., (1992): Untersuchung über die Indes der primären medizinischen Versorgung und die künfigen Praxenformen der

Medizinstudierenden, der praktisiernden Ärzte und der stationär tätigen Ärzte und deren Einflußfaktoren (陳慶餘/謝維銓/呂碧鴻等: (計劃主持人): 基層醫療指數與醫學生, 實習醫師, 住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查), Studie für die ZfG, Taipei.

Chen, Wie-Zhao (1995): Analyse zur Durchführbarkeit des HMO-Modells im Rahmen der National Health Insurance. (陳維昭: 全民健康保險醫療照護採類似制度可行性研究), Forschungsprojekt im Auftrag der ZfG, Taipei: ZfG.

Chen, Xiao-Ping (1995): Der Palast soll auf solider Basis aufgebaut werden: Über gesellschaftliche Voraussetzung der National Health Insurance (in Taiwan) (陳孝平): (建華屋於磐石之上: 論全民健保應有社會基礎), Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaft, Taipei: Academia Sinica. Vol. 9, Nr. 2. S. 109-145.

Chen, Xiao-Ping (1996): Bändigung des Marktmechanismus: Relevanz der Marktstrategie in der Gesundheitsreform westlicher Ländern für unser eigenes Land. (陳孝平: 駕馭市場機能: 歐美醫療體制改革中的市場策略對我國的相干性行), Zeitschrift für Geistes- und Sozialwissenschaft, Vol. 8, S. 1-51.

Chen, Xiao-Ping (1997): Beurteilung des angeänderten Entwurfs über das Modell von Versicherungspluralismus für Gesundheit – eine Analyse zum regulierten Wettbewerbes als Bezugspunkt (陳孝平: 全民健保多元模式修正草案之評估 — 以管理式競爭作為參考點之分析). Monographie in Institut für Soziale Wohlfahrt an der Zhong Zheng Universität vom 19. 11. 1997 .

Chen, Xiao-Ping (1997): „Korporatismus" oder „Markt"? --- Studie über die Eigenschaft des Systems im Rahmen der National Health Insurance aus der Perspektive des gesellschaftlichem Wandels Taiwans. (陳孝平: "組合" 乎？"市場" 乎？——從台灣變遷中社會的屬性探索全民健保的體制, Chinesische Zeitschrift für Öffentliche Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr. 1, S. 86-107.

Chen, Yue-Zhi (1990): The Planning of Nursing Manpower: Its Supply And Demand During The Implementation of National Health Insurance Systems in The Republic of China. (陳月枝 (研究主持人): 配合全民健康保險實施之護理人力供需規則), Taipei: CEDP.

Chen, Zong-Tai/Lan, Zong-Fu (1998): inkrementale Reform im System der Gesundheitsversorgung: Insperation durch die Erfahrungen der niederländischen Gesundheitsreform für Taiwan. (陳宗泰/藍宗孚: 漸進式健康照護體制改革: 論荷蘭經驗對我國之啟發). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 25, Nr. 3, S. 153-165.

Chen, Zong-Xian (1996): Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung? --- zur medizinischen Ethik. (陳宗獻: 醫療商業化 --- 再論醫業倫理), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 9, S. 51-52.

Dai, Wen-Fong (1995): Medizinische Zeitung des Zollamtes und die Krankheiten auf taiwanesischen Hafengebiet gegen Ende der Qing-Dynastie. (戴文峰: 海關醫報》與清末臺灣開港地區的疾病), Zeitschrift für Denken und Spechen, Vol. 33, Nr. 2, S. 157-213.

Du, Ming-Xun (1996): Hindernisse für die Entwicklung von Abteilung hausärztlicher Medizin in den größeren Krankenhäuser – zahlreiche Probleme. (杜明勳: 大型醫院家庭醫學科發展面臨的困境 - 問題重重), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 3, S. 72-74.

Fan, Yen-Qiu (1995): Die Bildung des öffentlichen Gesundheitswesens auf Taiwan vor der japanischen Herrschaft (1895-1920): eine Betrachtung in der institutionellen Dimension. (范燕秋: 日治前期臺灣公共衛生之形成 (1895-1920): 一種制度面的觀察), Zeitschrift für Denken und Spechen , Vol. 33, Nr. 2, S. 215-258.

Gao, Shen-Yung (1986): Allgemeine Entwicklung der ärztlichen Gruppenpraxis in den USA. (高森永: 美國群體醫療執業概況), Öffentliches Gesundheitswesen, Taipei, Vol. 13, Nr. 1, S. 13-17.

Guo, De-Zhen (1992): The Influence of Hospitals and Medical Groups on The Revision of The Schedule for The Labor Insurance (郭德貞: 醫寮團體與醫院對修訂勞保診療費用支付標準表之影響力研究), Magisterarbeit an der National Yang-Ming Medical College, Institute of Public Health, Taipei.

Han, Kui/Chao, Zhong-Wen (1996): Zur Angemessenheit der Selbstbeteiligung für die Gesundheitsausgabe – National Health Insurance und der Vergleich zwischen - DRGs und PPS. (韓揆/趙忠文: 醫療費用部份負擔之妥適性 - 全民健保及 DRGs/PPS 規範之比較), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 2, S. 86-88.

Han, Kui/Chao, Zhong-Wen (1996): Zur Implementationsprozessen und Problemen der einheitlichen Vergütungsregelung der National Health Insurance – Studie über die Regelungen wie DRGs/PPS. (韓揆/趙忠文: 健保單一疾病支付之實施歷程及問題 - 參酌 DRGs/PPS 有關規範之探討), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 5, S. 61-63.

Huang, Da-Fu (1998): Die Wirkung der National Health Insurance auf die Qualität der medizinischen Versorgung (黃達夫: 全民健保對醫療服務品質的影響), in: Wu, Zheng-Wen (Hrsg.), *Evaluation und Möglichkeit der National Health Insurance* Taipei: National Health Research Institutes, S. 141-149.

Huang, Da-Fu (1998): Bericht über Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen (黃達夫 (召集人): 委員會期中報告書 - 醫療品質小組), in: Wu, Zheng-Wen (Hrsg.), Evaluation und Möglichkeit der National Health Insurance, Taipei: National Health Research Institutes, S. 59-68.

Huang, Guo-Jin/Chen, Wan-Ren/Li, Long-Teng et al., (1997): Untersuchung zur Art und Weise der Behandlungsstand der Allgemeinmediziner in Taiwan. （黃國晉/陳完任/李龍騰/陳慶餘：台灣地區家庭醫師全科診療現況之調查）, Chinese Journal of Family Medicine, Vol. 7, Nr.2, S. 69-75.

Huang, Guo-Jin/Liang, Ji-Quan/Li, Long-Teng/Chen, Qing-Yu (1995): Die Benutzung der modernen und chinesischen Medizin von Einwohnern im einen bergischen Dorf und deren Evaluation. （黃國晉/梁繼權/李龍騰/陳慶餘：某山地鄉民眾中西醫醫療使用及對其評價, Chinese Journal of Family Medicine, Vol. 5, Nr. 2, S. 64-72.

Huang, Ming-Ju/Chen, Yen-Fang/Lin, Jing-Yu (1996): Studie über die personale Disposition in Gesundheitszentren. (黃明珠/陳延芳/林金玉： 衛生所人力配置式之探討), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 22, Nr. 4, S.231-245.

Huang, Yen-Yi (1988): Studie zur Entwicklung der Sozialarbeit in Taiwan. (黃彥宜: 臺灣社會工作發展之研究 (西元 1683-1988 年), Diplomarbeit, National Taiwan University.

Huang, Wen-Hung/Li, Yu-Chun/Zhang, Hong-Ren et al., (1994): *Introduction to National Health Insurance. Charter for safeguarding the right of national health* (黄文鴻/李玉春/張鴻仁/楊銘欽/陳春山: 全民健保法入門. 保障全民健康權利的憲章), Taipei: Jing Tai.

Huang, Wen-Hung/Li, Yu-Chun/Zhang, Hong-Ren et al., (1995): National Health Insurance. Institution, Law, Impacts. (黄文鴻/李玉春/張鴻仁/楊銘欽/陳春山: 全民健保 --- 制度. 法規. 衝擊), Taipei: Jing Tai.

Huang, Yuan-Xie (1996): Vom global Management zum internal Market – die Reform des National Health Service Großbritannien in den 90er Jahren (黄源協: 由 [總體經營] 到內部市場 -- 1990 年代英國健康體系的改革), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 23, Nr. 1, S. 1-16.

Ji, Jun-Hui (1997): Studie zur theoretischen Grundlage der Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversicherung. (紀駿輝: 健康保險之部分負擔制的理論基礎之探討), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 23, Nr. 4, S. 181-197.

Ji, Jun-Hui (1997): Gesundheitsförderung oder Reduzierug der finanziellen Belastung der Gesellschaft? Vergleich von öffentlicher Gesundheitsversicherung und marktgesteuerten Gesundheitsversicherung aus zwei Perspektiven. (紀駿輝: 健康維護或降低財務風險? 由兩種觀點來比較公營與自由市場的健康保險制度). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 24, Nr. 2, S. 77-96.

Jian, Cong-Jian (1997): Studie über HMOs I: Kann die HMOs die Aufgaben erfüllen? (簡聰健： HMOs 探討系列之一： HMOs 果真足堪重任？), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 40, S. 47-49.

Jian, Cong-Jian (1998): Studie über HMOs II: Wie kann der regulierte Wettbewerb umgsetzt werden?. (簡聰健 : HMOs 探討系列之二: 如何落實管理式競爭之理念?). Taiwan Medical Journal, Vol. 41, Nr. 1, S. 53-61.

Jiang, Dong-Liang (1993): Gesundheitssysteme der westlichen Länder und die Richtung der globalen Reform. (江東亮: 歐美醫療體系與其總體改革方向), in: Yang, Zhi-Liang (Hrsg.)(1993): Gesundheitsversicherung (楊志良主編: 健康保險), Taipei: Ju-Liu, S.23-40.

Jiang, Yin-Long (1988): Errichtung der regionalen medizinischen Netzwerke – Planung des Gaoxiong Gebietes. (江英隆: 建立區域性醫療 - 以高雄市範圍規劃), Monatszeitschrift für Untersuchung und Prüfung, Vol. 131, S. 3-15

Kuo, Ming-Cheng (1997): Social Security System and Social Law. (郭明政: 社會安全制度與社會法), Taipei: Chengzhi University.

Kuo, Ming-Cheng (1998): Grundprobleme der Volkskrankenversicherung in Taiwan, in: Ruland, Franz/Maydell, Bernd Baron von/Papier, Hans-Jürgen (Hrsg.), Verfassung, Theorie und Praxis des Sozialstaates, Festschrift für Hans, F. Zacher zum 70. Geburtstag, S. 457-476.

Lai, Liang-Yang (1989): Untersuchung der medizinischen Versorgung der älteren Menschen in Taiwan. (賴兩陽: 我國老人醫療照護制度之研究, 國立台灣大學社會學研究碩士論文), Taipei: Taiwan National University.

Lan, Zhong-Fu (1990): Evaluation der Umsetztungsergebnisse des Plans zur Etablierung medizinischer Netzwerke auf Taiwan. (藍忠孚(計畫主持人): 籌建台灣地區醫療網實施績效之評估研究), Forschungsprojekt im Auftrag der ZfG, Taipei: ZfG.

Lan, Zhong-Fu/Zheng, Hui-Zhu (1991): Theorie und Argument für die Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung. (藍忠孚/鄭惠珠: 健康保險部份 負擔制的理論與論證), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 18, Nr. 1, S. 1-17.

Lan, Zhong-Fu (1994): A Conceptual Scheme for Regionalization of Medical Services in Taiwan. (藍忠孚 (研究主持人): 區域醫療保健服務體系之研究), Überprüfungsausschuß für Untersuchung und Entwicklung beim Exekutivyuan (DRCE), Taipei.

Lai, Jun-Xiong (1992): Studie zur Integration von Nachfrage nach und Angebot der chinesischen medizinischen Leistungen (賴俊雄(計畫主持人): 中醫醫療需求與供給之整合研究), Forschungsprojekt im Auftrag der ZfG, Taipei: ZfG.

Li, Jing-Feng (1990): Cognition, Affection and Conation of Traditional Medicine in Outpatients of Chinese and Western Medicine (李金鳳：中西醫門診病患對傳 統醫療認知、情意與行為意向之調查研究), Taipei: National Yang-Ming Medical College Institute of Public Thesis, 碩士論文.

Li, Shi-Dai/Lai, Mei-Shu (1997): Debatte um die Durchführung der präventiven Gesundheitsleistungen für die Erwachsene im Rahmen der National Health Insurance 李世代/賴美淑：全民健康保險成人預防保健服務實施之檢討）, Chinese Journal of Family Medicine, Vol.7, Nr.2, S. 94-104.

Li, Yu-Chun (1991): *The Planing for The Development of Sub-Meidical Care Network in Taiwan* (李玉春(計畫主持人): 醫療網次區域之發展計畫), Institute for Public Health at National Yang-Ming Medical University, Taipei.

Li, Zhuo-Lun/Ji, Jun-Hui/Lai, Jun-Xiong (1995): Rückblick auf die Politik über die chinesische Medizin von 1981 bis zum 1994 in Taiwan. (李卓倫/紀駿輝/賴俊雄: 1981-1994 年中醫政策之回顧), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 21, Nr. 2, S. 97-107.

Li, Zhuo-Lun/Ji, Jun-Hui/Lai, Jun-Xiong (1996): Studie über Nachfrage der medizinischen Leistungen am Beispiel der chinesischen Medizin - eine Überprüfung mit der analytischen Methode und deren Grenzen. (李卓倫/紀駿輝/賴俊雄：醫療需求研究之分析方法與限制－以中醫門診為例, Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 22, Nr. 4, S. 247-254.

Li, Zhuo-Lun/Wu, Kai-Xun (1994): Geschichte der Institutionalisierung von Vergütungsweise für Beamten- und Arbeiterversicherung und ihre Verhältnisse zur Ausgabe für Gesundheit. (李卓倫/吳凱勳: 公勞保診療費用支付制度研革與醫療費用支出之關係), Taipei: Institut für Studie über das Öffentliche Gesundheitswesen Taiwans, S. 113-136.

Li, Zhuo-Lun/Zeng, Hong-Fu: Priorität der Gesundheitspolitik in Taiwan – Meinungen von Wissenschaftlern und Beamten. (李卓倫/曾泓富: 臺灣地區衛生政策的優先順序 - 學者與官員的意見), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr. 3, S. 219-224.

Lin, Chih-Hong (1998): Streben nach einer eingeschränkt pluralistisch zusammenarbeitenden und offenen Selbstverwaltungssystem – Reformrichtung des deutschen Krankenversichrungssystems und seine Bedeutung für uns (Taiwan). (林志鴻: 邁向一個有限多元合作而開放的自治管理體系 – 德國疾病保險體系改革之方向及給我們之借鑒), Zeitschrift für Wirtschafts, Gesellschafts und Rechts, Vol. 21, S. 273-310.

Lin, Guo-Ming (1996): Staat und die professionelle Autonomie der Ärzte – eine soziologische Analyse des Vergütungssystems des taiwanesischen Gesundheitsversicherungssystems (國家與醫療專業權力 -- 台灣醫療保險體制費用支付制度的社會學分析), Taipei:Taiwan Research Fond.

Lin, Shui-Ji (1986): Studie über die Funktionen der Gesundheitszentren in Taipei-Stadt. (林水吉: 台北市衛生所功能的探討), Monatszeitschrift für Untersuchung und Prüfung, Vol. 115, S. 28-37.

Lin, Shui-Ji (1988): In Richtung einer sozialen und humanen Versorgungsmaßnahme – vom Erlaß und Inkrafttreten der Behandlungsverfahren ausgehend. (林水吉: 邁向社會化及人性化的醫療措施 -從醫療法的公布實施談起-), Monatszeitschrift für Untersuchung und Prüfung , Vol. 131, S.16-25.

Lin Wang, Mei-Yuan (1993): Medizinische Netzwerke—Vorbereitung für die National Health Insurance (林王美園: 實施醫療網計畫--為推行全民健保鋪路), Zeitschrift für Krankenpflege, Vol. 40, Heft 2, S. 15-28.

Lin, Yun-Yun (1994): Untersuchung über die Preisbildung und das Einkommen der Ärzte in Taiwan. (林芸芸: 臺灣地區醫師診療的訂價與收入研探), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 21, Nr. 3, S. 153-164.

Lin, Yun-Yun (1998): Überlegung über die Privatisierung der Gesundheitsversorgung in den Niederlanden. (林芸芸: 荷蘭健康照護民營化的省思). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 25. Nr. 3, S. 141-152.

Lin, Yun-Yun (1999): Vom regulierten Wettbewerb bis zur regulierten Kooperation - Lehre aus dem internen Markt in England für die Privatisierung der Versicherung unter öffentlicher Aufsicht im Rahmen der National Health Insurance in Taiwan. (林芸芸: 從管理式競爭到管理式合作 - 英國的內部市場對臺灣全民健康保險公辦公營的鑑戒). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 26, Nr. 1. S. 1-12.

Lin, Xian/Wu, Ying-Zhang (1988): Analyse der Verhaltensweise des Arztaufsuchens der taiwanesischen Einwohner. (林憲/吳英璋: 台灣地區民眾醫療態度與行為之分析), Journal of Ethologie of Academic Sinica, Taipei: Academica Sinica, S. 553-594.

Lin, Zheng-Jie/Luo, Guang-Ming (1995): Untersuchung zur Haltung und Überzeugung der Ärzte in Taichung Gebiet gegenüber der familiären Medizin. (林正介/駱光明: 台中地區基層醫療醫師對「家庭醫學」態度和信念之調查), Chinese Journal of Family Medicine, Vol. 5, S. 53-63.

Lü, Bi-Hong/Wang, Ying-Wei (1990): Die Rolle der Hausärzte im Rahmen der National Health Insurance und in dem medizinischen Netzwerk – Studie über die Gegenwart und die Zukunft. (呂碧鴻/王英偉: 家庭醫師在全民健康保險及醫療網中的角色 - 現在與未來之探討), Studienbericht im Auftrag von CEPD, Taipei: CEPD.

Moore, Rod/Shiau, Yuh-Yuan (1999): Dentistry in Taiwan, Republic of China: national health insurance reforms, illegal dentistry and plans for peer review quality control. International Dental Journal, Vol. 49, S. 76-81.

Nationale Union von Ärztekammern der Republik China (1997): Kommunikation zur Festlegung von Gesetzesentwurfes zur Revision des Gesetzes über National Health Insurance von Seite der Ärzte (中華民國醫師公會全國聯合會: 溝通研討醫界全民健保法修正版本), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 9, S. 820-821.

Nationale Union von Ärztekammern der Republik China (1997): Diskussion über die Umstrukturierung der Versicherungen im Rahmen der National Health Insurance (中華民國醫師公會全國聯合會: 研議有關健保保險人組織之再修正案), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 12, S. 1108-1109.

Qiu, Yung-Ren (1997): Zur Ansicht und Gegenmaßnahme von seite der Ärzteschaft gegenüber der Umgestaltung der National Health Insurance zu einer Privatisierung der Versicherung unter öffentlicher Aufsicht und gegenüber die Einführung von HMO.（邱永仁： 醫界對於〔全民健保改制公辦民營及實施 HMO〕應有的認識與對策）, Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 10, S. 47-51.

Qiu, Yung-Ren (1997): Zu den aneblichen notwendigen Maßnahmen der niedergelassenen Ärzte gegen die Einführung der HMOs – Aufrechterhalten von Qualität erbrachter Leistungen für die Bürger.（邱永仁：基層開業醫師對於 HMO 應及早尋求對策以維護全民的醫療品質）, Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 12, S. 45-46.

Qiu, Yung-Ren (1997): Berichterstattung über das System von Trennung von Dispensation und Verschreibung in Japan. (邱永仁: 赴日考察醫藥分業制度心得報告), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 8, S. 64-73.

Quin, Yung-Ren (1999): Auswirkung der Budgetierung auf den medizinischen Gesundheitsmarkt. (邱永仁: 總額預算制對醫界的影響). Taiwan Medical Journal, Vol. 1999, Nr. 9, S. 38-40.

Qiu, Yung-Ren (1999) Anti.Kartell Regelungen auf dem Gesundheitsmarkt. (邱永仁：醫療行業反托拉斯規範). Taiwan Medical Journal, Vol. 42, Nr. 8, S. 45-46.

Ruan, Zheng-Xiong (1996): Vorschlag zur Lösung des Versorgungsproblems in Jingmen-Gebiet. (阮正雄: 解決金門地區離島醫療問題的芻議), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 6, S. 64-68.

Shi, Gan-Sheng/Luo, Ji-Qiong (1987): Studie zur Auswirkung der National Health Insurance auf die Vergütung für ambulante Leistungen der gestaffelten medizinischen Einrichtungen. (石淦生/羅紀瓊: 全民健保對層級別院所門診給付影響初探). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 24, Nr. 2, S. 97-107.

Shi, Yao-Tang/Chen, Li-Mei/Gao, Shen-Yung (1985): Analyse der Funktionen der Gesundheitszentren in Taiwan – Analyse der Aufgabenbereiche der Gesundheitszentren in Taiwan. (石曜堂/陳麗美/高森永: 臺灣地區衛生所功能分析-臺灣地區衛生所業務狀況之分析-), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 13, Nr. 1, S. 1-20.

Shi, Yao-Tang (1997): Untersuchung zur primären Gesundheitsversorgung, Manuskript.

Song, Rui-Lou (2000): Qualität der medizinischen Versorgung in Taiwan und Studie über die Einflußfaktoren (宋瑞樓: 台灣之醫療品質及其影響因素之研議), Taiwan Medical Journal, Vol. 43, No. 1, S. 11-13.

Wei, Zhong-Ren/Yang, Zhi-Liang (1997): Analyse der Politikprogramme der Abgeordneten in bezug auf die Gesundheitspolitik.（魏中仁/楊志良：立委選舉之醫療保健政見分析¸1969-1995）, Chinesische Zeitschrift für Öffentliche Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr.5, S. 435-442.

Wirschaftsinstitut der Academia Sinica (1993): Tagungsbericht über den Vergleich der Vorschläge zur Vergütung und Finanzierung im Gesetz über National Health Insurance. (中央研究院經濟研究所: 全民健保給付與財源方案之比較討論會¸ 抽印本), Zeitschrift für Wirtshcaftsentwicklung und –politik in Taiwan, Sonderheft Vol. 24, Nr. 1, Taipei: Academica Sinica.

Wu, Bing-Hui/Ji, Wei-Zhu/Hong, Qi-Bi (1997): Untersuchung zu den Gewohnheiten des Arztaufsuchensdes Ya-Mei Volks in Lan-Yu Insel. (吳炳輝/季瑋珠/洪其壁: 蘭嶼雅美人求醫行為之研究). Chinesische Zeitschrift für Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr. 4, S. 329-338.

Wu, Kai-Xun (1993): Über den Stand und die Entwicklung der gesetzlichen National Health Insurance in Taiwan. (吳凱勳: 我國健康保險制度的回顧與現況分析), in: Wirtschaftsinstitut, Academia Sinica: Materialien zum Symposium über das National Health Insurance Law, Oktober 1992, Teipei.

Wu, Kai-Xun (1993): Das gegenwärtige Gesundheitsversorgungssystem in Taiwan (吳凱勳: 我國現行健康保險制度), in: Yang, Zhi-Liang (Hrsg.)(1993): Gesundheitsversicherung, Taipei: Ju-Liu, S. 153-192.

Wu, Kun-Guang (1997): Die Revision des Gesetzes über National Health Insurance sollte die Interesse der gesamten Bürger berücksichtigen (吳坤光: 全民健保法修法應考慮全民權益), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 9, S. 9.

Wu, Kun-Guang (1997): Zur sofortigen Revidierung des Gesetzes über die National Health Insurance – Gewährleistung der Gesundheit der Bürger -. (吳坤光: 全民健保法應儘速修正 - 民眾健康才能獲得保障),Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 6, S. 9

Wu, Xian-Ming (1995): Einführung in die Gesundheitsgesetze – Gesetze zur Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung. (吳憲明: 衛生法規概論 -- 醫事法規), Taipei.

Wu, Yun-Dong (1997): Symposium zum Diskussion über die Privatisierung der Versicherungen der National Health Insurance unter öffentlicher Zuständigkeit - geleitet vom National Health Research Institute (吳運東: 國家衛生研究院 - 全民健保公辦民營坐談會), Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 12, S. 1071-1072.

Xiao, Xin-Huang (1994): Ein analytischer Bezugsrahmen für die neue Sozialbewegung in Taiwan, (蕭新煌: 台灣新興社會運動的分析架構), in: Hsü, Cheng-Kuang/Sung, Wen-Li (Hrsg.): *Neue Sozialbewegung in Taiwan*. Taipe: Ju-Liu, S. 21-46.

Xiao. Xin-Huang (1995): Die Rekonstruktion des Verhältnisses zwischen dem Staat und der Gesellschaft im Prozeß der gesellschaftlichen Pluralisierung (蕭新煌: 多元化過程中 社會與國家關係的重組), in: Xu, Zheng-Kuang/Xiao, Xin-Huang (Hrsg.). Staat und Gesellschaft in Taiwan, Taipei: Dong-Da, S. 355-377.

Xie, Wen-Hui (1997): Revidieren eines durchführbaren National Health Insurance Law. （謝文輝：修一個行得通的全民健保法）, Taiwan Medical Journal, Vol. 40, Nr. 11, S. 51-52.

Xie, Wen-Hui (1999): Wohin entwickeln sich die provinziellen Krankenhäuser? (謝文輝: 省立醫院何去何從). Taiwan Medical Journal, Vol. 42, Nr. 8, S. 47-49.

Xie, Ying-Hua/Lin, Ying-Qing/Lin, Zhang-Xiang/Hong, Qhing-Lin (1994): Untersuchung ueber die primäre Gesundheitsversorgung und die relevanten Faktoren für Ueberweisung

(謝瀛華/林英欽/林章賢/洪清霖: 基層醫療與轉 診相關因子之探討), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 21, Nr. 4, S. 213-219.

Xu, Zhi-Yi (1991): Einführung von Gruppenpraxen zur Lösung der Probleme in der primären medizinischen Versorgung. (許志怡: 推行聯合執業(Group Practice) 以解決當今基層醫療問題), Taiwan Medical Journal, Vol. 34, Nr. 6, S. 463-465.

Xu, Li-De (1998): Der Stand und die Probleme der National Health Insurance und die Vorschläge zu ihrer Verbesserung. (徐立德: 全民健康保險制度之現況、問題與改進芻議). in: National Health Research Institutes Forum, *Evaluation und Möglichkeit der National Health Insurance*, Taipei: S. 71-74.

Yan, Yu-Ting (1995): *National Health Insurance: Ideen und Perspektiven*. (顏裕庭: 全　民健保：理念與展望）, Taipei: Yi-Xuan Verlag.

Yang, Han-Quan (1991): Studie über die Notwendigkeit zur Einrichtung der Gruppenpraxen von niedergelassenen Ärzten. (楊漢泉: 開業診所 「聯合執業」 需要性之探討), Taiwan Medical Journal, Vol. 34, Nr. 9, S. 27-33.

Yang, Han-Quan (1992): Selbstkritik und Aussicht der medizinischen Versorgung in Taiwan. (楊漢泉: 臺灣地區醫療服務體系之檢討與展望). Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 19, Nr. 1, S. 12-23.

Yang, Zhi-Liang/Xiao Qing-Lun/Lu, Rui-Fen (1989): Das Gesundheitswesen in Taiwan - Überlegung über die National Health Insurance -. (楊志良, 蕭慶倫, 盧瑞芬: 從全民健康保險看我國醫療保健體系), Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr. 4, S. 341-357.

Yang, Zhi-Liang (Hrsg.)(1993): *Gesundheitsversicherung* (楊志良主編: 健康保險), Taipei: Ju-Liu.

Yang, Zhi-Liang (1990): *Einführung in die Öffentliche Gesundheitdienste*. (楊志良: 公　共衛生新論述), Taipei: Ju-Liu.

Ye, Jing-Chuan (1993): Das Gesundheitsversorgungssystem in Taiwan (葉金川: 我國健康照護體系), Yang, Zhi-Liang (Hrsg.)(1993): *Gesundheitsversicherung*, Taipei: Ju-Liu, S. 109-152.

Yu, Yu-Mei (1990): Analyse der Durchsetzbarkeit der Eingliederung der häuslichen Pflege in den Leistungsumfang der National Health Insurance. (余玉眉: 居家照護納入全民健康保險給付之可行性) , Forschungsprojekt im Auftrag der CEPD, Taipei: CEPD.

ZeNHI (1996): *Gesammelte Gesetze zur Allgemeinen Krankenversicherung*. (中央健康保險局: 全民健康保險法要輯), Taipei: ZeNHI.

ZeNHI (1997): *National Health Insurance Profile*, Taipei: ZeNHI.

ZeNHI (1998a): Bericht über die Durchführung der National Health Insurance vom Oktober 1997 von der ZGE. (中央健康保險局: 中央健保局八十六年十月份全民健康保險業務執行報告). Taiwan Medical Journal, Vol. 41, Nr. 1, S. 66-68.

ZeNHI (1998b): Bericht über die Durchführung der National Health Insurance vom November 1997 von der ZGE. (中央健康保險局: 中央健保局八十六年十一月份全民健康保險業務執行報告). Taiwan Medical Journal, Vol. 41, Nr. 2, S. 107-108.

ZeNHI (1999): *National Health Insurance Annual Statistical Report*, Taipei: ZeNHI.

ZfG (1986): *Plan zur medizinischen und gesundheitlichen Versorgung – Planung zur Errichtung des medizinischen Netzwerkes* (行政院衛生署: 醫療保健計畫 - 籌建醫療網計畫(核定本)), Veröffentlichung von ZfG, Taipei.

ZfG (1989a): *Planung und Implementation der Gruppenpraxen in der Gesundheitszentren*. (行政院衛生署: 群體醫療執業中心之計畫與執行), Taipei: ZfG.

ZfG (1989b): *Gesammlte Schriften über die primäre Gesundheitsleistung von 1989* (行政院衛生署, 七十八年度基層保健服務研習會專輯, 民國七十八年), Taipei: ZfG.

ZfG (1993a): *Prüfungstext über den zweiten Plan zur Errichtung der medizinischen Netzwerke*. (行政院衛生署: 建立醫療網第二期計畫核定本), Taipei: ZfG.

ZfG (1993b): *Weißbuch über Gesundheit*, Taipei: ZfG.

ZfG (1995): *Durchführungsrichtlinien für die Beantragung von Hilfe aus dem Entwicklungsfond von der Zentralbehörde für Gesundheit* (ZfG), (行政院衛生署: 行政院衛生署醫療發展基金申請作業要點), Taipei: ZfG.

ZfG (1996a): *Überblick über das öffentliche Gesundheitswesen der Republik China*. (行政院衛生署: 中華民國公共衛生概況), Taipei: ZfG.

ZfG (1996b): *1995 Republic of China General Health Statistics* (行政院衛生署: 衛生統計: 一. 公務統計), Taipei: ZfG.

ZfG (1999a): *1998 Republic of China HEALTH AND VITAL STATISTICS*; Taipei: ZfG.

ZfG (1999b): *Jährlicher Bericht über das öffentliche Gesundheitswesen*, Taipei: ZfG.

Zhan, Qi-Xian (1998): Rechtet den Blick weitsichtig, aber mit vorsichtigen Schritten - Über die National Health Insurance im 21. Jahrhundert. (詹啟賢: 眼光要放遠、 腳步要走穩 — 談21世紀的健保制度). Taiwan Medical Journal, Vol. 41, Nr. 1, S. 10.

Zhang, Jiansheng (1992): Neue Entwicklungen, Chanchen und Schwierigkeiten der Krankenversicherungen in Taiwan, MMG. Vol. 17, S, 311-317.

Zhang, Qun-Chang/Qiu, Wen-Da (1996): - Über den Einfluß der National Health Insurance auf die taiwanesische Ärzteschaft und auf die medizinischen Einrichtungen. (張群昌/邱文達: 逆勢成長 - 談全民健保對台灣醫界的衝擊與醫療機構生存發展之道), Taiwan Medical Journal, Vol. 39, Nr. 4, S. 71-73.

Zhang, Shi-Xiong (1994): Von Krankheitsbehandlung zum Gesundheitsförderung. Evolution und neue Orientierung der kanadischen Gesundheitsversorgung. (張世雄: 從「疾病治療」到「健康維護」- 加拿大健保的演進與新方向), Aufsatz für das Symposium um die demographische Änderung, Gesundheitszustand der Bevölkerung und Sozialsicherheit, Institut und Abteilung für Wohlfahrtspolitik, Jiayi: National Zhong-Zheng Universität.

Zhang, Ying-Hua (1992): *Studie über die Planung der medizinischen Netzwerke in verschiedenen Gebieten in Taiwan II* (章英華(計劃主持人): 台灣地區不同層級醫療區之規劃研究), Forschungsprojekt im Auftrag der ZfG, Taipei: ZfG.

Zheng, Shou-Xia/He, Yu-Xue (1997): Vergleich von Produktivität zwischen den Gruppenpraxen und den Einzelarztpraxen. （鄭守夏/何玉雪：群體執業與單獨執業醫師之生產力比較）, Chinesische Zeitschrift für Öffentliches Gesundheitswesen, Vol. 16, Nr.5, S. 428-43.

Zhou, Li-Fang/Chen, Zeng-Ji (1999): Studie zum globalen Vergütungssystem in der Gesundheitsversorgung. (周麗芳/陳曾基: 探究健康保險總額預算制度). Taiwan Medical Journal, V9ol. 42, Nr. 2, S. 57-64.

Zhou, Li-Fang/Chen, Zeng-Ji (1999): Studie zum Problem der finanziellen Bilanz der National Health Insurance. (周麗芳/陳曾基: 當前全民健保財務收支平衡問題初探). Taiwan Medical Journal, Vol. 42, Nr. 5, S. 59-62.

Zhou, Li-Fang/Chen, Zeng-Ji (2000): Studie zu medizinischen Netzwerken im neuen Jahrhundert: Regionale Politik und Finanzierungsperspektive. (周麗芳/陳曾基: 新世紀醫療網初探: 區域政策與財政觀點), Taiwan Medical Journal, Vol. 43, Nr. 1, S. 45-48.

Zeitungsartikel:

Cai, Cao-Rong (2000): Versicherung nur gegen schwere Krankheiten, Implementierung nach dem Alter. (蔡朝榮: 小病大醫 浪費健保醫療資源), China Times, 22.06.2000.

Central Daily News (1993): 12. 03. 1993.

Chen, Hong-Ji (1999): Ältere Menschen, keine Anspruchsberechtigten der National Health Insurance. (陳鴻基: 老人不福利健保政策). China Times, 25. 11.1999.

Chen, Xiu-Ling (1995a): Auseinandersetzung um die ärztlichen Behandlungssätze, Konflikte zwischen den ärztlichen Organisationen und den Arbeitnehmerorganisationen, China Times, 28. 01. 1995.

Chen, Xsiu-Ling (1995b): Vereinbarung von Arbeitgebern und Arbeitnehmer bezüglich der Senkung von Versicherungsbeiträgen (陳秀玲:主張勞保費率降低 勞資團體口徑一致), China Times, 28. 01. 1995.

Chen, Xsiu-Ling (1995c): Gegen den überhohen Beitragssatz. 4000 Arbeitsnehmer des Tai-Suo Konzerns gehen auf die Straße. (陳秀玲: 抗議保費過高， 台塑集團四千員工上街頭). China Times, 02. 05. 1995.

China Times, 30. 12. 1995.

China Times, 15. 04. 2000.

Gu, Yun-Wen (1997): Welches wählen Sie, die politischen Domänen oder die bestialischen Konzerne (古允文: 政治巨靈與財團惡獸 你選那一個?), Untied Daily News, 04. 06. 1997.

Guo, Zheng-Dian (1998): Wer sollte für das feindselige Verhältnis zwischen Arzt und Patienten verantwortlich sein (郭正典: 醫病關係如寇讎，誰該負責), 民生報, 12.07.1998.

Huang, Miao-Yun (1997): Transformation der National Health Insurance: pluralistische Auswahl der Versicherten. (黃妙雲: 健保改革版：被保險人多元選擇). Central Daily News, 27. 09. 1997.

Huang, Ting-Yu (2000): Die National Health Insurance muß Darlehen von knapp zehn Milliarden National Taiwan Dollar bis zum Ende dieses Jahres aufnehmen. (黃庭郁: 今年年底健保需告貸百億支應). China Times, 08. 06. 2000.

Huang, Zhao-De (2000): Rationale Kontrolle medizinischer Ressourcen zur Rettung der National Health Insurance (黃兆德: 解救健保須合理適當限制醫療), China Tmes, 14.05.2000.

Industrial and Commercial Times (1998): Forum zur Preisbildung von Arzneimittel im Rahmen der National Health Insurance. (工商時報: 健保藥價給付座談會), 15. 07.1998.

Industrial and Commercial Times (1998): Forum zur Etablierung des Überweisungssystems. (轉診制度座談會), 15. 07. 1998.

Ji, Jun-Hui (1999): Wer mißbraucht medizinische Ressourcen?. (紀駿輝：誰在濫用醫療資源？), Liberal Times, 17. 05. 1999.

Ji, Jun-Hui (2000): Die ökonomische Politik der Medical Saving Account (紀駿輝: 醫療儲蓄帳戶的政治經濟學), China Times, 02.06.2000.

Li, Wen-Yi (1998): Bericht über die vertraglichen Apotheker. (李文儀: 特約藥局篇), Liberal Times, 01. 03. 1998.

Li, Ying-Yuan (1997): Die finanzielle Belastung der Beamten wird erleichert (李應元: 公務員健保負擔 明增暗減), Liber Times, 12. 07.1997.

Liberal Times (1996), 14. 05. 1996.

Lin, Jin-Xiu (1997): Privatversicherung und Pluralisierung lösten den Widerstand der Bürger und Ärzteschaft aus. (林進修: 民營、多元化 激起民眾、醫界反對), Ming-Sheng Daily News, 27. 09. 1997.

Liu, Feng-Hong (1997): Im Rahmen der öffentlichen Versicherung kann der Gesundheitsschutz besser gefördert werden. (劉芬宏: 公辦公營 更能發揮醫療保障), China Daily News, 11. 07. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997a): Die Gruppen der fünf medizinischen Professionen schloßen sich zur Erkämpfung der Erhöhung der Beitragssatzes zusammen. (呂秉原: 五大醫事團體聯手出擊 盼民眾接受健保費率合理調升) Liberal Times, 02.06.1997.

Lü, Bing-Yuan (1997b): Umgestaltung der Versicherungsträger. Förderung Medizinischer Versorgung in Form von Mitgliedschaft. (呂秉原: 健保改制 推動會員式醫療服務), Liberal Times, 28. 05. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997c): Der Fonds für National Health Insurance besitzt einen Status der öffentlich-rechtlichen Körperschaft. (呂秉原: 健保基金會 將定位公法人組織), Liberal Times, 29. 05. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997d): Die Aufsichtskommission für National Health Insurance forderte an, die Versicherungsbeiträge auf 3.75% zu senken (呂秉原:健保費率 監理會要求降至 3.75%), Liberal Times, 03. 06. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997e): Die Abgeordnete bemängeln Reformentwurf des Exekutivyuans (呂秉原: 政院版健保修法草案 立委砲擊), Liberal Times, 25. 06. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997f): Die Abgeordnete forderten, die Versicherungen zu pluralisieren (呂秉原: 立委要求健保機構多元化). Liberal Times, 09.07. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1997g): Die Zahl des Arztbesuche in Taiwan ist auf dem ersten Rang in der Welg (呂秉原: 台灣人看病次數 勇冠世界第一), Liberal Times , 20.10.1997.

Lü, Bing-Yuan (1997h): Verweigen die Ärzte sich, an den von Konzernen geleiteten Versicherungen teilzunehmen, falls die Versicherung der National Health Insurance privatisiert wird?. (呂秉原: 健保公辦民營 醫師拒加入), Liberal Times, 25. 10. 1997.

Lü, Bing-Yuan (1998): Patienten verweigern sich , sich bei den kleinen und mittelgroßen Krankenhäuser akut behandeln zu lassen. (呂秉原: 病人急診 對中小型醫院仍卻步), Liberal Times, 31. 08. 1998.

Lü Bing-Yuan/Sheng, Zhu-Ling/Yang, Mei-Zhen (1998a): Zum Mißbrauch der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen. (呂秉原/盛竹玲/楊美珍: 就醫浮濫篇), Liberal Times, 07. 04. 1998.

Lü, Bing-Yuan/Sheng, Zhu-Ling/Yang, Mei-Zhen (1998b): Zur Finanzierung der National Health Insurance und Kostendämpfung. (呂秉原/盛竹玲/楊美珍: 開源節流篇), Liberal Times, 07. 04. 1998.

Lü, Bing-Yuan/Sheng, Zhu-Ling/Yang, Mei-Zhen (1998c): Zur Qualität der medizinischen Leistunge (呂秉原/盛竹玲/楊美珍: 醫療品質篇), Liberal Times, 07. 04. 1998.

Lü, Bing-Yuan/Sheng, Zhu-Ling/Yang, Mei-Zhen (1998d): Zur Verteilung der medizinischen Ressourcen. (呂秉原/盛竹玲/楊美珍: 資源品質篇), Liberal Times, 07. 04. 1998.

Lü, Bing-Yuan/Sheng, Zhu-Lin/Yang, Mei-Zhen (1998e): Die Einkaufspreise der Arzneimittel von 40% der medizinischen Einrichtungen sind niedriger als die Abrechnung der National Health Insurance. (呂秉原/盛竹玲/楊美珍: 四成醫療院所進藥 低於健保給付), Liberal Times, 27.04. 1998.

Lü, Bing-Yuan/Lo, Bi- /Deng, Li-Qing (1999): Zum Symposium um Reform der National Health Insurance im Hinblick auf die Ausgabendämpfung für medizinische Ressourcen (呂秉原/羅碧 /鄧立青: 從節制醫療資源浪費, 看健保制度改革座談會), Liberal Times, 18.05.2000.

Ming-Sheng Daily News (1978): Bericht über unnötige Operationen, 01. 01. 1978.

Qiu Tai-Yuan (1999): Jeder braucht einen Hausarzt. (邱泰源: 每一個人都需要家庭醫師), Liberal Times, 07. 02. 1999.

Qiu, Tian-Lin: Bessere Arzt-Patient-Beziehung verringert die Streitigkeiten über die medizinsichen Versorgung (邱恬琳: 醫病關係好 醫療糾紛少), China Times, 05. 09.2000.

Sheng, Zhu-Ling (1996): Die geldbringenden Fachrichtungen: Ophthalmologie, Rehabilitation und Urologie. (盛竹玲: 有錢途的科別: 眼科、復健科、泌尿科….), Liberal Times, 05. 04. 1996.

Sheng, Zhu-Ling (1997): Die Zahl der privaten Distriktkrankenhäuser hat in den letzten 5 Jahren um 600 abgenommen. (盛竹玲: 私立地區醫院 五年來少了六百家), Liberal Times, 28. 03. 1997.

Shi, Xian-Xiu (1997): Warum sind wir gegen die Privatisierung der Versicherung der National Health Insurance?. (石賢修: 為何我們反對健保公辦公營?), Ming-Sheng Daily News, 23. 08. 1997.

Wen, Gui-Xiang (1995): Die Beiträge der Beamten wird nach dem Realeinkommen abgerechnet (溫貴香:公務員健保¸擬以全薪計算保費), China Times, 29. 12. 1995.

Wen, Gui-Xiang (1996): Die Patienten müssen in den kommenden fünf Jahren länger auf die Operationen warten. (溫貴香: 未來五年病患開刀要排隊), China Times, 25. 06. 1996.

Xie, Yan-Yao (1993): Independence Evening Post, 27. 08. 1993.

Xue, Gui-Wen (1997): Versicherer sollen keine gewinnorientierten Finanzgruppen sein. (薛桂文: 保險人為非營利財團法人), Ming-Sheng Daily News, 27. 09. 1997.

Yang, Mei-Zhen/Lü, Bing-Yuan (1998): Die Umgestaltung der National Health Insurance zu einer privaten Versicherung unter öffentlicher Aufsicht könnte eingestellt werden. (楊美珍/呂秉原: 健保改制公辦公營 可能踩煞車), Liberal Times, 28. 07. 1998.

Zhang, Can-Wen (2000): China Times, 08.08. 2000.

Zhang, Feng-Yi (2000): Medical Saving Account ist not das Heilmittel für National Health Insurance (張峰益: 醫療儲蓄帳戶制 不是全民健保救命丹), China Times, 01.06.2000.

Zhang, Ming-Zuo (1995): Auseinandersetzung um die ärztlichen Behandlungssätze, Konflikte zwischen den ärztlichen Organisationen und den Arbeitnehmerorganisationen (張明祚: 診療費爭議¸勞工團體與醫界針鋒相對) , China Times, 28. 01. 1996: 4.

Zhang, Yao-Mao (1997): Umstrukturierung der Zentraleinrichtung für National Health Insurance (ZeNHI) in den Fonds für NHI und die Beteiligung der Bürger an der politischen Entscheidung der NHI. (張耀懋: 健保局改制基金會民眾當頭家), Ming-Sheng Zeitung 民生報, 25. 04. 1997.

Zhao, Wen-Shuo (1996): Gewinnmaximierung durch ein erhöhtes Angebot der von National Health Insurance nicht bezahlten Leistungen und die Selbstbeteilung der Patienten (趙文碩: 多作健保不給付項目 賺病人自付額), Liberal Times, 05.04.1996.

Zhong, Xin-Xiong (1998): Gibt es eine ungleichmäßige Verteilung der Ärzte? Oder mangelt es an Ärzte?. (鐘信雄: 醫師人力不均?還是不足?), Liberal Times, 01. 09. 1998.

Zou, De-Hui (1998): Gao, Qing-Yuan meint: Vorschlag zur Umsetzung des Prinzipes der Versicherung von schweren Krankheiten (周德惠: 高清愿: 宜改採保重病原則), United Daily News, 04. 06. 1998.