

Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise

von Rolf Schmucker¹

ABSTRACT

Die Wirtschafts- und Finanzkrise hat zahlreiche europäische Länder erfasst. Die Staaten sind mit wirtschaftlicher Rezession, hoher öffentlicher Verschuldung und steigender Arbeitslosigkeit konfrontiert. In dieser Situation setzen viele Regierungen auf eine strikte Austeritätspolitik, um die öffentlichen Haushalte zu sanieren. Im Rahmen dieser Entwicklung sind auch die Gesundheitssysteme in den Fokus der Konsolidierungsprogramme gerückt. Die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in den besonders betroffenen Ländern bestehen aus kurz- und mittelfristigen Instrumenten. Während die Auswirkungen der Strukturreformen noch nicht absehbar sind, sind die zum Teil drastischen Einsparungen unmittelbar spürbar. Die Bevölkerungen in den betroffenen Ländern nehmen eine deutliche Verschlechterung der Gesundheitsversorgung wahr. Die Austeritätspolitik gerät in Widerspruch zu gesundheitspolitischen Zielsetzungen. Die Lage wird dadurch verschärft, dass die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit negativ beeinflusst. Einem wachsenden Bedarf an Präventions- und Versorgungsleistungen steht ein reduziertes Angebot gegenüber.

Schlüsselwörter: Wirtschafts- und Finanzkrise, Austeritätspolitik, Gesundheitssysteme, Zugang zu Gesundheitsleistungen

The economic and financial crisis has affected many European countries. The States are confronted with an economic recession, high public debt and rising unemployment. In this situation, many governments rely on a strict austerity policy to rehabilitate public finances. In the course of this development, the health care systems have recently been moved into the focus of the consolidation programs. In most affected countries, health-related responses to the crisis consist of short- and medium-term instruments. While the impact of structural reforms cannot be predicted, the in some cases dramatic savings are immediately noticeable. People in the affected countries perceive a significant deterioration of health care. The austerity policy clashes with health policy objectives. The situation is aggravated by the fact that the crisis adversely affects the social determinants of health. A growing demand for prevention and health care services is offset by a reduced supply.

Keywords: economic and financial crisis, austerity policy, health care systems, access to health services

1 Von der Finanzmarktkrise zur Gesundheitsreform

Die im Sommer 2007 einsetzende Subprime-Krise auf dem US-amerikanischen Hypothekenmarkt gilt als Ausgangspunkt der bis heute andauernden, weltweit spürbaren Krisenprozesse. Zuerst in den USA, nachfolgend auch in vielen europäischen Ländern, standen Finanzinstitute, die sich auf hochspekulative Immobiliengeschäfte eingelassen hatten, vor dem Zusammenbruch. Die Krise blieb jedoch nicht auf

den Finanzsektor beschränkt, sondern weitete sich in zahlreichen Ländern auf die Entwicklung der Realwirtschaft und den Arbeitsmarkt aus. Der 2008 drastisch eingebrochenen Industrieproduktion in Europa und den in der Folge stark steigenden Arbeitslosenzahlen begegneten die Regierungen in vielen Ländern anfangs mit umfangreichen Konjunkturprogrammen. Die zunehmende Verbindung von Bankenkrise, Wirtschaftskrise und Schuldenkrise veranlasste jedoch viele Regierungen zu einer Wende hin zur Austeritätspolitik (Vis et al. 2011).

¹Dr. phil. Rolf Schmucker, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften · Postfach 100131 · 33501 Bielefeld
Telefon: 0521 106-4260 · Telefax: 0521 106-89049 · E-Mail: rolf.schmucker@uni-bielefeld.de

Für Griechenland, Irland und Portugal ist die Lage besonders prekär. Hohe Staatsverschuldungen und fehlende Finanzierungsmöglichkeiten über die internationalen Finanzmärkte zwangen die Regierungen im Jahr 2010 (Griechenland und Irland) beziehungsweise 2011 (Portugal), Leistungen aus dem europäischen Rettungsschirm in Anspruch zu nehmen. Damit verbunden ist ein politischer Autonomieverlust, da die Zahlung von Hilfskrediten aus dem Rettungsschirm an strikte Austeritätspolitische Vorgaben gekoppelt ist. Die „Troika“, bestehend aus Vertretern des Internationalen Währungsfonds (IWF), der Europäischen Zentralbank (EZB) und der EU-Kommission, vereinbart mit den Regierungen Anpassungsprogramme, deren erfolgreiche Umsetzung die Bedingung für die Auszahlung weiterer Kredite darstellt. Wichtige politische Entscheidungen, auch hinsichtlich der Gesundheitssysteme, werden im Rahmen der durch die Troika formulierten Konsolidierungsziele getroffen.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) unterscheidet hinsichtlich der Krisenbetroffenheit vier Ländergruppen (Tabelle 1). Die erste Gruppe (A) besteht aus den genannten drei Ländern, die auf Hilfeleistungen aus dem europäischen Rettungsschirm angewiesen sind und massiven, international kontrollierten

Sparauflagen unterliegen. In der zweiten Gruppe (B) werden Länder zusammengefasst, die ein hohes Haushaltsdefizit aufweisen und unter starkem Druck der Finanzmärkte stehen. Zu dieser Gruppe gehören zum Beispiel Ungarn, Italien, Polen, Slowenien und Spanien. Gruppe C ist ebenfalls durch ein hohes Haushaltsdefizit gekennzeichnet, die Länder erhalten jedoch günstigere Zinssätze an den Finanzmärkten, wodurch der Konsolidierungsdruck reduziert wird. Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan und die USA werden dieser Gruppe zugerechnet. Die vierte Gruppe (D) schließlich zeichnet sich durch ein niedriges Niveau der Haushaltsverschuldung aus. Hierzu zählen unter anderen Norwegen, Schweden und die Schweiz (OECD 2012a, 24). Bei der Betrachtung der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen stehen im Folgenden die drei A-Länder, die B-Länder Italien und Spanien sowie die Nicht-OECD-Mitglieder Bulgarien und Rumänien im Mittelpunkt.

Hinsichtlich der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa liegen bislang nur wenige systematische und empirisch fundierte Analysen vor. Neben einigen Einzeldarstellungen, die sich mit ausgewählten Ländern beschäftigen, ist hier vor allem die Expertenbefragung zu nennen, die das European Observatory on Health Systems and Po-

TABELLE 1

Krisenbetroffenheit nach Ländergruppen

Gruppe	Länder
A-Länder auf Hilfeleistungen aus dem europäischen Rettungsschirm angewiesen; unterliegen massiven, international kontrollierten Sparauflagen	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Griechenland <li style="width: 33%;">• Irland <li style="width: 33%;">• Portugal
B-Länder weisen hohes Haushaltsdefizit auf; stehen unter starkem Druck der Finanzmärkte	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Belgien <li style="width: 33%;">• Italien <li style="width: 33%;">• Polen <li style="width: 33%;">• Slowakei <li style="width: 33%;">• Slowenien <li style="width: 33%;">• Spanien <li style="width: 33%;">• Ungarn
C-Länder weisen hohes Haushaltsdefizit auf; erhalten jedoch günstigere Zinssätze an den Finanzmärkten	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Dänemark <li style="width: 33%;">• Deutschland <li style="width: 33%;">• Finnland <li style="width: 33%;">• Frankreich <li style="width: 33%;">• Großbritannien <li style="width: 33%;">• Island <li style="width: 33%;">• Israel <li style="width: 33%;">• Kanada <li style="width: 33%;">• Neuseeland <li style="width: 33%;">• Niederlande <li style="width: 33%;">• Österreich <li style="width: 33%;">• Tschechische Rep.
D-Länder niedriges Niveau der Haushaltsverschuldung	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Australien <li style="width: 33%;">• Chile <li style="width: 33%;">• Estland <li style="width: 33%;">• Korea <li style="width: 33%;">• Luxemburg <li style="width: 33%;">• Mexiko <li style="width: 33%;">• Norwegen <li style="width: 33%;">• Schweden <li style="width: 33%;">• Schweiz <li style="width: 33%;">• Türkei

Quelle: OECD 2012a; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

TABELLE 2

Kurzfristig wirksame Instrumente zur Veränderung der Einnahmen- und Ausgabensituation*

	Bulgarien	Griechenland	Irland	Italien	Portugal	Rumänien	Spanien
Allgemein Kürzung Gesundheitsbudget	●	●	●	●	●	●	●
Anhebung Versicherungsbeiträge / Steuern	●	●	●	●	●	●	○
Erhöhung von Patientenzahlungen	○	●	●	●	●	●	○
Gehaltskürzungen für Beschäftigte im Gesundheitswesen	●	●	●	○	●	●	○
Einschränkungen Leistungskatalog	●	●	●	○	●	○	○

*(Stand April/Mai 2011)

Quelle: Zusammenstellung n. Mladovsky et al. 2012, 38 ff.; G+G Wissenschaft 2013

licies zusammen mit dem europäischen Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation (WHO) durchgeführt hat (Mladovsky et al. 2012) und die einen Überblick über die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen in Europa zum Zeitpunkt April/Mai 2011 bietet. Auf Grundlage dieser Daten lassen sich zwei grobe Entwicklungstrends der Gesundheitspolitik in der Krise unterscheiden. Unter dem Druck der Finanzierungssituation versuchen viele Regierungen einerseits, einen unmittelbar wirksamen Einfluss auf die Einnahmen- und Ausgabensituation in den öffentlich finanzierten Systemen zu nehmen. Mittel- und langfristig angelegte Instrumente zielen andererseits auf eine Erhöhung von Effizienz und Effektivität in den Gesundheitssystemen ab.

1.1 Kurzfristige Konsolidierungsinstrumente

Der Blick auf die kurzfristig wirksamen Maßnahmen verdeutlicht, dass sich die finanzielle Lage in den Gesundheitssystemen vieler Länder dramatisch verschlechtert hat. Die zur Verfügung stehenden Budgets wurden vor dem Hintergrund sinkender Steuer- beziehungsweise Beitragseinnahmen zum Teil drastisch reduziert (OECD 2012b, 120). Die von einigen Regierungen durchgesetzten Erhöhungen der Versicherungsbeiträge konnten diese Entwicklung nicht ausgleichen. Gleichzeitig kommt es in vielen Ländern zu einer Verlagerung der Finanzierungslast auf die Patienten in Form erhöhter Zuzahlungen. Es fällt auf, dass die „Bailout-Staaten“ Griechenland, Irland und Portugal das Arsenal an kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen am umfassendsten nutzen,

während andere Länder nur einen Teil der möglichen Instrumente einsetzen (Tabelle 2).

Beitragserhöhungen und Patientenzuzahlungen nehmen je nach Haushaltslage und Gesundheitssystemtyp unterschiedliche Formen und Ausmaße an. Zum Teil versuchten die Regierungen, die Belastung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen durch erhöhte Beiträge und Zuzahlungen etwas abzumildern. Während zum Beispiel in Irland die Gesundheitsausgaben generell gekürzt wurden, erhielt das System der „Medical Card“ zusätzliche Steuerzuschüsse. Mit der Medical Card soll der zuzahlungsfreie Zugang von bedürftigen Personen zur Primärversorgung sichergestellt werden. Gleichzeitig wurde allerdings einem Teil der Rentnerinnen und Rentner die Berechtigung zum Erhalt dieser Karte entzogen (Thomas und Burke 2012). In Portugal wurden Zuzahlungen für Arzneimittel, Impfungen und medizinische Gutachten angehoben. Gleichzeitig wurde ein größerer Teil der Bevölkerung davon befreit. Die Regierung schätzt, dass 70 Prozent der Bevölkerung von den Gebühren ausgenommen sind (Barros 2012). In Italien wurden Zuzahlungen erhöht beziehungsweise neu eingeführt wie zum Beispiel eine Konsultationsgebühr in Höhe von zehn Euro. Ausnahmen für Geringverdiener sind dabei nicht vorgesehen (Day 2011).

Neben den Patienten stehen die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen im Fokus vieler Sparpakete. Hier wird zum einen mit Personalabbau in der öffentlichen Verwaltung und in den Versorgungseinrichtungen operiert. In

Irland wurde ein Einstellungsstopp für Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe verfügt (Thomas und Burke 2012). In Griechenland werden Zeitverträge im Öffentlichen Dienst und damit auch in vielen Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht mehr verlängert und nur jeder fünfte Beschäftigte, der in den Altersruhestand geht, soll durch eine Neueinstellung ersetzt werden (Zaracostas 2011). Zum anderen werden in vielen Ländern die Gehälter der Beschäftigten deutlich gekürzt. Aus Spanien wird für das Jahr 2010 ein Einkommensrückgang für Ärzte und Pflegekräfte von fünf bis sieben Prozent berichtet (de Lago 2011). In Portugal wurden die Einkommen eingefroren, in Griechenland wurde ab 2011 ein Rückgang im zweistelligen Prozentbereich durchgesetzt und die rumänische Regierung kürzte die Gehälter aller öffentlichen Angestellten und damit auch der Beschäftigten im Krankenhaussektor im Jahr 2010 gar um 25 Prozent (Mladovsky et al. 2012).

Die vorgenommenen Einschränkungen der Leistungskataloge in den öffentlichen Gesundheitswesen zielen häufig auf die Arzneimittelversorgung. Hier wird einerseits mit dem Instrument der Positivliste agiert (z. B. Bulgarien, Griechenland), andererseits werden einzelne Arzneimittel aus der Erstattungsfähigkeit herausgenommen (z. B. Portugal). In Griechenland wurde der Zusammenschluss der verschiedenen Sozialversicherungsträger im Jahr 2011 zu einer Vereinheitlichung der vormals differierenden Leistungskataloge genutzt. Im Zuge dieses Prozesses wurden einige kostspielige diagnostische Verfahren aus dem Leistungskatalog gestrichen (Kaitelidou und Kouli 2012, 13). Die irische Regierung kürzte 2010 die Zuschüsse für die zahnärztliche Versorgung bedürftiger Versicherter. Die Beschäftigten im öffentlichen Dienst Portugals müssen seit 2011 auf eine Reihe von Leistungen verzichten, die zuvor in der Folge von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten abgedeckt waren (Mladovsky et al. 2012).

Die angeführten Beispiele sind eine Momentaufnahme aus dem Frühjahr 2011. Seitdem hat sich die Wucht der Krise in vielen Ländern kaum verringert und weitere gesundheitspolitische Sparpakete sind verabschiedet worden. Die spanische Regierung etwa hat im Frühjahr 2012 ein Gesetz verabschiedet, mit dem die öffentlichen Gesundheitsausgaben um weitere zehn Prozent (rund sieben Milliarden Euro) reduziert werden sollen. Das Gesetz sieht unter anderem zusätzliche Belastungen der Rentner in der Arzneimittelversorgung vor und streicht die kostenlose medizinische Versorgung von Immigranten ohne Aufenthaltsgenehmigung (Casino 2012).

1.2 Mittel- und langfristiger struktureller Wandel

Neben den skizzierten kurzfristigen Maßnahmen werden in der Krise verschiedene strukturelle Eingriffe in die öffentlichen Gesundheitssysteme vorgenommen (vgl. zum folgen-

den Abschnitt Mladovsky et al. 2012). Dabei ist nicht immer eindeutig, inwiefern es sich um explizite Krisenreaktionen handelt. Zum Teil werden Reformen umgesetzt, die schon seit längerem auf der politischen Agenda der jeweiligen Länder stehen. Hier ist zu beobachten, dass die Krise einen Katalysatoreffekt erzeugt, durch den die Umsetzung bereits diskutierter oder geplanter Maßnahmen beschleunigt wird. Strukturelle Veränderungen betreffen die Verteilung von Zuständigkeiten und Steuerungskompetenzen, die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen der verschiedenen Akteure, die Koordination der unterschiedlichen Versorgungssektoren sowie die Kriterien und Prozesse der Ressourcenallokation im System. Den verschiedenen eingesetzten strukturellen Instrumenten ist gemein, dass sie weniger die kurzfristige finanzielle Konsolidierung verfolgen – obwohl auch dieses Ziel häufig mit Strukturreformen verknüpft ist – als mittel- und langfristige Wirkungen der Effizienz- und die Effektivitätssteigerung. In den hier betrachteten Ländern lassen sich vier strukturelle Veränderungstendenzen unterscheiden. Erstens kommt es zu Eingriffen in die Versorgungsstrukturen, zweitens werden Vergütungssysteme modifiziert, zum Dritten kommt es zu Reformen verschiedener Preisbildungsmechanismen und viertens werden administrative Strukturen verändert.

1.2.1 Versorgungsstrukturen

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen steht der Krankenhaussektor im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. Sowohl die Schließung und die Fusion öffentlicher Krankenhäuser als auch der Abbau von Krankenhausbetten werden zum Teil in großem Umfang betrieben (Bulgarien, Griechenland, Irland, Portugal, Rumänien). In einigen Ländern war der Bettenabbau schon vor Krisenbeginn Ziel der Gesundheitspolitik gewesen (z. B. Portugal), durch die Krise wurde er jedoch deutlich intensiviert. Die Ressourcenknappheit hat auch dazu geführt, bereits geplante Modernisierungen beziehungsweise Neubauten von Versorgungseinrichtungen zu stoppen (z. B. Rumänien). Gleichzeitig findet sich in einigen Ländern der Versuch, die Krankenhausbedarfsplanung auf eine neue Grundlage zu stellen (z. B. Bulgarien, Griechenland). Darüber hinaus wird aus fast allen Ländern von Budgetkürzungen im ambulanten und stationären Sektor berichtet. Die Einrichtungen müssen mit zum Teil deutlich geringeren Ressourcen auskommen, Einstellungsstopps sollen den Personalabbau vorantreiben (z. B. Griechenland, Irland), neue Anreizsysteme und eine Modernisierung des klinischen Managements sollen die Durchführung unnötiger Therapien und Diagnostiken verhindern (z. B. Portugal, Spanien), die Einführung von elektronischen Verschreibungssystemen soll einen rationaleren Gebrauch von Arzneimitteln befördern (z. B. Griechenland, Spanien).

1.2.2 Vergütungs- und Abrechnungssysteme

Auf dem Feld der Vergütungs- und Abrechnungssysteme zeigen sich verschiedene krisengetriebene Entwicklungen. In

Griechenland und Bulgarien wurden im stationären Sektor Vorbereitungen zur Einführung eines DRG-Systems getroffen. Damit verbunden ist die Erwartung, die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen, die Verweildauern zu verkürzen und einen zweckmäßigen und effizienteren Ressourceneinsatz zu erreichen. Auch im ambulanten Bereich gibt es Bemühungen, die Ausgabenentwicklung stärker zu steuern. Zu diesem Zweck werden einerseits allgemeine Budgetkürzungen durchgesetzt (z. B. Irland), andererseits kommt es zu Veränderungen in den Honorarsystemen. Letzteres geschieht durch die Absenkung von Punktwerten für erbrachte Leistungen (z. B. Rumänien) oder durch einen Wechsel der Anreizsysteme, wie es durch den Übergang zu Kopfpauschalen in Portugal und die Einführung von Elementen leistungsorientierter Vergütung in Italien der Fall ist. Der Versuch, weitgehende strukturelle Veränderungen im Bereich der ambulanten Versorgung durchzusetzen, ist in einzelnen Fällen jedoch am Widerstand der Ärzteschaft gescheitert (Bulgarien, Rumänien).

1.2.3 Preisbildungsmechanismen

Der Versuch, die Ausgabenentwicklung durch veränderte Preisbildungsmechanismen zu steuern, findet sich vorrangig im Bereich der Arzneimittel. Der Zugriff des Staates wird verstärkt, indem konkrete Einsparziele formuliert werden, wie etwa die Reduzierung der Arzneimittelausgaben um ein Prozent des BIP in Griechenland (2011). Eine unmittelbare Krisenreaktion ist die Neuverhandlung von Arzneimittelpreisen mit der Industrie (Irland, Spanien). Auch die Stärkung von Einkaufsmacht durch die Einführung zentraler Beschaffungsmechanismen soll zur Preisreduzierung genutzt werden (Portugal). Um auch mittel- und langfristig niedrigere Preise zu erzielen, wurden in einer Reihe von Ländern Referenzpreissysteme eingeführt beziehungsweise modifiziert (Portugal, Rumänien). Aus Rumänien wird zudem die Einführung eines Rabattmechanismus berichtet, der entsprechend den Umsätzen der Pharmaunternehmen gestaffelt ist. Neben den unmittelbar auf Preissenkung ausgerichteten Instrumenten findet sich verbreitet der Versuch, das Verschreibungsverhalten der Leistungserbringer in Richtung einer höheren Kosteneffektivität zu verändern. Im Mittelpunkt vieler Maßnahmen zu Arzneimittelverschreibungen steht zudem die Förderung des Generika-Einsatzes, sei es über Positivlisten (Griechenland), die gesetzliche Vorgabe, Wirkstoffe und keine Markennamen zu verschreiben (Portugal), oder den Einsatz von Verschreibungssystemen, in denen die Kosteneffektivität der Präparate berücksichtigt wird (Katalonien).

1.2.4 Administrative Strukturen

Der Einfluss der Krise auf die administrativen Strukturen der Gesundheitssysteme macht sich in vielfältigen institutionellen Reformen und Veränderungen der Steuerungskompetenzen bemerkbar. Es finden sich sowohl Zentralisierungstendenzen als auch Verschiebungen von Aufgaben und

Zuständigkeiten auf regionale und lokale Ebenen. Die Einführung zentraler Beschaffungsprozeduren für Arzneimittel und Medizinprodukte bündelt Kompetenzen auf der zentralstaatlichen Ebene. In diese Richtung geht auch die Schaffung neuer nationaler Institutionen für die Verwaltung der Gesundheitsdienste. Dies ist zum Beispiel in Griechenland der Fall, wo aber auch gleichzeitig einzelne Steuerungsfunktionen regionaler und kommunaler Behörden gestärkt werden. Solche Dezentralisierungsprozesse werden hinsichtlich der Krankenhaussteuerung auch für Rumänien berichtet. In Griechenland wurden die Gesundheitszweige verschiedener gesetzlicher Krankenversicherungsträger (Arbeitnehmer, Selbstständige, Öffentlicher Dienst, Landwirtschaft) zusammengelegt und einem einzigen Träger unterstellt. Damit sollen Rationalisierungspotenziale in der Krankenversicherung erschlossen und die Leistungen für alle Versicherten vereinheitlicht werden.

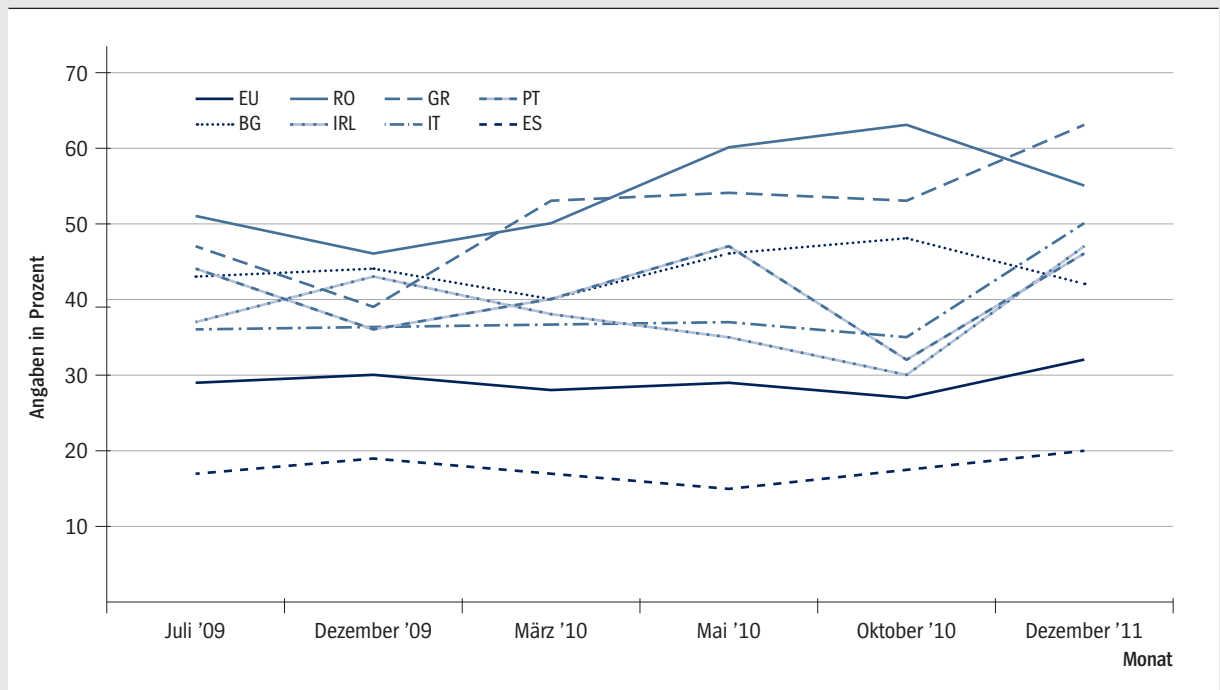
2 Wahrnehmung der Krisenfolgen in der Bevölkerung

Belastbare Daten über die unmittelbaren Konsequenzen der gesundheitspolitischen Krisenreaktionen liegen bislang noch nicht vor. Es mehren sich allerdings die empirischen Hinweise, dass die Krise den Zugang zu medizinischen Leistungen erschwert und die Ressourcenknappheit (informelle) Rationierungen verstärkt. Inwiefern die dargestellten mittel- und langfristigen Strukturveränderungen die gewünschten Ergebnisse hervorbringen, ist derzeit ebenfalls noch nicht absehbar. Quantifizierbare Ergebnisse der gesundheitspolitischen Krisenstrategien sind erst in den kommenden Jahren zu erwarten. Erste Hinweise auf die Wirkungen der Maßnahmen aus Sicht der Bevölkerung lassen sich jedoch den Surveys entnehmen, die die Europäische Kommission in unregelmäßigen Abständen durchführt, um die sozialen Folgen der Krise zu erheben. In der repräsentativen Befragung geht es unter anderem um die wahrgenommenen Veränderungen in der Gesundheitsversorgung. Eine Frage ist darauf gerichtet, ob es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, für sich selbst oder Familienangehörige Versorgungsleistungen zu bezahlen (Abbildung 1).

Im EU-Durchschnitt gaben in den sechs Befragungswellen zwischen Juli 2009 und Dezember 2011 etwa 30 Prozent der Befragten an, es sei „etwas schwieriger“ oder „viel schwieriger“ geworden, für die Leistungen der Gesundheitsversorgung aufzukommen. In den von der Krise besonders stark betroffenen Ländern stellt sich die Situation unterschiedlich dar. In sechs der sieben betrachteten Länder ist die Wahrnehmung zum Teil deutlich negativer als im EU-Durchschnitt. Im Dezember 2011 erreicht die Einschätzung im EU-Schnitt den vorläufigen Tiefpunkt. In Griechenland geben im De-

ABBILDUNG 1

Wahrgenommene Verschlechterung in der Bezahlbarkeit der allgemeinen Gesundheitsversorgung im Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2011



Quelle: EC 2009–2012, eigene Zusammenstellung, Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zember 2011 63 Prozent der Bevölkerung an, dass es in den vergangenen sechs Monaten schwieriger geworden sei, Leistungen der allgemeinen Gesundheitsversorgung zu bezahlen. In Rumänien, Bulgarien, Portugal, Italien und Irland liegen die Werte zwischen 42 und 55 Prozent. Auffällig sind die relativ geringen Werte in Spanien (20 Prozent). Hinsichtlich der Bezahlbarkeit der Langzeitpflege fallen die Bewertungen noch negativer aus. Im Dezember 2011 gaben 85 Prozent der Griechen an, dass es schwieriger geworden sei, für die Pflege aufzukommen. In Bulgarien, Italien, Irland, Portugal, Rumänien und Spanien liegt der Anteil zwischen 47 und 56 Prozent (EC 2012, 70).

Zusätzlich zu den Befragungen über die sozialen Auswirkungen der Krise gibt die Europäische Kommission repräsentative Befragungen in Auftrag, die das „social climate“ in den EU-Mitgliedstaaten abbilden sollen. Dort werden die Befragten auch danach befragt, wie sie die Entwicklung des jeweiligen Gesundheitssystems bewerten. In allen hier betrachteten Ländern gaben die Befragten im Juni 2011 an, dass sich die Situation in den Gesundheitssystemen in den vergangenen fünf Jahren verschlechtert habe. Und auch die Erwartungen

an die zukünftigen Entwicklungen sind negativ. Eine Mehrheit der Befragten in allen sieben Ländern geht von einer weiteren Abwärtsentwicklung im Gesundheitswesen in den kommenden zwölf Monaten aus (EC 2011b, 72).

3 Wandel gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen

Während die konkreten Effekte der krisengetriebenen gesundheitspolitischen Veränderungen derzeit noch nicht quantifizierbar sind, zeichnen sich grundlegende Veränderungen gesundheitspolitischer Gestaltungsspielräume und die Entstehung neuer Problemlagen ab. Zum einen sind die Ziele von Austeritäts- und Gesundheitspolitik nicht kongruent. Zum anderen kommt es in den von der Krise besonders betroffenen Ländern zu einer wachsenden Kluft zwischen schwindenden Ressourcen und wachsendem Versorgungsbedarf.

Der strikte austeritätspolitische Kurs, den viele europäische Krisenländer, der IWF und die EU-Kommission einge-

schlagen haben, dominiert die gesundheitspolitischen Krisenreaktionen. „So far, the discussion has been limited to finance ministers and their counterparts in the international financial institutions. Health ministers have failed to get a seat at the table.“ (McKee et al. 2012b, 349)

Originär gesundheitspolitische Ziele, wie die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit durch einen universalistischen Zugang zu einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie die Reduzierung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit (Rat der EU 2006), treten angesichts der Haushaltslage in den Hintergrund. Die kurzfristig wirksamen pauschalen Kürzungen der Gesundheitsbudgets und die Einführung beziehungsweise Erhöhung von Zuzahlungen gefährden vor allem die Versorgung von Patienten mit geringen finanziellen Möglichkeiten. Währenddessen bleibt der Druck der Finanzmärkte unverändert hoch. Die Ratingagentur Standard & Poor's warnte unlängst davor, dass steigende Gesundheitsausgaben die Kreditwürdigkeit in den G-20-Staaten gefährde, und forderte eine Reduzierung öffentlich finanzierter Gesundheitsleistungen (Standard & Poor's 2012). Alternative politische Strategien liegen durchaus vor. „Gesundheitskeynesianische“ Vorstellungen setzen auf (antizyklische) Investitionen in die Gesundheitssysteme, wodurch sowohl eine Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit als auch wirtschaftliches Wachstum gefördert werden könnten. Noch im Jahr 2008 hatten sich die Gesundheitsminister der europäischen WHO-Region in der Charta von Tallinn feierlich auf ein entsprechendes Vorgehen verständigt (WHO Europa 2008). Im Verlauf der Krise sind derartige gesundheitspolitische Krisenreaktionen jedoch an den Rand gedrängt worden (McKee et al. 2012a).

Der langfristige Trend steigender öffentlicher Gesundheitsausgaben in den OECD-Ländern wurde durch die Krise verlangsamt beziehungsweise gestoppt. In einer Reihe von europäischen Ländern sank der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt. Die realen Ausgaben gingen im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr in Irland um 10,8 Prozent, in Griechenland um 9,9 Prozent zurück. In Deutschland stiegen die Gesundheitsausgaben im selben Zeitraum um 2,4 Prozent an (OECD 2012c). Die einschneidenden Ausgabenkürzungen führen somit zu einer deutlichen Reduzierung gesundheitspolitischer Handlungsspielräume. Gleichzeitig beeinträchtigt die Krise die sozialen Determinanten von Gesundheit auf vielfältige Weise (Kaplan 2012). Steigende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und negative Zukunftserwartungen, eine Reduzierung des verfügbaren Einkommens, Verschlechterungen der Wohnsituation, wachsende Armut etc. wirken sich negativ auf den Gesundheitszustand der betroffenen Bevölkerungsschichten aus. Erfahrungen aus vergangenen Wirtschaftskrisen belegen einen Anstieg der Mortalität und der Morbidität (Economou et al. 2008; Falagas et al. 2009; Paul und Moser 2009;

Suhrcke et al. 2011). Die Studien belegen zudem, dass der negative gesundheitliche Effekt wirtschaftlicher Krisen in den Ländern stärker ausgeprägt ist, die über ein geringeres Niveau wohlfahrtsstaatlicher Leistungen und aktiver Arbeitsmarktpolitik verfügen und ein höheres Maß an sozialer Ungleichheit aufweisen. In der gegenwärtigen Krise besteht die Gefahr, dass der Abbau sozial- und gesundheitspolitischer Leistungen die Abwärtsspirale aus sozialer Deprivation und Verschlechterung des Gesundheitszustands verstärkt.

4 Fazit

Im Schatten der politischen Aktivitäten zur Bewältigung der Finanz- und Schuldenkrise finden Veränderungen statt, die die sozialen Determinanten von Gesundheit und die Gestalt der gesundheitlichen Versorgungssysteme in den von der Krise betroffenen Ländern nachhaltig beeinflussen. Die besondere gesundheitspolitische Relevanz entsteht aus der gleichzeitigen Verschlechterung der sozialen Lage großer Teile der Bevölkerung und dem offensichtlich erschwerten Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. Die konkreten gesundheitsbezogenen Krisenfolgen sind derzeit noch nicht quantifizierbar. Unklar ist auch, ob die umgesetzten und geplanten Strukturreformen der Gesundheitssysteme mittel- bis langfristig die gewünschten Wirkungen entfalten werden. Eine Bewertung der Situation wird dadurch erschwert, dass bislang nur unvollständige und zum Teil widersprüchliche Informationen vorliegen. Hier besteht großer Bedarf an wissenschaftlicher Analyse und umfassender Transparenz hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Auswirkungen der Krise.

Aus Public-Health-Perspektive ist es dringend erforderlich, über Alternativen zur Austeritätspolitik und ein antizyklisches „investment in health“ nachzudenken. Dies gilt auch für die Länder, die von der Krise derzeit nicht so stark betroffen sind. Mit der Etablierung des sanktionsbewehrten Fiskalvertrags werden haushaltspolitische Entscheidungen künftig verstärkt Gegenstand europäischer Kontrolle. Zielkonflikte zwischen der Reduzierung öffentlicher Schulden und der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen sind vorprogrammiert. Um zu vermeiden, dass die gesundheitliche Versorgung zur abhängigen Variable der Haushaltsentwicklung wird, ist es notwendig, den eigenständigen Wert und die Ziele von Gesundheitspolitik hervorzuheben. Universalität, Zugang, Gleichbehandlung und Solidarität sind nicht zuletzt von der EU als handlungsleitende Grundwerte für die Gestaltung der Gesundheitssysteme benannt worden (Rat der EU 2006).

Literatur

Barros P (2012): Portugal's Health Policy under a Financial Rescue Plan. *Eurohealth*, Band 18, Heft 3, 10–14

Casino G (2012): Spanish health cuts could create "humanitarian problem". *The Lancet*, Band 379, 1777

Day M (2011): Patients in Italy face extra treatment charges. *British Medical Journal*, 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

de Lago M (2011): Suppliers and staff suffer under Spanish budgetary cuts. *British Medical Journal*, 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

EC (European Commission) (2009): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 1. *Flash Eurobarometer 276*

EC (European Commission) (2010a): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 2. *Flash Eurobarometer 286*

EC (European Commission) (2010b): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 3. *Flash Eurobarometer 288*

EC (European Commission) (2010c): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 4. *Flash Eurobarometer 289*

EC (European Commission) (2011a): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 5. *Flash Eurobarometer 311*

EC (European Commission) (2011b): Social Climate. Report. *Special Eurobarometer 370*

EC (European Commission) (2012): Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union. Wave 6. *Flash Eurobarometer 338*

Economou A, Nikolaou A, Theodossiou I (2008): Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies*, Band 35, Heft 5, 368–384

Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE (2009): Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal of Clinical Practice*, Band 63, Heft 8, 1128–1135

Kaitelidou D, Kouli E (2012): Greece: The Health System in a time of crisis. *Eurohealth*, Band 18, Heft 1, 12–14

Kaplan GA (2012): Economic crises: Some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – A tale of three countries. *Social Science & Medicine*, Band 74, Heft 5, 643–646

McKee M, Basu S, Stuckler D (2012a): Health systems, health and wealth: The argument for investment applies now more than ever. *Social Science & Medicine*, Band 74, Heft 5, 684–687

McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D (2012b): Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, Band 12, Heft 4, 346–350

Mladovsky P et al. (2012): Health policy responses to the financial crisis in Europe. Policy Summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OECD (2012a): Restoring Public Finances 2012. OECD Publishing

OECD (2012b): Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing

OECD (2012c): OECD Health Data 2012 – Frequently requested Data; www.oecd.org → Topics/Health → Health policies and data → OECD Health Data 2012 → Frequently Requested Data (letzter Zugriff 17.11.2012)

Paul KI, Moser K (2009): Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, Band 74, Heft 3, 264–282

Rat der EU (2006): Schlussfolgerungen des Rates zum Thema „Gemeinsame Werte und Prinzipien in den Europäischen Union-Gesundheitssystemen. *Amtsblatt der Europäischen Union* vom 22.06.2006, C146, 1–3

Standard and Poor's (2012): Mounting Medical Care Spending Could Be Harmful To The G-20's Credit Health. <http://www.standardandpoors.com/ratings/articles/en/eu/?articleType=HTML&assetID=1245328578642#ContactInfo> (letzter Zugriff 25.09.2012)

Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE et al. (2011): The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. *PLOS ONE*, Band 6, Heft 6; e20724. doi:10.1371/journal.pone.0020724

Thomas S, Burke S (2012): Coping with Austerity in the Irish Health System. *Eurohealth*, Band 18, Heft 1, 7–9

Vis B, van Kersbergen K, Hylands T (2011): To What Extent Did the Financial Crisis Intensify the Pressure to Reform the Welfare State? *Social Policy & Administration*, Band 45, Heft 4, 338–353

WHO Europa (2008): Die Charta von Tallin: Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand. Verabschiedet auf der Europäischen Ministerkonferenz der WHO zum Thema „Gesundheitssysteme, Gesundheit und Wohlstand“, Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

Zaracostas J (2011): Medical posts to be slashed and hospitals reorganized in Greek public health sector. *British Medical Journal*, Band 343; d5266 doi: 10.1136/bmj.d5266

DER AUTOR



Dr. phil. Rolf Schmucker,
Jahrgang 1969, Studium der Politikwissenschaft an der Philipps-Universität Marburg, 2001 bis 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt am Main, seit 2010 wissen-

schaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.