

Wolfram Burkhardt

Gesundheitspolitik unter Rot-Grün II: Zwischen Solidarität und Markt



Dr. Wolfram Burkhardt, geb. 1966 in Hamburg, Studium der Politikwissenschaft, der Geschichte und der Soziologie in Marburg, arbeitet als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Frankfurt/Main.

In der Regel werden größere Reformprojekte von einer neuen Regierung unmittelbar im Anschluss an Wahlen in Angriff genommen. Vor den Bundestagswahlen im Oktober 2002 standen in der Gesundheitspolitik im Vergleich zu anderen Politikfeldern durchaus stärker differierende Optionen zur Abstimmung: Hätte die Union gemeinsam mit der FDP eine Mehrheit erzielt, wären die Weichen jetzt in einem höheren Ausmaß in Richtung des neoliberalen Wettbewerbs, der Inwertsetzung und der Risikoprivatisierung im Bereich der Gesundheit gestellt. Das gaben die Wahlprogramme unmissverständlich zu verstehen. Doch wurden die Wahlen von SPD und Grünen weder wegen noch trotz der Gesundheitspolitik der vergangenen vier Jahre gewonnen. Im Gegensatz zu den Bundestagswahlen von 1998 polarisierte dieser Bereich der Sozialpolitik nunmehr in geringerem Ausmaß und wurde weniger als erwartet zum öffentlichen Thema – auch weil Gesundheit für viele Bürger hohe Priorität genießt, hüten sich viele Politiker vor allzu deutlichen Aussagen zum Minenfeld des Gesundheitswesens.

In der letzten Phase des „Systems Kohl“ hatten die gesundheitspolitischen „Reformen“ in Gestalt von Zuzahlungen im Verbund mit der Einschränkung weiterer sozialer Leistungen und dem Anstieg der Massenarbeitslosigkeit noch die Akzeptanz der konservativ-liberalen Politik strapaziert. Die Auswirkungen der „Dritten Stufe der Gesundheitsreform“ trugen so durchaus zum Regierungswechsel 1998 bei. Und Rot-Grün schritt in der Folgezeit auch rasch fort, jene im Wahlkampf kritisierten Entscheidungen der Vorgängerregierung zurückzunehmen und zu relativieren, um Zeit für grundsätzlichere Veränderungen zu schaffen.

Bilanz Rot-Grün I

Dennoch fällt eine Zwischenbilanz der ersten vier Jahre rot-grüner Gesundheitspolitik ambivalent aus: Zwei Ministerinnen unter Kanzler Schröder waren versucht, einen eigenständigen und teils fortschrittlichen politischen Gestaltungsanspruch der gesundheitlichen Versorgung durchzusetzen, der jedoch im lobbyistischen Haifischbecken dieses Politikbereiches vom Wähler eher als schlingernd und zögernd denn als geradeaus und mutig wahrgenommen werden musste. Zwar hatte sich die SPD rechtzeitig vor den Bundestagswahlen für eine Stärkung ihrer sozialpolitischen Ausrichtung entschieden und sprach sich deutlich für das Solidarprinzip und gegen eine Aufspaltung des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung in so genannte Grundleistungen und individuell privat finanzierte Wahlleistungen aus. Doch war andererseits auch die rot-grüne Gesundheitspolitik von verblüffend großer Kontinuität zu all ihren Vorgängerregierungen seit 25 Jahren geprägt: Sie war in erster Linie Kostendämpfungspolitik, die sich verschärft am Grundsatz der Beitragssatzstabilität orientierte. Gesundheitspolitik war und ist eben in hohem Maße den Imperativen der Wirtschaftspolitik und damit der Sicherung des „Standorts“ Deutschland in der Weltwirtschaft untergeordnet.

Da es auch Rot-Grün in der vergangenen Legislaturperiode nicht gelang, trotz einer ganzen Reihe gesetzgeberischer Aktivitäten, das Gesundheitswesen politisch und finanziell zu stabilisieren, könnte eine Reform des Gesundheitswesens nunmehr eine der schwierigsten Aufgaben der neuen Regierung werden. Dass eine solche Reform zu den zentralen Aufgaben der nächsten vier Jahre werde, darüber erzielte man in den Koalitionsverhandlungen Übereinstimmung. Denn verschiedene „Jahrhundertreformen“ und eine für viele kaum durchschaubare Flut einzelner Gesetze aus Jahrzehnten des gesundheitspolitischen Wandels haben einige strukturelle Probleme nicht lösen können.

Angeblicher Sachzwang „Kostenexplosion“

So ist das Gesundheitssystem im Laufe der letzten Jahre erneut unter Druck geraten – pünktlich zur Wahl und den Koalitionsverhandlungen schreckt zunächst wieder das Horrorszenerario vermeintlich explodierender Gesundheitsausgaben und dramatisch in schwindelnde Höhen steigender Beitragssätze der paritätisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung. Gerade die Metapher der Kostenexplosion spukt bereits seit den siebziger Jahren in der Öffentlichkeit herum. Jedem Kenner des deutschen Gesundheitssystems ist jedoch klar, dass es eines nicht gibt, nämlich ein überproportionales Anwachsen der Kosten in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Lage ist zwar angespannt, doch sie ist keineswegs katastrophisch. Publikumswirksam ist jedoch die Explosions-Metapher: Natürlich weiß jeder, dass es keine Kosten geben kann, die wie Sprengstoff oder Geschosse wirken. Schon gar nicht über dreißig Jahre hinweg – solange währt die vermeintliche Explosion schließlich bereits. Dennoch setzte sich die Metapher der Kostenexplosion in den Köpfen fest und nährt eine Art Glauben, dass es doch wohl so etwas gibt wie ein bedrohliches Explodieren von Kosten und Preisen für Gesundheit beziehungsweise Therapien. Mehr noch, die Metapher besitzt auch dann noch Kraft, wenn die Gegenargumente zur Kenntnis genommen werden. Der einprägsame Kampfbegriff lässt sich viel besser merken, als Zahlen und Argumente sich einprägen. Schon deswegen muss wohl ständig wiederholt werden, dass es kein Ausgabenproblem, sondern ein Einnahmenproblem in der Gesetzlichen Krankenversicherung gibt. Und

ebenso muss betont werden, dass zwar in der Tat die Beitragssätze in der GKV zwischen 1975 und heute von 10,5 Prozent auf 14 Prozent gestiegen sind, dies aber eben der im gleichen Zeitraum gefallenen Lohnquote geschuldet ist - sie sank aufgrund von Massenarbeitslosigkeit und moderaten Tarifabschlüssen von 74 auf 65 Prozent. Nimmt man das Bruttoinlandprodukt als Maßstab, wird deutlich, dass die Ausgaben für die GKV nicht schneller stiegen, sondern der Anteil am BIP konstant blieb.

Selbstverständlich besteht ein Interesse an niedrigen Beitragssätzen in der Gesetzlichen Krankenversicherung - insbesondere für die Unternehmerverbände hat die Stabilität der Beitragssätze in den Sozialversicherungen mittlerweile hohe Priorität. Eine dem Standortwettbewerb sehr stark untergeordnete Gesundheitspolitik wird sich daher auch weiterhin in erheblichem Umfang um die Lohnkosten drehen - obwohl doch die Belastungen der Lohnkosten durch die Krankenversicherungsbeiträge der Unternehmer ebenso wie die Lohnstückkosten in Deutschland im europäischen Vergleich im guten Mittelfeld liegen. Auch Versicherte haben natürlich ein Interesse an möglichst geringen Beitragssätzen, denen aber ihre Interessen als potentielle Patienten an einer angemessenen Versorgung gegenüberstehen. Für die Leistungserbringer, also die Krankenhäuser und Ärzte, bedeuten hingegen Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung immer drohende Einnahmeverluste. Die Krankenkassen wiederum, deren Beitragssätze überdurchschnittlich hoch sind, sehen sich seit Jahren der Gefahr einer Abwanderung ihrer Versicherten ausgesetzt - entweder zu den Betriebskrankenkassen oder gleich zu den privaten Kassen, die für so genannte „gute Risiken“ besonders attraktiv erscheinen.

Regierungsprogramm Kostendämpfung?

Die neue Regierung hat es also wie die vorige zunächst mit dem Druck auf die Begrenzung der Beiträge zu tun. Nach den Koalitionsverhandlungen scheint bisher klar, dass zunächst im nächsten Jahr vermittels eines Vorschaltgesetzes die steigenden Arzneimittelkosten gebändigt werden sollen. Man verspricht sich davon Einsparungen in Höhe von etwa 1,4 Mrd. Euro: Die Pharma-Industrie soll den gesetzlichen Kassen einen Rabatt von sechs Prozent einräumen - das entspricht ca. 420 Mio. Euro. Die Profitspanne der Grosshändler soll um 600 Mio. Euro gekappt werden und noch einmal 400 Mio. Euro sollen bei den Apothekenverkäufen eingespart werden. Sollte der Internet-Versandhandel zugelassen werden, verspricht man sich bei den Apotheken noch weitere 650 Mio. Euro Einsparsumme. Dass diese Maßnahmen der mächtigen Pharmedia und den Apothekerverbänden überhaupt nicht gefallen und auf heftige Proteste stoßen werden, ist klar. Gleichwohl kann deutlich werden, welche Finanz- und Wirtschaftlichkeitsreserven sich bei entsprechendem politischen Willen innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems ausfindig machen lassen. Dieses System allein der Gesetzlichen Krankenversicherung umfasst schließlich eine Haushaltssumme von ca. 320 Milliarden Euro - ein Volumen, welches neben einem weltweiten Markt für Medikamente und den Verheißungen der Gentechnologien in den gegenwärtigen Zeiten neoliberaler Ökonomisierung jedoch zunehmend Begehrlichkeiten und Profitgier weckt. Gerade für die Gewerkschaften sollte allerdings weder der möglichst niedrige Beitragssatz noch eine Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft über eine Reduzierung der Lohnnebenkosten das prioritäre Ziel einer solidarischen Gesundheitspolitik sein. Jenes Ziel ist vielmehr eine gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, die die bestmögliche Qualität aufweist, die für die gesamte Bevölkerung ohne soziale Zugangsbarrieren offen ist, zu deren Finan-

zierung alle Beteiligten solidarisch und nach ihrer jeweiligen ökonomischen Leistungsfähigkeit beitragen und die alle vorhandenen Ressourcen ohne Missbrauch und Verschwendung effektiv und effizient einsetzt.

Möglich, dass das angekündigte „kleine“ Spargesetz eine gewisse Signalwirkung auf die großen Versicherungen entfaltet und erst einmal wieder moderatere Beitragssatzerhöhungen bewirkt - die Geschichte der Gesundheitspolitik der vergangenen drei Jahrzehnte zeigt die wiederholt genutzte eindämmende Wirkung dieser Gesetze. Da jedoch der angekündigte Sparkurs der Regierung, die konjunkturelle Entwicklung und die Umsetzung der Pläne der Hartz-Kommission für den Arbeitsmarkt eher einen weiteren Einnahmenrückgang wahrscheinlich machen - allein durch die Hartz-Pläne erwarten die Kassen Einnahmeausfälle von 600 Mio. Euro - erscheint eine Erhöhung des Drucks auf die Beitragssätze vorprogrammiert.

Reformbedarf im Gesundheitssystem

Bisher gelang es den Gesundheitsministerien jedoch, mit einer Politik des Durchwurstelns verschiedener ökonomischer, politischer und psychologischer Instrumente bei der Ausgabensteuerung Dramatisches zu verhindern. Auch immer wieder als Argumente für einen Umbau des deutschen Gesundheitssystems ins Feld geführte Faktoren wie der demografische Wandel - der zunehmende Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung - und der medizinisch-technische Fortschritt können keineswegs von der Hand gewiesen werden. Man sollte sie aber in ihren zukünftigen ökonomischen Dimensionen ganz sachlich zur Kenntnis nehmen: Renommierte Wirtschaftsforschungsinstitute wie das DIW erachten beide Faktoren als finanziell bewältigbar.

Der gesundheitspolitische Handlungsdruck ergibt sich also für die Politik in großem Umfang aus der Bedeutung, der Fragen der Finanzierung und Ausgabenbegrenzung beigemessen wird. Demgegenüber treffen Versuche, einen Wandel der Versorgungsstrukturen voranzutreiben, die Qualität zu erhöhen und Rationalisierungsreserven innerhalb des Systems auszuschöpfen und zu erschließen, auf den Widerstand einer verbandlichen Interessenvertretung, auf konkurrenzbestimmte, hochgradig organisierte Interessenkonstellationen und einen scharfen Kampf um den Budgetkuchen. Nicht zuletzt bedürfen wichtigere regulierende Eingriffe der Zustimmung des Bundesrates, in dem Rot-Grün schließlich keine Mehrheit besitzt und mit der Union verhandeln muss.

Die in den überraschend zügig verlaufenen Koalitionsverhandlungen zur Gesundheitspolitik beschlossenen Vorhaben sind neben dem Sparpaket zur Reduzierung der Arzneimittelausgaben der erschwerte Wechsel neuer Versicherter zu den privaten Krankenversicherungen, ein Bremsen der Ausgaben der Verwaltungsausgaben der GKV sowie die Einführung einer „Patientenquittung“ für mehr Kostentransparenz im Gesundheitswesen. Desweiteren soll ein Bundesbeauftragter für Patienten deren Rechte stärken. Weitere Maßnahmen zur Prävention sind ausdrücklich geplant. Auch wenn sich die aufgezählten, bis jetzt bekannt gewordenen Vorhaben bisher keineswegs als Schattenriss einer großen Reform abzeichnen, sind auch allein mit ihnen neue Konflikte mit und zwischen den verschiedenen Interessengruppen vorprogrammiert. Diese Konflikte konnte die bisherige und neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in der vergangenen Legislaturperiode mit vielerlei Zugeständnissen und Kompromissbereitschaft auf Kosten der geradlinigen Umsetzung des gesundheitspolitischen Leitbilds von Rot-Grün halbwegs ausgleichen. Man erinnere sich z.B. an die Rück-

nahme der Arzneimittelbudgets auf Druck der Ärztelobby zu Beginn des Amtsantritts von Schmidt und den folgenden Anstieg der Arzneimittelausgaben. Als sodann mittels staatlich verordneter Preissenkung interveniert werden sollte, scheiterte diese Regulierung am konzertierten Vorgehen von Pharmaindustrie, Wirtschaftsministerium, Kanzleramt und zuständiger Gewerkschaft, die sich auf die Einmalzahlung von 200 Mio. Euro einigten und so den Stellenwert der Gesundheitspolitik gegenüber der Wirtschaftspolitik verdeutlichten.

Fortsetzung des gesundheitspolitischen Projekts Rot-Grün I?

Dennoch wurde unter Ulla Schmidt und ihrer Vorgängerin im Gesundheitsministerium, Andrea Fischer, in den letzten vier Jahren mit mehreren Reformen versucht, einen Beitrag zur Annäherung an eine solidarische Gesundheitspolitik zu leisten. Die Versicherten sollten als Patienten und nicht als Kunden im Mittelpunkt der Reformen stehen: Finanzielle Belastungen für Patienten und ökonomische Anreize bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen wurden reduziert, das Bekenntnis zu einem einheitlichen Leistungskatalog sowie zum Solidaritätsprinzip bekräftigt. Den Krankenkassen und Leistungserbringern sollten Anreize für die Optimierung der Versorgung - insbesondere chronisch Kranker - und die Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven gesetzt werden. Ziel war, die Position der Kassen gegenüber den Leistungserbringern zu stärken und den Wettbewerb auf der Anbieterseite zu fördern. Eine Neuregelung der Ausgleichszahlungen zwischen den Kassen sollte Anreize setzen, chronisch kranke Versicherte nicht als „schlechte Risiken“ zu behandeln. Weitere Reformen waren auf die Integration der medizinischen Versorgung und auf die Förderung von Prävention und Gesundheitsverhalten durch die Kassen gerichtet. Dieses Leitbild hatte bei erheblichen Widerständen über die vergangenen vier Jahre Bestand. Doch wuchsen die politischen Widerstände über die gesamte Periode bis heute zu reformverzögernden Fallstricken für die treibenden Kräfte an. Insbesondere die Interessenverbände der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft standen dem Kurs aus ökonomischen Interessen öffentlichkeitswirksam entgegen. So änderte sich zwar unter Rot-Grün das gesundheitspolitische Leitbild, und es wurden u.a. mit der Aut-idem-Regelung, der Reform des Risikostrukturausgleichs und dem Gesetz zur Einführung eines diagnoseorientierten Fallpauschalensystems im Krankenhaus einige wichtige, konfliktreiche Weichenstellungen vorgenommen, doch wurde letztlich nur ein Torso des ursprünglichen Reformvorhabens umgesetzt.

Auch für die kommende Legislaturperiode und über sie hinaus ist am deutschen Gesundheitssystem daher grundsätzlich zu kritisieren: Weiterhin besitzen Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber der kurativen Medizin einen zu geringen Stellenwert. Dem stehen eben u.a. Macht- und Verteilungsinteressen entgegen: Gesellschaftlich nützliche strukturelle Maßnahmen zur Prävention sind langfristig, die Kosten und Gewinne sind schwerer zuzuordnen als bei Konzepten, bei denen sie bestimmten Institutionen und Individuen zugerechnet werden und letztlich als Waren definiert und getauscht werden. Weiterhin besteht Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem nebeneinander, was die Qualität der medizinischen Versorgung mindert. Im gesamten Gesundheitswesen bedürfte es einer größeren Transparenz. Dieser stehen jedoch Leistungserbringer und Pharmaindustrie im Fall von Unter- und Fehlversorgung kritisch bis ablehnend gegenüber, um keine Patienten zu verlieren. Bei Überversorgung kommt das Interesse an zusätzlichen Einnahmen hinzu. Weiterhin ist die medizinische Versorgung fragmentiert -

Patienten werden auf dem Weg durch das Versorgungssystem nicht ausreichend unterstützt. Eine Verzahnung der Versorgung stößt auch auf den Widerstand der Selbstverwaltung, da um Ressourcen und Einnahmen konkurriert wird. Ein Abbau von Überkapazitäten zieht den Widerstand von Kommunen und Interessenvertretungen auf sich, die u.a. Arbeitsplatzverlust befürchten. Aus diesen Gründen werden Ressourcen nicht optimal eingesetzt und unnötige Ausgaben verursacht - zu Lasten der Patienten, der Versicherten und der Steuerzahler.

Eigentlich wird in der Gesundheitspolitik grundsätzlich über den gesellschaftlichen Stellenwert von Gesundheit und Krankheit, die Ressourcen und die Verteilung von Belastungen und Nutzen entschieden. Die genannten Macht- und Verteilungsinteressen führten dabei zu Abweichungen vom Idealbild eines dem Solidaritätsprinzip verpflichteten egalitären Gesundheitssystems, in dem Gesundheit gefördert und Krankheit frühzeitig erkannt und behandelt wird. Hier würden die Kapazitäten der medizinischen Versorgung dem Bedarf entsprechen, alle hätten gleichermaßen Zugang zu den erforderlichen Leistungen und die Wünsche der Patienten würden möglichst berücksichtigt. Dabei müssten insbesondere die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen für die Beschäftigten akzeptabel sein. Ausgaben würden solidarisch getragen und der Finanzierungsbeitrag würde nach der Leistungsfähigkeit der Gesellschaftsmitglieder bemessen - unabhängig von der finanziellen Leistungskraft des Individuums.

Risiken zukünftiger Gesundheits- und Wirtschaftspolitik

Sehr viele gegenwärtige Maßnahmen und Umstrukturierungen innerhalb des Gesundheitswesens und auch der Gesundheitspolitik orientieren sich jedoch am Markt und am Wettbewerb. Wie erwähnt, spielen die Lohnkosten und die Beitragssätze im Interessenkampf eine besondere Rolle. Zudem soll das Geschäft mit der Gesundheit im Standortwettbewerb als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor genutzt werden; insbesondere fördert man die Export-Absatzchancen pharmazeutischer und medizinisch-technologischer Branchen. Ein heimischer Markt soll die Unternehmen unterstützen und Beschäftigungszuwächse sollen sich dabei nicht negativ auf die Lohnkostenentwicklung niederschlagen. Neben dem Ausbau eines Niedriglohnsektors kann das längerfristig auf eine Finanzierung durch die privaten Haushalte jenseits der paritätischen Finanzierung aus den Löhnen hinauslaufen.

Im Zuge neoliberaler Praxis und Ideologie verstärkte sich der Druck, Gesundheitspolitik in erster Linie als Kostendämpfungs-, Kostensenkungspolitik zu verstehen. Oft ist sie genau das, und nicht die gesellschaftliche Lenkung und Steuerung des medizinischen Bedarfes. Zwar ist das deutsche Gesundheitswesen als Ganzes weiterhin Solidarsystem - auch in der langen Regierungszeit der Union wurde es in seinen Kernbereichen kaum angetastet. Im Zuge des Umbaus des *welfare-state* zum *workfare-state* richteten sich jedoch die gesundheitspolitischen Aktivitäten der Regierungen sehr viel stärker als zuvor an neoliberalen Maximen aus: Regulierungsinstrumente wie Markt und Wettbewerb, betriebswirtschaftliches Management, Leistungskürzungen und erhöhte „Selbstbeteiligungen“ mit dem Ziel, durch verstärkte ökonomische Anreize das Verhalten von Institutionen und Patienten zu steuern, erhielten den Vorzug vor politischen Entscheidungen. In den letzten Jahren der Kohl-Regierung wurde unter Minister Seehofer die Auffassung vertreten, die Rationalisierungsreserven in der GKV wären ausgeschöpft. Statt der Lohnkosten sollten die Patienten stärker belastet werden. Durch „Wahlleistungen“, Kostenerstattung und Selbstbehalte sollte die Nachfrage

der Versicherten nach dem Umfang des Versicherungsschutzes und der Patienten nach Leistungen der medizinischen Versorgung beeinflusst werden. Auf diesem Weg sollte der Wettbewerb zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern gefördert und die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens stimuliert werden. Zurecht wurde die damit einher gehende Aufspaltung des gesetzlichen Leistungskatalogs und die Umverteilung der Belastungen als Privatisierung des Krankheitsrisikos und Aushöhlung des Solidaritätsprinzips kritisiert - und 1998 manche Hoffnung in eine solidarischere Form der gesellschaftlichen Modernisierung gesetzt.

Doch bereits 1992/93 wurde das Gesundheitsstrukturgesetz mit dem Anspruch begründet, einen Wettbewerbsrahmen zu schaffen, in dem sich das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Ausgabenbegrenzung und Qualitätsverbesserung entwickelt. Seitdem werden die gesetzlichen Krankenversicherungen schrittweise in die Rolle ökonomisch konkurrierender Wirtschaftssubjekte überführt. Der Kassenwettbewerb soll zwar durch den Risikostrukturausgleich gemildert werden, doch es bestand fortan die Gefahr einer zunehmend anreizgerechten Risikoselektion durch die auf dem Markte konkurrierenden Kassen. Eine Kernfrage der kommenden Jahre ergibt sich genau aus jener Problematik, denn um viele junge, gut gebildete und in gesicherten Arbeitsverhältnissen stehende Versicherte zu gewinnen, müssen Kassen bei Strafe des Wettbewerbsnachteils ihre Risikomischung verbessern und die begehrten Gruppen tendenziell mit maßgeschneiderten Leistungskatalogen umwerben. Genau hier droht die schleichende Aufspaltung des einheitlichen und gemeinsamen Leistungskataloges. Rot-Grün bekennt sich zwar zu ihm und zum dringend notwendigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich - doch ist angesichts der geplanten Einführung eines derartigen Instrumentes erst 2007 und der bis dahin weiter zunehmenden Kassenkonkurrenz fraglich, ob die Befürworter einer Aufspaltung in solidarisch finanzierte „Grundleistungen“ und angeblich frei wähl- und kaufbare „Wahlleistungen“ nicht Oberhand gewinnen. Diese argumentieren mit dem Leitbild eines „mündigen Bürgers“, dessen gesundheitliche Risiken in einer Marktgesellschaft schließlich „privat“ abzusichern wären. Dass das zutiefst intime und einseitig vertrauensbasierte Arzt-Patient-Verhältnis keine Marktbeziehung ist, sondern des gesellschaftlichen Schutzes vor den Effizienzversprechenden, aber letztlich blinden Marktkräften bedarf, muss zukünftig gegen einen neoliberalen Mainstream verteidigt werden - und eine Gesundheitspolitik mit solidarischem Anspruch muss hier mit geeigneten politischen Regulierungen reagieren. Aus dem Zusammenwirken von Krankenkassenwettbewerb, den neuen selektiven Verträgen mit Leistungserbringern, den beschlossenen Disease-Management-Programmen (DMP) und dem avisierten Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen können sich z.B. schon Zugangsprobleme für Patienten ergeben: Krankenkassen sollen über besondere Versorgungsangebote um Versicherte konkurrieren. Das setzt aber ein gewisses Ausmaß an Exklusivität der Versorgungsangebote voraus, die in Anbetracht begrenzter Kapazitäten einzelner Leistungserbringer auch in eine Exklusivität von Versorgungseinrichtungen übergehen kann. Es könnte so zu einer neuartigen Fragmentierung von Versorgungsstrukturen kommen.

Das rot-grüne Reformprojekt birgt möglicherweise weiterhin das Potential, die Weiterentwicklung des bundesdeutschen Gesundheitswesens reformerisch und solidarisch zu gestalten. Allerdings handelt es sich lediglich um eine Chance - bei verschiedenen Risiken für die weitere soziale, ökonomische und politische Entwicklung. Eines der Hauptprobleme bleibt die Steuerung: Gesundheitspolitische Steuerung setzt - insbesondere unter Wettbewerbsbedingungen - ein Ausmaß an detaillierter Kontrolle und Regulierung voraus, das über die Existenz eines ordnungspolitischen Rahmens hinausgeht. Marktwettbewerb be-

günstigt Innovationen und erhöht die betriebswirtschaftliche Effizienz - er ist jedoch auf Umsatzmaximierung, Wachstum und die Befriedigung individueller Bedürfnisse ausgerichtet. Auch einer am medizinischen Bedarf und an Gleichheit ausgerichteten Allokation knapper Ressourcen mit dem Ziel, den individuellen Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung zu gewährleisten und mit dem gesellschaftlichen Nutzen zu verbinden, steht er entgegen. Was medizinisch notwendig ist, ist so immer eine politische Grenzziehung und bedarf der politischen und administrativen Regulierung. Der Gesetzgeber baute bisher auf die Selbstverwaltung und schuf verschiedene neue Gremien, die sich mit der Weiterentwicklung des gesetzlichen Leistungskatalogs, der Qualität der medizinischen Versorgung und ihrer Verzahnung beschäftigen sollen. Dass sich Konkurrenten ihre Wettbewerbsregeln selber geben, hat sich jedoch als äußerst schwierig erwiesen.

Die Zukunft rot-grüner Gesundheitspolitik wirft viele Fragen auf, die bezweifeln lassen, dass sich ein umfassendes fortschrittliches Projekt durchsetzt. Ulla Schmidt hat in ihrer zurückliegenden Amtszeit versucht, die Wogen gesundheitspolitischer Konflikte zu glätten. Die Beschlüsse der Koalitionsverhandlungen erteilen Forderungen nach einer Aufspaltung des Leistungskataloges eine Absage, am Kollektivvertragssystem soll festgehalten werden. Jedem gesundheitspolitisch aufmerksamen Menschen ist jedoch aufgefallen, dass innerhalb von SPD und Grünen und in Papieren ihrer Experten aber auch ganz andere, wettbewerbsorientierte Positionen vertreten werden. Insofern stellen sich in Hinblick auf die Zukunft des bundesdeutschen Gesundheitssystems Fragen nach der Nachhaltigkeit der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Positionen und ihren Gegenkräften - sowie auch nach dem Einfluss, den die Gewerkschaften und Bewegungen wie Attac bei ihrem Eintreten für ein solidarisches Gesundheitssystem und die durchaus modernen Grundprinzipien der GKV langfristig ausüben können.