



Kap. 1. Ausverkauf der gesetzlichen Krankenkassen - das Märchen von der Gesundheitsreform

Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung

1. Ausverkauf der gesetzlichen Krankenkassen -das Märchen von der Gesundheitsreform

Seit Mitte der 70er Jahre wird die Reform des Gesundheitssystems¹ in periodischer Regelmäßigkeit diskutiert. Von Krisen und Kostenexplosion, vom Mißbrauch durch Patienten und Institutionen ist ebenso die Rede wie von gewinnorientierten Ärzten und Zulieferindustrien. In dieser Debatte haben sich Schlagworte, Einzelfälle und Stereotypen verselbständigt und den Status vermeintlich sachlicher Argumente erhalten. Es ist kein Zufall, daß der entsprechende empirische Nachweis häufig ausbleibt. Nicht selten straft er nämlich die Krisenrhetoriker Lügen oder deckt Probleme auf, die politisch nicht opportun sind. Die Vertreter der »Kostendämpfung« z. B. hören den Hinweis nicht gerne, daß die finanziellen Schwierigkeiten der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht auf steigende Ausgaben, sondern auf zurückbleibende Einnahmen zurückzuführen sind. Da ist es einfacher, die Schuld bei den Betroffenen zu suchen und vom Mißbrauch der Kassenleistungen durch die Patienten zu sprechen oder gar existentielle Ängste zu schüren, indem soziale Absicherung und die Gefährdung des Standortes Deutschland in einen unmittelbaren Zusammenhang gestellt werden. So ist ein Dickicht von Halbwahrheiten und Märchen entstanden, das die Grundlage der aktuellen Gesundheitspolitik bildet und das dieser Band entflechten möchte.

¹ Mit »Gesundheitssystem« ist im folgenden im engeren Sinne das medizinische Versorgungssystem gemeint. Das sind die Einrichtungen der ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung (Arztpraxen, Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken), deren Zulieferer (Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Geräte usw.) und die Finanzierungsinstitutionen wie die gesetzlichen Kranken-, Renten-, Unfall- und Pflegeversicherung sowie die privaten Krankenversicherungen.

Der Horizont der Gesundheitspolitik ist in mehrfacher Hinsicht verengt: Gesundheitspolitik orientiert sich primär weder an relevanten Krankheiten und Krankheitsbedingungen in der Bevölkerung noch an den gesundheitsförderlichen und präventiven Möglichkeiten, sondern fast ausschließlich an der medizinischen Versorgung und den von dieser erreichbaren Gesundheitsproblemen. Gesundheitspolitik ist auf das »Kostenproblem« der medizinischen Versorgung fixiert, während zentrale Fragen ihrer Wirksamkeit und Angemessenheit, ihrer sozialen Verteilung, der Humanität zwar zuweilen in Reden angesprochen werden, aber kaum Gegenstand politischen Bemühens sind. Das »Kostenproblem« selbst wird zusätzlich verengt:

- Erstens interessieren nicht die immateriellen Kosten, die von Kranken und ihren Angehörigen in Form von Schmerzen, Ängsten, Unsicherheit, häuslichem Betreuungsaufwand usw. aufgebracht werden, sondern lediglich monetäre Kosten. Die Folge ist, daß die Einrichtungen der medizinischen Versorgung die betriebswirtschaftlich sichtbaren und spürbaren monetären Kosten zu Lasten dieser öffentlich unsichtbaren (und damit auch nicht interessanten) Kosten senken.
- Zweitens wird nur derjenige Teil der monetären Kosten zum Gegenstand der Kostendämpfungspolitik, der in Form von Ausgaben der GKV anfällt und sich steigernd auf den Beitragssatz auswirkt. Das ist daran ersichtlich, daß seit dem ersten »Kostendämpfungsgesetz« 1977 die Erhöhungen der Selbstbeteiligung oder Leistungsausgrenzungen als »Kostendämpfung« bezeichnet werden. Dabei werden die Kosten nur verlagert von der Solidargemeinschaft der Versicherten auf diejenigen, die die Leistungen in Anspruch nehmen, also auf die Patienten.

In den letzten Jahren ist der Horizont noch weiter verengt worden. Inzwischen geht es nur noch um den Teil des Beitrages, der (formal - es gibt ja Möglichkeiten der Überwälzung) die Arbeitgeber belastet. Mit dem Schlagwort der »Standortsicherung« wird die Furcht erzeugt, auch nur die geringste Erhöhung des Arbeitgeberbeitrages müsse sich negativ auf die in Deutschland erzielbaren Kapitalrenditen und somit auf die Beschäftigung auswirken.

Die Reformbemühungen verschiedener Bundesregierungen haben sich, unter dem Vorwand, die Beiträge stabil halten zu wollen, auf die schwächsten Glieder des Systems konzentriert: die pflichtversicherten Patienten. Ihre Ansprüche auf Leistungen werden immer weiter gekürzt, während Kranke gleichzeitig immer höhere Zuzahlungen leisten müssen. Obgleich die finanzielle Lage des Gesundheitssystems in den schwärzesten Farben gemalt wird, bleiben zahlungskräftige Interessengruppen wie die pharmazeutische Industrie, die Zahnärzte und die ärztlichen Standesorganisationen von den »Reformen« weitestgehend unberührt. Auch viele Besserverdienende sind am Solidaritätsausgleich der GKV nicht oder nicht ausreichend beteiligt.

Die Zukunft gehört in den Augen vieler Interessenvertreter und auch Politiker einer marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitsversorgung nach dem Vorbild der privaten Krankenversicherungen (PKV). Die »Stärkung der Eigen Verantwortung« wird als einer ihrer großen Vorteile gesehen.

Verantwortung setzt jedoch sowohl Fähigkeiten als auch Möglichkeiten voraus, autonom zu handeln. Wer an der Gestaltung seiner Arbeits- und Lebensumwelt teilhaben kann und wer dazu die bildungsmäßigen, wirtschaftlichen und gesundheitlichen Fähigkeiten besitzt, kann verantwortlich sein. Sowohl die objektiven als auch persönlichen Voraussetzungen sind sozial ungleich verteilt. »Stärkung der Eigenverantwortung« als Legitimationsformel beim Abbau des Sozialstaats verstärkt diese Chancenungleichheit, die Schwachen werden weiter geschwächt. Das Solidaritätsprinzip wird suspendiert.

Solidaritätsprinzip in Gefahr

Das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung wird zu Recht als eine zivilisatorische und sozialintegrative Leistung gerühmt. Sein gesundheitspolitischer Wert geht noch darüber hinaus. Es ist die sozialpolitische Antwort auf die Tatsache, dass gerade bei Menschen mit hohem Krankheits- bzw. Sterberisiko die Fähigkeit

zur Selbsthilfe gering ist, also auf das sogenannte soziale Dilemma. Jede Art von Gesundheitspolitik stellt sich zu diesem Dilemma in Beziehung, auch wenn sie davon nichts weiß. Maßnahmen der individuellen Bezahlung bzw. »Zuzahlung« von Gesundheitsleistungen tragen zu dessen Vergrößerung bei. Davon abgesehen, daß die Inanspruchnahme des überwiegenden Teils der Leistungen nicht vom Patienten, sondern von Ärzten entschieden wird, entfalten Zuzahlungen in spürbarer Höhe die angestrebte »Steuerungswirkung« (Senkung der Inanspruchnahme) nur bei Patienten aus unteren Einkommensschichten. Aber gerade deren Krankheitsrisiko ist überdurchschnittlich hoch, während die individuellen Möglichkeiten, auf dieses einzuwirken, in dieser Personengruppe besonders niedrig sind. Dieser Zusammenhang wird in den strukturellen Prinzipien der Sozialversicherung berücksichtigt und zwar durch

- den einkommensabhängigen Beitragssatz der GKV im Unterschied zur risikobezogenen Prämie der Privatversicherung und
- den sozialversicherungsrechtlichen Anspruch auf »ausreichende«, »bedarfsgerechte«, dem »allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende« sowie »wirksame« und »humane« Leistungen, die das »Notwendige« nicht überschreiten, ohne Rücksicht auf Einkommen und Status (Sozialgesetzbuch V und XI).
- 88,5 % der deutschen Bevölkerung sind in der GKV versichert; in den neuen Bundesländern sind es fast 97 %. (Dabei sind 40,7 % Pflichtmitglieder, 20,0 % Rentner, 8,5 % freiwillige Mitglieder und 30,8 % mitversicherte Familienangehörige.) 9,1 % der Bevölkerung sind privatversichert. Der Schutz der GKV umfaßt den Teil-Ersatz für krankheitsbedingten Lohnausfall (nach Beendigung der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber) und Behandlungsaufwand bei Krankheit. Hinzu kommen Leistungen zur Früherkennung und medizinischen Prävention, Mutterschaftshilfe bei Schwangerschaft und Entbindung, zur ambulanten Pflege und Rehabilitation.

Die Gesamtzahl der Krankenkassen geht laufend zurück und betrug 1995 noch 875 (1970:1815; Daten des Gesundheitswesens 1995). Seit den 70er Jahren verlieren die einzelnen Kassen Autonomie an

die Verbände der einzelnen Kassenarten, unter denen die größte die Allgemeinen Ortskrankenkassen (39,6 % der Mitglieder) sind, gefolgt von den Ersatzkassen (30,0 %), den Betriebskrankenkassen (10,3 %), der Bundesknappschaft (2,1 %) und den Landwirtschaftlichen Krankenkassen (1,6%). Hinzu kommen die privaten Krankenversicherungen (9,1 %) sowie besondere Sicherungsformen der Polizei und der Bundeswehr (2,3 %). Die gesetzlichen Krankenkassen sind weder staatliche noch private Institutionen, sondern sie sind »Körperschaften des öffentlichen Rechts« mit einer staatlich beaufsichtigten Selbstverwaltung. Die Beiträge werden - formal betrachtet - zu je 50% von den Mitgliedern und den Arbeitgebern aufgebracht.

In der Solidargemeinschaft der Versicherten gibt es folgende gewollte Umverteilungsprozesse:

- von gesunden zu kranken Versicherten,
- von alleinstehenden Versicherten zu Familien,
- von jungen zu alten Versicherten und
- von Beziehern höherer zu Beziehern geringerer Einkommen.

Das Solidaritätsprinzip funktioniert nur solange, wie der Versicherungsgemeinschaft tatsächlich ausreichend viele junge, gut verdienende, gesunde Mitglieder angehören, um die Versorgung von kranken und älteren Mitgliedern mit geringerem Einkommen zu einem erträglichen Beitragssatz zu gewährleisten. Wie die internationale Erfahrung lehrt, finden sich in Grundsicherungsmodellen, wie sie für diejenigen gelten sollen, die nicht Mitglieder der nach privatem Vorbild organisierten Kassen sind, tatsächlich nur noch die »Bedürftigen« mit niedrigen Einkommen und/oder nicht mehr versicherbarem Krankheitsrisiko. Ein Solidaritätsausgleich kann hier nicht mehr stattfinden.

In der Praxis ist das Solidaritätsprinzip bereits heute in mehrfacher Weise eingeschränkt: Personen mit hohem, über der Versicherungspflichtgrenze liegenden Einkommen sind vom Solidarausgleich ausgenommen, und die Einkommen freiwillig Versicherter werden nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze mit dem Beitragssatz belastet. Beispielsweise bezahlt der Versicherte mit einem Einkommen von 10000 DM bei einem Beitragssatz von 11 % und

einer Beitragsbemessungsgrenze von 6500 DM nicht 1100 DM, sondern mit nur 715 DM lediglich 7,15 % statt 11 % seines Einkommens. Die nachteiligen Folgen für die Risikogemeinschaft sind noch höher, da die ausgegrenzten Bezieher hoher Einkommen ein unterdurchschnittliches Krankheitsrisiko haben.

Eine Gefährdung des Solidaritätsprinzips liegt auch in der Erweiterung des wirtschaftlichen Wettbewerbs nach dem »Gesundheitsstruktur-Gesetz« 1993. Mit der Möglichkeit der Pflichtmitglieder, die Kasse selbst zu wählen, stehen die Kassenverbände in Konkurrenz um Mitglieder. Entscheidender Wettbewerbsparameter ist die Höhe des Beitragssatzes. Die Kassen sollen damit zu einer aggressiveren Vertragspolitik mit den Leistungsanbietern gebracht werden, um deren Preise zu dämpfen.

Die Krankenkassen werden durch den Wettbewerb zu konkurrierenden Unternehmen. Es besteht die Gefahr, daß sie sich durch Diskriminierung besonders »unrentabler« Mitglieder Vorteile zu verschaffen suchen. Darum wurde ein »Risikostrukturausgleich (RSA)« eingeführt. Durch den RSA sollen finanziell alle Kassen so gestellt werden, als hätten sie

- die gleichen Altersstrukturen,
- den gleichen Anteil von mitversicherten Familienangehörigen,
- die gleichen Grundlohnstrukturen,
- die gleiche Anzahl der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrentner (deren Bedarf weit über dem Durchschnitt liegt),
- und die gleiche Zusammensetzung der Geschlechter.

Durch die Einführung dieses Ausgleichs wurde zunächst das Solidaritätsprinzip gestärkt. Die Beitragsdifferenzen zwischen den Kassenarten haben sich nach der Einführung des RSA deutlich verringert. Wieso aber gibt es immer noch deutliche Beitragssatzunterschiede? Es stellt sich heraus, daß nur ein Teil der Mehrausgaben aufgrund des höheren sozialen Krankheitsrisikos ausgeglichen wird. Ein 50jähriger Bauarbeiter kann nicht mit einem 50jährigen Bankangestellten gleichgesetzt werden, er hat ein deutlich höheres Krankheitsrisiko. Hinzu kommt, daß die Härtefallregelungen, die Einkommensschwache (1997 im Westen: 1708 DM brutto, im Osten: 1456 DM brutto) und chronisch Kranke von

Zuzahlungen teilweise oder ganz befreien, beim RSA nicht berücksichtigt werden. Dadurch werden insbesondere die Allgemeinen Ortskrankenkassen finanziell belastet. Auf sie entfallen 65 % der Härtefälle der GKV-West und 79 % der GKV-Ost (AOK-Bundesverband 1997), für die sie die Zuzahlungen übernehmen muß, die sich nach dem Beitragsentlastungsgesetz von 1996 und den Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetzen von 1997 dynamisch erhöhen werden.

Das verstärkt nun wieder den Anreiz der Kassen, nicht um Mitglieder schlechthin, sondern nur um erwünschte Mitglieder, also »gute Risiken«, zu konkurrieren und »schlechte Risiken«, trotz Kontraktzwang¹, durch - meist passive - Selektionsstrategien zu meiden. Die Kassen verlieren tendenziell den Anreiz, die für chronisch kranke und multimorbide Menschen besonders notwendigen Leistungen zu verbessern, da sie sonst Gefahr laufen, für diese Gruppen besonders attraktiv zu sein und damit im Wettbewerb Nachteile zu haben.

Eine weitere Einschränkung des Solidaritätsprinzips sind Zuzahlungen. Obwohl diese seit 1977 durch zahlreiche Kostendämpfungsgesetze für die meisten Leistungsarten eingeführt und erhöht worden sind, werden damit keine Kosten gesenkt, sondern auf diejenigen Versicherten umverteilt, die Leistungen in Anspruch nehmen. Die Lehrbücher sprechen von einem »Spareffekt« in Höhe der Zuzahlungen und von einem »Steuerungseffekt« in Höhe der verminderten Inanspruchnahme. In der Vergangenheit haben Zuzahlungen nicht in nennenswertem Umfang dazu geführt, daß weniger Leistungen in Anspruch genommen wurden. Jedoch wird das für die Zukunft als Folge der 1996/97 beschlossenen Gesetze zur Dynamisierung der Zuzahlungen erwartet.

Die Bezieher geringer Einkommen sind davon in doppelter Weise betroffen. Zum einen beanspruchen Zuzahlungen bei festen Zuzahlungsbeträgen einen größeren Anteil ihres Einkommens als bei Besserverdienenden und zum anderen haben sie ein höheres

¹ Mit Ausnahmen (Betriebskrankenkassen) ist es den Krankenversicherungen nicht gestattet, die Aufnahme eines Versicherten abzulehnen.

Krankheitsrisiko und - bei entsprechender Inanspruchnahme - somit auch absolut höhere Zuzahlungen zu tragen. Durch die neuen Regelungen wird die soziale Schere im Gesundheitswesen wieder ein Stück weiter geöffnet.

Neuordnung mit Nebenwirkungen: die Gesetze von 1996 und 1997

Die Gesetze der Jahre 1996 und 1997 ignorieren den Wunsch der Mehrheit der Bevölkerung, das Solidaritätsprinzip beizubehalten.¹ Genausowenig tragen sie dazu bei, daß die überkommenen Strukturen im Gesundheitswesen modernisiert werden und die Gesundheitspolitik sich stärker auf die Gesundheitsprobleme der Bevölkerung konzentriert. Statt dessen lassen sie drei Orientierungen erkennen:

1. Gesundheitspolitik ist weitgehend die Anwendung neo- bzw. wirtschaftsliberaler Wirtschafts- und Finanzkonzepte auf die gesetzliche Krankenversicherung.
2. Eigenheiten des Gesundheitswesens interessieren nur nach Maßgabe der dort bestehenden interessenpolitischen Kräfteverhältnisse und Klientelbeziehungen. Um dieser willen nimmt man auch erhebliche künftige Kostensteigerungen in Kauf (z. B. Wegfall der »Positivliste«, Verzicht auf Budgetierung).
3. Elemente solidarischer Finanzierung sollen - unter dem Vorwand, sie zu erhalten - eliminiert oder geschwächt werden. Bei der Entsolidarisierung handelt es sich nicht um ungewollte »Nebenwirkungen«, sondern um ein eigenes politisches Ziel wirtschaftsliberaler Kräfte, die sich in Laufe des Reformprozesses durchgesetzt haben. Da viele dieser Maßnahmen (wie die Einführung von Privatversicherungselementen) nachweisbar die Kosten erhöhen (wenn z. B. junge gesunde Versicherte Beitragsrückerstattungen erhalten, muß der Beitragssatz für kranke äl-

¹ Die hohe Akzeptanz der Solidaritätssysteme in der Bevölkerung wurde z. B. durch eine Repräsentativbefragung in Nordrhein-Westfalen bestätigt, bei der 75 % der Befragten diese befürworteten (MAGS [Hg.] 1995).

tere Versicherte steigen), ist es ganz offensichtlich, daß das Sparargument lediglich vorgeschoben ist.

Was bei der dritten Stufe der Gesundheitsreform für die sozialversicherten Bürger der Bundesrepublik herausgekommen ist, läßt sich zu fünf Blöcken zusammenfassen:

Erstens wurde eine Reihe von Leistungen der Krankenversicherung gestrichen oder gekürzt:

- der Kassenanteil für Brillenfassungen
- der Zuschuß zum Zahnersatz für alle Mitglieder, die nach 1978 geboren wurden
- die Kürzung der Kuren von vier auf drei Wochen und die Verlängerung des Wiederholungsintervalls von drei auf vier Jahre sowie die Anrechnung von zwei Urlaubstagen pro Kurwoche
- der Wegfall der Gesundheitsförderung als Kassenleistung
- die Kürzung des Krankengeldes nach Ablauf der Lohnfortzahlung auf 70 % des Brutto- bzw. maximal 90 % des Nettoentgeltes.

Zweitens wurden Eingriffe in die Gestaltung der Beitragssätze der GKV vorgenommen:

Die Beitragssätze wurden für 1996 festgeschrieben und mußten zum 1.1.1997 um 0,4 % reduziert werden.

Drittens wurden - als spürbarstes Element des Ganzen - die Zuzahlungen der Versicherten zu fast allen Leistungen (Ausnahme Arztbesuche) z.T. drastisch erhöht:

- Bei den Medikamenten, Krankenhaus- und Kurtagen sowie Fahrtkosten steigt sie pro Packung bzw. Tag oder Fahrt um weitere 5 DM plus 1 DM für jedes Zehntel Prozent Beitragserhöhung (z. B. steigt dann bei einer Beitragserhöhung um 0,3 % die Zuzahlung von 10 DM auf 13 DM pro Medikament).¹

¹ Der Bundesgesundheitsminister hat diese Koppelung zwischen Beitragserhöhung und Zuzahlung öffentlich als das Kernstück seiner Reform bezeichnet. Die Idee ist die, daß bei Wahlfreiheit der Versicherten angenommen wird, Steigerungen der Zuzahlung würde sie veranlassen, die Kasse zu wechseln, was die Kassen wiederum nur verhindern können, indem sie die Beitragssätze stabil halten. Mittlerweile hat man offenbar die Brisanz einer solchen weiteren Steigerung der Zuzahlungen im Wahljahr 1998 erkannt und dafür gesorgt, daß sie de facto noch hinausgezögert wird.

18 Ausverkauf der gesetzlichen Kassen

- Die Zuzahlung bei Physiotherapie steigt von 5 % auf 15 %.
- Die bisherigen prozentualen Zuschüsse zum Zahnersatz werden zu Festbeträgen.
- Härtefallregelungen sollen diese Steigerungen für Bezieher geringer Einkommen abfedern, die maximale Belastung einzelner Versicherter soll 2 % des Einkommens pro Jahr nicht übersteigen (bei Chronischkranken 1 %).

Viertens wurden privatwirtschaftliche Elemente eingeführt wie:

- Beitragsrückzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen
- Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung (Versicherte bezahlen die private Arztrechnung und reichen sie bei ihrer Versicherung ein, die Differenz tragen sie selbst)
- Beitragssenkung durch höhere freiwillige Selbstbehalte
- außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Steigerungen der Beitragssätze.

Fünftens richten sich einige Maßnahmen auf die Strukturen des Versorgungssystems:

- Die Kassen dürfen zeitlich befristet Modellvorhaben für neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserstellung selbst regeln und finanzieren¹.
- Die Arznei- und Heilmittelbudgets der Kassenärzte entfallen und werden durch arztgruppenspezifische Richtgrößen je Facharztgruppe ersetzt.
- Kassenärzte erhalten feste Punktwerte bis zu einer Höchstgrenze je Fachgruppe.
- Die Pflegepersonalregelung für Krankenhäuser (zur Verbesserung des Pflegepersonalbestandes) wurde ausgesetzt.
- Das Gesamtbudget für Krankenhäuser wird aufgeteilt in Fallpauschale, Sonderentgelte und ein »Restbudget«, das an das Wachstum der beitragspflichtigen Einkommen gekoppelt ist.
- Die Großgeräteplanung entfällt.

Hinzugefügt werden muß noch, daß - überwiegend auf Druck der FDP und ihrer Sponsoren - im Vorfeld dieser Reformen eine Reihe

¹ Das dürfte das einzige Reformelement sein, das unter dem Aspekt der Modernisierung des Versorgungssystems einen Effekt haben kann.

von Gesetzen erlassen wurden, die man als »Klientelgesetze« zusammenfassen kann: So wurde die seit 1993 gesetzlich vorgesehene Liste verordnungsfähiger Arzneimittel in der Krankenversicherung (»Positivliste«) auf Betreiben der pharmazeutischen Industrie gestrichen und das extra dafür eingerichtete Institut wieder aufgelöst.¹ In einem zweiten Schritt wurden dann die bewährten Festbetragsregelungen für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen abgeschafft, und es entfällt die Abgabe preisgünstiger importierter bzw. reimportierter Arzneimittel durch Apotheken.²

Am Beispiel der dritten Stufe der Gesundheitsreform wird deutlich, daß der Abbau des Solidaritätsausgleichs sich nicht einer durchgängigen gesellschaftlichen Tendenz zur Entsolidarisierung oder einem >Werteverfall< verdankt, sondern das Resultat gezielten politischen Handelns ist. Von einer »Gesundheitspolitik« könnte man sinnvollerweise erst dann sprechen, wenn politisches Handeln die verfügbaren personellen, finanziellen und wissenschaftlichen Mittel zur Lösung von Gesundheitsproblemen einsetzt. Die Gestaltung und Finanzierung des Systems der medizinischen Versorgung stünde hier im Zentrum. Die Bemühungen, die in den letzten Jahren als »Gesundheitsreform« bezeichnet worden sind, haben ihren Namen jedoch nicht verdient. Diese Reformen verfolgen im wesentlichen eine neoliberale wirtschafts- und finanzpolitische Strategie für die gesetzliche Krankenversicherung und berücksichtigen dabei besonders Klientelinteressen. Die Krankenversorgung wird dadurch weder wirkungsvoller an den realen Gesundheitsproblemen ausgerichtet noch wird sie humaner oder kosteneffektiver gestaltet, und die soziale Ungleichheit bei Gesundheits- und Versorgungschancen wird sich in Zukunft eher erhöhen.

Erklärungs- und Lösungsmuster, in denen der soziale und politische Status quo der Gesellschaft seinen konformen Ausdruck findet, haben es leicht, zur herrschenden Meinung zu werden: die

1 5. SGB V-Änderungsgesetz (Das Sozialgesetzbuch V regelt die gesetzliche Krankenversicherung).

2 6. und 7. SGB-V-Änderungsgesetz

ihnen auferlegten Beweislasten sind geringer, die mit ihnen verbundenen Belohnungen höher. So ist es auch in der Gesundheitspolitik. Indem der Öffentlichkeit eine Krise suggeriert wird, scheinen sich die entsprechenden politischen Therapien geradezu aufzudrängen. Aus Halbwahrheiten und Stereotypen entstandene Rhetorik verselbständigt sich, wird zu einem realen Phänomen, dessen Bekämpfung niemand mehr ernsthaft in Frage stellt. Um eine sachliche Debatte über das Gesundheitswesen zu ermöglichen, müssen zunächst Ursachen und Elemente dieser vermeintlichen Krisen empirisch überprüft und bewertet werden.