

Editorial

*»... aber vieles besser«?
Gesundheit »rot-grün«*

Selten zuvor hat ein gesundheitspolitisches Reformwerk – von denen es in der jüngsten Vergangenheit bekanntlich nicht wenige gab – in der Öffentlichkeit eine solche breite Ablehnung und Verurteilung erfahren wie das jüngste. Von links bis rechts, von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bis zur Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), von Teilen der Gewerkschaften bis zu den ärztlichen Standes- und Pflegeorganisationen schien Einigkeit in der Front gegen den von der rot-grünen Koalition im Schnelldurchgang und – wie häufig moniert – handwerklich unzureichend gestrickten Referentenentwurf zur »Gesundheitsreform 2000« zu bestehen. Eine solche, unter der Meinungs- und Finanzierungsführerschaft der organisierten Ärzteschaft im »Bündnis Gesundheit 2000« formierte öffentlichkeitswirksame Ablehnungsfront war in dieser Schärfe und vor allem Breite der Vorgängerregierung erspart geblieben.

Nach dem ursprünglich außerordentlich knapp bemessenen und ambitionierten Fahrplan sollte die »rot-grüne Gesundheitsreform« zum Jahr 2000 in Kraft treten. Dieser Termin – das zeichnete sich zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Bandes bereits ab – wird zumindest für Teile der Reform nicht einzuhalten sein. Da die Unions-regierten Länder durch eine veränderte Stimmenverteilung im Bundesrat infolge der Landtagswahlen der vergangenen Monate nun in die Lage versetzt sind, entscheidende, vor allem die krankenhausbezogenen Teile der Reform mitzugestalten, werden zentrale Punkte des Referentenentwurfes noch zumindest eine Veränderung erfahren oder gar ganz blockiert werden. Im Falle einer Ablehnung durch den Bundesrat ist ein Splitten der Reform in einen zustimmungspflichtigen und einen zustimmungsfreien Teil ebenfalls denkbar. Auch werden die öffentlichen Proteste – wie während der Anhörungen zum Gesetzgebungsverfahren bereits zu beobachten war – im Stimmungstief der Regierungskoalition auf die Letztfassung des Reformwerkes nicht ohne Wirkung bleiben. Die zahlreichen handwerklichen Pannen im Gesetzgebungsverfahren selbst haben hier ihr übriges getan. So wird die endgültige inhaltliche Ausgestaltung der Reform sowie der Zeitpunkt ihrer Einführung erst nach Abschluß der sich als schwierig herausstellenden Verhandlungen zwischen Bundesgesundheitsministerium, Bundestag und Bundesrat erkennbar sein.

Unabhängig davon ist die Redaktion des Jahrbuchs der Ansicht, daß eine Auseinandersetzung mit den Reformplänen dennoch lohnt, und hat den

Schwerpunkt dieses Bandes zum Stand der noch unfertigen »Gesundheitsreform 2000« gelegt. Dies im wesentlichen aus zwei Gründen:

Zum einen bedient sich die rot-grüne Politik gesundheitspolitischer Instrumente, die seit längerem in der gesundheitspolitischen Diskussion eine zentrale Rolle spielen und – unbesehen vom Ausgang der Verhandlungen zwischen Bundesregierung und Ländern – auch zukünftig die Debatte bestimmen werden. Zum anderen ist sie in hohem Maße ambivalent: *Einerseits* reklamiert die rot-grüne Gesundheitspolitik mit dem vorliegenden Reformwerk einen eigenständigen *politischen* Gestaltungsanspruch der gesundheitlichen Versorgung. Eine Reihe von begrüßenswerten Gestaltungsinitiativen unter Wiederaufnahme früherer Vorstellungen sind erkennbar (Positivliste, Stärkung der Patientenrechte, stärkere Orientierung auf Qualitätssicherung). Die rot-grüne Gesundheitspolitik hebt sich insoweit vom vorherrschenden Politikmuster der zweiten Hälfte der Seehofer-Ära ab, als sich die damalige Gesundheitspolitik über die Installation von Marktmechanismen und der einseitigen Überwälzung der Kosten auf die Patienten und Versicherten einer Steuerung der Versorgung geradezu zu entledigen suchte und damit vor den Anbieterinteressen kapitulierte. Gemäß der These vom Wachstumsmarkt Gesundheitswesen sollte mehr Geld ins System gepumpt werden, freilich unter Preisgabe der paritätischen Mittelaufbringung. Rot-grüne Gesundheitspolitik ist *andererseits* aber auch – vor dem Hintergrund der an sie gestellten Reformwartungen – von einer verblüffenden Kontinuität geprägt. Dies zeigt sich insbesondere an der unbedingten Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die mit dem Instrument des Globalbudgets die Unterordnung der Gesundheitspolitik unter die Imperative der Wirtschaftspolitik und damit der Sicherung des »Standortes Deutschland« strikter als je zuvor verfolgt. In der Vertragspolitik wird ein moderater Ausbau der Kassenkompetenzen gegenüber den Leistungsanbietern angestrebt und auch in der Krankenhauspolitik knüpft sie an Vorstellungen zu Beginn der 90er Jahre an.

So greift der Regierungsentwurf in seinen wesentlichen Punkten jene Pläne auf, die im Rahmen des Lahnsteiner Kompromisses zum Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahr 1992 zwischen Union und SPD in Anfängen bereits umgesetzt bzw. dort als in mittelfristiger Perspektive anzugehende Reformschritte diskutiert wurden: Einführung eines Globalbudgets, Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen, Stärkung der Hausärzte, Förderung von Selbsthilfegruppen und Ausbau der Patientenrechte und des Patientenschutzes, Förderung von integrierten Versorgungsformen sowie Einführung eines für alle Leistungsbereiche geltenden Qualitätssicherungsgebotes in Verbindung mit der Pflicht zu einem systematischen und umfassenden Qualitätsmanagement. Zugleich erfahren – wiederum in Anlehnung an die gesundheitspolitisch »große Koalition« zu Beginn der 90er Jahre – im rot-grünen Regierungsentwurf solche

Reformvorhaben eine Wiederbelebung, die Seehofer während seiner Amtszeit gestrichen hatte: Einführung einer Positivliste von Arzneimitteln sowie die Aufwertung der Gesundheitsförderung in der Verantwortung der Krankenkassen. In Verbindung mit den bereits zu Beginn des Jahres 1999 durch das »Solidaritätsstärkungsgesetz« erfolgten Rücknahmen sowohl der einseitigen Belastung der Patienten und Versicherten als auch der systemwidrigen, dem privaten Versicherungsmarkt entlehnten Komponenten werden hier punktuelle Korrekturen der liberal-konservativen Gesundheitspolitik sichtbar.

Zugleich bleibt der Entwurf jedoch weit hinter den Erwartungen zurück, die mit dem Regierungswechsel verbunden waren. Schon im »Eckpunktepapier« zeichnete sich ab, daß die wichtigsten Fehlsteuerungen im bundesdeutschen Gesundheitssystem zwar zutreffend analysiert wurden, deren konsistente Bearbeitung jedoch eher zögerlich, wenn nicht gar mit unzureichenden und kontraproduktiven Instrumenten angegangen werden sollte. Eine kritische Würdigung des Gesetzentwurfes führt aus unserer Sicht zu dem Ergebnis, daß die allgemeine Ausrichtung und die zugrunde liegende Reformperspektive wenn nicht gänzlich falsch, so doch außerordentlich eng und in einigen zentralen Punkten problematisch sind. Ein konsequentes Durchbrechen der seit Jahren lähmenden Reformblockaden wird von diesem Reformwerk kaum erwartet werden können. Insgesamt läßt der Gesetzentwurf eine weitreichende strategische Orientierung für die zukünftige Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems vermissen.

Verzahnung der Versorgungssektoren

Die weitgehend gegeneinander abgeschotteten Versorgungssektoren, insbesondere die mangelnde Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein seit langem erkanntes, allerdings erst in Ansätzen bearbeitetes Hauptdefizit des bundesdeutschen Gesundheitssystems. Die sektorale Abschottung führt zu Unwirtschaftlichkeiten und für die Patienten zu belastenden Versorgungssituationen. Der vorliegende Reformentwurf vermittelt den Eindruck, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchlässiger als bislang zu gestalten. Ob die geplanten Regelungen tatsächlich eine erhöhte Durchlässigkeit bringen werden, erscheint angesichts der weiterhin vorhandenen Vetomacht der Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings zweifelhaft.

Dies gilt vor allem für das Kernstück der Verzahnung, die »integrierten sektorenübergreifenden Versorgungsverträge«. Auf Grundlage eines eigenen Budgets soll hier die Basis für eine Kooperation zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern gelegt werden. Die Verträge bedürfen jedoch der Zustimmung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Interessenkonflikte innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen, vor allem zwischen

Hausärzten und Spezialisten, sind allerdings beträchtlich, und haben bereits zu erheblichen Spannungen bis hin zu Spaltungstendenzen geführt, so daß wohl mit erheblichen Blockaden gerechnet werden muß.

Auch die vorgesehene Ermächtigung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen und schweren Verläufen dürfte auf erhebliche Umsetzungsprobleme stoßen, nicht zuletzt auch weil die Hürden für den Katalog der »schweren Krankheitsbilder« und der »hochspezialisierten Leistungen« sehr hoch ausgelegt sind. Solange die Einschränkung »soweit und solange die regionale Versorgung nicht durch qualifizierte Vertragsärzte sichergestellt ist« gilt, ist eine wesentliche Ausweitung ambulanter Behandlungen durch Krankenhäuser angesichts dieser ausgesprochen zaghaften Öffnung der Krankenhäuser eher unwahrscheinlich.

Außen vor sind die Kassenärztlichen Vereinigungen lediglich bei den neu geplanten Regelungen zu den Fristen der vor- und nachstationären Behandlung. Über den bisherigen engen gesetzlich erlaubten Zeitraum hinaus können Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern zukünftig »differenzierte und versorgungsbedarfsgerechte« Zeiträume vorsehen. Insgesamt wird das Bemühen der rot-grünen Politik an einer erhöhten Durchlässigkeit zwar erkennbar. Allerdings schien die Regierungskoalition der Mut vor allem dann verlassen zu haben, wenn es um die Infragestellung althergebrachter Erbhöfe ging. Nach wie vor erfolgt die Verzahnung der Sektoren vor allem unter dem Primat der ambulanten Versorgung. Ein zentrales Leitbild einer zukünftigen Versorgungsstruktur und -kultur, das als Orientierungspunkt der Reformpolitik in diesem zentralen Schwachpunkt unseres Versorgungssystems genommen werden könnte, fehlt jedenfalls.

Globalbudget

Auch die Einführung des Globalbudgets spiegelt zunächst das Bemühen der Regierungskoalition wieder, die Sektorisierung des Gesundheitswesens zu überwinden, indem die Konstruktion einer globalen Ausgabenobergrenze die Nachteile einer sektoralen Budgetierung – nämlich die Verfestigung ineffizienter Strukturen – vermeiden helfen soll. Mit dem Globalbudget ist jedoch vor allem intendiert, die Anbieterseite bei der Konsolidierung der Gesundheitsausgaben in die Pflicht zu nehmen. Die Bundesregierung geht dabei von der Vorstellung aus, daß bei einem Verzicht auf eine Begrenzung der Gesamtausgaben die Anbieter ihre Leistungen über den medizinischen Bedarf hinaus ausweiten. Räumt man dem Grundsatz der Beitragsstabilität oberste Priorität ein, dürfte es zur Budgetierung tatsächlich keine Alternative geben. Der Gesetzentwurf bleibt jedoch die Beantwortung der Frage schuldig, wie die rot-grüne Gesundheitspolitik den möglichen Zielkonflikt zwischen dem Grundsatz der Beitrags-

satzstabilität und dem Bestand der Grundprinzipien in der GKV auflösen will. Ein Konflikt, der sich dann ergibt, wenn trotz der beabsichtigten Rationalisierungsmaßnahmen die Beitragssatzstabilität nicht einzuhalten sein wird.

Problematisch erscheint insbesondere die Anbindung der GKV-Ausgaben an die Grundlohnsummenentwicklung, wie *Hagen Kühn* in seinem Beitrag aufzeigt. Damit setzt das Globalbudget eine rein volkswirtschaftlich und nicht eine versorgungspolitisch begründete Größe für die GKV-Ausgaben fest. Geht man von der wahrscheinlichen Entwicklung einer in den nächsten Jahren weiter sinkenden Lohnquote aus, so bedeutet die Orientierung an der Grundlohnsummenentwicklung, daß der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt künftig rückläufig sein wird. Damit wird dem Gesundheitswesen die Last auferlegt, überproportionale Einsparungen vorzunehmen, obwohl es als Anbieter personenbezogener Dienstleistungen nur unterproportional rationalisierungsfähig ist. Mittelfristig sind daher Zielkonflikte zwischen dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität und der Deckung des gesundheitlichen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung wahrscheinlich. Erforderlich wäre die Definition von versorgungspolitischen Kriterien, bei deren Erfüllung eine Anhebung des Budgets erfolgen soll.

Skepsis ist auch angezeigt, ob die den Akteuren zur Verfügung gestellten Steuerungsinstrumente geeignet sind, die Leistungsanbieter gerade dort zur Leistungsbegrenzung anzuhalten, wo bisher das Maß des Notwendigen überschritten wurde. Eine generelle und unspezifische Verknappung finanzieller Ressourcen birgt das Risiko, daß sie mittels Rationierung medizinischer Leistungen an die Schwächsten im System weitergegeben wird. Dies gilt nicht nur für die Leistungserbringer, sondern auch für die Finanzierungsträger: Gerade unter den Bedingungen der Kassenkonkurrenz kann das Globalbudget auch bei den Krankenkassen die Neigung zur Risikoselektion verschärfen. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken ist es erforderlich, daß erstens an einem umfassenden, einheitlichen und gemeinsamen Leistungskatalog der Kassen festgehalten wird und zweitens die Ausgangsbedingungen der Kassen durch eine Aufnahme von Morbiditätskomponenten und der Verteilung von Härtefällen in den Risikostrukturausgleich angeglichen werden. Aber gerade diese elementaren Voraussetzungen sieht der rot-grüne Reformentwurf nicht vor.

Stärkung der hausärztlichen Versorgung

Nach dem Selbstverständnis der Bundesregierung kommt der Stärkung der hausärztlichen Versorgung in der GKV-Gesundheitsreform für das Jahr 2000 eine zentrale Bedeutung zu. Dies wird damit begründet, daß das Gesundheitssystem heute ein äußerst komplexes Gebilde mit zum Teil hochspezialisierten Leistungserbringern ist. Der durch ein hohes Maß an Spezialisierung in einem

begrenzten Teilgebiet erworbene Kompetenzgewinn geht allerdings oftmals einher mit dem Verlust an Überblickskompetenz für die gesamte Versorgung. Um sicherzustellen, daß Patienten »zur richtigen Zeit am richtigen Ort« behandelt werden, sollen die Hausärzte (Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten) als Lotsen die Betreuung der Patienten durch geeignete ärztliche und nicht-ärztliche Spezialisten organisieren und koordinieren. Die geplanten Regelungen zielen deshalb unter Beibehaltung der freien Arztwahl auf eine Stärkung der Koordinationsaufgaben der Hausärzte und deren bessere Bezahlung. Inwieweit in diesem Bereich Veränderungen zu erreichen sind, dürfte nicht zuletzt auch davon abhängen, wie sich das Kräfteverhältnis zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt. Daß die geplanten Regelungen nicht hinreichen, zeigen *Markus Herrmann, Vittoria Braun* und *Ulrich Schwantes* in ihrem Beitrag auf, in dem sie für eine – über den Gesetzentwurf hinausgehende – Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch die Einführung eines Primärarztsystems plädieren.

Gestärkt wurde die Allgemeinmedizin durch die Entschließung beim 100. Deutschen Ärztetag 1997 in Eisenach, die künftige Weiterbildung des Fachgebietes Allgemeinmedizin auf fünf Jahre anzulegen. Bei der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM), dem wissenschaftlichen Fachverband der Allgemeinmedizin in Deutschland, wurde der Diskussion um die Etablierung eines Primärarztsystems in Deutschland breiten Raum gegeben. Vertreter aus verschiedenen europäischen Nachbarländern stellten die dort verankerten Primärarztsysteme dar. Für viele niedergelassene Allgemeinärzte und auch der DEGAM gehen die aktuellen reformpolitischen Maßnahmen im Regierungsentwurf zur Stärkung der hausärztlichen Medizin nicht weit genug.

Bereits durch die bisherige Gesetzeslage wird die vertragsärztliche Versorgung in hausärztliche und fachärztliche Versorgung gegliedert. In der Beschreibung der Inhalte der hausärztlichen Versorgung sind die zentralen Punkte eines Primärarztsystems benannt: Allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten; die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, die Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Koordination und Integration nichtärztlicher Hilfen.

Krankenhaus

Der auf die Krankenhäuser bezogene Teil der Reform folgt in allen zentralen Punkten dem bereits von der früheren Bundesregierung beschrittenen Weg.

Dies kann insofern nicht überraschen, als über die Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und Krankenhausplanung auf der Bundesebene seit längerem ein weitgehender Konsens zwischen den Gesundheitspolitikern der CDU und den Sozialpolitikern der SPD-Bundestagsfraktion um Rudolf Dreßler besteht. Für krankenhauspolitische Entscheidungen reicht dieser Konsens allerdings nicht, da Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zustimmungspflichtig sind und somit nur im Konsens mit der Bundesratsmehrheit vollzogen werden können.

Es zeichnet sich ab, daß insbesondere die Umstellung zur monistischen Finanzierung und die vorgesehenen Änderungen in der Krankenhausplanung auf Widerstand im Bundesrat stoßen und in der geplanten Form nicht durchsetzbar sind. Das geplante Großexperiment »Monistik« erweist sich – wie *Michael Simon* im vorliegenden Band eindrucksvoll belegt – in zumindest zweifacher Hinsicht als fragwürdig: Zum einen sind – was die zukünftige Finanzierung des Krankenhausesektors angeht – deren Wirkung nahezu unkalkulierbar und insoweit erscheint dieses Instrument wenig durchdacht, zum anderen sind die absehbaren versorgungspolitischen Folgen höchst problematisch.

Die 1993 durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte und ursprünglich nur als vorübergehende »Notbremse« deklarierte Budgetdeckelung soll weitergeführt werden. In begrifflicher Anlehnung an die »Gesamtvergütung« in der ambulanten ärztlichen Versorgung soll ab dem Jahr 2000 von den Landesverbänden der GKV ein landesweiter »Gesamtbeitrag« für die Summe aller Krankenhausbudgets eines Bundeslandes vereinbart werden. Die Steigerung des Gesamtbetrages hat sich an der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder je Mitglied zu orientieren.

Zum 1.1.2003 soll das bisherige Mischsystem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen, Sonderentgelten und Fallpauschalen auf ein vollständiges Fallpauschalensystem umgestellt werden, über das bis zum Jahr 2008 schrittweise auch die Finanzierung der Investitionskosten erfolgen soll. Damit würde die bisherige duale Finanzierung durch Länder (Investitionskosten) und Krankenkassen (Betriebskosten) auf eine monistische Finanzierung ausschließlich durch die Benutzer und ihre Kostenträger umgestellt.

In der Krankenhausplanung sollte nach den Plänen der Regierung der Einfluß der Krankenkassen durch den Fortfall des bisherigen Kontrahierungszwangs gestärkt werden. Allerdings haben die Länder in den Verhandlungen vor Erstellung des Regierungsentwurfes Änderungen des ursprünglichen Konzeptes durchgesetzt, die darauf hinauslaufen, daß die Letztentscheidungskompetenz der zuständigen Landesbehörde über den Abschluß von Versorgungsverträgen der Krankenkassen erhalten bleibt.

Auf massive Kritik bei Krankenhaus-Beschäftigten und Gewerkschaften stieß der Ausschluß einer Refinanzierung der Tarifierhöhungen unter den

Bedingungen des Globalbudgets bzw. eines landesweiten Gesamtbetrags. Auch die daraufhin vorgenommenen Nachbesserungen ließen diese Kritik nicht verstummen, da die Neuregelungen eine Berücksichtigung von Tarifierhöhungen, die über die durchschnittliche Steigerung der beitragspflichtigen Einkommen hinausgehen, in das Ermessen der Vertragsparteien – und das dürfte letztlich bedeuten: in das der Krankenkassen – stellt.

Gesundheitsförderung

Ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel, mit dem die SPD/Grünen-Koalition angetreten war, bestand darin, im Rahmen einer GKV-Reform der Prävention und Gesundheitsförderung einen erhöhten Stellenwert zu verleihen. In der Tat beinhaltet §20 SGB V in der Fassung des Regierungsentwurfs eine deutliche Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf diesem Gebiet: sie sollen künftig in ihrer Satzung »Leistungen zur Prävention« vorsehen und – über die ebenfalls festgeschriebene Mitwirkung an der »Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren« hinaus – »den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung« durchführen können. Dies stellt gegenüber dem bisherigen Stand durchaus eine Verbesserung dar. Genauer besehen, erweist sich der Gesetzestext allerdings nicht als konsequente Einlösung des vorab formulierten gesundheitspolitischen Anspruchs. Die in den § 20 SGB V aufgenommenen restriktiven Elemente erwecken vielmehr den Eindruck, als habe die Regierung hier doch Angst vor der eigenen Courage gehabt: Schon die zur Kennzeichnung des zulässigen Bereichs von Kassenleistungen in § 20 Abs. 1 SGB V getroffene Begriffswahl (»Prävention« statt »allgemeine Gesundheitsförderung«) läßt vermuten, daß es hier nicht nur um die Unterbindung von dubiosen Angeboten früherer Tage geht (was nachvollziehbar wäre), sondern daß auch eine ganze Reihe von durchaus sinnvollen Maßnahmen aus dem GKV-Leistungskatalog ausgeschlossen bleiben sollen.

Anlaß zur Skepsis bietet auch die Bestimmung, daß nur solche Leistungen von den Kassen angeboten und finanziert werden dürfen, die eine Prüfung auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bestanden haben. Was zunächst wie eine Selbstverständlichkeit erscheint, gewinnt in Anbetracht der Gesetzesbegründung einen durchaus problematischen Zug: mit dem Hinweis, daß für primärpräventive Kassenleistungen der gleiche Anspruch auf Effektivitäts- und Effizienznachweis gelten müsse wie für kurative Leistungen und daß dabei die »gängigen Kriterien der evidencebasierten Medizin« (EBM) anzulegen seien, werden Hürden aufgebaut, an denen viele präventive Maßnahmen schon aus methodischen Gründen scheitern müssen. Wie abwegig dies ist, wird am schlagendsten an der Tatsache deutlich, daß der expliziten Aussage des Begründungstextes zufolge auch die – nach einer völlig anderen Logik als die

Medizin verfahrende – betriebliche Gesundheitsförderung dem »EBM-Regime« zu unterwerfen wäre – für komplexe organisatorisch-soziale Interventionen gälten demnach die gleichen Bewertungsstandards wie für die Verabreichung von Medikamenten.

Durch die vorgesehene Budgetierung der Kassenleistungen im Bereich Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung auf 5 DM je Versichertem und Jahr droht der präventionspolitische Anspruch allerdings letztlich konterkariert zu werden: danach stünde für Prävention und Gesundheitsförderung nur noch etwa ein Viertel der Summe zur Verfügung, die 1996 in diesem Bereich ausgegeben wurde – als Fortschritt läßt sich dies wohl kaum verkaufen.

Stärkung der Patientenrechte

Insbesondere Bündnis 90/Die Grünen haben in ihren Stellungnahmen einer stärkeren Patienten- und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens immer wieder einen hohen Stellenwert eingeräumt. Neben einem »basisdemokratischen« Argument, wonach diejenigen, um die es geht, an der Ausgestaltung der Versorgung auch teilhaben sollen, spielt die Argumentation, daß eine stärkere Einbindung und Beteiligung auch zu höherer Qualität und Wirksamkeit medizinischer Maßnahmen führe, eine zentrale Rolle.

Im Gesetzentwurf findet sich dieses Anliegen jedoch nur rudimentär in der finanziellen Förderung von Selbsthilfe und Patientenvertretungen durch die Kassen wieder. »Grüne« Vorstellungen, ebenso wie die in Selbsthilfe- und alternativen Patientenorganisationen entwickelten Konzepte gehen jedoch zumeist deutlich weiter, waren aber in der Koalition offenbar nicht durchzusetzen. Zumindest für diesen Teilaspekt wurde von der Ministerin bereits Nachbesserung in einem gesonderten Gesetz angekündigt. *Germanus Hungeling* nennt in seinem Beitrag zu Patientenrechten und Politischer Teilhabe hierzu eine Reihe von notwendigen Eckpunkten, die weit über das bislang Vorgelegte hinausweisen. Er macht deutlich, daß eine Verankerung von Patientenrechten oder gar eine Demokratisierung des Gesundheitswesens grundlegende, an den Bedürfnissen der Nutzer orientierte Veränderungen der Versorgungssysteme voraussetzen.

Positivliste

Die Einführung einer Positivliste ist seit Jahren überfällig und könnte nach Einschätzung zahlreicher Experten zu einer verbesserten Arzneimitteltherapie beitragen. Der rot-grüne Gesetzentwurf knüpft in diesem Punkt an die seinerzeit auf der Grundlage der GSG-Regelungen erstellte Liste an, die Seehofer der Pharmalobby opferte. Durch die (Wieder-)Einrichtung eines Instituts zur

Arzneimittelverordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird zur Einführung der Positivliste der institutionelle Rahmen geschaffen. Von Lernfähigkeit in der Gesundheitspolitik zeugt der Versuch, bei der Besetzung der Arzneimittelkommission die übermächtige Pharmedia möglichst außen vor zu halten. Um die Pharmazeutische Industrie jedoch nicht vollständig auszuschließen, soll sie – wie auch die Apotheker- und Ärzteverbände – beratend hinzugezogen werden.

Mit der Positivliste verbundene Erwartungen einer nennenswerten Einsparungen von Arzneimittelkosten dürften sich nicht einstellen; als Instrument zur Einhaltung des Globalbudgets ist sie ungeeignet. Vielmehr sollte mit diesem Instrument für die Zukunft ein unter Qualitäts- und Sicherheitsgesichtspunkten verbesserter Medikamenteneinsatz gewährleistet werden, dessen Notwendigkeit *Jörg Schaaber* in seinem Beitrag zum vorliegenden Band verdeutlicht. Auch hier wird sich die solidarverträgliche Wirksamkeit dieses Reformelementes erst in der Zukunft herausstellen. Es hängt nicht zuletzt auch davon ab, ob es der heterogen zusammengesetzten Arzneimittelkommission gelingt, sich bis Ende März 2001 auf eine entsprechende Vorschlagsliste zu einigen. Das Bundesministerium behält sich jedenfalls im Falle einer Nichteinigung der Kommission eine eigene Vorschlagsliste zu erlassen.

Bereits der nur kursorische Blick auf den »rot-grünen« Referentenentwurf im vorliegenden Editorial sollte zeigen, daß er sich einem pauschalen Urteil schon allein deshalb verschließt, weil einer Reihe von positiv zu bewertenden Reformelementen eindeutig problematische Punkte gegenüberstehen. Dieser erste Eindruck wird durch eine intensivere Betrachtung einzelner Aspekte des Reformwerkes in den Schwerpunktbeiträgen des vorliegenden Bandes verstärkt: Der »rot-grüne« Entwurf ist durch zahlreiche Ambivalenzen und Inkonsistenzen gekennzeichnet, die eine Beschäftigung noch vor Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens allemal rechtfertigen.

Außerhalb des Schwerpunktthemas geht *Anne Waldschmidt* der Frage nach, ob mit der seit geraumer Zeit praktizierten nichtdirektiven genetischen Beratungspraxis, mit der sich die beratenden Experten dem Vorwurf der eugenischen Orientierung zu entheben suchen, die Kritik an der Humangenetik in diesem Bereich obsolet geworden ist. *Stefan Kirchberger* zeigt anhand der Regelungen für die Niederlassungsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten in der Europäischen Union, daß diesen ein stark verkürztes, rein auf ein standardisiertes Tätigkeitsfeld orientiertes Verständnis ärztlichen Handelns unterlegt ist. Er bezweifelt, ob dies hinreicht, die Freizügigkeit der Niederlassung innerhalb der EU auf eine vernünftige Basis zu stellen.