

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr

# Flächenbrand und Aktionismus

## Eine Situationsanalyse der Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl

**S**ollte es tatsächlich jemals Ulla Schmidts Aufgabe gewesen sein, angesichts der inzwischen unmittelbar bevorstehenden Bundestagswahl Ruhe in das Gesundheitswesen zu bringen, dürfte sie an dieser Aufgabenstellung letztlich gescheitert sein. Nachhaltige Turbulenzen prägen derzeit das Gesundheitssystem: Disease-Management-Programme, DRG-Einführung, Arzneimittelsparpaket, Versandhandel, zahnärztliche Honorierung, Versicherungspflichtgrenze. Die Liste wäre noch zu verlängern. Noch ist unklar, ob und wie all dies das Wahlergebnis vom 22. September beeinflussen wird. Die SPD will den bisherigen Kurs im Wesentlichen fortsetzen, die Union dagegen einen radikalen Kurswechsel einleiten. Entsprechend stellt sich die Erwartungshaltung der Betroffenen dar.

### Rückblick auf 1998

Im Wahljahr 1998 bewegte sich an der „vertragspolitischen Front“ der Umsetzung von Horst Seehofers „3. Stufe der Gesundheitsreform“ nichts mehr; alles startete gebannt auf den Wahltermin. Zu Recht, denn fast alle Instrumente, die

Seehofer unter den Gesichtspunkten „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“, „Liberalisierung des Leistungsrechts“ und „Verbesserung der Einnahmensituation für Leistungserbringer“ („Mehr Geld ins System“) mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz ins Bundesgesetzblatt gebracht hatte, wurden nach der Wahl von der neuen rot-grünen Bundesregierung – wie angekündigt – mit dem Sofortprogramm (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz) eliminiert. Damit hatten im Wesentlichen die Erwartungen der Kassenseite die Oberhand behalten.

Die Situation im Wahljahr 2002 weist einige Gemeinsamkeiten, aber auch gravierende Unterschiede zur damaligen Situation auf. Weil auch in dieser Legislaturperiode die Gesundheitspolitik nicht parteienübergreifend, sondern im permanenten Dissens gestaltet wurde, stehen wesentliche Reformelemente nach der Bundestagswahl gegebenenfalls zur Disposition. Zu den angekündigten Sofortmaßnahmen der Union gehören neben der Aufhebung der Budgets die Überarbeitung der DRG-Einführung und die Entkoppelung der Disease-Management-Programme (DMP) vom Risikostrukturausgleich (RSA). Wie



# effektiv disponiert?

Personal ist immer dort am besten eingesetzt, wo die Produktivität stimmt. Die PriA hilft Ihnen durch rationelles Outsourcing Ihres Abrechnungswesens Kosten zu sparen.



Wir rechnen Ihre gesamten, ambulant erbrachten Leistungen ab. Mit Kostenträgern, Kassen- und Privatpatienten. Kompetent und konsequent. Bis zum Inkasso.

Die PriA. Abrechnungsexperten für Krankenhäuser, CA KV Ermächtigung, Pflegeeinrichtungen.

**PriA GmbH**

Remscheider Straße 16  
45466 Mülheim a. d. Ruhr

Tel. 0208/4847-710  
Fax 0208/4847-798

www.pria.de  
info@pria.de

Im Verbund mit der  
Privatärztlichen Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr.

**Niederlassung Berlin**

Hardenbergstraße 15  
10623 Berlin

Tel. 030/3190 08-32  
Fax 030/31 21 020

www.pria.de  
info@pria.de

Im Verbund mit der  
Privatärztlichen Verrechnungsstelle Berlin-Brandenburg.

**PriA**

Dienstleistungen im  
Gesundheitswesen GmbH

1998 geht es darum, das zu revidieren, was die Gegenseite als wesentliche Elemente ihrer Gesundheitspolitik zumindest in der Gesetzgebung zuvor realisiert hatte.

Grund genug für alle Beteiligten, die Wahl abzuwarten? Scheinbar nicht. Selten war eine „Sommerpause“ von derart hektischer gesundheitspolitischer Betriebsamkeit geprägt wie in diesem Jahr.

- Bei der DRG-Einführung jagt ein Spitzengespräch das nächste, ein Referentenentwurf für die Ersatzvornahme soll noch im September fertiggestellt sein; die Krankenhäuser sollen auf der Basis dieses Referentenentwurfs die Entscheidung treffen, ob sie schon zum 1. Januar 2003 mit dabei sein wollen (Optionsmodell).

- Bei den Disease-Management-Programmen (DMP), dem zweiten großen sozialdemokratischen Prestigeprojekt im Gesundheitswesen, wurde unter Aufbietung aller Kräfte die Veröffentlichung der erforderlichen Rechtsverordnung zum 1. Juli erreicht; die sich daran anschließenden Vertragsverhandlungen sind trotz immenser Schwierigkeiten im vollen Gange.

### ■ Vertragsverhandlungen zu Disease-Management-Programmen

Wie schwierig es sein wird, für die DMP Vertragsabschlüsse zu erzielen, wurde auf einem Pressegespräch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 9. Juli in Berlin deutlich. Es sei zwar gelungen, so der KBV-Vorsitzende Manfred Richter-Reichhelm, die „zweite Unterschrift“ bei der Übermittlung von Behandlungsdaten in die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hineinzuverhandeln. Nicht erfolgreich war die KBV – auch nach der Vermittlung durch die BMG-Staatssekretäre Gudrun Schaich-Walch und Klaus Theo Schröder – bei dem Versuch, den Krankenkassen den Zugriff auf solche Daten zu verweigern, die sie in die Lage versetzen würden, direkt in den Behandlungsprozess einzugreifen (Case-Management). Daran seien die Verhandlungen auf Bundesebene gescheitert; in der Folge werde es auch zu keinem Bundesmantelvertrag mit der KBV in dieser Angelegenheit kommen.

Beim künftigen Vorgehen der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müsse bedacht werden, dass die RSAV nunmehr geltendes Recht sei und der dort beschriebene Datensatz zukünftig die Voraussetzung für die Ausgleichsfähigkeit eines DMP im RSA darstelle. Allerdings hätten die KVen mehr Bewegungsfreiheit, weil das Splitting des Datensatzes nicht nur auf Bundes-, sondern auch auf Landesebene möglich sei. Man habe nach den Erfahrungen der Gespräche auf Landesebene den Eindruck, dass es den Kassen dort weniger auf die Datenfrage ankomme; dort wolle man offenbar schnell zu Abschlüssen von Disease-Management-Verträgen kommen.

### ■ Auseinandersetzungen um Datenmanagement halten an

Nach einem erneuten Beschluss des Länderausschusses der KBV sieht man es dort als eine Voraussetzung für derartige Abschlüsse – und damit auch als Grundlage für die

gegenwärtig laufenden Sondierungsgespräche – an, das Datenmanagement im Rahmen eines DMP in der Hand der KV zu behalten. Dies sei auch bei der gegenwärtigen Ausgestaltung der RSAV möglich, indem etwa der KV als „dritter Stelle“ die Datenannahme und -verwaltung übertragen werde. Als eine weitere Voraussetzung der Vertragsärzte gilt, dass die Krankenkassen sich verpflichten, kein Case-Management zu betreiben.

Der KBV-Vorsitzende und sein Stellvertreter Leonhard Hansen betonten, dass die Beschlüsse des Länderausschusses – wie auch die der KBV-Vertreterversammlung – die KVen rechtlich nicht binden könnten. Die KVen müssten sich gegenüber ihren eigenen Gremien rechtfertigen und seien diesen verantwortlich. Aber jeder, der auf regionaler Ebene verhandele, wisse, dass er „einer gewissen Supervision untersteht“ (Hansen).

Die KBV will auf Bundesebene eine Art „Plattform“ für diejenigen KVen bilden, die nach den beschriebenen Kriterien Verträge abschließen wollen und – etwa beim Datenmanagement – logistische Unterstützung benötigen. Es sei im Interesse aller, dass die Daten „einigermaßen bundeseinheitlich erhoben werden“ (Richter-Reichhelm). Gerade die kleineren KVen könnten mit dem Datenmanagement, insbesondere angesichts der anfallenden Kosten, überfordert sein.

### Vorfahrt für die Politik

Wie konnte es zu diesen emsigen Umsetzungsbemühungen kommen? 2 Aspekte scheinen besonders wichtig zu sein:

1. Das Bundesgesundheitsministerium und die SPD-Bundestagsfraktion sind wild entschlossen, ihre wichtigsten Reformprojekte nicht auf der Selbstverwaltungsebene „versickern“ zu lassen. Deshalb wurde bereits in der Schlussphase der Beratungen zum Fallpauschalengesetz die Rechtsverordnungslösung (Ersatzvornahme des BMG) eingebaut. Bei den DMP hat das Gremium der Selbstverwaltung, der Koordinierungsausschuss, ohnehin nur eine empfehlende Funktion. Der Gesetzgeber setzte hier von Anfang an auf das Instrument der Rechtsverordnung als Voraussetzung für die Umsetzung des Gesetzes.

### ■ Zunehmende Entfremdung zwischen Politik und Selbstverwaltung

Damit findet eine Entwicklung ihren vorläufigen Höhepunkt, die während der gesamten Legislaturperiode als Konflikt stets virulent war: eine zunehmende Entfremdung zwischen Politik und Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung wird seitens der Politiker zunehmend als handlungsunfähig wahrgenommen. Nicht von ungefähr führte die sozialdemokratische Programmdiskussion – weitgehend im Konsens – unter anderem zu dem Ergebnis, dass wichtige Steuerungsaufgaben künftig nicht von Selbstverwaltungsgremien geregelt werden sollten. Dieser politische Einstellungswandel ergänzte sich mit Ulla Schmidts aktionistischer Grundeinstellung. Die Selbstverwaltung mit ihrer teilweise doch schleppenden Arbeitsweise auf Grund bestehender Interessengegensätze war dem Be-

Für optimale

# Prozeßgestaltung und höchste Leistungsqualität

gibt es

natürliche

Konzepte

## Prozeßoptimierung und Clinical Pathway Management

DRGs verlangen von Krankenhäusern höchste Effektivität und Wirtschaftlichkeit ihrer Prozesse unter Aufrechthaltung der medizinischen Versorgungsqualität.

Wir bieten Ihnen ein Organisationskonzept an, das eine Prozeßoptimierung Ihrer Arbeitsorganisation mit einem systematischen Clinical Pathway Management verknüpft. Dies erlaubt ein effizientes Controlling der Kernleistungsprozesse und eine Optimierung der medizinischen Versorgungsqualität. Gleichzeitig trägt das Konzept den neuen Dokumentationsauflagen ebenso Rechnung wie dem Wunsch nach mehr Zeit für den Patienten.

So erzielen Sie für Ihr Haus enorme Wettbewerbsvorteile, eine höhere Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit und ein überzeugenderes Leistungsniveau.

Lassen Sie uns darüber reden **(06221) 363380**

**ThyssenKrupp  
Health Care Services**

Ein Unternehmen von ThyssenKrupp Information Services



ThyssenKrupp

streben der Ministerin im Wege, kurzfristig relevante Reformprojekte zu produzieren, die von den Beitragssatzerhöhungen ablenken und ihr behilflich sein könnten, auch nach der Wahl noch ministrabel zu sein.

2. Die Interessen innerhalb der verschiedenen Lager (Krankenkassen, Leistungserbringer) sind bei weitem nicht so homogen wie 1998. Sowohl bei den DMP wie auch den DRGs gibt es auf beiden Seiten neben Gegnern auch starke Kräfte, die die Gesetze schnell umsetzen wollen. Dahinter stehen sowohl bei den DMP als auch bei den DRGs massive ökonomische Interessen von Krankenkassen und Krankenhäusern, weit weniger aber das Bestreben, als Selbstverwaltung Handlungsfähigkeit zu beweisen.

## Vor der Wahl Fakten schaffen

Gemeinsam führen diese Konstellationen zu dem Versuch vieler Akteure, noch vor der Wahl Fakten zu schaffen, die später nicht mehr ohne weiteres revidierbar erscheinen.

☛ Das Kalkül sieht so aus: Wenn bei den DMP schon akkreditierte Verträge vorliegen und die ersten Programme laufen sowie eventuell schon RSA-Ausgleichsmittel beansprucht werden können, wird es die Union schwer haben, diese Reformansätze wieder zu kassieren. Ähnliches gilt für die DRGs: Steht das Optionsmodell einschließlich der Teilnahmereitschaft vieler Krankenhäuser bereits zum Zeitpunkt der Wahl fest, wird es einer neuen, schwarz-gelben Bundesregierung nicht so leicht fallen, in den Prozess der DRG-Einführung einzugreifen. Scheitert dagegen das Optionsmodell, wird das Handlungsfeld der Union deutlich breiter. Vor diesem Hintergrund war selten eine Sommerpause bzw. eine Vorwahlzeit von so eminenter Bedeutung wie die jetzige.

## Das neue Reformfeld: Prävention

### „Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“

Fakten schaffen wollte Ulla Schmidt auch beim Themenfeld Prävention; sie forcierte deshalb noch vor der Sommerpause die Gründung des „Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung“, dessen Gründungsveranstaltung am 11. Juli in Berlin stattfand. Die neue Institution ist aus der Arbeitsgruppe 5 des „Runden Tisches“ hervorgegangen. Gründer des Forums sind 41 Verbände, Institutionen, Behörden, Körperschaften und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens. In einer gemeinsamen Erklärung bekundeten alle Beteiligten ihre Bereitschaft, aktiv mitzuwirken. Über eine Willensbekundung geht die zweiseitige „Gemeinsame Erklärung“ allerdings kaum hinaus. Es bleibt bei den bekannten Stichwörtern wie Kooperation, Kommunikation oder Vernetzung.

4 Themenfelder sollen schwerpunktmäßig in Angriff genommen werden:

- Prävention im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen,
- Gesundheitsförderung in Kindergärten und Schulen,
- Prävention im Alter,
- betriebliche Gesundheitsförderung.

Nach Auffassung des BMG ist es die Aufgabe der nächsten Monate, sich Strukturen zu geben und insbesondere Kompetenz- und Arbeitsgruppen einzurichten. „Wir brauchen eine Geschäftsführung und einen Sprecher“, forderte Ulla Schmidt. Außerdem kündigte die Ministerin an, dass noch andere Institutionen beitreten sollten; ausdrücklich erwähnte sie die private Krankenversicherung.

Nach Angaben des BMG müssen auf Dauer weitaus mehr Mittel in den Präventionsfond fließen als die bislang rund 200 Mio. €, die von den gesetzlichen Krankenkassen nach der entsprechenden Verpflichtung des SGB V investiert werden. Denkbar sei eine Erhöhung der Tabak- und eventuell auch der Alkoholsteuern. Außerdem müssten sich die Unternehmen finanziell beteiligen. Erhielte das „Deutsche Forum“ die Rechtsform einer Stiftung, hätte dies nach Angaben Ulla Schmidts auch steuerliche Vorteile. Erste Ergebnisse im Hinblick auf die zu gründenden Arbeitsgruppen und vor allem zur Rechtsform erwartet die Ministerin erst im Oktober – also nach der Bundestagswahl.

## ■ Im Bundestag blieb die Prävention strittig

Prävention wird sowohl von der Koalition als auch von der Opposition als eine zentrale Reformaufgabe für die nächste Legislaturperiode angesehen. Trotz eines hohen Maßes inhaltlicher Übereinstimmung in der Sache kam ein im Schulterschluss von Koalitionsfraktionen und Unionsfraktion getragener Antrag zum Thema Prävention nicht zustande. Das rot-grüne Lager setzte im Bundestag mit seiner Mehrheit den eigenen Antrag „Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung“ (BT-Drucksache 14/92224) durch. Der Antrag der Union „Prävention umfassend stärken“ (BT-Drucksache 14/9085) wurde abgelehnt.

Auf das Angebot des für die Unionsfraktion federführenden Abgeordneten Ulf Fink in der Sitzung des Gesundheitsausschusses am 3. Juli, sich im Interesse der Sache bei den jeweiligen Anträgen zu enthalten (und damit letztlich auch dem Unionsantrag zur Stimmenmehrheit zu verhelfen), ging dessen SPD-Kollegin Helga Kühn-Mengel nicht ein. Sie hob stattdessen die Unterschiede zwischen beiden Anträgen hervor. Der eigene Ansatz betone stärker die unabhängige Beratung. Am Unionsantrag kritisierte sie das dort aufgeführte Bonussystem bei präventionsfreundlichem Verhalten, in dessen Schlepptau eine stärkere Herausbildung von Grund- und Wahlleistungen zu befürchten sei. Zudem sei die Gründung des „Deutschen Forums für Präventions- und Gesundheitsförderung“ der von der Union angestrebten stärkeren Einbindung des BMG in die Präventionsförderung vorzuziehen.

Offensichtlich ist, dass ein gemeinsamer Antrag zur Prävention vor allem aus Gründen der wahlpolitischen Profilierung nicht zustande kam. Abgesehen von einigen wenigen unterschiedlichen Akzenten waren die Anträge der Koalition und der Union konzeptionell identisch. Sie haben nicht zuletzt die große Gemeinsamkeit, dass beide politische Lager nicht genau benennen können, wie die politische Zielsetzung, der Prävention einen herausragenden Stellenwert zu verschaffen, konkret auf der Ebene der Instrumente umzusetzen sein wird. Dies wurde auch an-

lässlich der Anhörung zu den beiden Präventionsanträgen im zuständigen Gesundheitsausschuss am 26. Juni deutlich. Nicht leichter wird die Aufgabe, weil es sich bei der Prävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt und der Gestaltungsrahmen der GKV von vorneherein begrenzt ist.

## Unterschiedliche Auffassungen der Sachverständigen

Die Anhörung war ganz überwiegend ein mehr oder weniger kontroverses Gespräch der Abgeordneten mit Karl Jung sowie den Professoren Karl Lauterbach und Friedrich Wilhelm Schwartz. Lauterbach plädierte nachdrücklich für die Schaffung einer „neuen Organisationsstruktur“, eines Instituts mit (industrie-)unabhängigen Wissenschaftlern, für das er auch schon einen Namen hatte: „Nationales Institut für Prävention und Qualität (NIPQUA)“. Gegen ein neues Institut, aber für ein Forschungsprogramm herkömmlicher Art, eine Initiative für Präventionsforschung, sprach sich Schwartz aus. Erbitterten Widerstand fand Lauterbachs Vorschlag bei Jung, der die Selbstverwaltung mit diesen Aufgaben befassen will. Lauterbach betonte daraufhin, dass dieses Institut nicht „durchführen“ oder „umsetzen“ solle, sondern vielmehr „ehrlich, wissenschaftsgestützt ... nur informieren“.

Die Vorzüge einer parteiübergreifenden Stiftung sahen manche Abgeordnete und Sachverständige in der dadurch verliehenen „Bedeutung“ des Themas. Die momentan in der Politik vorhandene Einsicht über den Stellenwert der Prävention müsse institutionell verankert, der politische Wille stabilisiert werden (Schwartz). Jung hält in diesem Zusammenhang eine Plattform für durchaus sinnvoll, dagegen keine neue Institution wie eine Stiftung.

Natürlich ging es auch um „mehr Geld“. Bezeichnenderweise griff nur Lauterbach dieses Thema konsequent auf; er hatte auch schon einige „Ideen“. Neben den üblichen Finanzierungsvorschlägen in diesem Zusammenhang (höhere Abgaben auf den Genuss von Tabak etc.) regte er an, Prävention im Rahmen des RSA zu fördern – zweifellos ein weiterer Beitrag zur Bekämpfung der Entsolidarisierung.

Fazit zur Prävention: Auf der Ebene der Instrumente zur Förderung der Prävention macht es wohl Sinn, einen Vorschlag des ausscheidenden Ratsvorsitzenden Prof. Schwartz aufzugreifen und in der kommenden Legislaturperiode zunächst einmal alles „gründlich zu durchdenken“, mithin in eine Vorbereitungsphase einzusteigen. Dazu ist die – nun erfolgte – Einrichtung eines Forums für Prävention und Gesundheitsförderung als einer Gesprächsplattform kein Fehler. Die weiteren Schritte sollten jedoch nicht unter dem Diktat eines gesundheitspolitischen Aktionismus erfolgen.

## Ausblick

Wie schon 1998 wird das Ergebnis der Bundestagswahl auch in diesem Jahr ganz maßgeblich den weiteren Kurs der Gesundheitspolitik bestimmen. Werden die bisherigen

Reformprojekte fortgeführt? Wenn ja, wie? Wie werden sich die Grundprobleme der Finanzierung auswirken? Hat die Politik überhaupt den Spielraum, um neue Akzente, etwa bei der Prävention, zu setzen? Welche Vorstellungen sind technisch und politisch umsetzbar? Welche Akteure werden nach der Wahl die Gesundheitspolitik bestimmen? Spannend bleibt es in jedem Fall.

Anschrift der Verfasser:

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr,  
Herausgeber des Gesundheitspolitischen  
Informationsdienstes (gid) und der Zeitschrift  
„Forum für Gesundheitspolitik“,  
Burbacher Straße 52–54, 53129 Bonn ■



Erst denken, dann handeln.  
Parkhaus als Geschäftsidee.

[www.vollack.de/parkhaus](http://www.vollack.de/parkhaus)

**vollack**   
Erfolg bauen

Parkhaus AG

**W&P WERNICK UND PARTNER GMBH**  
UNTERNEHMENSBERATUNG IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN 

Kompetent \* Partnerschaftlich \* Individuell

-  externes Management
-  Pflegesatzverhandlungen
-  Gutachten und Analysen

**Fordern Sie uns!**

W&P Wernick und Partner GmbH  
Lorenzonstr. 17, 81545 München  
Tel. 089/642074-30, Fax 089/642074-50  
E-Mail: [info@wernickundpartner.de](mailto:info@wernickundpartner.de)



• Markenqualität zu günstigen Preisen vom Fachmann  
• Montage innerhalb weniger Tage  
• Wartung und Reinigung

**Jalousien**  
Wir kommen mit Mustern zur kostenlosen Beratung. Anruf genügt!

02 11-  
77 12 07

A+A GmbH • 40599 D'dorf • Kolberger Str. 15