

Patienten-Empowerment und rot-grüne Gesundheitspolitik

Zwischen Patientenbeteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung¹

1. Einleitung

In zahlreichen Industriegesellschaften entstand in den siebziger und achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts im Kontext neuer sozialer Bewegungen eine dezidierte Gesundheitsbewegung, welche die technologiefixierte Kurativmedizin im deutschen Gesundheitswesen kritisierte und die Entscheidungsautonomie des »ärztlichen Halbgotts in Weiß« in Frage stellte (Deppe 1987; Schmacke 1996; Rakowitz 2004). Selbsthilfegruppen, Verbände der Behinderten und Patientenverbände fordern seitdem die stärkere Beachtung von individuellen Patientenrechten und die Demokratisierung der Entscheidungsprozesse des deutschen Gesundheitswesens, zu dem auch ein sich verändernder internationaler gesundheitswissenschaftlicher Diskurs beigetragen hat (vgl. Sachverständigenrat 2002; Kranich 2002). Im internationalen Vergleich galt das deutsche Gesundheitswesen bislang als wenig patientenorientiert (Böcken/Butzlaff/Esche 2001). Mit dem Regierungswechsel von einer konservativ-liberalen Regierungskoalition, die in der Gesundheitsreform des Jahres 1996/97 an den Interessen der Leistungserbringer im Gesundheitswesen ausgerichtet war (Bandelow 1998), zu einer rot-grünen Bundesregierung stiegen die Hoffnungen der Patientenvertreter, Verbraucherschützer und Selbsthilfegruppen auf ein an den Interessen der Patienten, Versicherten und Bürger ausgerichtetes Gesundheitswesen (Kranich 2002: 57). In den beiden zentralen gesundheitspolitischen Reformgesetzen unter rot-grüner Regierungsverantwortung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 [GKV-RG], GKV-Modernisierungsgesetz 2003) wurde in unterschiedlicher Weise der Versuch gemacht, Aspekte des Patienten-Empowerment voranzutreiben. Die Schlüsselfrage dieses Beitrages ist, inwieweit die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung auf eine Stärkung der Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen hingewirkt hat.

2. *Patienten-Empowerment durch Gesundheitspolitik: Ergebnisse der rot-grünen Regierungszeit*

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besteht Patienten-Empowerment (als eine auf Emanzipation der Patienten ausgerichtete Patientenorientierung) darin, die individuellen und kollektiven Ressourcen, Kompetenzen und Beteiligungsformen von Nutzern des Gesundheitswesens zu verbessern, damit sie sich selbst um die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen und Erhaltung ihrer Gesundheit gemäß ihren Bedürfnissen kümmern können. Empowerment ist demnach in gleicher Weise ein sozialer, kultureller, psychologischer und politischer Prozess, durch den die Nutzer des Gesundheitswesens eine größere Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen gewinnen, die unmittelbar auf ihre Gesundheit zurückwirken (WHO 1998: 6).

Der wissenschaftliche wie politische Diskurs über Patienten-Empowerment changiert zwischen der Forderung nach gleichberechtigter Beteiligung von Patienten im Gesundheitswesen, sei es auf der Mikroebene im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung oder auf der Makro- und Mesoebene in der Form der institutionellen Beteiligung bei Entscheidungen, und der oft standortpolitisch begründeten Notwendigkeit zur Effizienzsteigerung im Gesundheitssystem durch die rationale Selbststeuerung des Patienten/Versicherten als Konsumenten von Gesundheitsdienstleistungen oder schlicht durch Kostenexternalisierung qua Privatisierung. In der Konsequenz wird der politisch-diskursive Raum des Gesundheitswesens, in dem die parteipolitischen Positionen verortet werden können und in dem sich der Nutzer bewegt, durch zwei Achsen geschnitten. Die *demokratische Achse* beinhaltet die Dimensionen der Patientenautonomie und der Patientenbeteiligung. Hiermit wird Bezug genommen auf die individuellen und kollektiven Beteiligungsformen und deren notwendigen Voraussetzungen, wie z.B. Zugang zu den Gesundheitsleistungen und Entscheidungsinstanzen sowie den hierfür nötigen Informationen. Die *ökonomische Achse* besteht aus den Dimensionen der Konsumentensouveränität und Privatisierung. In diesen Dimensionen kommt die inhärente Spannung zum Ausdruck, die monetären Steuerungsinstrumenten stets anhaftet: Steuerungswirkung versus Finanzierungswirkung.

2.1 Patientenbeteiligung und Patientenautonomie: die demokratische Achse

Patientenautonomie

Im Bereich der Patientenautonomie wurden während der ersten Regierungsperiode von SPD/Bündnis90/Die Grünen einige Maßnahmen eingeführt, die zur Variablen *Patientenrechte* zu rechnen sind. Erstens wurde in § 65b SGB V² bestimmt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiKK) »Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Versicherten zum Ziel gesetzt haben«, in Rahmen von Modellvorhaben mit jährlich 5,113 Mio. € fördern. Seit dem 01.07.2001 werden von den SpiKK 30 (bereits bestehende) Einrichtungen gefördert, die unterschiedliche Dienstleistungen für Patienten erbringen.³ Dieses Modellvorhaben wird zudem wissenschaftlich begleitet (vgl. zu ersten Zwischenergebnissen: Seidel/Kurtz/Dierks 2005). Zweitens wurde im Rahmen des GKV-GRG 2000 eine gesetzliche Grundlage für eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel geschaffen (§ 33a SGB V), die allgemein als *Positivliste* bekannt geworden ist und die Versorgung mit Arzneimitteln im Sinne der Umsetzung des Rechts auf gute Versorgungsqualität realisieren sollte. Hierzu wurde ein Institut für die Arzneimittelversorgung beim BMGS (damals: BMG) eingerichtet, welches eine Vorschlagsliste zu erarbeiten hatte, die anschließend als Rechtsverordnung rechtskräftig werden sollte. Dieses Institut bestand aus einer Kommission und einer Geschäftsstelle. Den Vereinigungen von Patienten und Betroffenen war laut § 33a Abs. 9 neben Vertretern der involvierten Leistungserbringern vor dem Beschluss der Vorschlagsliste das Recht auf Stellungnahme zugestanden. Obwohl die Arbeit des Instituts aufgenommen wurde, war dessen Arbeit zum großen Teil politisch blockiert. Schließlich wurde die Abschaffung der *Positivliste* bzw. die Beendigung der Arbeit hieran von den Oppositionsparteien CDU, CSU und FDP zur politischen Bedingung einer überparteilichen Einigung bei der jüngsten Gesundheitsreform gemacht (GKV-Modernisierungsgesetz, vgl. Schwartz/Mosebach 2003). Infolgedessen ist § 33a auch wieder aus dem SGB V verschwunden. Nach zähem Ringen wurde dem in der jüngsten Reform vorgesehenem *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) das Recht zugestanden, eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln durchzuführen (§§ 35b und 139a-c). Auf diese Dimension werde ich bei der Darstellung der Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses und des angeschlossenen IQWiG, die dem Bereich der (institutionellen) Patientenbeteiligung zugeordnet sind, noch zurückkommen (s.u.).

Zudem wurden sowohl dem ambulanten als auch dem stationären Sektor durch die jüngste Gesundheitsreform eine starke Verpflichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung (Einführung von Qualitätsmanagement in der Arztpraxis) und einer hiermit einhergehenden Veröffentlichung von Leistungs- und Kostendaten auferlegt (vgl. Orłowski/Wasem 2003: 41f u. 75f). Drittens kann die Einrichtung einer *Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland* (§ 219a SGB V) als Verbesserung der Informationsrechte von Patienten und Versicherten angesehen werden. Sie wird von den SpiKK eingerichtet und soll die durch zwischenstaatliches und innerstaatliches Recht übertragenen Aufgaben übernehmen, die bis 01.01.2000 vom AOK-Bundesverband wahrgenommen wurden. Neben operativen und rechtsunterstützenden Aufgaben soll die Verbindungsstelle Information, Beratung und Aufklärung der Versicherten und damit auch von Patienten übernehmen. Vor dem Hintergrund der Europäischen Integration wird die Bedeutung der Verbindungsstelle vermutlich zunehmen, insbesondere nach den Urteilen des EuGH zur Waren- und Dienstleistungsfreiheit und damit auch zur Patientenmobilität zwischen den Mitgliedsstaaten der EU (vgl. Mosebach 2003). In der zweiten Legislaturperiode wurde insbesondere das Recht auf unabhängige und wissenschaftliche, jedoch auch allgemeinverständliche Informationen über die Qualität von Leistungen mit der Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) institutionell verankert (§ 139a; s. u.).

Die Entscheidungs- und Gesundheitskompetenzen von Patienten werden durch zwei Regelungen des GKV-GRG 2000 gestärkt (*Patientenunterstützung*). Zum einen in Bezug auf § 65b, dessen Inhalt bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert wurde. Zum anderen durch die Förderung von Selbsthilfegruppen durch die Krankenkassen (§ 20 Abs. 4). Hierzu sollen die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung dieser Aufgaben pro Versicherten einen Betrag von 0,51 € umfassen (Stand: 01.01.2004). Tatsächlich wurden jedoch im Jahr 2002 lediglich 0,30 € pro Versichertem aufgebracht (Mosebach/Schwartz/Walter 2004: 347).

In der zweiten Regierungsperiode seit Herbst 2002 wurde als zentrale Institution zur Unterstützung und Stärkung der Patientenrechte durch das GKV-Modernisierungsgesetz das Amt der/des »Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten« eingerichtet (§ 140h; Hervorhebung: KM). Seit dem 01.01.2004 wird es von der SPD-Bundestagsabgeordneten und früheren gesundheitspolitischen Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Helga Kühn-Mengel, geleitet. Entsprechend der Bindung an die (derzeitige) Bundesregierung ist die

Amtszeit zunächst auf die Dauer bis zu einer Neukonstituierung des Bundestages beschränkt (§ 140 Abs. 1). Ihre Aufgabe besteht darin, die Einhaltung der Patientenrechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen zu kontrollieren. Zudem soll sie die Beteiligung von Patienten bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung unterstützen. Schließlich soll der in Forschung und Behandlung vorzufindende *gender-bias*, der sich z.B. in einer Unterrepräsentation von Frauen bei Testverfahren zur Zulassung von Arzneimitteln ausdrückt, durch die Tätigkeit der Patientenbeauftragten transparent gemacht und auf eine Änderung hin gedrängt werden. Die Funktion der Patientenbeauftragten ist mithin die einer *Ombudsfrau*, welche als Ansprechpartnerin der Patienten und Patientenorganisationen und als deren Interessenvertreterin innerhalb des politischen Systems tätig sein soll. Hierzu werden alle Bundesministerien verpflichtet, bei Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen Vorhaben, die Fragen, Rechte und den Schutz von Patient betreffen, die Bundesbeauftragte zu beteiligen. Alle Behörden und öffentlichen Stellen des Bundes sind zur Unterstützung dieses Amtes angehalten (§ 140h Abs. 3). Diese gesetzlichen Bestimmungen werden erst in Zukunft zeigen, ob sie die Position der Patientenbeauftragten im Rahmen von Gesetzgebungsprozessen und sonstigen Handlungen innerhalb des politisch-administrativen Systems zu stärken vermögen. Der letzte Absatz des entsprechenden Paragraphen (§ 140h Abs. 3) war zudem nicht im ursprünglichen Gesetzentwurf von SPD/Bündnis90/Die Grünen und der CDU/CSU-Fraktion des Bundestages enthalten und wurde erst im (zweiten) parlamentarischen Verfahren eingefügt. Die Patientenbeauftragte hat darüber hinaus noch die Möglichkeit, zur Beauftragung des IQWiG im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses Anträge zu stellen (§ 139b Abs. 1). Zudem verpflichtet das Gesetz das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin darauf, sowohl den Organisationen der Patienten, einschließlich den Selbsthilfegruppen, als auch der Bundesbeauftragten bei der Durchführung seiner Aufgaben Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben (§ 139a Abs. 5).

Schließlich wird die Förderung der *Prävention*, die ebenfalls in § 20 SGB V geregelt ist, der Dimension Patientenautonomie zugeordnet. Für jeden Versicherten sollten im Jahr 2002 hier 2,60 € von den Krankenkassen bereitgestellt werden; erreicht wurde jedoch lediglich ein Ausgabevolumen von 1,19 € pro Versichertem. Offensichtlich ist es den Krankenkassen nicht gelungen, ihre Versicherten zu einer höheren Inanspruchnahme dieser Maßnahmen zu bewegen. Dies begründet sich

durch unklare Regelungen über Verpflichtungen zur Zusammenarbeit zahlreicher Akteure des Gesundheitswesens (Wanek/Heinrich/Chavet 2002).

Patientenbeteiligung

Während in der ersten Legislaturperiode von Rot-Grün lediglich die Beteiligung von Vertreterorganisationen der Patienten im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (§ 137b SGB V [GKV-GRG 2000]) ermöglicht wurde, wenn die vor allem aus Leistungsanbieterorganisationen bzw. -verbänden bestehende Arbeitsgemeinschaft dies möchte (»Kann«-Formulierung), ist es der zentrale Fokus der neuesten Gesundheitsreform, die (kollektive) Patientenbeteiligung an Entscheidungsprozessen in zahlreichen Gremien und auf unterschiedlichen Ebenen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu etablieren. Vier zentrale Bereiche sind hier zu nennen:

- der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA),
- das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG),
- andere Bereiche des Gesundheitswesens, welche von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (SpiKK) reguliert werden und
- die Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz.

a) Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist die zentrale Institution der Selbststeuerung des deutschen Gesundheitswesens (§§ 91/92). Seit 1989 ist die Bedeutung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung formuliert, stetig gewachsen. Durch die Gesundheitsreform 2000 wurden zwei weitere Gremien eingerichtet und die Kompetenzen des G-BA erheblich ausgedehnt (Urban 2001). Im August 2001 konstituierte sich der Ausschuss der Krankenhäuser und Krankenkassen zur Regulierung des stationären Sektors. Einen Monat später, im September 2001, nahm der Koordinierungsausschuss zur Förderung der sektorübergreifenden Versorgung seine Arbeit auf. Die Bedeutung der beiden neuen Gremien ist wegen der noch kurzen Existenzdauer bislang weit weniger wirksam als der im Jahr 1989 durch das GKV-Reformgesetz (GKV-RG 1989) in seiner regulativen Bedeutung aufgewertete (Bundes-)Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen (ebd.: 52ff). Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden diese Gremien unter dem Begriff des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zusammengefasst und neu strukturiert. Dem G-BA wurde zudem das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin (IQWiG)

angegliedert, das im Auftrag des G-BA wissenschaftliche Gutachten zu verschiedenen Themen übernimmt (§§ 139a-c). Die Grundstruktur des G-BA besteht aus einem Entscheidungsgremium (Plenum) mit 21 Mitgliedern: drei unparteiischen und je neun Mitgliedern auf Seiten der Kostenträger und Leistungserbringer. Die Leistungserbringer setzen sich aus vier Repräsentanten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einem Repräsentanten der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und weiteren vier Repräsentanten der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammen. Zur Regelung der jeweiligen sektoralen Probleme tritt der G-BA in unterschiedlicher Zusammensetzung zusammen (Ärztliche Angelegenheiten, Vertragsärztliche Versorgung, Krankenhausbehandlung, Vertragszahnärztliche Versorgung, Vertragspsychotherapie). Die Zusammensetzung der Mitglieder auf der »Bank der Leistungserbringer« variiert je nach Beschluss thema. Diese entscheidungsfähigen Mitglieder werden schließlich noch von neun Mitgliedern der Patientenvertretung komplettiert, die jedoch über kein Mitbestimmungs-, sondern nur über ein Mitberatungsrecht verfügen (§ 140f Abs. 2). Die neun Mitglieder der Patientenseite des Plenum setzen sich zu zwei Drittel aus Vertretern von betroffenen Patienten zusammen, die unter dem Dach des Deutschen Behindertenrats zusammengefasst werden. Drei Patientenvertreter im G-BA (Plenum) werden von Organisationen benannt, die indirekte Interessenvertretungen von Patienten darstellen. Mit der Patientenbeteiligungsverordnung (PatBetVO) hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) folgende Organisationen als Vertreter der Interessen von Patienten als auch von Selbsthilfegruppen anerkannt:

- den Deutsche Behindertenrat,
- die Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientenstellen,
- die deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und
- die Verbraucherzentralen Bundesverband e.V.

Neben den sektoralen Entscheidungsgremien (Plenum und Sektorausschüsse) existieren derzeit 24 Unterausschüsse, die Entscheidungen des G-BA vorbereiten und auch sachverständige Experten zur Beratung heranziehen können. Die Unterausschüsse sind paritätisch mit je fünf Vertretern der Kostenträger und Leistungserbringer besetzt, wobei die Seite der Leistungserbringer sich entsprechend dem zugeordneten Entscheidungsgremium zusammensetzt (§ 21 Abs. 3 Geschäftsordnung). Die am 13.01.2004 verabschiedete Geschäftsordnung des G-BA bestimmt genauer die Mitberatung der »sachkundigen Personen«, die von den Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Patienten und Selbsthilfegruppen chronisch Kranker einvernehmlich bestimmt wurden. In die Unterausschüsse dürfen höchstens fünf sachkundige

Personen entsandt werden. Sie entspricht damit auch hier maximal der Zahl der Vertreter der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen benannten Mitglieder (§ 140f Abs. 2). Laut Geschäftsordnung (§ 25) haben die Vertreter von Patienteninteressen und Selbsthilfegruppen kein Mitberatungsrecht im Finanzausschuss. Den sachkundigen Personen werden nach § 140f Abs. 5 des SGB V die Reisekosten aus dem Finanzhaushalt des zuständigen Gremiums, hier des G-BA, vergütet. Eine darüber hinausgehende Aufwandsentschädigung für Vertreter der Patienten und Selbsthilfegruppen wurde im Verlauf des Gesetzgebungsprozesses wieder zurückgenommen.⁴

Die Aufgaben des G-BA bestehen darin, mittels rechtsverbindlichen Richtlinien die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Diese Richtlinien zielen auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Diagnose- und Therapieverfahren. Zudem konkretisiert der G-BA den Leistungskatalog der GKV, indem er Leistungen oder Maßnahmen von der Finanzierung durch die GKV einschränken kann oder ausschließen muss, »wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind.« (§ 92 Abs. 1) Die Richtlinien des G-BA sind Bestandteil der Bundesmantelverträge, die zwischen den Leistungserbringern und Kostenträgern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingegangen werden (§ 92 Abs. 8). Die Richtlinien sind daher für die Vertragspartner der Bundesmantelverträge und dadurch für Vertragsärzte und Versicherte rechtlich bindend (Niebuhr et al. 2004).

b) Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin

Der G-BA arbeitet darüber hinaus auch noch mit dem Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin (IQWiG) eng zusammen, in dem sowohl die Interessenvertretungsorganisationen der Patienten und Selbsthilfegruppen als auch die/der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten über ein Antragsrecht verfügen, das sie beim G-BA geltend machen müssen (§ 139b Abs. 1). Darüber hinaus muss diesen beiden Einrichtungen zur Wahrnehmung und Kontrolle der Umsetzung von individuellen und kollektiven Patientenrechten im Rahmen der Aufgabenerfüllung des IQWiG die Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden (§ 139a Abs. 5). Dessen Aufgaben bestehen in den folgenden Tätigkeiten (§ 139a Abs. 3):

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,

- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts-, und lebenslagenspezifischer Besonderheiten,
- Bewertungen evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen,
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln und
- Bereitstellung von für alle Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich im Rahmen des § 139c für die so genannte *Stiftungs-Lösung* ausgesprochen, nach der das Institut als eine Stiftung privaten Rechts gegründet worden ist und über die Erhebung eines Zuschlags auf ambulante und stationäre Leistungen finanziert wird. Das Institut hat im Sommer 2004 seine Arbeit aufgenommen. Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt das Institut mit den entsprechenden Tätigkeiten. Die näheren Regelungen zu dem Verhältnis G-BA – IQWiG werden in der Verfahrensordnung des G-BA geregelt. Die Arbeitsergebnisse des IQWiG werden als Empfehlungen bei den Entscheidungen des G-BA beachtet (§ 23 der Geschäftsordnung des G-BA) (vgl. zu den Aufgaben ausführlich: Perleth 2004).

Mit dieser institutionellen Anbindung des IQWiG an den G-BA folgte der Gesetzgeber der korporatistischen Tradition des deutschen Gesundheitswesens. Das zunächst als »staatsnäher« konzipierte *Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin*, welches noch im Gesetzentwurf für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz der rot-grünen Bundesregierung vom Mai 2003 stand, konnte nicht durchgesetzt werden. Erste Einschätzungen über die zu erwartende Wirksamkeit der im GKV-Modernisierungsgesetz festgeschriebenen Regelungen bzgl. des IQWiG fallen skeptisch aus. Vor allem die Aushebelung der ursprünglich gedachten Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten zugunsten einer ausschließlichen Nutzenbewertung und der empfehlende Charakter der Arbeitsergebnisse des Instituts werden kritisiert (Niebuhr/Rothgang/Wasem/Greß 2004: 215). Die Praxis wird zeigen müssen, inwieweit das Institut die gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen vermag.

c) Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpKK) beschließen in verschiedenen Leistungsbereichen der GKV mit unterschiedlichem Verbindlichkeitsgrad und zusammen mit den jeweils betroffenen Leistungserbringern Rahmenverträge (RV) und Rahmenempfehlungen

(RE) oder erarbeiten auch Richtlinien (RL). Bei diesen regulativen Tätigkeiten der SpiKK sind die Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen von Patienten sowie der Selbsthilfe an den Entscheidungen beteiligt. Diese Organisationen haben neben einem Mitberatungsrecht auch den Anspruch auf eine schriftliche Begründung der Ablehnung ihrer Anliegen (§ 140f Abs. 4). In den meisten Bereichen handelt es sich um Rahmenempfehlungen auf der Bundesebene, die eine einheitliche Versorgungssituation in Deutschland begründen sollen, ohne dass die regulative Zuständigkeit an die Bundesebene fallen würde. Bei der Regulierung von Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege müssen die SpiKK und die Leistungserbringer auf Bundesebene bestehende Richtlinien des G-BA beachten.

d) Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz

Laut GKV-Modernisierungsgesetz verpflichtet der Gesetzgeber die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, bis zum 30. Juni 2004 eine Arbeitsgemeinschaft zu bilden (§ 303a Abs. 1). Ihre Aufgabe besteht darin, »Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten.« (§ 303a Abs. 3 Satz 1) Zudem soll die Arbeitsgemeinschaft bis zum 31.12.2006 einen Bericht vorlegen, der Anforderungen für einheitliche und sektorenübergreifende Datendefinitionen für den Datenaustausch in der GKV beinhaltet (§ 303a Abs. 3). Die Datensammlung soll dazu beitragen, die Steuerung des Gesundheitswesens in Bezug auf Qualität, Planung von Kapazitäten (Krankenhaus), Über-, Unter- und Fehlversorgung effektiver zu gestalten (§ 303f). Hierzu soll eine *Vertrauensstelle* (§ 303c) und eine *Datenaufbereitungsstelle* (§ 303d) eingerichtet werden, deren Aufgabenerfüllung die genannten Verbände der Kassen und Vertragsärzte gewährleisten, die jedoch räumlich, organisatorisch und personell von diesen getrennt sein sollen. Für die Aufgaben der Datenübermittlung und -erhebung (§ 303e) sowie der Datenverarbeitung und -nutzung (§ 303f) wird zusätzlich ein *Beirat* bei der Arbeitsgemeinschaft für Datentransparenz eingerichtet. Diesem Beirat gehören neben den Vertretern der Arbeitsgemeinschaft auch Repräsentanten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverbände der Leistungserbringer auf Bundesebene, und der für die GKV zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden sowie der Bundesbeauftragte für den Datenschutz an. Aus Patientensicht werden die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten sowie die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker

und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene im Beirat vertreten sein (§ 303b Satz 1). Durch die Einrichtung der Arbeitsgemeinschaft und insbesondere dem zugeordneten Beirat soll eine Kontrollinstanz etabliert werden, welche auf der Grundlage gemeinsam beschlossener datenschutzrechtlicher Kriterien die Übermittlung versichertenbezogener Daten reguliert (Krüger-Brand 2004). Obwohl mittlerweile durch die gemeinsame Gründung einer Betreiber-gesellschaft für die Einführung der Gesundheitskarte durch die Akteure der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen (Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte gGmbH, kurz: *gematik*) die Vision einer telekommunikationsbasierten Gesundheitsversorgung bundesweit an Kontur gewinnt (Rabbata 2005), harrt die Gründung der möglichen Kontrollinstanz *AG Datentransparenz* ihrer Realisierung.

2.2 Konsumentensouveränität und Privatisierung: die ökonomische Achse

Ermöglichung rationaler Wahlhandlungen:

Leistungs- und Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen

»Rationale Wahlhandlungen« von Versicherten/Patienten sind gesundheitspolitisch durch Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten und die Erhöhung der Transparenz über Leistungs- und Qualitätsmerkmale sowie der Qualitätssicherung von Gesundheitsdienstleistungen gefördert worden. Im GKV-Reformgesetz 2000 wurden bereits einige Bonussysteme für Versicherte/Patienten eingeführt, wenn diese sich für die Teilnahme an einem Hausarztmodell (§ 65a SGB V [GKV-RG 2000]) oder einem Modell für integrierte Versorgung (§ 140g SGB V [GKV-GRG 2000]) entscheiden. Das Instrument der Anreizsysteme ist im GKV-Modernisierungsgesetz 2003 auf strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme), die Teilnahme an primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen und die betriebliche Gesundheitsförderung erweitert worden (§ 65a).

In dem jüngsten Gesundheitsreformgesetz (GMG 2003) ist strategisch besonders auf die Verbesserung der Transparenz von Leistungs- und Qualitätsdaten der Gesundheitsversorgung gesetzt worden. Zum einen soll mit der Errichtung einer Telekommunikationsstruktur im deutschen Gesundheitswesen die Möglichkeit der Datentransparenz auf eine völlig neue Grundlage gestellt werden (elektronische Gesundheitskarte, Patientenakte und Patientenquittung). Zum anderen sind Leistungserbringer darauf verpflichtet worden, Transparenz über ihre Leistungsqualität und Leistungskosten herzustellen und auch ihre Leistungsqualität zu sichern.

»Auf Verlangen«, so die allgemeine Begründung des GKV-Modernisierungsgesetzes, »erhalten Versicherte vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form.« Doch auch gegenüber den Krankenkassen haben Versicherte Anspruch »auf Informationen über die Höhe der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Krankenkasse andererseits.« (Deutscher Bundestag 2003: 72f) Während also das Recht auf gute Qualität der Versorgung ein zentrales Merkmal von *Patientenautonomie* ist – gewissermaßen einen »Wert an sich« darstellt –, bleibt der Anspruch der Nutzung von Leistungs- und Kostentransparenz im Sinne eines rationalen Patienten an die Idee der *Konsumentensouveränität* gebunden. In diesen Überschneidungen von beiden Dimensionen des Patienten-Empowerment, die sich in der schwierigen Abgrenzung der zugeordneten Maßnahmen ausdrückt, drückt sich die Nähe und Ambivalenz von Patientenautonomie und Konsumentensouveränität aus.

Privatisierung: Kostendämpfung und Standortpolitik durch Kostenexternalisierung

In der jüngsten Reform wurden zahlreiche Maßnahmen eingeführt, welche die Kostenentwicklung durch *Kostenexternalisierung* zu begrenzen suchen, indem die Zuzahlungen erhöht, versicherungsfremde Leistungen umfinanziert und einige Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen wurden. Begründet mit einem unterdurchschnittlichen Anteil von Zuzahlungen an den Ausgaben der öffentlichen Krankenversicherung im europäischen Vergleich vor der GKV-Reform wurde ein neues Zuzahlungssystem eingeführt (Schneider/Hofmann/Köse 2003: 20ff; Orłowski/Wasem 2003: 60ff). In § 61 SGB V wird festgelegt, dass Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und -gütern im Grundsatz »zehn vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch fünf Euro und höchstens zehn Euro« betragen. Hierzu gehören praktisch alle Leistungsbereiche, wobei auch der popularisierte Begriff der »Praxisgebühr« formal als Zuzahlung gefasst wird. Zusammen mit dem neuen Zuzahlungssystem wurde auch die Härtefallregelung neu gefasst. Wie bisher liegt die Belastungsgrenze bei 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen bzw. 1 % bei chronisch Erkrankten. Eine vollständige Befreiung ist mit dem GKV-Modernisierungsgesetz nicht mehr möglich. Die Neuregelung des Zuzahlungssystems hat zu einem Rückgang der Arztbesuche insbesondere einkommensschwacher Gruppen geführt (Sachverständigenrat 2005: 632f., Fn. 195). Zudem sind Obdachlose in besonderer Weise von der Praxisgebühr und den

Zuzahlungen betroffen, weil sie über kein Einkommen verfügen und ihre persönliche Situation zumeist keine »Sammlung« von Quittungen zulässt (BAGW 2004a, b).⁵ Ebenso waren Sozialhilfe beziehende Heimbewohner nicht in der Lage, den entsprechenden Anteil der jährlichen Bruttoeinnahmen im Voraus zu bezahlen. Mittlerweile wurde ein Gesetz verabschiedet, welches die Träger der entsprechenden Transferleistungen dazu verpflichtet, die Zuzahlungsbeiträge der betroffenen Personen/ Sozialhilfebezieher mit einem zinslosen Darlehen zu verrechnen, das im Laufe des Kalenderjahres von diesen zurückgezahlt wird (Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch; vgl. BGBl. I Nr. 66: 3305). Insgesamt bewirkt das neue Zuzahlungssystem, dass die Belastung der Einkommen mit Zuzahlungen mit wachsendem Alter und sinkendem Altersruhegeld steigt (Pfaff et al. 2004). Welche Auswirkungen das neue Zuzahlungssystem und insbesondere die Praxisgebühr auf die gesundheitliche Versorgung sozial und ökonomisch marginalisierter Gruppen haben, ist bislang unerforscht. Zu Recht fordert der Sachverständigenrat dazu auf, diese Wissenslücke zu schließen (Sachverständigenrat 2005: 730).

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden zudem einzelne Leistungen ausgrenzt. Hierzu zählen nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel und Lifestyle-Präparate, die grundsätzlich nicht mehr von der GKV erstattet werden, auch wenn der G-BA mittels einer Richtlinie genauer bestimmt hat, dass nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zum Therapiestandard gehören, ebenso weiter von der GKV finanziert werden wie Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen (BMGS 2004: 113). Ebenfalls grundsätzlich nicht mehr erstattet werden Fahrkosten und die Sterilisation bei der persönlichen Lebensplanung, außer es gibt zwingende medizinische Gründe dafür (ebd.: 114f). Weiterhin werden die Leistungen der GKV bei künstlicher Befruchtung eingeschränkt und zu Sehhilfen/Brillen kein Zuschuss mehr gewährt – mit Ausnahme bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr und schwer sehbeeinträchtigten Menschen. Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes bleiben zwar als GKV-Leistungen vorhanden, werden jedoch als sog. versicherungsfremde Leistungen zukünftig über einen staatlichen Finanzierungszuschuss umfinanziert. Schließlich wurden durch das GKV-Modernisierungsgesetz einige ökonomische Steuerungsinstrumente eingeführt, die bislang vor allem in der privaten Krankenversicherung angewandt wurden: Selbstbehalte, Beitragsrückzahlung und Kostenerstattung.⁶ Im Gegensatz zu Boni-Systemen, die wegen

des größeren Steuereffekts eher dem Pol der Konsumentensouveränität zuzuweisen sind, können Selbstbehalte (inkl. niedrigerem Beitragssatz) und Beitragsrückzahlung negative Effekte auf die finanzielle Ausstattung einer öffentlichen Krankenversicherung haben. Im deutschen Kontext zielen sie auf die Kategorie des *freiwillig Versicherten*, der durch solche Anreize in der GKV gehalten werden soll. In jedem Fall liegt das initiale monetäre Erkrankungsrisiko hier beim Versicherten (= Privatisierung). Da eine Rückkehr von PKV-Versicherten in den Status des freiwillig Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse nicht ohne weiteres möglich ist und Berufsanfänger nur in seltenen Fällen sofort über der Versichertenpflichtgrenze verdienen, zielt die gesetzliche Regelung eines niedrigeren Beitragssatzes darauf, ein *Abwandern* von gut verdienenden Arbeitnehmern zur PKV zu verhindern. Aus diesem Grund ist ein Abfluss von finanziellen Mitteln aus der GKV wahrscheinlich (*ceteris paribus*), wenn es zu einer größeren Inanspruchnahme dieses Instrumentes kommen sollte.

3. Schlussfolgerungen

Die Antwort auf die Ausgangsfrage, inwieweit die rot-grüne Gesundheitspolitik eine Stärkung der Patientenorientierung bewirkt hat, ist von ambivalentem Charakter. Einerseits hat Rot-Grün kollektiven und individuellen Patientenrechten (Patientenautonomie und Patientenbeteiligung) eine große Bedeutung zugemessen – wie die beiden Koalitionsverträge belegen (SPD/Bündnis90/Die Grünen 1998, 2002). Zudem ist die Rolle von Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen im deutschen Gesundheitswesen während der rot-grünen Regierungszeit ebenso gestärkt worden wie die Rechte des einzelnen Patienten. Es lässt sich somit der Schluss ziehen, dass die rot-grüne Regierungskoalition die Frage der demokratischen Teilhabe und stärkeren Patientenautonomie in das politische System gebracht hat. Sie hat insofern eine wichtige Initiativfunktion wahrgenommen. Andererseits sind durch das GKV-Modernisierungsgesetz auch zahlreiche Privatisierungsmaßnahmen gemeinsam von Regierungskoalition und CDU/CSU eingeführt worden (Praxisgebühr, Zuzahlungen, Leistungsausgrenzungen). Prägnant für die Verquickung von standortpolitisch begründeten Maßnahmen zur Effizienzsteigerung bzw. Privatisierung von Finanzierungslasten und einer besseren Repräsentation und Stellung von Patienten und Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen ist die folgende Formulierung aus der allgemeinen Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz: »In der GKV werden mit diesem Gesetz die Versicherten künftig stärker in die

Entscheidungsprozesse eingebunden. Sie müssen von Betroffenen zu Beteiligten werden. Nur dann ist ihnen mehr Eigenverantwortung zuzumuten.« (Deutscher Bundestag 2003: 72) Wegen der Machtverhältnisse im politischen System (Veto-Macht der konservativ-liberalen Opposition im Bundesrat) sowie der strategischen Zielsetzungen der Bundesregierung (Strukturreform mit Opposition notwendig) wurde daher ein gemeinsames Reformgesetz beschlossen. Der Konsens wurde dadurch möglich, dass zum einen zentrale Konfliktpunkte zwischen Regierung und Opposition mit dem Ziel einer gemeinsamen Reform zur Stärkung von Patienten in das Gesundheitswesen aus dem Verhandlungsprozess ausgeklammert (Positivliste, Finanzierungsreform) oder deren Entscheidung vertagt wurden (Zahnersatz). Zum anderen existierten mit der standortpolitisch als notwendig erachteten Senkung der GKV-Beitragsätze übergeordnete gemeinsam geteilte Politikziele zwischen beiden Gruppen (Mosebach 2005).

Gemessen an den hohen Idealen der Weltgesundheitsorganisation (1998) ist die Bilanz der auf Patienten-Empowerment ausgerichteten Gesundheitspolitik von Rot-Grün ebenfalls widersprüchlich. Während auf der einen Seite die kollektive Beteiligung von Patientenvertretern und Selbsthilfegruppen als demokratischer Fortschritt, der noch ausgebaut werden kann, mit den Normen der WHO konform geht, widersprechen die zahlreichen Privatisierungsmaßnahmen denselben. Um den Charakter der durchgesetzten Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen erfassen zu können, kommt es zudem darauf an, ob die »Patientensouveränität« (GKV-Modernisierungsgesetz) eher als Patientenautonomie (voice) oder als Konsumentensouveränität (choice) aufgefasst werden muss. Während Patientenautonomie beinhaltet, die Ressourcen und Kompetenzen gerade auch derjenigen zu verbessern, die von sozial bedingter Ungleichheit betroffen sind, zielt das Konzept der Konsumentensouveränität auf den rationalen Patienten/Versicherten, den es in vollkommener Form nicht geben kann. Da aber die umgesetzten Maßnahmen im Bereich der Konsumentensouveränität vor allem auf Angebote für Bonusprogramme und bessere Informationen über Qualitäts- und Leistungsdaten (Transparenz) konzentriert und (bislang) weniger auf selektierende Wahltarife und Wahlleistungen bezogen sind, ist die Konkretisierung von Patientenautonomie und Konsumentensouveränität im deutschen Gesundheitswesen eher ergänzender statt gegensätzlicher Natur. Die grundsätzliche Spannung von demokratischer Teilhabe und ökonomischer Effizienz – insbesondere unter dem weiterhin bestehenden Druck auf die Einnahmenseite der GKV – bleibt jedoch bestehen. In Umkehrung des gesundheitspolitischen Bonmonts aus der

Begründung des GKV-Modernisierungsgesetz stellt sich daher zukünftig die Frage: Ist den Patienten wirklich mehr Privatisierung im Tausch gegen eine verbesserte Beteiligung in den Gremien des deutschen Gesundheitswesens zuzumuten? Oder anders formuliert: Inwieweit können die Ökonomisierung der Versorgung und die Dominanz gesundheitsferner Rahmenziele (Standortwettbewerb) eine Politik des umfassenden Patienten-Empowerment konterkarieren?

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Pol. Kai Mosebach
Medizinische Hochschule Hannover
Abt. f. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung (OE 5410)
30625 Hannover
k.mosebach@gmx.de

Anmerkungen

- 1 Diesem Beitrag liegt eine längere Studie zugrunde, die durch die zusätzliche Wissenschaftsförderung der Volkswagen-Stiftung an der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover ermöglicht wurde. Die Langfassung der Studie, die zusätzlich einen theoretisch-methodischen Teil sowie einige weitere Ergebnisse der systematischen Inhaltsanalyse von politischen Dokumenten (Wahlprogramme und Koalitionsverträge) und tabellarische Detaildarstellungen der Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen beinhaltet, wird als Arbeitspapier des Instituts für Medizinsoziologie an der Johann Wolfgang von Goethe-Universität Frankfurt am Main erscheinen.
- 2 Hier und im Folgenden beziehen sich die Angabe der Paragraphen stets auf die aktuelle Fassung des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Abweichende Bezugnahme wird durch weitere Angaben kenntlich gemacht.
- 3 Siehe <http://www.g-k-v.com/index.php?idcat=51> (01.12.2004).
- 4 Laut Aussage von Patientenvertretern auf dem Symposium »Struktur, Legitimierung und Partizipation von Organisationen zur Vertretung von Patienteninteressen« vom 16.-19.02.2004 an der Technischen Universität Berlin.
- 5 Als erste Krankenkasse hat die AOK-Niedersachsen auf die Erhebung von Praxisgebühr und Arzneimittelzuzahlungen für obdachlose Sozialhilfebezieher verzichtet. Eine bundesweite gesetzliche Regelung dieser Problematik wurde bislang von der Bundesgesundheitsministerin abgelehnt (vgl. KV-Berlin 2005).
- 6 Diese Instrumente werden nicht nur in der PKV, sondern wurden zum Teil bereits in der GKV angewandt bevor sie von der rot-grünen Regierungskoalition in der ersten Regierungsperiode zurückgenommen wurden (siehe Orłowski/Wasem 2003). Das Element der Kostenerstattung wurde zudem wegen europarechtlichen Anforderungen aufgewertet (Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland). Insofern scheint der europäische Integrationsprozess hoch problematische Effekte auf die Norm eines gleichberechtigten Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen zu haben (Mosebach 2003).

Literatur

- BAGW – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2004a): <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (11.03.05)
- BAGW – Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (2004b): <http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de/index2.html> (11.03.05)
- Bandelow, N.C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen. Opladen: Leske + Budrich
- BMGS – Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung. Damit Deutschland gesund bleibt. Berlin: BMGS
- Böcken, J.; Butzlaff, M.; Esche, A. (2001): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. 3. Auflage. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar: zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
- Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Bundestagsdrucksache 15/1525 v. 16.06.2003. Berlin: Deutscher Bundestag
- Gerlinger, T. (2003): Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003. Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft 33, 3: 365-388
- Krüger-Brand, H.E. (2004): Risiken für die Versicherten. Künftig erhalten die Krankenkassen personenbezogene Abrechnungs- und Diagnosedaten aus dem ambulanten Sektor. Deutsches Ärzteblatt 101, 13: A 828-A 829
- KV-Berlin – Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2005): Für Obdachlose – von unten kommt Bewegung in Sachen Praxisgebühr, in: KV-Blatt, 1. URL: http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/publikation/archiv/kvblatt05_01/kvb0501q.html (12.03.05)
- Mosebach, K. (2003): Mit Blaulicht durch Europa. Die »negative Integration« des Gesundheitssystems in den europäischen Binnenmarkt. Forum Wissenschaft 20, 3: 30-34
- Mosebach, K. (2005): Transforming the Welfare State. Continuity and Change in Social Policy since 1998. In: Beck/Klobes/Scherrer: Surviving Globalization? Perspectives for the German Economic Model, 133-156
- Mosebach, K.; Schwartz, F.W.; Walter, U. (2004): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann; T. Klotz; J. Haisch (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 341-353
- Niebuhr, D.; Rothgang, H.; Wasem, J.; Greß, S. (2004): Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bd. 2. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung
- Orlowski, U.; Wasem, J. (2003): Gesundheitsreform 2004. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Heidelberg: Economica
- Perleth, M. (2004): Denkfabrik für Profis und Patienten. Gesundheit und Gesellschaft 7, 1: 30-35
- Pfaff, A.B.; Langer, B.; Mamberer, F. et al. (2003): Zuzahlungen nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Berücksichtigung von Härtefallregelungen. Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe Beitrag 253

- Rabbata, S. (2005): Elektronische Gesundheitskarte: Kein Start auf Knopfdruck. Deutsches Ärzteblatt 102, 3: A-96
- Rakowitz, N. (2004): Blick zurück nach vorn. Zur Geschichte der kritischen Medizin aus heutiger Sicht. In: G. Elsner/T. Gerlinger/K. Stegmüller (Hg.): Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus. Hamburg: VSA, 56-66
- Sachverständigenrat – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos
- Sachverständigenrat – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Gutachten 2005: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, URL: <http://www.svr-gesundheit.de> (31.05.05)
- Schmacke, N. (1996): Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Schneider, M.; Hofmann, U.; Köse, A. (2004): Zuzahlungen im internationalen Vergleich. Kurzexpose 2003: Strukturdaten 1980-2000 für 20 Länder. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Augsburg: BA-SYS
- Schwartz, F.W.; Mosebach, K. (2003): Gesundheitsreform 2003: Gesundheitspolitik zwischen Strukturreformen und Partikularinteressen. Public Health Forum 11, 3: 2-3
- Seidel, G.; Kurtz, V.; Dierks, M.-L. (2005): Stärkung der Patientensouveränität durch unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung. Erfahrungen aus der Umsetzung des § 65b SGB V. Psychomed 17, 1: 7-13
- SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands/Bündnis 90/Die Grünen (1998): Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschland und Bündnis 90/Die Grünen am 20. Oktober 1998 in Bonn
- SPD – Sozialdemokratische Partei Deutschlands/Bündnis 90/Die Grünen (2002): Koalitionsvertrag 2002-2006: Erneuerung – Gerechtigkeit – Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie vom 16. Oktober 2002 in Berlin
- Urban, H.-J. (2001): »Den im Dunkeln sieht man nicht...«. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen. Jahrbuch für Kritische Medizin 35: Leitlinien, 45-71
- Wanek, V.; Heinrich, S.; Chavet, A. (2002): Gesundheitspolitik zur Verringerung der »sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen«. Ansatzpunkte und Notwendigkeiten im Feld der Prävention. In: Deppe/Burkhardt: Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin, 159-170
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (1998): Health Promotion Glossary, Geneva: WHO