

**Kai Mosebach**  
**Patienten auf dem Weg zur Macht?**  
Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik

Diskussionspapier 2006 - 1

Institut für Medizinische Soziologie  
Fachbereich Humanmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
Frankfurt am Main  
April 2006

Institut für Medizinische Soziologie

Direktor: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Zentrum für Gesundheitswissenschaften

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt am Main

Telefon: (0 69) 63 01 – 76 10

Fax: (0 69) 63 01 – 66 21

Website: <http://www.kgu.de/zgw/medsoz>

ISSN 1861-5732

## **Zusammenfassung**

Die erstmalige Übertragung der Regierungsverantwortung im Jahr 1998 an eine Koalition aus SPD und Bündnis90/Die Grünen auf der Bundesebene hat Erwartungen geweckt, dass sich die gesundheitspolitische Ausrichtung stärker an den Interessen von Patientinnen und Patienten orientieren würde als bisher üblich. Die Dominanz der Opposition im Bundesrat jedoch erforderte eine große Reformkoalition, um strukturelle Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen durchsetzen zu können. Die Analyse politischer Dokumente und der wichtigsten Gesetzesvorhaben seit dem Beginn der rot-grünen Regierungskoalition zeigt, dass einerseits die individuellen und kollektiven Beteiligungsrechte von Patienten und Patientinnen sowie Patientenverbände gestärkt wurden, andererseits aber auch die finanziellen Belastungen von Erkrankten durch erhöhte Zuzahlungen und vermehrte Leistungsausgrenzungen gestiegen sind. Gemessen an den hohen Standards der Weltgesundheitsorganisation sind daher die Ergebnisse der rot-grünen Regierungszeit als ambivalent zu bewerten.

## **Abstract**

In 1998 the first federal government coalition consisting of Social Democrats and Greens triggered hopes and expectations that the less responsive character of the German health care system towards patient's interests and needs would be altered. However, due to the blocking majority of the opposition Christ Democrats and Liberals in the Upper House of Parliament (*Bundesrat*) the red-green government had to negotiate consensually with the opposition parties in order to start an encompassing health care reform act. In analysing both party documents and the main health care reform acts this study scrutinizes the policy process of patient empowerment under red-green governmental authority. It finds that the health policy outcome regarding patient empowerment has shown some mixed results. Indeed, the individual as well as collective rights of patients and patient's organisation have been remarkably strengthened. However, the recently introduced privatisation measures, i.e. rising levels of co-payments and the reduced coverage of the benefit's package, counteract those very welcomed new aspects of the German health care system. Balanced against the World Health Organisation's standards of patient empowerment the results of the red-green period in office seem to be somewhat inconsistent.

## **Danksagung**

Diese Studie wurde durch die zusätzliche Wissenschaftsförderung der Volkswagen-Stiftung an der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover ermöglicht. Ich möchte mich daher bei Prof. Dr. Friedrich W. Schwartz (Medizinische Hochschule Hannover) bedanken, der mir während meiner Zeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter (2002-2005) in seiner Abteilung große Forschungsfreiheit gewährt und die Erstellung dieser Studie ermöglicht hat. Zudem haben zahlreiche Personen durch ihre Kommentierung früherer Entwürfe zum besseren Gelingen dieser Studie beigetragen. Mein Dank gilt diesbezüglich vor allem PD Dr. Marie-Luise Dierks (Medizinische Hochschule Hannover) für die kritische Durchsicht des ersten Entwurfs dieses Beitrages. Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger und Dr. Wolfram Burkhardt (J-W-Goethe-Universität Frankfurt a.M.) haben ebenfalls durch ihre klugen Kommentare die Qualität der Argumentation verbessert. Darüber hinaus möchte ich noch den Teilnehmern eines Workshops im Rahmen der Jahreskonferenz der European Health Management Association (EHMA) mit dem Thema „Citizen Empowerment: Opportunities and Threats for Health Management“ am 25. Juni 2004 in Potsdam danken, auf dem ich erste Ergebnisse vorstellen konnte. Verbleibende Fehler und Mängel liegen jedoch – wie üblich – in der Verantwortung des Autors.

## **Zum Autor**

Kai Mosebach ist Doktorand an der Universität/Gesamthochschule Kassel. Kommentare, Fragen und Anregungen zum Diskussionspapier bitte per e-mail an: [k.mosebach@gmx.de](mailto:k.mosebach@gmx.de)

## Inhalt

1. Einleitung	7
2. Patienten-Empowerment und rot-grüne Gesundheitspolitik: theoretischer Analyserahmen und Forschungsmethodik	7
2.1. Methode: Politik-Zyklus-Modell und komparative Inhaltsanalyse	7
2.2. Patientenautonomie, Beteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung: Kategorien, Variablen und Subvariablen zur Bestimmung von Patienten-Orientierung	11
2.2.1. Patientenautonomie	13
2.2.2. Patientenbeteiligung	15
2.2.3. Konsumentensouveränität	15
2.2.4. Privatisierung	18
3. Patienten-Empowerment in Deutschland: Wahlprogramme und Koalitionsverträge	19
3.1. Wahlprogramme der Parteien in 1998 und 2002	19
3.2. Die Koalitionsverträge der beiden rot-grünen Regierungskoalitionen (1998 und 2002)	20
4. Patienten-Empowerment durch Gesundheitspolitik: Ergebnisse der rot-grünen Regierungszeit	21
4.1. Patientenbeteiligung und Patientenautonomie: die demokratische Achse	22
4.1.1. Patientenautonomie	23
4.1.2. Patientenbeteiligung	26
4.2. Konsumentensouveränität und Privatisierung: die ökonomische Achse	35
4.2.1. Ermöglichung rationaler Wahlhandlungen: Leistungs- und Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen	36
4.2.2. Privatisierung: Kostendämpfung und Standortpolitik durch Kostenexternalisierung	37
5. Schlussfolgerungen	39
Literatur	42



## 1. Einleitung

In zahlreichen Industriegesellschaften entstand in den siebziger und achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts im Kontext neuer soziale Bewegungen eine dezidierte Gesundheitsbewegung, welche die technologiefixierte Kurativmedizin im deutschen Gesundheitswesen kritisierte und die Entscheidungsautonomie des "ärztlichen Halbgotts in Weiß" in Frage stellte (vgl. 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 (vgl. 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 (vgl. 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 (vgl. Kranich 2002: 57).<sup>1</sup> 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 und rot-grüne Gesundheitspolitik: theoretischer Analyserahmen und Forschungsmethodik

### 2.1 Methode: Politik-Zyklus-Modell und komparative Inhaltsanalyse

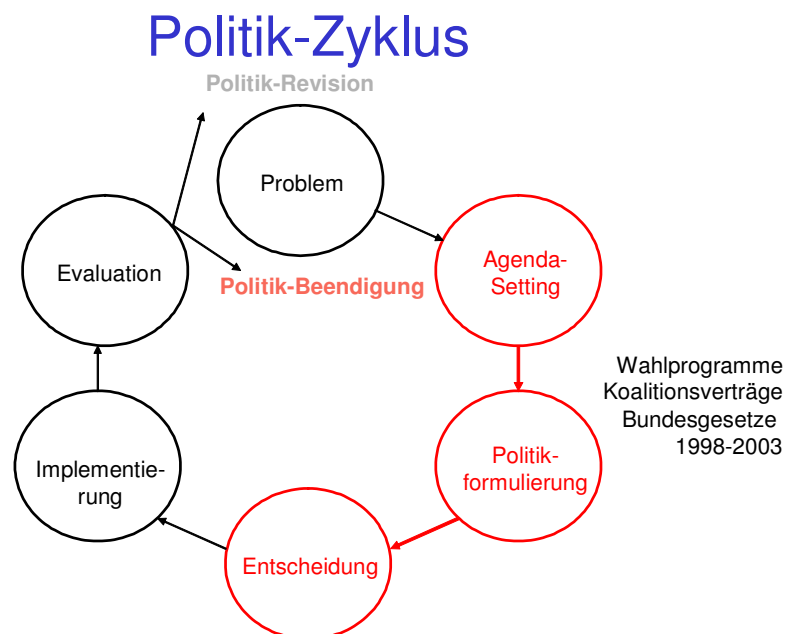
Die Frage, ob die rot-grüne Regierungspolitik eine auf *Empowerment* des Patienten ausgerichtete Neuorientierung im deutschen Gesundheitswesen durchsetzen konnte, wird unter Nutzung des politikwissenschaftlichen Politik-Zyklus-Modells und einer systematischen Inhaltsanalyse untersucht. Zur analytischen Darstellung von politischen Entschei-

---

1 Wenn im Folgenden statt von Patientinnen und Patienten bzw. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter summarisch von „Patienten“ bzw. „Patientenvertretern“ gesprochen wird, geschieht dies aus Gründen der besseren Lesbarkeit und – dies wird meist bei solchen Bemerkungen gern unterschlagen – auch wegen des einfacheren Schreibens. Der Leserin (und dem Leser) sei jedoch versichert, dass – wenn nicht anders ausgeführt – stets Patienten *und* Patientinnen bzw. Patientenvertreter *und* Patientenvertreterinnen gemeint sind. Dasselbe gilt natürlich auch für die Bezeichnung weiterer Personengruppen (z.B. Versicherte, Wähler).

dungsprozessen eignet sich das Modell des Politik-Zyklus. Dieses Modell geht einerseits auf das systemtheoretische Politikmodell von David Easton zurück, nach dem der politische Input in Form von Werten und Zielen aus Bereichen der Gesellschaft durch das politische System in ein spezifisches Politikergebnis (Gesetz, Programm) transformiert wird (vgl. Nullmeier 2003: 293ff; Jann/Wegrich 2003). Andererseits fokussiert das Politik-Zyklus-Modell auf die im Easton'schen System offen gelassene „Black-Box“ des politischen Systems. Das Modell lässt sich demnach auch auf entscheidungstheoretische Modelle des Politikprozesses zurückführen (vgl. Parsons 1995: 77ff). Der Politikzyklus lässt sich in sechs Phasen einteilen (siehe Abbildung 1).<sup>2</sup>

Abbildung 1: Politik-Zyklus und analysierte gesundheitspolitische Dokumente von 1998-2003



Eigene Darstellung

Ausgangspunkt dieses Modells ist die Identifikation eines gesellschaftlichen Problems durch Akteure, Organisationen oder Gruppen, das zu seiner Lösung politisch verbindlich

2 In der (post-)modernen Politikwissenschaft wird das Politik-Zyklus-Modell aus verschiedenen Gründen kritisiert. Erstens wird auf die rationalistische Stufenfolge des Politikprozesses hingewiesen, welche die Realität politischer Prozesse nur unzureichend abbilde. Zweitens suggeriere es einen „top-down“-Prozess, der vor allem gesellschaftliche Akteure außen vor lasse. Drittens schließlich unterstellte es einen gewissen politischen Voluntarismus und (staatlich-)politische Autonomie, die wegen Entstaatlichungs- und Denationalisierungsprozessen fragwürdig sei. Trotz der berechtigten Kritik eignet sich das Politik-Zyklus-Modell dennoch als heuristisches Instrument zur Analyse staatlicher Politik („Public Policy“), wenn man es mit unterschiedlichen Interpretationsrahmen und Analyseansätzen kombiniert (vgl. Parsons 1995).



entschieden werden soll. Im Hinblick auf Patienteninteressen und –orientierung ist dieser Prozess historisch bis zu den Anfängen der Gesundheitsbewegung in den siebziger und achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts zurückzuführen (vgl. zu einer Übersicht: Deppe 1987). In dieser Untersuchung soll dagegen mit der Phase des Agenda-Setting begonnen werden. Diese ist dadurch definiert, dass es gelingt, das Thema und das Problem in das politische System einzuführen. Im Anschluss hieran wird eine Vielzahl von konkurrierenden Politikkonzepten in die Diskussion gebracht, welche letztlich in eine verbindliche Entscheidung für eine spezifische Politik münden. Die Phase der Implementierung, die im Politikfeld Gesundheit maßgeblich von den Selbstverwaltungsgremien geleistet wird, und der Abschluss des Politikzyklus durch die Evaluation von Politikergebnissen können hier noch nicht analysiert werden. Beide Prozesse waren bei Abschluss des Manuskripts (Stand: Februar 2005) noch nicht abgeschlossen und würden den Rahmen dieser Überblicksstudie sprengen.

Eine Analyse der Wahlprogramme der vier im Bundestag vertretenen Parteien (SPD, Bündnis90/Die Grünen, CDU/CSU, FDP) soll zur Klärung der Frage beitragen, ob und in welcher Form die Parteien das Thema Patientenorientierung im Vorfeld der Wahlen vom Herbst 1998 und Herbst 2002 thematisiert haben. Wahlprogramme haben die Funktion, den potentiellen Wähler einer Partei zur Abgabe seiner Stimme zu veranlassen. Allerdings können Wahlprogramme hierauf nicht reduziert werden. Neben dem Motivationseffekt haben sie auch die Funktion, neue politische Impulse zu vermitteln und strategische Ziele zu formulieren (vgl. Zolnhöfer 2004).<sup>3</sup> Neben Wahlprogrammen kann die Analyse von Koalitionsverträgen die Umsetzung der politischen Ziele einer Regierung verdeutlichen. Allerdings sind Wahlprogramme und Koalitionsverträge in ihrem Charakter nicht identisch. Bei Wahlprogrammen besteht jedoch die Möglichkeit, dass Ziele lediglich als „Lippenbekenntnis“ zur Mobilisierung von Wählergruppen genannt werden; das gilt umso mehr, je deutlicher das Ziel der *Stimmenmaximierung* (und reinen Machterhalts) das konkurrierende Ziel der *Politikmaximierung* dominiert (vgl. ebd.: 53f). Zur Analyse der (deutschen) Gesundheitspolitik sind Wahlprogramme und Koalitionsverträge als politische Dokumente geeignet, die gesundheitspolitischen Strategien von Parteien und Regierungen zu erfassen (vgl. Wörz/Wismar 2001).

Eine komparativ-quantitative Inhaltsanalyse der Wahlprogramme der Parteien (SPD, Bündnis90/Die Grünen, CDU/CSU, FDP) sowie der beiden Koalitionsverträge und der

---

3 Die Frage, inwieweit politische Parteien in der Lage sind, ihre Positionen und Vorstellungen durchzusetzen, hängt von zahlreichen institutionellen und materiellen Faktoren ab, auf die hier nicht *in extenso* eingegangen werden kann (vgl. grundlegend: Zolnhöfer 2004: 58ff).

gesundheitspolitisch relevanten Bundesgesetze der beiden Legislaturperioden (GKV-Reformgesetz 2000 und GKV-Modernisierungsgesetz 2003) soll die Frage beantworten, ob es der rot-grünen Regierung gelungen ist, ihre Vorstellungen umzusetzen (vgl. zur Methode: Diekmann 1999: 481ff).<sup>4</sup> Die für eine systematische Inhaltsanalyse notwendige Grundgesamtheit sind somit neben den Wahlprogrammen der Parteien und Koalitionsverträgen der beiden Bundesregierungen (=politischer Input) jene Regulierungen und Maßnahmen, die in den beiden Bundesgesetzen als *politischer Output* verabschiedet worden sind. Zur Vergleichbarkeit von Wahlprogrammen, Koalitionsverträgen und Gesetzen im Hinblick auf Aussagen zur Patientenorientierung wird in einem ersten Schritt ein theoretisch angeleitetes Kategoriensystem entwickelt (Unterkapitel 2.2). Den hierdurch gewonnenen Kategorien: *Patientenautonomie*, *Patientenbeteiligung*, *Konsumentensouveränität* und *Privatisierung* werden in einem zweiten Schritt die Ergebnisse der beiden betrachteten Gesetze, das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und das GKV-Modernisierungsgesetz 2003, im Sinne von Variablen zugeordnet. Es wird zunächst *theoretisch* begründet, warum politische Maßnahmen (= Variablen) einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden (Unterkapitel 2.2.1 – 2.2.4). Die Analyseeinheiten der Inhaltsanalyse sind spezifische Fachbegriffe, die als *termini technici* im Verlauf des politischen Prozesses weitgehend einheitlich verwandt werden, oder deren Umschreibung. Als *termini technici* gelten somit entweder die Variablen selbst oder Subvariablen, die den Variablen der einzelnen Kategorien als Umschreibung subsumiert werden (siehe Tabellen 2-5). Für eine Häufigkeitsanalyse werden die Variablen einer Kategorie gezählt, wenn wenigstens eine Subvariable oder die Variable selbst im untersuchten Dokument genannt wurde. Die Verteilung von Variablen und Subvariablen in den untersuchten Dokumenten unterscheidet sich vor allem darin, dass in den Wahlprogrammen und zum Teil auch in den Koalitionsverträgen meist nur *allgemein* auf Kategorien und Variablen Bezug genommen wird und konkrete Maßnahmen (=Subvariablen) im Gegensatz zu gesetzlichen Regelungen meist nicht genannt werden.

Die Häufigkeitsanalyse der Kategorien in den untersuchten Dokumenten soll einerseits darüber Auskunft geben, welchen Interventionsbereich (=Kategorie) bzw. welche politischen Ziele und Maßnahmen in diesem (=Variablen) die Parteien in Wahlprogrammen

---

4 Die systematische Gegenüberstellung der beschlossenen Gesetze und der parteipolitischen Präferenzen und Ziele macht es zudem möglich, auf eine umfassende Analyse der zahlreichen Positionen von Verbänden und Organisationen zu verzichten, die diese im Rahmen der parlamentarischen Anhörungen geäußert haben. Die Frage, inwieweit einzelne Verbände die parteipolitischen Ziele (mit-)geprägt haben, ist daher nicht Bestandteil dieser Analyse und muss einer späteren Veröffentlichung vorbehalten bleiben. Insofern stellt diese Analyse eine Art Vorstudie dar.

und Koalitionsverträgen relativ höher gewichten als andere Interventionsbereiche und Maßnahmen. Die Zahl der Nennungen in den Wahlprogrammen gibt somit die *relative Bedeutung* an, die eine Partei einem bestimmten Aspekt der Patientenorientierung zu-misst (Kapitel 3). Andererseits kann die Häufigkeitsanalyse zeigen, wie viele Interventionen in einem Bereich durch ein Gesetz geregelt werden. Die Häufigkeitsanalyse in den untersuchten Gesetzen wird die relative Bedeutung der beiden Gesetze in Bezug auf die verschiedenen Interventionsbereiche der Patientenorientierung abbilden. Zudem ist sie Ausgangspunkt der kritischen Diskussion der in den Bundesgesetzen verabschiedeten Neuregelungen zur Patientenorientierung, welche die komparativ-quantitative Inhaltsanalyse ergänzt (Kapitel 4). Abschließend werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Ausgangsfragestellung resümiert (Kapitel 5).

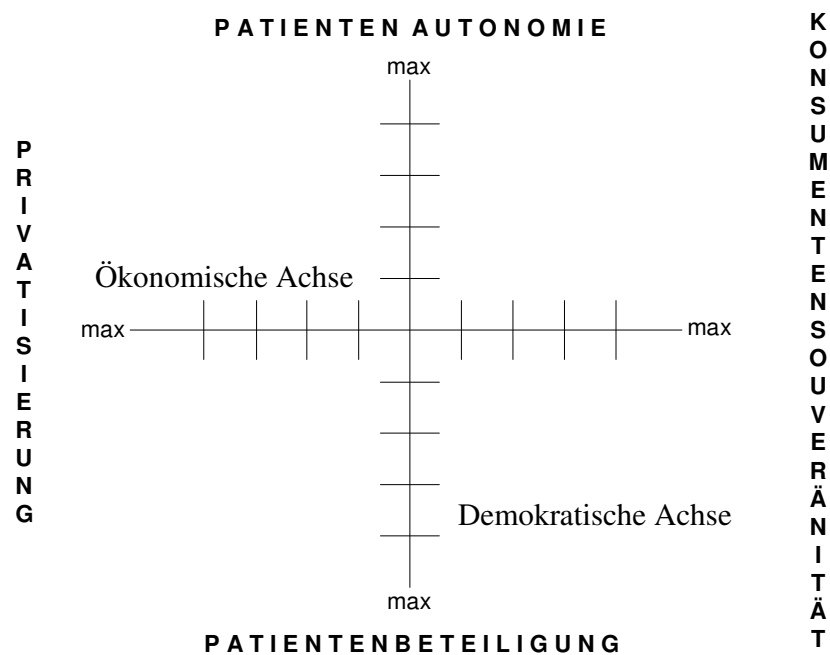
## **2.2 Patientenautonomie, Beteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung: Kategorien, Variablen und Subvariablen zur Bestimmung von Patienten- Orientierung**

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 (vgl. WHO 1998: 6).

Um die unterschiedlichen parteipolitischen Positionen über Patienten-Empowerment vergleichbar zu machen, wird daher zunächst ein theoretisch angeleitetes Kategoriensystem entwickelt, welches vier Dimensionen von Patienten-Empowerment unterscheidet. 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 (siehe Abbildung 2). Die *demokratische Achse* beinhaltet die Dimensionen der Patientenautonomie und der Patientenbeteiligung. Hiermit wird Bezug genommen auf die individuellen und kollektiven Beteiligungsformen und deren notwendige Voraussetzungen, wie z.B. Zugang zu den Gesundheitsleistungen und Entscheidungsinstanzen sowie den hierfür nötigen Informationen (vgl. zu den Voraussetzungen: Hungeling 2000: 86f). 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.

Abbildung 2: Politisches Diskursfeld der Patienten-Orientierung



Eigene Darstellung

Im Folgenden werden die genannten vier Dimensionen (=Kategorien) theoretisch begründet und anhand von Variablen erläutert (siehe auch Tabelle 1).

Tabelle 1: Patientenautonomie, Patientenbeteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung: Kategorien und Variablen der komparativ-quantitativen Inhaltsanalyse

<b>Patientenautonomie</b>	<b>Patientenbeteiligung</b>	<b>Konsumentensouveränität</b>	<b>Privatisierung</b>
Patientenrechte	G-BA	Transparenz	Zuzahlungen
Patientenbeauftragte	IQWiG	Wahlfreiheit	Selbstbehalte
Patientenunterstützung	SpiKK	Boni	Leistungsausschlüsse
Prävention	Arbeitsgemeinschaften	Wahltarife	Kostenerstattung

Eigene Darstellung

### 2.2.1 Patientenautonomie

Patientenautonomie ist auf der demokratischen Achse angesiedelt und zielt auf die *individuelle* Seite der demokratischen Teilhabe von Patienten (siehe Tabelle 2). Die Kategorie beinhaltet erstens individuelle Patientenrechte, die in Deutschland wesentlich im Richterrecht kodifiziert worden sind. Diese umfassen Autonomierechte zur Patientenselbstbestimmung durch die Bereitstellung von Information, Aufklärung und Beratung. Darüber hinaus werden Qualitätsrechte genannt, die eine gute Qualität der medizinischen, pflegerischen und sonstiger Behandlungen gewährleisten sollen. Zudem hat der Patient das Recht, seine medizinischen Dokumente einzusehen und vom behandelnden Arzt Vertraulichkeit hierüber einzufordern. Schließlich wird zu den individuellen Patientenrechten noch das Recht gezählt, dass zum Zweck der guten Behandlung eine gute Organisation von Behandlungsprozessen in Praxis und Klinik etabliert ist (vgl. Hart 2003). Zweitens wird die Funktion/Rolle eines Patientenbeauftragten dieser Kategorie zugeordnet, weil – wie später im GKV-Modernisierungsgesetz realisiert – jener die Aufgabe hat, die Patienten und Patienten- sowie Selbsthilfegruppen bei der Wahrnehmung ihrer Rechte zu unterstützen. Ein Patientenbeauftragter fungiert also als *Fürsprecher* und *Ombudsmann* von (individuellen und kollektiven) Patientenrechten. Drittens werden Maßnahmen zur Unterstützung von Patienten und Selbsthilfegruppen als Aspekt von Patientenautonomie betrachtet. Hierdurch wird die Bedeutung der Überwindung von gesundheitlicher Ungleichheit und die Notwendigkeit der Förderung gesundheitlicher Kompetenzen und Ressourcen anerkannt und in diese Kategorie integriert (vgl. zu Selbsthilfegruppen und sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit: RKI/StatBA 2004; Wanek/Heinrich/Chavet 2002; Mielck 2000).

Viertens werden auch präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen der Patientenautonomie zugerechnet. Dies lässt sich dadurch rechtfertigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung dem Wohlbefinden des Bürgers als zukünftigem Patienten nutzen und seine aktive Teilnahme am politischen, kulturellen und sozialen Leben ermöglichen sollen (vgl. WHO 1998).

Tabelle 2: Patientenautonomie: Variablen und Subvariablen (maximal 4 Nennungen pro Dokument)

<b>PATIENTENAUTONOMIE</b>	<i>MÖGLICHE SUBVARIABLEN IN DEN DOKUMENTEN</i>		
<b>Patientenrechte</b>	<i>Qualitätssicherung der Versorgung</i>	<i>Individuelle Informations- und Beratungsrechte</i>	<i>Patientencharta</i>
<b>Patientenbeauftragte</b>	<i>Informations-, Beratungs- und Antragsrechte in Gremien des deutschen Gesundheitswesens</i>	<i>Fragen des Datenschutzes von Patienten / Versicherten</i>	<i>Gender-Aspekte der medizinischen Versorgung und Forschung</i>
<b>Patientenunterstützung</b>	<i>Förderung von Selbsthilfegruppen</i>	<i>Regelungen zu Schadensersatzforderungen von Patienten</i>	<i>Patientenschulungen (Reha) und Beratung durch MDK*</i>
<b>Prävention</b>	<i>Maßnahmen zur Prävention</i>	<i>Maßnahmen zur Gesundheitsförderung</i>	

Eigene Darstellung

Patientenautonomie bedeutet, sich aktiv an Entscheidungen über seine Krankheit bzw. Gesundheit beteiligen zu können. Hierbei reicht es im Gegensatz zum theoretischen Konstrukt der Konsumentensouveränität nicht aus, bestehende *Informationsasymmetrien* aufzuheben. Erforderlich ist vielmehr, die Voraussetzungen für die notwendige Informationsvermittlung beim einzelnen Patienten zu schaffen, d.h. seine körperliche Integrität, seine psychische Integrität und seine kognitiven Fähigkeiten zu stärken (vgl. Dierks 2001: 66f). Diese Voraussetzungen sind durch Sozialisationsprozesse geprägt, welche in der theoretischen Figur des *rationalen Konsumenten* nicht berücksichtigt werden. Aus diesem Grund ist durchaus fraglich, ob die theoretische Figur des ökonomischen Nutzenmaximierers überhaupt auf die Arzt-Patienten-Beziehung anwendbar ist. Ich werde bei der Diskussion der theoretischen Kategorie: *Konsumentensouveränität* darauf zurückkommen (zur wissenschaftlichen Diskussion: ebd.: 24ff).

### 2.2.2 Patientenbeteiligung

Theoretisch sind vielfältige Formen und Institutionen der Beteiligung von Patienten, Bürgern und Versicherten im deutschen Gesundheitswesen denkbar (vgl. Hart/Francke 2001). Wenn hier von Patientenbeteiligung gesprochen wird, so wird Bezug genommen auf kollektive Entscheidungs-, Beteiligungs- und Informationsrechte, die als eine Voraussetzung für eine demokratische Teilhabe anzusehen sind. Diese können auf den verschiedenen Ebenen im deutschen Gesundheitswesen angesiedelt sein und verschiedene Beteiligungsformen umfassen.

Tabelle 3: Patientenbeteiligung: Variablen und Subvariablen (maximal 4 Nennungen pro Dokument)

<b>PATIENTENBETEILIGUNG</b>	<i>MÖGLICHE SUBVARIABLEN IN DEN DOKUMENTEN</i>	
<b>Gemeinsamer Bundesausschuss</b>	<i>Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse</i>	
<b>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</b>	<i>Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin</i>	
<b>SpiKK</b>	<i>Versorgungsbereiche die durch SpiKK-Rahmenvereinbarungen und Rahmenverträge reguliert werden</i>	<i>Festbetragsregelungen</i>
<b>Arbeitsgemeinschaften</b>	<i>AG Datentransparenz zur telekommunikativen Vernetzung des Gesundheitswesens</i>	<i>Arbeitsgemeinschaft für Qualität (später übergegangen in den Gemeinsamen Bundesausschuss)</i>

Eigene Darstellung

Hierzu zählen Beteiligung an Verfahren, Beratungsprozessen und Entscheidungen in den Gremien des deutschen Gesundheitswesens (vgl. Sachverständigenrat 2002: 325). Im politischen Diskursfeld sind solche Beteiligungsformen vor allem durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt worden (siehe unten).

### 2.2.3 Konsumentensouveränität

Neben der demokratischen Teilhabe spielen im derzeitigen gesundheitspolitischen Diskurs insbesondere Fragen der Effizienzsteigerung eine Rolle. Das Konzept der *Konsumentensouveränität* wird im Gegensatz zur Patientenautonomie hier dadurch definiert, dass der am Bild des homo oeconomicus orientierte ‚rationale Konsument‘ von Gesundheitsdienstleistungen gemäß seinen Präferenzen möglichst große Wahlmöglichkeiten

vorfindet (siehe Tabelle 4). Zentral ist die Forderung nach Erhöhung der Konsumentensouveränität durch freie Wahlhandlung und Transparenz, durch die sich ein Gleichgewicht von Bedürfnissen (Präferenzen) und Angeboten auf dem Gesundheitsmarkt ergeben würde (vgl. Segal 1998; kritisch: Rice 2004).<sup>5</sup> Hiermit übereinstimmende politische Maßnahmen beinhalten Wahltarife und Transparenz über Kosten und Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern sowie Leistungskatalogen von öffentlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen. Auch die freie Wahl von Leistungserbringern und -finanzierern sowie materielle und immaterielle Bonus- und Anreizsysteme für ein gesundheitsförderliches Verhalten werden dieser Kategorie subsumiert. Ökonomietheoretische Grundlage ist neben dem *homo oeconomicus* die Existenz von *asymmetrischen Informationsbeziehungen* zwischen dem (potenziellen) Patienten und einem (noch zu wählendem) Leistungserbringer. Nach diesem institutionenökonomischen Marktmodell verhindern Informationsasymmetrien die adäquate Nachfrage von Gesundheitsdienstleistungen durch den ‚rationalen Konsumenten‘, seien es kurativ-medizinische oder präventive Interventionen im Sinne von Bonusmodellen. Um trotz dieser Informationsasymmetrien allokativer Markteffizienz erreichen zu können, müssen erstere abgebaut werden, was durch die Erhöhung der Transparenz und die Verringerung von Unsicherheit geschehen kann. Obwohl also die institutionenökonomische Grundlage sich von dem neoklassischen Marktmodell unterscheidet<sup>6</sup>, bleibt bei Befürwortern von Konsumentensouveränität die Hoffnung bestehen, durch den Abbau von asymmetrischen Informationsbeziehungen und anderen Formen von Marktversagen die in dem neoklassischen Modell behauptete allokativer Effizienz des Marktes zu erreichen. Hierbei kommt dem Staat – wie bei anderen Gütermärkten – eine entscheidende Steuerungsfunktion zu. Das neoklassische Modell bleibt jedoch

---

5 Die radikale Konsumentenposition der völligen Abschaffung eines einheitlichen Leistungskatalogs nehmen nur wenige Vertreter der Gesundheitsökonomie ein. In der Regel wird zugestanden, dass nicht *alle Leistungen* als Wahlleistung zu ermöglichen sind, sondern etwa Leistungen zur Bewältigung sogenannter *katastrophischer* (=unvorhersehbarer und lebensbedrohlicher) *Erkrankungen* für alle gleich sein sollten. Dennoch basieren die theoretischen Begründungen auch für ein Modell der begrenzten Wahlleistung auf dem dargestellten impliziten Marktmodell; außer sie begründen ihre Forderung nach Wahlleistungen offen mit dem Hoffen auf zusätzliche Gewinnaussichten bei privatisierten, d.h. nur von der Zahlungsfähigkeit der (selektierten) Konsumenten abhängenden Gesundheitsdienstleistungen (vgl. z.B. Oberender/Hebborn/Zerth, 2002).

6 In der wirtschaftstheoretischen Literatur ist umstritten, ob die institutionenökonomischen Ansätze (Transaktionskosten-Ansatz; Principle-Agent-Theorie, Property-Rights-Theorie) noch zum Paradigma der Neoklassik gehören (vgl. Eggertson 1990; Hodgson 1988). Dies ist keine rein akademische Frage, sondern von höchster wissenschafts- und wirtschaftstheoretischer Bedeutung. Da die Institutionenökonomik mit zentralen Annahmen der Neoklassik bricht (Existenz von Transaktionskosten und Informationsasymmetrien), ist auch die auf dem neoklassischen Marktmodell beruhende Markteffizienz in Frage gestellt. Marktversagen ist somit nicht die Ausnahme, welche die Regel (Markteffizienz) bestätigt, sondern wird ganz im Gegenteil zum Regelfall (vgl. Fritsch/Wein/Ewers 2003; Hajen/Paetow/Schumacher 2000; Hollingsworth/Boyer 1997).



Referenzpunkt der institutionenökonomischen Analysen (vgl. z.B. Schulenburg/Greiner 2000; Barr 2004).

Tabelle 4: Konsumentensouveränität: Variablen und Subvariablen (maximal 4 Nennungen pro Dokument)

KONSUMENTENSOUVERÄNITÄT	MÖGLICHE SUBVARIABLEN IN DEN DOKUMENTEN		
<b>Transparenz</b>	Elektronische Gesundheitskarte und Patientenakte	Patientenquittung	Qualitäts- und Leistungsberichte von Leistungserbringern
<b>Wahlfreiheit</b>	Freie Wahl von Leistungserbringern	Freie Wahl von Krankenversicherungen	Werbefreiheit von Leistungsanbietern
<b>Boni</b>	Boni für gesünderen Lebensstil	Boni für Versorgungsformen (Hausarztmodelle, DMPs, Integrierte Versorgung)	Boni für betriebliche Gesundheitsförderung
<b>Wahltarife</b>	Zusätzliche Leistungen der Kassen	Satzungsleistungen	Zusatzangebote der Privaten Krankenversicherung

Eigene Darstellung

An dieser Stelle berührt die Diskussion um Konsumentensouveränität die oben genannte Kategorie der Patientenautonomie.<sup>7</sup> Auch bei dieser geht es darum, die Informationsasymmetrien zwischen Ärzten und (potenziellen) Patienten abzubauen, indem die Leistungs- und Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen erhöht werden soll. Im Gegensatz zum Konzept der Konsumentensouveränität setzt das Konzept der Patientenautonomie jedoch auf die Stärkung von sozialen und politischen Voraussetzungen einer rationalen Wahlentscheidung. Beide unterscheiden sich darin, dass jenseits der gemeinsam geteilten Kritik an bestehenden Informationsasymmetrien das Konzept der Konsumentensouveränität eine rationale Wahlentscheidung bei den Individuen voraussetzt, während das Konzept der Patientenautonomie auf die sozio-kulturellen, sozio-psychischen und sozio-ökonomischen Beschränkungen des Modells des ‚rationalen Konsumenten‘ hinweist. Das Konzept der Konsumentensouveränität als einer Dimension von Patienten-Empowerment abstrahiert also von den sozialen Bedingungen gesundheitlicher Ungleichheit. Diese Unterscheidung ist zudem in eine prinzipielle unterschiedliche theoretische Begründung eingebettet: Konsumentensouveränität im hier definierten Sinn zielt auf *Effi-*

7 Im GKV-Modernisierungsgesetz werden Maßnahmen zur Stärkung der *Patientensouveränität* vorgeschlagen (vgl. Deutscher Bundestag 2003: 72f). Hiermit werden zur Legitimation der gesetzlichen Maßnahmen die Konzepte der Konsumentensouveränität und der Patientenautonomie miteinander vermischt. Allerdings kaschiert der Begriff der Patientensouveränität die Zweiseitigkeit des aufgezählten Maßnahmenkatalogs kaum: die Ausweitung der Wahlleistungen (Beitragsrückzahlung) auf freiwillig GKV-Versicherte passt nicht zu der Überschrift „Stärkung der Patientensouveränität“.

zuzahlungsteigerung durch rationale Wahlhandlung (*choice*), während die Patientenautonomie hingegen die *gleichberechtigte Partizipation* des Patienten bei der Organisation und im Prozess der Gesundheitsversorgung meint (*voice*) (vgl. Saltman 1994).

## 2.2.4 Privatisierung

Als Kontrast zur Konsumentensouveränität wurde die Kategorie der Privatisierung gebildet, welche vor allem auf eine Entlastung der solidarischen Krankenversicherung von Leistungsausgaben zielt und somit einen Entsolidarisierungseffekt bewirkt. Diese Form der Privatisierung zeigt sich in vielfältiger Gestalt, z.B. in Zuzahlungen, Kostenerstattungen und Selbstbehalten, aber auch in expliziten Leistungsausgrenzungen. Unabhängig davon, ob solche Instrumente gesundheitsökonomisch als Steuerungsmechanismen gerechtfertigt werden könnten (vgl. z.B. Schulenburg/Greiner 2000: 77ff), dient die Konstruktion der Kategorie der Privatisierung als Korrektiv dahin gehend, ob die gesundheitspolitischen Maßnahmen auf der ökonomischen Achse stärker auf den ‚rationalen Patienten‘ oder die Stabilisierung der sogenannten Lohnnebenkosten, mithin den Standort Deutschland zielen.

Tabelle 5: Privatisierung: Variablen und Subvariablen (maximal 4 Nennungen pro Dokument)

PRIVATISIERUNG	MÖGLICHE SUBVARIABLEN IN DEN DOKUMENTEN		
<b>Zuzahlungen</b>	Praxisgebühr	Höhere Zuzahlungen für Inanspruchnahme von Leistungen	Wegfall der finanziellen Parität
<b>Selbstbehalte</b>	Selbstbehalte	Einführung von Elementen der Privaten Krankenversicherung	Beitragsrückerstattung
<b>Leistungsausschlüsse</b>	Versicherungsfremde Leistungen	Ausgegrenzte Leistungen (Brillen, nichtverschreibungspflichtige Medikamente)	Grundleistungen im Leistungskatalog der GKV
<b>Kostenerstattung</b>	Substitution für Sachleistung	Alternative zu Sachleistungen	

Eigene Darstellung

Die *differentia specifica* dieser Kategorie ist somit die Motivation zur Senkung finanzieller Lasten für die Solidargemeinschaft (Kostenexternalisierung), ohne dass es zu einer „echten Effizienzsteigerung“ der Gesundheitsversorgung kommen muss. Analytisch lassen sich derartige Steuerungsinstrumente als *Nachfrageprivatisierung* kennzeichnen (vgl. Gerlinger/Stegmüller 1995: 155ff). Politisch wird eine solche Privatisierung zumeist als notwendiger Beitrag zur Senkung der sog. Lohnnebenkosten bzw. Lohnzusatzkosten ge-

---

rechtfertigt. In der Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz beispielsweise wurde die Erhöhung der Zuzahlungen unter Verweis auf die notwendige Eigenverantwortung des Einzelnen legitimiert (vgl. Deutscher Bundestag 2003: 72).

### **3. Patienten-Empowerment in Deutschland: Wahlprogramme und Koalitionsverträge**

#### **3.1 Wahlprogramme der Parteien in 1998 und 2002**

Eine Analyse der Wahlprogramme von SPD, Bündnis90/Die Grünen, CDU/CSU und der FDP zeigt, dass im Hinblick auf Fragen des Patienten-Empowerment durchaus unterschiedliche Antworten gegeben werden. Auf der Grundlage der theoretisch begründeten Kategorien und Variablen werden die Wahlprogramme auf die Anzahl der Nennungen in dem jeweiligen Bereich untersucht. Aus Gründen der Vereinfachung werden die Wahlprogramme der Parteien für die Jahre 1998 und 2002 zusammengefasst. Tabelle 6 zeigt, dass SPD und Bündnis90/Die Grünen mehr politische Ziele entlang der demokratischen Achse genannt haben, während CDU/CSU und FDP stärker auf die Umsetzung von Konzepten setzen, die auf der ökonomischen Achse liegen. Dieses Ergebnis lässt sich zum Teil dahin gehend interpretieren, dass sich SPD und Bündnis 90/Die Grünen im Bundestagswahlkampf 1998 als dezidierte Gegenkoalition zur regierenden Koalition aus CDU/CSU und FDP dargestellt haben (vgl. Gerlinger 2002: 120f). In Bezug auf die Gesundheitspolitik versprachen SPD und Bündnis 90/Die Grünen die Zurücknahme verschiedener marktförmiger Steuerungselemente (Kostenerstattung, Beitragsrückzahlung und Selbstbehalte) des Jahres 1997, in dem die konservativ-liberale Regierung zudem die Zuzahlungen erhöht und Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen hatte. Zudem hatte der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer ein Reformkonzept vorgestellt, das Wahltarife und eine Differenzierung des Leistungskatalogs der GKV in Basisleistungen und privat zu versichernde Zusatzleistungen vorsah (vgl. Bandelow 1998).

Tabelle 6: Positionen der Bundestagsparteien zu Patienten-Empowerment gemäß ihren Wahlprogrammen in den Jahren 1998 und 2002 (Anzahl der Nennungen von Variablen in den Kategorien)

	SPD	Bündnis90/Die Grünen	CDU/CSU	FDP
Patientenautonomie	2	5	2	1
Patientenbeteiligung	-	1	-	-
Konsumentensouveränität	3	-	3	6
Privatisierung	-	-	2	4

Eigene Darstellung

### 3.2 Die Koalitionsverträge der beiden rot-grünen Regierungskoalitionen (1998 und 2002)

Ein Vergleich der beiden Koalitionsverträge, die am Anfang der beiden Legislaturperioden von der SPD und Bündnis90/Die Grünen ausgehandelt wurden, zeigt, dass besonders in der zweiten Regierungszeit die Bedeutung der Patientenorientierung als politisches Ziel formuliert wurde (siehe Tabelle 7). Im ersten Koalitionsvertrag standen neben der Ankündigung der Rücknahme von der Vorgängerregierung eingeführter Privatisierungsmaßnahmen lediglich stichwortartige Eckpunkte einer Strukturreform in der GKV für das Jahr 2000 (letztlich zum Teil als: GKV-Reformgesetz 2000 verabschiedet). Patientenorientierte Ziele waren eine bessere Gesundheitsförderung und –vorsorge, die Einführung eines umfassenden vorsorgenden „gesundheitlichen Verbraucherschutzes“ sowie die „Stärkung der Patientenrechte, des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung.“ (SPD/Bündnis90/Die Grünen 1998: 24f) Hiermit sind politische Ziele formuliert worden, die der Kategorie Patientenautonomie zu subsumieren sind.

Im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2002 wird darüber hinaus auch Bezug genommen auf die kollektiven Beteiligungs- und Anhörungsrechte von Patienten im Gesundheitswesen, die zusammen mit Maßnahmen zur wissenschaftlich-begleiteten Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung und der Veröffentlichung der entsprechenden Ergebnisse zugleich eine verbesserte Transparenz des Versorgungsgeschehens ermöglichen sollen. Der Patient soll zum aktiven Gestalter werden: „Diese Transparenz setzt die Patientinnen und Patienten in die Lage, den Behandlungsverlauf selbst mitzugestalten.“ (SPD/Bündnis

90/Die Grünen 2002: 54) Schließlich wird auch Bezug genommen auf die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung durch institutionelle Maßnahmen (Deutsches Forum für Prävention und Gesundheitsförderung) und individuelle Handlungsanreize durch Bonussysteme der gesetzlichen Krankenkassen. Hierdurch sind Patientenautonomie, Patientenbeteiligung und Konsumentensouveränität angesprochen.

Tabelle 7: Positionen zu Patienten-Empowerment in den Koalitionsverträgen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen in den Jahren 1998 und 2002 (Anzahl der Nennungen von Variablen in den Kategorien)

	Koalitionsvertrag 1998	Koalitionsvertrag 2002
Patientenautonomie	1	3
Patientenbeteiligung	-	1
Konsumentensouveränität		2
Privatisierung	-	-

Eigene Darstellung

#### 4. Patienten-Empowerment durch Gesundheitspolitik: Ergebnisse der rot-grünen Regierungszeit

Nachdem die SPD und Bündnis90/Die Grünen die Bundestagswahl gewonnen hatten, präsentierten sie im Oktober 1998 einen Koalitionsvertrag, in dem die Eckpunkte der zukünftigen Regierungspolitik dargestellt wurden. Ihre gesundheitspolitische Strategie bestand diesem Dokument zufolge darin, ein „leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem für alle“ im Bruch mit der konservativ-liberalen Gesundheitspolitik wieder herzustellen. Aus der Perspektive des Patienten-Empowerment ist hier vor allem der Hinweis auf eine Stärkung der Patientenrechte und des Patientenschutzes sowie der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu nennen (vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen 1998: 26).

Im Rahmen des sog. *Solidaritätssicherungsgesetzes* wurde noch im Jahr 1998 die kritisierte Erhöhung der Zuzahlungen der Vorgängerregierung zurückgenommen und die Ausgrenzung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog rückgängig gemacht. Das in der 14. Legislaturperiode maßgebliche gesundheitspolitische Reformgesetz (*Gesundheitsreformgesetz 2000*) wurde im Jahr 1999 in den parlamentarischen Gesetzgebungsprozess eingebracht. Bereits im März 1999 hatten SPD und Bündnis90/Die Grünen jedoch ihre Mehrheit im Bundesrat verloren, die zur vollständigen Umsetzung der Gesund-

heitsreform notwendig gewesen wäre. Seitdem stehen die gesundheitspolitischen Anstrengungen auf Bundesebene unter dem Zwang zum Konsens zwischen Regierung und Oppositionsparteien, zumindest hinsichtlich der Regelungen, bei denen der Bundesrat zustimmen muss, also über *Veto-Macht* verfügt. Aus diesem Grund wurde der ursprüngliche Gesetzesentwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2000 in ein zustimmungspflichtiges und ein nicht-zustimmungspflichtiges Gesetz geteilt. Die Veto-Macht von CDU, CSU und FDP im Bundesrat trägt beispielsweise zur Erklärung des Scheiterns des *Globalbudgets* bei (vgl. Gerlinger 2003).

Seit dem Frühjahr 2002 wurde in den Medien über eine große Gesundheitsreform diskutiert. Nach der Wiederwahl der rot-grünen Bundesregierung im September 2002 wurde sie vorbereitet. Im Frühjahr 2003 wurden erste Eckpunkte der Gesundheitsreform öffentlich bekannt. Nachdem im Mai 2003 der Gesetzesentwurf der rot-grünen Bundesregierung für ein *Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz* in den Bundestag eingebracht wurde, zeigte sich schon bald, dass die Strategie der Bundesregierung aufgrund der Machtverhältnisse im Bundesrat auf eine Konsens-Strategie mit den Oppositionsparteien zusteuern (musste). Im Juni und August 2003 kam es zu Konsensverhandlungen von Parteienvertretern aus dem Bund und den Ländern mit dem Ziel, einen gemeinsamen Gesetzesentwurf zu erarbeiten. Verhandlungsleiter waren auf Seiten der Bundesregierung die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und auf Seiten der CDU/CSU der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU), der sich jedoch zunächst gegen Kritiker aus der CDU durchzusetzen hatte. Ähnlich wie in den Verhandlungen zwischen Regierung und Opposition zur Umsetzung des *Gesundheitsstrukturgesetz 1993* ist auch diesmal die FDP aus den laufenden Verhandlungen ausgestiegen. Daher wurde der im September 2003 in den Bundestag eingebrachte Gesetzesentwurf für ein *GKV-Modernisierungsgesetz* nur von der SPD, den Grünen und der CDU/CSU-Bundestagsfraktion getragen. Das GKV-Modernisierungsgesetz wurde schließlich am 17. Oktober 2003 im Bundesrat abschließend beraten und ist in wesentlichen Teilen am 01.01.2004 in Kraft getreten.

#### **4.1 Patientenbeteiligung und Patientenautonomie: die demokratische Achse**

In den beiden zentralen gesundheitspolitischen Reformgesetzen unter rot-grüner Regierungsverantwortung (*Gesundheitsreformgesetz 2000*, *GKV-Modernisierungsgesetz*) wurde in unterschiedlicher Weise der Versuch gemacht, Aspekte des Patienten-Empowerment voranzutreiben. Betrachtet man die Reformgesetze in Verbindung mit den beiden Dimensionen auf der demokratischen Achse, der Patientenautonomie und der

Patientenbeteiligung, so zeigt sich, dass in der ersten Legislaturperiode vor allem politische Maßnahmen zur Patientenautonomie beschlossen wurden. In der zweiten Legislaturperiode wurde im Konsens mit den konservativen Parteien CDU und CSU dagegen relativ mehr Wert auf die Ausweitung der kollektiven Beteiligung an Entscheidungen im deutschen Gesundheitswesen gelegt (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Die Ausweitung der demokratischen Teilhabe während der rot-grünen Regierungszeit (Anzahl der genannten Variablen)

	GKV-GRG 2000	GKV-ModG 2003
Patientenautonomie	3	3
Patientenbeteiligung	1	4

Eigene Darstellung

Im Folgenden sollen die gesetzlich beschlossenen Maßnahmen im Einzelnen dargestellt werden. Ausgangspunkt ist hier die dimensionale Unterscheidung zwischen Patientenautonomie und Patientenbeteiligung.

#### 4.1.1 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 V<sup>8</sup> 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“ im Rahmen von Modellvorhaben mit jährlich 5,113 Mio. Euro fördern. Seit dem 01.07.2001 werden von den SpiKK 30 (bereits bestehende) Einrichtungen gefördert, die unterschiedliche Dienstleistungen für Patienten erbringen.<sup>9</sup> Dieses Modellvorhaben wird zudem wissenschaftlich begleitet. Der Evaluationsprozess befindet sich in der Abschlussphase (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 Umset-

8 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.

9 Siehe <http://www.g-k-v.com/index.php?idcat=51> (01.12.2004).

zung 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 Leistungserbringer 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 vergangenen Gesundheitsreform gemacht, die im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes am 01.01.2004 in Kraft getreten ist (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). Durch die Einführung des Wahlrechts zur Kostenerstattung durch das GKV-Modernisierungsgesetz 2003, insbesondere bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen EU-



Mitgliedsstaaten, wobei im Bereich der ambulanten Versorgung keine Vorabgenehmigung von Seiten der Krankenkassen mehr erforderlich ist (§ 13 SGB V), wird die Rolle der Verbindungsstelle als Medium der Information, Beratung und Aufklärung auch für Versicherte vermutlich stärker werden. Auch gerade daher, weil die Höhe der Kostenerstattung für eine Leistung nur in der Höhe anfällt, die im Rahmen des Sachleistungsprinzips von der Krankenkasse im Inland zu zahlen wäre (§ 13 Abs. 4 SGB V). 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; siehe unten).

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 Euro umfassen (Stand: 01.01.2004). Tatsächlich wurden jedoch im Jahr 2002 lediglich 0,30 Euro pro Versichertem aufgebracht (vgl. 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 Interessen-

vertreterin 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 Patienten 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 Euro von den Krankenkassen bereitgestellt werden; erreicht wurde jedoch lediglich ein Ausgabevolumen von 1,19 Euro 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 (vgl. Wanek/Heinrich/Chavet 2002).

#### **4.1.2 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 Entscheidungspro-

zessen 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.

### *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 (vgl. 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 freilich 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 (vgl. ebd.: 52ff).<sup>10</sup> Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden diese Gremien unter dem Begriff des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zusammengefasst und neu strukturiert.<sup>11</sup> Dem GBA 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 Deut-

10 Die Geschichte des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen bzw. seiner Vorläufer geht bis in das Jahr 1913 zurück. Seitdem hat sich seine Gestalt und seine Funktion mehrfach verändert (vgl. Jung et al. 2000).

11 Hinzuzufügen ist noch der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen, dem jedoch eine relativ geringe Bedeutung im Vergleich zu seinem „großen Bruder“, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (alte Terminologie) zukommt.

schen 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 Beschlusssthema. 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 2/3 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<sup>12</sup>:

- 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. Dies entspricht damit auch hier maximal der Zahl der Vertreter der von den Spitzenverbänden der Kran-

---

12 Grundsätzlich kann das BMGS weitere Organisationen als Interessenvertreter von PatientInnen und Selbsthilfegruppen anerkennen. Rechtsgrundlage ist die Patientenbeteiligungsverordnung (PatBetVO). Die interessierten Organisationen müssen aber bestimmte Kriterien erfüllen, zu denen insbesondere die Kontinuität der Organisation, ihre demokratische Struktur und die Offenlegung ihrer Finanzierung gehören. Das BMGS kann darüber hinaus auf Antrag des G-BA einer Organisation die Anerkennung als Vertreterin der Interessen von PatientInnen und Versicherten wieder entziehen, wenn diese Organisationen nach Auffassung des G-BA diese Kriterien nicht mehr erfüllt und das BMGS dieser Einschätzung folgt.

kenkassen 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.<sup>13</sup>

Die Aufgaben des G-BA bestehen darin, mittels rechtsverbindlicher 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 (vgl. Niebuhr/Rothgang/Wasem/Greß 2004).<sup>14</sup>

Tabelle 9 zeigt, welche Bereiche vom G-BA reguliert werden und welche Zusammensetzung der G-BA bezüglich des Entscheidungsgegenstandes annimmt. Zudem ist in der Tabelle ersichtlich, ob die Organisationen zur Wahrnehmung von Interessen der Patienten sowie der Selbsthilfe bei der Erarbeitung der Richtlinien in den Unterausschüssen und bei der Entscheidung im G-BA über Mitberatungsrechte verfügen. Die Tabelle zeigt, dass durch Hereinnahme einiger Regelungen in die Entscheidungsbefugnis des G-BA durch das GKV-Modernisierungsgesetz die Regelungs-Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses (erneut) erweitert wurde (Krankentransporte, ambulante Behandlung im Krankenhaus, Qualitätssicherung in der Medizin und Qualitätsmaßnahmen in zugelassenen Krankenhäusern).

---

13 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.

14 Die Richtlinien müssen allerdings dem BMGS zur Prüfung vorgelegt werden. Es kann die Richtlinien beanstanden und sogar Richtlinien selbst erlassen, sollten die Beanstandungen nicht rechtzeitig eingearbeitet werden oder zentrale Richtlinien vom G-BA nicht innerhalb einer vom BMGS zu definierten Zeitspanne erarbeitet werden (§ 94 SGB V).

Tabelle 9: Aufgaben, Entscheidungsstruktur und Mitberatung von Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen  
im Gemeinsamen Bundesausschuss

	Anzahl der RL	NEU durch GKV-ModG 2003	Entscheidungsakteure (andere Entschei- dungsmitglieder haben Mitberatungsrecht)	Detailliert §§- Regelungen (SGB V)	Rechtlich bindend	Mitberatungs- recht der sach- kundigen Perso- nen	Antragsrecht der Organisationen (Patienten, Selbsthilfe)
Richtlinien, Beschlüsse, Emp- fehlungen							
Richtlinie (RL) nach § 92(1)1- 12							
Ärztliche Behandlung			KBV, KK	92(6a)	x	x	x
Zahnärztliche Behandlung			KZBV, KK	92(1a)	x	x	x
Früherkennung von Krankhei- ten			KBV, KK	92(4)	x	x	x
Schwangerschaft und Mutter- schaft			KBV, KK	92(1b)	x	x	x
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden			KBV, KK		x	x	x
Verordnung von Arznei-, Ver- band, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie			KBV, KK	92(2)-(3)	x	x	x
Arbeitsunfähigkeit			KBV, KK		x	x	x
Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergän- zende Leistungen zur Rehabi- litation			KBV, KK	92(5)	x	x	x
Bedarfsplanung			KBV, KK		x	x	x
medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwan- gerschaft			KBV, KK		x	x	x

Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch			KBV, KK		x	x	x
Verordnung von Krankentransporten		x	KBV, KK		x	x	x
Weitere Regelungen im SGB V							
RL zur ambulanten Behandlung im KH		x	KBV, DKG, KK	116b(4)	x	x	x
Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (Bericht)		x (ex-AG)	KBV, DKG, KK	137b		x	x
Empfehlungen zur Krankheitsauswahl und Ausgestaltung von DMPs			KBV, DKG, KK	137f		x	x
Richtlinien zur vertragsärztlichen Qualitätssicherung (Verfahrenskriterien)			KBV, KK	136(2)2	x	x	x
RL zu Festzuschüssen bei Zahnersatz		x	KZBV, KK	56(1)	x	x	x
Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Qualitätssicherung (Verfahrenskriterien)		x	KZBV, KK	136(2)3	x	x	x
Richtlinien zur vertragsärztlichen Versorgung (Maßnahmennotwendigkeit und Qualitätsmanagement)			KBV, KK	136a	x	x	x
Richtlinien zur vertragszahnärztlichen Versorgung (Maßnahmennotwendigkeit und Qualitätsmanagement)			KZBV, KK	136b	x	x	x
Beschluss zu Qualitätsmaßnahmen in zugelassenen KH		x (in G-BA)	DKG, KK	137	x	x	x
Entscheidung zu BU-Methoden im KH			DKG, KK	137c	x	x	x

Eigene Zusammenstellung nach SGB V

*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 sogenannte *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.<sup>15</sup> 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 zum 01. Juli 2005 in Kraft getreten ist. 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 „staats-

---

15 Siehe hierzu auch seine Website: <http://www.iqwig.de> .



näher“ 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 vorläufige Bewertungen über die zu erwartende Wirksamkeit der im GKV-Modernisierungsgesetz festgeschriebenen Regelungen bzgl. des IQWiG fallen skeptisch aus. Vor allem die Aushebelung der ursprünglich angedachten Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten zugunsten einer ausschließlichen Nutzenbewertung und der empfehlende Charakter der Arbeitsergebnisse des Instituts werden kritisiert (vgl. Niebuhr/Rothgang/Wasem/Greß 2004: 215). Ob sich allerdings eine an dem britischen Modell des *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) orientierte Lösung, die von einigen Gesundheitsökonomern befürwortet wurde (vgl. Glaeske/Lauterbach/Rürup/Wasem 2001), unter den gegebenen institutionellen Bedingungen und ohne ein staatliches Gesundheitswesen zu errichten, überhaupt hätte durchsetzen können, scheint diskussionswürdig. Was von der Praxis und der Bewältigung von Problemen im Rahmen des NICE gelernt werden könnte, ist bislang weitgehend unerforscht, könnte aber neue Perspektiven eröffnen (vgl. zum NICE: Weiß 2003). Insofern fungierte das Leitbild des Deutschen Zentrums womöglich mehr als „Drohkulisse“ für die Leistungserbringer und deren politische Lobby, um die Evidenzbasierung der medizinischen Versorgung in Deutschland zu stärken. Die Praxis wird zeigen müssen, inwieweit das Institut die gesetzlichen Möglichkeiten zu nutzen vermag.

#### *Spitzenverbände der Krankenkassen*

Die Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiKK) 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. In Tabelle 10 sind die Versorgungsbereiche aufgelistet, in denen diese Beteiligungsrechte gewahrt werden müssen.

Tabelle 10: Beteiligungsrechte von Patientenorganisationen (PatBeVO) bei regulativen Tätigkeiten von SpiKK und Leistungserbringern

SGB V	Gegenstand der Regulierung durch SpiKK und entsprechender Leistungserbringer
§ 21 Abs. 2	Verhütung von Zahnerkrankungen: Inhalt, Finanzierung, Dokumentation und Kontrolle (RE)
§ 36 Abs. 1	Festbetragsgruppen für Hilfsmittel
§ 36 Abs. 2	Festbeträge für Hilfsmittel
§ 84 Abs. 7 Satz 6	Richtgrößenvolumen: Empfehlungen an die Landesebenen (Kassen, KVen)
§ 111b	Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (RE) für ambulanten und stationären Sektor
§ 112 Abs. 5	Krankenhausbehandlung: Empfehlungen an die Landesebenen (Kassen, LKHGs, KHTr) (RE)
§ 115 Abs. 5	Transssektorale Verträge: Empfehlungen an die Landesebenen (Kassen, LKHGs, KVen) (RE)
§ 124 Abs. 4	Zulassung von Heilmittel-Erbringern: Empfehlung zu einheitlichen Zulassungsbedingungen (RE)
§ 125 Abs. 1	Heilmittel: Inhalt, Maßnahme, Qualität und Zusammenarbeit mit Vertragsarzt (RE); Beachtung: G-BA-RL
§ 126 Abs. 2	Hilfsmittel: einheitliche Bedingungen der Zulassung von Leistungserbringern (RE)
§ 128	Hilfsmittelverzeichnis: Erstellung eines Hilfsmittelverzeichnisses
§ 132a	Häusliche Krankenpflege: einheitliche Versorgung (RE); Beachtung: G-BA-RL
§ 132 b Abs. 2	Soziotherapie: einheitliche Anforderungen an Leistungserbringer (RE)

Eigene Darstellung

### *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). Das Ziel der gesammelten Daten soll darin bestehen, 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 Krankenhausesellschaft, 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 (vgl. Krüger-Brand 2004). Mit einiger Verzögerung hat sich die Arbeitsgemeinschaft Datenschutz im Februar 2006 konstituiert.<sup>16</sup> Neben der Patientenbeauftragten der Bundesregierung sind dort auch Angehörige von Selbsthilfeorganisationen und der Patientenberatung vertreten.

#### 4.2. Konsumentensouveränität und Privatisierung: die ökonomische Achse

Politische Maßnahmen zur Konsumentensouveränität und Privatisierung, die beide die ökonomische Achse konstituieren, wurden vor allem durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt. Im Ergebnis lassen sich die Nennungen zusammengefasst folgend beschreiben (siehe Tabelle 11).

Tabelle 11: Die Einführung von Maßnahmen zur Steigerung der Konsumentensouveränität und der Privatisierung während der rot-grünen Regierungszeit (Anzahl der genannten Variablen)

	GKV-GRG 2000	GKV-ModG 2003
Konsumentensouveränität	1	2
Privatisierung	-	4

Eigene Darstellung

<sup>16</sup> Auskunft von Stefan Etgeton (Verbraucherschutz Bundesverband, Berlin) auf eine E-Mail-Anfrage des Autors vom 18. April 2006.

#### 4.2.1. 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 Bonus-systeme 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-RG 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, bestätigt sich die bereits bei der theoretischen Diskussion dargestellte Nähe und Ambivalenz von Patientenautonomie und Konsumentensouveränität.

#### 4.2.2. 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 (vgl. Schneider/Hofmann/Köse, 2003, S. 20ff; Orłowski/Wasem, 2003, S. 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 (siehe Tabelle 12). 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 (vgl. Sachverständigenrat 2005: 632f; Fußnote 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 (vgl. BAGW 2004a, 2004b).<sup>17</sup> 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 sinkenden Altersruhegeld steigt (vgl. Pfaff et al. 2004). Welche Auswirkungen das neue Zuzahlungssystem und insbesondere die Praxisgebühr auf die gesundheit-

---

17 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).

liche Versorgung sozial und ökonomisch marginalisierter Gruppen haben, ist bislang unerforscht. Zu Recht fordert der Sachverständigenrat dazu auf, diese Wissenslücke zu schließen (vgl. Sachverständigenrat 2005: 730).

Tabelle 12: Die neuen Zuzahlungsregelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

	Praxisgebühr / 10 Euro pro Quartal bei Erstkontakt (außer bei Überweisungen an Facharzt)	Zuzahlung von 10 Euro pro Verordnung bzw. Tag	Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten (min: 5 Euro, max: 10 Euro)	Begrenzung der Zuzahlung auf die tatsächlichen Kosten	Begrenzung der täglichen Zuzahlung auf 28 Tage
Arztbesuch	X				
Verschreibungspflichtige Arzneimittel und Verbandmittel			X	X	
Heilmittel		X	X		
Häusliche Krankenpflege		X	X		X
Hilfsmittel			X	X	
Krankenhaus		X			X
Stationäre Vorsorge und Reha		X			(X)*
Medizinische Reha von Mütter / Väter		X			
Soziotherapie und Haushaltshilfe			X		

Eigene Darstellung nach BMGS, 2004, S. 111-112; \* = zeitliche Begrenzung nur bei Anschlussheilbehandlungen.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden zudem einzelne Leistungen ausgegrenzt. 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 (vgl. BMGS 2004: 113). Ebenfalls grundsätzlich nicht mehr erstattet werden Fahrkosten und die Sterilisation bei der persönlichen Lebensplanung, außer es gibt zwingende medizinische Gründe dafür (vgl. 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.<sup>18</sup> 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 auf dem 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.

## 5. Schlussfolgerungen

Die Antwort auf die Ausgangsfrage, inwieweit die rot-grüne Gesundheitspolitik eine Stärkung der Patientenorientierung bewirkt hat, ist von ambivalentem Charakter. Einerseits unterstreichen sowohl die Analyse der Wahlprogramme der Parteien als auch der entsprechenden Koalitionsverträge der Jahre 1998 und 2002 die Bedeutung, die Rot-Grün der Durchsetzung kollektiver und individueller Patientenrechte (Patientenautonomie und Patientenbeteiligung) beigemessen hat. Zudem ist die Rolle von Patientenverbänden und Selbsthilfegruppen im deutschen Gesundheitswesen während der rot-grünen Regierungs-

---

18 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 (vgl. Mosebach 2003).

zeit 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.<sup>19</sup> Andererseits sind durch das GKV-Modernisierungsgesetz auch zahlreiche Privatisierungsmaßnahmen gemeinsam von Regierungskoalition und CDU/CSU eingeführt worden (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 dem gemeinsamen Eckpunktepapier vom Sommer 2003: „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). Die Ergebnisse des GKV-Modernisierungsgesetzes zeigen somit, dass sich wegen der Machtverhältnisse im politischen System (Veto-Macht der konservativ-liberalen Opposition im Bundesrat) sowie der strategischen Zielsetzungen der Bundesregierung (Strukturreform mit Opposition notwendig) die wahlprogrammatischen Unterschiede in ein gemeinsames Gesetz transformiert haben, das zahlreiche politische Maßnahmen sowohl entlang der demokratischen Achse als auch der ökonomischen Achse eingeführt hat. Der Konsens wurde dadurch ermöglicht, 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 begründeten Notwendigkeit sinkender Beitragssätze übergeordnete, gemeinsam geteilte Politikziele zwischen beiden Gruppen (vgl. Mosebach 2005).

---

19 Das heißt jedoch nicht, dass die rot-grüne Konkretisierung von Patienten-Empowerment bzw. das Ergebnis des Gesetzgebungsprozesses mit den Erwartungen der Patientenverbände und Selbsthilfegruppen völlig deckungsgleich ist. Eine solche Aussage basiert zudem nur auf der Analyse von politischen Dokumenten, welche mikropolitische Aushandlungsprozesse und die Rolle von *politischen Innovatoren* in diesen nur unzureichend widerspiegelt. So ist z.B. bekannt, dass v.a. Horst Seehofer (CSU) sich besonders für die Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien des deutschen Gesundheitswesens eingesetzt hat. Die Herausarbeitung dieser Fragestellungen war jedoch außerhalb der Möglichkeiten dieser Studie.



---

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 Bonmots 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?

## 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.
- Barr, N. (2004): Economics of the Welfare State. Fourth Edition, Oxford: Oxford University Press.
- BMGS - Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Ratgeber zur gesetzlichen Krankenversicherung. Damit Deutschland gesund bleibt, Berlin: Referat für Öffentlichkeitsarbeit.
- Böcken, J./Butzlaff, M./Esche, A. (2001): Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche. 3. Auflage. Carl-Bertelsmann Preis 2000, 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), Berlin: Drucksache 15/1525.
- Diekmann, A. (1999): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Dierks, M.-L. (2001): Empowerment und die Nutzer im deutschen Gesundheitswesen. Habilitationsschrift zur Erlangung der Venia legendi für das Fach Public Health an der Medizinischen Hochschule Hannover, Abt. für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.
- Eggertson, T. (1990): Economic Behavior and Institutions, Cambridge: Cambridge University Press.
- Fritsch, M./Wein, T./Ewers, H.-J. (2003): Marktversagen und Wirtschaftspolitik. 5. Auflage, München: Verlag Vahlen.
- Gerlinger, T. (2002): Gesundheitspolitik unter SPD und Bündnis 90/Die Grünen - eine Zwischenbilanz zu Beginn der 2. Legislaturperiode. In: Gerlinger, T./Herrmann, M./Hinricher, L./Hungeling, G./Lenhardt, U./Seidler, A./Simon, M./Stegmüller, K.: Jahrbuch Kritische Medizin 37: Qualifizierung und Professionalisierung, 119-147. Hamburg: Argument Verlag.
- Gerlinger, T. (2003): Ein Schritt vorwärts - zwei Schritte zurück? Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998-2003. Prokla. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft, 33, 3: 365-388.
- Gerlinger, T./Stegmüller, K. (1995): "Ideenwettbewerb" um Wettbewerbsideen. Die Diskussion um die "dritte Stufe" der Gesundheitsreform. In: Schmitthenner, H.: Der "schlanke" Staat. Zukunft des Sozialstaates - Sozialstaat der Zukunft, 152-179. Hamburg: VSA.
- Hajen, L./Paetow, H./Schumacher, H. (2000): Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele, Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Hart, D. (2003): Einbeziehung des Patienten in das Gesundheitssystem. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Busse, R./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J./Walter, U.: Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, 333-339. München: Urban & Fischer.
- Hart, D./Francke, R. (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden : Nomos.
- Hodgson, G. (1988): Economics and Institutions, Cambridge: Polity Press.
- Hollingsworth, J.R./Boyer, R. (1997): Contemporary Capitalism. The Embeddedness of Institutions, Cambridge : Cambridge University Press.

- Hungeling, G. (2000): Patientenrechte und Politische Teilhabe. In: Gerlinger, T./Herrmann, M./Hinricher, L./Hungeling, G./Lenhardt, U./Simon, M./Stegmüller, K./Wolf, N.: Jahrbuch Kritische Medizin 32: "...aber vieles besser"? Gesundheit "rot-grün", 82-96. Hamburg: Argument Verlag.
- Jung, K./Gawlik, C./Gibis, B./Pötsch, R./Rheinberger, P./Schmacke, N./Schneider, G. (2000): Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: Ansprüche der Versicherten präzisieren. Deutsches Ärzteblatt, 97, 7: A 365-A 370.
- Kreuger, K. (2005): Entwurf zum Präventionsgesetz liegt vor: Sozialversicherungen sollen Präventionskosten allein tragen - Keine Mitfinanzierung durch Bund, Länder und Privatversicherungen. Soziale Sicherheit, 54, 1: 19-23.
- KV-Berlin - Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2005): Für Obdachlose - von unten kommt Bewegung in Sachen Praxisgebühr, in: KV-Blatt 1/2005, URL: [http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/publikation/archiv/kvblatt05\\_01/kvb0501q.html](http://www.kvberlin.de/STFrameset165/index.html?/Homepage/publikation/archiv/kvblatt05_01/kvb0501q.html) (12.03.05).
- Mielck, A. (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern et al.: Verlag Hans Huber.
- 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, S./Klobes, F./Scherrer, C.: Surviving Globalization ? Perspectives for the German Economic Model, 133-156. Dordrecht: Springer.
- Mosebach, K./Schwartz, F.W./Walter, U. (2004): Gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./Klotz, T./Haisch, J.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 341-353. Bern (u.a.) Huber.
- Niebuhr, D./Rothgang, H./Wasem, J./Greß, S. (2004): Die Bestimmung des Leistungskataloges in der gesetzlichen Krankenversicherung. Band 2, Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung.
- Nullmeier, F. (2004): Policy-Forschung und Verwaltungswissenschaft (unter Mitarbeit von Achim Wiesner). In: Münkler: Politikwissenschaft. Ein Grundkurs, 285-323. Reinbek: Rowohlt.
- Oberender, P.O./Fleischmann, J. (2002): Gesundheitspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft. Analysen der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform. Zukunft der Sozialen Marktwirtschaft Bd. 3. Hrsg. von der Ludwig-Erhard-Stiftung e.V., Stuttgart: Lucius&Lucius.
- Orlowski, U./Wasem, J. (2003): Gesundheitsreform 2004. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), Heidelberg: Economica.
- Parsons, W. (1995): Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis, Cheltenham/Northampton: Edward Elgar.
- Perleth, M. (2004): Denkfabrik für Profis und Patienten. G+G, 7, 1: 30-35.
- Pfaff, A.B./Langer, B./Mamberer, F./Freund, F./Kern, A.O./Pfaff, M. (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-A 96.
- Rakowitz, N. (2004): Blick zurück nach vorn. Zur Geschichte der kritischen Medizin aus heutiger Sicht. In: Elsner/Gerlinger/Stegmüller: Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, 56-66. Hamburg: VSA Verlag.
- Rice, T. (2004): Stichwort: Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung, Bonn: Kompart.
- RKI - Robert-Koch-Institut/StBA - Statistisches Bundesamt (2004): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 23: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Berlin : Robert-Koch-Institut.

- 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).
- Saltman, R. (1994): Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health Systems: A Conceptual Framework. *International Journal of Health Services*, 24, 2: 201-229.
- 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. Kurzexposition 2003: Strukturdaten 1980-2000 für 20 Länder. Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Augsburg: BASYS.
- Schulenburg, J.-M.G.v.d./Greiner, W. (2000): *Gesundheitsökonomik*, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schwartz, F.W./Mosebach, K. (2003): Gesundheitsreform 2003: Gesundheitspolitik zwischen Strukturreformen und Partikularinteressen. *Public Health Forum*, 11, 3: 2-3.
- Segal, L. (1998): The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy*, 44: 31-44.
- 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. In: Gerlinger, T./Heiskel, H. /Herrmann, M./Hinricher, L./ Hungeling, G./Lenhardt, U./Simon, M./Stegmüller, K.: *Jahrbuch Kritische Medizin 35: Leitlinien*, 45-71. Hamburg : Argument Verlag.
- Waiß, S. (2003): *Das National Institute for Clinical Excellence. Sozialer Fortschritt XX*, 2: 247-54.
- 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, H.U./Burkhardt, W. *Solidarische Gesundheitspolitik. Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin*, 159-170. Hamburg: VSA Verlag.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1998): *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO.
- Wörz, M./Wismar, M. (2001): Green Politics in Germany? What is Green Health Care Policy? *International Journal of Health Services*, 31, 4: 847-867.
- Zolnhöfer, R. (2003): Der Einfluss von Parteien und Institutionen auf die Wirtschafts- und Sozialpolitik. In: Obinger, H./Wagschal, U./Kittel, B.: *Politische Ökonomie*, 47-80.

In der Reihe

Diskussionspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie  
sind bisher erschienen:

- |          |  |                       |
|----------|--|-----------------------|
| 2005 - 1 | Rolf Schmucker: Die deutsche Arzneimittelzulassung im europäischen Wettbewerb (Dezember 2005)        | Schutzgebühr 1,50 EUR |
| 2006 – 1 | Kai Mosebach: Patienten auf dem Weg zur Macht? Ergebnisse rot-grüner Gesundheitspolitik (April 2006) | Schutzgebühr 2,50 EUR |

Die Diskussionspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a. M.

Tel.: (0 69) 6301-76 10 / Fax: (0 69) 63 01-66 21