

Patienten – Kunden – Beteiligte – selbstbewusste Patienten stellen Anforderungen an die Politik

Andrea Fischer

„Daher ist der Kranke kein Konsument, Nutzer, Verbraucher, Kunde oder Klient, er ist vielmehr ein in Not befindlicher Mensch, eben Patient, in der Regel voller Angst, in einer Ausnahmesituation, also weniger vertragsfähig als vertrauens- und verantwortungsbedürftig.“

Klaus Dörner, in: Die Gesundheitsfalle

„Wir brauchen informierte und selbstbewusste Patienten, die zwischen verschiedenen Angeboten wählen und ihre Mitverantwortung in der Behandlung wahrnehmen können.“

Prof. Eckart Fiedler, Universität zu Köln

Die Handlungsprämisse der deutschen Gesundheitspolitik ging über lange Jahre von Patienten als Schutzbedürftige, als Leidende, als zu Unterstützende aus. Von dieser Haltung gegenüber den Patientinnen ist die Perspektive noch heute bestimmt – demnach muss Politik stellvertretend die Interessen der Patientinnen wahrnehmen. Beide Seiten wollen es so: Die Patienten wollen eine Gesundheitspolitik, die sich von ihrem Bedarf leiten lässt, sie wollen sich geschützt wissen, auch vor erwerbsorientierten Interessen. Die Politik fürchtet, ein Bekenntnis zur Rolle des Patienten als Wirtschaftsakteur könn-

te das – ohnehin schwach ausgeprägte – Vertrauen der Bürger ganz zum Erliegen bringen.

Von dieser gesundheitspolitischen Prämisse weitgehend unbetroffen haben sich das Verhalten und die Rolle der Patienten im Markt für Gesundheitsleistungen in den vergangenen Jahren deutlich verändert. Patienten erwarten von ihren Ärzten heute, wie Kunden behandelt zu werden – sie nehmen lange Wartezeiten nicht mehr als unvermeidlich hin, sie wollen in der Praxis mit derselben Aufmerksamkeit und demselben Entgegenkommen behandelt werden, wie sie es aus anderen Kundensituationen kennen; sie erwarten Auswahlmöglichkeiten für Behandlung oder Medikation, sie machen sich selbst kundig über die Optionen von Behandlung ihrer Krankheit, sie wählen ihre Krankenkasse nach Preis und Qualität der Leistung aus, sie interessieren sich in stärkerem Maße für das Funktionieren des Gesundheitssystems und das Handeln der Akteure, seien es Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaunternehmen.

Gesundheitspolitische Aktivitäten haben in den vergangenen Jahren versucht, Marktmechanismen im Gesundheitssystem zu etablieren (meist in der Erwartung von Kosteneinsparungen) und das gewachsene Selbstbewusstsein von Patienten aufzugreifen durch Patientenbeauftragte, zunehmende Mitspracherechte von Patienten, mehr Informationen. Dabei wurde sorgsam darauf geachtet, diese Maßnahmen nicht als Dienst am Kunden des Gesundheitssystems zu apostrophieren, sondern sie wurden ausschließlich in den Zusammenhang gestellt, dass die Leistungen wirtschaftlicher erbracht und dass damit den gestiegenen Ansprüchen der Patienten entsprochen werden sollte. Der Begriff Kunde wurde von allen Seiten vermieden.

Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik erhebt einen hohen Anspruch an Fürsorge für die Versicherten und damit für die Patienten. Sie fühlt sich verantwortlich, ausgleichend alle widersprüchlichen Bedürfnisse von Patienten zu vereinen und zu vertreten, die die Bürger haben: Der Patient will, dass sein Arzt alles Notwendige für ihn tut, der Versicherte will möglichst viele Leistungen erhalten¹ und wenig Beitrag zahlen und der Bürger hat neben Gesundheit auch noch andere Bedürfnisse und Bedarfe. So will er nicht, dass das Gesundheitssystem alle Ressourcen auffrisst, die eine Gesellschaft für eine umfassende Versorgung ihrer Mitglieder aufbringen kann.

Diese Bedürfnisse auszugleichen war und ist stets ein schwieriger Akt. Im Zeitablauf hat sich die Gesundheitspolitik immer wieder für unterschiedliche Ansatzpunkte entschieden: Nachdem mit der angeblichen „Beitragsexplosion“ Ende der 70er Jahre das Problem ständig steigender Beitragssätze etabliert war, dominierte viele Jahre lang die „Kostendämpfung“ die Gesundheitspolitik aller Parteien, also der Versuch, mit unterschiedlichen Mitteln das Entgelt für die Leistungserbringer zu begrenzen. Es gab – eher kurze – Zeiten, in denen sich die Politik den Leistungserbringern zuwandte, die sich in wachsendem Maße von den ständigen Maßnahmen der Kostendämpfung demoralisiert zeigten. Ansonsten aber setzte die Politik beim Versuch, Beitragssätze stabil oder doch mindestens ihren Anstieg im Zaum zu halten, zunächst auf die „Hebung der Effizienzreserven“ (durch Deckelung der Ausgaben für Leistungsempfängergruppen) und in den vergangenen zehn Jahren in wachsendem Maße auf den Wettbewerb als Instrument, die Entwicklung der Preise zu dämpfen.

Die ausdrückliche Erwartung einer Wirkung des Wettbewerbs auf Preiskontrolle und Qualitätssteigerung entsprach einer gesellschaft-

¹ Diese Erwartung muss nicht unbedingt zutreffend sein: Bei gut informierten Patienten hat die Nachfrage nicht eine zwangsläufige Tendenz zu immer mehr Ausweitung, Bsp. Prostatakrebs, Volk et al. (2007), 33(5) 428-434.

lichen Entwicklung, in der Bürgerinnen immer stärker als Kundinnen wahrgenommen und gestärkt wurden. Staatliche Betriebe wurden privatisiert, das letzte Jahrzehnt begann zudem mit einer optimistischen Sicht auf die Möglichkeiten wirtschaftlicher Entwicklung. Die früheren Nutzer der staatlichen Großunternehmen wurden zu Kunden mit Ansprüchen an Servicequalität, als Kunden wurden sie – verstärkt durch die gestiegenen Informationsmöglichkeiten im Zuge des Internets – immer mehr zu aktiven, sich selbst informierenden und genau abwägenden Nachfragern von Angeboten. Damit einher ging eine Aufwertung des Verbraucherstatus, Verbrauchern wurde eine wachsende Konsumentenmacht bescheinigt. Dem entsprach, dass die Möglichkeiten für Verbraucher als Wirtschaftsakteure, sich auf der Grundlage guter Informationen zu entscheiden und verantwortlich zu handeln, für immer wichtiger erachtet wurden. Die Einsetzung eines Verbraucherschutzministeriums in Deutschland im Jahre 2001 verlieh der gestiegenen Beachtung der Rolle und der Bedürfnisse der Verbraucher ein sichtbares Zeichen. Das Gesundheitsministerium bestand daneben weiterhin, aber es veränderte seine Rolle und sein Rollenverständnis: „Dahinter steht auch ein neues Verständnis vom Versicherten, das sich in den letzten Jahren mehr und mehr manifestiert hat: der Patient als gut informierter und mündiger Partner im Gesundheitswesen. Mit den Reformen der letzten Jahre wurde konsequent der Weg hin zu mehr Wettbewerb beschritten. Jetzt gilt es, die Rolle, die Beteiligung, den Schutz und die Perspektive der Verbraucher in unserem Gesundheitssystem zu stärken.“²

„Durch mehr fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem kann auch Geld gespart werden, ohne dass Leistungen eingeschränkt werden.“, so hat auch der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler³ das bisherige Credo der Gesundheitspolitik übernommen. Ob dieser Wettbewerb durch eine „Gesundheitsprämie“, mittels derer in Zukunft nur noch die Gesundheitskosten aufgebracht werden und die notwendige Einkommensumverteilung nicht mehr innerhalb der Krankenver-

² Ulla Schmidt, ehem. Bundesgesundheitsministerin, Juli 2009.

³ BamS 28.12.2009.

sicherung, sondern durch das Steuersystem organisiert wird, noch befördert wird, ist offen; die Bundesregierung will darüber in naher Zukunft entscheiden. Es kann aber jetzt schon davon ausgegangen werden, dass die neue Bundesregierung eine affirmative Haltung zur Rolle des Versicherten und Patienten als Kunden hat, als Kunden der Krankenversicherung ebenso wie als Kunden der Leistungsempfänger. So Bundesminister Rösler: „Ich bin davon überzeugt, dass ein aufgeklärter, mündiger Patient besser beurteilen kann, ob das Preis-Leistungsverhältnis bei seiner Behandlung in Ordnung ist, als wenn man versucht, das staatlich zu regeln.“⁴

Der Patient bewegt sich also auf einem regulierten Markt für Gesundheitsleistungen, auf dem er in wachsendem Maße mit wettbewerblichen Strukturen und Mechanismen konfrontiert ist. Diese veränderte Gestaltung des Gesundheitswesens macht es in immer stärkerem Maße möglich, dass der Patient/der Versicherte in die Kundenrolle gerät und sie aktiv ausfüllt. Die Gesundheitspolitik nimmt bislang in Anspruch, statt des Patienten Entscheidungen zu treffen. Die Rolle als aktiver Kunde ist nicht konfliktfrei mit einer Rolle als schutzbedürftiges Objekt der Entscheidungen zu vereinbaren. Wie kann die Gesundheitspolitik dem Patienten nicht nur die Rolle des zahlungskräftigen und -fähigen Kunden zuweisen, ihm nicht nur immer mehr (Eigen-)Verantwortung abverlangen, sondern ihm als souveränem Marktakteur auch das entsprechende politische Gewicht beimessen, das einem Bürger zusteht?

⁴ Süddeutsche Zeitung 5.12.2009.

Wettbewerb als Instrument der Gesundheitspolitik

In den vergangenen Jahren wurde der Wettbewerb verstärkt als Instrument für die Bereitstellung von Leistungen eingesetzt. Den Krankenkassen ist inzwischen der Abschluss von Verträgen mit Anbietern möglich, in denen sie Preise für Leistungen und deren Umfang und Qualität festlegen können. Solche Verträge gibt es für Medikamente, für Hilfsmittel, mit Anbietern medizinischer Leistungen, auch im Krankenhausbereich sind vertragliche Vereinbarungen über das Angebot von Leistungen zugelassen. Davon hat sich die Politik Qualitätsverbesserungen, mehr Effizienz und weniger Bürokratie erwartet, in der Hauptsache versprach sie sich davon aber vor allem ein wirksames Instrument zur Begrenzung der Kosten. Prämisse dieser neuen Orientierung war dabei stets, dass es hier nur um den Wettbewerb der Leistungserbringer um die beste Qualität der Leistungserbringung oder um den Preis des Produkts gehen sollte. Keineswegs war vorgesehen, dass Bürger oder Kranke selbst auf diesem Markt als Kunden auftreten sollten, nur Krankenkassen sollten Abnehmer der Leistung sein, die sie ihren Mitgliedern anbieten. Das Motiv dahinter ist der Schutz von Patienten, die nur eingeschränkt über Informationen verfügen, aber eventuell aus der Not ihres Behandlungsbedarfs für Überzeugungsversuche seitens der Anbieter sehr empfänglich sein können.

Die von den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge mit Anbietern von Leistungen haben demgegenüber in der Wahrnehmung von Patienten eher zu einer Einschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten geführt, vor allem infolge von Rabattverträgen für Medikamente oder bei den neuen Vertragsmöglichkeiten der Krankenkassen für den Bezug von Hilfsmitteln. Sie werden in der Apotheke mit der Entscheidung ihrer Krankenkasse für ein Generikum eines speziellen An-

bieters konfrontiert oder sie können nicht mehr das Hilfsmittel im Sanitätshaus erstehen, das sie gewohnt sind.

Freie Wahl und damit deutlich wahrnehmbaren Kundenstatus haben die Versicherten allerdings seit 1996 bei der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung. Fast die Hälfte aller gesetzlich Krankenversicherten hat in den zehn Jahren nach Einführung des Kassenwahlrechts Gebrauch von der Wechselmöglichkeit gemacht;⁵ davon ein Drittel bereits zweimal, 15 Prozent sogar mehrmals. Befragt, was die Gründe für die Wechselbereitschaft sind, geben knapp 58 Prozent der Wechsler die hohen Beiträge an, aber auch bessere Leistungen und guter Service sind ein verbreitetes Motiv. Die Bereitschaft zu wechseln ist bei Menschen mit höherem Einkommen deutlich stärker ausgeprägt.⁶

Da der Gesundheitsfonds mit dem einheitlichen Beitragssatz für alle Kassen erst seit 2009 in Kraft ist, liegen noch keine Aussagen über den Wechsel der Kassen durch die Versicherten auch unter den neuen Bedingungen vor. Umfragen lassen aber vermuten, dass die Erhebung von Zusatzbeiträgen – die im ersten Jahr des Gesundheitsfonds von allen Kassen noch vermieden werden konnte, im Jahr 2010 aber von mehreren Kassen eingeführt werden mussten – die Wechselbereitschaft wieder deutlich steigen lassen könnten.⁷ Über die Wahl ihrer gesetzlichen Krankenkasse hinaus besteht für Versicherte in Deutschland die Möglichkeit, sich zusätzlich privat zu versichern; seit 2003 haben gesetzliche Kassen das Recht, ihren Mitgliedern solche Versicherungen zu vermitteln. Im Jahr 2008 weist

⁵ Klaus Zok, Beitragssatzkenntnis und Wechselbereitschaft in der GKV, WIdO-Monitor 2/2006, http://wido.de/wido_monitor_2_2006.html.

⁶ a.a.O. WIdO-Monitor 2006.

⁷ So eine Umfrage der MSR Consulting im Dezember 2009 [http://www.msr.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/gkv-bereits-fuenf-euro-zusatzbeitrag-erhoeht-die-wechselbereitschaft-der-jungen-mitglieder/?tx_ttnews\[pS\]=1263054021](http://www.msr.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/gkv-bereits-fuenf-euro-zusatzbeitrag-erhoeht-die-wechselbereitschaft-der-jungen-mitglieder/?tx_ttnews[pS]=1263054021) (abgefragt am 8.1.2010).

die PKV immerhin 21 Millionen Zusatzversicherungen aus, mit einem Schwerpunkt bei Zahnversicherungen.⁸

Die Patienten entrichten mit dem Beitrag zur Krankenversicherung aber schon lange nicht mehr allein die Kosten ihrer umfassenden Gesundheitsversorgung, sie werden in starkem Ausmaß zu Selbstbeteiligungen herangezogen. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes benennt für das Jahr 2006 bereits 13,6 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben, die von privaten Haushalten und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck (v.a. Wohlfahrtsverbände) aufgebracht werden. Im Jahr 2008 wurden von den Versicherten 4,9 Milliarden Euro an Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet, die meisten bei ärztlichen Behandlungen und Arzneimitteln.⁹ Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung gibt für 2006 an, dass Versicherte über den Krankenversicherungsbeitrag hinaus durchschnittlich 770 Euro für Gesundheitsleistungen aufwenden, wobei vor allem ältere Versicherte die Hälfte dieser Aufwendungen für Zuzahlungen ausgeben.¹⁰ Laut Statistischem Bundesamt lag 2008 der Anteil von Gesundheitsausgaben an allen Ausgaben privater Haushalte im Warenkorb bei 4 Prozent.¹¹

Der in den vergangenen Jahren gestiegene Anteil von privat finanzierten Leistungen durch Haushalte erklärt sich – neben den gestiegenen Zuzahlungsverpflichtungen in der GKV – auch dadurch, dass mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aktuell etwa eine Milliarde Umsatz in deutschen Arztpraxen gemacht wird. Einer Umfrage des WidO zufolge wurde 2005 mehr als einem Viertel aller Patienten der GKV privat erbrachte Zusatzleistungen von ihrem Arzt angeboten, in zwei Dritteln der Fälle aktiv ausgehend von den Ärz-

⁸ [www.pkv.de/Zahlenbericht 2008/2009](http://www.pkv.de/Zahlenbericht%202008/2009).

⁹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE), RKI Berlin 2009.

¹⁰ Brechtel/Zöll: Kassenbeiträge, Kassenleistungen, private Zuzahlungen, Gesundheitsmonitor 1/05, http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-3A59DAD9-C18A2701/bst/hs.xsl/prj_7097_86892.htm?suchrubrik=

¹¹ a.a.O. GBE, 2009

ten, in einem Drittel der Fälle aktiv nachgefragt von den Patienten.¹² Eine aktuellere Untersuchung ergibt sogar, dass 52 Prozent der Versicherten im Laufe ihres Lebens IGeL angeboten bekamen. Oft im Zusammenhang mit angeblichen Leistungseinschränkungen seitens der Kassen: „Von den GKV-Versicherten, die eine Leistungsbegrenzung in den vergangenen zwölf Monaten berichteten, wurden insgesamt 43,3 Prozent die versagten Leistungen überwiegend direkt im Anschluss als IGeL angeboten. Von den 94 GKV-Versicherten, denen eine versagte Leistung als IGeL angeboten wurde, ließen etwa zwei Drittel die IGeL anschließend tatsächlich durchführen.“¹³ Bei diesen Leistungen haben Patienten die freie Wahl, ob sie sie zu den angegebenen Kosten nachfragen wollen, allerdings nicht immer die notwendigen Informationen, um die Entscheidung auf solider Grundlage zu treffen (dazu mehr s.u.). Zudem geht der wachsende Anteil von privat finanzierten Gesundheitsleistungen auf den hohen – und steigenden – Umsatz mit rezeptfreien oder freiverkäuflichen Medikamenten zurück, die von den Verbrauchern selbst bezahlt werden. Er lag im Jahr 2006 bei 4,3 Milliarden Euro.¹⁴

Dazu werden immer mehr Leistungen auf dem Markt unter der großen Überschrift Gesundheit angeboten, die medizinisch nicht notwendig sind, die viele Menschen aber offenbar für wünschenswert halten, so zum Beispiel kosmetische Operationen, Massagen oder sportliche Aktivitäten. All diese privat erbrachten (Dienst-)Leistungen mit Gesundheitsbezug werden unter dem Sammelbegriff „Zweiter Gesundheitsmarkt“ zusammengefasst. Aussagen über den Umfang dieses Marktes konnten bislang nur eingeschränkt getroffen werden, da keine verbindliche Definition vorliegt. Zählen Bio-Lebensmittel oder Functional Food dazu? Die Schätzung der Beratungsgesellschaft Roland Berger in Höhe von 60 Milliarden Euro als Volumen für den Zweiten Gesundheitsmarkt im Jahr 2006 findet breite Verwendung.

¹² Zok/Schuldzinski (2005).

¹³ Richter/Rehder/Raspe (2009), 106(26): 433-9.

¹⁴ a.a.O. GBE, 2009.

Damit wird deutlich, dass Patienten in Deutschland sich sowohl innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als auch in wachsendem Maß auf dem davon nicht abgedeckten Bereich des Gesundheitsmarkts als freie Akteure auf einem regulierten Markt bewegen können. Wobei die Zuzahlungen dabei nicht Ausdruck einer freien Konsumentenentscheidung sind, denn dazu sind Patienten verpflichtet, wenn sie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen wollen, der Zweck dieser Zuzahlungen liegt in der Aufbringung zusätzlicher Mittel für die GKV. IGeL sind nur eingeschränkt Ausdruck freier Konsumentenentscheidungen, da sie vorwiegend im Zusammenhang mit der Aussage, dass die Krankenkasse die Übernahme dieser vorgeblich „notwendigen“ Leistung verwehre, angeboten und gekauft werden.

Aber die Versicherte, die sich für eine Krankenversicherung oder dagegen entscheidet, die Patientin, die privat medizinische Dienstleistungen nachfragt oder pharmazeutische Produkte kauft, nimmt aktiv die Rolle als Kundin ein. Die Entscheidung für Leistungen, Waren oder Versicherungen wird getroffen aus einem Gefühl oder einem Wissen, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ihren Wünschen und Ansprüchen nicht mehr entsprechen oder weil sie denkt, sie sind nicht ausreichend. Im Rahmen ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit bringt die Nachfragerin damit ihre Präferenzen als Kundin zum Ausdruck.

Hat der Gesundheitsmarkt sich seine Kunden gesucht?

So selbstverständlich heute auch das Kunden-Verhalten von Bürgern und Patienten auf dem Gesundheitsmarkt erscheinen mag, die Entwicklung dahin hat eine kurze Geschichte. Noch vor rund zehn

Jahren war das heute selbstverständliche Vorgehen innerhalb des Gesundheitssystems noch äußerst kontrovers diskutiert, vor allem seitens der Leistungserbringer. So traf die umfassende Qualitätssicherung auf verbreitete Skepsis seitens niedergelassener Ärzte und auch seitens der Krankenhäuser. Inzwischen sind die Ärztekammern selbst verstärkt aktiv (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) und Krankenhäuser haben sich nicht mehr der gesetzlichen Verpflichtung (seit 2005) widersetzt, strukturierte Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Dass im Gemeinsamen Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen, der über die konkreten Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen befindet, seit 2004 Patientenvertreter Mitspracherecht haben, hat nicht nur nicht zu Widerständen geführt, sondern wird inzwischen von allen Beteiligten als Gewinn betrachtet.

Durch die über 30-jährige Entwicklung der Selbsthilfebewegung haben sich die Patienten zudem selbst aus der ihnen zugeschriebenen und tatsächlichen Unmündigkeit begeben, sie haben sich zu selbstbewussten Experten in eigener Sache entwickelt. Inzwischen sind Patientenorganisationen ein wichtiger Gesprächspartner von Ärzten, Fachorganisationen, von Krankenkassen und von pharmazeutischen Unternehmen. Alle Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen suchen den Dialog mit Patienten.

Diese Entwicklung zusammen mit Weiterentwicklungen in der medizinischen Versorgung und dem Aufschwung von Prävention und Gesundheitsbewusstsein hat dazu beigetragen, dass Patientinnen auf dem Markt für Gesundheitsleistungen immer stärker als zahlende, zumindest potenziell zahlungswillige Nachfragerinnen wahrgenommen wurden, sie wurden für die Anbieter immer mehr zu einer eigenen Zielgruppe. So dass die Anbieter immer stärker nach Möglichkeiten suchten, sie – im begrenzten gesetzlich möglichen Rahmen – auch als Kundinnen anzusprechen. Inzwischen inserieren Kliniken und Arztpraxen im Netz oder in Zeitungen, Krankenkassen bieten Wellness- oder Präventionsreisen an, verschreibungsfreie Arzneimittel konnten schon immer beworben werden. Das Rubrum „Gesundheit“ wird – da der Begriff nur positiv besetzt ist – in wach-

sendem Maß als Indikator für die Vermarktung von Produkten eingesetzt, auch weit über den engen medizinischen Bereich hinaus. Das veranlasste das EU-Parlament beispielsweise, im Jahr 2006 eine Richtlinie zu verabschieden, wonach „Functional Food“, Lebensmittel mit einem angeblichen gesundheitlichen Zusatznutzen, nur noch beworben werden dürfen, wenn es einen wissenschaftlichen Nachweis für den angegebenen Nutzen gibt.

Diese Versagung irreführender Werbung wirft ein Schlaglicht auf ein generelles Problem des wachsenden Markts Gesundheit: Wie wird aussagefähige Information erstellt und wo liegen ihre Grenzen, vor allem im Hinblick auf Zuverlässigkeit und Überprüfbarkeit? Das Heilmittelwerbegesetz im Bereich der Arzneimittel sowie die standesrechtlichen Regeln für Ärzte begrenzen die Informationsweitergabe bislang deutlich, explizit soll Werbung für notwendige medizinische Leistungen ausgeschlossen werden.

Neben dieser strengen Begrenzung der Werbemöglichkeiten werden medizinische Themen – über das schon immer bestehende Interesse hinaus, das vor allem Zeitungen und Fernsehen bedient – aber in verstärktem Maß von Anbietern im Netz vertreten und präsentiert. Den Kundinnen steht heute ein Informationsangebot in bislang ungekanntem Ausmaß zur Verfügung, wobei es ihnen selber überlassen ist, welchem Anbieter sie vertrauen. Die Möglichkeiten, ungefiltert an die Patientin heranzutreten, werden umfassend genutzt, wobei der Wert der Information höchst unterschiedlich zu bewerten ist. Hier tut sich ein weites Feld auf für Anbieter von Informationsbewertung, die potenziellen Kundinnen helfen wollen, ihre Entscheidung zu treffen. Daneben hat das Werbeverbot für Arzneimittel durch die Kommunikation im Netz viele Möglichkeiten der Umgehung, denn bei der Suche nach Informationen über Arzneimittel können des Englischen mächtige Patienten auch in den USA fündig werden, wo die strengen Werbebeschränkungen für Arzneimittel nicht gelten.

Als Beispiel für die Schwierigkeiten von Kunden, geeignete Informationen über das von ihnen gesuchte Angebot zu finden, mag die Veröffentlichung von Qualitätsberichten von Krankenhäusern die-

nen, die inzwischen seit einigen Jahren gesetzlich vorgeschrieben ist. In einer Literaturanalyse der veröffentlichten Berichte kommt Doris Schaeffer zu dem Ergebnis, dass diese Berichte vor allem aus der Sicht von Außenstehenden, den Akteuren der medizinischen Leistungen, erstellt sind und die Wünsche und Präferenzen der Patienten nicht berücksichtigen. Diese Perspektive stärker in den Mittelpunkt der Informationen zu stellen, erfordere eine Konzipierung der Berichte unter Beteiligung der Patientinnen.¹⁵ Zudem kommt eine Studie über die Verständlichkeit von Qualitätsberichten zu dem Ergebnis, dass es überdurchschnittlicher Sprach- und Lesefähigkeiten bedarf, um die Informationen zu verstehen.¹⁶ Die Bertelsmann-Stiftung hat demgegenüber mit dem Portal „Weiße Liste“ ein umfassendes Informationsangebot über Krankenhäuser etabliert, das sie zusammen mit Patientenvertretungen (vzbv, BAG SH) erstellt hat.

Die Studie von Schaeffer verweist auf ein Problem, das den Informationsangeboten im Netz grundsätzlich zu eigen ist: Sie sind zumeist aus Anbietersicht erstellt und treffen nicht unbedingt die Bedürfnisse der nachfragenden Patienten. Ein Indikator für das unbefriedigte Bedürfnis nach Informationen mag der wachsende Erfolg von Ärztebewertungsportalen im Netz sein. Während diese ständig höheren Zulauf haben, gibt es begründete Zweifel daran, ob solche Bewertungen wirklich hilfreiche Informationen sind. Die KBV arbeitet derzeit daher an einem eigenen „Ärzte-TÜV“, der dem Informationsbedürfnis medizinisch qualifizierter nachkommen soll. Ob ein solches Informationsportal dann aber auch in Sachen Verständlichkeit und Zugänglichkeit den Bedürfnissen der Patientinnen entgegenkommt, ist derzeit offen.

Das Internet hat die Informationsmöglichkeiten der Patienten umfassend erweitert. Und es hat ihnen – im Zuge der Entwicklung des Web 2.0 – die Möglichkeit eröffnet, dass sie mittels Bewertung einen eigenen Beitrag zum Wissen über die Behandlungsqualität der Dienstleister leisten. Naturgemäß können solche Bewertungen die

¹⁵ Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006).

¹⁶ Friedemann/Schubert/Schwappach (2009), 71: 3-9.

fachliche Qualität nur begrenzt erfassen. Gleichzeitig weiß die Medizin aber um die Bedeutung der Patientensicht und des Verhaltens von Patienten (Compliance). Damit haben die Kommunikationsmöglichkeiten übers Netz einen eigenständigen Wert für das Ergebnis medizinischen Handelns. Gerade was die interaktive Kommunikation über das Netz betrifft, sind mit Sicherheit längst nicht alle Möglichkeiten der Nutzung dieses Informationskanals ausgeschöpft.

Leistungsumfang der GKV – statt Statthalter Krankenkasse in Zukunft selbstbestimmter Patient?

Das solidarisch finanzierte Krankenversicherungssystem wurde eingeführt – und soll, nach Aussagen aller politischen Kräfte, weiter geführt werden –, um zu gewährleisten, dass Menschen weder Angst haben müssen, ihre Gesundheitsversorgung nicht bezahlen zu können, noch daran arm zu werden. Die gesetzliche Krankenversicherung soll jedem Bürger den Zugang zu Leistungen unabhängig von seinem Einkommen ermöglichen. Ein solches System verlangt eine kontinuierliche politisch bestimmte Rahmensetzung – die im Zeitablauf verändert wird, denn sie spiegelt die gesellschaftlichen Haltungen und Sichtweisen wider. Aber an der Notwendigkeit, den Leistungsumfang zu bestimmen, kann in einem kollektiven Sicherungssystem mit Zwangsbeiträgen kein Zweifel bestehen – aus Gründen der Finanzierbarkeit und auch der Legitimation. Denn die Mitglieder einer solchen Versicherung wollen wissen, dass ihre Beiträge den Sinn der Versicherung erfüllen und nicht überstrapaziert werden.

Deshalb bestimmt die Politik – konkret die von ihr legitimierten Akteure -, welche Leistungen von der Krankenkasse übernommen werden und welche nicht. Dieser Leistungsumfang legt den Raum fest, in dem und über den hinaus private Nachfrage jenseits der GKV den Gesundheitsmarkt belebt. Diese Festlegungen sind in Deutschland bislang nur in sehr eingeschränktem Umfang Gegenstand öffentlicher Diskussion, sie werden ausschließlich im Rahmen des Expertengremiums Gemeinsamer Bundesausschuss getroffen.

Sehr selten werden Leistungen explizit gesetzlich festgelegt, eine der wenigen Ausnahmen ist die Übernahme von Leistungen zur künstlichen Befruchtung. Aber auch Bestimmungen über die Budgetierung, also Richtgrößen für die Verordnung von Leistungen durch Ärzte, die deren Wahlmöglichkeiten bei der Behandlung einschränken, sind nach politischen Vorgaben von den beauftragten Institutionen der Selbstverwaltung entwickelt worden. Patientinnen erfahren oft nur durch Ärztinnen in der Praxis davon. Sie verfügen aber über keine anderen Informationen dazu und können solche Aussagen nur hinnehmen. Es sei denn, der Arzt verbindet diese Informationen mit dem Angebot für eine selbst zu zahlende IGeL statt der von der Kasse nicht übernommenen, dann tritt der Patient in die Rolle des Kunden ein.

Die Politik hält demgegenüber an der grundsätzlichen Aussage fest, dass die gesetzliche Krankenversicherung alle notwendigen Leistungen übernimmt. In der Tat lässt sich der GBA davon leiten, dass er Medikamente oder Leistungen nur dann von der Übernahme durch die Krankenversicherung ausschließt, wenn sich kein eigenständiger Nutzen nachweisen lässt oder jedenfalls kein überlegener Nutzen einer neuen oder teureren Leistung als der bereits angewandten Leistung. In der Wahrnehmung der Patientinnen aber erscheint das anders. Sie sind nicht immer überzeugt davon, warum bestimmte Leistungen nicht mehr von der Kasse übernommen werden. Es gibt eine Reihe von Leistungen, die Patienten ihrerseits für notwendig, angemessen oder auch nur wünschenswert halten. Für Patientinnen ist der GBA mehrheitlich unbekannt, sie wissen nichts

darüber, wer darin nach welchen Kriterien entscheidet, und damit ist ihnen nicht ersichtlich, warum eine Leistung nicht mehr von der Krankenkasse gezahlt wird.

Ihnen ist unbekannt, dass es sich hierbei um ein Gremium der Selbstverwaltung aus Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte handelt und dass seit sechs Jahren Patientenvertreter in diesem Gremium Mitberatungsrecht haben, wenn auch kein Entscheidungsrecht. Der GBA übernimmt damit eine zentrale Funktion, das unbestimmte Leistungsversprechen des § 12 SGB V („Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“) konkret mit Leben zu erfüllen.

Es entspricht der langen Tradition der deutschen Gesundheitsversorgung, dass Vertreter der Selbstverwaltung über die Konkretisierung der Leistungen entscheiden. Diese Selbstverwaltung wurde immer getragen von Vertretern der Leistungserbringer und der Krankenkassen, Patientinnen waren dort bis eben vor wenigen Jahren nicht vertreten. Das Gremium GBA hat eine lange Geschichte, in der es von der Öffentlichkeit überhaupt nicht wahrgenommen wurde. In den vergangenen Jahren hat das Gremium das hinter sich gelassen, es veröffentlicht seine Entscheidungen im Netz, seine Repräsentanten treten öffentlich auf und begründen ihre Entscheidungen, teilweise sind auch die Beratungen des GBA öffentlich. Das Rede-Recht der Patientenvertreter hat – nach übereinstimmenden Aussagen aller Beteiligten – die Qualität der Diskussionen bereichert.

Trotz dieser deutlichen Verbesserungen in der Wahrnehmbarkeit der Arbeit und der Entscheidungen des GBA kann das noch nicht das Ende der stärkeren Patientenorientierung sein. Patientinnen wollen Informationen, sie wollen Entscheidungen treffen, sie wollen verstehen, warum etwas getan oder nicht getan wird. Allein das Verstehen ist für Patienten nur schwer zu erreichen – die veröffentlichten Entscheidungen des GBA sind nur für Fachleute verständlich. Hier steht dringend an, dass sich die Beteiligten um eine allgemeinverständliche Vermittlung von Beschlüssen bemühen. Gerade weil die Mit-

glieder des GBA für sich in Anspruch nehmen, ihre Entscheidungen auf der Grundlage evidenzbasierten Wissens zu treffen, sollten sie dafür Sorge tragen, sowohl die Erkenntnisse, die ihren Beschlüssen zugrunde liegen, als auch die Abwägungen, die sie für ihre letztendliche Entscheidung getroffen haben, zu erklären und zu publizieren. Dies ist eine Aufgabe des GBA insgesamt, aber auch der dort vertretenen Patientenorganisationen.

Darüber hinaus ist es nach einigen Jahren Patientenbeteiligung am Bundesausschuss Zeit, den Patientinnen im Gremium volles Stimmrecht zu geben. Im Jahr 2008 haben die beteiligten Patientenorganisationen entsprechende Forderungen erhoben.¹⁷ Es brauchte eine Zeit, bis die Organisationen sich zu dieser Forderung durchran-gen, denn die Sorge ist zu groß, dass sie als nicht-medizinische Laien gegenüber der Expertise der Vertreter von Kassen und Ärzten unterlegen sein könnten. Offenbar fühlen sich die Organisationen nach den ersten Jahren der Erfahrung mit der Beteiligung am GBA heute besser informiert und qualifiziert, dass sie in Richtung volle Mitsprache gehen wollen.

Nach dem traditionellen (Selbst-)Verständnis von Selbstverwaltung waren Kassen und Ärzte advokatorische Sachwalter der Patienteninteressen, Patienten waren nie als eigenständige Interessenvertretung vorgesehen. So war die Einführung von Mitspracherechten und -möglichkeiten der Patienten ein weitreichender Schritt. In der Logik der deutschen Selbstverwaltung spricht man hier von einer – bislang nur eingeschränkt handlungsfähigen – „dritten Bank“, entsprechend den beiden Bänken der Ärzte und Krankenkassen.

Die Patientenbeteiligung lässt sich aber auch anders organisieren, wie das Beispiel des britischen NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) zeigt. Dem NICE obliegt die Bewertung von neuen Produkten und Leistungen im britischen Gesundheitssystem zusammen mit der Entscheidung über Erstattung oder Nicht-Erstattung. Dort werden in jedem Komitee, das einzelne Entscheidungen trifft, einzelne Laienvertreter, die sich frei dafür bewerben können,

¹⁷ http://www.vzbv.de/mediapics/weiterentwicklung_patientenbeteiligung_06_2008.pdf.

einbezogen. Patientenorganisationen, die konkret von einer Entscheidung betroffen sind, werden zudem als Stakeholder angehört und einbezogen. Die deutsche Politik hat sich für einen anderen Weg entschieden, wonach einige repräsentative und Transparenz über ihre Arbeit und Finanzierung bereitstellende Organisationen grundsätzlich als Patientenvertreter anerkannt sind und dann jeweils betroffene Patienten in die einzelnen Untergruppen des GBA entsenden. Das wirft die Frage auf, ob der Schwerpunkt auf einem möglichst repräsentativen Einbringen von Patienteninteressen liegen soll oder auf der exemplarischen Einbringung der Sicht, des Denkens und des Empfindens von Betroffenen als potenzielle Empfänger von Hilfe.

Die Verordnung über Patientenbeteiligung von 2003 (PatBeteiligungsV) benennt Kriterien, die die Organisationen erfüllen müssen, die im GBA vertreten sind, womit viele Organisationen, die für sich nicht in Anspruch nehmen können, repräsentativ und (finanziell) unabhängig zu sein, von der Vertretung ausgeschlossen sind. Gleichwohl wird die wachsende Beteiligung von Patientinnen auf Sicht immer wieder die Frage aufwerfen, ob diese Organisationen tatsächlich für sich in Anspruch nehmen können, die Perspektive der Patienten umfassend zu vertreten. Je wichtiger die Patientenvertretung für Entscheidungen wird, desto stärker werden die Ansprüche an die Qualität der Entscheidung und die Legitimation der Vertreterinnen kritisch befragt werden. Die Schwierigkeit, Repräsentativität zu gewährleisten, könnte die exemplarische Einbeziehung einzelner Patientenvertreter dann zu einer attraktiveren Alternative zur bestehenden Patientenvertretung werden lassen, als es in der deutschen Diskussion heute erscheint. Einzelne Patienten zu beteiligen, wie es das NICE tut, legt den Schwerpunkt auf die Perspektive der subjektiven Sicht auf Behandlung, dieser misst sie eine eigenständige Qualität zu; die Repräsentativität und Rückbindung an das Kollektiv der Organisation hat demgegenüber weniger Bedeutung.

Selbst wenn die Informationen über Art und Umfang des Leistungskatalogs umfassender und verständlicher würden, wäre damit noch nicht das Ende der Entwicklung erreicht. Heute stellen die Infor-

mationen, die von den bekannten Institutionen und Organisationen gegeben werden, aufgrund ihres Absenders das Maximum an Vertrauenswürdigkeit dar. Der ganze Bereich der Social Media, also der zweiten, durch Interaktivität ausgezeichneten Netzgeneration, wird dagegen noch mit einer gehörigen Portion Skepsis betrachtet. Das wird die Kommunikationsbedürfnisse aber nicht einschränken, diese Frage wird als nächste anstehen bei der Veränderung der Rolle des Patienten im Gesundheitswesen. Überdies, darauf weist eine Untersuchung der California HealthCare Foundation hin, sind die aktiven Communities im Netz, die von Patienten betrieben und bestückt werden, selbst korrigierend, womit die Gefahren von Manipulation und Fehlinformation deutlich eingeschränkt werden. Es sei damit zu rechnen, dass sich die Gruppen ausdifferenzieren sowohl nach Krankheit und Status des Nutzers im Medizinbetrieb, sie werden mobiler und daher noch stärker genutzt werden.¹⁸

Ein solches Eigenleben von Patientengruppen im Netz könnte die Fragen nach der Repräsentanz der bisher in Deutschland anerkannten Patientenorganisationen neu stellen – es sei denn, sie machen sich verstärkt zu Initiatoren und Organisatoren solcher Kommunikationskanäle.

Exkurs: Patient als Kunde von IGeL

Die erwähnten IGeL, die von Ärztinnen ihren Patienten angeboten werden, machen diese zu Kunden. Zugleich aber sind die Patientinnen sehr unsicher darüber, wie sie eine informierte Entscheidung über den Kauf einer solchen Leistung treffen sollen. Hier handelt es sich um Leistungen, in denen die Kundin als Entscheiderin in einer schwächeren Position ist als bei anderen Leistungen auf dem Ge-

¹⁸ Sarasohn-Kahn (2008).

sundheitsmarkt. Geht es nur darum, sich dafür zu entscheiden, ob er sich die Nase korrigieren lassen, eine Wellness-Reise buchen oder ein Vitamin-Präparat zur Stärkung der Abwehrkräfte erwerben will, weiß der Kunde, dass es eine Option ist, nur seine Präferenzen für Gesundheit, Schönheit, Wohlbefinden sind entscheidend.

Mit dem Angebot einer selbst zu zahlenden ärztlichen Gesundheitsleistung verhält es sich anders. Denn dieses Angebot wird in einer Arztpraxis gemacht, von dem Arzt, der aufgesucht wurde, um ein gesundheitliches Problem zu diskutieren und zu behandeln. Die Situation ist damit von einer asymmetrischen Informationssituation gekennzeichnet, verstärkt durch die empfundene Dringlichkeit des Gesundheitsproblems und die Verunsicherung, was sich zur Vorbeugung einer Gesundheitsstörung unternehmen lässt. Das macht umfassende und unabhängige Information umso dringlicher.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und auch die Verbraucherzentrale haben Informationsblätter zu IGeL herausgegeben, in denen sie Patienten darüber aufklären, wie ein Arzt über das Angebot informieren soll, dass ein Behandlungsvertrag erstellt werden muss und was der enthalten soll. Auch wenn das zweifellos wichtige Hinweise für die Patientin sind, die Frage, ob sie eine solche Leistung in Anspruch nehmen soll, bleibt damit unbeantwortet. Zu den häufigsten IGeL finden sich Informationen auf den Seiten der Krankenkassen, die grundsätzlich über die konkrete Leistung, ihren gesundheitlichen Nutzen und die Bedingungen unterrichten, unter denen die Anwendung sinnvoll ist. Allerdings geben sie nur sehr verhalten bis gar keine Empfehlungen für die Entscheidung ab. Diese Informationen decken aber nicht alle möglichen Leistungen, die angeboten werden, ab. Die Patientenorganisationen haben das Vertrauen der Patienten und Versicherten, sie wären die richtigen, über diese Leistungen und ihr Pro und Contra zu informieren. Da sie die Patientenperspektive vertreten, ist zu erwarten, dass sie dies auch in einer Sprache und einer Form tun, die allgemeinverständlich ist.

Wie weit reichen die Entscheidungsmöglichkeiten des Kunden?

In der deutschen Gesundheitspolitik wird der Begriff des Kunden nicht verwandt. Beide Seiten haben daran kein Interesse: Die Bürger stehen der Vorstellung distanziert gegenüber, dass die Gesundheitspolitik sie als selbstverantwortliche Akteure auf einem Markt sieht, sich damit vielleicht aus der Verantwortung stiehlt und dafür ihnen, den Bürgern als Kunden, die Verantwortung zuweist. Umgekehrt will die Politik auch gar nicht aus ihrer Verantwortung entlassen werden, sie hält fest an einem Bild vom Patienten, der vor seinem eigenen Unwissen und vor den Ansprüchen der Leistungserbringer schutzbedürftig ist. Die Aussage, dass der Gesundheitsmarkt kein Markt wie andere sei, findet daher breites Einverständnis.

Zweifellos ist diese Feststellung eine Selbstverständlichkeit, denn das Gesundheitssystem ist kein freier Markt, sondern vielfach reguliert, und daher sind die Bedingungen, auf denen die Akteure auf diesem Markt handeln, von politisch definierten Wettbewerbsbedingungen im engen Sinne bestimmt. Überdies unterliegt eine starke wettbewerbliche Steuerung erheblichen Problemen, die mit der Asymmetrie der Informationen beginnen, über die daraus resultierenden Unsicherheiten der Patienten weitergehen und vor diesem Hintergrund auch bis zur Gefahr der Ausnutzung des Markts im Sinne der Interessen der Anbieter reichen.¹⁹

Wenn aber immer mehr Wettbewerbsinstrumente in der Gesundheitsversorgung ermöglicht und angewandt werden, damit Patientinnen immer stärker in die Rolle der Kundinnen geschoben werden, kann die Politik sich nicht verhalten, als könne sie das Gesundheitswesen so steuern, als seien die Patienten immer noch nur die Empfänger einer staatlich bereitgestellten und regulierten Leistung. Umso weniger als, wie oben bereits angedeutet, sich das Selbstverständnis der Patienten als Kunden entwickelt hat, auch infolge von

¹⁹ Stellvertretend zu dieser kritischen Diskussion vgl. Kühn (2004).

Entwicklungen, die weit über das Gesundheitswesen hinausgehen. Die Tatsache, dass das Gesundheitssystem solidarisch finanziert und darüber politisch entschieden wird, muss nicht heißen, dass die Finanzierung und die Leistungen von Seiten der Patientinnen nicht diskutiert werden. Im Gegenteil, stellt doch die Entwicklung von einem System, das von Leistungserbringern und Zahlern gesteuert wird, zu einem System, das Versicherten und Patienten eine immer aktivere Rolle zuweist, auch die Nicht-Beteiligung der Patientinnen an Grundentscheidungen in Frage.

Selbstbewusste Bürgerinnen erwarten, dass sie gehört werden – eben nicht nur von Ärzten oder anderen Leistungserbringern. Überdies ist es inzwischen auch ärztlicherseits unbestritten, dass die Mitwirkung von Patienten einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg einer medizinischen Maßnahme leistet. „Ein finanzierbares Gesundheitssystem ist ohne mündige Nutzerinnen und Nutzer kaum mehr vorstellbar. Nur von selbständig Handelnden kann eine gesundheitsbewusste Lebensweise erwartet werden.“²⁰

Was für das Medizinsystem gilt, warum soll es nicht für das System der Gesundheitspolitik gelten? Je stärker Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen zunimmt, je öfter von Eigenverantwortung der Bürger die Rede ist, umso dringlicher wird die Frage aufgeworfen, warum eigentlich die Politik denkt, sie kann auf Beratung seitens der Patienten verzichten?²¹

Dabei wirken ihre Entscheidungen doch ebenso auf die Versorgung von Patienten und Versicherten wie die von medizinischen Fachleuten. Gleichwohl gibt es Vorbehalte der Politik, die Sicht von Patientinnen und Versicherten zu berücksichtigen: sie hätten zu we-

²⁰ Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2009), S. 3

²¹ SGB V § 1: Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.

nig Kenntnis von Medizin, sie wollten immer mehr Leistungen und verweigerten sich jedweder Diskussion konfligierender Ziele; sie liefen Gefahr, der Beeinflussung von anderen Akteuren des Gesundheitswesens (Ärzte, Pharma etc.) ausgesetzt zu sein.

Selbstverständlich sind nur gewählte Volksvertreter legitimiert, Entscheidungen zu treffen. Aber den Primat des Parlaments anzuerkennen muss nicht bedeuten, seitens der Politik vollkommen auf Beratung durch im weiten Sinne betroffene Menschen zu verzichten. Mit einem solchen Verzicht vergibt sich die Gesundheitspolitik die Chance, besser zu verstehen, was in der Bevölkerung – sowohl von Versicherten als auch von Patienten – über das Gesundheitssystem gedacht wird, und sie verzichtet auf einen Weg, mehr Verständnis und Akzeptanz für ihre Entscheidungen zu finden. „Groups are remarkably intelligent, and are often smarter than the smartest people in them.“, sagt dazu James Surowiecki, der darum vom „Wisdom of Crowds“ spricht.²² Diese Klugheit der Vielen kann nur durch – im Einzelnen angepasst zu entwickelnde – Beteiligungsverfahren gefunden werden, die die verschiedenen Stimmen der Betroffenen hörbar machen und Wege zur Findung eines Endergebnisses aufzeigen. Dabei werden auch Partikularinteressen in der Gruppendiskussion relativiert und in Bezug zu anderen Interessen gesetzt, weshalb in solchen Verfahren auch über die Werte sinnvoll diskutiert werden kann, von denen sich Systementscheidungen leiten lassen.

Wenn es gelingt, öffentliche und im Entstehen und in der Bearbeitung der Ergebnisse transparente Beteiligungsverfahren zu etablieren, kann die veranstaltende Organisation – also etwa der Bundestag oder das Ministerium – darauf setzen, dass die in der Folge getroffenen Entscheidungen mehr Verständnis finden: „Die Herausforderung der Akzeptanz liegt darin, Anerkennung und Verständnis für die eigenen Interessen und Ideen sowie das eigene Handeln zu finden.“²³ Damit kann sie Vertrauen gewinnen, was für die Umsetzung von politischen Entscheidungen eine entscheidende Voraussetzung ist. Be-

²² Surowiecki (2005), S. 8.

²³ Meister/Oldenburger (2008), S. 13.

dingung ist aber, dass die Entscheider mit der Bereitschaft zu einer offenen Diskussion ihrer Vorschläge in solche Beteiligungsverfahren gehen – reine Schauveranstaltungen entlarven sich in kürzester Zeit selbst.

In der nächsten Zukunft liegt vor der deutschen Bundesregierung eine Diskussion über neue Finanzierungsregeln für das Gesundheitssystem, auf längere Sicht wird die Frage des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder zu einem kontroversen Thema in der Gesundheitspolitik werden. Es stünde der Politik gut an, neben der Beratung mit Fachleuten aus Medizin und Gesellschaftswissenschaften auch einen eigenständigen Strang der Erörterung der Probleme durch Patienten in die Entscheidungsfindung zu integrieren. Bislang hat die Gesundheitspolitik die Stärkung von Patienten und Patientenrechten vor allem als Aufgabe betrachtet, ihnen mehr Möglichkeiten zur Information und begrenzte Beratungskompetenzen in den Institutionen der Leistungserbringer zu schaffen. Die erwarteten Ansprüche der Patientinnen, die mit jeder weiteren Entwicklung der Kommunikation im Netz weiter ansteigen werden, werden sich aber nicht auf diese enge Sphäre der Entscheidungen innerhalb des Gesundheitssystems begrenzen lassen. Mitsprache bei der Festlegung des Leistungskatalogs ist sinnvoll und richtig. Aber warum dann nicht auch bei Entscheidungen über das künftige System der Finanzierung ihrer Krankenversicherung?

„As consumers take on increased responsibility for clinical and financial decisions in health, social networks will be one of the many platforms that will support sound decision-making.“²⁴

²⁴ Sarasohn-Kahn (2008), S. 14.

Literatur

- BERTELSMANN STIFTUNG (HRSG.) (2006): Bedarf an Patienteninformatio-
nen über das Krankenhaus - Eine Literaturanalyse von Prof. Doris
Schaeffer, Bielefeld.
- BRECHTEL, TH./ZÖLL, R. (2005): Kassenbeiträge, Kassenleistungen, pri-
vate Zuzahlungen, Gesundheitsmonitor 1/05, [http://www.bertels-
mann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-3A59DAD9-C18A2701/bst/
hs.xsl/prj_7097_86892.htm?suchrubrik=](http://www.bertels-
mann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-3A59DAD9-C18A2701/bst/
hs.xsl/prj_7097_86892.htm?suchrubrik=).
- DÖRNER, K. (2003): Die Gesundheitsfalle, München 2003.
- FRIEDEMANN, J./SCHUBERT, H.-J./SCHWAPPACH, D. (2009): Zur Verständ-
lichkeit der Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser: Systema-
tische Auswertung und Handlungsbedarf, in: Gesundheitswesen.
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES (GBE) (2009): RKI Berlin.
- KÜHN, H. (2004): Wettbewerb im Gesundheitswesen, in: Westfäli-
sches Ärzteblatt 6/2004.
- MEISTER, H.-P./OLDENBURG, F. (2008): Beteiligung – Ein Programm für
Wirtschaft und Gesellschaft, Heidelberg.
- RICHTER, S./REHDER, H./RASPE, H. (2009): Individuelle Gesundheitsleis-
tungen und Leistungsbegrenzungen: Erfahrungen GKV-Versicher-
ter in Arztpraxen, Deutsches Ärzteblatt Int 2009; 106(26).
- SARASOHN-KAHN, J. (2008): Wisdom of Patients: Health Care Meets
Online Social Media, California HealthCare Foundation, Oakland.
- SUROWIECKI, J. (2005): The Wisdom of Crowds, New York.
- UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG DEUTSCHLAND (2009): Neue Beratung
braucht das Land, Berlin.
- ZOK, K. (2006): Beitragssatzkenntnis und Wechselbereitschaft in
der GKV, WIdO-Monitor 2/2006, [http://wido.de/wido_moni-
tor_2_2006.html](http://wido.de/wido_moni-
tor_2_2006.html).
- ZOK, K./SCHULDZINSKI, W. (2005): Private Zusatzleistungen in der Arzt-
praxis - Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Wissenschaftli-
ches Institut der AOK (Hrsg.), Bonn.