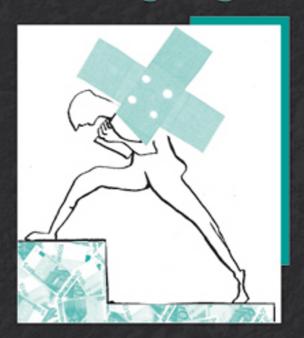
# Neue Soziale

F O R S C H U N G S J O U R N A L

# Bewegungen



# PARTIZIPATION UND MITGESTALTUNG Wege aus der Intensivstation Gesundheitswesen





Editorial  Ansgar Klein/Christoph Rupprecht/Thomas  Leif  Partizipation und Mitgestaltung  Wege aus der Intensivstation	Karl W. Lauterbach/Markus Lüngen Mehr Patientenrechte im Gesundheitswesen Echte Reformoption im korporatistisch verfassten Gesundheitswesen?
Gesundheitswesen	Jan Böcken Gesundheitsreform auf dem Prüfstand,52
Themenschwerpunkt	Akteursperspektiven und Kritiken
Aktuelle Analyse	Christoph J. Rupprecht/Michael Weller Partizipation und Bürgerbeteiligung
Adalbert Evers	Chancen für die Gesetzlichen
Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im	Krankenkassen56
Gesundheitsbereich8	Bernard Braun/Gerd Marstedt ' Alternative Strömungen in der
Aktuelle gesundheitspolitische Positionierungen	gesundheitlichen Versorgung67
	Winfried Beck
Ulla Schmidt	Gesundheitsmarkt - Oppositionelle
Patientinnen und Patienten müssen	Strömungen in der Ärzteschaft –
im Mittelpunkt stehen13	Demokratisierung76
Fritz Kuhn/Katrin Göring-Eckardt	Christoph Kranich
Bürgerbeteiligung - Reformmotor	Die neue Rolle von Patientinnen und
für das Gesundheitswesen	Patienten und die Professionalisierung ihrer Interessenvertretung
Frank Bsirske/Ulla Derwein	
Neue Rollen in der	Jürgen Matzat
Gesundheitspolitik?23	Die Selbsthilfe als Korrektiv und ,vierte
·	Säule' im Gesundheitswesen
Analysen aus Wissenschaft	
und Politikberatung	Anke Martiny
Stefan Greß/Christina Tophoven/Jürgen Wasem	Blockaden im deutschen Gesundheitssystem Immer teurer, aber nicht besser
Exit und Voice – Steuerungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten	Der Blick über die Grenzen
	Manfred Wildner/Reinhard Busse/Anne
Bernhard Badura	Brunner-Wildner
Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen	Patientenpartizipation in Europa
Vom Anhieter, zum Verbraucherschutz 30	1 were the participation in Catopa

René Slussgen/Dick Oudenampsen/Rally Rijkschroeff	Soziale Probleme und soziale Bewegungen	
Die niederländische Patientenbewegung	in Mexiko	
Eine dynamische Bewegung114	Eine aktuelle Zwischenbilanz153	
Heidi Nadolski	Treibgut	
Patienten in Amerika123	Materialien, Notizen, Hinweise159	
Pulsschlag	Literatur	
Klaus-Peter Stender	Sammelrezension	
Gesunde Städte	Das Gesundheitswesen beim Mängelcheck Auf der Suche nach einem Patentrezept für	
Birgit Weihrauch	einen mündigen Bürger	
Gesundheitskonferenzen in Nordrhein- Westfalen – eine Zwischenbilanz	(Karl-Heinz Boeßenecker/Christa Büker) 165	
	Solidarische Gesundheitspolitik	
Petra Kolip/Ingeborg Jahn	(Gabriele Rohmann)176	
Frauen, Frauenbewegung		
und das Gesundheitswesen143	Jenseits des Themenschwerpunkts	
Gabriele Rohmann	Was ist eine ,NGO'? Ein Lehrtext	
"Gesundheit ist keine Ware" -	(Christiane Frantz)178	
Die zentrale Attac-Kampagne		
des Jahres 2002149	Schöne, neue Welt	
	Michael Hardt und Antonio Negri	
Jenseits des Themenschwerpunkts	auf Abwegen	
of the control of the	(Gabriele Rohmann)181	
Tagungshinweis		
Soziologenkongress	Aktuelle Bibliographie183	
Oktober 2002 in Leipzig		
Ad Hoc-Gruppe: Soziale Bewegungen		
zwischen Regionalisierung und	Abstracts185	
Globalisierung152		

# Partizipation und Mitgestaltung Wege aus der Intensivstation Gesundheitswesen

Das Gesundheitssystem ist durch die Mitwirkung zahlreicher Akteure gekennzeichnet und in seiner Komplexität kaum zu überschauen. Zu den Akteuren zählen nicht nur ÄrztInnen und PatientInnen, sondern auch die Pharmaindustrie, die Apotheken, die Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen, Selbsthilfegruppen und Verbraucherorganisationen sowie die Weltgesundheitsorganisation und die EU.

In der dominierenden öffentlichen Wahrnehmung der Probleme im Gesundheitssystem scheinen die Fronten der Debatte klar zu sein: Geht es auf der einen Seite um Möglichkeiten, die enormen Kosten des Gesundheitswesens über Privatisierungsstrategien zu externalisieren ("mehr Markt"), verteidigt die andere Seite den solidarischen Sozialstaat ("mehr Staat").

Diese Engführung der Debatte verdankt sich den eindrucksvollen wirtschaftlichen Dimensionen des Gesundheitswesens: Die Ausgaben für das deutsche Gesundheitswesen betragen nach neuesten Angaben des Statistischen Bundesamtes (für das Jahr 2000) 218, 4 Mrd. Euro und damit 10,7 Prozent des Bruttoinlandproduktes. 124,4 Mrd. Euro (57 Prozent) entfallen davon auf die gesetzliche Krankenversicherung, auf die private Krankenversicherung 17,9 Mrd. Euro.

4,1 Millionen Beschäftige sind im Gesundheitswesen tätig, davon 71 Prozent Frauen. Die Gesundheitsdienstberufe repräsentierten mit 2,1 Millionen Beschäftigten im Jahr 2000 die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Neben Ärztinnen und Ärzten zählen u.a. auch Krankenschwestern und Krankenpfleger, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten so-

wie medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten zu den Gesundheitsdienstberufen. Einen sozialen Beruf wie Altenpflegerin und Altenpfleger, Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger oder Heilpädagogin und Heilpädagoge übten etwa 6 Prozent der Beschäftigten im Gesundheitswesen aus (259,000 Personen). Weitere 224,000 Personen waren im Gesundheitshandwerk oder in sonstigen Gesundheitsfachberufen tätig.

Doch die Zuspitzung auf "mehr Staat' vs. "mehr Markt' verdeckt eine dritte Reformoption: die Möglichkeiten, die auf die Stärkung von Partizipation, Mitgestaltung und Koproduktion in sozialen Diensten und Einrichtungen seitens der Bürgerinnen und Bürger setzen. "Bürokratisierung", "Verrechtlichung" und "sozialstaatlicher Paternalismus", der den Bürger immer mehr in die Rolle des "Klienten" gedrängt hat, sind dabei zentrale Stichworte. Auf sie reagieren Konzepte wie "Wohlfahrtsmix", "Wohlfahrtsgesellschaft" und "Wohlfahrtspluralismus", die sich mit den Kernbereichen der Systeme sozialer Sicherung auseinandersetzen.

Veränderte Leitbilder des Sozialstaates haben diese Kritik aufgegriffen: Im Koalitionsvertrag der rot-grünen Bundesregierung findet sich der Begriff des "aktivierenden Staates'. Die Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements' verwendet v.a. den Begriff des "ermöglichenden Staates" (Enquete-Kommission 2002). Der ermöglichende' und ,aktivierende' Staat ist dem Verdacht ausgesetzt, es handele sich bloß um eine Rhetorik, die den Rückzug des Sozialstaates kaschieren soll. Doch Ermöglichung und Aktivierung erfordern nicht den Abbau, sondern den Umbau des Sozialstaates! Der Auftrag des Sozialstaates, bestehende Gerechtigkeitslücken auszugleichen, bleibt unverzichtbar. Das bürgerschaftliche Engagement

eignet sich nicht als Ausfallbürge und Lückenbüßer.

Der Vorsitzende des Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen hat für eine Reform des Gesundheitswesens die Stoßrichtung deutlich gemacht: "Das deutsche Gesundheitswesen leistet aufgrund verschiedener qualitativer und struktureller Defizite nicht das, was es angesichts des finanziellen , technischen und personalen Ressourceneinsatzes leisten könnte. … Der Patient muss zum zentralen gesundheitspolitischen Leitbild werden." (Prof. Schwarz, Rede zum Hauptstadtkongress 2002)

Kritische Beobachter halten das Gesundheitssystem mittlerweile für kaum noch reformierbar. Zu ausgeprägt erscheinen ihnen die institutionellen Blockaden einer korporatistischen Vernetzung der Interessengruppen im System der Interessenregulierung. Zusätzliche Hemmnisse sind die Komplexität des Gesundheitswesens und die vorhandene Interessenshete-

40 tieber oder michtmorgen gehich erst mal in
olie Firma und am Dieustag
dann zum Arat. Sonst heilst
es wieder: olie Faber
macht blan!!

300
Sonntras!!

rogenität der Akteure. Die im System vorhandene Intransparenz beinhaltet auch die ständige Gefahr von Korruption,

Jeder Strukturwandel ist freilich zeitbedürftig und schwierig. Im Interesse der Patienten und Versicherten ist der Prozess des Strukturwandels zu beschleunigen. In Deutschland beherrschen zwei Pole die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens: die Organisationen der Ärzteschaft und der gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie steuern im Verhandlungswege Qualität, Art und Umfang der Versorgungsleistungen im Gesundheitssystem. Demgegenüber ist die Umorientierung auf einen dreipoligen kooperativen Kommunikationsprozess, in dem die Patienten, Versicherten und Bürger in rechtlich verfassten Institutionen des Gesundheits- und Medizinsystems zum gleichberechtigten Kommunikationspartner werden, in der Diskussion (Hart 2001: 81 und 89; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000: 233).

Die Möglichkeiten einer auf Demokratie und Mitgestaltung der Bürger, Patienten und Versicherten setzenden Reformstrategie müssen differenziert werden (zum Folgenden Sachverständigenrat 2001: 166ff.): Auf der Mikroebene ist eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehungen, die Beseitigung von Kommunikations- und Informationsdefiziten (etwa in Großkrankenhäusern) mittels der flächendeckenden Einführung unabhängiger Patientenfürsprecher bzw. -ansprechpartner oder auch die Vertretung von Patientenvertretern in Schlichtungsstellen für Arzthaftpflichtfragen anzustreben. Auf der Mesoebene müssen unabhängige Bürger-, Nutzer- oder Patientenvertreter einbezogen werden in Entscheidungsgremien der Krankenhausträger, in die berufsständischen Kammern und in die Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Ihre Mitwirkung in regionalen Gesundheitskonferenzen hat sich bereits, v.a. bei komplexen Strukturveränderungen in der Versorgung oder bei Bedarf an regionaler Vernetzung bewährt (dazu der Beitrag von Weihrauch in diesem Heft).

Auf der Makroebene geht es um den Einbezug der Bürger-, Nutzer- oder Patientenvertreter an den Abstimmungsprozessen der Spitzenverbände bzw. von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, aber auch Medizinische Dienste, z.B. bei Verfahren der Pflegeeinstufung), um die Entwicklung von allgemeinen bundesweiten Patientenvertretungen, die an den Tätigkeiten von Selbsthilfebewegung und Verbraucherverbänden anknüpfen können (siehe die Beiträge von Matzat und Kranich in diesem Heft). Patientenrechte könnten in einer verbindlichen Patienten-Charta ausgebaut werden.

Die Beteiligung von BürgerInnen, Versicherten und PatientInnen kann Fehlentwicklungen im Gesundheitssystem korrigieren (v.a. die bestehende Anbieterdominanz des ärztlichen Berufsstandes, Managementprobleme im medizinischen Ablaufsystem). Sie bietet Chancen für Organisationen und Einrichtungen im Gesundheitswesen, um Gesundheitsbedürfnisse, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe der Bevölkerung besserzu berücksichtigen. Zudem erhöht sie die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und von Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung (Sachverständigenrat 2001: 162).

Die positiven Wirkungen der Partizipation demonstriert das Beispiel der Frauengesundheitsbewegung. Sie hat für die Gesundheitspolitik bewirkt, dass Gesundheitsbedürfnisse von Frauen stärker aufgegriffen werden (siehe den Beitrag von Kolip in diesem Heft). Die bei der Behandlung von Brustkrebs offenkundig gewordenen Skandale machen deutlich, wie überfällig eine solche Neuorientierung war. Das Bemühen um eine bessere Gesundheitsversorgung für Frauen hat positive Auswirkungen für die Gesundheitsversorgung insgesamt. Verbesserte Informationen, Mitwirkungsrechte und die Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen können die Bürgerinnen und Bürger befähigen, an der Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen stärker mitzuwirken. Während in Deutschland individuelle Patientenrechte verhältnismäßig stark entwickelt sind, besteht ein offenkundiges Defizit kollektiver Patientenrechte auf der Ebene von Medizin- und Gesundheitssystementscheidungen. Hier gibt es erheblichen Fortentwicklungsbedarf, der anknüpfen kann an dem von der deutschen Gesundheitsministerkonferenz 1999 autorisierten Dokument "Patientenrechte in Deutschland heute'.

Anzustreben ist ein breiter Diskussionsprozess mit dem Ziel einer Patienten-Charta. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die öffentliche Diskussion über eine solche Charta bereits erhebliche Lemeffekte mit sich bringt. Neben Kassen als zentralen Vertretungen von Versicherteninteressen gibt es in Deutschland zwar Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen sowie Vertretungen der Berufsgruppen im Gesundheitssystem, doch fehlt eine breit verwurzelte allgemeine Patientenbewegung (siehe den Beitrag von Stüssgen u.a. in diesem Heft).

Partizipation ist immer auch als ein Prozess zu sehen, in dem durch die Nutzung von Partizipationschancen zugleich neue Kompetenzen zur Mitentscheidung erworben werden. Zentrale Begriffe sind in diesem Zusammenhang Autonomie, Wahlfreiheit, Kompetenz, Transparenz, Information, Eigenverantwortung und Selbststeuerung, finanzielle Beteiligung.

Die Redaktion versammelt in diesem Themenheft ein breites Spektrum von Positionen, Problembeschreibungen, Akteurssichten und Lösungsvorschlägen, die in Bürgerorientierung und Demokratisierung einen zentralen Ausgangspunkt der Reform des Gesundheitswesens sehen. Die Beiträge der AutorInnen analysieren strukturelle, institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen und Entwicklungen des Gesundheitssystems als Ermöglichungs-, aber auch Verhinderungsstrukturen für mehr Partizipation und Mitgestaltung im Gesundheitswesen. Sie beleuchten das Verhältnis von Wettbewerb und Demokratisierung, von Partizipation und Kundenorientierung und die verschiedenen Rollen von Kunde, Bürger, Versichertem und Patienten.

Zu den Diskussionsschwerpunkten des Heftes zählen die Möglichkeiten der Reform des korporatistisch "vermachteten" Systems der Selbstverwaltung, Überlegungen zu einer Stärkung der Mitwirkungsrechte von Patienten und Versicherten und einer Abkehr von ihrer paternalistischen Bevormundung, Optionen einer Verbesserung der Qualität von Gesundheitsleistungen, die Kritik am unausgewogenen Verhältnis von Anbietermacht und Verbraucherschutz und die Möglichkeiten unabhängiger Patientenberatung und -unterstützung, aber auch die Kritik an fehlenden Informationen, mangelnder Transparenz und Ineffizienz des Gesundheitswesens und der Unbeweglichkeit und fehlenden Gestaltungsbereitschaft der organisierten Ärzteschaft.

Die Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" hat im Juni dem Deutschen Bundestag ihren Bericht vorgelegt. Mit den Überlegungen der Kommission zu Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im Gesundheitswe-

sen wird das Heft eingeleitet. Es folgen die Positionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen, die derzeitig für Gesundheitspolitik verantwortlich sind. Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di will in diesem Jahr (ähnlich wie attac) das Konsliktthema Gesundheit mit einer Gesundheitskampagne politisieren.

Wissenschaft und Politikberatung sind im Gesundheitswesen fest installierte und einflussreiche Mitgestalter von Politikentwürfen. Die Redaktion hat daher ein Kondensat aktueller Überlegungen aus diesem Feld zum Einfluss von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen zusammengestellt.

Es folgen Akteursperspektiven und Kritiken aus der Praxis: Dargestellt werden die reformpolitischen Positionen der gesetzlichen Krankenkassen, die Bedeutung alternativer Strömungen in der gesundheitlichen Versorgung, die oppositionellen Strömungen in der Ärzteschaft, die Erfahrungen von Verbraucherzentralen und die Rolle der Selbsthilfebewegung im Gesundheitsbereich. Transparency International kritisiert Blockaden, Korruption und Intransparenz im deutschen Gesundheitssystem.

In unserer Rubrik "Pulsschlag" werden die Erfahrungen, Strukturen und Lernprozesse des Gesunde Städte-Netzwerkes, der Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen und der Frauengesundheitsbewegung dargestellt. Dort findet sich auch eine Darstellung der Gesundheitskampagne von "attac".

Den "Blick über die Grenzen" werfen wir auf die rechtlichen Grundlagen von Patientenpartizipation in Europa, auf die einflussreiche Patientenbewegung in den Niederlanden und das amerikanische Gesundheitssystem, das immer wieder in aktuellen Debatten als Vergleich herangezogen wird.

Im Rezensionsteil gibt es u.a. eine ausführliche Sammelrezension zu neuerer Literatur, die sich mit Fragen der Beteiligung von Versicherten und Patienten auseinandersetzt.

Kein Zweifel: Besonders in der Gesundheitspolitik ist eine zunehmende Unbeweglichkeit der Akteure mit Händen zu greifen. Das Gesundheitssystem ist in besonderem Maße geprägt durch den Machtkampf starker Interessengruppen. Um Licht ins Dunkel der Interessenfelder zu bringen, hat sich die Redaktion bemüht, Akteure und Konfliktfelder zu sortieren, ihren Interessenhintergrund transparent zu machen und damit zu einer sinnvollen Politikgestaltung aufzufordern. Der notwendige Prozess des Umdenkens soll mit diesem Heft Impulse erhalten.

Ansgar Klein, Berlin/Christoph J. Rupprecht, Düsseldorf/Thomas Leif, Wiesbaden

#### Literatur

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) 2000: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung, Köln.

Enquete-Kommission ,Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements'/Deutscher Bundestag (Hg.) 2002: Bürgerschaftliches Engagement: auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft, Opladen: Leske+Budrich und Berlin: Drucksache 14/8900.

Hart, Dieter 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Professionelle Entscheidungskompetenzen und strukturelle Veränderungen, in: Zeitschrift für Rechtssoziologie, Jg.22, Heft 1, 79-100.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Gutachten 2000/2001, Bundestagsdrucksache 14/5660, Bd. 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation,

Adalbert Evers

# Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im Gesundheitswesen

Verfolgt man die gegenwärtigen Debatten im Gesundheitswesen, so gewinnt man auf den ersten Blick den Eindruck, dass es im Kern einzig und allein um eine ordnungspolitische Entscheidung über den richtigen Mix von Markt und Staat geht. Die Metapher Markt berührt dabei vor allem Fragen wie die nach Umfang und Grenzen des Einflusses privaten Kapitals im Bereich der Arzneimittelversorgung, der Krankenhausträgerschaft oder der Managementmodelle für gesundheitliche Einrichtungen und nach der Regelung von Angebots- und Bedarfsstrukturen durch Wettbewerb und mehr individuelle Eigenverantwortung. Unter der Metapher Staat wird vor allem eine Debatte über den Umfang von sozialen Leistungsrechten, Qualitätsverordnungen und von Steuerungskompetenzen bei Bund, Ländern und Gemeinden geführt.

Auf den zweiten Blick wird jedoch deutlich, dass in dieser Debatte auch Bürger und Gesellschaft thematisiert werden. Hinter dem unauffälligen Wort von der "Selbstverwaltung" des Gesundheitswesens verbirgt sich unter anderem die Erinnerung daran, dass gesellschaftliche Akteure seit jeher das Gesundheitswesen mitgeprägt haben - z.B. ärztliche Berufsverbände und Krankenkassen. Das System der Selbstverwaltung in seiner heutigen Form kann natürlich nur allzu leicht als eine Art Travestie von "Bürgergesellschaft" verstanden werden, bei der staatliche Politik und eine Perspektive auf gemeinwohlverträgliche Reformen angesichts der Macht einflussreicher Gruppen abgedankt zu haben scheinen. Auf der anderen

Seite gibt es aber auch ein soziales Kapital an Engagement – wie etwa die Selbsthilfebewegung. Es verweist darauf, dass Ressourcen des Engagements und der Beteiligung vorhanden sind, die durchaus als Reformmotoren und nicht nur als Bremsen fungieren könnten.

Angesichts dessen war es eine Herausforderung für die Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements' des Deutschen Bundestages, in jenem Teil ihres Endberichts, der sich mit Fragen nach dem Zusammenhang von Sozialstaatsreform und bürgerschaftlichem Engagement befasst, zu skizzieren, was eine Aufwertung von Demokratie, Bürgergesellschaft und bürgerschaftlichem Engagement in einem Politikfeld wie dem Gesundheitswesen heute bedeuten könnte. Statt Selbstverwaltung lediglich als Metapher für einen mehr oder minder routinisierten Interessenabgleich zwischen einflussreichen Eigeninteressen auf Kosten von Gemeinwohlorientierungen zu verstehen, ist versucht worden, sie in den Kontext von Selbsthilfe, Engagement und Demokratic zu rücken. Die Überlegungen der Kommission dazu sollen im Folgenden kurz resümiert werden - von einem Mitglied, das an ihrer Ausarbeitung beteiligt war.

### 1 Nicht nur Staat und Markt

Engagement und gesellschaftliche Beiträge haben im Gesundheitsbereich und für seine Entwicklung in den letzten 150 Jahren gerade in Deutschland eine große Rolle gespielt.

- Betroffene haben sich in Solidarvereinigungen zusammengefunden und noch vor der Bismarckschen Einführung der Krankenversicherung ein System von Tausenden lokaler Hilfs- und Gesundheitskassen entstehen lassen; die Organisierung und Selbstverwaltung dieser Einrichtungen war ein wichtiges Feld von Engagement,
- Im Rahmen der Entwicklung von Standesund Berufsvereinigungen haben neben spezifisch ständischen Interessen immer auch Anliegen, die das öffentliche Interesse an der Gesundheit der Gesamtbevölkerung und das Gemeinwohl betrafen, eine Rolle gespielt.
- In einzelnen zentralen Bereichen und um Gesundheitsprobleme wie Alkoholismus, Rheuma, Behinderungen haben sich die von solchen Beeinträchtigungen und Krankheiten Betroffenen und ihre Angehörigen – lange vor der Welle der neuen Selbsthilfebewegung – selbst organisiert und engagiert.
- Gesundheit war schon immer Anlass für Bewegungen, in denen sich Betroffene, Engagierte, Laien und Professionelle gemeinsam engagierten noch vor der neuen Gesundheitsbewegung war das z. B. in den Hygienebewegungen und Initiativen des 19. Jahrhunderts und der Zeit der Weimarer Republik der Fall.

Die auch heute noch gebräuchliche Rede vom "System der Selbstverwaltung" und dem "Solidarprinzip" in der Gesundheitsversorgung verweist also einerseits auf eine lange zivilgesellschaftliche Tradition mit verschiedenen Strängen. Aber andererseits lässt sich kaum irgendwodeutlicher ablesen als im Gesundheitswesen, dass es viele Formen des Engagements gibt, die nicht als bürgerschaftlich – d. h. berücksichtigungsfähig gegenüber Gemeinwohlinteressen und demokratisch strukturiert – bezeich-

net werden können. So ist der Gesundheitsbereich seit Jahren Zielscheibe öffentlicher Kritik - als verkrusteter sozialindustrieller Komplex, wo das Engagement von z. T. ehrenamtlichen Interessenvertretern. Berufsverbänden und Standesorganisationen und der Lobbyismus für einzelwirtschaftliche Interessen in hohem Maße gruppenegoistische Ziele widerspiegeln. Dem korporatistischen System der Selbstverwaltung wird attestiert. Reformblockaden zu erzeugen, die staatliche Politik für sich allein kaum aufzuweichen in der Lage ist. Für gern vorgetragene pauschale Forderungen an ,die Politik', Gestaltungsmacht an ,die Gesellschaft' abzugeben, ist somit der Gesundheitsbereich ein Beispiel, das zur Vorsicht mahnen sollte. Für eine Aufwertung der Bürgergesellschaft als Partner staatlicher Politik müssen sich deren Akteure qualifizieren und im Konzert der Beteiligten dürfen sich nicht vorhandene Machtungleichgewichte einfach spiegeln.

# 2 Bürgerorientierung als Angelpunkt von Reformen

Gegenwärtige Forderungen in der öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion nach einer "Bürgerorientierung" des Gesundheitswesens verstehen sich denn auch eher "systemkritisch". Ansatzpunkt einer 'bürgerorientierten Systemgestaltung' soll eine Kombination von Reformen sein, die eine bessere Beteiligung, erhöhte Selbstbestimmung und einen verbesserten Schutz von Bürgern im Gesundheitssystem verbinden. Die Perspektive der Aufwertung der Rolle der Betroffenen, ihrer Rechte, Selbstund Mitbestimmungsmöglichkeiten wird dabei verknüpft mit der Forderung, im Gesundheitswesen als generelles Leitbild ,Bürgerkompetenz' zu verankern. Dies soll die Wege ebnen für die Etablierung eines neuen Qualitäts- und Dienstleistungsbewusstseins, das sich an der Entwicklung und Respektierung von Bürgerkompetenz orientiert. In diesem Rahmen geht

es einerseits darum, bei den medizinischen Diensten und Einrichtungen ein Leitbild zu fördern, das darauf setzt, die Adressaten und ihre Angehörigen als "Partner" zu behandeln. Zum anderen wird es darum gehen, komplexe Beteiligungs- und Selbstverwaltungsstrukturen in ihrer Rolle neu zu bestimmen. Nicht nur Leistungsstrukturen, auch Organisations- und Verhandlungskompetenzen, also das bisherige System der Selbstverwaltung, soll - so die Forderungen - dementsprechend verändert werden. Wahlrechte der Patienten zusammen mit mehr Gestaltungsrechten der Kassen in der Versorgungsorganisation könnten zu einer Aktivierung der Kassen als Selbstverwaltungsorganisationen der Versicherten führen. Diese könnten zugleich durch unabhängige und öffentlich verantwortete Patientenschutzeinrichtungen (Patientenanwaltschaft, Verbraucherschutzorganisationen) in ihrem Wirken extern begleitet werden. Mehr individuelle Kompetenz von Patienten im Umgang mit den komplexen Leistungs- und Entscheidungsstrukturen des Gesundheitssystems, eine Reform dieser Strukturen, aber auch ein Umlemen der dort beruflich Tätigen benötigen als Treibsatz Engagement im weitesten Sinne, sei es nun vor allem durch unmittelbare Betroffenheit. durch berufsethische oder auch bürgerschaftliche Zielsetzungen motiviert.

# 3 Engagement, Selbstorganisation und Beteiligung – Potenziale für Reformpolitik

Betrachtet man im Rahmen dieser allgemeinen und breit angelegten Perspektive einer Bürgerorientierung im Gesundheitswesen die vorhandenen Bestände an Engagement, dann lassen sich zumindest drei Felder erkennen, innerhalb derer es gerechtfertigt zu sein scheint, neben staatlicher Regulierung, Wettbewerb und Stärkung individueller Eigenverantwortung auch auf den engagierten Bürger zu setzen.

1. Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitsbereich spielt eine wichtige Rolle in Form der Selbstorganisation von breiten Betroffenengruppen und der direkten ehrenamtlichen Hilfe und Unterstützung. Diese Art von Engagement ist heute nicht mehr allein an traditionelle Organisationen wie das Deutsche Roten Kreuz, den Malteser Hilfsdienst, die Johanniter-Unfallhilfe oder den Arbeiter-Samariter-Bund gebunden, Innerhalb der Gesundheitsinstitutionen, z. B. in Krankenhäusern, findet ehrenamtliches Engagement vielfach als Unterstützung der Tätigkeit des professionellen Personals der Ärzte und Pflegekräfte statt. Neben ehrenamtlichen Helfern gibt es in vielen Krankenhäusern auf den Stationen auch offiziell bestellte Patientenfürsprecher. Eine besondere Art des Engagements hat sich in Deutschland seit den Achtzigerjahren mit der ambulanten Hospizbewegung entwickelt, wo etwa 16.000 Menschen ehrenamtlich tätig sind. Zu erwähnen sind auch die Suchtkrankenhilfe und die Laienhelfer in der Psychiatrie, insbesondere aber die AIDS-Hilfe, die aus einer Betroffenen-Bewegung hervorging und sich inzwischen mit der Deutschen Aids-Hilfe e. V. auch zu einer schlagkräftigen Lobby-Organisation weiterentwickelt hat

2. Auch fachliches und gesellschaftspolitisches Engagement spielt im Gesundheitsbereich eine wichtige Rolle – von der Vertretung spezifischer Gruppeninteressen bis hin zur Artikulation übergreifender Ziele. Die ehrenamtlichen Tätigkeiten im Rahmen der Berufsverbände im Gesundheitsbereich und die Mitarbeit Ehrenamtlicher in den Gremien der Selbstverwaltungsorgane von Ärzteschaft und gesetzlichen Krankenkassen sind Beispiele für fest etablierte Formen des Engagements, bei dem das Gewicht "bürgerschaftlicher" Motive und Orientierungen durchaus unterschiedlich sein mag. Im Kontrast dazu steht das locker gefügte und formell nicht verbindliche Engagement im Kontext der Ge-

sundheitsbewegung, die insbesondere mit den Gesundheitstagen 1980 in Berlin und 1981 in Hamburg ihren Höhepunkt hatte,

3. Die Bewegung der Selbsthilfegruppen, die sich überwiegend auf den Gesundheitsbereich konzentriert, steht für eine Form des Engagements, das sich aus unmittelbarer Betroffenheit heraus entwickelt. Über 50 Prozent aller Selbsthilfegruppen befinden sich im Bereich des Gesundheitswesens. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Engagements. Die Selbsthilfe-Bewegung wird inzwischen geme als "vierte Säule" des Gesundheitswesens beschrieben (siehe den Beitrag von Matzat in diesem Heft). Heute wird mit ca. 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen gerechnet, deren Mitglieder ca. 3 Millionen betragen. Um diese Gruppen herum lagert sich ein Kranz von öffentlichkeitsbezogenen Aktivitäten, die eindeutig dem Bereich des bürgerschaftlichen Engagements zuzurechnen sind: Die Deutschen Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfegruppen (DAG SHG) und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV) sind von den gesetzlichen Krankenkassen als maßgebliche Spitzenorganisation für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe und damit als Kooperationspartner anerkannt. In etwa 250 Städten und Kreisen der Bundesrepublik gibt es mittlerweile lokale Anlaufstellen für Fragen der Selbsthilfe. Als Fortschritt ist hier zu werten, dass seit dem 1.1.2000 festgelegt ist, dass die Krankenkassen Selbsthilfegruppen, -organisationen und Kontaktstellen zu fördern und in die Formulierung ihrer Grundsätze einzubeziehen haben.

# 4 Entwicklungsperspektiven aus Sicht der Enquete-Kommission

Vor dem gerade skizzierten Hintergrund an Denkansätzen, Selbstorganisations- und Beteiligungsformen wird deutlich, dass die Stärkung von Engagement und Bürgerorientierung weit mehr meint als die verstärkte ehrenamtliche Flankierung bestehender Strukturen. Es geht darum, gesellschaftliche Gruppen in zweierlei Hinsicht einzubeziehen und anzusprechen: als Bürger und nicht lediglich als Klienten und Konsumenten bei der Entscheidung und Meindungsbildung über Schwerpunkte und Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und als Koproduzenten im Prozess der gesundheitlichen Dienstleistung selbst. Mit Blick darauf sind in der Enquete-Kommission für den Gesundheitsbereich sechs Schwerpunktsetzungen formuliert worden.

- 1. Mit der Ausrichtung auf den "kompetenten Bürger' und die Patienten als "Partner' ist für zukünftige Reformen im Gesundheitsbereich eine Orientierung umschrieben, die grundsätzlich für bürgerschaftliches Engagement Raum bietet. Allerdings spricht einiges dafür, dass gegenwärtig vielfach die Qualifizierung der Partnerinnen und Partner als individuelle Konsumenten bei der Wahl von Kassen, Risikoabsicherung und medizinischen Leistungen im Vordergrund steht. Bürgerschaftliche Kompetenz sollte jedoch im Gesundheitswesen mehr als bisher auch an Bedeutung gewinnen durch die Stärkung entsprechender Formen der gemeinschaftlichen Selbsthilfe, des Engagements in und außerhalb des Berufs und bei der Vertretung bislang benachteiligter oder unterbewerteter Interessen. Leitbilder vom Partner und Bürger im Gesundheitswesen, die das nicht enthalten, sind unvollständig.
- 2. Dabei gilt es zunächst, die Selbsthilse im Gesundheitswesen mit ihren verschiedenen Organisationsstrukturen weiter zu stärken. Die Bundesregierung sollte in Abstimmung mit den entsprechenden Länderministerien für die Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften Sorge tragen, die den Krankenkassen eine –

auch finanzielle – Förderung von Selbsthilfegruppen verbindlich vorschreiben. Durch die Aufwertung der Rolle der gesetzlichen Krankenkassen sollte Selbsthilfeförderung als Gemeinschaftsaufgabe nicht durch den Rückzug von bislang Beteiligten bei Bund, Ländern und Kommunen Schaden nehmen.

- 3. Das erklärte Ziele der Aufwertung der Patienten als Partner und kompetente Bürger sollte sich auch in den jeweiligen Zusammensetzungen von Beratungs- und Abstimmungsgremien ('Runder Tisch im Gesundheitswesen') niederschlagen. Patienten- und Bürgerbelange, sei es durch individuelle expertenorientierte Anwaltschaft oder durch Repräsentanten von Betroffenenorganisationen, müssen hier ausreichend Sitz und Stimme bekommen. Darüber hinaus sollten konstitutive Faktoren bürgerschaftlichen Engagements Öffentlichkeit, Transparenz und ausgewiesene Wertorientierungen einen größeren Einfluss in Debatten und Entscheidungsprozessen haben.
- 4. Leitbilder und Praktiken zur Modernisierung zentraler Versorgungsinstitutionen sollten ebenfalls für Engagement in seinen verschiedenen Formen offener werden (z. B. bei Krankenhäusern: Kontakte mit Selbsthilfeeinrichtungen und -gruppen im Umfeld, Einrichtung von Patientenfürsprechern, Ansprache entsprechend Patientenorganisationen bei Organisierung zielgerichteter Versorgungskonzepte des Case- und Desease-Managements u.a.m.). Reforminitiativen internationaler Institutionen wie etwa der WHO (Beispiel: das Netzwerk 'Gesunde Krankenhäuser') sollten durch die nationale Gesundheitspolitik stärker noch als bisher unterstützt werden.
- Die Rechtsposition der Adressaten des Gesundheitssystems sollte nicht allein auf der Ebene individueller Konsumentenschutzrechte gestärkt werden. Zur wirksamen Sondierung von

Fchlorientierungen und -behandlungen und zur Materialisierung von Ansprüchen auf bestimmte Qualitäten und Standards gehört auch die Stärkung der Rolle von Patienten-Selbsthilfeorganisationen, Konsumentenvertretungen im Gesundheitswesen sowie von Beteiligungsstrategien und Modellen, die zur Mitarbeit einladen

6. Die Anerkennung als gleichwertiger Kooperationspartner setzt entsprechende Akzeptanz auf Seiten der Fachkräfte des Gesundheitswesens voraus. Soll die Kooperation zwischen ihnen und den engagierten Bürgerinnen und Bürgern im Gesundheitswesen gelingen, müssen bereits in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte Aufgaben und Herausforderungen eine Rolle spielen, die mit dem Leitbild des Adressaten als Partner und kompetenten Bürgers verbunden sind.

Alles in allem: Eine Reform des Gesundheitswesens sollte nicht allein als Frage nach dem richtigen Mix staatlicher Politik mit Marktelementen und Selbstverwaltung nicht nur als in vieler Hinsicht pervertiertes Relikt verstanden werden. Bürgergesellschaft und Bürgerorientierung liefern Ausgangspunkte dafür, Mitverantwortung und Beteiligung gesellschaftlicher Kräfte neu und anders zu verstehen als in der Tradition eines verkrusteten Lobbyismus. Ob und inwieweit man Engagement und bürgerschaftliche Kompetenz einzubeziehen bereit ist. das wird wesentlich darüber mitentscheiden, was staatliche Politik zustande bringt und was mehr Wettbewerb und individuelle Eigenverantwortung tatsächlich bewirken.

Prof. Dr. Adalbert Evers lehrt vergleichende Gesundheits- und Sozialpolitik an der Justus Liebig Universität in Gießen. In der Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" war er als Sachverständiger tätig.

**Illa Schmidt** 

# Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen

Gesundheit ist unser höchstes Gut. Gesundheit ist eine Voraussetzung für persönliche Zufriedenheit, Wohlbefinden und bestimmt die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Ziel jeder verantwortungsvollen Politik muss es sein, die Menschen vor Gesundheitsrisiken zu schützen und die Gesundheit in allen Lebensbereichen zu fördern. Eine in diesem Sinne umfassende Gesundheitspolitik muss auf den ganzen Menschen ausgerichtet sein. Gesundheit ist unteilbar!

Eine sozialdemokratische Gesundheitspolitik orientiert sich am Wohl der Patientinnen und Patienten und hält an der Grundlage einer solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Unabhängig von weiterem Reformbedarf ist das deutsche Gesundheitssystem leistungsfähig und Ausdruck gesellschaftlicher Solidarität. Es wird von Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch finanziert. Zu den solidarischen Stärken unseres Gesundheitssystems zählen nach wie vor: ein umfassender Versicherungsschutz für alle, ein unabhängiger Leistungsanspruch, der allein durch das medizinisch Notwendige definiert wird, und eine wohnortnahe Versorgung ohne Wartezeiten.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist das Herzstück unseres Sozialstaates und muss bewahrt werden. Es ist das Versprechen an die Menschen, sie vom ersten bis zum letzten Tag ihres Lebens in schwierigen Situationen wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung nicht alleine zu lassen. Natürlich bleibt

dieser Anspruch nicht ohne Zielkonflikte: Wenn wir krank sind, wollen wir die optimale Versorgung. Solange wir gesund sind, wollen wir niedrige Beiträge zur Krankenversicherung zahlen. Die hohe Qualität der medizinischen Versorgung muss für alle finanzierbar bleiben. Wir müssen sicherstellen, dass jeder Euro gut und wirtschaftlich ausgegeben wird.

Trotz hohen Mitteleinsatzes werden oft nur durchschnittliche Ergebnisse in der Gesundheitsversorgung erzielt. Deshalb müssen die Leistungen sinnvoll aufeinander abgestimmt, die Qualität gesteigert und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung in unserem Gesundheitswesen verbessert werden. Insgesamt müssen Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden, damit unser Gesundheitswesen auch morgen noch bezahlbar bleibt. Wir brauchen Reformen mit Augenmaß, die Antwort auf die Frage geben, wie die Herausforderungen durch die Alterung der Gesellschaft, den medizinisch-technischen Fortschritt und die Veränderung von Krankheitsbildern bewältigt werden können. Solidarität und Qualität sowie Wettbewerb und Transparenz sind zwei Seiten einer Medaille.

# Umorientierung auf Transparenz, Information und Beratung

Das deutsche Gesundheitswesen hat sich bisher hauptsächlich an Leistungserbringern und Kostenträgern orientiert. Patientinnen und Patienten wurden meist als Objekte der Fürsorge geschen. Deshalb brauchen wir eine Umprientie-

rung auf die Versicherten und die Patientinnen und Patienten. Diese sollen in die Lage versetzt werden, Kompetenz für ihre Gesundheit zu entwickeln. Um Eigenverantwortung für ihre Gesundheit und Krankheit übernehmen zu können, brauchen sie Informationen und eine adäquate Beratung sowie die Möglichkeit der Mitsprache und Mitgestaltung. Nur so können die Patientinnen und Patienten die Einrichtungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen und zum Erfolg von Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung beitragen.

Transparenz ist die Voraussetzung dafür, dass die Patientinnen und Patienten erkennen können, was das System für sie leistet. Wir können uns heute leicht über alles Wichtige und Unwichtige in der Welt informieren. Das ist auch gut so. Noch wichtiger wäre es aber zu wissen, in welcher Klinik der beste Leberspezialist arbeitet. Mit gut informierten Patientinnen und Patienten wächst das Vertrauen in das Gesundheitssystem und es wird gleichzeitig der Wettbewerb um die optimale Versorgung gefördert.

In dieser Legislaturperiode wurden die Wahlrechte der Versicherten, ihre Krankenkasse zu wechseln, deutlich gestärkt. Gesetzlich Versicherte wurden den freiwillig Versicherten gleichgestellt. Ebenfalls in dieser Legislaturperiode haben wir mit der Neuordnung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, der ab diesem Jahr in Kraft getreten ist, die Voraussetzungen für eine bessere Behandlung chronisch kranker Menschen durch strukturierte Behandlungsprogramme geschaften. Als Erstes werden qualitätsgesicherte Programme für die Behandlung von Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und Brustkrebs entwickelt. Gerade Menschen mit ehronischen Erkrankungen brauchen cinc gute und abgestimmte Behandlung. Mit den qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen kann Folgeschäden vorgebeugt werden. Sie sind ein entscheidender Schritt auf dem Weg zum Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention und zur Verbesserung der Lebensqualität chronisch kranker Menschen. Mit diesen Programmen schaffen wir die Verbindung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Krankenkassen, die sich hier engagieren, werden davon im finanziellen Ausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren. Damit dreht sich der Wettbewerb der Krankenkassen jetzt um die bestmögliche Versorgung chronisch kranker Menschen.

Für die großen Volkskrankheiten müssen auf der Basis allgemein anerkannter Standards verbindliche Behandlungsleitlinien formuliert werden, die eine qualitätsgesicherte Versorgung garantieren. Leitliniengesicherte Medizin ist kein Widerspruch zu individueller Therapie. Sie hilft den Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung ihrer Patienten und gibt ihnen eine Richtschnur für ihre verantwortungsvolle Arbeit. Leitlinien richten sich nicht gegen die Ärzteschaft, sondern unterstützen die Ärztinnen und Ärzte und machen den Behandlungsablauf für Patientinnen und Patienten transparent.

Heute entscheidet die Selbstverwaltung sowohl über die Bewertung der Qualität als auch über die Fortschreibung des Leistungskatalogs. Ohne deren Arbeit zu schmälern, stellt sich die Frage, ob dies eine gute Lösung ist oder ob es nicht eine Ursache dafür ist, dass viel zu viel Zeit vergeht, bis Entscheidungen gefällt werden. Deshalb schlage ich vor, diese Aufgaben zu trennen. Wir trennen die Bewertung von der Frage der Finanzierung. Über die Behandlungsleitlinien sollen unabhängige Sacherverständige in einem "Zentrum für Qualität in der Medizin" entscheiden. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erhält dann von diesem Zentrum die notwendigen Grundlagen,

um über die Fortschreibung des Leistungskatalogs entscheiden zu können. Ich verspreche mir dadurch mehr Dynamik und neue Möglichkeiten, wissenschaftlich abgesicherte medizinische Erkenntnisse schneller in die Versorgung zu überführen und überholte Therapien abzulösen. Von Anfang an sollen bei solchen Entscheidungen die Versicherten sowie die Patientinnen und Patienten beteiligt sein und ihre Stellungnahmen einbringen können.

Die Einführung qualitätsgesicherter Programme zur Behandlung chronisch Kranker (Disease-Management-Programme) bietet neue Chancen, die Kompetenz für die eigene Gesundheit und den Umgang mit seiner Krankheit zu erhöhen. Das Patienten-Arzt-Verhältnis erhält ein neues Gewicht und ist in den Ausbau einer integrierten Versorgung, in der die verschiedenen Gesundheitsberufe und verschiedene Sektoren der Versorgung zusammenarbeiten, eingebettet.

In einer älter werdenden Gesellschaft, in der die Menschen so lange wie möglich in ihrer angestammten Umgebung versorgt werden wollen, in der Krankheitsbilder immer komplexer werden, haben Hausärztinnen und Hausärzte eine Schlüsselstellung. Sie, die Fachärzte für Allgemeinmedizin, die Kinderärzte oder die hausärztlich tätigen Internisten, sind Ansprechpartner besonderen Vertrauens. Sie halten die "Fäden" der Behandlung zusammen und erschließen damit auch Wirtschaftlichkeitsreserven. Versicherte, die sich freiwillig für ihren Hausarzt als "Lotsen" entscheiden, unterstützen dies. Deshalb können ihnen die Kassen besondere Tarife anbieten.

Ein weiteres wichtiges Element für mehr Transparenz und Koordinierung der medizinischen Behandlung ist die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf freiwilliger Basis. Sie dient der Sicherheit der Therapie, indem

Doppel- und Paralleluntersuchungen vermieden und schädliche Wechselwirkungen von Medikamenten eingeschränkt werden. Sie dient der Patientenautonomie, weil sie das Behandlungsgeschehen transparent macht und die Patientinnen und Patienten aktiv in die Behandlung einbezieht. Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erhalten die Patientinnen und Patienten einen Zugewinn an Information und Transparenz bei gleichzeitig garantiertem Datenschutz, Darüber hinaus müssen sie einen Überblick über erbrachte Leistungen erhalten. Dazu ist ein Modellversuch in Rheinland-Pfalz begonnen worden. Auch für die Einführung der Gesundheitskarte sind die gesetzlichen Möglichkeiten geschaffen worden, um sie möglichst bald zu erproben.

Transparenz fehlt auch in der Arzneimittelversorgung. Bei unseren Maßnahmen in der Arzneimittelversorgung geht es um mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Entscheidend bei einem Medikament ist der Wirkstoff, nicht der Name eines Arzneimittels. Deshalb soll immer dann, wenn ein therapeutisch gleich wirksames Präparat zu einem günstigeren Preis vorhanden ist, das kostengünstigere gewählt werden. Für die gesetzliche Krankenversicherung sinken die Preise und die Qualität steigt. Das sichert den finanziellen Spielraum für teure neue Medikamente zur Behandlung der Patientinnen und Patienten. Wir brauchen Klarheit über den wirklichen Nutzen neuer Arzneimittel. Um die Spreu vom Weizen zu trennen, ist ein gesetzlich festgelegtes Verfahren notwendig, wonach der Arzneimittelpreis im Verhältnis zum Nutzen durch ein unabhängiges Institut bewertet wird. Zehn Prozent mehr Nutzen und ein dreihundertprozentig höherer Preis dürfen nicht sein! Wer dies zulässt, verhindert, dass auch morgen die Kranken alle notwendigen Arzneimittel erhalten, um ihre Krankheiten zu heilen oder ihre Schmerzen zu lindern. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung dient dazu, die Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, die Forschungsanstrengungen der Unternehmen stärker auf echte Arzneimittelinnovationen zu konzentrieren und damit ihre Wettbewerbsfähigkeit zu stärken und die Patientinnen und Patienten sowie die Ärztinnen und Ärzte zu informieren.

### 2 Prävention stärken

Krankheiten heilen ist das Eine, Krankheiten vorbeugen das Andere. Deshalb soll Prävention zu einem Leitbild der Gesundheitspolitik werden. Sie soll eine gleichberechtigte Säule neben der kurativen Medizin, der Rehabilitation und der Pflege werden. Dafür brauchen wir ein Präventionsgesetz, das die verschiedenen gesetzlichen Vorschriften bündelt, besser aufeinander abstimmt und die Grundlage dafür legt, die vielfältigen gesellschaftlichen Aktivitäten unter einem Dach schlagkräftig, finanz-

kräftig und kampagnenmäßig zusammenzufassen. Hier ist viel zu tun. Es wirkt immer noch nach, dass die alte Bundesregierung den gesamten Arbeitsbereich der Prävention faktisch zerschlagen hat. Hier zeigt sich ganz deutlich: Einreißen geht schnell und Aufbauen ist mühsam.

Die Chancen der Prävention hängen entscheidend davon ab, inwieweit die Menschen in der Lage sind, sich einzubringen und Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Gesundheitschancen wahrnehmen können nur informierte Patientinnen und Patienten. Deshalb müssen die Kompetenzen durch Information und Schulung gestärkt werden. Die Möglichkeiten der Medien müssen ebenso wie die Internetkommunikation einbezogen werden. Diese Eigenverantwortung der Menschen umfasst somit wesentlich mehr als manche darunter



verstehen, wenn sie von Eigenverantwortung reden und lediglich eine finanzielle Eigenbeteiligung meinen.

Das von der Bundesregierung vorgelegte Gesetz zur Verbesserung des Haftungsrechts bei Arzneimitteln mit Beweiserleichterung, neuem Auskunftsanspruch für geschädigte Patienten und Sicherung des Schmerzensgeldanspruches ist ein wesentlicher Schritt auf dem Weg zu mehr Patientenrechten. Selbstverständlich gilt im Arztrecht schon seit langem die Pflicht der Ärztin oder des Arztes zur gründlichen Aufklärung der Patientin oder des Patienten. Dieser Aufklärung im Einzelfall müssen größere Möglichkeiten der Versicherten vorausgehen, sich generell über die Möglichkeiten der medizinischen Leistungsangebote und deren Qualität zu informieren. Dies gilt sowohl für den ambulanten und den stationären Bereich als auch für nichtärztliche Leistungen, Dies haben wir im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und im Gesetz zur Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus - beide sind ab Beginn diesen Jahres in Kraft - ausdrücklich festgeschrieben.

Verschiedene Institutionen arbeiten mit den Patientinnen und Patienten zusammen. Dazu zählen etwa die Ärztekammern mit ihren Gutachter- und Schlichtungsstellen. In vielen Krankenhäusern gibt es bereits Patientenfürsprecher – Ombudsleute –, die in Entscheidungen einbezogen werden können und die bei Problemen vermittelnd tätig werden. Eine Vielzahl von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung unterstützen die Patientinnen und Patienten. Nicht zu vergessen ist die Bun-

deszentrale für gesundheitliche Aufklärung, deren Auftrag sich ausgeweitet hat und die objektive Informationen zu vielen Gesundheitsthemen bereit stellt. Dazu gehören die gesunde Ernährung, die Informationen für Mutter und Kind, die Unterstützung bei dem Willen, mit dem Rauchen aufzuhören, bis hin zur generellen Prophylaxe vor Suchtgefahren. Diese Aktivitäten werden von den Ländem und Kommunen weiter geführt. Die Bundeszentrale ist hier sozusagen Impulsgeberin.

Die Patientenberatung muss zu einer flächendeckenden Versorgung mit unabhängiger Gesundheitsinformation und Gesundheitsberatung ausgebaut werden. Nach dem Gesundheitsreformgesetz 2000 haben die Krankenkassen die Aufgabe, unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung finanziell zu fördern. Dazu werden zurzeit 31 Modellvorhaben gefördert. Nach Auswertung dieser Modelle kann abschließend beraten werden, welche Organisationsform Erfolg versprechend ist, darnit eine flächendeckende Versorgung mit unabhängiger Gesundheitsinformation und Gesundheitsberatung aufgebaut werden kann.

Bei dem von mir einberufenen "Runden Tisch" zur Modernisierung der Gesundheitsversorgung sind von Anfang an Patientenvertreter einbezogen gewesen. Die Mitwirkungsrechte der Patientinnen und Patienten müssen im Gesundheitswesen nachhaltig gestärkt werden. Dies wird ein wesentliches Element der Fortsetzung der Reformen im Gesundheitswesen sein.

Ulla Schmidt ist Bundesgesundheitsministerin und MdB.

Fritz Kuhn/Katrin Göring-Eckardt

# Bürgerbeteiligung – Reformmotor für das Gesundheitswesen

Spätestens seit dem letztjährigen Gutachten des Gesundheits-Sachverständigenrates ist klar, dass das deutsche Gesundheitswesen ein massives Qualitätsproblem hat. Insbesondere Patienten, die an Volkskrankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Diabetes leiden, werden häufig nicht nach dem Stand des medizinischen Wissens versorgt. Das schlägt sich auch auf der Kostenseite nieder. Durch Qualitätsdefizite in der Diagnose und Behandlung treten Komplikationen auf, werden die Krankheitsepisoden länger und häufiger, entstehen Folgekrankheiten und werden immer wieder überflüssige Operationen durchgeführt.

### Grenzen der Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen

Die rot-grüne Bundesregierung hat bei ihren gesundheitspolitischen Reformen in den vergangenen Jahren auf mehr Qualität gesetzt. Durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 ist erstmals Gesundheitseinrichtungen die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement auferlegt worden, durch die Positivliste werden künftig Arzneimittel auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und auch die Reform des Risikostrukturausgleichs mit ihren "Disease-Management-Programmen" birgt Chancen für die bessere Versorgung chronisch Kranker.

Allerdings können die ergriffenen Reformmaßnahmen über eines nicht hinwegtäuschen. Bei

allem Idealismus vieler Ärzte, Pflegekräfte und anderer Beschäftigter im Gesundheitswesen bringt unser Gesundheitssystem zu wenig Qualität – und damit auch Wirtschaftlichkeit – aus sich selbst hervor. Qualitätssicherungsmaßnahmen müssen vielfach erst per staatlicher Verordnung auf das System aufgesetzt werden und haben deshalb oft nur begrenzte Wirkung.

### 2 Anbieterkartelle und Patientenautonomie

Für diese fehlende Qualitätsdynamik in unscrem Gesundheitswesen sind institutionelle Blockaden verantwortlich. Ihre wichtigste ist die einseitige Ausrichtung des Systems auf die Leistungserbringer und Kostenträger. Die Interessenunterschiede zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen und die massiven Verteilungskämpfe innerhalb der Arzteschaft blockieren immer wieder notwendige Veränderungsprozesse. Ein aktuelles Beispiel dafür, dass die gemeinsame Selbstverwaltung aus Kassen und Arzteschaft gesetzliche Vorgaben gar nicht oder nur zögernd umsetzt, ist die Auseinandersetzung um die Ausgestaltung der "Disease-Management-Programme" für chronisch Kranke.

In unserem Gesundheitswesen werden die meisten Entscheidungen immer noch von Ärzten, Krankenkassen und Verwaltungen getroffen – und nicht von denen, um deren Gesundheit es doch eigentlich geht. Doch ohne mehr Versicherten- und Patientenbeteiligung werden die Reformblockaden und Qualitätsdefizite nicht zu beseitigen sein. Kein Ärzteverband, keine Krankenkasse und keine staatliche Administration können ein solches dringendes Interesse an der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgungsleistungen haben, wie deren aktuelle und potentielle Verbraucher.

Im Zentrum künftiger Gesundheitsreform muss deshalb die Aufwertung der Rolle der Versicherten und Patienten stehen. Auch das Gesundheitswesen braucht Verbraucherpolitik. Dafür ist aus Sicht von Bündnis 90/Die Grünen vor allem zweierlei erforderlich;

- · Versicherte und Patienten brauchen mehr Wahlfreiheiten: Patienten sollen nicht nur die "freie Arztwahl" zwischen verschiedenen niedergelassenen Ärzten treffen können oder sich zwischen verschiedenen Krankenkassen entscheiden. Patienten sollen künftig viel stärker als bisher zwischen einer Vielzahl unterschiedlicher Behandlungswege, Versorgungsformen und Gesundheitseinrichtungen entscheiden können. Ob ein Patient sich dem herkömmlichen niedergelassenen Arzt anvertraut oder ein Ärztenetz aufsucht, ob er eher der Schulmedizin oder einer naturkundlichen Behandlung vertraut, ob er dieses Krankenhaus oder jenes Gesundheitszentrum aufsucht - alles dass muss ihm selbst überlassen bleiben. Die Gesetzliche Krankenversicherung hat nur zu interessieren, dass die verschiedenen Angebote ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit auch unter Beweis gestellt haben.
- Versicherte und Patienten brauchen mehr Transparenz: Damit die Versicherten und Patienten ihre Wahlfreiheiten auch nutzen und selbstbestimmte Wahlentscheidungen treffen können, müssen sie Zugang zu verlässlichen und allgemein verständlichen Infor-

mationen über die Qualität von Leistungen und Leistungserbringern haben. Das Gesundheitswesen muss durchschaubarer werden.

#### 3 Wahlfreiheit

Damit für die Patienten und Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten entstehen, müssen für Ärzte und andere Akteure des Gesundheitswesens. die ausgetretene Pfade verlassen und z.B. ein Praxisnetz oder ein Gesundheitszentrum gründen wollen, die notwendigen rechtlichen Freiräume bestehen. Zu den wichtigsten Weichenstellungen durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 zählt die "Integrierte Versorgung", mit der ein Versorgungsbereich geschaffen wurde. in dem die scharfen Grenzen zwischen den Versorgungsbereichen überwunden werden und die Anbieter mehr vertragliche Bewegungsspielräume erhalten sollen. Die Widerstände der etablierten Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die neue Konkurrenz haben aber auch deutlich gemacht, dass hier im Rahmen der kommenden Gesundheitsreform noch einiges zu tun sein wird. Das Quasi-Vetorecht für die Kassenärztliche Bundesvereinigung bei der integrierten Versorgung verzögert die Gründung neuer Ärztenetze und gefährdet bereits bestehende Kooperationsverbünde. Die in den anderen Versorgungsbereichen geltende gesetzliche Vorgabe für die Krankenkassen, mit allen zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern eines Versorgungsgebietes Verträge abschließen zu müssen, und der Grundsatz, dass die Krankenkassen die Verträge ,einheitlich und gemeinsam' auszuhandeln haben, schränkt ebenfalls die Pluralität unterschiedlicher Behandlungswege, Versorgungsformen und Gesundheitseinrichtungen erheblich ein. Mehr Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und Patienten setzen mehr Wettbewerb - und damit auch mehr Vertragsfreiheiten - zwischen den Kassen und zwischen den Leistungsanbietern voraus.

## 4 Informationsmöglichkeiten

Damit Versicherte und Patienten ins Zentrum dieses Systems rücken können, benötigen sie unbedingt den Zugang zu zuverlässigen Informations- und Beratungsangeboten. Ähnlich wie heute schon in der Verbraucherberatung, braucht es eine bundesweite Struktur der Patientenunterstützung und -beratung. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat hier mit der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen, unabhängige Verbraucher- und Patientenberatungsstellen mit jährlich 10 Mio. DM zu fördem, den weiteren Weg gewiesen. Zur Wahrung ihrer Unabhängigkeit von kommerziellen Interessen und zu ihrer dauerhaften Finanzierung könnten die verschiedenen Informationssysteme analog zur "Stiftung Warentest" in einer "Stiftung Gesundheitstest" zusammengefasst werden.

Zur Sammlung und Aufbereitung der Qualitätsdaten, der Durchführung von Qualitäts- und auch Kostenvergleichen zwischen verschiedenen Angeboten und der Gewährleistung des freien Datenzugangs braucht es darüber hinaus leistungsstarke staatliche oder staatlich unterstützte Institute zur Qualitätsforschung.

In diesem Zusammenhang gilt es auch das herrschende Qualitätsverständnis zu überprüfen. Qualitätsmanagement, wie es heute im Gesundheitswesen durchgeführt wird, bezieht in den seltensten Fällen die konkreten Patientenerfahrungen ein. An der Planung und Gestaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Patienten in der Regel überhaupt nicht beteiligt. Für ein an den Patienten ausgerichtetes Gesundheitswesen ist aber solch ein paternalistisches Qualitätsverständnis völlig ungeeignet. Die heute in anderen Wirtschaftsbereichen längst übliche Praxis, die Rückmeldungen der Kunden zur Grundlage der eigenen Qualitätsentwicklung zu machen ("Beschwerdemanage-

ment'), wird auch in einem stärker wettbewerblich ausgestalteten Gesundheitssystem alltäglich werden müssen.

## 5 Selbstbestimmung statt Selbstbeteiligung

In der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussion wird der Begriff der 'Eigenverantwortung' immer dann hervorgezogen, wenn der tiefere Griff ins Portemonnaie der Bürger gerechtfertigt werden soll. Für Bündnis 90/Die Grünen steht der Begriff dagegen für das Ziel, die Bürger dabei zu unterstützen, selber etwas für ihr physisches und psychisches Wohlbefinden zu tun. Die stärkere Ausrichtung unseres Gesundheitswesens auf Versicherte und Patienten bedeutet eben auch, die Definitionsmacht über "Krankheit" und "Gesundheit" und die ggf. notwendigen Arzneimittel und Verhaltensänderungen wieder stärker auf die Bürger zurückzuverlagern. Die rot-grüne Bundesregierung hat die Krankenkassen bei der primären Gesundheitsförderung, der betrieblichen Gesundheitsförderung und auch bei der Selbsthilfeförderung wieder in die Pflicht genommen. Ein Beitrag des Staates könnte darin bestehen, der Gesundheitserzichung in den Schulen endlich den Stellenwert einzuräumen, den sie verdient. Kein Jugendlicher sollte die Schule verlassen, ohne etwas über Themen, wie "gesunde Ernährung', die "Auswirkungen von Alkohol- und Tabakkonsum' und "Stressbewältigung' gelernt zu haben.

#### 6 Verbraucherschützer Staat

Die demographischen Veränderungen und das zunehmende Gesundheitsbewusstsein machen das Gesundheitswesen zu einem der Zukunftsmärkte des 21. Jahrhunderts. Dabei liegen einige der besonders wachstumsintensiven Bereiche, wie die Wellness- und Fitnessindustrie oder absehbar auch die Gerontotechnik außerhalb des Gesundheitswesens i.e.S. Angesichts des größer werdenden Gesundheitsmarktes und des zunehmenden Wettbewerbs werden die Gewährleistung von verbindlichen Qualitätsnormen sowie der Verbraucherschutz künftig die wichtigsten gesundheitspolitischen Aufgaben des Staates darstellen.

Auch für die Zukunft gibt es in Deutschland keine Veranlassung, die Organisation der gesundheitlichen Versorgung in staatliche Regie zu nehmen. Für ein vielfältiges und qualitativ gutes Angebot an Gesundheitsdienstleistungen ist auch im Gesundheitswesen private Initiative hilfreich. Erforderlich ist allerdings ein Staat, der Gesundheitspolitik weniger als Standortpolitik für Krankenhausneubauten oder Arzneimittelunternehmen und mehr als Verbraucherpolitik wahrnimmt. Dabei hat er den Verbraucherschutz für diejenigen zu gewährleisten, die sich nicht selbst ausreichend informieren können oder aktiv beraten werden müssen, und Transparenz für diejenigen zu ermöglichen, die sich selbst um Informationen bemühen und als mündige Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen verhalten können.

# 7 Bürgerbeteiligung

Zur Reformagenda eines bürgergesellschaftlichen Gesundheitswesen gehört auch, Versicherte und Patienten nicht nur in ihrer Verbraucherrolle, sondern auch in ihren kollektiven Beteiligungsrechten zu stärken. Die Forderung der Gesundheitsbewegung in den Gremien des Gesundheitswesens, Patientenvertreter als "dritte Bank" neben die Vertreter von Ärzteschaft und Kassen aufzunchmen, ist sehr berechtigt. Allerdings stellt sich hier ein Legitimationsproblem – anders als in einigen anderen europäischen Ländern gibt es in Deutschland keine starke Patientenverbände oder gar einen Spitzenverband, der die verschiedenen Selbsthilfe-

zusammenschlüsse und Patientenvereinigungen bündelt und daher einen Vertretungsanspruch für alle oder zumindest die meisten Versicherten und Patienten stellen könnte. Daher wird die stärkere Beteiligung von Versicherten und Patientenvertretern in den Gremien des Gesundheitswesen nur nach und nach erfolgen können.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 hat hier erste – wenn auch vorsichtige – Schritte zu einer stärkeren Beteiligung von Patientenvertretern und Patientenorganisationen unternommen. Die "Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin", die den Weiterentwicklungsbedarf in der Qualitätssicherung bestimmt und Handlungsempfehlungen zur Qualitätssicherung abgibt, kann zu ihrer Arbeit Patientenvertreter hinzuziehen – und auch bei der Zusammenstellung der Arzneimittel-Positivliste haben die Patientenvereinigungen ein Anhörungsrecht erhalten.

Es gibt inzwischen einige andere nationale und internationale Beispiele, die es auszuwerten und ggf. zu übernehmen lohnt. So ist in Rheinland-Pfalz der Versuch gestartet worden, an der Schlichterstelle der Landesärztekammer auch Patientenvertreter zu beteiligen. Zu erörtem wäre auch, ob nicht nach österreichischem Vorbild in den Landesparlamenten oder auch im Bundestag ständige Patientenanwälte berufen werden sollten, die den Beschwerden von Patienten und ihrer Verbände nachgehen und gegenüber dem Parlament berichtspflichtig sind. Kurzfristig umsetzen ließe sich auch der Vorschlag, im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, der den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung festlegt und damit eines der wichtigsten Steuerungsgremien unseres Gesundheitssystems ist, Vertreter von Selbsthilfe- und Patientenverbänden beratend zu beteiligen.

Das damals noch von Andrea Fischer geleitete Bundesgesundheitsministerium hat 1999 eine Arbeitsgruppe "Patientenrechte in Deutschland – Fortentwicklungsbedarf und Fortentwicklungsmöglichkeiten" eingesetzt, an der auch die Patienten- und Verbraucherschutzverbände beteiligt waren. Von den vielen Vorschlägen, die die Arbeitsgruppe gesammelt und bewertet und in ihrem Abschlussbericht 2001 vorgelegt hat, sollten einige durch die nächste Gesundheitsreform umgesetzt werden. Im Zentrum muss dabei die Verabschiedung eines Patientenschutzgesetzes stehen, das die Patientenrechte zusammenfasst und weiterentwickelt

### 8 Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen

Damit die solidarische Gesundheitsversorgung trotz steigender Anforderungen erhalten werden kann, muss im Gesundheitswesen eine Qualitätsdynamik entstehen, die das System aus sich selbst heraus effektiver und effizienter macht. Für diese Verbindung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ist die stärkere Partizipation von Versicherten und Patienten unverzichtbar.

Bündnis 90/Die Grünen stehen für diesen Paradigmenwechsel hin zu einem Gesundheitswesen, in dem die Versicherten über ihre Rolle als Beitragszahler und Patienten hinaus ernst genommen werden als:

 Koproduzenten ihrer Gesundheit, die durch ihr Verhalten maßgeblich über ihr physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden mitbestimmen;

- Verbraucher, die Wahlentscheidungen zwischen verschiedenen Kassen, Anbietern von Gesundheitsleistungen und Versorgungsformen treffen und damit wichtige Steuerungsimpulse für das System setzen;
- Bürger, die selbst bzw. über ihre Vertreter regional und national über die Ziele und Strukturen des Gesundheitssystems mitentscheiden.

Für eine reformorientierte Gesundheitspolitik zeichnen sich damit neue Formen der Zusammenarbeit ab. Jede Reformpolitik ist darauf angewiesen, ihre Vorstellungen nicht nur am Reißbrett zu entwerfen, sondern auch konkrete Durchsetzungsperspektiven aufzuzeigen. Das ist im Gesundheitswesen, das von starken und oft auch gegensätzlichen - wirtschaftlichen Interessen durchzogen wird, fast noch wichtiger als in vielen anderen Politikbereichen. Eine auf Qualität und die Beteiligung der Versicherten und Patienten ausgerichetet Reformpolitik muss damit rechnen, auf viele Widerstände zu treffen. Sie hat aber auch die Chance, durch ,strategische Partnerschaften' mit Patienteninitiativen, Selbsthilfezusammenschlüssen und Verbänden die notwendige Dynamik und Durchsetzungskraft zu gewinnen.

Fritz Kuhn ist Bundesvorsitzender von Bündnis 90/Die Grünen.

Katrin Göring-Eckardt ist 1. Parlamentarische Geschäftsführerin und gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen.

Frank Bsirske/Ulla Derwein

# Neue Rollen in der Gesundheitspolitik?

Die solidarische Krankenversicherung wurde und wird von Gewerkschaften in erheblichem Umfang mitgestaltet. Die Absicherung des Krankheitsrisikos und deren Finanzierung, Prävention und Gesundheitsförderung standen und stehen im Mittelpunkt von Auseinandersetzungen und Diskussionen zwischen Gewerkschaften, Politik und Arbeitgebern. Ver.di fordert eine deutliche Verbesserung der Qualität dieser Leistungen: Die Entscheidung über Qualität soll nicht mehr allein den Leistungserbringern vorbehalten sein.

Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft vertritt 2,8 Millionen Versicherte und damit 2,8 Millionen potentielle Patientinnen und Patienten, Rund 400,000 von ihnen arbeiten im Gesundheitswesen oder bei den Krankenkassen. Verdi sieht sich in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass die Weichen richtig gestellt werden, wenn nach der Bundestagswahl weit reichende Reformen anstehen: Patientinnen und Patienten sollen hochwertige Gesundheitsdienstleistungen bekommen - solidarisch und paritätisch finanziert und effizient erbracht. Wir brauchen humane Arbeitsbedingungen und eine gute Aus- und Weiterbildung für diejenigen, die im Gesundheitswesen oder in der Altenpflege arbeiten. Die Kette von Reformen, die nur Sozialabbau gebracht haben, muss beendet werden: Statt dessen gilt es, den Sozialstaat zeitgemäß weiterzuentwickeln - gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten.

### Was unser Gesundheitssystem bisher leistet

Wir haben ein gutes System, aber Defizite in der Ausgestaltung. Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland genoss lange Jahre hervorragende internationale Anerkennung. Der Grund dafür liegt einmal im System selbst. Unsere Gesetzliche Krankenversicherung sichert die Gesundheitsversorgung von nahezu 90 Prozent¹ der Bevölkerung und ist damit jedem privaten Sicherungssystem weit überlegen. In den USA, dem weltweit teuersten und weitestgehend privatisierten Gesundheitswesen, können sich nicht einmal halb so viele Menschen eine ausreichende Krankenversicherung leisten.

Steuerfinanzierte nationale Gesundheitssysteme bieten zwar eine breite Absicherung, sind jedoch störanfälliger. Gesundheitsausgaben müssen Jahr für Jahr mit anderen Ausgabeblöcken im Haushalt konkurrieren, während Sozialversicherungssysteme in verlässlicher Weise Leistungen zur Gesunderhaltung und im Krankheitsfall garantieren. Diese Vorteile haben dazu geführt, dass es in der Bevölkerung eine breite Unterstützung für das bestehende System gibt: 86 Prozent halten die Aussage für zutreffend oder eher zutreffend, dass das deutsche Gesundheitswesen eine hochwertige medizinische Versorgung bietet<sup>2</sup>.

Weil versicherte Mitglieder und Arbeitgeber zu gleichen Teilen die Mittel für die Krankenversicherung aufbringen – und natürlich auch, weil gesunde Arbeitnehmer besser arbeiten und mehr leisten können –, sind auch die Unternehmen an der Gesundheitsförderung interessiert. So wurde der Arbeits- und Gesundheitsschutz kontinuierlich verbessert, auch wenn es auf diesem Gebiet noch einiges zu tun gibt. Denn gerade chronische Erkrankungen wie die "Volksseuche Rückenleiden" oder Herz- Kreislauferkrankungen werden durch neue Belastungen in der Arbeitswelt ausgelöst oder verstärkt. Betriebliche Gesundheitsförderung hat daher nach wie vor einen hohen Stellenwert.

### 2 Defizite im System

Aber auch wenn die Grundidee gut ist und eine gute Versorgung garantieren sollte: Es gibt Defizite in unserem System.

- Unser Gesundheitssystem ist auf akute Behandlung ausgerichtet. Prävention, sowohl in der Form von Vorbeugung vor Krankheit als auch von Rehabilitation, ist unterentwickelt. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und dem ambulanten Versorgungssystem wird durch die gegenseitige Abschottung der Versorgungssektoren erschwert,
- Unser Gesundheitssystem ist von den Interessen der Leistungserbringer geprägt. Der Bedarf der Patientinnen und Patienten spielt nur eine untergeordnete Rolle,

Die Gesundheitsreformen der 80er und 90er Jahre haben diese Mängel nicht beseitigt, sondern eher durch die Glorifizierung von Markt und Wettbewerb noch verstärkt. So ist das bundesdeutsche Gesundheitssystem von der OECD im Jahr 2000 unter 170 Ländern hinsichtlich der Effizienz lediglich auf Rang 25 gelandet, während wir mit den Gesundheitsausgaben zwar deutlich hinter den USA, aber

fast gleichauf mit der Schweiz auf dem 3. Platz stehen.

# 2.1 Auf chronische Erkrankungen nicht eingestellt

Kritik wird vor allem daran laut, dass unser Gesundheitswesen zu wenig in der Lage ist, auf aktuelle Herausforderungen zu reagieren. So hat die Zunahme chronischer Erkrankungen nicht dazu geführt, dass die Behandlung dieser Zielgruppe systematisch verbessert worden wäre. Unser System ist immer noch vorwiegend auf die Behandlung akuter Krankheiten ausgerichtet, obwohl rund 80 Prozent der Gesundheitsausgaben für chronisch Kranke aufgewendet werden. Die Folge: Akute Krankheiten werden zwar hervorragend behandelt, die Erfolge bei der Therapie und erst recht bei der Verhütung chronischer Krankheiten bleiben jedoch mäßig. Der Sachverständigenrat umschreibt dies mit einem Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Grund ist vor allem, dass die Leistungen in den einzelnen Behandlungssektoren unkoordiniert erbracht werden.

# 2.2 Fehlende Partizipation

Wissen und Können der Patientinnen und Patienten bleiben weitgehend ungenutzt. Sie werden nicht gefragt, was sie krank macht. Es findet auch zu wenig Austausch zwischen den Organisationen von Patienten, Selbsthilfegruppen und der Selbstverwaltung in den Krankenkassen statt. Während die Patienteninitiativen hauptsächlich auf örtlicher Ebene agieren und nur sehr lockere übergeordnete Verbandsstrukturen haben, sind die Selbstverwaltungsorgane großteils aus der Fläche verschwunden und entscheiden weitgehend nur auf der Landesoder Bundesebene mit. Die wertvolle Arbeit in regionalen Gremien, die es ermöglichte, bei Vertragsverhandlungen die Besonderheiten ei-

ner Region und lokale Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung zu berücksichtigen, oder aber die versichertennahe Tätigkeit in Widerspruchsausschüssen sind den bereits genannten Gesundheitsreformen und dem vorgeschobenen Sparzwang zum Opfer gefallen.

Nicht umsonst haben die Menschen zunehmend den Eindruck, dass sie für ihren Beitrag in die Krankenversicherung immer weniger Leistungen erhalten. In einem weitgehend intransparenten Verfahren werden ärztliche Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung ausgegrenzt. Während Ärzte sich im Bundesausschuss "Ärzte und Krankenkassen" - dem Selbstverwaltungsgremium, das die erstattungsfähigen Leistungen festlegt - für eine Einschränkung des Leistungskatalogs einsetzen, werden den Patienten in der Arztpraxis gerade die gestrichenen Leistungen als erforderliche individuelle Gesundheitsleistungen dringend empfohlen und müssen natürlich selbst bezahlt werden. Für den Patienten ist nicht mehr unterscheidbar, ob der Arzt dabei als unbestechlicher Gesundheitsberater oder als selbständiger Unternehmer auftritt.

Deswegen sagt ver.di: Die Festlegung der Bedarfe unter Ausschluss der Patientinnen und Patienten zwischen Kassen und Leistungserbringern ist nicht akzeptabel. Die Entscheidungen in den Gremien müssen transparent und nachvollziehbar sein.

# 3 Das Notwendige ändern und Bewährtes erhalten – Was unser Gesundheitssystem künftig leisten muss

Wir brauchen in unserem Gesundheitswesen eine konsequente Orientierung am Bedarf der Patientinnen und Patienten. Gesundheitspolitik muss daher von den Interessen der Patientinnen und Patienten formuliert werden und darüber hinaus den Versicherten, die das System finanzieren, vermittelbar sein. Schließlich ist es Aufgabe einer guten Gesundheitspolitik, dafür zu sorgen, dass die fast vier Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen ihre Arbeit qualifiziert und mit der erforderlichen Motivation erbringen können.

Daraus ergeben sich drei große Leitziele: Wir brauchen ein qualitativ hochwertiges und effizientes Gesundheitswesen für alle, das sich am Bedarf der Bürgerinnen und Bürger orientiert und Gesundheitsförderung, Behandlung, Rehabilitation und Pflege umfasst. Die solidarische und paritätische Finanzierung muss weiter entwickelt und gestärkt werden. Alle, die für die Gesundheit anderer sorgen, brauchen eine gute Ausbildung und gute Arbeitsbedingungen – standardmäßig. Das heißt im Einzelnen:

# 3.1 Integration und Patientenorientierung

Allen Bürgerinnen und Bürgern muss der Zugang zu allen Gesundheitsdienstleistungen in ausreichender Anzahl und guter Oualität ermöglicht werden - als Garant dafür, dass ihnen im Krankheitsfall die erforderlichen Leistungen gewährt werden. Wir erwarten von einem funktionsfähigen Sozialstaat, dass die notwendigen Mittel für den Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen bereit gestellt werden. Dieser Bedarf ist durch eine zielgerichtete Gesundheitsforschung zu erheben, die auch Sozialstruktur, Krankheitsgeschehen, Gesundheitszustand, Umweltbedingungen und Genderaspekte einbezieht. Wenn es richtig ist, dass Arbeitsbedingungen, Lebensbedingungen und Bildung mindestens zu 70 Prozent zur Gesundheit der Menschen beitragen, müssen im Sinne von Chancengleichheit sowohl bei der Prävention, aber auch bei der Gesundheitsversorgung diese Faktoren mit berücksichtigt werden. Auch ist die geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung voran zu bringen, um die unterschiedlichen Bedarfe zu erfassen. So ist z.B. neben dem heute bereits breit diskutierten Thema "Brustkrebs" generell der Frage nachzugehen, warum Frauen mehr Medikamente als Männer verordnet bekommen, zugleich aber die billigeren und älteren Präparate".

Patientinnen und Patienten müssen Beteiligte am Gesundheitsprozess sein: Ihre Bedarfe sollten die Leistungen bestimmen, Grundlage für diese Beteiligung sind Transparenz und der Zugang zu verständlicher Information. Latein kann nicht Amtssprache zwischen Arzt und Patient bleiben und es reicht auch nicht, Informationsblätter zu verteilen oder auf das Internet zu verweisen. Eine Beratung, die die erforderlichen Entscheidungsgrundlagen bietet, stärkt die Rechte von Patientinnen und Patienten.

Bedarfsgerechte Leistungen können nur im Rahmen einer integrierten Gesamtversorgung erbracht werden. Die unterschiedlichen ambulanten und stationären Einrichtungen und die privaten Hilfenetze, Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sind miteinander zu verzahnen. Das muss vor allem regional geschehen.

Chronisch Kranke brauchen eine koordinierte Betreuung, abgestimmte Behandlungsprogramme und nicht nur zahllose Einzelleistungen.

# 3.2 Stärkung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Durch den Aufbau bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen können die Leistungen verbessert und die vorhandenen Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Dennoch wird die Solidarität aller bei der Weiterentwicklung der Finanzierung der GKV gebraucht. Ver.di spricht sich für den Erhalt der gegliederten Krankenversi-

cherung aus, weil sich das System grundsätzlich bewährt hat. Die Ausgaben der GKV bewegen sich in den letzten Jahrzehnten stets um die Marke von 6 Prozent gemessen am Bruttoinlandsprodukt. Allerdings ist der Durchschnitt der Beitragssätze auf 14 Prozent angestiegen. Dennoch gibt es keine Kostenexplosion, sondern vielmehr Einnahme- und Verteilungsprobleme

Wir brauchen vor allem eine Beendigung des ungleichen Wettbewerbs um möglichst gesunde Versicherte. Der zu Beginn der 90er Jahre eingeführte Wettbewerb zwischen den Gesetzlichen Krankenkassen hat Anreize geschaffen. ,gute Risiken' - also junge, gut verdienende Menschen, die selten krank werden und wenig Leistungen in Anspruch nehmen - mit niedrigen Beitragssätzen zu locken. Das geht zu Lasten kranker Menschen. Diesem Grundübel der Krankenkassenkonkurrenz muss durch Veränderungen beim Risikostrukturausgleich (RSA) begegnet werden. Ver.di fordert den raschen Ausbau eines solidarischen Ausgleichs von Aufwendungen für Kranke zwischen den Krankenkassen (morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich). Bisher haben wir nur einen alters- und geschlechtsbezogenen Ausgleich, Das führt dazu, dass heute das Geld teilweise dort ist, wo es gar nicht gebraucht wird, und andererseits für die Chronikerversorgung fehlt.

Auch die paritätische Finanzierung, jeweils zur Hälfte von Arbeitgeber und Arbeitnehmer getragen, ist unverzichtbarer Eckpfeiler der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die finanziellen "Verschiebebahnhöfe" zwischen den Sozialversicherungssystemen müssen beendet werden. Die GKV musste in den letzten beiden Jahren durch die Absenkung der Bemessungsgrenzen für Bezieher von Arbeitslosengeld und -hilfe sowie die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung Einnahmeaus-

fälle von rund 6 Milliarden DM verkraften. Die Kohl-Regierung hatte bereits 38 Milliarden in ihrer Regierungszeit zu Lasten der GKV verschoben.

Scheinbare Lösungen wie die Aufspaltung in Grund- und Wahlleistungen bringen nur Probleme für diejenigen, die in besonderem Maße auf ein leistungsfähiges System angewiesen sind, und das sind chronisch Kranke. Die Folge einer solchen Aufspaltung wäre, dass Leistungen, die bisher als medizinisch notwendig erachtet werden, nicht mehr von der Krankenkasse, sondern von den Patientinnen und Patienten bezahlt werden müssten.

Die von der GKV finanzierten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben des Staates, wie zum Beispiel Mutterschaftsgeld, die Betreuung kranker Kinder oder Schwangerschaftsverhütung werden als "versicherungsfremd" in Frage gestellt. Diese Leistungen sind sinnvoll und sollten weiterhin im Leistungskatalog der GKV vorhanden sein – jedoch sollten sie aus Steuermitteln ersetzt werden. Deshalb brauchen wir einen Bundeszuschuss, der die GKV entlastet.

# 3.3 Neue Anforderungen an Arbeit und Bildung

Gute Arbeitsbedingungen und eine qualifizierte Ausbildung dienen nicht nur den Beschäftigten im Gesundheitswesen, sondern sie sind Voraussetzung für eine hohe Qualität der Gesundheitsdienstleistungen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund des wachsenden Fachkräftebedarfs.

Wir brauchen Arbeitsbedingungen, die zu einer Arbeitsaufnahme in dieser Branche motivieren. Attraktivere Arbeitsbedingungen (besonders für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer) sowie mehr Ausbildungsanstrengungen von Seiten der Arbeitgeber sind

erforderlich, damit hochwertige Gesundheitsdienstleistungen erhalten bleiben.

Gute Arbeits-, Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsbedingungen für die Beschäftigten sind durch Tarifverträge und Gesetze abzusichem. Das ist kein Selbstzweck. Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz müssen gerade im Gesundheitswesen einen hohen Stellenwert erhalten, damit die Arbeit dort gut gemacht werden kann.

Eine Reform der Ausbildung in den Gesundheitsberufen ist erforderlich. Es bedarf einer Ausbildung, die breit angelegt ist, um integrierte Versorgung zu ermöglichen, also die Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen den Berufen und Institutionen zu schaffen. Es gilt, für Fort- und Weiterbildung berufsgruppenübergreifende Konzepte zu entwickeln, die kooperative Arbeitsformen fördern. Eine Anpassung von Wissen und Können an den neuesten Stand der Entwicklung im Gesundheitswesen ist zu fordern und zu fördern.

# 4 Wie wir eine neue Gesundheitspolitik erreichen k\u00f6nnen

Eine neue Gesundheitspolitik ist mit den bisherigen Akteuren (allein) nicht erreichbar. Der Blick der Leistungserbringer reicht meist über den eigenen Versorgungssektor nur dann hinaus, wenn es um die Erschließung neuer Märkte geht. Fehlanreize bei den Krankenkassen wirken sich als Spaltung zwischen guten und schlechten Risiken aus. Prävention ist eher Marketinginstrument denn wirksame Maßnahme.

Die Interessenkonflikte auf allen Seiten wirken lähmend. Hätte es noch eines letzten Beweises bedurft, so wäre der "Runde Tisch" der Gesundheitsministerin sichtbares Zeichen gewesen. Innerhalb eines Jahres konnten sich Leistungsanbieter untereinander und erst recht nicht gemeinsam mit den Kassen in wesentlichen Fragen verständigen. In dieser Gemengelage ist es erforderlich, dass die Gewerkschaften eine neue aktivere Rolle in der Gesundheitspolitik übernehmen. Ver di kann sich nicht auf die Interessenvertretung für die Beschäftigten beschränken, sondern muss sich für die Qualität der Gesundheitsversorgung einsetzen. Mit der Gesundheitskampagne in diesem Jahr macht ver.di vor, dass auch zunächst unversöhnlich erscheinende Positionen sich hinter gemeinsamen Zielen wiederfinden können. Über 400.000 ver.di Mitglieder arbeiten bei Krankenkassen, im Pharmagroßhandel, bei niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, der privaten Krankenversicherung und in Gesundheitseinrichtungen der Wohlfahrtsverbände. In einer großen Dialogveranstaltung mit ver.di-Mitgliedern aus allen Fachbereichen wurden gemeinsame Positionen entwickelt. Die Gewerkschaft hat damit ein Beispiel für Dialogfähigkeit geliefert. Selbst zu schwierigsten Problemfeldern wie der Positivliste haben die Mitglieder Gemeinsamkeiten gefunden. Lediglich die Frage der Versicherungspflicht und der Beitragsbemessungsgrenze sind bis zum Herbst des Jahres noch zu klären und vom Gewerkschaftsrat zu entscheiden.

Als große Patientenorganisation und mit vielen tausend Mitgliedern, die in der Selbstverwaltung für die Interessen der Versicherten eintreten, hat ver.di gute Möglichkeiten, jenseits der Leistungserbringer eine starke Lobby für die Patientinnen und Patienten zu initiieren. Der Wille, Gestaltungsverantwortung zu übernehmen, ist jedenfalls vorhanden.

Dazu bedarf es der Zusammenarbeit innerhalb der Gewerkschaften, die heute im Feld der Gesundheitspolitik vorhanden ist und weiter ausgebaut wird. Es bedarf aber auch insbesondere der Zusammenarbeit mit Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen sowie deren Organisationen und Verbänden. Verdi will dabei die Möglichkeiten einer großen Organisation, die auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene tätig ist, nutzen und mit den Interessen anderer Organisationen zu einem Netzwerk für Patientinnen und Patienten zusammenführen.

Frank Bsirske ist Bundesvorsitzender der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

Ulla Derwein ist Mitglied des Bundesvorstands der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di und zuständig für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und für Gesundheitspolitik,

### Anmerkungen

- 188,5 Prozent laut Statistischem Bundesamt 1999.
- <sup>2</sup> Siehe Wasem 2000 (Janssen-Cilag Studie 2000).
- <sup>3</sup> Siehe das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001.
- <sup>4</sup> Prof. Alexa Franke auf einer Konferenz des Weltärztinnenbundes in Dortmund (zitiert nach Gesundheit und Gesellschaft, Heft 2/2002).

#### Literatur

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Gutachten 2001/2002, 3 Bde., Berlin, Deutscher Bundestag, Drucksachen-Nr. 14/5560 bis 14/5562.

Wasen, Jürgen 2000: Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, hgg. von der Janssen-Cilag GmbH. Neuss.

Stefan Greß/Christina Tophoven/Jürgen Wasem

# Exit und Voice – Steuerungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten

### 1 Einleitung

Gesundheitspolitik wird in Deutschland durch ein im internationalen Vergleich besonders enges Geflecht von Beziehungen staatlicher Akteure, Leistungsanbieter, sozialer wie privater Krankenversicherungen sowie der Empfänger von Versicherungs- und Gesundheitsleistungen - Versicherte und Patienten - bestimmt. Die Steuerung des deutschen Gesundheitswesens erfolgt dagegen durch eine international einzigartige Mischung von Steuerungsformen (Mayntz 1991; Wasem 1999). Im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassenund Anbieterorganisationen etwa haben Verbände zentrale Steuerungsaufgaben wahrzunehmen. Individuelle Versicherte bzw. Patienten haben Einflussmöglichkeiten auf die Unternehmenspolitik der Krankenkassen, indem sie Wechselmöglichkeiten entweder androhen bzw. wahrnehmen, indem sie sich in die Selbstverwaltung ihrer Krankenkasse wählen lassen und institutionellen Einfluss ausüben und indem sie sich außerhalb des bestehenden Geflechts von Verbänden eigenständig organisieren etwa im Rahmen von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen. Staatliche Akteure nehmen auf Bundes- und Landesebene Aufsichtsfunktionen, aber auch direkte Steuerungsfunktionen wahr, etwa im Rahmen der Krankenhausplanung. Andere Bereiche, etwa die Versorgung mit Arzneimitteln, werden in hohem Ausmaß wettbewerblich-marktlich gesteuert.

Dieser Mix von Steuerungsformen im deutschen Gesundheitswesen stellt sich im Zeitablauf nicht statisch unverändert dar. In diesem Beitrag wollen wir versuchen, Entwicklungslinien der letzen Jahre nachzuzeichnen und Trends für die Zukunft zu prognostizieren. Eine umfassende Betrachtung würde den Rahmen nicht nur dieses Beitrages sprengen. Deswegen konzentrieren wir uns auf die Entwicklungen und Trends in den Beziehungen zwischen Krankenkassen und Versicherten auf der einen Seite sowie Patienten und Leistungsanbietern auf der anderen Seite. Im Zentrum unserer Analyse steht dabei die Frage, welche Möglichkeiten Versicherte und Patienten haben, zukünftig in ihrem Sinne zur Steuerung des Gesundheitssystems beizutragen. Theoretisch basiert unser Beitrag auf den Möglichkeiten zur Repräsentation von Versicherten und Patienten in Albert O. Hirschmans Konzept von Abwanderung (Exit) und Widerspruch (Voice).

Im ersten Abschnitt erläutern wie daher etwas ausführlicher das Konzept von Exit und Voice, das nach unserer Auffassung für die Analyse des Steuerungspotentials von Versicherten und Patienten besonders gut geeignet ist. In Abschnitt 3 untersuchen wir die Entwicklungslinien der letzten Jahre im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen sowie zwischen Patienten und Leistungsanbietern. Gleichzeitig versuchen wir. Trends für die nähere Zukunft abzuleiten. In Abschnitt 4 thematisieren wir die Folgen dieser Trends und Entwicklung für die Repräsentation von Versicherteninteressen im Verhältnis zu den Krankenkassen. Im letzten Abschnitt analysieren wir die Auswirkungen auf die Repräsentation von Patienteninteressen im Verhältnis zu den Leistungsanbietern.

## 2 Abwanderung und Widerspruch

Exit (Abwanderung) ist ein essentiell ökonomisches Konzept: "Dadurch, dass sie dem vom rechten Wege abgekommenen Unternehmen Einkommensverluste zufügt, soll sie jene "wunderbare Konzentration des Denkens und Füblens' herbeiführen, die laut Samuel Johnson sonst von der Aussicht, gehängt zu werden, bewirkt wird (Hirschman 1974: 17)," Abwanderung setzt allerdings Wahlmöglichkeiten, Wettbewerb und gut funktionierende Märkte voraus. Nach Hirschman ist Abwanderung ein zwar mächtiges, aber indirektes und in gewisser Weise auch stumpfes Instrument, um ein Management auf eventuelle Fehler aufmerksam zu machen. Zum einen sind abwandernde Kunden nicht daran interessiert, einen Anstoß

zur Verbesserung zu geben. Zum anderen wird das Management nur unpräzise darüber informiert, was genau nicht gestimmt hat (Hirschman 1989). Die Stärke von Exit ist von der vorhandenen Nachfragefunktion abhängig. Bei einer sehr elastischen Nachfrage würde die Firma sofort aus dem Markt ausscheiden<sup>1</sup>. Bei sehr unelastischer Nachfrage gäbe es ebenfalls keine Reaktion, die entstehenden Verluste wären unbedeutend<sup>2</sup>. Nur wenn die Nachfrageelastizität weder sehr hoch noch sehr niedrig ist, ist eine Anpassung der Unternehmensstrategie möglich.

Voice (Widerspruch) ist kein ökonomisches, sondern ein politisches Konzept. Es beschreibt den Versuch, die Praktiken, die Politik und die Produkte der Firma (oder der Organisation) direkt zu beeinflussen, bei der der Konsument (Individuum) Kunde (Mitglied) ist. Voice ist nach Hirschman eine residuale Größe, da Exit

Handbuch

Medikamente

Vom Art verorderel - Für Sie bewertelt

S be arbeitetet Auflage
Alle Presangabot in Euro

Über 7000 Präparate:

Wie sie wärken

Worauf zu achten ist

Vorauf zu achten ist

Mehr
Mitbestimmung
per Rezept.

Ärzte und Apotheker sollen bei wirkstoffgleichen Medikarnenten die preisgünstigsten verschreiben. Das Handbuch Medikarnente hilft den Patienten dabei, dass die Sparmaßnahmen nicht auf Kösten ihrer Gesundheit gehen: Mit Hintergrundinformationen, Wirkstoffbeschreibungen und Preisvergleichen berät es sie schnell und zuverlässig. 904 Seiten, 20 x 25,5 cm. 8est.-Nr. Y 0201

Gleich telefonisch bestellen unter 01802/000228

(6 Cent pro Anruf

Rückgaberecht: Amen steht innerhalb einer Frist von 2 Wochen, die mit Erhalt der Ware beginnt, ein uneingeschranktes Rückgaberecht zu. Zur Frists: anrung schicken Sie das Handbuch erhittertig an 5° FTUNG WARENTEST, Vertrieb, Postfach Blobe (7,092) Stuttigart zuruck Die Rucksendesboten Fragt der Besteller, Nur v. ein Sie das Buch behalten, bezahlen Sie den angegebenen Preis zuzuglich Versandkosten.



den vorherrschenden Reaktionsmodus darstellt. In der Regel hängt die Stärke von Voice also von der Möglichkeit ab, die Exit-Option auszuüben. Je weniger Exit-Möglichkeiten es gibt, desto mehr besteht die Gelegenheit zur Ausübung von Voice. Hirschman plädiert allerdings dafür. Voice von einer Restgröße zu einer echten Alternative zu erheben: "Während die Abwanderung nur eine klare Entweder-Oder-Entscheidung erfordert, ist also der Widerspruch seinem Wesen nach ein Kunst, die sich ständig in neue Richtungen entwickelt ... Das Vorhandensein der Alternative Abwanderung kann ... eine Tendenz zur Atrophie der Entwicklung der Kunst des Widerspruchs mit sich bringen. (Hirschman 1974: 36),"

Der Gebrauch der Exit-Option ist in dieser Sichtweise vom Willen und von der Fähigkeit der Konsumenten abhängig, die Voice-Option wahrzunehmen. Die Bedingungen für die Voice-Option Wahrnehmung sind der allerdings grundsätzlich schlechter. Normalerweise wird erwartet, dass Exit zu schnelleren und besseren Ergebnissen führt als Voice. Außerdem sind die Opportunitätskosten von Voice hoch. Allerdings wird Voice je wahrscheinlicher ausgeübt, desto bedeutender der Kauf oder die Entscheidung in einer Organisation vom Konsumenten oder Mitglied bewertet wird.

Zusammenfassend werden die beiden Mechanismen Abwanderung und Widerspruch in ih-

ren wesentlichen Charakteristika in Tabelle I dargestellt.

Eine Charakterisierung von Unternehmen und Organisationen nach dem jeweiligen Einfluss von Abwanderung und Widerspruch wird in Tabelle 2 vorgenommen.

Die beiden Mechanismen Exit und Voice werden allerdings (wie bereits deutlich geworden) nicht als Gegensätze, sondern als sich gegenseitig ergänzend betrachtet. Bei der Kombination der beiden Mechanismen ergeben sich trotzdem eine Reihe von Schwierigkeiten. Hirschman wies insbesondere darauf hin, dass besonders qualitätsbewusste Konsumenten sich in der Regel gleichzeitig am aktivsten für das von ihnen bevorzugte hochwertige Produkt engagieren und von der Voice-Option Gebrauch machen. Sinkt allerdings die Qualität des Produktes und stehen eine Reihe von ebenfalls hochwertigen Alternativen zur Verfügung, machen gerade diese Konsumenten und Mitglieder zuerst von ihrer Exit-Option Gebrauch. Die weniger qualitätsbewussten Konsumenten und Mitglieder dagegen nehmen den Qualitätsverlust hin. Der Unterschied zwischen der höchsten Qualität und den mittleren und niedrigen Qualitätslevels prägt sich aus. Besonders in Wirtschaftsbereichen mit prägendem Einfluss auf die Lebensqualität ist deswegen die Stärkung der Voice-Option durch Beschränkungen der Exit-Option von besonderer Bedeutung (Hirschman 1974).

Tabelle 1: Vergleich Abwanderung und Widerspruch

	Abwanderung	Widerspruch	
Herkunft	Ökonomie	Politik	
Beschreibung	klar, unpersönlich, indirekt	graduell, direkte Artikulation	
Umsetzung	unsichtbare Hand	politische Aktion	

Ouelle: eigene Zusammenstellung nach (Hirschman 1974)

	Starke bis sehr starke Reaktion auf Abwanderung	Schwache bis keine Reaktion auf Abwanderung
Starke bis schr starke Reaktion auf Widerspruch	Freiwillige Organisationen, demokratische Parteien, einige Unternehmen <sup>3</sup>	Familie, Stamm, Nation, Kirche, Parteien in nicht- totalitären Einparteiensystemen
Schwache bis keine Reaktion auf Widerspruch	Die meisten dem Wettbewerb ausgesetzten Unternehmen	Parteien in totalitären Einparteien- systemen, terroristische und kriminelle Organisationen

Tabelle 2: Gruppierung von Unternehmen und Organisationen nach Reaktion auf Abwanderung und Widerspruch

Quelle: nach (Hirschman 1974),

Kommt es zu einem Qualitätsverfall in einer ganzen Branche und nicht nur in einer Firma, versagt nach Hirschman der Exit-Mechanismus ganz und gar: "Unter Wettbewerb äußert sich die Unzufriedenheit in einem wirkungslosen Hin- und Herflitzen von Konsumentengruppen von einer schlechter werdenden Firma zur anderen, ohne dass irgendeine Firma erfährt, dass etwas schiefgegangen ist." (Hirschmann 1974: 21)

Hirschman plädiert für einen Mix von Exit und Voice und warnt davor, sich auf nur einen Mechanismus zu verlassen: "Um ihre Widerstandskraft gegen den Leistungsverfall zu erhalten, brauchen jene Organisationen, die primär auf einen der beiden Reaktionsmechanismen eingestellt sind, ab und zu eine 'Injektion' des anderen. Andere Organisationen werden vielleicht regelmäßige Zyklen durchlaufen müssen, bei denen sich Abwanderung und Widerspruch ... abwechseln." (Hirschman 1974: 107)

Hirschmans Analyse ist von besonderer Relevanz für die Gesundheitsversorgung, da hier zumindest in der Theorie das Wechselspiel von Abwanderung und Widerspruch besonders ausgeprägt ist. Erstens ist die Nachfragefunktion für Gesundheitsgüter weder vollkommen

starr noch vollkommen flexibel (Rice 1998). Damit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Wirksamkeit von Exit geschaffen. Zweitens wird die Bedeutung von Gesundheitsgütern von den Konsumenten als besonders hoch bewertet<sup>44</sup> (vgl. eine Zusammenfassung diesbezüglicher Befunde bei Wasem/Güther 1998). Unter dieser Voraussetzung steigt trotz hoher Opportunitätskosten die Wahrscheinlichkeit der Anwendung der Voice-Option.

# 3 Entwicklungen und Trends

# Das Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkassen

Bis zur Verabschiedung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 war das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten vergleichsweise genau bestimmt. Auf der Grundlage des Zuweisungssystems hatten nur Angestellte gewisse Wahlrechte zwischen einer Reihe von Krankenkassen. Diese Gruppe von Versicherten konnte demzufolge glaubwürdig mit einem Kassenwechsel drohen. Für Arbeiter blieb dagegen im wesentlichen die Repräsentation ihrer Interessen innerhalb der ihnen zugewiesenen Krankenkasse ohne wirksame Wechseldrohung. In Hirschmans Terminologie hatten An-

gestellte also die Wahlmöglichkeit zwischen der Exit-Option und der Voice-Option, während Arbeiter lediglich über die Voice-Option verfügten. Damit war Voice für die als Arbeiter Versicherten die einzige Möglichkeit, Einfluss auf die Unternehmenspolitik zu nehmen.

Die Möglichkeit zum Widerspruch lässt sich in unterschiedlicher Art und Weise äußern entweder individuell oder kollektiv. Individuelle Beschwerdeverfahren mögen dem Unternehmen bzw. der Organisation wichtige Hinweise auf Mängel liefern, bleiben aber in ihrer Wirksamkeit ohne Exit-Option als Drohpotential beschränkt. Die kollektive Wahrnehmung der Voice-Option erfolgt im Rahmen der Selbstverwaltung der Krankenkassen über Sozialwahlen, deren Legitimität und Repräsentativität allerdings durchaus zweifelhaft ist. Offensichtlich scheinen die hohen Opportunitätskosten von Voice die meisten Versicherten von der Ausübung der kollektiven Voice-Option abzuschrecken - obgleich der Gesundheitsversorgung in der Bevölkerung ohne Zweifel eine extrem hohe Bedeutung zugemessen wird. Auch die Versicherten der Ersatzkassen nehmen die Voice-Option nur in sehr eingeschränktem Ausmaß wahr. Das ist um so verwunderlicher, als - zumindest in der Theorie - die kollektive Wahrnehmung der Voice-Option in Verbindung mit der Exit-Option ein sehr starkes Instrument zur Repräsentation von Versicherteninteressen darstellt. durchaus vorstellbar, dass eine in der Selbstverwaltung repräsentierte Gruppe zur Durchsetzung ihrer Interessen kollektiv mit dem Kassenwechsel droht. Dieser macht natürlich nur Sinn, wenn dadurch Preis- und/oder Oualitätsvorteile realisiert werden können.

Mit der zeitgleichen Einführung von Kassenwahlfreiheit und Risikostrukturausgleich als Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes Mitte der 90er Jahre hat sich das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Versicherten nachhaltig verändert. Nun können – bis auf wenige im Gesetz verbliebene Ausnahmen – alle Versicherten glaubwürdig mit der Exit-Option drohen. Nach zögerlichem Beginn wurde diese Drohung in nennenswertem und zunehmendem Ausmaß auch umgesetzt. Auch im internationalen Vergleich ist die Preiselastizität der Nachfrage nach (gesetzlichen) Krankenversicherungsleistungen inzwischen sehr hoch (Schut et al. 2001).

Verschiedene Untersuchungen zeigen übereinstimmend, dass die Versicherten als Wechselparameter vor allem den Preis und weniger die Qualität von Serviceleistungen in der Krankenkasse oder die Qualität der bei der Kasse unter Vertrag stehenden Leistungsanbieter ansehen (Greß et al. 2002). Eine Erklärung für dieses Phänomen ist zum einen darin zu sehen, dass die Servicequalität der Kassen sich insgesamt deutlich verbessert hat. Zum anderen haben die Kassen nur sehr wenige Möglichkeiten, sich individuell im Hinblick auf die Produktion von Gesundheitsleistungen zu profilieren. Nur in Ausnahmefällen besteht etwa die Möglichkeit, Leistungsanbieter selektiv zu kontrahieren. Im Regelfall müssen die Kassen kollektive Verträge abschließen, die keine Selektion von Leistungsanbietern mit einem günstigen Verhältnis von Preis und Oualität zulassen.

Darüber hinaus nehmen in erster Linie gesunde Versicherte ihre Wechselmöglichkeit wahr, während kranke Versicherte tendenziell bei ihrer bisherigen Kasse verbleiben (Andersen/Schwarze 1999). Dieses Phänomen ist insofern verwunderlich, als dass die Leistungen und die Leistungserbringer im Grundsatz bei allen Krankenkassen gleich sind und auch kranke Versicherte durch einen Wechsel nicht zwingend Qualitätseinbußen bei der gesundheitlichen Versorgung hinnehmen müssen. Die Ver-

mutung liegt allerdings nahe, dass die Unsicherhoit über die zukünftigen Versicherungsund Gesundheitsleistungen im Falle eines Kassenwechsels bei kranken Versicherten den erwarteten Nutzen durch die Beitragsersparnis überwiegt.

# 3.2 Das Verhältnis zwischen Patienten und Leistungsanbietern

Bis heute kennzeichnet das deutsche Gesundheitssystem eine strukturelle Branchenspaltung. Die Angebotsstruktur ist im ambulanten Bereich durch eine große Zahl sehr kleiner Unternehmen (Arztpraxen) gekennzeichnet, während im stationären Bereich, nicht zuletzt durch das veränderte Vergütungssystem, eine zunehmend geringere Zahl großer Unternehmen den Markt beherrscht bzw. beherrschen wird. Sektorübergreifende Versorgungsunternehmen, die sowohl ambulante wie stationäre Versorgung aus einer Hand' anbieten, sind eine absolute Ausnahme (Universitätskrankenhäuser), nicht zuletzt, da der gesetzliche Rahmen sie nicht zulässt.

Aktuell sind erste Differenzierungen der Versorgungsangebote und Anbieterstrukturen im deutschen Gesundheitssystem beobachtbar. Über die vom Risikostrukturausgleich induzierten Disease-Management-Programme werden chronisch Kranken spezifische Versorgungsangebote gemacht. Aufgrund des Zeitdrucks werden diese Angebote im ersten Schritt in die bestehenden Anbieterstrukturen implementiert. Mittelfristig werden sich diese Programme jedoch voraussichtlich stärker differenzieren. Den Leistungsanbietern wird es regional unterschiedlich gelingen, die vertraglichen Vorgaben in den Versorgungsalltag zu überführen. Die Anpassung der Aufbau- und Ablauforganisation in den Praxen, in den Krankenhäusern und bei weiteren Leistungsanbietern setzt ein übergreifendes Qualitäts-Management und damit verbunden eine Optimierung der Prozesssteuerung durch elektronische Kommunikation voraus. Außerdem wird es Leistungsanbietern unterschiedlich schnell und effizient gelingen, Schulungsangebote für Patienten alters- und risikospezifisch anzubieten.

Einen weiteren Impuls zur Änderung der Angebots- und Anbieterstrukturen setzt die Reform der Krankenhausfinanzierung: Die Krankenhäuser werden künftig durch diagnosebezogene fixe Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) vergütet. Durch Vernetzung mit dem ambulanten Bereich können Krankenhäuser ihre Versorgungsangebote effizienter und gleichzeitig attraktiver für Patienten gestalten. Durch Vereinbarungen im prästationären Bereich werden stationäre Aufenthalte verkürzt und Doppeluntersuchungen vermieden. Im poststationären Bereich gibt es insbesondere für schwerstkranke Patienten (Onkologie, Psychiatrie, Palliativ-Versorgung) erhebliche Verbesserungspotentiale, die durch eine sektorübergreifende Vernetzung genutzt werden können. Bei der Wahl des Krankenhauses oder auch eines Haus- bzw. Facharztes werden Patienten zunehmend auf solche vernetzten Angebote achten.

Mittelfristig werden integrierte Anbieterstrukturen entstehen, die nicht nur unter inhaltlichen und qualitativen Gesichtspunkten einen Unterschied zur klassischer Regelversorgung darstellen. Integrierten Versorgungsformen eröffnen sich auf der Basis der Budgetverantwortung – entsprechende gesetzgeberische Spielräume im Rahmen der nächsten Gesundheitsreform vorausgesetzt – neue betriebswirtschaftliche Möglichkeiten, Versorgungsprozesse effizienter zu gestalten. Integrierte Versorgungsformen, die ihr Sortiment im Arznei- und Hilfsmittelbereich eingrenzen, die neue Vertriebswege finden, die eine effiziente Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und statio-

nären Bereich absprechen und die konsequent anbieterinduzierte Nachfrage verhindern, sind wahrscheinlich in der Lage, Effizienzvorteile in Form von Preisnachlässen an die Krankenkassen und – vermittelt über die Kassen – an die eingeschriebenen Versicherten weiterzugeben. Denkbar sind Boni, reduzierte Zuzahlungen oder spezielle Tarife.

## 4 Auswirkungen auf die Versicherteninteressen

Grundsätzlich hat die Erweiterung der Wahlfreiheit für die Versicherten insgesamt eine deutliche Erweiterung des Potentials für die Repräsentation ihrer Interessen gebracht. Damit kann nun ein wesentlich größerer Kreis von Versicherten seine Exit-Option ohne Angabe von Gründen wahrnehmen. Zudem hat zumindest in der Theorie - die potentielle Wirksamkeit der Voice-Option deutlich zugenommen, da alle Versicherten mit einem Kassenwechsel drohen können, wenn ihr individueller oder kollektiver Widerspruch in den Unternehmensentscheidungen nicht berücksichtigt wird. Gleichzeitig ist die Wahrnehmung der Exit-Option mit weniger Opportunitätskosten verbunden als die Wahrnehmung der Voice-Option, sodass die ohnehin nur in geringem Ausmaß wahrgenommene Voice-Option faktisch weiter in ihrer Bedeutung vermindert wurde.

In der Praxis ergibt sich ein weiteres zentrales Problem. Die Drohung mit der Exit-Option ist für das Unternehmen nicht bei allen Versicherten mit den gleichen Folgen verbunden. Droht etwa ein kranker Versicherter mit dem Kassenwechsel – was faktisch sowieso selten vorkommt –, um einen individuellen Widerspruch im Unternehmen durchzusetzen, so bestehen für die Kasse Anreize, diesen Kassenwechsel nicht als Drohung, sondern als betriebswirtschaftliche Chance zu begreifen. Der bislang

existierende Risikostrukturausgleich (RSA) gleicht faktisch die Risiken zwischen den Kassen nur sehr unvollständig aus, sodass etwa eine weitgehend gesunde 63 jährige Frau als Versicherte für eine Kasse im Hinblick auf die Ausgleichszahlungen des RSA profitabler ist als eine kranke 63jährige Frau (Jacobs et al. 2001). Somit ist auch die Drohung mit der Exit-Option durch gesunde Versicherte potentiell wesentlich wirkungsvoller als wenn dies durch kranke Versicherte geschieht. Faktisch hat damit die Einführung von Wahlfreiheit und RSA nur einen Teil der Ungleichheiten in der Repräsentation von (individuellen) Versicherteninteressen beseitigt. Insbesondere das Potenzial für die Repräsentation der Interessen kranker Versicherter bleibt beschränkt.

Das gilt, zumal die Funktionsfähigkeit der institutionalisierten Repräsentation von Versicherteninteressen im Rahmen der krankenkasseninternen Selbstverwaltung weiterhin nur unzureichend funktioniert (Braun 2001). Das ist umso bedauerlicher, weil die Form der institutionalisierten Repräsentation der Beitragszahler - mit Ausnahme der Ersatzkassen werden auch die Arbeitgeber in der Selbstverwaltung repräsentiert – international einzigartig ist. Bedauerlich ist dies nicht nur aus der Perspektive der Versicherten, sondern auch aus der Perspektive der Krankenkassen. Schließlich hätten diese durch den direkten Zugang zur Voice-Option im Idealfall einen direkten Zugang zu den Präferenzen ihrer Versicherten und könnten sich durch deren Berücksichtigung im Wettbewerb der Krankenkassen erfolgreicher behaupten. Eine funktionierende Selbstverwaltung könnte darüber hinaus ein Korrektiv für die ungleich verteilten Repräsentationschancen von gesunden und kranken Versicherten bilden, indem diese die Interessen der kranken Versicherten mit dem Drohpotential der gesunden Versicherten verbinden könnte zumindest bis die vom Gesetzgeber zwar angestrebte, aber lange noch nicht umgesetzte Morbiditätsorientierung des RSA umgesetzt wird. Gleicht der RSA tatsächlich die vorhandenen Risiken zwischen den Krankenkassen adäquat aus, verfügen gesunde und kranke Versicherte in gleichem Ausmaß über eine starke Exit-Option, die in vielen Fällen die Voice-Option erst durchsetzungsfähig machen kann.

Für die Entwicklungsperspektiven der Repräsentation von Versicherteninteressen in der Zukunft ist unserer Auffassung nach die zentrale Frage, ob der Gesetzgeber den Krankenkassen weitergehende individuelle Kontrahierungsmöglichkeiten mit den Leistungsanbietern einräumen wird. Ist dies nicht der Fall, können die Versicherten de facto nur sehr geringe qualitative Unterschiede in Service- und Leistungsqualität ausmachen und der Wettbewerb zwischen den Kassen droht in das von Hirschmann beschriebene "flitting back and forth of consumers" abzugleiten.

### 5 Auswirkungen auf die Patienteninteressen

Eine elastische Nachfrage von Versicherten am Anbietermarkt ist Voraussetzung und sich verstärkende Folge eines wettbewerblich organisierten Anbietermarktes. Derzeit sind in dieser Beziehung Marktmechanismen im Prinzip nicht wirksam. Der Patient hat zwar z.B. im ambulanten Bereich die freie Wahl zwischen behandlungspflichtigen Ärzten. Er verfügt aber über keine validen vergleichbaren Informationen über Art, Inhalt und Qualität der Leistungen dieser Anbieter. Informationen zu evidenzbasierten, abgestimmten Versorgungsprozessen kann es auch deshalb nicht geben, weil dies für das deutsche Gesundheitssystem ein absolutes Novum ist.

Wahlentscheidungen (Wahrnehmung der Exit-Option) zwischen unterschiedlichen Versorgungsangeboten bedeuten für Versicherte steigende Transaktionskosten (Informationsund Beschaffungskosten). Versicherte müssen sich über verschiedene Versorgungsangebote informieren, sie müssen sich aktiv entscheiden und entsprechende Verträge schließen, die sie z.B. auf bestimmte Zugangsregeln zum Versorgungssystem verpflichten. Liegen die Transaktionskosten für die Versicherten zu hoch, werden sie ihr Nachfrageverhalten nicht ändern und sich nicht aktiv für spezifische Versorgungskonzepte entscheiden. Bei unelastischer Nachfrage der Versicherten entsteht iedoch kein Wettbewerb am Anbietermarkt, Valide, leicht zugängliche Informationen für Versicherte sind also die Voraussetzung für Wahlentscheidungen und damit für die Entstehung eines Wettbewerbs am Anbietermarkt, Das Recht des Patienten auf umfassende valide Informationen bedingt eine Verpflichtung der Leistungsanbieter, Transparenzinstrumente zu entwickeln und Informationen patientengerecht anzubieten. Kriterien, mit denen man die Informationspflicht der Leistungsanbieter über die Regelung des § 140 a SGB V hinaus gesetzlich präzisieren könnte, sind z.B.\*

- Umfassende Darstellung des Leistungsangebots, insbesondere Umfang, Verfügbarkeit und präventive Ausrichtung.
- Informationen zur Qualifizierung der Leistungsanbieter und der unternehmensinternen Arbeitsteilung.
- Informationen zu evidenzbasierten Diagnose- und Behandlungsabläufen.

- Beteiligung von Patienten und Selbsthilfegruppen bei der Entwicklung der Diagnoseund Behandlungsabläufen.
- Informationen zur Funktionsweise und Akzeptanz des internen Qualitätsmanagementsystems.
- Veröffentlichung von Ergebnis und Konzept der Befragungen zur Patientenzufriedenheit,
- Veröffentlichung der Ergebnisse von Zertifizierungsverfahren.
- Darlegungsverpflichtung bei Verflechtung zwischen Herstellern und Leistungsanbietern.

Repräsentative Bevölkerungsbefragungen zeigen, dass sich die Patienten erheblich mehr Informationen über Struktur, Prozess und Ergebnisqualität der Leistungserbringer wünschen (Wasem 2002). Hierzu bedarf es veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen, aber auch Veränderungen in den Selbstregulierungen des ärztlichen Standesrechts.

In integrierten Versorgungsformen eröffnen sich für eingeschriebene Versicherte neue Optionen einer Beteiligung, die weit über die Beteiligungsmöglichkeiten auf der Ebene des korporatistischen System hinausweisen (Tophoven 2001). Versicherte können bei der Entwicklung von Behandlungs- und Diagnoseabläufen (Zuschnitt von Leitlinien, Entwicklung von organisationsinternen Verfahrensanweisungen) angehört und gegebenenfalls beteiligt werden. Behandlungs- und Diagnoseabläufe können patientenorientiert dargestellt werden und damit eine wichtige Informationsbasis bilden für die aktive Teilnahme des Versicherten am Behandlungsprozess (Tophoven/Lieschke 2002).

Das Gesundheitswesen ist bekanntermaßen nicht irgendein Markt. Die hier besonders ausgeprägte Asymmetrie der Information und die Option, angebotsinduzierte Nachfrage zu erzeugen, machen es notwendig, dass Krankenkassen für Versicherte Sachwalterfunktionen übernehmen. Krankenkassen schließen Verträge mit Leistungsanbietern und bieten ihren Versicherten, kombiniert mit dem Versicherungsschutz, unterschiedliche Versorgungsangebote an. Der Versicherte trifft zwei Wahlentscheidungen: Eine für einen bestimmten Anbieter und eine für eine Krankenkasse, die zu einem bestimmten Tarif den Zugang zu diesem Anbieter ermöglicht. Am Anbietermarkt entsteht aufgrund dieser gespaltenen Nachfrage ein Wettbewerb der Leistungsanbieter um Verträge mit den Krankenkassen und um eine Einschreibung der Versicherten. Auch die Krankenkassen müssen um ihre Versicherten in zweierlei Hinsicht werben. Sie müssen ihnen ein - bezüglich Service und Beitragssatz - attraktives Versicherungsangebot machen, das mit unterschiedlichen Versorgungsangeboten gekoppelt ist. Die zweifache Wahlentscheidung des Versicherten entsteht durch die Trennung von Versicherungsund Versorgungsfunktion im deutschen Gesundheitssystem. Diese Trennung eröffnet den Versicherten eine doppelte Exit-Option, die ihre Position am Anbieter- und Versicherungsmarkt stärkt.

Dr. Stefan Greß ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement an der Universität Greifswald mit dem Forschungsschwerpunkt: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik.

Dr. Christina Tophoven leitet das Referat ,Versorgungsformen und Kooperation' der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald mit den Arbeitsschwerpunkten: Ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen, Krankenversicherungsökonomie und Gesundheitsforschung.

## Anmerkungen

Eine elastische Nachfragefunktion liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Preiserhöhung von einem Prozent zu einem Nachfragerückgang von fünf Prozent führt.

<sup>2</sup> Eine elastische Nachfragefunktion liegt beispielsweise dann vor, wenn eine Preiserhöhung von einem Prozent zu einem Nachfragerückgang von nur 0,2 Prozent führt. Kommt es zu überhaupt keinem Nachfragerückgang, ist die Nachfrage völlig unelastisch.

§ Insbesondere Unternehmen mit nur wenigen Käufern.

#### Literatur

Andersen, H. H.JSchwarze, J. 1999: Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 53, Heft 5-6, 10-28.

Braun, B. 2001: Leistungsfähigkeit und Zukunft der Selbstverwaltung, Fachtagung der Hans-Böckler-Stiftung: Die Leistungsfähigkeit und Zukunft von korporatistischer Selbstverwaltung und Wettbewerb für ein soziales Krankenversicherungssystem im Rahmen des Europäischen Binnenmarktes und der GKV-Organisationsreform.

Greß, S.IGroenewegen, P.IKerssens, J.Braun, B.I Wasen, J. 2002: Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands. In: Health Policy, Jg. 60, Heft 3, 235-54.

Hirschman, A. 1974: Abwanderung und Widerspruch – Reaktionen auf Leistungsabfall bei Unternehmungen, Organisationen und Staaten, Tübingen: Mohr.

Hirschman, A. 1989: Entwicklung, Markt und Moral – Abweichende Betrachtungen, München/Wien.

Jacobs, K./Reschke, P./Cassel, D./Wasem, J. 2001: Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Mayntz, R. 1991: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens. In: Henke, H.-D. (Hg.): Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland. Baden-Baden: Nomos, 21-45.

Rice, T. 1998: The economics of health reconsidered, Chicago: Health Administration Press.

Schut, F./Greß, S./Hessel, F./Wasem, J. 2001: Effects of managed competition in social health insurance on consumer behavior: A comparison between Germany and the Netherlands. York, Poster presentation at the International Health Economics Association Third International Conference, July 22-25, 2001.

Tophoven, C. 2001: Disease-Management und integrierte Versorgung – zur Reichweite zweier gesundheitspolitischer Konzepte. In: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 11/12, 30-38.

Tophoven, C./Lieschke, L. (Hg.) 2002: Integrierte Versorgung – Entwicklungsperspektiven für Netze. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Wasem, J. 1999: Staatliche Steuerung des Gesundheitswesens – Historie und Effekte von Kostendämpfungsmaßnahmen und Gesundheitsreformen. In: Wille, E. (Hg.): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesundheitsversorgung zwischen staatlicher Administration, korporativer Koordination und marktwirtschaftlicher Steuerung. Baden-Baden: Nomos: 9-31.

Wasem, J. 2002: Der Patient vor der Wahl. Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen zur Janssen-Cilag Bevölkerungsstudie 2002. Neuss.

Wasem, J./Güther, B. 1998: Das Gesundheitswesen in Deutschland, Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung, Eine Bestandsaufnahme. Neuss: Janssen-Cilag.

Bernhard Badura

# Patentientenbeteiligung im Gesundheitswesen

Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz

### 1 Intransparenz schützt Anbieterdominanz

Gesundheitspolitik in Deutschland unterliegt den Gesetzen des Korporatismus, d.h. der Staat verständigt sich bei allen wesentlichen Entscheidungen mit der Ärzteschaft oder den Krankenkassen. In diesem "Spiel" kann es zu Entscheidungen auf Kosten Dritter kommen, beispielsweise der Versicherten oder Patienten, so lange diesen verwehrt wird, ihren Belange und Interessen auf einer "dritten" Bank (d.h. neben Verbänden und Staat) zu vertreten. Die Einlösung dieser Forderung ist indessen durchaus voraussetzungsgleich: Sie setzt eine entsprechende Legitimierung sowie Qualifizierung der jeweiligen Interessenvertreter voraus. Aus eigener Kraft werden das die Versicherten und Patienten kaum schaffen - weder politisch noch ressourcenmäßig. Dafür müssten sich Stiftungen einsetzen oder eben auch einzelne politische Parteien. Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen gehört auf die politische Agenda dieses Landes.

Eine Anbieterinteressen wie Verbraucherbedürfnisse gleichermaßen befriedigende Steuerung komplexer Gesundheitssysteme scheint bisher nirgends gelungen. Gesundheitsreformen folgen in immer rascherer Abfolge aufeinander. Die mit hohem, z.T. exorbitantem Aufwand betriebenen Versorgungssysteme führen zu entweder nur schwer beurteilbaren oder aber suboptimal bewerteten Ergebnissen. Immer häufiger bemängelt wird ein Nebeneinander von Unterversorgung und Überversorgung – im überwiegend marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitssystem der USA ebenso wie im Sozialversicherungssystem Deutschlands (WHO 2000; Sachverständigenrat 2001).

Gründe genug, um nach strukturellen Mängeln aller hoch entwickelten Gesundheitssysteme zu suchen. Der Mangel an Qualitätstransparenz hat sich dabei als eines dieser generell zu beobachtenden Strukturprobleme erwiesen. Inzwischen spricht einiges dafür, sich verstärkt mit einem zweiten Strukturproblem moderner Gesundheitssysteme zu befassen: dem unausgewogenen Verhältnis zwischen Anbieter- und Verbraucherschutz. Beide Probleme hängen eng miteinander zusammen: Intransparenz hilft, die bestehenden Unausgewogenheiten zu verschleiern und dadurch aufrechtzuerhalten. Intransparenz verunsichert und frustriert zugleich die Versicherten und Patienten, deren Bedürfnisse die Legitimationsgrundlage für die Leistungsangebote bilden und deren Aufwendungen in Form von Steuern und Sozialabgaben ihre Finanzierung ermöglichen. Sie werden gezwungen, immer größere Teile ihre Einkommens für ein Leistungsgeschehen aufzuwenden, dessen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse ihnen immer undurchschaubarer erscheinen und von dessen Weiterentwicklung sie so gut wie ausgeschlossen sind.

In Politik und Versorgungsgeschehen dreht sich heute alles um technikintensive Leistungen der kurativen Medizin, um Einkommenserwartungen der Anbieter und der Industrie, um Erhalt oder Schaffung von Arbeitsplätzen. Müssen zur Finanzierung dieser Leistungen und Arbeitsplätze in Praxen, in Krankenhäusern, in Pharmaindustrie und Geräteindustrie Einsparungen erbracht werden, denken die Verantwortlichen in erster Linie an Kürzungen der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege, die als weniger wichtig oder entbehrlich erachtet werden. Dass dies die Verbraucher anders sehen könnten, wird bisher gar nicht ernsthaft erörtert. Und sie werden auch nicht gefragt. Institutionalisierte Rahmenbedingungen für einen direkten Dialog zwischen Politik und Verbrauchern im Gesundheitswesen hat man hierzulande bisher nur ansatzweise geschaffen, beispielsweise durch die obligatorische Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen (Badura/Siegrist u.a. 2000; siehe dazu auch den Beitrag von Weihrauch in diesem Heft).

Dass dieser Zustand auf Dauer weder der Legitimität noch der Qualität und Effizienz moderner Gesundheitssysteme dienen kann, ist inzwischen weithin anerkannt. In der Ljubljana-Charta von 1996 heißt es ebenso knapp wie zutreffend:

"The citizen's voice and choice should make as significant a contribution to shaping health care services as the decisions taken at other levels of economic, managerial and professional decision-making." (WHO 1996)

Wir haben es hier mit einer Sachlage zu tun, zu deren Verständnis Wissenschaft beitragen kann, deren Bearbeitung aber ein eminent politisches Problem der Macht-, Zuständigkeitsund Ressourcenverteilung beinhaltet. Als Pionier dieser Thematik darf in Deutschland der Medizinsoziologe Christian v. Ferber gelten, der mit seinem 1976 vorgelegten Gutachten "Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance" wesentliche argumentative Grundlagen aus demokratietheoretischer Sicht gelegt hat (Ferber 1977). Im Grundsatz geht es hier darum, Betroffene zu Beteiligten zu machen.

Unausgewogenheiten im Verhältnis von Anbietern und Verbrauchern sind während der BSE-Krise kurzfristig öffentlich akzeptiert und zumindest rhetorisch zugunsten der Verbraucher verändert worden: in der Landwirtschaftspolitik! In der Gesundheitspolitik liegen die Gewichte nach wie vor völlig unverändert – rhetorisch wie praktisch – bei den Anbietern: beim Schutz von Arbeitsplätzen, Einkommenserwartungen und (vermuteten) Wachstumsbranchen. Das Lipobay-Debakel hat diese Schwachstelle moderner Gesundheitssysteme schlaglichtartig erhellt. Ob sich daraus auch strukturelle Konsequenzen ergeben werden, bleibt abzuwarten.

Unzureichender Schutz vor überflüssigen, unwirksamen oder fehlerhaften Leistungen vor Risiken und Nebenwirkungen, vor einem sich verschärfenden Nebeneinander von Über- und Unterversorgung ist ein zentrales Anliegen des europaweit und auch in den USA beobachtbaren Versuchs, das Thema Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen auf die politische Agenda zu setzen (Advisory Commission 1998; WHO 2000; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2000; Badura/Hart/Schellschmidt 1999; Francke/Hart 2001). Es geht mit anderen Worten um das Thema Prioritätensetzung im Gesundheitswesen, es geht um verbesserten Schutz vor vermeidbaren Ausgaben und vermeidbaren Risiken, und es geht um eine Befähigung der Bürger und Patienten zur intelligenten Nutzung der angebotenen Leistungen.

Arzneimittel werden immer wirksamer und damit auch nebenwirkungsreicher und riskanter. Medizintechnik greift immer tiefer ein in zentrale Funktionsbereiche des menschlichen Organismus. Die molekularbiologische Forschung verspricht uns bahnbrechende Therapiemöglichkeiten. Darüber Entscheidungen zu fällen, kann nicht mehr nur Experten, Politikern und Vertretern von Verbandsinteressen vorbehalten bleiben: In der konkreten Versorgungssituation sind es ja die Verbraucher/Patienten, die Therapieziele mit festlegen und Nutznießer der erbrachten Leistungen sein sollen; und schließlich sind sie es auch, die Nebenwirkungen und Risiken der Behandlung ausgesetzt sind - nicht die Anbieter.

Noch gibt es keine machtvollen Patientenvertretungen, zeigen sich Hilflosigkeit und Frustration mit dem Versorgungsgeschehen eher indirekt: an der rückläufigen Organspendebereitschaft, am wachsenden Interesse an "alternativen Heilmethoden" oder nicht mehr "greifenden" Ansätzen zur Kostendämpfung. Wir müssen lemen, Gesundheitspolitik mit, nicht ohne die Betroffenen zu betreiben und das Versorgungsgeschehen gemeinsam mit ihnen zu gestalten. Die gesundheitswissenschaftlich betrachtet sehr begrüßenswerte Entwicklung einer integrierten Versorgung chronisch Kranker wird deutlich machen, wie weit die Anbieter dazu bereit sind.

# 2 Qualitätsentwicklung – zentrale Herausforderung

Am Beispiel der Qualitätsthematik soll im Folgenden Zweierlei verdeutlicht werden: Erstens, dass der Ruf nach einem verbesserten Verbraucherschutz gute Gründe hat, und zweitens, dass ein verbesserter Schutz vor überflüssigen, fehlerhaften und unwirksamen Leistungen bei beiden – Anbietern wie Verbrauchern – Voraussetzungen erfordert, die bisher nicht oder nicht

in notwendigem Ausmaß vorhanden sind, d.h. im Rahmen eines längerfristig angelegten Entwicklungsprojektes hergestellt werden müssen,

Unter hoher Qualität versteht man gemeinhin Merkmale oder Eigenschaften von Produkten oder Dienstleistungen, die vom Käufer oder Adressaten als nützlich oder wünschenswert erachtet werden und deren Erstellung kunstund regelgerecht erfolgt. Gesundheitsdienstleistungen haben mit anderen personenbezogenen Dienstleistungen wie Kirchendiensten, Bildungsleistungen oder Opernaufführungen gemein, dass ihre Ergebnisse schwer erfassbar. oft nicht siehtbar und auch nicht leicht zurechenbar sind. Ihre Erstellung erfolgt koproduktiv, d. h. die Adressaten sind stets ein Stück weit auch Mitproduzenten: Ihre Motivation und Qualifikation spielt für die erreichte Prozessund Ergebnisqualität eine bedeutende Rolle. Patientenmerkmale wie Alter, Geschlecht, Umfang und Qualität der sozialen Netzwerke sowie Bildung und Berufsstatus haben einen beträchtlichen Einfluss auf die Kontakthäufigkeit, die Arzt-Patienten-Interaktion, auf diagnostische Aktivitäten, die Festlegung von Therapiezielen und die Auswahl therapeutischer Maßnahmen, auf ihre Durchführung und Erfolgskontrolle (Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Uni Bielefeld 2001).

Ob allerdings das Richtige getan wird und wie kunst- und regelgerecht dabei auf Seiten der Experten vorgegangen wird, ist für die nur mitproduzierenden Laien gegenwärtig kaum zu durchschauen. Und wie der Ruf nach evidenzbasierter Medizin zeigt, fällt es den Experten selbst immer schwerer, das Richtige richtig zu tun.

#### 3 Die IOM-Studie

Die in der klinischen Forschung führende USamerikanische Medizin scheint uns auch in Sachen Qualitätsentwicklung weit voraus. Das angeschene "Institute of Medicine" der "National Academy of Science' hat es sich zu einer seiner zentralen Aufgaben gemacht, dem Thema Oualität klinischer Prozesse zu mehr Aufmerksamkeit zu verhelfen. In einer bahnbrechenden Studie wurde weltweit erstmalig die vorhandene wissenschaftliche Evidenz zu diesem Thema zusammengetragen und einer umfassenden Analyse unterzogen. Befunde und Folgerungen sind jüngst in einem Buch unter dem Titel ,To Err Is Human. Building a Safer Health System' erschienen (IOM 2000), An ihnen werden wir auch hierzulande kanm vorbeikommen. Im Folgenden werde ich mich auf die Wiedergabe einiger zentraler Ergebnisse und Empfehlungen beschränken.

Der Bericht konzentriert sich auf eine Bestandsaufnahme zum Thema klinische Fehler. Das Thema Über- und Unterkapazitäten und die damit eng zusammenhängende Problematik der überflüssigen oder unwirksamen Leistungen bleibt weiteren geplanten Bänden vorbehalten. Die meisten der ausgewerteten Studien beschäftigen sich mit der Qualität der Krankenhausund der Arzneimittelversorgung. Die Autorinnen sind sich der Sensibilität ihres Themas bewusst und bemühen sich um eine eher konservative Würdigung der ihnen vorliegenden Evidenz, Ihre Ergebnisse müssen gleichwohl als alarmicrend angesehen werden. Der sich in den Daten abzeichnende Status quo sei, so heißt es wörtlich, "inakzeptabel und kann nicht mehr länger hingenommen werden" (IOM 2000; 3) (eigene Übersetzung).

Rechnet man z. B. die Ergebnisse der konservativsten Studie zur Fehlerhäufigkeit in der Krankenhausversorgung in den Staaten Colorado und Utah hoch, dann sterben jährlich in den USA 44.000 Menschen an den Folgen fehlerhafter Prozesse. Das bedeutet, dass in den USA mehr Menschen an fehlerhafter Kran-

kenhausversorgung sterben als an Verkehrsunfällen, Brustkrebs oder AIDS2. Entsprechende Schätzungen für unser Land liegen nicht vor. Etwa die Hälfte der für die USA geschätzten Kosten entstehen auf Grund des durch Fehler bewirkten Mehraufwandes in der Versorgung. Wegen der Furcht, durch berichtete Fehler haftungsrechtlich zur Verantwortung gezogen zu werden, dürften die in den ausgewerteten Studien angeführten Daten und die darauf basierenden Hochrechnungen nach Auffassung der Autorinnen eher zu einer deutlichen Unterdenn zu einer Überschätzung der Qualitätsprobleme klinischer Versorgung und ihrer Folgekosten führen, auch weil die Qualitätsprobleme in der ambulanten Versorgung bisher weitgehend unerforscht sind. Die Experten der IOM-Studie halten 120,000 Todesfälle, bedingt durch klinisches Fehlverhalten, für realistisch eine wahrhaft erschreckende Zahl!

Zertifizierung und Akkreditierung von Krankenhäusern<sup>3</sup> – von denen man sich auch hierzulande mehr Transparenz und Qualitätsentwicklung erhofft – sind nach Auffassung der Autorinnen der IOM-Studie keine Lösung, weil die dort verwendeten Bewertungsprozeduren der Qualität klinischer Prozesse wenig Aufmerksamkeit schenken, nicht zuletzt wohl wegen der Widerstände der Krankenhäuser, einer entsprechenden Berichtspflicht nachzukommen

Auch der in den USA mittlerweile bestehende weit reichende Einfluss der Kostenträger – Stichwort "managed care" – hat nach Einschätzung der AutorInnen wenig Fortschritte in Sachen Qualität gebracht, weil die zwischen Versicherungen und einzelnen Anbietern abgeschlossenen Verträge nur wenig Anreize für Qualitätsentwicklung enthalten.

Mit der wachsenden Bedeutung der Langzeitversorgung ehronisch Kranker, der Zunahme ambulanten Operierens, verkürzter Krankenhausaufenthalte und immer komplexerer Medikamentierung trägt auch das Patientenverhalten zu den hohen Fehlerraten bei. Dieses Thema bleibt im Bericht leider weitgehend unbearbeitet.

Obwohl das Risiko, an den Ursachen klinischer Fehlbehandlung zu sterben, bei weitem das Risiko übertrifft, in einem Flugzeugunglück umzukommen, werde - so die Autor-Innen - der Flugsicherheit bei weitem mehr öffentliche Aufmerksamkeit geschenkt als der Sicherheit klinischer Prozesse, Das Bewusstsein der amerikanischen Öffentlichkeit für Qualitätsprobleme im Gesundheitswesen sei völlig unterentwickelt. Die Fehlersuche auch der Experten erschöpfe sich in der Suche nach persönlich Schuldigen. Dies sei jedoch ein gänzlich unzureichender, weil der Komplexität der Fehlerursachen nicht gerecht werdender Ansatz. Bei der Fehlerverhütung und Verbesserung der Patientensicherheit sei vielmehr ein Systemansatz erforderlich. Die im Gesundheitswesen Beschäftigten zählten zu den bestausgehilderen und hochmotiviertesten Arbeitskräften. Das Problem läge nicht bei ihnen, sondern bei den schlecht gestalteten Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozessen. Hier müsse zuerst angesetzt werden. Menschlichem Versagen läge zumeist Systemversagen zugrunde, das es aufzuspüren und auch noch viel besser zu erforschen gälte, als dies zurzeit der Fall sei. Behandlungssysteme müssten vereinfacht und standardisiert, sie müssten genauer beobachtet und dokumentiert werden. Teamarbeit und Führungsqualitäten in der Krankenversorgung seien dringend verbesserungsbedürftig. Die Autorinnen empfehlen unter anderem die Errichtung einer eigenen Regulierungsbehörde für Patientensicherheit, und sie fordem deutlich mehr Investitionen in die Forschung und Entwicklung sicherer Versorgungssysteme, Angestrebt werden müsse eine Sicherheitskultur in der kurativen Medizin, die das Eingestehen von Fehlern und das Lernen daraus ermögliche. Deshalb müssten auch Fehlerdokumentationssysteme vor dem Zugriff durch die Justiz geschützt werden. Auf der anderen Seite fordern die Autorinnen eine für alle Anbieter verpflichtende Qualitätsberichterstattung, wie sie ansatzweise bereits in 20 Bundesstaaten realisiert sei.

Die Autorinnen zitieren insbesondere landeseigene, aber auch britische und australische Studien. Für den Beobachter eindrucksvoll ist. wie sehr sich die amerikanische Fachöffentlichkeit um eine klare Trennung berufsständischer und fachlicher Interessen bemüht. Der Bericht des Institute of Medicine' ist ein echter Meilenstein dazu. Vielleicht wird auch irgendwann einmal in nicht allzu ferner Zukunft ein Nobelpreis für bahnbrechende Erkenntnisse zur Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung in der Krankenversorgung verliehen. Warum sollte der dafür nötige intellektuelle Aufwand night ebenso viel wert sein wie z. B. die Entdeckung eines neuen Wirkstoffes? Die Autorinnen der IOM-Studie glauben, dass etwa die Hälfte aller fehlerbedingten Todesfälle durch entsprechende Maßnahmen vermeidbar wären. Das bedeutete für die USA - selbst wenn man die konservativsten Schätzungen zugrunde legt - weit über 20.000 gerettete Leben pro Jahr! Die Kosten mangelhafter Oualität tragen nicht die Anbieter von Versorgungsleistungen, sondern die Patienten und Versicherten - die Patienten in Form vermeidbaren Leids und vorzeitigen Todes, die Versicherten in Form vermeidbarer finanzieller Belastungen.

# 4 Bürgerbeteiligung erfordert Lernprozesse

Wenn wir wollen, dass das Geld im Gesundheitswesen der Leistung folgt, und wenn wir

ferner wollen, dass eine Leistung dort erbracht wird, wo dies so gut und wirtschaftlich wie möglich geschieht, dann setzt das eine möglichst genaue Kenntnis der Leistungsfähigkeit einzelner Anbieter bei allen Beteiligten voraus - bei den Patienten ebenso wie den überweisenden Experten. Wir müssen uns von der Illusion gleicher Qualität im Gesundheitswesen verabschieden, ebenso wie wir uns schon von der Illusion gleicher Qualität bei Schulen, Universitäten und anderen personenbezogenen Dienstleistungen verabschiedet haben. Das bedeutet aber auch, dass wir an einer validen Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes auch hierzulande nicht vorheikommen.

Als erster Schritt müssten die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sich primär ihren fachlichen Belangen und ihrer Berufsethik verschreiben. Die Schließung der Kluft zwischen den Standards der klinischen Forschung und den Standards der täglichen Behandlungspraxis ist eine zentrale Aufgabe klinischer Experten, die ihnen niemand abnehmen kann: nicht der Staat, nicht die Kostenträger, auch nicht die Patienten. Sie sollten dazu allerdings geeignete Rahmenbedingungen und Anreize setzen. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist die Entwicklung der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, die sich mit der empirischen Ursachenanalyse beobachtbarer Qualitätsunterschiede befassen und sichere Versorgungssysteme entwickeln müsste (Badura/ Grande/Janßen/Schott 1995). Gemeint ist mit empirischer Qualitätsforschung insbesondere die Evaluation von .usual care'. Hierzulande scheint bisher der Kostendruck und der davon ausgehende Entscheidungszwang in Richtung Kostendämpfung und Kupazitätsbegrenzung das zentrale Motiv für mehr kontrollierte Selbstbeobachtung und Bewertung im Gesundheitswesen zu sein. Erst in jüngster Zeit setzt sich die Auffassung durch, dass systematische Evaluation und Qualitätsentwicklung zentrale Anliegen eines modernen Gesundheitswesens sind und damit auch zentrale Anliegen der Gesundheitswissenschaften deren Nutzen weit über eine gesundheitsökonomische Problemstellung hinausreicht. Wissenschaftlich fundierte Evaluation und Qualitätsberichterstattung sorgen für Transparenz im Gesundheitswesen und bilden notwendige Bedingungen für beides: seine rationale Steuerung und intelligente Nutzung. Evaluation und Qualitätsentwicklung tragen bei zur Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit der erbrachten Dienstleistungen, sie schützen die Versicherten vor überflüssigen Ausgaben und die Patienten vor vermeidbaren Risiken und schlechter Qualität (Badura/Siegrist 1999).

Als zweiter Schritt müsste, was gegenwärtig auch schon in zahlreichen Kliniken versucht wird, ein System der internen Qualitätsberichterstattung und kontinuierlichen Verbesserung obligatorisch gemacht werden. Kostenträger und gegebenenfalls der Staat sollten die Etablierung entsprechender Standards und Vorgehensweisen erleichtern und kontrollieren, die inhaltliche Arbeit der Qualitätsentwicklung aber in der Verantwortung der einzelnen Leistungsorganisationen lassen.

Als dritter Schritt sollte ein System der extern vergleichenden Qualitätsberichterstattung entwickelt und allen Anbietern zwingend vorgeschrieben werden. In den USA werden solche Systeme gegenwärtig in einigen Staaten bereits praktiziert. Die dabei gesammelten Erfahrungen sollten dokumentiert und ausgewertet werden. Wie bereits erwähnt, ist extern vergleichende Qualitätsberichterstattung eine notwendige Voraussetzung für eine effiziente Nutzung der Leistungsangebote durch die Patienten und durch Patientenströme steuernde Instanzen wie z. B. die Rentenversicherung oder die Allgemeinärzte.

Folgt man den Ergebnissen der IOM-Studie, spricht alles für eine staatliche Regulierungsbehörde zur Einhaltung klinischer Mindeststandards. Die Massenproduktion häufig hoch komplexer Interventionen und die damit verbundenen Risiken und Nebenwirkungen werden dies unvermeidlich machen. In einem Gutachten für die Landesregierung Nordrhein-Westfalen zum Thema Bürgerorientierung im Gesundheitswesen kamen wir zu einer ganz ähnlichen Empfehlung (Badura/Hart/Schellschmidt 1999).

Dieser vierte Schritt kann keinesfalls den fünften Schritt ersetzen: die Verbesserung und kontinuierliche Optimierung klinischer und organisatorischer Prozesse durch entsprechend befähigte und mitentscheidende Versicherte und Patienten. Patienten vermögen - so sie ausreichend informiert, beraten und qualifiziert werden - entscheidend dazu beizutragen, dass der subjektive Nutzen bei der Therapieentscheidung gewahrt bleibt und der Therapieprozess anerkannten Standards folgt, sofern diese den Patienten bekannt sind. Sie können auch - das gilt insbesondere für chronisch Kranke, und d. h. zumeist sehr krankheitserfahrene Patienten - zur Therapicoptimierung beitragen, so man ihre Erfahrung wertschätzt und in die klinische Praxis einfließen lässt. Nur der Patient kennt die gesamte Behandlungskette und damit auch ihre Stärken und Schwächen. Durch jährliche Prämierung von Verbesserungsvorschlägen seitens der Versicherten und Patienten könnte dieses Thema mehr Aufmerksamkeit erbalten.

Damit es zu einer solchen Mobilisierung koproduktiver Potentiale kommt, scheint noch ein sechster und letzter Schritt erforderlich: die Stärkung der kollektiven Rechte der Bürger, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen (Franke/Hart 2001). Zur intelligenten, d. h. bedarfsgerechten und effizienten Nutzung der kostspieligen Leistungsangebote müssen ihnen Informationen über die Qualität der einzelnen Anbieter zur Verfügung stehen. Dazu müsste u. a. das Werbeverbot für niedergelassene Ärzte fallen und eine verlässliche, ständig aktualisierte Qualitätsberichterstattung rechtlich festgeschrieben werden. Schließlich sollte auch über eine direkte Beteiligung von Versicherten und Patientenvertretern in den für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens relevanten Entscheidungsgremien nachgedacht werden, weil von einer wirksamen Stellvertretung ihrer Belange durch Repräsentanten des Staates und der Selbstverwaltung nicht mehr ohne weiteres ausgegangen werden kann.

#### 5 Fazit

Wenn dieser Beitrag etwas verdeutlichen sollte, dann dies: Wir müssen den Verbrauchern im Gesundheitswesen eine Stimme geben und den Dialog zwischen ihnen, den Anbietern und der Politik entwickeln helfen. Wer den Wettbewerb im Gesundheitswesen bejaht, sollte sich zugleich für geeignete Rahmenbedingungen einsetzen. Im Gesundheitswesen fällt hier dem Staat eine neue Rolle zu. Hat er sich bisher cher als Hüter von Anbieteranliegen verstanden und damit auch zur Anbieterdominanz im Gesundheitswesen mit beigetragen, sollte er nunmehr mithelfen, die dadurch entstandenen Unausgewogenheiten zu beseitigen. Auch Stiftungen können hierbei eine wichtige Rolle spielen.

Prof. Dr. Bernhard Badura lehrt an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und ist Leiter der Arbeitsgruppe Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung. Er ist Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Public Health. Zu seinen Arbeitsschwerpunkte gehören: Sozialepidemiologie, Stressforschung, Gesundheitsmanagement, Evaluationsforschung, Rehabilitation, Gesundheitspolitik.

## Anmerkungen

Der Pharmakonzern Bayern AG musste im August 2001 seinen Cholesterinsenker Lipobay wegen schwerer Nebenwirkungen vom Markt nehmen.

<sup>2</sup> Legt man stattdessen die Daten einer im Staat New York durchgeführten Studie zugrunde, kommt die Hochrechnung auf geschätzte 98.000 durch klinische Fehler verursachte Todesfälle. Die durch fehlerhafte Behandlung entstandenen Kosten werden auf jährlich 37.6 bis 50 Mrd. Dollar geschätzt, die der vermeidbaren Fehler auf 17 bis 29 Mrd.: Alles in allem tatsächlich alarmierende Zahlen.

Gemeint ist die regelmäßige Qualitätspröfung nach vorgegebenen, landesweit akzeptierten Standards.

#### Literatur

Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry 1998; Quality First: Better Health Care for All Americans. A Final Report to the United States. Washington. (Erhältlich unter: http://www.hcqualitycommission.gov/)

Badura, Bernhard/Grande, Gesinel/Janßen, Heinz/ Schott, Thomas 1995: Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ambulante und stationäre Rehabilitation im Vergleich. Weinheim/München: Juventa.

Badura, Bernhard/Hart, Dieter/Schellschmidt, Henner 1999: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden: Nomos.

Badura, Bernhard/Siegrist, Johannes (Hg.) 1999: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim/ München: Juventa.

Badura, Bernhard/Siegrist, Johannes/Büchner, Julia/Fuchs, Heike/Joksimovic, Ljiljana/v.d. Knesebeck, Olaf/Münch, Eckhard/Rigulies, Reiner/ Schnabel, Meik/Wilking, Peter/Zamora, Pablo 2000: Ortsnahc Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung – Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellprojekt. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (Bearbeitung: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner) 2000: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4.-5. Februar 1999 in Bonn. Band 10. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld 2001: Antrag auf Einrichtung eines Promotionskollegs: Der Einfluss sozialer Faktoren auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Vorlage bei der Hans-Böckler Stiftung 2001.

Francke, Robert/Hart, Dieter 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.

Ferber, Christian von 1977: Soziale Selbstverwaltung – Fiktion oder Chance? In: Bogs, Harald/ v. Ferber, Christian: Aufgaben und Funktion der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Bonn: INFAS, 97-199.

IOM (Bearbeitung: Kohn, Linda T./Corrigan, Janet M./Donaldson, Molla S. (eds.) 2000: To Err is Human, Building a Safer Health System, National Academy Press: Washington D.C.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens in Deutschland. Gutachten 2000/2001. Ms., 3 Bände, Bonn,

WHO 1996: The Ljubljana Charter on reforming health care, Genf: WHO.

WHO 2000: World Health Report 2000: Health Systems, improving performance, Genf; WHO.

Karl W. Lauterbach/Markus Lüngen

# Mehr Patientenrechte im Gesundheitswesen

Echte Reformoption im korporatistisch verfassten Gesundheitswesen?

# 1 Patientenrechte und Qualitätssicherung

Ein zentrales Problem jedes Gesundheitssystems ist die Spannung zwischen Effizienz und Qualität. Im Zuge des in allen hoch entwickelten Ländern zu beobachtenden Anstiegs der Ausgaben für gesundheitliche Versorgung werden die Effizienzanreize für die Leistungsanbieter, beispielsweise durch pauschalierte Vergütungen, verstärkt. Als Folge davon steigt die Sorge, dass die Qualität der Versorgung leiden könnte. Die üblichen Instrumente der aufzubauenden Qualitätssicherung lassen sich den Kategorien "staatlich initiierte Kontrollen", Qualitätswettbewerb" und "Appell an die intrinsische Motivation der Ärzteschaft" zuordnen (Lauterbach/Lüngen 2001).

Insbesondere staatlich initiierte Kontrollen bewirken, dass Außenstehende, die mit der unmittelbaren Versorgungsleistungen keine Verbindung hatten, aus retrospektiver Sicht ein Urteil abgeben müssen. Als Alternative wäre denkbar, dass diese Kontrollfunktion unmittelbar auf den Patienten übergeht (Lüngen/Lauterbach 2002).

#### 2 Patientenorientierte Leitlinien

Die Rolle des Patienten als Gutachter setzt voraus, dass dieser kompetent über die medizinischen Sachverhalte seiner Therapie urteilen kann. Oftmals ist das Wissen des Patienten über Therapiealternativen sowie deren Nutzen und Risiken nur unzureichend ausgebildet. Es fehlen Evidenz-basierte Leitlinien in einer für Patienten verständlichen Form. Diese stoßen auf eine erhebliche Nachfrage seitens der Patienten, da sie die beste wissenschaftliche Evidenz verständlich darstellen. Der Patient kann mit dem Arzt auf einer hohen Kompetenzebene entscheiden. Erstellung und Verbreitung dieser Leitlinien sollten daher gefördert werden.

Eine Erleichterung des Klageweges ohne Stärkung der Kompetenz des Patienten würde lediglich eine Vervielfachung der juristischen Verfahren bedeuten, ohne dass die Treffergenauigkeit erhöht würde. Mit anderen Worten wäre denkbar, dass eine hohe Rate an "Falsch-Positiven Verfahren" (es wird ein juristisches Verfahren angestrengt, ohne dass eine medizinische Nachlässigkeit vorlag) und "Falsch-Negativen Verfahren" (es lag eine medizinische Nachlässigkeit vor, jedoch wurde kein juristisches Verfahren angestrengt) auftritt.

# 3 Empirische Ergebnisse

Diese ineffektiven Ergebnisse sind in der Praxis bei einer Ausweitung des Klageweges in der Tat zu beobachten. Als Beispiel kann die USA dienen, wo die "Harvard Medical Practice Studie" untersuchte, welcher Zusammenhang zwischen der Erhebung einer Anklage wegen "Malpractice" und dem Auftreten von Nachlässigkeit bei der Erbringung der medizinischen Leistung vorlag (Localio u.a.1991; Weiler u.a. 1993). Die Studie prüfte auf Fallebene, bei

welchen Behandlungen medizinisch unerwünschte Ereignisse zu beklagen waren, und welcher dieser Fälle zu einer gerichtlichen Anklage führte. Insgesamt wurden 1.133 Fälle (von 30.195 eingesehenen Fällen) mit unerwünschten Ereignissen gefunden. 280 dieser Ereignisse (1 Prozent der Gesamtfälle) wurden ursächlich mit Nachlässigkeit in Verbindung gebracht (95 Prozent Konfidenzintervall: 0,8 Prozent/1,2 Prozent).

Insgesamt wurde in 47 Fällen (0,11 Prozent; 95 Prozent Konfidenzintervall: 0.06 Prozent/ 0,16 Prozent) von den Patienten Anklage wegen Malpractice erhoben. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Fall mit medizinischer Nachlässigkeit in einer Anklage münden würde, betrug 1,53 Prozent (95 Prozent Konfidenzintervall: 0 Prozent/3,24 Prozent). In 12 der 47 Fälle, bei denen Anklage erhoben wurde, konnte nach Einsicht in die Krankenakte von den Durchführern der Studie kein Qualitätsmangel erkannt werden. Auch die restlichen Fälle mit erhobener Anklage wurden zumindest kontrovers beurteilt. Hingegen wurde in 89 Prozent aller Fälle mit erkannter Nachlässigkeit vom Patienten keine Anklage erhoben.

Insgesamt gab es damit mehr Fälle mit offensichtlichen Qualitätsproblemen, jedoch ohne Gerichtsprozess, als Fälle mit angestrengtem Gerichtsprozess. In dieser amerikanischen Studie erwirkten rund die Hälfte der angestrengten Prozesse eine Kompensation.

Die Tendenz der Ergebnisse wurden in einer weiteren amerikanischen Studie bestätigt (Studdert u.a. 2000). Ebenso wie bei der Harvard Studie wurde eine Verbindung von Fällen mit erkannten Qualitätsproblemen zu juristischen Anklagen hergestellt. Untersucht auf unerwünschte Ereignisse während der medizinischen Behandlung wurden 14.700 Fälle, von denen 18 einem tatsächlichen juristischen Ver-

fahren zugeordnet werden konnten. In 10 dieser Fälle konnte überhaupt kein uncrwünschtes Ereignis erkannt werden, in 14 Fällen fehlte die Nachlässigkeit des Leistungserbringers. Umgekehrt strengten 97 Prozent der in der Studie erkannten Fälle mit auf Nachlässigkeit beruhenden Qualitätsmängeln kein Verfahren an. Insgesamt wurde (insbesondere von älteren und sozial schwachen Patienten) nur selten ein Prozess angestrengt. Wenn einer angestrengt wurde, lag hingegen häufig kein erkennbarer Qualitätsmangel vor (Studdert u.a.: 2000).

## 4 MangeInde Treffsicherheit

Diese mangelnde Treffsicherheit lässt eine Ausweitung der Patientenrechte in Form von juristischen Sanktionen ohne Veränderung der Rahmenbedingungen als nicht geeignet zur Aufdeckung von Qualitätsproblemen erscheinen. Als Gründe für die offensichtlich mindere Effektivität eines drohenden Prozesses gaben Localio u.a. (1991) an, dass Patienten Qualitätsprobleme nicht erkennen, die finanziellen Risiken eines Prozesses scheuen oder das Vertrauensverhältnis zum Arzt nicht zerstören möchten.

# 5 Ausweitung juristischer Verfahren

Auch die Rate der angestrengten juristischen Prozesse im Zeitablauf kann nicht mit der Entwicklung der Qualität korreliert werden. In Wales stiegen die Patientenforderungen aufgrund von Nachlässigkeit in der Behandlung um fast 50 Prozent innerhalb des Jahres 1999 (Dobson: 2000). Eine proportionale Verschlechterung der Qualität kann jedoch nicht angenommen werden. Im Rahmen der "malpractice erisis" in den USA in den Jahren 1974/75 stiegen die Versicherungsprämien rasant an. Während manche Ärzte lediglich 75 US\$ Prämie pro Jahr bezahlen mussten, be-

licfen sich diese Kosten bei anderen Ärzten bis auf 50.000 US\$ pro Jahr. Im Jahr 1987 betrug die durchschnittliche Versicherungsrate 15.000 US\$. Sie crreichte bis 200.000 US\$ für Neurochirurgen und Geburtshelfer in Florida und New York (Campion 1990; Weiler u.a. 1993). Die Ausgaben der Versicherungsindustrie für Entschädigungen bei ,Malpractice' stiegen in den USA von 817 Mio. US\$ im Jahr 1977 auf 5,900 Mio. US\$ im Jahr 1986 (Campion 1990). Es erscheint unglaubwürdig und ist empirisch nicht zu belegen, dass sich in der Prämienentwicklung ein Ausdruck zügig verschlechterter Qualität niederschlägt. Auch die regionalen Unterschiede von 10.000 US\$ pro Jahr in New Orleans bis 50,000 US\$ in Los Angeles und Chicago - beziehungsweise 1.200 US\$ pro Bett in Philadelphia bis 8,700 US\$ pro Bett in Detroit - scheinen nicht die Qualitätsniveaus dieser Städte widerzuspiegeln (Korin 1993).

Ende der 50er Jahre sahen sich 1 Prozent aller amerikanischen Arzte mit Schadensersatzansprüchen konfrontiert. Mitte der 80er Jahre waren es bereits 10 Prozent aller Arzte. Würde dies eine tatsächliche Zunahme schlechter Qualität bedeuten, so wäre zumindest der Rückgang der Ansprüche ab Ende der 80er Jahre ein positives Zeichen (Weiler u.a.: 1993).

#### 6 Gefahr defensiver Medizin

Die Anklagen wegen "Malpractice" sind zudem sehr ungleich über die medizinischen Fachrichtungen verteilt. Besonders betroffen sind Geburtshilfe/Gynäkologie, Neurologie und Notfallmedizin. Daraus kann kaum abgeleitet werden, dass dort schlechtere Ärzte arbeiten oder schlechtere Medizin erbracht wird. Vielmehr bieten diese Gebiete eher Anhaltspunkte, um aus Sicht des Patienten offensichtliche Kunstfehler mit bleibenden

Schäden zu erkennen und entsprechende Gerichtsverfahren einzuleiten, 70 Prozent aller Ärzte in den USA sind daher dazu übergegangen, so genannte defensive Medizin zu erbringen, wofür rund 5 bis 9 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben aufgebracht werden (Campion 1990; Anderson 1999). Defensive Medizin besteht in der Erbringung von nicht zwingend induzierten Einzelleistungen, um späteren Anklagen wegen "Malpractice" vorzubeugen (Office of Technology Assessment 1994).

Schmidt u.a. (1991) erkannten, dass die offiziell verhängten negativen Sanktionen wegen Qualitätsproblemen auf eine geringe Zahl von Ärzten konzentriert sind. Zwischen 1980 und 1983 wurden lediglich 0,36 Prozent aller Ärzte in New York für mehr als zwei Qualitätsprobleme angeklagt (131 von 35.552 Ärzten in absoluten Zahlen; siehe Weiler u.a. 1993). Unterdurchschnittliche Sanktionen erhielten Absolventen hoch angesehener Medizinuniversitäten, ältere Ärzte, weibliche Ärzte, nicht spezialisierte Ärzte sowie Ärzte, die nicht in den Bereichen Geburtshilfe und Chirurgie praktizierten,

# 7 Verfahrensdauer zu lang

Ein weiteres Argument gegen die Kraft juristischer Sanktionen zur Qualitätssicherung liegt in der Zeitspanne zwischen Erbringung der Leistung und der Sanktionierung. Es vergehen in den USA 13 Monate (Medianwert) zwischen der Schädigung (Behandlung) und der Erhebung der Schädensersatzansprüche, und es vergehen 6 bis 10 Jahre, bis ein Gericht endgültig über medizinische Verfahren beschlossen hat (Weiler u.a. 1993; Campion 1990). Selbst die Anhörung eines Mediziners durch die Standesorganisation bei vermuteten Qualitätsmängeln dauert 5 bis 7 Monate (New York State Department of Health 1998).

#### 8 Arzt- und Patientenurteil

Diese Vielzahl von Bedenken gegenüber der Vereinfachung des Klageverfahrens zur Stärkung der Qualitätssicherung sollte jedoch nicht dazu führen, die Verbesserung der Patientenrechte zu vernachlässigen. Der Patient ist als unmittelbar Betroffener am stärksten an guter Qualität interessiert. Auf seine Mithilfe kann daher nicht verzichtet werden. Entscheidend sind daher die Rahmenbedingungen. Um eine juristische Sanktion einzuleiten, muss zunächst der Patient aus seiner subjektiven Sicht einen Qualitätsmangel feststellen. Bei einer medizinischen Qualitätssicherung ist es ein Arzt, der aufgrund medizinischer Evidenz urteilt. Im deutschen Recht wird dabei sehr stark mit dem Tatbestand der Körperverletzung argumentiert. Zentrale Bedeutung hat die Einwilligung des Patienten in die Behandlung, denn sie befreit den Mediziner vom Vorwurf der Körperverletzung (Schreiber 1998; Bushe 1998). Eine der häufigsten Anklagen in juristischen Prozessen ist denn auch die fehlende oder ungenügende Aufklärung des Patienten, weniger dessen unmittelbare Schädigung. Eine Wertung von mangelnder Aufklärung als Vertragsverletzung, nicht als Körperverletzung, wird diskutiert (Deutsch 1998).

### 9 Patientenbeauftragter

Eine aktivere Verbreitung von medizinischem Sachverstand in der Bevölkerung zur Erkennung von tatsächlichen Nachlässigkeiten in der medizinischen Behandlung ist daher zwar empfehlenswert, kann das Problem jedoch nicht vollständig lösen. Ein Patient muss zwangsläufig immer eine subjektive Sicht der Erkrankung beibehalten, die sich von der späteren Sicht eines Gerichts unterscheiden kann.

Eine Lösung kann es sein, dem Patienten einen unabhängigen Berater anzubieten, der sowohl einen Überblick über medizinische als auch juristische Sachverhalte hat. Die Anrufung eines solchen neutralen Patientenbeauftragten stellt eine niedrigere Hürde dar als die Einschaltung juristischer Organe und kann gleichzeitig zunächst die Anonymität gegenüber dem behandelnden Azzt wahren.

Der Patientenbeauftragte kann in konkreten Fällen als erster Ansprechpartner dienen und das weitere Verfahren gliedern. Zudem könnte eine solche Institution die Umsetzung von Patientenrechten dokumentieren und Anregungen für Verbesserungen geben. Umfragen zeigen zudem, dass Bürger ein erhebliches Interesse an aussagekräftigen Informationen zur Gesundheit haben. In einer multimedialen Gesellschaft fällt es jedoch gleichzeitig immer schwerer, die Qualität der Informationen zu überprüfen. Hier kann der Patientenbeauftragte als eine Art Clearingstelle tätig werden, indem er auf unabhängige Informationen verweist und ein Gütesiegel vergibt.

#### 10 Fazit

Ein Großteil der Patienten wäre mit einer undifferenzierten Ausweitung der Patientenrechte und der damit verbundenen Rolle als eigener Gutachter überfordert. Eine Stärkung der Patientenrechte kann externe Qualitätssicherung nicht ersetzen, sondern nur ergänzen.

Patientenrechte müssen daher in entsprechende Rahmenbedingungen eingepasst werden. Ziel sollte es nicht sein, dem Patienten ein möglichst umfassendes Klagerecht zu gewähren, sondern ihm zu ermöglichen, kompetent bei der Therapieauswahl und -befolgung teilzunehmen. Unabdingbar hierfür ist es, dem Patienten beste Informationen über mögliche Therapien zu geben und zu diskutieren. Evidenz-basierte Leitlinien in einer für Patienten verständlichen Ausformulierung sind dabei empfehlenswert.

Als unabhängiger Mittler kann bei Unsicherheiten ein Patientenbevollmächtigter dienen, welcher einerseits die Patientenrechte gegenüber der Öffentlichkeit dokumentiert, andererseits als Ansprechpartner dient.

Prof. Dr. Karl W. Lauterbach lehrt am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemologie der Universität Köln. Er ist Mitglied es Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Dr. Markus Lüngen arbeitet am Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemologie der Universität Köln.

#### Literatur

Anderson, RE. 1999: Billions for Defense. The Pervasive Nature of Defensive Medicine. In: Archives of Internal Medicine, Band 159, 2399-2402. Bushe, KA. 1998: Novellierung des Arztstrafrechts? Handlungs- und Reformbedarf aus Sicht des Arztes. In: Zeitschrift für Ärztliche Fontbildung und Qualitätssicherung, Band 92, Heft 8/9, 564-667.

Campion, FX. 1990: Grand rounds on Medical Malpractice, Milwaukee; American Medical Association.

Deutsch, E. 1998: Novellierung des Arztstrafrechts? Arztstrafrecht im internationalen Vergleich. In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Band 92, Heft 8/9, 574-578.

Dobson, R. 2000: Negligence claims to rise by 50% in Wales. In: British Medical Journal, Band 321, 198.

Korin, J. 1993: Cost implications of malpractice and adverse events. In: Hospital Formulary, Band 28, Supplement 1, 59-61.

Lauterbach, K./Lüngen, M. 2001: Was hat die Vergütung mit der Qualität zu tun? In: Arnold, M./Litsch, M./Schellschmidt, H. (Hg.): Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Schattauer, 115-126.

Localio, AR./Lawthers, AG./Brennan, TA./Laird, NM/Hebert, LE./Peterson, LM./Newhouse, JP./Weiler, PC./Hiatt, HH. 1991: Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. In: New England Journal of Medicine; Band 325, 245-251.

Lüngen, M./Lauterbach, K. 2002: Ergebnisorientierte Vergütung bei DRG. Qualitätssicherung bei pauschalterender Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. Heidelberg: Springer.

New York State Department of Health 1998: Jahresbericht http://www.health.state.ny.us/nysdoh/opmc/annual/anrpt98.pdf (Abfrage April 2002).
Office of Technology Assessment 1994: Defensive

Office of Technology Assessment 1994: Defensive Medicine and Medical Malpractice. Washington DC: US Congress.

Schmidt, WC./Heckert, DA./Mercer, AA. 1991: Factors associated with medical malpractice: results from a pilot study. In: Journal of Contemporary Health Law Policy, Band 7, 157-82.

Schreiber, HL. 1998: Novellierung des Arztstrafrechts – Juristische Gründe, In: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Band 92, Heft 8-9, 568-574.

Studdert, DM./Thomas, EJ./Burstin, HR./Zbar, Bl./ Orav, EJ./Brennan, TA 2000: Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. In: Medical Care, Band 38, Heft 3, 250-60. Weiler, PC./Hiatt, HH./Newhouse, JP./Johnson, WG./Brennan, TA./Leape, LL. 1993: A Measure of Malpractice, medical Injury, Malpractice Litigation, and Patient Compensation. Cambridge: Harvard University Press. Jan Böcken

# Gesundheitsreform auf dem Prüfstand

## 1 Gesundheitspolitische Steuerung: Wo stehen wir heute?

Wenn in einem System die einzelnen Protagonisten nicht mehr so zusammenwirken, dass der Gesamtnutzen aller Systemteilnehmer maximiert wird und gleichzeitig der Bestand angrenzender, interdependenter Systeme gefährdet ist, liegt für gewöhnlich ein Steuerungsproblem vor. Ferner interessieren die noch zu erwartende Länge des Kontrollverlustes und mögliche Maßnahmen, um diesen Zeitraum zu verkürzen.

Diese Fragen sind auch für das deutsche Gesundheitswesen legitim: Die zunehmend zu beobachtende Abweichung von politischen sowie gesellschaftlichen Zielvorgaben einerseits und den Versorgungsrealitäten andererseits ist auch aufgrund der Einbindung des Gesundheitssektors in ein interdependentes Netz sozialer Sicherungssysteme und der Funktion als bedeutender Wirtschaftsfaktor nicht akzeptabel. Mit einer Organisationsreform tut sich die Politik aber aus mehreren Gründen weiterhin schwer. Nicht nur gilt die Gesundheitspolitik aufgrund des Einflusses und der Multiplikatorenfunktion einiger Akteure als hochbrisantes Wahlkamofthema, Auch das Steuerungsproblem als solches ist nicht trivial, sondern äu-Berst komplex: Staatliche Steuerung wird ausgeübt durch Ministerien auf Bundes- und Landesebene sowie durch öffentliche Körperschaften; Einflussnahme erfolgt durch Interessenverbände und Betriebe und versorgungsbezogene Entscheidungen werden durch einzelne Leistungsanbieter, Versicherte und Patienten getroffen. Auf den unterschiedlichen Systemebenen sind eine Vielzahl von institutionalisierten oder informellen Beziehungen zwischen den Akteuren zu beobachten: hierarchische Entscheidungssituationen, Verhandlungen, individuelle und kollektive Wahlentscheidungen etc. Insofern greift eine eindimensionale Schuldzuweisung bei ungewünschten Steuerungsergebnissen oft zu kurz: Selten gibt es nur einen Verantwortlichen oder nur eine Lösung für ein auftretendes Problem. Gleichwohl lassen sich einige systematische Konstruktionsfehler beobachten, die mit einer extrem hohen Wahrscheinlichkeit zu Fehlsteuerungen führen. Einige wenige seien im Folgenden exemplarisch für die unterschiedlichen Systemebenen genannt:

#### 1.1 Bund/Land/Kommune

Fehlsteuerungen sind immer dann vorprogrammiert, wenn die Entscheidungsinstanz die negativen Konsequenzen der Entscheidung nicht zu tragen hat. Auf der Bundesebene sind die Auswirkungen auf die Regierung bei einem indirekten Wahlsystem mit vierjährigen Legislaturperioden nur mittelbar zu spüren. Trotzdem war in der Vergangenheit zunehmend zu beobachten, dass politisch brisante Entscheidungen entweder nicht getroffen oder an die Selbstverwaltung delegiert wurden. Die Beispiele hierfür sind zahlreich: Kapazitätsplanungen, Qualitätsvorgaben und Qualitätssicherung, Budgetplanung und Kontrolle etc. In anderen Politikfeldern werden diese Aufgaben sehr erfolgreich direkt vom Staat ausgeübt. Bei einer Verlagerung auf hierarchisch niedrigere Systemebenen sollte eine restriktive Durchgriffsmöglichkeit des Staates bestehen und bei Abweichungen von den Zielvorgaben auch wahrgenommen werden. Dies ist nicht so sehr das Plädoyer für einen starken Staat, sondern für die stringente Setzung und Einhaltung eines ordnungspolitischen Rahmens.

Noch offensichtlicher sind die Fehlanreize im stationären Bereich gesetzt. Hier entscheiden die Länder mit ihrer Investitionsplanung über die vorgehaltenen Kapazitäten und lassen folgerichtig regionale Überlegungen zur Arbeitsmarkt- und Strukturpolitik nicht unberücksichtigt. Die Folgekosten haben die Krankenkassen zu begleichen, was gerade bei überregionalen Kassen zu einer Quersubventionierung von Regionen und zu einer aufwärtsgerichteten Kostenspirale führt.

Ein ähnliches Phänomen ist im Rettungswesen zu beobachten: Die Kreise übertragen die Aufgaben zumeist den Wohlfahrtsverbänden, ohne die Effizienz der erbrachten Leistungen zu kontrollieren. Die Folge sind hohe regionale Schwankungen in Kapazitäten, Preisen und erbrachten Leistungsmengen auf diesem Markt, Ein Anreiz zur Effizienzsteigerung ist aber systematisch nicht zu erkennen, da die Kreise die monetären Kosten dieser Entwicklung nicht zu tragen haben (vgl. Brinkmann 2002).

# 1.2 Selbstverwaltung

Auf der Ebene der Selbstverwaltung stimmt ein grundsätzliches Konstruktionsmuster nachdenklich: die Übertragung hoheitsstaatlicher Aufgaben an Interessenvertretungen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen sich in einem Spannungsverhältnis antagonistischer Anforderungen positionieren. Einerseits werden gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie die Sicherstellung der Versorgung (mit) in ihre Hände gelegt. Andererseits vertreten sie in Ver-

tragsverhandlungen mit den Kostenträgern die Einkommensinteressen ihrer Mitglieder. Es ist wenig schlüssig, unter diesen Voraussetzungen das Eintreten für eine möglichst kostengünstige Versorgung von den KVen zu fordern.

Genauso wenig Erfolg versprechend ist die Übertragung dieses Auftrages an die Kostenträger, wenn weder ein Anreiz noch die nötigen instrumente zur Kostenkontrolle vorliegen. Die Anzahl der Mitgliederzugänge und abgänge ist ein solcher Anreiz, der die Kassen zur Kostendämpfung veranlassen könnte. Es sollte darum nicht der Versuch unternommen werden, diesen Wettbewerb und seine Ergebnisse völlig zu egalisieren. Pragmatisch betrachtet muss zwar der allzu schnelle Mitgliederwechsel zwischen den Kassen wegen der entstehenden Transaktionskosten begrenzt werden. Die Forderung nach einer homogenen Beitragssatzstruktur zwischen den Kassen und einem niedrigen durchschnittlichen Beitragssatz schließen sich jedoch gegenseitig aus, auch und gerade so lange noch kein Qualitätswettbewerb möglich ist.

## 1.3 Eigenverantwortung

Eines der am häufigsten genannten Stichworte in der gesundheitspolitischen Diskussion ist die Stärkung der Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten. Zumeist verbirgt sich dahinter eher ein Finanzierungs- denn ein Steuerungsmotiv. Dies ist vor allem dadurch bedingt, dass hierzulande 20 Prozent der (zumeist chronisch kranken) Versicherten etwa 80 Prozent der Kosten verursachen. Ist das politische Ziel primär eine Kostensenkung und nicht eine Effizienzsteigerung, müssen Maßnahmen auf die Chroniker abzielen. Diese haben aber häufig wenig Möglichkeiten der Verhaltensänderung bei der Leistungsinanspruchnahme: Eine Steuerungswirkung ergibt sich nicht. Auch

wenn es eine kaum überschaubare Fülle von sich überschneidenden, ergänzenden oder ausschließenden Instrumenten gibt (pauschale und relative Zuzahlungen, Selbstbehalte, Zusatzversicherungen, Auswahl zwischen verschiedenen Leistungsanbietern und Leistungen etc.), existiert darüber hinaus kaum Evidenz über die Wirkungsweise im deutschen Kontext, Einzelne Experimente - wie das von der RAND Corporation in den USA durchgeführte -, die neben den finanziellen auch die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten berücksichtigten (vgl. Newhouse 1993), fehlen in Deutschland. Der einzelne Bürger, für den das Gesundheitssystem geschaffen wurde und der es bezahlt, hat heute kaum Einfluss auf dessen Gestaltung, Welche Alternativen sind denkbar?

## 2 Steuerungsoptionen im internationalen Vergleich

Auf der Ebene einer gesamtstaatlichen Steuerung befindet sich das deutsche Gesundheitswesen irgendwo in der Mitte zwischen einem staatlichen Gesundheitssystem mit zentralistischen Strukturen und Steuerfinanzierung auf der einen, und einer wettbewerblichen Organisationsform auf der anderen Seite. Verkannt wird bei einer solchen Gegenüberstellung häufig, dass sich die Modelle nicht gegenseitig ausschließen, sondern in ihrer Kombination vielfältige sich positiv ergänzende Wechselwirkungen auftreten. Im Prototyp des marktorientierten Systems, den USA, gibt es mit Medicaid und Medicare große staatliche Versorgungsprogramme (vgl. Böcken/Butzlaff/ Esche 2001; siehe auch den Beitrag von Nadolski in diesem Band, die Red.). In einigen Bundesstaaten, wie zum Beispiel Oregon, sind Partizipationsmöglichkeiten der Bürger geschaffen worden, die zu Unrecht als unsoziale Rationierungsmodelle diskreditiert werden. Vielmehr ist in einem marktwirtschaftlichen

Gesamtrahmen für einen (staatlich koordinierten) Teilbereich der Versuch unternommen worden, die Diskussion um einen Grundleistungskatalog sachlich und unter Berücksichtigung der Präferenzen der Bürger zu führen, um einer breiteren Bevölkerung den Zugang zu einer Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Nicht so sehr das Ergebnis, sondern der Prozess könnten durchaus Vorbildfunktion haben, wenn man die Forderung nach mehr Transparenz und Bürgerbeteiligung ernst nimmt.

Andererseits sind in staatlichen Systemen stets opting out Optionen in den privaten Bereich gegeben. Am Beispiel des Arztzuganges in Finnland oder Großbritannien ist dies deutlich zu erkennen: Die parallel bestehende private Versorgungsschiene führt hier zu einem ständigen Innovationsdruck auch für den staatlichen Teil der Gesundheitsversorgung (vgl. Butzlafi/Böcken/Kunstmann 2001).

Es geht also nicht um die Entscheidung für oder gegen ein grundsätzliches Modell, sondern um die Kombination beider Wege, Einen ersten Schritt in diese Richtung hat die Schweiz 1996 mit dem neuen Krankenversicherungsgesetz (KVG) unternommen. Es stellt den mutigen Versuch dar, wettbewerbliche Elemente in einen solidarischen Rahmen einzubetten, um die zum Beispiel in den USA zu beobachtenden Risikoselektionseffekte zu verhindern. Dieser Ansatz wurde weit konsequenter verfolgt als in Deutschland, wo die Modelle zur integrierten Versorgung weiterhin ein Schattendasein fristen. Dass das Schweizer Gesundheitswesen trotzdem weiterhin mit einem Kostenproblem zu kämpfen hat, liegt an anderen Faktoren: So sollte auch hier die Kapazitätsplanung im Spitalsbereich nicht in die Verantwortung der Kantone fallen. Besser machen es die Niederlande mit einer sehr stringenten, staatlichen Kapazitätsplanung. Der Preis sind Versorgungsengpässe und Warteschlangen in einigen Bereichen. Ob der Preis zu hoch ist für ca. 18 Prozent niedrigere pro Kopf-Ausgaben, sollte eine gesellschaftliche Entscheidung sein. Zufriedener als die Deutschen scheinen die Niederländer allemal zu sein (vgl. European Commission 1998).

#### 3 Lehren für Deutschland

Welche Lehren kann man für Deutschland aus den nationalen und internationalen Erfahrungen für die Rolle des Bürgers in einem reformierten Gesundheitswesen ziehen? Ohne an dieser Stelle Raum für ein allumfassendes Modell zu haben, lassen sich folgende grundlegende Aussagen treffen:

- Die Selbstverwaltung in ihrer heutigen Form steckt in einem systemimmanenten Steuerungsdilemma. Dieses Dilemma wird durch eine Erhöhung der Komplexität, sprich der Ergänzung eines weiteren Akteurs, nicht gelöst werden.
- Gesamtgesellschaftliche Aufgaben können nicht allein durch die Vertreter von Partialinteressen erfüllt werden. Es ist Aufgabe staatlicher Regierungsinstitutionen, einen eindeutigen Rahmen vorzugeben und durchzusetzen. Dies gilt umso mehr, wenn es sich bei "Gesundheit" um ein besonderes Gut handelt.
- Bei der staatlichen Rahmensetzung muss die Fachkompetenz aller betroffenen Akteure berücksichtigt werden. Hier (und nicht auf Ebene der Selbstverwaltung) sind entsprechende Zugangsmöglichkeiten auch für die

Bürger zu schaffen. Anhörungen und Runde Tische mögen eine unbeholfene und noch nicht ausreichend effiziente Lösung sein, weisen aber in die richtige Richtung.

4. Wettbewerbliche Systemgestaltungen bieten durchaus eine Möglichkeit zur Effizienzsteigerung und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Sie müssen aber in einen solidarischen Rahmen eingebettet sein, um Risikoselektionen zu verhindern. Außerdem ist mehr Evidenz über die Wirkungsweise einzelner Instrumente der Eigenverantwortung erforderlich.

Jan Böcken ist Projektleiter in der Abteilung "Wirtschafts- und Sozialpolitik" der Bertelsmann-Stiftung.

#### Literatur

Butzlaff, Martin/Böcken, Jan/Kunstmann, Wilfried 2001: Die freie Arztwahl – internationaler Vergleich und nationale Perspektive. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift; 126, 1150-1154. Böcken, Jan/Butzlaff, Martin/Esche, Andreas 2001: Reformen im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Gützelich.

Brinkmann, Henrik 2002:, Ist Wohlfahrt drin, wo Wohlfahrt draufsteht? Eine ökonomische Analyse des deutschen Marktes für Rettungsdienstleistungen. Dissentationsschrift an der Universität Magdeburg. Edewecht.

European Commission 1998: Citizens and Health Systems: main results from the Eurobarometer survey. Luxembourg.

Newhouse, Joseph P. and the Insurance Experiment Group 1993: Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard: University Press. Christoph J. Rupprecht/Michael Weller

# Partizipation und Bürgerbeteiligung

Chancen für die Gesetzlichen Krankenkassen

Der überwiegende Teil der Bevölkerung in Deutschland – etwa 88 Prozent – ist gesetzlich versichert<sup>1</sup>. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist solidarisch ausgerichtet, da z. B. reiche Menschen arme, junge Menschen alte, gesunde Menschen kranke unterstützen. Sie muss im Gegensatz zu einer Privatversicherung jedes versicherungsfähige Mitglied aufnehmen.<sup>2</sup> Ältere oder kranke Menschen werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht diskriminiert. Ihr Beitragssatz unterscheidet sich deshalb nicht von dem gesunder oder junger Menschen.

Krankenkassen sind gemeinwohlorientierte "Unternehmen" bzw. Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie sind organisatorisch und finanziell selbständige Selbstverwaltungskörperschaften, unterliegen jedoch der staatlichen Rechtsaufsieht. Organ der Selbstverwaltung ist der Verwaltungsrat. Er beschließt u.a. die Kassensatzung, entscheidet über Haushalt und Beitragssatz und wählt den hauptamtlichen Vorstand auf sechs Jahre, Bei den meisten Kassen ist der Verwaltungsrat paritätisch aus gewählten Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber zusammengesetzt. Historisch bedingt gehören dem Verwaltungsrat der Ersatzkassen ausschließlich Versichertenvertreter an.

"Nach der Reform ist vor der Reform", heißt es salopp im gesundheitspolitischen Diskurs. Im Folgenden wird ein Erklärungsansatz dafür geliefert, warum Gesundheitsreformpolitik ein "Dauerbrenner-Thema" ist, warum der Ausbau von Gestaltungsmöglichkeiten von Bürgern, Patienten und Versicherten katalysatorisch wirkt und wie aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung Partizipations- und Beteiligungsrechte eingeschätzt werden.

## Strukturwandel im Gesundheitswesen

Seit mehr als einem Vierteljahrhundert wird über Kosten im Gesundheitswesen gesprochen und gestritten. In Wirklichkeit sind die Ausgaben des Gesundheitswesen jedoch relativ konstant gewachsen – in einem etwas geringfügigerem Ausmaß als das Bundesinlandsprodukt. Die Finanzierungsbasis oder die Einnahmeseite der GKV ist nicht das vordringliche Problem. Mit 130 Mrd. ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland im Gegensatz zu Großbritannien zurzeit nicht chronisch unterfinanziert.

Das solidarische Finanzierungssystem der GKV (Umlagefinanzierung) ist insgesamt erstaunlich robust. Es hat auch die hohe Arbeitslosigkeit, die niedrige Lohnquote und die deutsche Einheit gestemmt. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass der GKV durch staatliche Eingriffe z.B. zugunsten anderer Sozialversicherungsträger mehr als 21,8 Mrd. € entzogen worden sind.³ Diese Anforderungen haben zu erheblichen Beitragssatzbelastungen der Versicherten geführt. Es stellt sich dabei die Frage nach der gerechten gesellschaftlichen Lastenverteilung. Insgesamt bietet das solidarische Finanzierungssystem eine tragfähige Basis für

die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens.

Seit über 25 Jahren wurde durch eine auf Kostendämpfung ausgerichtete Politik, zu deren Umsetzung die Kassen gesetzlich gezwungen sind, verdeckt, dass sich im Gesundheitswesen ein tief greifender Strukturwandel\* vollzicht. Dieser Strukturwandel und Erneuerungsprozess ist aufgrund seiner Komplexität und seiner Interessensheterogenität wesentlich schwieriger zu vollziehen als Veränderungen in anderen Bereichen und Branchen. So ist z.B. allein bei den Apotheken die zusätzliche Nutzung und Implementation eines modernen Vertriebsweges ein brisantes Politikum.

Praktisch alle bestehenden Akteure werden sich verändern müssen, wenn sie Bestand haben wollen. Neue und andere Aufgaben sind zu leisten. Zusätzlich treten neue Dienstleister in den Gesundheitsmarkt ein. Alte Regeln werden teilweise überflüssig oder werden aufgehoben, neue Regeln entstehen. Der Strukturwandel sollte vor allem dazu genutzt werden, bestehende Defizite<sup>5</sup> in der Gesundheitsvorsorgung aufzulösen. Dies betrifft u.a. Organisation, Management und Qualitätssicherung von Wissens- und Informationsströmen, die Versorgungsqualität, die Organisationsentwicklung der Akteure sowie die Transparenz und Informationsmöglichkeiten für die Versicherten.

Verbesserungschancen (room for improvement) gibt es bzgl. der Kommunikation, Kooperation und Koordination der Akteure des Gesundheitssystems sowie in den Tätigkeitsfeldern der einzelnen Akteure.<sup>6</sup> An den Schnittstellen zwischen hausärztlicher und fachärztlicher, ambulanter und stationärer, medizinischer und sozialer, akuter und rehabilitativer Versorgung treten spürbare Brüche in der Patientenversorgung und Qualitätsverluste (Managementpro-

bleme im medizinischen Ablaufsystem) auf. Hier ist auch direkt erkennbar, warum neue Akteure<sup>7</sup> diese Aufgabe als Drehscheibe gerne übernehmen wollen. Für die Krankenkassen gewinnen zunehmend Behandlungsergebnisse, Vertragskompetenz, Patientenbegleitung und Patientenzufriedenheit, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Sinne von effizienten Patientennutzen an Bedeutung.

Die Einführung moderner Organisationsstrukturen, flache Managementebenen, die Schaffung der richtigen Entscheidungs- und Verantwortungsebenen und vernünftige Anreizstrukturen sind sowohl für öffentlich-rechtliche und gemeinwohlorientierte Systeme, Körperschaften und Unternehmen als auch für kapitalorientierte Unternehmen vorstellbar,

Eine stärkere Betonung der so genannten "consumer values" und der Interessen der "stakeholder" in den Gesetzlichen Krankenkassen als öffentlich-rechtlichen Unternehmen – gegenüber der Betonung der Interessen der "shareholder" seitens privater Unternehmen – bietet den Ansatzpunkt künftiger Reformen.

Dieser Erneuerungsprozess und Strukturwandel stellt neue Anforderungen an die Selbstverwaltung. Die noch kurze Erfahrung mit der Einführung von Disease-Management-Programmen zeigt, dass Verständigung auf der gemeinsamen Ebene der Selbstverwaltung sinnvoll und notwendig ist. Normsetzungen, Standardisierungen und Regelungen sind in einem komplexen Geflecht des Gesundheitswesen weder effizient durch staatliche Vorgaben noch durch marktwirtschaftliches Laisser-faire zu leisten. Eine überbordende Verrechtlichung erzeugt Starrheit und Brüchigkeit, Das Bestehen einer funktionierenden Selbstverwaltung kann dazu beitragen, staatliche Überregulierung zu vermeiden. Die Selbstverwaltung/Selbstorganisation macht es möglich - trotz ihrer Unvollkommenheit -, flexibel, selbstreflexiv und selbstregulativ zu agieren.

Durch die Politik gesetzte Impulse für den Erneuerungsprozess sind u.a. die Einführung der freien Kassenwahl durch die Versicherten, die Fallpauschalen im Krankenhaus sowie die Disease-Management-Programme für Patienten mit chronischen Erkrankungen. Die Disease-Management-Programme leiten einen Paradigmenwechsel ein: den Wettbewerb um eine bessere Versorgung von chronisch erkrankten Personen.

### 2 Bürger, Versicherte und Patienten – die Stakeholder

Die Gestaltungsfähigkeit des öffentlichen Raums und das Bereitstellen öffentlicher Güter werden von Privatisierungstendenzen<sup>8</sup> auf verschiedenen Ebenen eingeholt. Umso wichtiger wird die Rolle der verbleibenden handlungsfähigen öffentlich-rechtlichen Akteure. Wenn die Gesundheitsversorgung durch Strukturwandel und einen darauf bezogenen Reformprozess stärker auf die Bedürfnisse und Erfordernisse von Patienten ausgerichtet werden soll, so sind Patienten, Versicherte und Bürger<sup>in</sup> eine kaum zu unterschätzende Quelle der Unterstützung für die GKV.

Das Engagement und die Partizipation von Bürgern, von Versicherten und Patienten ist sowohl für die Realisation des Zielbündels Effizienz und Effektivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung (siehe
Dierks u.a. 2001) als auch für die Erhaltung
und Umsetzung des Solidarprinzips von grundsätzlicher Bedeutung. So sind alleine schon Hinweise von Patienten und Patientinnen auf Un-



stimmigkeiten in der Versorgungsqualität<sup>11</sup> oder Abrechnung für die GKV äußerst wertvoll. Zur Aufdeckung von Korruption und Leistungsbetrug haben viele Kassen spezielle Task-Forces eingerichtet. Diese haben bisher schon erfolgreich einige Skandale aufspüren können.

Allerdings ist im deutschen Gesundheitswesen Vorsicht geboten, wenn die Akteure darauf hinweisen, der Patient stehe im Mittelpunkt ihres Denkens und Handelns. In der politischen Auseinandersetzung geht es in der Regel nicht um eine bessere Justierung von Aufgaben und Rollenverständnis der Leistungserbringer auf Nutzen und Wert für Bürger, Versicherte und Patienten. Vielmehr beherrscht die Diskussion die Frage der Verteilung der zurzeit ca. 130 Mrd. Euro, die innerhalb der GKV zur Verfügung stehen, Eine Debatte über gesundheitspolitische Ziele, Strategien und Instrumente findet dagegen allenfalls punktuell statt. Dabei gibt es eine Reihe von Akteuren im Geflecht der GKV, die für sich beanspruchen, die Interessenswahrer der Bürger, Versicherten und/oder Patienten zu sein. Einige nehmen für sich sogar das Alleinvertretungsrecht in Anspruch.

Einige der Ansprüche sind lang etabliert und auch selbstverständlich. Hierzu gehört der Anspruch und die Verpflichtung des Staates auf Vertretung von Bürgerinteressen, Dies lässt sich bereits aus dem Grundrechtekatalog des Grundgesetzes, insbesondere aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ableiten (vgl. den Beitrag von Wildner u.a. in diesem Heft). Schon mit dem Jahresgutachten 1992 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sechs Rechte für PatientInnen unterschieden: Das Recht auf gleichen Zugang aller Patienten zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens, das Recht

auf Beachtung der Würde des Einzelnen, das Recht auf Vertraulichkeit/Datenschutz, Schweigepflicht und die Wahrung der Privatsphäre, das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Information und das Recht auf Unterstützung bei der Inanspruchnahme der Patientenrechte

Selbstverständlich ist auch der Anspruch der Krankenkassen, Versicherten- und Patienteninteressen zu organisieren und im System zu vertreten. Durch ihre Größe repräsentiert die GKV nicht nur den Großteil der Versicherten, sondern fast auch die Allgemeinheit der Patienten und Patientinnen bzw. der Bürger und Bürgerinnen.

Unverzichtbar sind zudem das professionelle Ethos und die ständische Verpflichtung der Ärzte und anderer Leistungserbringer, Patienteninteressen und Patientenwohl in den Vordergrund ihres Handelns zu stellen. Neben diesen etablierten Institutionen und ihren Vertretungsansprüchen gibt es eine Reihe weiterer Organisationen und gesellschaftlicher Gruppen, welche die Vertretung von Bürgern, Patienten und Versicherten oder auch Verbrauchern im Gesundheitswesen als ihre Aufgabe verstehen bzw. Vertretungsansprüche für sich reklamieren.

## 3 Wettbewerb und Solidarität – Herausforderung für die GKV

Im Gesundheitswesen haben Gesetzmäßigkeiten des Marktes nur eingeschränkte Gültigkeit. So fehlt hier die Konsumentensouveränität, es herrscht ein Informationsgefälle<sup>12</sup> zwischen professionellen Akteuren auf der Seite der Leistungserbringer und der Seite der Versicherten/Patienten, es besteht eine starke Abhängigkeit der Nachfrage vom Angebot und es besteht die Gefahr einer Geringschätzung künftiger Güter, insbesondere bei jüngeren Versicherten. Ökonomisch gesehen wird die Nach-

frage nach Gütern und Leistungen weitgehend vom Arzt selbst definiert. Wer mehr Wettbewerb<sup>13</sup> als Instrument zu mehr Selbststeuerung einsetzt, kann dies nur erfolgreich tun, wenn entsprechende Instrumente und Regelungen geschaffen werden, die mehr Transparenz, Qualitätsinformationen und Qualitätssicherung erlauben.

1994 wurde mit dem "Kompromiss von Lahnstein' zwischen CDU und SPD den Krankenkassen der Wettbewerb untereinander ermöglicht bzw. den Versicherten die Exit-Option eröffnet (Hirschman 1970; siehe dazu auch den Beitrag von Greß/Tophoven/Wasem in diesem Heft). Zugleich wurde der Wettbewerb der Kassen durch das Instrument des Risikostrokturausgleichs (RSA) abgestützt, damit einzelne Kassen keine Nachteile haben, wenn sie z.B. eine große Zahl von chronisch kranken Versicherten haben. Denn sehr wenige Patienten verbrauchen besonders viel medizinische Leistungen. Zielsetzung des Instrumentes RSA ist ein sozial gebundener Wettbewerb um bessere Kundenorientierung, eine effiziente Organisation der Kassen sowie Patienten- und Qualitätsorientierung.

Die Einführung des Kassenwettbewerbs bzw. des Wahlrechts des Versicherten hat den gesetzlichen Kassen einen erheblichen Impuls gegeben, sich mehr und mehr zu Unternehmen zu entwickeln, deren Professionalität auch der finanziellen Größenordnung der Versichertenbeiträge angemessen ist. Professionalität und Service haben sich erheblich verbessert, seit Versicherte auch als Kunden wahrgenommen werden.

Als Reformoptionen für die nächste Gesundheitsreform nach der Bundestagswahl 2002 werden heute im Kern zwei Wettbewerbsfelder diskutiert: Auf der einen Seite der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern um kassenspezifische Versorgungsangebote und auf der anderen Seite ein Wettbewerb rund um den Leistungskatalog, häufig verbunden mit der Unterscheidung von Grund- und Wahlleistungen.

Das Ziel von Reformen in der GKV sollte nicht sein, durch eine Teilprivatisierung von Gesundheitsrisiken Ausgaben- und Kostenbegrenzungen herbeizuführen sowie den Zugang zu medizinisch notwendigen Leistungen zu behindern oder gar zu verwehren. Reformziel muss vielmehr eine bedarfsgerechte, qualitativ hoch stehende und kostengünstige Versorgung im Krankheitsfall sein. Hier sind die wettbewerblichen Herausforderungen zu suchen. Anstatt in die medizinisch notwendigen Leistungsansprüche der Patienten zu schneiden, muss es gelingen, medizinisch nicht notwendige Leistungen zuverlässig auszumachen und von der Vergütung rechtssicher auszuschließen.

Der Wunsch von Versicherten nach Möglichkeiten der Zusatzversicherungen im Rahmen der GKV (choice-option), die über das medizinisch Notwendige des Leistungskatalogs hinausgehen - etwa der Wunsch nach besonderen Versorgungsformen oder Ein-/Zweibettzimmern im Krankbeitsfall - ist in einem Reformprozess nach ihrer Umsetzbarkeit und Zweckmäßigkeit hin zu prüfen. Die Ergebnisse der Befragungen (siehe Wasem/Nolting 200214/ GKV-Monitor 2002<sup>15</sup>) weisen darauf hin, dass Versicherte und Patienten ihre individuellen Vorstellungen und Wünsche in der gesundheitlichen Versorgung<sup>16</sup> nicht genügend berücksichtigt schen. Es wird eher mit Zeitverzögerung auf Gesundheits- und Versorgungsbedürfnisse reagiert, statt sie zu antizipieren.

Es sollten mehr Handlungsspielräume eröffnet werden, um eine stärkere Beweglichkeit der Akteure zu fördern. Marktkräfte können für eine effizientere Ausgestaltung des Gesundheitswesen genutzt werden. Dazu bedarf es aber auch klarer Regeln und einer Transparenz des Geschehens. Die bis Ende 2001 bestehende Wettbewerbsordnung in der GKV hat jedoch deutlich gemacht, dass Wettbewerb als Steuerungsinstrument sozial selektiv und polarisierend wirken kann. So spaltete sich aufgrund der Unvollkommenheit des Risikostrukturausgleichs die Krankenkassenlandschaft in Versicherer für Gesunde und für Kranke auf. Vor diesem Hintergrund wurde der Risikostrukturausgleich mit dem Ziel weiterentwickelt, eine Selektion von Versicherten mit günstigen oder ungünstigen Risiken für eine Krankenkasse möglichst wenig attraktiv zu machen.

Ohne Zweifel stellt ein Wettbewerbsmodell zunächst einmal den Eigennutz der Versicherten über das Gemeinwohl und kann damit entsolidarisierend wirken und auch Patientenpartizipation und Bürgerbeteiligung erschweren. Für deren Stärkung bedarf es deshalb geeigneter Rahmenbedingungen. Die wettbewerbliche Grundorientierung muss dabei als weitgehend konstitutiv für die Ordnung der GKV angesehen werden – neben den klassischen Strukturmerkmalen bedarfsgerechte Versorgung, Solidarität, Parität (beitragshälftiger Arbeitgeberund Arbeiternehmeranteil) und Selbstverwaltung.

Durch Wettbewerb nimmt häufig die Unübersichtlichkeit von Angeboten zu. Wer heute einen Handy-Vertrag oder eine Urlaubsreise per Katalog buchen will, hat schon Schwierigkeiten, das optimale Angebot für sich zu finden. Wie würden infolgedessen Angebote von Krankenhäusern, Ärzten etc. aussehen? Schließlich geht es um Kranksein oder Gesundheit, um Leben oder Tod. Es bedarf daher mehr Qualitätsinformationen, die für die Allgemeinheit aussagekräftig, verständlich, überprüfbar und vergleichbar<sup>17</sup> sind. Erforderlich sind Regeln, wie und welche Qualitätsinformationen oder Behandlungsergebnisse veröffentlicht und den

Bürgern und Patienten zugänglich gemacht werden.

Die strukturelle und operative Kompetenz der Krankenkassen in der Gesundheitsversorgung bleibt eine unverzichtbare Voraussetzung für Entstehung und Förderung der Entscheidungssouveränität von Patienten. Sie kann weder von Verbraucherzentralen noch einer "Stiftung Gesundheitstest" geleistet werden, so hilfreich deren Engagement auch sein mag.

# 4 Partizipation und Beteiligung als Reformpotential

Das Ziel von Partizipation und Beteiligung ist es, die Eigenkompetenz und Selbstbestimmung von Versicherten und Patienten zu stärken. Dieses Ziel geht einher mit der Verpflichtung der Akteure, notwendige Informationen zur Verfügung zu stellen und die nötige Transparenz zu schaffen.

Weiteres Ziel ist der verbesserte Schutz von Versicherten und Patienten durch Qualitätsstandards und eine Verbesserung ihrer Rechtsstellung. Partizipation und Bürgerbeteiligung spiclen sich auf verschiedenen Ebenen ab.

Das beginnt auf der Mikro-Ebene, also der Arzt-Patient-Beziehung, und geht bis zur Makro-Ebene der politischen Entscheidungsfindung. Partizipationsmöglichkeiten auf der Makroebene umfassen den Einbezug der Bürger-, Nutzer- oder Patientenvertreter auf der Ebene der Spitzenverbände bzw. von Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, aber auch Medizinische Dienste, z.B. bei Verfahren der Pflegeeinstufung) sowie die Entwicklung von allgemeinen bundesweiten Patientenvertretungen und einer verbindlichen Patienten-Charta. Die Meso-Ebene betrifft Partizipationsmög-

lichkeiten u.a. auf der Ebene der Gesundheitskonferenzen, der berufsständischen Kammern und der Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung oder auch den Einbezug unabhängiger Bürger-, Nutzer- oder Patientenvertreter in Entscheidungsgremien der Krankenhausträger.

Auf der Mikro-Ebene wehren sich insbesondere immer mehr chronisch Kranke, als Objekte eines professionellen Versorgungssystems betrachtet zu werden. Sie stellen die berechtigte Forderung, als Experten in eigener Sache in die Planung und Durchführung aller sie betreffenden Maßnahmen einbezogen zu werden. Insoweit kann z.B. die Selbsthilfe eine Plattform für eine stärkere Demokratisierung des Gesundheitswesens darstellen. Hier ist in der Zukunft ein immer wichtigeres Handlungsfeld für Selbsthilfegruppen und deren Organisationen zu sehen. Es muss darum gehen, Versorgung mitzugestalten und die erworbene Kompetenz der Betroffenen für eine Qualitätsverbesserung zu nutzen. Es geht um die Öffnung des Medizinsystem gegenüber dem, was Ärzte hin und wieder immer noch abschätzig "Laienarbeit' nennen. Dabei muss es auch darum gehen, Patienten etwa bei der Erstellung evidenzbasierter Leitlinien zu beteiligen. Patienten sind in gewisser Weise als Produzenten oder Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit zu begreifen

Die Krankenkassen haben längst begriffen, dass der Patient im Gesundheitswesen derzeit nur eine sehr begrenzte Autonomie hat. Viele Krankenkassen mit Geschäftsstellennetz vor Ort bauen deshalb auch ihre kontinuierlichen Angebote zur Patientenberatung, zur Begleitung der Patienten in ihrer (chronischen) Krankheitsgeschichte oder auch zur Unterstützung bei Verdacht auf Behandlungsfehler flächendeckend aus. Sie fördern die Souveränität der Versicherten, Bürger und Patienten durch die Über-

nahme einer anwaltlichen (advocay) und vermittelnden Funktion (broker) und durch ermöglichendes Handeln (empowerment).

Die Vorkommnisse um Lipobay und BSE zeigen, dass die Krankenkassen ihre Beratungskompetenz ausbauen müssen. Die Patienten und Versicherten haben einen steigenden Bedarf an Informationen. Dies geht einher mit dem Bestreben, den Patienten zu einem souveränen Nachfrager und zu einem wichtigen Impulsgeber für das Leistungsgeschehen zu machen. Dem steht die derzeitige Intransparenz des Marktes der Leistungsanbieter und der Angebote massiv entgegen. Eine Ausweitung der Aufklärungs-, Informations- und Beratungsaufgaben muss den Krankenkassen daher zugestanden werden.

Bereits heute bietet die AOK auf der Grundlage bestehender rechtlicher Rahmenbedingungen ein Informationsmanagement an, das zentrale Informationsbedürfnisse von Versicherten und Patienten trifft. Hier wird sowohl das Bedürfnis nach Beratung als auch nach Effizienz und Dienstleistung innovativ abgedeckt.

Das bisherige Informations- und Beratungsangebot der Krankenkassen wird durch neue Möglichkeiten der Kommunikation und Information, z.B. die Einbeziehung eines Call-Centers, in seiner Infrastruktur ergänzt. Call-Center<sup>18</sup> sind eine zusätzliche Möglichkeit, um Informations- und Beratungsleistungen bundesweit anbieten zu können, die nicht nur leistungsrechtliche, sondern auch medizinische Informationen<sup>19</sup> umfassen können. Solche Informationen geben Patienten Sicherheit und ermutigen sie auch, selbstbewusst Qualität einzufordern,

Auch das Internet stellt eine sehr nützliche Hilfe<sup>26</sup> dar. Die ungleiche Befähigung zur Nutzung neuer Technologien und die unterschiedlichen finanziellen Möglichkeiten ihrer Nutzung schaffen jedoch ihrerseits neue Schwellen. Das persönliche Gespräch (face to face) bleibt von entscheidender Bedeutung. Durch die Gesundheitsreform 2000 ist die Beratung und Unterstützung der Versicherten im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern als Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt worden. Die Erfahrungen von Patienten im Umgang mit Behandlungsfehlern zeigen Defizite auf: Die Patienten fühlen sich insbesondere aufgrund des Wissensgefälles zwischen Arzt und Patient sowie der medizinischen und rechtlichen Problematik oft allein gelassen.

Zur Sicherstellung einer kompetenten Beratung und Unterstützung haben viele Kassen mit Geschäftsstellen vor Ort z. B. spezielle Serviceteams installiert. Folgende Aufgabe gehören zum AOK-Behandlungsfehler-Management:

- die Beratung und Unterstützung des Versicherten;
- cine Aufbereitung und Orientierung der Patienteninteressen zu einer realistischen Perspektive;
- die Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und externen Gutachtern:
- die Vermittlung einer außergerichtlichen juristischen Beratung durch einen als Rechtsanwalt zugelassenen Juristen;
- Verhandlungen mit den Haftpflichtversicherungen;
- der Kontakt mit Ärzten/Krankenhäusern (Unterlagen für die Versicherten) sowie mit den Ärztekammern/Gutachterkommissionen.

Zusätzlich können bewusst Kooperationen gesucht werden und Eigeninitiativen zielgerichtet gefördert werden. Für das gemeinschaftliche Handeln der GKV bieten die §§ 20 SGB V mit der Förderung der Selbsthilfe und des 65 b SGB V mit der Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung zurzeit den geeigneten Rahmen. Eine finanzielle Unterstützung von Selbsthilfegruppen muss verantwortungsbewusst und zielorientiert erfolgen. Am Anfang ist daher ein gewisser Abstimmungsprozess erforderlich. Mittlerweile wird aber bei vielen Kassen der vorgeschene finanzielle Rahmen besser ausgeschöpft.

Die Handlungsmöglichkeiten für Krankenkassen müssen nicht nur bei den Informationsmöglichkeiten der Transparenzschaffung erweitert werden. Ziel muss es insbesondere sein, ein integriertes Gesundheitsmanagement von der individuellen Betreuung bis hin zur struktur- und prozessbezogenen Vertragspolitik mit konsequenter Förderung der neuen Versorgungsformen zu implementieren, in deren Mittelpunkt die Lösung der Patientenprobleme und nicht monetäre Anbieterinteressen stehen. Aufgaben und eigene Funktionen der Kassen sind noch stärker auf die Optimierung der gesundheitlichen Betreuung und Begleitung im Versorgungsgeschehen von Versicherten und Patienten auszurichten

# Partizipation und Bürgerbeteiligung im korporatistischen Ordnungssystem der Selbstverwaltung

Das etablierte korporatistische Ordnungssystem der Selbstverwaltung wird zunehmend mit neuen Ideen der partnerschaftlichen Organisation und erweiterten Beteiligung neuer Kräfte konfrontiert. Dabei ist die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sowohl als inneres Organisationsprinzip der einzelnen Akteure als auch als Verfahren der verbandlichen Kooperation zu verstehen. Selbstverwaltung vertritt und er-

gänzt den direkt regulierenden Staat, führt zu seiner Entlastung und schafft damit Autonomie, aber auch Verantwortung. Generell erschwert hier das gemischte Regulierungsprinzip des Korporatismus die Frage nach den richtigen Akteuren und ihrer notwendigen Kompetenz bei mehr Beteiligung.

Bei einer Reform der Selbstverwaltung müssen eine Reihe von Fragen beantwortet werden: Sollten Patientenvertreter/-vertreterinnen einen Sitz in den Gremien der Selbstverwaltung haben? Können Versicherte, Selbsthilfegruppen und Patientenvertreter mit ihrer positiven Vielschichtigkeit von Problemsichten in die entsprechenden Vertretungen der Selbstverwaltung integriert werden? Wer ist legitimiert, auf Dauer beteiligungsfähiger Repräsentant zu sein? Wie verträgt sich das mit einer weiteren Professionalisierung der Selbstverwaltung? Wie werden Versicherten- und Patienteninteressen wahrgenommen? Das sind nur einige Fragen, die es zu lösen gilt, will man die Selbstverwaltung reformieren.

Partizipation und Bürgerbeteiligung sind sicher nicht dadurch sicherzustellen, dass eine Atomisierung der Vertretung in den Gremien der Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung stattfindet und hier einzelne Gruppen und Grüppchen Finanzmittel für ihr Klientel akquirieren. Im Kern ist Selbstverwaltung der Krankenkassen eine Regulierungsinstanz, die geeignet ist, als Beteiligungsorgan von Versicherten und Patienten zu fungieren. Sie ist für die politische Mitgestaltung des Systems, die Selbstorganisation der Versicherten und die Patientenversorgung (mit-)verantwortlich, Auch wenn Kritik an der derzeitigen Konstruktion gerechtfertigt erscheint, ist vor einem vorschnellen Verschieben der Legitimationsgrundlagen für die soziale Krankenversicherung zu warnen. Am Ende einer solchen Diskussion könnte - so

ist zu befürchten – eine einscitige Lösung in Richtung 'mehr Staat' oder 'mehr Markt' übrig bleiben. Klar ist allerdings, dass die Krankenkassen sich nicht innerhalb der Mauern des etablierten Korporatismus verstecken können. Systemkonforme evolutionäre Veränderungen sind bürokratisch-zentralistischen Bestrebungen oder radikalen Marktkräften im jeden Fall vorzuziehen.

#### 6 Fazît

Für die Erneuerung der Gesundheitsversorgung durch einen Reformprozess sind die Versicherten, Bürger- und Bürgerinnen sowie Patienten und Patientinnen entscheidende Impulsgeber. Sie sind ebenso eine unverzichtbare Quelle der Unterstützung für eine soziale Ausgestaltung, gegen Unwissenheit und Qualitätsmängel und Ineffizienz im Gesundheitswesen.<sup>21</sup> Ihre Fähigkeiten werden nur dann richtig zur Geltung gelangen, wenn ihnen entsprechende Partizipations- und Beteiligungsmöglichkeiten eingeräumt werden sowie ihre Informationsbasis, ihre professionelle Unterstützerstruktur und ihre weitere Kompetenzgewinnung gefördert werden.

Darüber hinaus sollten Krankenkassen selbst durch vielfältige Formen der Bürgerbeteiligung bis hin zu kollektiven Mitwirkungsmöglichkeiten die Legitimation ihrer Entscheidungen erhöhen und transparente Verfahrensformen durch Satzungsautonomie absiehern.

Eine formalisierte Bürgerbeteiligung im Sinne einer echten Mitentscheidung berührt das herkömmliche Selbstverwaltungssystem. Aufgaben, Funktionen, Rolle und Ausgestaltung der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sollten vor entsprechenden Gesetzesänderungen einer grundsätzlichen gesellschaftspolitischen Diskussion unterzogen werden. Dabei sind auch unerwünschte Rückwirkungen auf ande-

re Strukturprinzipien des deutschen Gesundheitswesens zu beachten.

Generell werden durch Partizipations- und Beteiligungsformen das frühzeitige Erkennen von Problemen und neuen Aufgaben sowie ein fairer Ausgleich unter Berücksichtigung aller relevanten Interessen von Patienten, Bürgern und Versicherten in ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung gefördert. Die Krankenkassen werden in ihrer Rolle als entscheidender Anwalt von Bürger- und Verbraucher-, Patientenund Versicherteninteressen gestärkt.

Michael Weller ist Stelly. Leiter des Stabsbereiches Politik im AOK-Bundesverband.

Christoph J. Rupprecht ist Leiter der Stabsstelle Gesundheitspolitik/Gesundheitsökonomie der AOK-Rheinland.

# Anmerkungen

- <sup>1</sup> Im Grunde ist in der Ausrichtung der GKV ein fordistischer Ansatz wiederzufinden. Eine Versicherung für die breite Bevölkerung bringt für alle einen größeren Nutzen.
- <sup>2</sup> Durch den Wechsel in die PKV werden jedoch der GKV finanzstärkere Mitglieder entzogen.
- Dies unterminiert die Attraktivität der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- <sup>4</sup> Auch Veränderungsprozesse in "monostrukturellen Branchen" wie Bergbau, Steinkohleindustrie und Chemieindustrie sind langwierig.
- <sup>5</sup> Zur Über-, Unter- und Fehlversorgung siehe auch das Gutachten des Sachverständigenrates (2000/ 2001, Bd. 3); zum Thema Qualität klinischer Prozesse siehe IOM 2000; vgl. auch den Beitrag von Badura in diesem Heft.
- Schon allein die nicht völlig unrealistische Schätzung, dass mehr Menschen durch Nebenwirkungen von Arzneimitteln zu Tode kommen als durch den Straßenverkehr, sollte Handlungsbedarf z. B. bei der Medikamentenversorgung und bei den Apotheken deutlich machen.

- <sup>3</sup> So z.B. Anbieter von Callcenterfunktionen und Disease-Management-Programmen.
- \* Zum Beispiel die Privatisierung von kommunalen Krankenhäusern.
- Nicht vergessen werden sollte dabei auch, dass die kommunale Ebene und ihre politische und finanzielle Handlungsfähigkeit durch den Ausfall von Einnahmen belastet ist.
- <sup>10</sup> Siche zur Differenzierung von Bürger-, Versicherten- und Patienteninteressen Francke/Hart: 2001. Die Kompetenz der Verbraucher und Verbraucherinnen ist in anderen Wirtschaftsbereichen in auffallend stärkerer Weise weiterentwickelt. Dort wird die Kompetenz mehr gestützt und gefördert als die der Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen. Erst mit der Einführung der Selbsthilfeförderung und den Modellversuchen zur Patientenberatung im Sozialgesetzbuch V in der 14. Legislaturperiode ist ein neuer Kurs eingeschlagen worden
- "Der Patient ist weniger für die Rolle als Kontrolleur von Kosten prädestiniert als für die Bekundung von Qualität und seiner (Un-)Zufriedenheit mit erbrachten Leistungen.
- 12 Der Ökonom K.J. Arrow geht davon aus, dass die Informationsunvollkommenheiten bzw. die Unsicherheit über die Qualität von Leistungen und Produkten in keiner anderen Branche so groß ist wie im Gesundheitswesen. - Der Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften des Jahres 2001 G. Akerlof wies nach, welche Wirkungen asymmetrisch verteilte Informationen auf die Funktionsfähigkeit des Marktmechanismus haben. Akerlof ging am Beispiel des Gebrauchtwagenmarktes davon aus, dass die auf einem Markt angebotenen Gebrauchtwagen von unterschiedlicher Qualität sind und nur der jeweilige Anhieter den wahren Zustand seines Fahrzeuges kennt. Der potentielle Käufer kann annahmegemäß einen guten Wagen nicht von einem schlechten unterschieden, so dass sich am Markt ein einheitlicher Marktoreis bildet. der sich am durchschnittlichen Fahrzeugzustand orientiert. Da die Anbieter der relativ besseren Fahrzeuge kein Interesse daran haben, ihren Gebrauchtwagen zum Durchschnittspreis und damit unter dem eigentlich erzielbaren Wert zu

verkaufen, ziehen sie ihr Angebot zurück. Die Folge dieses sukzessiven Marktaustrittes ist, dass sich das Qualitätsniveau auf dem Gebrauchtwagenmarkt kontinuierlich verschlechtert, bis nur noch die von Akerlof benannten Jemons' übrig bleiben.

<sup>13</sup> Die durch den Wettbewerb entstandenen Management- und Kontrollpflichten des Staates dürfen nicht zu einer höheren Komplexität führen als ein Status quo ante.

<sup>14</sup> Etwa 93,5 Prozent der Befragten haben sich für eine Wahloption entschieden (Wasem/Nolting 2002: 28).

<sup>15</sup> 72,4 Prozent der Befragten befürworten ein Angebot von Zusatzversicherungen durch die GKV (GKV-Monitor 2002, WiDO, Bonn).

<sup>16</sup> Es gibt eine wachsende Unzufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung. Zu den negativen Erfahrungen von Versicherten mit der Budgetierung von Arzneimitteln siehe Braun 2000.

<sup>17</sup> Interessant dürfte auch sein, wie z. B. die Veröffentlichung von Qualitätsberichten (Mindeststandards der erbrachten Leistungen) von Krankenhäusern, die jetzt durch das Fallpauschalengesetz vorgeschrieben ist, umgesetzt wird.

<sup>18</sup> Das Calicenter der AOK Rheinland "Clarimedis" bietet mit seinen Fachärztinnen und Fachärzten, seinem medizinischen Fachpersonal, seinen Experten und Expertinnen für Pflegeversicherung und Leistungsrecht den eigenen Versicherten und Kunden einen umfassenden Beratungs- und Informationsservice an.

Diese "unabhängigen" Informationen betreffen alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Der Maßstab von unabhängigen Informationen ist evidenzbasierte Medizin unter Berücksichtigung von Leitlinien.

<sup>20</sup> Die Qualitätssicherung von Gesundheitsinformation im Internet hinsichtlich Aktualität und objektivem Patientennutzen befindet sich freilich noch in den Kinderschuhen.

Vorsicht vor zuviel Euphorie gebieten Entwicklungen in anderen Ländern, in denen weitergehende Bürger- und Patientenrechte mit Wartelisten in der Versorgung und mit Rationierungsdebatten einhergegangen sind.

#### Literatur

Akerlof, G. 1970: The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. In: Quarterly Journal of Economics, 84, 488-500.

Arrow, Kenneth J. 1963: Social choice and individual values. New Haven: Yale University Press, 2. Auflage.

Badura, B./Hart, D./Schellschmidt H. 1999: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos.

Braun, Bernhard 2000: Rationalisierung und Vertrauensverlust im Gesundheitswesen – Folgen eines fahrlässigen Umgangs mit budgetierten Mitteln? GEK-Edition, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 17, St. Augustin: Asgard.

Dierks, MLJ Bitzer, EMJ Lerch, MJ Martin, S.J Röseler, S.J Schienkiewitz, A.J Siebeneick, S.J Schwartz, FW. 2001: Patientensouveränität – Der autonome Patient im Mittelpunkt, Akademie für Technikfolgenabschätzung, Arbeitsbericht Nr. 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg.

Francke, Robert/Hart, Dieter 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos.

GKV-Gesundheitsmonitor 2002: Wissenschaftliche Institut der AOK, Bonn

Hirschman, Albert.O 1970: Exit, voice and loyalty – Responses to decline in firms, organizations and states. Cambridge: Harvard University Press. IOM (Bearbeitung: Kohn Linda T./Corrigan, Janet M./Donaldson, Molla S.)(eds.) 2000: To Err is Human. Building a Safer Health System. National Academy Press: Washington D.C.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens in Deutschland. Gutachten 2000/2001. Ms., 3 Bände, Bonn.

Wasem, JürgentNolting, Hans-Dieter 2002: Der Patient vor der Wahl – Durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. DELPHI Studienreihe zur Zukunft des Gesundheitswesens. Janssen-Cilag, Neuss.

Bernard Braun/Gerd Marstedt

# Alternative Strömungen in der gesundheitlichen Versorgung

# Anspruchswandel bei Patienten und das Aufkommen neuer Strömungen im Gesundheitssystem

Glaubte man nur den Ergebnissen von Umfragen, in denen Patienten ihre Zufriedenheit mit unseren Arzten kundtun, so wären die von der Bundesregierung geplanten Anderungen des Sozialgesetzbuches, die nicht nur ökonomisch motiviert sind, eigentlich nicht viel mehr als aufgeregter Aktionismus. Wozu eine Institutionalisierung der Patientenberatung, eine Arzneimittel-Positivliste, eine Aufwertung des Haus- oder Allgemeinarztes, Modellversuche zu alternativen Heilmethoden oder vernetzten Praxen, eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung - wenn doch in Umfragen1 bis zu 95 Prozent aller Bundesbürger mit ihrem Arzt mehr als zufrieden sind, "Zufriedenheit" ist jedoch, dies wurde bereits in den 80er Jahren in einer breiten sozialwissenschaftlichen Diskussion zu Artefakten und Binsenweisheiten der Umfrage-Forschung deutlich, eine relative Größe, stets durchdrungen von wahrgenommenen Alternativen und Veränderungsmöglichkeiten.

Es gibt indes einige Indizien, die bei genauerer Betrachtung den Verdacht erhärten, dass unser medizinisches Versorgungssystem – aus Patienten-Sicht – eine nicht ganz so blütenreine Weste hat, wie Schlagzeilen zur Umfrageforschung es uns immer wieder suggerieren wollen. Dies beginnt bereits dort, wo Befragungen mehr als pauschale Zufriedenheit erfassen und ins Detail gehen. Wartezeiten in

Praxen, defizitäre Kommunikation und emotionale Unterstützung des Patienten, unzureichende Mitbeteiligung an der Therapiewahl sind einige der am häufigsten genannten Kritikpunkte (vgl. zusammenfassend zur Kritik: Aust 1994).

Jenseits individueller Meinungsbekundungen gibt es jedoch eine Reihe weiterer Beobachtungen, die zeigen, dass sich Ansprüche von Patienten an das Gesundheitswesen und die medizinische Betreuung verändern: Zum einen entstehen weiterreichende Erwartungen, die über die reine "Reparaturfunktion" im Schadensfall Krankheit hinausgehen und lebensweltliche Ansprüche betreffen; an Wissensvermittlung und Krankheitsverständnis, Kommunikation und emotionale Unterstützung, therapeutische Mitbestimmung bis hin zu Fragen der Sinngebung und Deutung von Erkrankungen. Zum andern lässt sich in diesem Kontext auch die Frage diskutieren, ob nicht die Ärzteschaft ihr Monopol in Gesundheitsfragen verliert und in zunehmendem Maße andere Professionen und Institutionen als kompetente Adressaten nachgefragt werden, Nur beispielhaft seien hier einige Entwicklungen angedeutet (ausführlicher dazu Marstedt 1998).

Große Verbreitung fanden in den letzten Jahren Selbsthilfe-Organisationen und -gruppen. Die mit finanzieller Unterstützung durch Krankenkassen und ihren jeweiligen Dachverband dezentral tätigen Gruppen bieten Betroffenen neben Information vor allem soziale Unterstützung und Möglichkeiten des Erfahrungs-

austauschs mit anderen Erkrankten. Bundesweit aktiv sind derzeit rund 500 Selbsthilfe-Organisationen mit rund 70.000-80.000 lokalen Selbsthilfegruppen.

Medien: Nahezu alle Rundfunk- und Fernsehsender strahlen derzeit in regelmäßigem Turnus populärwissenschaftliche Sendungen aus, die über Krankheiten. Therapieformen und Möglichkeiten der Vorbeugung informieren. wobei zumeist auch Gelegenheit zu telefonischen Nachfragen besteht. Schon seit längerer Zeit finden sich Rubriken mit medizinischer Information und Leser-Beratung (Aufgreifen von Leser-Fragen) in vielen Print-Medien. Vor allem im Bereich neuer Medien (CD-ROM, Internet, Online-Dienste wie T-Online, AOL) haben in den letzten Jahren kommerzielle Anbieter (Verlage, pharmazeutische Unternehmen) vielfältige Angebote herausgebracht, die bis zu Online-Selbstdiagnose-Systemen oder Möglichkeiten der Ferndiagnose und Therapie-Empfehlung per E-Mail reichen.

Der Boom der Beratungseinrichtungen in gesundheitlichen Fragen ist nach wie vor ungebrochen: Beratungsangebote für Allergiker, Drogengefährdete und Alkoholabhängige, für Schwangerschafts- und Sterilitäts-Probleme, für AIDS und Adipositas sind heute eine Selbstverständlichkeit auch außerhalb des Medizinsystems. Gemeinnützige Organisationen und Wohlfahrtsverbände sind hier ebenso aktiv wie Verbraucher-Schutzeinrichtungen, die etwa über Schadstoffe und Gifte im Haushalt oder in Lebensmitteln, Kosmetika usw. informieren, oder auch kommunale Beratungsstellen für "Problemgruppen" wie HIV-Infizierte.

Die Popularität der sog. "alternativen" Heilmethoden schließlich ist u.E. ein weiterer Hinweis darauf, dass derzeit ein Paradigmenwechsel zu beobachten ist. Er verändert zumindest die Bedürfnisse und Erwartungen von Patienten an die gesundheitliche Versorgung qualitativ erheblich, möglicherweise gliedert er aber auch die Strukturen und Zuständigkeiten im System medizinischer Versorgung neu.

Auf diese beiden zuletzt genannten Strömungen, die Verbraucherinformation und -beratung in gesundheitlichen Fragen und die Inanspruchnahme der "Komplementär- und Alternativmedizin" wollen wir im Folgenden ein wenig ausführlicher eingehen.

## Steigende Nachfrage nach Alternativen' Heilmethoden

Die anhaltende Popularität und Nachfrage nach alternativer Medizin (Eurythmie, Akupunktur, Naturheilmitteln etc.) wird recht unterschiedlich bewertet. Bisweilen erscheint sie als sinnfälliger Ausdruck einer Krise der Schulmedizin, die weiterreichende, kommunikative Ansprüche autonom gewordener Patienten zur Krankheitsbewältigung nur unzureichend erfüllt (vgl. Schulz 2001). Mitunter wird sie als Modeerscheinung abgetan und diese Mündigkeit von Patienten entschieden bestritten.2 Oftmals wird darin ein historisch neuer, in der Ökologie-Bewegung und wachsenden Autonomieansprüchen von Patienten wurzelnder Aufbruch erkannt, der auch verkrustete medizinische Versorgungsstrukturen aufbricht.3 Völlig neu ist das Phänomen allerdings nicht: Etwa um 1925 entfaltete sich in der Medizin eine heftige Diskussion, bei der unter dem Stichwort "Krise der Medizin" um deren zukünftige Entwicklung als Wissenschaft und Heilkunde gestritten wurde und in deren Folge Laienmedizin und Naturheilkunde einen großen Zustrom erlebten, ablesbar etwa an der großen Zahl von 14.000 registrierten, aber nicht approbierten Heilbehandlern, die Mitte der 30er Jahre schließlich tätig waren - bei einer Gesamtzahl von rund 52.000 Ärzten (Schmiedebach 1989; 33f.).

In den Medien, aber auch in der wissenschaftlichen Literatur findet man heute eine Vielzahl von Begriffen für jene Diagnose- und Therapieformen, die außerhalb der "Schulmedizin" bzw. der so genannten wissenschaftlichen Medizin angesiedelt sind. In der internationalen Diskussion scheint sich zunehmend der Begriff ,Komplementärmedizin' oder ,Komplementär- und Alternativmedizin' durchzusetzen. Alternative Methoden werden besonders häufig angewendet, wenn schulmedizinische Methoden zur Behandlung von Krankheiten nicht zur Verfügung stehen oder nicht zum gewünschten Therapicerfolg führen. Zur Unterscheidung der beiden Ansätze lässt sich - stark verkürzt - der Ansatz der "Schulmedizin" als pathogenetisch einordnen (Krankheitssymptome sind Funktionsdefizite), Alternativmedizin (nach Antonovsky) eher salutogenetisch interpretieren: Symptome sind eine aktive Funktionsäußerung des Organismus, die auf Selbstheilung zielen.

Theoretische Fundierung und empirische Evaluation der überaus vielfältigen Methoden sind ebenso heterogen wie ihre Verbreitung in der ärztlichen Praxis oder Finanzierungsmodalitäten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gemeinsam ist ihnen lediglich, dass sie in der Gesundheitspolitik, in den Medien, aber auch bei Patienten und Versicherten in den letzten Jahren große Aufmerksamkeit gefunden haben und als Konkurrenz zu der in der universitären Ausbildung vermittelten "Schulmedizin" wahrgenommen werden. Was noch vor etwa zwei Jahrzehnten eher als esoterisch-spiritueller Grenzbereich der Medizin wahrgenommen wurde, wird heute von immer mehr Patienten nachgefragt. Einige Indikatoren verdeutlichen den anhaltenden Boom:

Ärzte im Umfeld der Alternativmedizin: Die Zusatzbezeichnung "Naturheilverfahren" führten 5.680 Ärzte im Jahr 1995, im Jahre 2000

sind es 10.746. Der "Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren" hatte 1980 rund 2.300 Mitglieder, 1990 waren es 5.140 und im Jahr 2.000 rund 8.000. Bei der Bundes-Ärztekammer waren im Jahre 1994 etwa 2.400 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie registriert, im Jahre 2000 sind es mit 4.490 fast doppelt so viele.

Die Ausgaben in der GKV für alternative Diagnose- und Therapiemethoden haben sich im Zeitraum 1995-2000 etwa verzehnfacht und machten zuletzt mit rund 4 Milliarden DM ein Zehntel der Ausgaben im ambulanten Sektor aus. Für die Inanspruchnahme von Akupunktur ist Ende der 90er Jahre eine ganz erhebliche Zunahme zu beobachten: Diese Therapieform hatte innerhalb des breiten Spektrums alternativer Verfahren mit Ausgaben in Höhe von schätzungsweise 500 Mio. DM zuletzt die quantitativ größte Bedeutung inne.

Bei rund zwei Dritteln aller Deutschen über 16 Jahre liegen (nach Umfragen des Instituts für Demoskopie Allensbach) heute Erfahrungen mit Naturheilmitteln vor (65 Prozent), ein deutlich höherer Anteil im Vergleich zu 1970, als dies nur 52 Prozent der damals Befragten angaben. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch eine andere Umfrage (BAH 1999): Bei eigenen Erfahrungen mit Naturheilmitteln zeigt sich zwischen 1990 und 1998 in Westdeutschland ein Anstieg von 38 Prozent auf 49 Prozent, in den neuen Bundesländern von 25 Prozent auf 40 Prozent.

Etwa seit 1994 werden in vielen GKV-Kassen (insbesondere IKKs, BKKs) zahlreiche Modellvorhaben durchgeführt, die bei zunehmend größeren Patientenkollektiven unterschiedlichste Methoden der Alternativmedizin erproben und evaluieren. Sehr restriktive Vorgaben des Bundesausschusses für Ärzte haben diesen Boom jedoch zuletzt gebremst.

In einer repräsentativen Bevölkerungs-Umfrage in der Deutsch- und Westschweiz wurde im Dezember 2000 nach persönlichen Erfahrungen bei einem Arzt mit Akupunktur, Homöopathie, Neuraltherapie, Phytotherapie, TCM oder anthroposophischer Medizin gefragt.5 Es zeigte sich eine überraschend hohe Inanspruchnahme-Quote (Bevölkerung im Alter von 18-74 Jahren): 33 Prozent aller Schweizer hatten schon einmal einen alternativen Therapeuten aufgesucht, 80 Prozent von ihnen bewertet das Ergebnis positiv. Für diese sehr hohe Inanspruchnahme ist zu berücksichtigen, dass Phytotherapie, anthroposophische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie und traditionelle Chinesische Medizin in der Schweiz als ärztliche Pflichtleistung in die Grundversicherung aufgenommen wurden (zeitlich befristet bis 2005).

Innerhalb der Bevölkerung lassen sich einige Gruppen identifizieren, bei denen eine besonders starke Nachfrage nach Alternativmedizin zu finden ist. Dies gilt beispielsweise für Frauen, Bevölkerungsgruppen mit höherem Bildungsniveau oder auch für Anhänger einer "gesunden Lebensweise" sowie Milieus mit einem ökologischen, gesundheits- und präventions-orientierten Lifestyle. Eine Reihe von Untersuchungen zeigt allerdings auch, dass die Nachfrage nach Alternativmedizin nur begrenzt individuellen Lifestyles und Persönlichkeitsmerkmalen geschuldet ist, sondern ebenso oder sogar noch stärker auf gesellschaftlich veränderte Normen und Ansprüche von Patienten zurückzuführen ist, auf welche die Schulmedizin aktuell nicht vorbereitet ist oder auf die sie nicht adäquat reagieren kann. Nach dem gegenwärtigen Forschungsstand lassen sich hier drei zentrale Motivbündel identifizieren:

Erstens zeigen Umfragen, dass in der Bevölkerung die Erwartungen an den medizinischtechnischen Fortschritt ebenso gewaltig wie die Erfolgprognosen bei chronischer Erkrankung unrealistisch sind. Ein zentrales Motiv der Inanspruchnahme ist daher die Betroffenheit von
chronischer Erkrankung und ausbleibende oder
subjektiv als unzureichend erlebte Heilungserfolge der Schulmedizin. Dies belegen mehrere
Umfrage-Ergebnisse (Kahrs u.a. 2000, IKK BV
1994, TK 2001), aber auch Merkmale der ,typischen' Teilnehmer an Modellvorhaben.
Darüber hinaus schätzt man, dass zwei Drittel
aller Krebspatienten im Laufe ihrer Erkrankung auch nicht-schulmedizinische Therapien
erproben.<sup>6</sup>

Zweitens ist die Furcht vor Nebenwirkungen einer medikamentösen Therapie ein wesentlicher Bestimmungsfaktor. In mehreren Befragungen werden von einer großen Mehrheit der Bevölkerung die "sanften", "natürlichen" und "nebenwirkungsfreien" Begleitumstände alternativer Therapieformen und dabei insbesondere von Naturheilverfahren als besonders positiv herausgehoben. Sofern man die freie Wahl hätte zwischen einem Naturheilmittel und einem chemischen Arzneimittel, würden etwa drei Viertel aller Befragten das Naturheilmittel bevorzugen (BAH 1999).

Drittens zeigen viele Befragungen, dass in der schulmedizinischen ärztlichen Praxis vielfach ein Mangel an Kommunikation erlebt wird.7 Die zunehmende Popularität der Alternativmedizin ist daher auch begründet in der subjektiv intensiver erlebten Kommunikation und emotionalen Zuwendung, dem stärkeren Einbezug auch persönlicher Probleme aus der Familie oder dem Berufsleben bei alternativen Therapeuten. So wird etwa die zeitliche Dauer des persönlichen Gesprächs dort doppelt so lang eingeschätzt wie beim Schulmediziner.8 Nach einer Untersuchung von Schulz (2001) scheint ein nicht unerheblicher Teil der Patienten Besuche bei alternativen Therapeuten auch als niederschwelliges Psychotherapie- und Kommunikations-Angebot in Anspruch zu nehmen.

Ein Großteil der Patienten mit Interesse an psychosozialen Hintergründen ihrer Erkrankung nimmt alternative Medizin nicht als Konkurrenz zur Schulmedizin, sondern als Ergänzung (komplementäre statt substitutive Funktion) wahr.

## 3 Verbraucherberatung in Gesundheitsfragen

Hinter der Existenz, Nachfrage und Nutzung alternativer, weil meist außerhalb, am Rande oder in Konkurrenz zum etablierten Versorgungssystem verlaufender gesundheits- bzw. krankheitsbezogener Informations- und Beratungsangebote verbirgt sich eine komplexe Mischung von Besonderheiten der Patienten- und Arztrolle mit einer Reihe sich rasch verändernder gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Erst wenn diese Komplexität bedacht wird, schwindet die Gefahr einer allzu affirmativen oder euphorischen Bewertung dieser neuartigen Konstellation. Zu den wichtigsten Triebfedern der 'Informations- und Beratungsbewegung' zählen:

Krankheit gehört zu den seltenen, oft ohne jegliche Vorankündigung und mit dramatischen Konsequenzen für den Alltag wie den persönlichen Lebensentwurf eintretenden Ereignissen. Sie stellt, ob antizipativ oder tatsächlich, eine der tief greifendsten Verunsicherungen der individuellen Biographien dar. Diesem auf Dauer selber krank machenden Risiko versuchen Menschen dadurch zu entkommen, dass sie Risiken so früh wie möglich erkennen, eine Erkrankungsphase so schnell wie möglich beenden und dieses Ende auch so früh wie möglich erkennen wollen. Zum immer noch bei vielen Arzten vorherrschenden paternalistischen Umgang mit Patienten gehört eine Art gelebtes' Wissensgefälle. Wie zahlreiche Studien über das krankheitsbezogene Wissen von Ärzten zeigen, kaschiert paternalistisches ärztliches Verhalten aber nicht selten eigene Wissensmängel oder Beratungsdefizite.

Neuere materielle Anreizsysteme für ärztliches Handeln wie Budgets oder Kopfpauschalenvergütung geben schließlich wenig oder sogar hemmende Anreize für eine Verhaltensänderung zugunsten eines 'informed decision making'. Ebenfalls vorhandene Versuche, die 'sprechende Medizin' durch materielle Anreize zu stärken, scheiterten an einer Mischung von zu kurzfristigen Erfolgserwartungen, an der mangelnden Kommunikationsqualifikation von Ärzten und der mangelhaften 'Compliance' eines Teils der niedergelassenen Ärzte gegenüber gesetzgeberischen Intentionen.

Sowohl was den Umfang, die Art und Bedarfsgerechtigkeit der etablierten Informations- und Beratungsangebote und ihrer Akteure als die Nachfrage nach alternativen Angeboten und Anbictern angeht, gibt es seit längerem zahlreiche Erkenntnisse und Hinweise aus Versicherten- und Patientenbefragungen. Die Palette von gesundheitsrelevanten Situationen und Problemen, für welche die Bevölkerung generell mehr Beratung für notwendig hält, ist breit gefächert. Der Anteil von Befragten, die Beratung für notwendig halten, reicht in einer Bevölkerungsumfrage im Jahre 1996 (Kahrs u.a. 2000) von 41,9 Prozent beim Problem falscher ärztlicher Diagnose und Behandlung über 46,7 Prozent bei der Aussprache über eine schwere Erkrankung bis zu 74,2 Prozent bezüglich umweltbedingter Gesundheitsrisiken. Wenn man ausschließlich nach der Bewertung der Krankenkassen als neuem Informations- und Beratungsanbieter fragt, erwarten zwischen 79 und 93,1 Prozent derselben Befragten, dass Krankenkassen neben der Beitragsverwaltung Aufgaben wie die Information über den Nutzen neuer Behandlungsmethoden oder den Nutzen neuer Medikamente sowie die Aufklärung über eine gesunde Lebensweise übernehmen (Kahrs u.a. 2000).

Gerade 25,2 Prozent der Bevölkerung meinten im letzten Jahr, nur "selten" oder "nie" genügend über das medizinische Versorgungs- und Behandlungsangebot Bescheid zu wissen, um richtige Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihre gesundheitliche Versorgung treffen zu können (Gesundheitsmonitor 2002). Sieht man sich an, von wem gesunde oder kranke Personen Unterstützung erwarten, fällt zusätzlich zu einem Nebeneinander ,alter' und ,neuer' Akteure ein problemspezifisches Hilfesuchverhalten auf. Obwohl bei weitem nicht mehr als Halbgott in Weiß' kritikfrei gestellt, werden Arzte immer noch an erster Stelle und von der Mehrheit der Befragten als primärer Rat- und Hilfegeber genannt. Je mehr das Problem in

den Bereich des individuellen (Fehl)-Verhaltens fällt oder überindividuelle Bereiche wie z.B. die Umwelt betraf, desto weniger wollten sich die Befragten an einen Arzt wenden. Dieses Hilfesuchmuster taucht auch in einer späteren Befragung (Marstedt 1999) auf. Dort, wo der Stellenwert der von Ärzten erwarteten Hilfe schwindet, treten jedoch nicht "alte" Institutionen wie das Gesundheitsamt oder die Krankenkassen vor. Im Jahr 1993 wurden eher Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen bevorzugt (Marstedt u.a. 1993). In der 1999 durchgeführten Befragung, in der die Möglichkeit bestand, zwischen Anbietern zu wählen, schnitten bis auf das Problem einer möglicherweise sinnvollen Kur .andere' Anbieter besser ab als die explizit nachgefragten Krankenkassen. Beispielsweise würden sich neben den 45 Prozent, die sich wegen gesunder Ernährung immer noch an ihren Arzt wenden würden, 15 Prozent an ihre Krankenkasse wenden, aber 40 Prozent anderweitig Rat suchen.

Auf die 2001 gestellte Frage, aus welchen Quellen sie "sehr oft" oder "oft" Informationen über Gesundheit, Behandlungsmethoden etc. erhalten, gaben 74,1 Prozent die Medien, 46,6 Prozent die Krankenkassen, 36,2 Prozent die niedergelassenen Ärzte, 7 Prozent die Verbraucherzentralen, 5.5 Prozent die Gesundheitsämter und 1,9 Prozent die Ärztekammern/-verbände an. Das Internet nannten immerhin 22,1 Prozent der Befragten (Gesundheitsmonitor 2001). Nur 12,9 Prozent wollten im Übrigen etwas zu Krankenkassen wissen, 8,9 Prozent etwas zu niedergelassenen Ärzten und 4 Pro-



zent mehr über Krankenhäuser. 34,7 Prozent hatten keine Informationen gesucht (cbd.).

Fragt man nicht mehr nur nach dem Informations- und Beratungsbedarf der gesamten, gesunden wie kranken Bevölkerung, sondern nach dem von Personen mit einer eindeutigen und chronischen Erkrankung, wie dem Diabetes mellitus Typ 2, nimmt der Bedarf und die Nachfrage nach mehr und besserer Information zu. In einer Befragung von rd. 2700 Diabetiker/ innen, die in dauernder ärztlicher Behandlung waren, berichteten 28,6 Prozent, "gar nicht" oder ,wenig' über die für Diabetiker wichtigen Emährungsfragen informiert zu sein. Gleiches offenbarten 46,5 Prozent zum Thema Unterzuckerung, 37,6 Prozent zu blutzuckersenkenden Tabletten, 34,1 Prozent zu Folgeschäden und 49,4 Prozent zum Thema Fußpflege - sämtlich Themenbereiche, die für diese Patienten von enormer Bedeutung sind (Braun 2001, 251ff.).

In der o.g. Befragung findet sich ferner ein wichtiger Hinweis für eine spezifische Art und Weise der Informationsverarbeitung durch Patienten. Nicht nur Patienten mit ausdrücklich genannten Informationsmängeln äußern auf Nachfrage weitere spezifische Informationsinteressen, sondern auch ein Teil derjenigen, die sich als sehr gut informiert bezeichnen.

Der immer deutlicher artikulierte Bedarf nach umfangreicherer und andersartiger Information und Beratung durch 'alte', aber vor allem 'neue' Akteure führte bereits zu einer Reihe normativer und organisatorischer Veränderungen, die teilweise wichtige Voraussetzungen für den Umfang wie die Effektivität der existierenden alternativen Angebote sind. Dazu zählt beispielsweise die gesetzliche Verpflichtung der GKV, Selbsthilfegruppen (vgl. § 20 Abs. 4 SGB) und Patientenberatungsorganisationen (§ 65 SGB V) mit jährlich maximal

knapp 35 Mio. bzw. 5 Mio. Euro zu unterstützen. Dass dies weder selbstverständlich noch völlig unproblematisch ist, zeigen zwei Beobachtungen: Von den maximal möglichen 72 Mio. DM Fördermitteln für Selbsthilfegruppen zahlte die GKV nach den einzig bisher veröffentlichten Mitteln lediglich 18 Mio. DM (Frankfurter Rundschau vom 22.9. 2001). In mehr als 20 Prozent der von den Verbraucherzentralen Ende der 90er Jahre beratenen Fälle benötigten Patienten Hilfe beim Durchsetzen ihrer Rechte gegenüber Krankenkassen (AGV 2000).

Die zunehmende Fülle alternativer Informations- und Beratungsangebote übertüncht aber oftmals ihre fehlende Qualität durch marktschreierisches oder 'modernes' Auftreten. Eine seit einem Jahr laufende systematische Recherche der deutschsprachigen Internet-Informationsangebote zu Diabetes ergab durchschnittlich 21 Meldungen pro Tag. In diesen Angeboten überwiegen Uraltinformationen, die oft als brandaktuelle und/oder alarmierende Neuigkeiten verbreitet werden, mehrere offensichtlich falsche Informationen, einige mehr oder weniger gelungen getarnte Werbebotschaften und manchmal auch wirklich neue und wichtige Hinweise und Angebote.

#### 4 Fazit

Die anhaltende Nachfrage nach Alternativ- und Komplementärmedizin nährt sich aus unterschiedlichen Quellen. Zum einen sind offensichtlich Strukturmängel maßgeblich, die zuletzt in der ambulanten Versorgung eindeutig die "Pillen- und Apparate-Medizin" zu Lasten der "sprechenden Medizin" in Arztpraxen dominieren ließen. Zum Zweiten fällt das in der Öffentlichkeit vermittelte Bild medizinischer Omnipotenz (u.a. suggeriert durch Medienberichte über die Erfolge der Gentechnik und Transplantationsmedizin) nun auf die Ärz-

teschaft zurück: Betroffene erwarten auch bei schwer wiegender chronischer Erkrankung ,Heilung' und nicht nur ,Beschwerdelinderung'. Weiterhin bestimmen die zumindest in bestimmten Bevölkerungsgruppen erfolgreichen Präventionskampagnen mit ihren Maximen von gesundheitlicher Selbstverantwortung und Körper-Sensibilität nun auch Kriterien, mit denen die schulmedizinische und insbesondere Arznei-Therapie bewertet wird. Alternative Medizin, so wird schließlich aus Befragungen chenfalls deutlich, ist kein Ersatz für die schulmedizinische Therapie. Sich ausschließlich auf Außenseitermethoden zu verlassen, wird insbesondere bei ernsten Erkrankungen von der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung als problematisch und gesundheitlich riskant eingestuft. Alternative Medizin wird also von vielen Kranken nicht substitutiv, sondern komplementär zur Schulmedizin genutzt.

Die rasche Vergrößerung des Angebots alternativer Informations- und Beratungsangebote und die anhaltende Nachfrage wird durch verschiedenartige Defizite der traditionellen gesundheitlichen Versorgung vorangetrieben. Zum einen handelt es sich um das meist mit Informationszurückhaltung einhergehende paternalistische Arztverhalten sowie die durch das Vergütungssystem unterbewertete und in der Folge auch nur zurückhaltend angebotene ärztliche Beratungstätigkeit. Zum anderen spielt aber die Kommunikationsfähigkeit nach wie vor keine oder eine nur nachgeordnete Rolle in der ärztlichen Aus- und Fortbildung. Da dies auch für nichtärztliche Akteure, wie z.B. die klassischen Krankenkassenmitarbeiter zutrifft. werden neue Akteure, bei denen eine Reihe der genannten Qualifikations- und Verhaltensdefizite ausgeschlossen werden können, seit kurzem gesetzlich gestützt.

Die Verbreitung neuer alternativer Angebote und Anbieter verläuft aber nicht substitutiv, sondern additiv oder in anderen Konfigurationen. Bei einer Vielzahl von gesundheitsrelevanten Fragen erwartet eine Mehrheit der gesunden und kranken Personen nach wie voram meisten von der ärztlichen Information und Beratung, in die sie auch hohes Vertrauen haben. Teilweise dieselben Personen oder auch eine mehr oder weniger große Gruppe der kranken und gesunden Bevölkerung nutzen aber aus eigenem Antrieb - oder auch unter einem gesellschaftlichen Druck, informiert zu sein gleichzeitig andere Informationsquellen und Beratungseinrichtungen. Dabei steigt u.a. angesichts der fragwürdigen Qualität und Interessenabhängigkeit mancher dieser Angebote auch die Gefahr kognitiver Dissonanzen und im schlimmsten Fall bei behandlungsbedürftigen Kranken die Gefahr von Anreizen zu selbstschädigendem Fehlverhalten. So richtig und wichtig also das Aufbrechen eines - dazu noch nicht mal inhaltlich ausgefüllten - ärztlichen Informations- und Beratungsmonopols ist, so klärungs- und gestaltungsbedürftig ist ein Neben- und Miteinander 'alter' wie 'neuer' Angebote und Anbieter.

Dr. Bernard Braun ist Politologe und Soziologe und arbeitet als Sozial- und Gesundheitswissenschaftler am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Dr. Gerd Marstedt ist Psychologe und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

# Anmerkungen

- Vgl. zuletzt etwa IPSOS-Institut, Institut f
  ür angewandte Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, G
  öttingen (zit. nach Weser-Kurier 18.12.99; 39).
- <sup>2</sup> "Die zunehmende Akzeptanz "alternativer" Heilmethoden in der Bevölkerung gleichzusetzen mit einer neu erworbenen Mündigkeit, würde bedeuten, die Popularität zur Bemessungsgrundlage der

Mündigkeit zu machen." Stellungnahme der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zu außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehenden Methoden der Arzneitherapie, veröffentlicht in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 95, Heft 14, 3.4.1998. Vgl. Kahrs u.a. (2000), die eine solche Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens beschreiben.

- <sup>e</sup> Quelle: Eigene Hochrechnungen auf der Basis von Glaeske 1996 und Daten der Securvita Betriebskrankenkasse.
- Die Umfrage wurde durchgeführt von Polyquest Bern, zu Details vgl. die Zeitschrift "Erfahrungsheilkunde": Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Komplementärmedizin, Heidelberg, Jg. 50, Heft 7, 2001: 421-423.
- Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 21,6,2000: "Unkonventionelle Verfahren in der Krebsmedizin".
- 7 "Dass die Ärzte mehr mit ihren Patienten reden und weniger Medikamente verordnen", wird dort von 41 Prozent "auf jeden Fall wünschenswert" und von weiteren 44 Prozent für "eher wünschenswert" erachtet. "Dass Ärzte sich genug Zeit für ihre Patienten nehmen", wird gleichzeitig von einer Mehrheit (53 Prozent) eher oder gänzlich verneint.
- Diese Einschätzung wird bei Kahrs u.a. (2000) anhand mehrerer Indikatoren deutlich.

#### Literatur

Aust, B. 1994: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. WZB-Paper P94-201, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

BAH (Bundesfachverband der Arcneimittelhersteller e.V.) 1999: Selbstmedikation. Ergebnisse ciner Bevölkerungsbefragung in der Bundesrepublik. Bonn.

Braun, B. 2001: Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? St. Augustin: Asgard Verlag.

AGV (Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände) 2000: Pressemitteilung vom 25.1.2000. Glaeske, G. 1996: Therapieprinzipien auf dem Prüfstand: Problemstellung. In: Verband der Angestelltenkrankenkassen/Verband der Arbeiterersatzkassen/Glaeske, G./von Stillfried, D. (Hg.): Therapieprinzipien auf dem Prüfstand. Berichtsband eines Expertengesprächs, Siegburg.

IKK BV (Bundesverband der Innungskrankenkassen) 1994: Akzeptanz von Naturheilverfahren. IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach.

Marstedt, G. 1998: Gesellschaftlicher Strukturwandel und individueller Bedarf an Gesundheitsförderung und -Beratung. In: Müller, R./Rosenbrock, R. (Hg.): Betriebliches Gesundheits-Management, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. St. Augustin: Asgard Verlag. Marstedt, G. 1999: Akzeptanz – Beratung – Steuerung – Zum Wandel von Handlungskonzepten und funktionalem Selbstverständnis in der Gesetzlichen Krankenversicherung in den 90er Jahren. In: Marstedt, G./Müller, R./ Milles, D. (Hg.): Gesundheitskonzepte im Umbruch – Lebenslaufpolitik der Unfall- und Krankenversicherung. Bremerhaven. 76-89.

Marstedt, G./Last, R./Wahl, W.B./Müller, R. 1993: Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen, hgg. von der Angestelltenkammer Bremen, Bremen.

Kahrs, M./Marstedt, G.J. Niedermeier, R.J. Schulz, T. 2000: "Alternative Medizin" – Paradigma für veränderte Patienten-Ansprüche und die Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen? In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 54, Heft 1/2, 20-31.

Gesundheitsmonitor 2002: Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung im Jahre 2001 (im Erscheinen).

Schulz, T. 2001: Orientierungswechsel bei Gesundheit und Krankheit. Prozesse der Selbstkontextualisierung im Gesundheitssystem, Bremerhaven.

TK (Techniker Krankenkasse) 2001: GfK Marktforschung: Grundlagenstudie. Unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg. Winfried Beck

# Gesundheitsmarkt – Oppositionelle Strömungen in der Ärzteschaft – Demokratisierung

Kein entwickelter Staat verzichtet auf eine öffentliche Regulierung der Marktkräfte, weil sich wegen der asymmetrischen Machtverhältnisse ohne eine Steuerung spontan eine Anbieter(Produzenten)-Dominanz entwickelt. Der Erwerb des Produktes Gesundheit - eigentlich die Linderung oder Heilung von Krankheiten - ist nicht dem freien Willen unterworfen, sondern in der Regel schicksalhaft und zusätzlich mit dem Risiko der Existenzgefährdung verbunden. Darin unterscheidet es sich grundsätzlich vom sonstigen Produzenten-Konsumenten-Verhalten. Der Patient kann deshalb niemals Konsument im marktwirtschaftlichen Sinne sein und bedarf des Schutzes der Gemeinschaft.

Bismarck hat 1883 als Weltneuheit die Gesetzliche Krankenversicherung(GKV) eingeführt. Heute ist das bundesdeutsche Gesundheitswesen (GW) durch eine korporatistische Steuerung mittels selbstverwalteter Verbände der Anbieter – (Kassenärztlichen Vereinigung (KV) auf der einen und der Patienten in der GKV auf der anderen Seite – gekennzeichnet. Bismarck und seine Nachfolger glaubten und glauben, so eine Parität der Machtverhältnisse erreichen zu können.

Bei der gesamten Diskussion um die Rolle der PatientInnen darf allerdings nicht vergessen werden, dass 10 Prozent der Bevölkerung, und zwar die Gesünderen und besser Verdienenden, sich aus der Solidargemeinschaft der GKV

befreit haben und ihr Krankheitsrisiko über private Krankenversicherungen (PKV) absichern. Dies ist umso schwerwiegender, als damit der GKV sowohl die Spitzenbeiträge als auch geringere Risiken verloren gehen. In der PKV gibt es keinen Kontrahierungszwang. Dort werden Menschen mit Risiken gar nicht erst aufgenommen bzw. nur mit einer höheren Prämie versichert.

#### 1 Die Defizite

Auch wenn unser GW<sup>†</sup> international einen guten Ruf genießt, so schneidet es nicht nur nach WHO-Kriterien schlecht ab – es rangiert weltweit auf Platz 25. Nach Auffassung des Wissenschaftlichen Beirats im Wirtschaftsministerium ist es auch durch einen ungünstigen Ressourceneinsatz pro Krankheitsfall charakterisiert. Nach seinen Angaben werden 35 Prozent mehr Ärzte und 20 Prozent mehr Krankenhauspersonal als in den USA beschäftigt, liegt die Krankenhauskapazität doppelt so hoch und werden 20 Prozent mehr Medikamente verschrieben, während die Überlebensraten in den USA sogar höher als in Deutschland sind.<sup>2</sup>

# 2 Die Organe der Ärzteschaft

Das Mittelmaß des bundesdeutschen GW ist ohne die genannten Strukturen nicht zu verstehen: Korporatistische Monopole, die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Vertragsärzten, handeln gemäß ihrer jeweiligen Interessen ohne Rücksicht auf die Belange der PatientInnen. Bei den Verhandlungen zwischen den beiden Partnern geht es nur ausnahmsweise um Inhalte der medizinischen Versorgung. Im Mittelpunkt steht die Einkommensverteilung unter den Anbietern im Gesundheitswesen. Hier wiederum dominiert die Ärzteschaft, und bei dieser die Vertretung der ambulant tätigen Ärzte in Form der KV. Die spezifisch deutsche Situation ist keineswegs weltweiter Standard, sondern wurde durch kämpferische Aktionen der Ärzteschaft etwa seit der Jahrhundertwende (Hartmannbund 1900) erkämpft. Das Ergebnis ist auf ärztlicher Seite eine organisatorische Dreiteilung:

Die KV, untergliedert in Länder-KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Körperschaften öffentlichen Rechts: Ihr gehören als Zwangsmitglieder alle niedergelassenen VertragsärztInnen an. Diese wählen Vertreterorgane in Bezirks- und Länderebene, von wo aus die KBV mit Vorstand und Vertreterversammlung gewählt wird. Aufgabe der KV ist es, die Honorarverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zu führen, eine immer noch recht asymmetrische Verhandlungsführung, da dem Monolithen KBV hunderte gesetzliche Krankenkassen gegenüberstehen, die natürlich leicht gegeneinander auszuspielen sind.

Die Landesärztekammern (LÄK): Ihnen gehören alle approbierten ÄrztInnen als Zwangsmitglieder an, die Abgeordnete in die Kammerparlamente entsenden. Diese wählen die Delegierten zum jährlich stattfindenden Deutschen Ärztetag (DÄT), dem sog. 'Parlament der Ärzteschaft' als Organ der Bundesärztekammer (BÄK). Letztere ist im Gegensatz zur KBV keine Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern ein eingetragener Verein. Seine Beschlüsse sind für die LÄK nicht bindend. Die Kammern als Körperschaften öffentlichen

Rechts haben alle Belange der Ärzteschaft, die nicht von der KBV bewältigt werden, zu behandeln. Der rechtliche Status der beiden Gremien KBV und LÄK bedeutet einen enormen Vertrauensvorschuss des Staates gegenüber der Ärzteschaft, tritt dieser doch damit zentrale Gestaltungsaufgaben an eine einzelne Berufsgruppe ab. Für die Körperschaften bedeutet dies eigentlich die Beschränkung auf Selbstverwaltungsaufgaben und den Verzicht auf Interessenpolitik.

Freie Ärzteverbände: Diese dürfen und sollen als freie Verbände ohne Zwangsmitgliedschaft Interessenpolitik praktizieren. Wie die Verlautbarungen der DÄT zeigen, werden weder die verfassungsrechtlich gezogenen Grenzen zwischen Selbstverwaltung und Interessenvertretung eingehalten, noch gibt es inhaltlich wesentliche Abweichungen in den Grundfragen zwischen den Körperschaften einerseits und den Verbänden andererseits.

Die Ärzteschaft missbraucht die ihr von der Verfassung gewährten Privilegien in Form von Körperschaften zum Nachteil der Allgemeinheit und zum eigenen Vorteil. Sie ordnet grundsätzlich und tendenziell den sozialen Auftrag des ärztlichen Berufes und damit die Weiterentwicklung eines an den Bedürfnissen der Mehrheit der Bevölkerung orientierten GW den Einkommensinteressen unter.

Als Beispiel sei die sog. 'IGeL Kampagne' der KBV ins Gedächtnis gerufen. Die KBV und die ärztlichen Berufsverbände haben Leistungen definiert, die – privat liquidiert – von Kassenärzten außerhalb der GKV erbracht werden sollen; die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Dabei handelt es sich nach der Definition der KBV um ärztliche Leistungen, die von Patienten nachgefragt werden, aber nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, oder um solche Leistungen, die

zumindest ärztlich vertretbar sind. Vom mündigen Bürger ist die Rede, der nicht daran gehindert werden dürfe, selbst Anspruch auf Leistungen zu formulieren, wenn er diese privat bezahle. Damit wird der Eindruck erweckt, Leistungen aus der GKV seien "nur' Basismedizin, das Bessere, die Luxusmedizin, gäbe es "individuell" nur privat. Damit wird ein Stein ins Rollen gebracht, von dem niemand weiß, was er am Ende alles zerstören wird.

Schon jetzt gibt es Ärzteverbände, die noch viel mehr Leistungen aus dem GKV-Katalog herausreißen und der - besser honorierten -Privathonorierung zuschlagen wollen. Es ist ein Grundsatz der Medizin, dass nur das, was notwendig ist, auch sinnvoll ist. Alles darüber Hinausgehende ist nicht Luxus, sondern potentiell mit möglichen Schäden für die Patienten verbunden. Eine nicht notwendige Röntgenaufnahme, Medikamenteneinnahme, Knicgelenksspiegelung oder Ultraschalluntersuchung muss unterbleiben, nicht nur weil die meisten dieser Maßnahmen mit Nebenwirkungen verbunden sind, sondern auch wegen der mit einer gewissen statistischen Wahrscheinlichkeit auftretenden falsch positiven Befunde. Werden nämlich bei diesen Untersuchungen angeblich pathologische Veränderungen entdeckt, so folgen weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen und Eingriffe mit den damit verbundenen Risiken, und dies, obwohl keine medizinische Indikation dazu bestand. Diese Grundweisheit medizinischer Diagnostik und Therapic wird von den Berufsverbänden kommerziellen Interessen geopfert. Populistisch und heuchlerisch wird die sonst so geschmähte Patientenautonomie als Argument für diese neue Erwerbsquelle funktionalisiert. Da Information und Wissen das bei medizinischen Laien nicht in annähernd gleichem Umfang wie bei den Professionellen vorliegt, sind die Laien deshalb wehrlos gegenüber Manipulationsversuchen der Ärzte.

# 3 Die innerärztliche Opposition

Gegen diese Entwicklung gab und gibt es Widerstand auch aus den eigenen Reihen. Seit 1976 gibt es oppositionelle Listen in den LÄK und seit 1986 außerparlamentarisch in Form des Vereins demokratischer Ärztingen und Ärzte' (vdää). Bemerkenswert ist das Fehlen jeglicher Opposition in den KVen. Die wenigen zaghaften Versuche, über Listenkandidaturen bei KV-Wahlen in diese Gremien hinein zu wirken, scheiterten in der Regel kläglich. Zu unvereinbar sind die Voraussetzungen. Wer für KV-Arbeit, gleich welcher politischen Ausrichtung, wählbar sein will, muss bereit sein. die ökonomischen Interessen offensiv zu vertreten, und das lässt sich mit einer sozialen Gesundheitspolitik nur sehr begrenzt vereinbaren. Sozial engagierten ÄrztInnen fehlt deshalb auch in der Regel die nötige Motivation zur Kandidatur

Die ärztliche Opposition in den Kammern ist hingegen ein fester Bestandteil nicht nur im ärztlichen Bewusstsein, und sie war erfolgreich. Seitdem 1976 erstmals die Liste demokratischer Ärzte in Hessen auf Anhieb 10 Prozent der Sitze errungen hatte, und zwar mit einem deutlich linken Wahlprogramm, folgten in fast allen Bundesländern und Kammerbezirken Listen mit ähnlichen Programmen, wenn auch mit unterschiedlichen Namen wie "Liste Gesundheit', ,Liste Soziales Gesundheitswesen', ,Liste unabhängiger demokratischer ÄrztInnen'. In den neuen Ländern gab und gibt es nicht eine einzige oppositionelle Liste. Der "Fraktion Gesundheit' in Berlin gelang es, über Koalitionen die Mehrheit zu erreichen und sogar den Präsidenten zu stellen. Die Übernahme der Macht in immer mehr Kammern schien nur noch eine Frage der Zeit zu sein. Doch daraus wurde nichts. Bis etwa 1992 legten die oppositionellen Listen Wahl für Wahl zu und erreichten schließlich einen durchschnittlichen Stimmenanteil von 22 Prozent. Seit 1996 allerdings hat sich das Blatt gewendet, stabilisieren sich die Wählerstimmen bei durchschnittlich 15-20 Prozent. 1998 wurde der einzige oppositionelle Präsident einer Ärztekammer, Ellis Huber, in Berlin abgewählt.

# 4 Die Erfolge der innerärztlichen Opposition

Die Opposition hat zweiselssrei auch aus Sicht der Gegner Spuren hinterlassen. Ohne sie sähe das bundesdeutsche GW anders aus. So wurde der Ausschuss "Umwelt und Medizin" der LÄK Hessen 1985 durchgesetzt. Heute sind Ausschüsse für Umwelt und Medizin in allen Kammern selbstverständlich. Noch Anfang der 90er Jahre hatten die Kammern unsere Forderungen nach Weiterbildung in ökologischen Fragen lächerlich gemacht.

Noch bis in die späten 80er Jahre hinein war die Auseinandersetzung mit der Nazivergangenheit tabu und endeten Diskussionen dazu regelmäßig im Chaos. Die Aufarbeitung der Nazi-Geschichte, die Verwicklung der Ärzteschaft in die Verbrechen der Nazis, ist seit 1989, dem 92. DÄT in Berlin, selbstverständliche Pflichtübung für die Bundesärztekammerpräsidenten und andere Funktionäre in der Arzteschaft. H. J. Sewering, einer der letzten noch lebenden Arzte mit nachgewiesener Nazivergangenheit, verlor alle Funktionärsposten. Seine Wahl zum Präsidenten des Weltärztebundes konnte durch nationale und internationale Kampagnen der Arzteopposition verhindert werden. Es gibt eine Wanderausstellung der Bundesärztekammer .Der Wert des Menschen - Medizin in Deutsch- Minim land 1918 bis 1945' und offizielle Dokumentationen zu diesem Thema in Bayern und Hessen.

Der Streit um den § 218 war innerhalb der Ärzteschaft besonders militant und dominiert von so genannten Lebensschützern. Heute hat der § 218 seinen Schrecken verloren. Abtreibung ist in Deutschland so einfach wie früher pur in Holland.

Psychosoziale Fächer gehören heute zum Ausbildungsstandard der MedizinstudentInnen. Vergessen ist, dass dies nur gegen den erbitterten Widerstand der traditionellen Psychiatrie und der verbohrten Organmediziner möglich war.

Dramatisch waren die Veränderungen in der Psychiatrie. Noch bis in die 60er Jahre hinein



wurden psychisch kranke Menschen ausschließlich in dezentral gelegenen riesigen Anstalten mit Schlafsälen ohne jede Chance zur Wahrung der persönlichen Würde untergebracht, verwahrt mit einer vielfach höheren Sterbeziffer als in der übrigen Bevölkerung. Die von der Ärzteopposition, den Gesundheitstagen und besonders auch der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie(DGSP) vorangetriebene Psychiatriereform machte mit dieser menschenunwürdigen Situation ein für alle mal Schluss.

Die Ärztekammer Berlin schuf den ersten Menschenrechtsbeauftragten, unterstützte ein Zentrum für Folteropfer, die medizinische Versorgung Obdachloser, veröffentlichte unter persönlichen finanziellen Risiken des Präsidenten eine Positivliste von Arzneimitteln.

Die Unterstützung des Apartheidregimes in Südafrika durch die Bundesärztekammer, u.a. durch die Einladung der rassistischen Ärzteorganisation MASA zu den Deutschen Ärztetagen, ist passé. 1989, beim ersten DÄT im Deutschen Reichstag, protestierten oppositionelle Delegierte noch mit einem Transparent gegen die Anwesenheit der vom Präsidium eingeladenen Vertreter der Rassisten. Noch bis 1992 war die LDÄ in Hessen von den meisten und wichtigen Ausschüssen, vom Präsidium und vor allem auch von den Deutschen Ärztetagen ausgeschlossen. Heute sind oppositionelle Delegierte in allen Ausschüssen, dem Präsidium und an allen Ärztetagen vertreten.

Ehedem vom Berufsverbot bedrohte oder unter Berufsverbot fallende ÄrztInnen sind heute in führenden Positionen innerhalb der Ärzteschaft, in Präsidien von Landesärztekammern, als Bezirkskammervorsitzende etc. tätig.

Zahlreich sind die Beispiele, in denen die Opposition Ämterfilz und Patronage öffentlich machte. Heute sind die Bilanzen der Kammern transparent, sind Demokraticdefizite in keiner Ebene mehr auszumachen. Liegt in dieser Entwicklung vielleicht gerade die Ursache für die seit 1996 abnehmende Popularität der Ärzteopposition bei Kammerwahlen? Haben die Erfolge eine Opposition überflüssig gemacht? Hat die Integration in die Selbstverwaltungsgremien die Opposition verändert, sie zu ganz normalen Ärztevertretern gemacht, sie angepasst?

# 5 Die Anbieterdominanz ist ungebrochen

Trotz aller Erfolge hat sich an der Anbieterdominanz, der inadäquaten Machtfülle der Ärzteschaft innerhalb des GW, nichts Grundsätzliches geändert. Das deutsche GW hat sich entlang den Bedürfnissen der Ärzteschaft orientiert. Besonders deutlich wird dies an der de facto nicht vorhandenen integrierten Nutzung stationärer und ambulanter Ressourcen.

Der ambulante Versorgungsbereich orientiert sich an den individuellen ökonomischen Interessen des Kleinunternehmers Arzt in der Einzelpraxis, charakterisiert durch die so genannte Therapiefreiheit (jeder macht was er will), dem Fehlen fach- und berufsübergreifender Teamarbeit und der Wahl des Niederlassungsortes, orientiert an der möglichst hohen Rendite.

Im stationären Bereich folgt die Organisation den Interessen der Krankenhausträger, charakterisiert durch weitestgehende Ausbeutung des medizinischen Personals – in Form von unbezahlten Überstunden, Verletzungen der Arbeitszeitordnung u.a. –, eine bürokratischen Verkrustung, eine leistungsbremsende Hierarchie und eine leistungsunabhängige Honorierung. Folgen dieser Struktureigenarten sind u. a., dass Diagnostik und Therapie in Deutschland den internationalen Standards hinterher hinken, beispielsweise Krebs und Diabetes nur mittel-

mäßig versorgt wird, drei Viertel aller Bluthochdruckpatienten fehlerhaft therapiert werden und die Kosten gleichzeitig überproportional steigen. Das Fehlen diagnostischer und therapeutischer Leitlinien, einer umfassenden Transparenz ärztlicher Leistungen (z. B. Patientenquittung nach jedem Arztbesuch) kostet Qualität und Geld, ermöglicht ein "anything goes" im Praxis- und Klinikalltag.

# 6 Ein radikaler Reformvorschlag

Ohne radikale Reformen wird sich diese Tragödie fortsetzen. Weil ein Politikwechsel von innen heraus nicht möglich ist, muss nach Alternativen zum herrschenden System gesucht werden. Wenn diese Einschätzung zutrifft, dann muss die Suche nach Modellen stattfinden, bei denen PatientInnen Einfluss nehmen, die unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichberechtigt und partnerschaftlich mit gestalten und bei dem wissenschaftlicher Sachverstand mit in die Entscheidungen über die Gestaltung des GW einfließt. Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe. Öffentlich muss nicht staatlich heißen, aber der Schutz der gesundheitlichen Interessen des Einzelnen und der Allgemeinheit darf Einzel- und Gruppeninteressen nicht untergeordnet werden. Dies trifft nicht nur auf die Ärzteschaft zu, sondern gilt auch für die GKV. Die Entwicklung zeigt, dass gesetzliche Kassen durchaus ökonomische Zielsetzungen höher als ihren sozialen Auftrag werten, wenn sie z.B. Mitglieder mit hohen Einkommen mehr Leistungen zukommen lassen als chronisch Kranken, also teueren Mitgliedern mit niedrigem Einkommen. Auch der Bundesaussehnss der Ärzte und Krankenkassen erfüllt nicht die notwendigen Voraussetzungen, um als Mittler zwischen den Interessengruppen zu fungieren. Ihm fehlt die demokratische Legitimation, die Betroffenenseite und der sozialpolitische Sachverstand. Innerhalb des vdää wird seit Jahren dazu diskutiert und wurden entsprechende Vorstellungen verabschiedet. Sie seien hier in der gebotenen Kürze vorgestellt:

Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit ihren ständisch und berufsgruppenspezifisch strukturierten Organen ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß, widerspricht demokratischen Prinzipien und vernachlässigt den gesundheitspolitischen Sachverstand, vor allem aber auch die Betroffenenseite.

Uberfällig wäre eine klare Abgrenzung und institutionelle Trennung der verschiedenen Interessen, Bereiche und Funktionen. Sinnvoll wäre grundsätzlich ein dreigegliedertes, föderales Modell mit folgenden Komponenten (z.B. Körperschaften öffentlichen Rechts auf Landes- bzw. Bezirksebene):

Komponente A: Darin sind die Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Sozialhilfeträger) vertreten.

Komponente B: Sie wäre eine demokratisch verfasste, quotierte Vertretung aller Anbieter bzw. Gesundheitsfachberufe (Vertreter der stationären Einrichtungen, Primärärzte, Spezialärzte, Zahnärzte und -techniker, Psychologen, Pflegekräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Ökotrophologen, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Rettungsdienste, evtl. auch Vertreter unkonventioneller medizinischer Methoden).

Komponente C: Sie müsste einerseits gesundheitswissenschaftliche Kompetenz versammeln (unabhängige Experten wie z.B. Public-Health-Fachleute, Sozialmediziner, Juristen, Gesundheitsökonomen), gleichzeitig aber auch die Verbraucherseite repräsentieren (Vertreter der Versicherten, der Patientinnen und Patienten und von Selbsthilfegruppen, Patientenbeauftragte, Ombudspersonen). Komponente C würde (un-

Winfried Beck

ter Einbeziehung der Vertreter von Komponente A und B) Dokumentations-, Planungsund Kontrollaufgaben übernehmen, z.B. die Gesundheitsberichterstattung und Evaluation; sie würde eine wissenschaftlich fundierte, morbiditätsorientierte, für alle Beteiligten verbindliche Bedarfsplanung für alle Versorgungsbereiche erstellen; sie wäre auch verantwortlich für die Festlegung von Gesundheits- und Qualitätszielen, von konkreten Qualitätsanforderungen, für die Zulassung und regelmäßige Akkreditierung aller Anbieter nach bedarfs- und qualitätsorientierten Kriterien. Zu ihren Aufgaben zählten weiterhin das Controlling, d.h. Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitätsund Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie die berufsrechtliche Aufsicht.

Die Komponenten A und B wären Vertragspartner für regionale Gesamtverträge. Der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag obläge ihnen gemeinsam. Die Teile oder Sektionen der Komponente B sollten jeweils ein eigenes Verhandlungsmandat mit der Komponente A und ein Vertragsrecht erhalten, um z.B. eigene Verteilungsmaßtäbe für Investitionen und Honorare sowie spezifische Qualitätsforderungen auszuhandeln.

Auf Bundesebene gäbe es Dachverbände der jeweiligen Komponenten. Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen in ihrer gegenwärtigen Form, aber auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wären überflüssig. Die gewerkschaftlichen Aufgaben dieser Institutionen würde die Komponente Bbzw. deren Sektionen übernehmen, die hoheitlichen bzw. öffentlich-rechtlichen (Kontroll-) Aufgaben die Komponente C. Sie hätte ein Vetorecht gegen die Verträge zwischen A und B, um z.B. Qualitätsdumping, nicht indizierte Leistungsausweitungen oder Planabweichungen zu verhindern. Die bestehenden ge-

sundheitswissenschaftlichen Institute könnten der Komponente C an- oder eingegliedert werden. Eine Ausweitung der Verkammerung von Heilberufen (z.B. auf die Pflegeberufe) wäre hinfällig.

Die bestehende Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern könnte ebenfalls abgeschafft werden; ihre Rolle übernähme die Justiz, u.a. auf der Basis einer Patientenschutzgesetzgebung. Die Obersten Landesgesundheitsbehörden bzw. der Bundesgesundheitsminister blieben weiterhin oberste Aufsichts- (Rechts- und Fachaufsicht) und Steuerungsinstanz für alle drei Komponenten.

Dieser Vorschlag mag utopisch klingen. Die darin geäußerten Ideen werden jedoch
möglicherweise sehr bald ihren utopischen Charakter verlieren, wenn im Rahmen der Vereinheitlichung auch der Sozialsysteme in der Europäischen Union korporatistische Strukturen wie
Kammern und KVen fossilen Charakter annehmen werden und nicht zuletzt auch ökonomische
Zwänge einen Systemwechsel provozieren.

Winfried Beck ist Facharzt für Orthopädie und seit 1977 in einer Praxisgemeinschaft in Frankfurt am Main tätig. Er ist Vorsitzender des vdää seit der Gründung 1986, war Delegierter in der Landesärztekammer Hessen für die LDÄÄ von 1976 bis 1996 und ist Mitglied im Ausschuss für Umwelt und Medizin der LÄKH, in der Redaktion des Rundbriefs des vdää und in der Arbeitsgemeinschaft der LDÄÄ.

# Anmerkungen

- Was früher ungeschminkt Krankenversorgung hieß, wird heute GW genannt, obwohl nicht Gesundheit gefördert, sondern Krankheit behandelt wird. Ärzte nicht zur Salutogenese, sondern in Pathogenese ausgebildet werden.
- <sup>2</sup> Die höheren Gesundheitsausgaben in den USA ergäben sich allein durch die bessere Bezahlung der Ärzte und des Pflegepersonals.

Christoph Kranich

# Die neue Rolle von Patientinnen und Patienten und die Professionalisierung ihrer Interessenvertretung

Der Titel dieses Heftes verheißt Großes: Partizipation sei eine "Reformperspektive", etwas Neues, Zukünftiges. Dabei ist Partizipation, verstanden als Teilnahme und Teilhabe an der gesellschaftlichen Gestaltung, überhaupt nichts Neues. Interessant ist allerdings die Frage, wer partizipiert – wer real partizipiert, wer partizipieren sollte, und vor allem auch wie und zu welchen Bedingungen. Bestimmte gesellschaftliche Gruppen sind von der Partizipation bisher ausgeschlossen. Es geht also um die Forderung nach demokratischer Teilhabe an der Macht. Und in diesem Beitrag geht es um Patientinnen und Patienten."

# 1 Was ist eigentlich normal?

Ich greife eine aktuelle repräsentative Stimme heraus: "Die Kommission besteht aus 12 Mitgliedern, die den Gesundheitswissenschaften. den Krankenkassen und der Ärzteschaft angehören. Durch die Zusammensetzung des Gremiums wird sichergestellt, dass [die Diskussionl von allen wichtigen Partnern im Gesundheitswesen Impulse zur Weiterentwicklung bekommt", schreibt das Robert-Koch-Institut über einen seiner Ausschüsse (die Kommission Gesundheitsberichterstattung, gefunden 14.11.2001 unter www.rki.de). Das sind also die "wichtigen Partner im Gesundheitswesen": Wissenschaft, Ärzte und Krankenkassen, Sie partizipieren an dessen Gestaltung - nicht aber die, um die es eigentlich geht, die überall werbewirksam ,in den Mittelpunkt' gestellt werden, die Patienten. Das Gesundheitswesen wird nicht mit seinen Patienten gemacht, sondern ausschließlich für sie.

Einc solche Haltung der – im besten Fall durchaus wohlwollenden – Autonomie-Substitution hat der Sachverständigenrat 'benevolenten Paternalismus' genannt und gefordert, sie auf der individuellen Ebene der Arzt-Patient-Beziehung durch ein 'Partnerschaftsmodell' zu ersetzen (Sachverständigenrat 1992). Eine ähnliche Aufgabe hat für die gesellschaftliche Ebene z.B. die Konferenz der europäischen Gesundheitsminister formuliert: einen "trilateralen Sozialpakt zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern", bei dem "alle drei Partner die gleichen Möglichkeiten haben, die öffentliche Meinung zu mobilisieren" (GMK Europa 1997).

Ich halte das alte Paradigma der wohlwollenden Bevormundung auf der individuellen Ebene des Arzt-Patient-Verhältnisses nur unter zwei
Voraussetzungen für gerechtfertigt: (a) wenn
die Patientin äußerungsunfähig ist, also im
Koma liegt, narkotisiert ist oder aus ähnlichen
Gründen nicht mitreden kann – für diesen Fall
wird empfohlen, durch eine Patientenverfügung
den Ärzten und Angehörigen die Ermittlung
des mutmaßlichen Willens der Patientin zu erleichtern; (b) wenn sie ihr Recht auf Autonomie und Mitverantwortung ausdrücklich nicht
wahrnehmen will. Auf der gesellschaftlichen
Ebene kann Koma und Narkose (a) nicht ernst-

haft als Argument gelten, also allenfalls die zweite Voraussetzung (b) in Frage kommen: Nur wenn die Patienten der Bundesrepublik Deutschland ausdrücklich kollektiv auf ihr Recht verzichten würden, das Gesundheitswesen mitzugestalten, hätten alle anderen Akteure das Recht, die notwendigen Entscheidungen stellvertretend für sie zu treffen.

Die Diskussion über Partizipation verläuft jedoch ganz anders. Nicht ein selbstverständliches Recht der Patienten auf Gestaltung und
Mitgestaltung wird diskutiert, sondern die Frage, ob man ihnen freundlicherweise erlauben
sollte, auch ein bisschen dabei sein zu dürfen.
Vielleicht erst einmal nur beobachtend, und in
einigen wenigen Fällen dann auch beratend,
aber doch bitte möglichst nur im äußersten
Ausnahmefall als gleichwertig mitentscheidende Beteiligte. Denn Patienten verstehen doch
eigentlich gar nichts vom Gesundheitswesen.

Was leider in der Regel stimmt: Das System der gesundheitlichen Versorgung ist in Deutschland so kompliziert (geworden), dass selbst die Fachleute das Ganze kaum überschauen und beurteilen können. Wie sollen Patienten da durchblicken? Und Durchblick wäre die allererste Voraussetzung für Mitgestaltung, neben weiteren, wie z.B. allgemeiner Gestaltungskompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Freisein von akutem Schmerz und Leid, und natürlich Basiskompetenzen wie Beherrschung der deutschen Sprache und Schrift und ähnlichem.

Aber selbst wenn wir eine Analogie zu Koma und Narkose auf der gesellschaftlichen Ebene als Argument dafür gelten ließen, dass Patienten das Gesundheitswesen (noch) nicht mitgestalten können, müssten wir eingestehen, dass ihnen eigentlich das Recht dazu längst zusteht, und zwar schon immer, und dass die Unfähigkeit zur Mitgestaltung nicht das Normale, sondern die Ausnahme ist. So wie auf der indivi-

duellen Ebene Koma und Narkose die (zum Glück seltenen) Ausnahmen von der prinzipiellen Selbstbestimmung und Autonomie der wachen, "mündigen" Patientin sind. Dann aber muss die Diskussion wirklich ganz anders geführt werden. Dann sind nicht die Patienten rechenschaftspflichtig, beispielsweise hinsichtlich ihrer Legitimierung - ein häufig geübtes Einschüchterungsspiel derer, die das Gesundheitswesen bisher alleine gestalten -, sondern, umgekehrt, das System muss jegliche Einschränkung der gesellschaftlichen Patientenautonomie, muss ieden Ausschluss der Patientenschaft von Mitgestaltung und Mitbestimmung besonders begründen und rechtfertigen. Patientenpartizipation wäre das Normale, ihr Fehlen die Ausnahme.

## 2 Gefahren der Beteiligung

Mit derart zurechtgerückten Begriffen will ich jetzt auf die Gefahren der Beteiligung zu sprechen kommen. Denn so normal, so wünschenswert Patientenpartizipation eigentlich ist, so gefährlich ist sie auch, wenn sie im falschen Moment, mit der falschen Ausstattung und den falschen Personen stattfindet.

Ein hochrangiger Vertreter der verfassten Ärzteschaft hat einmal in einer öffentlichen Veranstaltung geäußert, er wünsche sich eine Beteiligung von Patienten am Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen (dem Gremium, das entscheidet, welche Leistungen die Krankenkassen bezahlen müssen). Auf erstaunte Nachfragen erklärte er freimütig, er hoffe, sie würden dort den Ärzten den Rücken stärken gegenüber den Krankenkassen. Da haben wir es: So wie einzelne Ärzte in politisch turbulenten Zeiten gelegentlich ihre Patienten aufwiegeln zum Kampf gegen Politiker, gesenkte Budgets und Einkommensverluste, so wollen die ärztlichen Standesfunktionäre offenbar gegen ihre Gegner im System die Patienten instrumentalisieren, um ihren Wunsch nach Ausweitung der Leistungen, ihre Kampfparole "Mehr Geld ins System!" besser durchsetzen zu können.<sup>2</sup>

Damit ist schon die wichtigste Gefahr einer low-level-Patientenpartizipation benannt: Die Patienten werden zerrieben zwischen den Interessen der Großen. So lange Patienten keine eigene starke Interessenvertretung haben, die der Macht der "wichtigen Partner" etwas Ebenbürtiges entgegensetzen kann, ist Patientenpartizipation gar nicht wirklich möglich – und so lange ist von archaisch-primitiven Beteiligungsversuchen eher abzuraten! Zuerst müssen Instrumente entwickelt werden, mit denen dann Beteiligung schrittweise eingeübt und etabliert werden kann.

# 3 Voraussetzungen für Beteiligung

Damit bin ich wieder bei der schon gestreiften Frage, welche Voraussetzungen Patientenpartizipation haben muss, damit sie im Sinne der Patienten Früchte tragen kann, anstatt Anderen in die Hände zu arbeiten. Ich unterscheide die drei Dimensionen Institutionen, Kompetenzen und Finanzierung.

#### 3.1 Institutionen

Auf der institutionellen Ebene fehlen den Patienten fast alle Mittel, über die die anderen "wichtigen Partner" verfügen. Ärzte haben hinter sich hunderte, ja wahrscheinlich mehr als tausend Organisationen: Fachgesellschaften, Berufsverbände, Kammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Schlichtungs- und Gutachterstellen, Fortbildungsinstitute, Prüfungskommissionen etc.<sup>3</sup> Auch die anderen Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind zumindest halbwegs vergleichbar ausgestattet. Ähnliches gilt für die Seite der Kostenträger, zu denen neben mehreren hundert Krankenkassen und etwa 50 privaten Krankenversicherern auch die

Träger der Rchabilitation, die Sozialämter, Beihilfestellen für Beamte und viele andere gehören.

Patienten dagegen können neben ihren primären Netzwerken (Familie und Freundeskreis) allenfalls auf Selbsthilfegruppen zurückgreifen. Deren große Zahl täuscht darüber hinweg, dass sie fast ausschließlich bei der individuellen Krankheitsbewältigung helfen und für die kollektiv-gesellschaftliche Artikulation der Patienten wenig geeignet sind. Jedenfalls so lange ihnen dies nicht als mögliche Aufgabe ausdrücklich zugewiesen wird. Hier besteht genau die Gefahr der low-level-Beteiligung: Man nehme ein gutwilliges Sclbsthilfegruppen-Mitglied und setze es - ohne Schulung, ohne Unterstützung, ohne Professionelle an seiner Seite - an verantwortliche Stelle mit dem Auftrag der "Partizipation": Herauskommen wird wahrscheinlich ein unglückliches Selbsthilfegruppen-Mitglied und eine misslungene, weil nicht artikulations- und durchsetzungsfähige Beteiligung.

Trotzdem ist es schon heute möglich, Patientenbeteiligung zu realisieren. Man nehme: politisch wache, rhetorisch geschulte oder zu schulende, von ihrer Krankheit innerlich schon ein Stück weit distanzierte Selbsthilfegruppen-Mitglieder, außerdem eine ähnlich kompetente oder kompetent gemachte Mitarbeiterin einer unabhängigen Patientenberatungs- oder -unterstützungsstelle; außerdem den politischen Willen, Patientenpartizipation in einem konkreten Gremium wirklich umzusetzen, die Legitimation der Vertretung zu regeln und auch die finanziellen Grundlagen zu schaffen. Dann kann es auch heute schon gelingen!

# 3.2 Kompetenzen

Was muss eine beteiligungsfähige Patientin wissen und können, damit sie sich gleichberechtigt messen kann mit Ärzten und Chefärzten. Politikern und Ministerialbeamten. Vorsitzenden von Krankenkassen, Krankenversicherungen, Ärztekammem? Sie muss sich mit der medizinischen Fachsprache der Ärzte, mit der juristischen Fachsprache der Politiker und Verwalter, mit der akademisch-abstrakten Fachsprache der Wissenschaftler sowie der sozialtechnischen Fachsprache der Versicherungen herumschlagen; sie muss erkennen können, wo sie hinter oberflächlicher Verbindlichkeit kalt gelinkt werden soll; sie muss demokratische Prozesse gestalten können, etwa wenn sie die Stimme der von ihr vertretenen Patienten geltend macht oder wenn sie Bedingungen der Verhandlungspartner mit ihrer Basis bespricht und sich dort ihr Verhandlungs-Mandat holt; sie muss natürlich das Gesundheitssystem und die Spielwiesen, auf denen alle ihre Gesprächspartner zuhause sind, genau kennen und einschätzen können. Sind das nicht viel zu viele Anforderungen an eine arme Patientin, die eigentlich auf ihre Krankheit konzentriert ist, die leidet und Schmerzen hat?

Ja und nein. Es gibt auch genügend Patienten, die gerade durch ihr Erlebnis von Krankheit und Therapie - vielleicht auch Fehlbehandlung und aufreibende medizinische, psychologische und juristische "Patientenkarriere" - den Mut fassen, sich zu beteiligen, die Zustände aktiv zu ändern, sich einzumischen und nicht mehr nur die "Großen da oben" alleine alles bestimmen zu lassen. Auf sie sollten wir setzen - auch wenn das oft die Unbequemeren sind, weil sie ihre eigenen Erlebnisse geme zum Maßstab machen, weil sie überzogen scheinende Forderungen stellen, weil sie emotional argumentieren und konfrontieren, weil sie den Respekt vor den "Großen da oben" verloren haben. Vielleicht sollten wir ihnen aber eine gute Schulung anbieten, damit zu ihrer authentischen Patientenkompetenz noch ein gehöriges Maß methodischer Professionalität hinzukommen kann.

Und die Mitarbeiter unabhängiger Patientenberatungsstellen, die zusammen mit den kompetenten Patienten im "Doppelpack" die Partizipation realisieren sollen, müssen ebenfalls geschult sein. Vor allem wer einer Berufsgruppe angehört, in der man ausschließlich auf Einzelfallhilfe programmiert wird – z.B. Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen und Ärzte sind in dieser Gefahr –, muss lernen, gesellschaftliche und politische Prozesse zu verstehen und zu gestalten, muss Handwerkszeug erwerben für Öffentlichkeitsarbeit, für demokratische Vorgänge, für Versammlungsleitung usw.

# 3.3 Finanzierung

Damit komme ich zur letzten Frage, die meist alles andere wieder zunichte macht: Wer soll das bezahlen? Die Antwort ist ganz einfach: Natürlich die Kostenträger, also Krankenkassen, Krankenversicherungen und so weiter. Genauer: die Beitragszahler, also wir alle, für die das Gesundheitswesen gemacht wird. Aber nicht wie nach dem neuen Paragraphen 65 b des fünften Sozialgesetzbuches, nach dem die Krankenkassen nicht nur Geld an unabhängige Einrichtungen der Patientenunterstützung geben, sondern auch bestimmen sollen, wer damit gefördert wird - und damit alle ihnen Unbequemen von der Förderung ausschlie-Ben können. Patientenunterstützung und -beteiligung sind ganz normale Bestandteile der Patientenbehandlung und Krankenversorgung. Information, Beratung, Unterstützung, der Umgang mit Beschwerden wie auch die Beteiligung von Patienten an der Gestaltung des Gesundheitswesens müssen ganz selbstverständliche Aufgaben werden, die natürlich auch bezahlt werden müssen. Die Politik hätte für angemessene Rahmenbedingungen zu sorgen.

Dass die Bezahlung solcher Aufgaben die Leistungsfähigkeit der Kostenträger nicht überfordern muss, mag eine Modellrechnung zeigen. Angenommen, es gäbe in Deutschland jährlich 120,000 Behandlungsfehler.4 Angenommen, davon könnten durch die Tätigkeit unabhängiger Patientenberatungs- und -unterstützungsstellen 10 Prozent vermieden oder den Kostenträgern auf dem Regresswege die Kosten erstattet werden. Angenommen, ein Behandlungsfehler koste durchschnittlich nur 5.000 Euro - dies alles sind eher vorsichtige Annahmen. Dann würden jährlich 60 Millionen Euro freigesetzt und das würde für eine einigermaßen gut ausgestattete Patientenunterstützungsstelle in jedem der 320 Landkreise in Deutschland ausreichen.

Weitere Mittel würden für die eigentliche Partizipation benötigt, für die Schulung der Partizipatoren und für die Schaffung eines sie demokratisch legitimierenden Systems, z.B. von Patientenversammlungen in jedem Landkreis. Das sind Kosten der politischen Bildung und des demokratischen Umgangs, bei denen man darüber nachdenken könnte, ob sie vielleicht eher von den Steuerzahlern aufgebracht werden sollten als von den Krankenversicherten.

# 4 Warum gibt es keine Patientenbewegung?

Leider formen sich Patienten nicht so leicht zur Bewegung wie früher etwa Bürger gegen Atomkraftwerke, wie Arbeiter, wie Frauen, wie Lesben und Schwule. Das liegt daran, dass ihnen vieles fehlt, was Bewegungen brauchen und was Grundlage der genannten Bewegungen ist:

Patienten sind keine abgrenzbare Gruppe.
 Jede von uns ist immer mal wieder Patien-

- tin. Arbeiter dagegen sind meist ihr Leben lang Arbeiter, Frauen fast immer Frauen.
- Patientin möchte man nicht sein. Krankheit stiftet keine positive Identität, man möchte sie vielmehr schnellstens wieder loswerden. Aus dem Arbeiter-, Frau- oder Lesbischbzw. Schwul-Sein lässt sich sehr viel schneller und nachhaltiger ein eigenes Selbstverständnis und Selbstbewusstsein, eventuell sogar Stolz gewinnen (vgl. den Beitrag von Stüssgen u.a. in diesem Heft).
- Patienten erleben nicht primär eine äußere Bedrohung, sondern cher eine innere: Ihre Krankheit ist in ihnen, ist mit'ihnen verbunden, betrifft ihren Körper, ihre Seele. Sie steht ihnen nicht als "Gegner" gegenüber, sondern wirft sie auf sich selbst zurück. Atomkraftwerke dagegen sind immer außen, Kapitalisten, Männer und Heterosexuelle immer eindeutig die Anderen.
- Krankheit ist keine kollektive Lebenslage, sondern eine ganz individuelle. Jeder hat seine eigene Krankheit, selbst wenn sie bei zwei Patienten denselben Namen trägt. Das macht es schwer, den "Gegner" zu fassen. Verglichen damit ist die Lage von Arbeitern, Frauen, Atomkraftgegnern, Lesben oder Schwulen untereinander sehr viel homogener.
- Patienten sind meist durch ihre Krankheit geschwächt, gekränkt, beeinträchtigt.
   Dadurch fehlen ihnen Kräfte zur Bewegung, zur Partizipation, zum politischen Einmischen. Mitglieder anderer Bewegungen ziehen demgegenüber häufig sogar Kraft aus dem Anderssein.
- Medizin und Gesundheit gelten als "Geheimwissen", das eigentlich nur Ärzte beherrschen; alle anderen sind Laien. Die subjektiven Patientenerlebnisse werden von der

herrschenden Medizin nicht als wertvoll anerkannt. Die Besonderheiten des Arbeiteroder Frauseins dagegen oder die Gründe für die Diskriminierung verschiedener Sexualitäten sind längst nicht so schwer zu erfassen.

Aus all diesen Gründen brauchen Patienten professionelle Unterstützung, um zur Bewegung und damit partizipationsfähig zu werden. Partizipation aber muss politisch gewollt sein und durch einen gesetzlichen Rahmen abgesichert werden. Freiwillig werden sich 'die Großen' im System allenfalls auf das ihnen genehme und nützliche Ausmaß an Beteiligung einlassen – und das ist aus Patientensicht viel zu wenig!

Christoph Kranich ist Diplompädagoge und leitet die Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucher-Zentrale Hamburg.

## Anmerkungen

- Leh benutze in der Einzahl die weibliche, in der Mehrzahl und in zusammengesetzten Wörtern die männliche Schreibweise. Das scheint mir zur Zeit der beste Kompromiss zwischen Lesbarkeit und Korrektheit zu sein.
- <sup>2</sup> Ein aktuelles Beispiel für solche Versuche der Instrumentalisierung ist möglicherweise das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kürzlich gegründete "Patientenforum" (siehe www.patienten-information.del patientenforum.htm).
- Das von der Bundesärztekammer herausgegebene Verzeichnis ärztlicher Organisationen und

Verbände umfasst auf mehr als 100 Seiten ca. 10 Adressen pro Seite.

- <sup>4</sup> Das sind zehnmal mehr als die 12.000, die das Robert-Koch-Institut im Rahmen seiner Gesundheitsberichterstattung als durch Schlichtungsstellen, Versicherungen und Gerichte nachgewiesene Fehler ausweist (rki 2001); aber ich vermute, dass die Dunkelziffer noch viel höher ist, weil sich Patienten sehr viel weniger gerne beschweren als Konsumenten anderer Waren und Dienstleistungen, und schon dort besteht eine recht hohe Dunkelziffer.
- <sup>5</sup> Beispiele für demokratische Systeme im Patientenbereich gibt es schon: z.B. das "Berliner Forum Patienteninteressen" oder den "Selbsthilfegruppen-Topf" bei der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Hamburg, dessen Beirat Geld der Stadt und der Krankenkassen an Selbsthilfegruppen vergibt.

#### Literatur

GMK Europa 1997: Soziale Herausforderungen an die Gesundheit: Gerechtigkeit und Patientenrechte im Kontext von Gesundheitsreformen. Fünfte Konferenz der europäischen Minister für Gesundheit, Warschau 7.–8. November 1996, Abschlusstext. Übersetzung in: Christoph Kranich/Jan Böcken (Hg.): Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Baden-Baden: Nomos, 197 ff.

Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt 2001: Medizinische Behandlungsfehler. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 4/2001.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1992: Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Jahresgutachten 1992. Baden-Baden: Nomos, Kapitel 3, Ziff. 363, 107.

Jürgen Matzat

# Die Selbsthilfe als Korrektiv und vierte Säule' im Gesundheitswesen

# 1 Das Bild von der "vierten Säule"

Der von den Herausgebern vorgeschlagene Titel dieses Beitrags lädt ein, Metaphem und Bilder zu verwenden, wie das von der "vierten Säule'. Diese Formulierung begegnete mir und da wird sich mancher wundern - zum ersten Mal in einem Grußwort des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer zum 45. Wissenschaftlichen Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes 1995 in Dresden. Ob damals schon eine Zustandsbeschreibung oder eher eine Vision gemeint war, und wie weit er sich selber zum Promotor dieser Bewegung machen wollte, ist schwer zu sagen. Im Rahmen des Auf und Ab in der Debatte um Gesundheitsförderung sollte die Selbsthilfe-Förderung durch die GKV sogar gestrichen werden. Der einhellige Protest der Betroffenen und die starke Unterstützung aus dem Bereich der Wissenschaft mag damals nicht ganz ohne Wirkung geblieben sein. Überlebt hat sie aber, wenigstens als ,Kann-Formulierung' im § 20, SGB V, dank einer Allparteien-Koalition von einsichtigen Politikern. Selbsthilfe-Förderung ist eben kein ,rotes', kein ,grünes' und kein ,schwarzes' Projekt; sie ist human und vernünftig. Kollektive Selbsthilfe und wechselseitige Unterstützung von Betroffenen in Gruppen und Organisationen ist Ausdruck von wohlverstandener Subsidiarität, von Gemeinsinn und bürgerschaftlichem Engagement, von Solidarität und Nächstenliebe, von Basisdemokratie und Mitbestimmung, von ,Empowerment' und Partizipation, von einem demokratischen Staatswesen der Citoyens und Citoyennes.

Im Rahmen der "Gesundheitsreform 2000" wurde dann der Versuch gestartet, etwas ernster zu machen mit der Selbsthilfe-Förderung; ein Punkt, der zwischen den Parteien weitgehend unstrittig war. Im revidierten § 20, 4, SGB V wurde sie der GKV als Pflichtleistung aufgegeben, der sie allerdings bis heute nicht in vollem Umfange nachkommt. Statt der gesetzlich vorgegebenen 1 DM pro Versicherten und Jahr wurden im Jahre 2000 lediglich 21 Pfennige und im Jahre 2001 auch nur 38 Pfennige zur Förderung der Selbsthilfe ausgegeben. Neben der Festlegung eines bestimmten Finanzvolumens (die 1 DM gilt in der Sprache der Juristen als "eine Obergrenze und eine Untergrenze") enthält der Paragraph noch eine zweite, höchst bemerkenswerte Formulierung: "Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen", was bei der Ausarbeitung gemeinsamer und einheitlicher Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen 2000) auch erfreulich kooperativ und zügig umgesetzt wurde. Ein ganz ungewöhnlicher Vorgang in unserem Gesundheitswesen, welches ja gemeinhin als 'Anbieter-orientiert' charakterisiert wird

Das Bild von der "vierten Säule" nimmt Bezug auf die herkömmlichen Stützen unseres Gesundheitssystems: Krankenhäuser, Praxen niedergelassener Ärzte und öffentlicher Gesundheitsdienst. Schon diese drei sind in ihrer Be-

deutung - dem Umfang ihrer Leistungen für die Bevölkerung, dem umgesetzten Finanzvolumen und der öffentlichen Wahrnehmung höchst unterschiedlich. Die Selbsthilfe aber nimmt sich daneben geradezu "wie ein Strich in der Landschaft' aus. Eben mal 0.025 Prozent ihrer Mittel soll die GKV hierfür aufwenden. (Unerwähnt bleiben an dieser Stelle die Förderung der Selbsthilfe durch öffentliche Hände, und vor allem der ideelle und auch ökonomische Wert des Engagements der Selbsthelfer selber!) Handelt es sich in Wirklichkeit vielleicht (noch) eher um ein zerbrechliches Streichholz als um eine mächtige, tragende Säule? Wehe dem Gesundheitssystem, das sich auf ein solches Streichholz stützen müsste!

Die Metapher der "vierten Säule" ist also zur Zustandsbeschreibung nicht besonders geeignet, sie drückt vielmehr eine Vision aus und einen Perspektivenwechsel darauf hin, was Betroffene selber als Beitrag zu ihrer und zur Volksgesundheit erbringen und welche Bedeutung ihrem Gesundheitswissen und -können, dem "Expertentum der Betroffenen" beizumessen ist. In diesem Sinne die "Ressource Patient", den "Ko-Produzenten von Gesundheit" stärker wahrzunehmen und politisch zu fördern, dafür könnte die "vierte Säule" als programmatische Formel durchaus hilfreich sein.

# Die Selbsthilfe-Bewegung in Deutschland

Dies in aller Kürze (Näheres bei Matzat 2002) und ganz prosaisch: Selbsthilfegruppen sind zu einer alltäglichen Realität in Deutschland geworden. Sie sind hierzulande so verbreitet, so anerkannt und fachlich so stark unterstützt wie in keinem anderen Lande Europas. Die Zahl der Gruppen vor Ort (geschätzte 70.000 bis 100.000), der darin aktiven Menschen (geschätzte 2 bis 3 Milli-

onen) und der dort bearbeiteten Themen (von Allergie bis Zöllakie und von Alleinerzichenden bis Zwillingseltern) wächst ständig. Die Selbsthilfe hat in der Tat quantitativ eine Dimension erreicht, die nicht mehr zu vernachlässigen ist, und manches ist doch schon recht solide etabliert. Was einst als "stille Revolution" (so der frühe "Selbsthilfe-Papst" Michael Lukas Moeller, vgl. Moeller, 1992, 1996) begann, ist gelegentlich auch schon mal ein bisschen lauter geworden, um auf Missstände hinzuweisen und die Interessen der Betroffenen zu vertreten.

Die Einzigartigkeit bleibt aber der unmittelbaren menschlichen Begegnung in der Gruppe vorbehalten, ganz unspektakulär, oft hinter verschlossenen Türen, und deswegen den Medien selten Aufmerksamkeit wert, für die Betroffenen jedoch oft von größter persönlicher Bedeutung. Dort fühlt man sich verstanden, dort wird nicht um den heißen Brei herumgeredet, dort wird eine neue Lebensperspektive mit einer Krankheit oder nach einer Krise erarbeitet dort findet man Mitleid und Trost, dort wird Medizin-Chinesisch übersetzt und verstanden, dort werden Hinweise auf Behandlungsmöglichkeiten und Leistungsansprüche gegeben. dort - unter den Mit-Betroffenen - ist die eigene Situation von Krankheit, Behinderung oder spezieller sozialer Belastung plötzlich ,normal' und oft sogar (galgen)humorfähig. Man kann sein Schicksal wenigstens teilweise wieder in die eigenen Hände nehmen. All dieses ist als heilsam, gesundheitsförderlich oder ,salutogen' (vgl. Antonovsky 1997) bekannt, aus der Gesundheitsforschung ebenso wie aus dem Alltagserleben vieler Menschen. Eine Krebspatientin sagte es so: "Die Doktoren wissen besser als wir, wie die medizinische Behandlung für unsere Erkrankung aussicht. Wir wissen aber besser als sie, wie die beste Behandlung für uns als Menschen aussehen sollte".

Derzeit 80 bundesweite Selbsthilfeorganisationen von chronisch kranken und behinderten Menschen haben sich in der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) zusammengeschlossen. Viele von ihnen und weitere Selbsthilfeorganisationen, auch im sozialen Bereich, gehören dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) an und sind so in unser System der Freien Wohlfahrtspflege integriert. Die Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) bildet ein Dach für viele Abstinenz-Selbsthilfegruppen. Dies ist der hochgradig organisierte Flügel der Selbsthilfe, der auch im Sinne von Interessenverbänden der Betroffenen nach außen aktiv wird. Hier wird Patientenaufklärung und Öffentlichkeitsarbeit geleistet und Einfluß auf Gesundheits- und Sozialpolitik genommen, etwa bei entsprechenden Gesetzgebungsverfahren. Sie finden zunehmend Anerkennung als Partner von Leistungsanbietern (Ärzteschaft, Krankenhäuser etc.) und Kostenträgern (Kranken- und Rentenversicherungen etc.), von Politik und Verwaltung. Durch die aktuelle Diskussion um Patientenrechte, Patientenvertretung und unabhängige Patientenberatung wird ihnen weitere Bedeutung zuwachsen. Denn anderswo läßt sich in Deutschland der Patient und die Patientin in organisierter Form derzeit nicht finden.

In bald 300 Städten und Kreisen der Bundesrepublik sind spezialisierte, themenübergreifend zuständige, professionell arbeitende Selbsthilfe-Kontaktstellen entstanden. Sie stellen das Bindeglied zwischen der Selbsthilfe-Bewegung und dem professionellem Versorgungssystem dar und sorgen durch ihre Vorfeldaktivitäten dafür, dass mehr Menschen von Selbsthilfegruppen erfahren und Zugang zu ihnen finden bzw. neue bilden und dass diese Selbsthilfegruppen unter möglichst günstigen Bedingungen stabil arbeiten können. Sie stellen die zentrale örtliche Anlaufstelle und Infrastruktur dar, welche die Selbsthilfe-Entwick-

lung in Deutschland in den letzten 25 Jahren entscheidend befördert hat.

Diese drei Erscheinungsformen der Selbsthilfe-Bewegung (Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen) haben auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (vgl. § 20, 4, SGB V und § 29, SGB IX),

Bis Ende der 70er Jahre kamen Selbsthilfegruppen in der öffentlichen Diskussion praktisch nicht vor. Wohl gab es schon etliche (etwa die Anonymen Alkoholiker, die Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind, die Frauenselbsthilfe nach Krebs), sie waren aber weder für Wissenschaft, Medizin oder Krankenkassen. noch für Politik und Verwaltung ein Thema. Dies änderte sich durch Forschungsprojekte. die ab 1977 an der Psychosomatischen Universitätsklinik in Gießen (vgl. Moeller 1992, 1996) und ab 1979 an der Medizinischen Soziologie der Universität Hamburg (vgl. Trojan 1986) durchgeführt wurden. Aus dem Projekt in Gießen entwickelte sich eine Fachgesellschaft, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG). Sie ist, neben der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (BAGH) und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV), eine der drei für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen in Deutschland. In ihr schlossen sich Experten, Betroffene und Sympathisanten der Selbsthilfegruppen-Idee zusammen, um dieses Konzept eigenverantwortlicher Gruppenarbeit von Betroffenen ohne professionelle Anleitung zu fördern und zu verbreiten.

Ausgehend von den hier zusammengetragenen Erfahrungen wurde das Konzept einer "Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen" (oder "Selbsthilfe-Kontaktstelle") als eigenständiger Fachdienst entwickelt, wo alle Interessierten (Betroffene wie Fachleute) themenübergreifend

Information und Beratung in Sachen Selbsthilfegruppen finden können (vgl. Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen 2001). Bereits im Jahre 1987 wurde von der Bundesregierung ein Modellprogramm ins Leben gerufen, in dem an 18 Standorten die Arbeitsund Wirkungsweise solcher Kontaktstellen erprobt wurde (vgl. Braun et al. 1997). Die wissenschaftliche Begleitforschung ergab, dass sich in Regionen mit solchen Kontaktstellen mehr Selbsthilfegruppen bilden, sich ihnen mehr Menschen anschließen und sie stabiler arbeiten können. Kontaktstellen sind demnach der Königsweg einer wohnortnahen Förderung des Selbsthilfegruppen-Engagements der Bevölkerung durch eine unterstützende Infrastruktur und fachliche Beratung.

#### 3 Selbsthilfe als Korrektiv

Zunächst einmal hat die Selbsthilfe in den vergangenen Jahrzehnten millionenfach dazu beigetragen, dass einzelne Menschen bzw. deren Familien mit Krankheiten und Krisen besser fertig geworden Von gleichermaßen Betroffenen, vor allem von erfahrenen Veteranen, hat man sich Rat geholt, wie sich ein Leben mit einer chronischen Erkrankung oder dauerhaften Behinderung gestalten lässt. Dabei geht es z.T. um unmittelbar medizinische Fragen, etwa zu Möglichkeiten der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Pflege. Zum anderen aber um soziales, psychologisches und teilweise auch rechtliches Wissen, um Fragen der Teilhabe am beruflichen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben. Und schließlich geht es um Einflussnahme auf die gesundheitliche Versorgung, auf Strukturen und Methoden insgesamt. Dabei wird die Einmischung sicherlich oft von Unzufriedenheit und Protest angetrieben, daneben aber auch von dem Bedürfnis, zur Qualität und Menschlichkeit unseres Gesundheitssystems beizutragen.

Korrektur, oder sagen wir besser: Einflußnahme läßt sich also auf drei Ebenen feststellen: Erstens auf die Beziehung des Betroffenen zu seiner Erkrankung, seinem Schicksal, seinem weiteren Lebensweg (Krankheitseinsicht, Krankheitsverarbeitung, Coping etc.); zweitens auf die Beziehung des Betroffenen zu seinen jeweiligen Behandlern ("Arzt-Patient-Beziehung", "mündiger Patient" etc.); drittens auf die Beziehung zwischen dem Kollektiv der zu Versorgenden und dem Versorgungssystem insgesamt (Partizipation, Patientenrechte, Qualitätssicherung etc.).

Auch was die "Korrektiv"-Funktion der Selbsthilfe für unser Gesundheitswesen angeht, sollten wir diese nicht mit allzu hohen Erwartungen überfrachten (s.o.: mächtige "Säule" oder dünnes "Streichholz"?). Sie segelt schließlich als eine Nussschale, genauer gesagt: eine Vielzahl höchst bunter und unterschiedlicher Nusssschalen, neben einem Verband von Tankern. Da lässt sich schwerlich Einfluss nehmen auf die Richtung der Flotte insgesamt. Allerdings haben sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten allerlei Ouerverbindungen, oft informeller Art, ergeben, Manche Offiziere auf den Tankern haben persönlich die Selbsthilfe kennen und schätzen gelemt, teils weil sie oder Angehörige selber chronisch krank oder behindert wurden und sie so (zumindest partiell) einen Rollen- oder Perspektivenwechsel vornehmen mußten. Ein behindertes Kind, eine krebskranke Ehefrau, ein dementer Vater, eine depressive Nachbarin oder ein alkoholkranker Mitarheiter in der eigenen Mannschaft stecken oft dahinter, wenn man sich als Selbsthelfer plötzlich unerwartet gut mit einem speziellen Ärztefunktionär, einer speziellen Krankenkassenmitarbeiterin oder einem speziellen Politiker verständigen kann. Aber auch ganz unabhängig von solch direkter Betroffenheit gibt es auf den Großschiffen eine ganze Reihe von sozial und humanistisch motivierten Menschen, die sich mit hohem Engagement für die Belange ihrer Patienten einsetzen, die empathisch an Schicksalen Anteil nehmen, die sich um Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung und um die Lebensqualität von Behinderten kümmern. Sie haben ein Ohr für deren Bedürfnisse und ein Auge für die Potentiale der kollektiven Selbsthilfe. Und einige von ihnen sind *Individuell* schon längst als Selbsthilfe-Anreger und -Unterstützer aktiv geworden, haben Gruppen mit gegründet, arbeiten als Referenten oder in Beiräten mit, öffnen die Türen ihrer Institutionen, weisen den Gruppen neue Mitglieder zu.

Die Unzufriedenheit mit den herrschenden Verhältnissen spielt bei den Tankerbesatzungen selber dabei eine wichtige Rolle. Die vorherrschende Sprachlosigkeit der Medizin, die rasant fortschreitende Technisierung der Behandlung und die zunehmende Bürokratisierung wird von vielen Gesundheitsarbeitern selber erlitten und kritisiert. Mit den Minuten-Kontakten in der Sprechstunde (!) und bei der Visite sind nicht nur viele Patienten, sondern auch Ärzte unzufrieden. Von solchen (selbst)kritischen Mitgliedern der Tankerbesatzungen, vor allem von einzelnen Vor- oder Ouerdenkern, wird die Selbsthilfe als ein potentieller Partner willkommen geheißen, von dem Veränderungen im gesamten System und .im eigenen Laden' erhofft werden (persönliche Mitteilung, meist unter vier Augen). Manchmal geht das bis zu einer übertriebenen Idealisierung, die Selbsthilfe könnte das Gesundheitswesen vom Kopf auf die Füße stellen, oder sagen wir bescheidener: nachhaltig reformieren, was wir professionellen Gesundheitsarbeiter, die GKV und die ja Politik offenbar nicht schaffen.

Gelegentlich wird die Selbsthilfe jedoch auch mit unsittlichen Anträgen belästigt. Sie soll für

andere die Kohlen aus dem Feuer holen, soll Versorgungslöcher stopfen, dringend notwendige professionelle Dienstleistungen ersetzen oder lobbyistisch Anliegen anderer Akteure unterstützen. Es würde der Sache nicht gerecht, wenn Selbsthilfe z.B. von Krankenkassen vor allem aus Marketing-Erwägungen gefördert würde, wenn Kliniken sich ,ihre Selbsthilfegruppen halten' würden, um darüber an Sponsorengelder zu kommen, wenn Pharmafirmen die Finanzschwäche der Selbsthilfe ausnutzten, um bei den "Endverbrauchern" ihrer Produkte Werbung zu betreiben, wenn Ärzteverbände versuchen würden, Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für standespolitische Ziele auf die Straße zu schicken. wenn Gerätehersteller die Selbsthilfe als Vertriebsweg mißbrauchen würden, wenn Politik und Verwaltung Selbsthilfe als einen 'billigen Jakob' der psychosozialen und medizinischen Versorgung einsetzen wollten, wenn Krankenhäuser ihre Bettenbelegungsprobleme durch Einladungen an Selbsthilfegruppen zu lösen versuchten. All dies, so hört man, sei schon vorgekommen - Einzelfälle, vielleicht auch nur Befürchtungen. Auf schwarze Schafe und Unterwanderungsversuche müssen alle Wohlmeinenden ein Auge haben, vor allem die Selbsthilfe selber, im ureigensten Interesse. Aber solche Einzelfälle dürfen nicht für pauschale Verdächtigungen der Selbsthilfe mißbraucht werden!

Eine hoffnungsvolle Perspektive eröffnet der gelegentliche Personalwechsel zwischen Besatzungen der verschiedenen Schiffe, Einzelne Selbsthelfer oder ausgewiesene Selbsthilfe-Sympathisanten finden Anstellungen auf den Großschiffen, in seltenen Fällen sogar auf den Kommandobrücken, allerdings wohl nicht gleich am Ruder. "Selbsthilfe-Denke" sickert so bei vielen Flotteneinheiten ein, aber nur sehr, sehr langsam und nur punktuell in einzelne Köpfe.

Natürlich sind sich auch die Tanker bzw. ihre Kapitäne keineswegs einig über den Kurs, Vielfach herrscht erbitterte Konkurrenz um Ressourcen (z.T. auch um Konzepte), beispielsweise zwischen (aber auch innerhalb) der Ärzteschaft, der GKV und der Politik. Und dann kreuzen da ja auch noch jede Menge Andere auf den Gewässern des Gesundheitswesens. etwa die Flugzeugträger der pharmazeutischen und der Geräte-Industrie, die Schnellboote der PKV, die Luftschiffe der alternativen Gesundheitsszene, die U-Boote der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten und Psychosomatiker, die Versorgungsschiffe der Pflege. eine Armada von Heil-Hilfs-Kreuzern etc. Praktisch überall gibt es inzwischen Selbsthilfe-Sympathisanten an Bord, aber vereinzelt und unorganisiert, fern davon, bereits ein wirkungsvolles Korrektiv bilden zu können. Und irgendwo dümpeln noch die Linienschiffe der Politik, oft in eine Nebelbank entschwunden, widersprüchliche Signale aussendend, immer mal den Kurs wechselnd, mit allzu schwachen Motoren ausgerüstet und von den Tankern gerne blockiert, wenn jemand wenigstens mal das Kommando "halbe Kraft voraus" geben möchte. Hauptsache, schwere Kollisionen innerhalb der Flotte werden vermieden, und niemand dreht gegen den Strom.

All überall in der Flotte wird seit geraumer Zeit durchaus mit Hochachtung von den Selbsthilfe-Nussschalen gesprochen – jedenfalls bei offiziellen Anlässen und Verlautbarungen. Die dortigen Besatzungen werden für ihren Einsatz gelobt, so unermüdlich, obwohl die doch alle krank und behindert sind, und nahezu kostenlos. Reale Begegnungen von Schiff zu Schiff bleiben jedoch selten, und nur äußerst ungern sind die Kapitäne der Großschiffe bereit, Einblick in ihre Seekarten zu gewähren und von ihrem Treibstoff etwas abzugeben, um auch das Selbsthilfe-Schiff mit stärkeren Motoren flott zu machen, statt mit Rudern und

Segeln. "Sie wollen sich doch selber helfen", wird dann gerne ironisch, oder auch scheinbar besorgt geäußert. Und schon gar nicht kommt es zu ernst gemeinten Einladungen, doch einmal an Deck zu kommen, um gemeinsam über den weiteren Kurs zu beraten. Dabei würde das Ganze offensichtlich sinnvoll sein, da die Leute von den Nussschalen wechselnde Strömungen und gefährlichen Sandbänken aus ihrer anderen Perspektive ("näher dran") auf jeden Fall anders, womöglich in manchen Fällen sogar besser oder früher wahrnehmen können als ,die da oben' auf den hohen Kommandobrücken, den Blick fest auf ihre Radarschirme für politische Opportunität und Durchsetzbarkeit gerichtet und ständig die gellenden Alarmrufe der Zahlmeister im Ohr. Auch bei der Selbsthilfe ist niemand der Meinung, auf die Segnungen von High-tech-Ausrüstung oder die jahrelange Ausbildung der Kapitäne, Offiziere und Lotsen auf ihren Seefahrts-Hochschulen sollte verzichtet werden; aber wie gesagt, der Austausch verschiedener Erfahrungs- und Sichtweisen könnte das Bestimmen des weiteren Kurses bei unruhiger See zwischen Scylla und Charybdis erleichtern.

# 4 Wohin die Reise gehen muß

1) Die Stabilisierung der "vierten Säule" unseres Gesundheitswesens ist allem Anschein nach gesellschaftlicher Konsens, von der Admiralität eigentlich auch längst beschlossen und mit Order vom 1. Januar 2000 (§ 20, 4, SGB V) und vom 1. Juli 2001 (§ 29, SGB IX) an die Flotte ausgegeben worden. Offene Meuterei dagegen war nirgends zu beobachten, vielfach allerdings all zu laxe Umsetzung, mitunter boykottartige Verweigerung und Verzögerung, und überall viel fachliche Unsicherheit, was sinnvollerweise konkret zu tun sei. Durchaus verständlich, denn Selbsthilfe-Förderung war für fast alle Seeleute völlig neu und fremd, in den Aus- und Fortbildungen nicht gelehrt und von

den eigenen Vorgesetzten offenbar gering geschätzt. Keine gute Voraussetzung für Motivation und Kooperation. Die Admiralität (und nun mal Klartext: der Gesetzgeber) muß dringend dafür sorgen, dass diese Pflichtaufgabe (auch wenn sie ungeliebt und nicht ganz einfach zu lösen ist) angemessen wahrgenommen wird. Pauschalzuschüsse zum Erhalt und zum Ausbau von Unterstützungsstrukturen (vor allem Selbsthilfe-Kontaktstellen vor Ort und bundesweite Selbsthilfe-Organisationen) haben dabei unbedingt Vorrang. Die Selbsthilfe, und das heißt hier ja: die Experten, müssen selber die Freiheit haben, den sinnvollen Einsatz der bescheidenen Mittel zu bestimmen. Die Beratung mit Selbsthilfe-Fachleuten sollte von den Verantwortlichen in den Versicherungssystemen im eigenen Interesse (bzw. in dem ihrer Versicherten!) viel stärker gesucht werden als bisher. Die Experten auf den Selbsthilfe-Nussschalen warten seit Jahren sehnlichst auf ernst gemeinte Einladungen zum Dialog.

2) Die Stärkung der Selbsthilfe kann jedoch nicht ausschließlich Aufgabe der gesetzlichen Versicherungssysteme sein, sondern sie ist eine gesamtgesellschaftliche. Die öffentlichen Hände, insbesondere Länder und Kommunen. in gewissem Umfang auch der Bund, sind hier gefordert, ihre Anstrengungen zu verstärken und sich nicht etwa unter Hinweis auf die Verpflichtung der GKV und anderer Reha-Träger aus der Verantwortung zu stehlen. Die Ermöglichung der kollektiven Selbsthilfe von Bürgern, hier von solchen mit Krankheiten und Behinderungen, ist ein wichtiges Element moderner Gesundheits- und Sozialpolitik, ist dringendes Gebot staatlicher Daseinsvorsorge in einem demokratischen Gemeinwesen, ist ein wichtiger Beitrag zu einer Kultur des Helfens, der Mitmenschlichkeit und Solidarität, ist "sozialer Kitt" gegen zunehmende Bindungslosigkeit, Isolation und Entfremdung. Das alles kann es nicht (nur) ,auf Kasse' geben!



3) Die Selbsthilfe muß in doppelter Weise in den derzeit stattfindenden Diskussionsprozeß "gesundheitsziele.de" berücksichtigt werden. Erstens ist ihr Beitrag bei Krankheits- und Bevölkerungsgruppen-spezifischen Zielen von Anfang an mit einzubeziehen (Querschnittsaspekt). Zum anderen sollte die Stärkung der individuellen und vor allem der kollektiven Selbsthilfe – weil es hierbei im wesentlichen um die Schaffung und Absicherung von Strukturen, Einrichtungen und Kristallisationskernen sowie um Beteiligung und Mitsprache geht – zu einem eigenständigen Gesundheitsziel erklärt werden.

4) Wenn Selbsthilfe als "Korrektiv" gewünscht ist - d.h. als Kritiker, aber eben auch als Verbesserer, als Widerpart, aber eben auch als ,Ausbalancierer' -, dann muß sie beteiligt werden. In allen Gremien des Gesundheitswesens. vom Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen bis zum klinischen Ethik-Komitee für Behandlungsfragen an einem örtlichen Krankenhaus, von Leitlinien-Kommissionen bis zu ärztlichen Oualitätszirkeln, von lokalen Gesundheitskonferenzen und Runden Tischen bis zu Schlichtungs- oder Beschwerdestellen ist zu prüfen, zu welchen Fragen in welcher Weise die Perspektive und das Erfahrungswissen von Patienten mit einbezogen werden kann. Und über die Ergebnisse dieser Prüfung ist Bericht zu erstatten.

Nach Lage der Dinge werden Vertreter von Selbsthilfegruppen oder Selbsthilfeorganisationen hier in der Regel die bestmögliche realisierbare Lösung darstellen. Die Eignung von Personen muss hier Vorrang haben vor formaler Legitimität. Die oft gestellte Frage nach geeigneten Selektionsund Berufungskriterien ist selbstverständlich ernst zu nehmen. Der Hinweis auf noch ungeklärte Legitimitätsfragen wird jedoch in den allermeisten Fällen von jenen als

"Totschlag-Argument" in die Debatte eingebracht, die eine Patientenbeteiligung gar nicht wollen. Man muß nicht auf die Bildung einer Bundespatientenkammer warten, bevor man mit substantieller Patientenbeteiligung beginnt. Im übrigen haben die Professoren Francke und Hart (2001) in ihrem Gutachten über "Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen" hierzu bereits interessante Vorschläge entwickelt.

5) Die Selbsthilfe ist oder wird jedoch nicht nur ein tragendes Element und ein Korrektiv in unserem Gesundheitswesen auf Systemebene, sondern sie berührt die unmittelbare klinische Arbeit von Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Pflegekräften etc., nämlich die Begegnung zwischen kranken oder behinderten Menschen auf der einen und heilenden, rehabilitierenden, beratenden oder pflegenden Menschen auf der anderen Seite. Patienten werden kompetenter, gerade auch durch die Aktivitäten von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfe-Kontaktstellen, stärker motiviert und besser befähigt zur Mitarbeit und zur Übernahme von Mitverantwortung im Behandlungsprozeß ("Ko-Produktion von Gesundheit'). Solche nun häufiger auftretenden Begegnungen mit gut informierten und ,mündigen' Patienten sind für manche Behandler eine erfreuliche Entwicklung, für viele aber doch noch äußerst gewöhnungsbedürftig. Wissen über Selbsthilfegruppen und die Entwicklung positiver Einstellungen ihnen gegenüber muss deswegen in den Curricula der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller medizinischen und sozialen Berufe fest verankert werden. Neben den Spezialisten der Selbsthilfe-Anregung, -Unterstützung und -Beratung, etwa in den Selbsthilfe-Kontaktstellen, muss sich eine allgemeine Befähigung dazu bei allen Angehörigen helfender Berufe entwickeln

6) Gesundheit steht auf der Werteskala der Bevölkerung in allen Umfragen auf Platz 1. Ihre
Erhaltung oder Wiederherstellung sowie die
Integration kranker und behinderter Menschen
in unserem Gemeinwesen ist zugleich eine
höchst persönliche Angelegenheit, im wahrsten Sinne am eigenen Leibe zu spüren, aber
eben auch eine öffentliche Aufgabe für die Gesellschaft insgesamt, ein Staatsziel, ein Menschenrecht. Auf beiden, so weit entfernten und
doch so eng miteinander zusammenhängenden Ebenen kann die Selbsthilfe einen ganz
wesentlichen und eigenständigen Beitrag leisten.

"Du allein kannst es, aber Du kannst es nicht alleine" heißt ein Motto der Anonymen Alkoholiker. In diesem Sinne will die Selbsthilfe mitreden und gehört werden, und zwar im Dialog mit allen anderen Beteiligten. Ohne diese "vierte Säule", und zwar verläßlich gefördert, stabilisiert und ausgebaut, wird unser Gesundheitswesen weiterhin auf der Kippe stehen ("Mit der Vierten steht man besser!"); und ohne Korrektiv kann ein Kurs leicht in die Irre führen – auch der, den wir alle gemeinsam aus der "Intensivstation Gesundheitswesen" hinausfinden wollen und müssen.

Jürgen Matzat ist Diplom-Psychologe und Psychotherapeut. Er leitet die Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., die an der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Gießen angesiedelt ist (http://www.med.uni-giessen.de/psychosomatik/matzathp.htm).

#### Literatur

Antonovsky, Aaron 1997: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verlag.

Braun, Joachim/Kettler, Ulrich/Becker, Ingo 1997: Selbsthilfe und Selbsthilfeunterstützung in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen 2001: Selbsthilfekontaktstellen. Empfehlungen der DAG SHG c.V. zu Ausstattung, Aufgabenbereich und Arbeitsinstrumenten. Gießen: Eigenverlag.

Francke, RobertHart, Dieter 2001; Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.

Matzat, Jürgen 2002: Bürgerschaftliches Engagement im Gesundheitswesen – unter besonderer Berücksichtigung der Patienten-Selbsthilfebewegung. Gutachten für die Enquete-Kommission des Bundestags zur "Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements". In: Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements/Deutscher Bundestag (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement und Sozialstaat, Opladen: Leske + Budrich (im Erscheinen).

Moeller, Michael Lukas 1992: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Frankfurt/M.: Fischer.

Moeller, Michael Lukas 1996: Selbsthilfegruppen, Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwordlichen Kleingruppen, Reinbek: Rowohlt, Spitzenverbände der Krankenkassen 2000: Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20, 4, SGB V. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000, 168-176

Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Eigenverlag.

Trojan, Alf (Hg.) 1986: Wissen ist Macht. Frankfurt/M.: Fischer.

Anke Martiny

# Blockaden im deutschen Gesundheitssystem

Immer teurer, aber nicht besser

Beim Blick auf die deutsche Gesellschaft möchte man hinsichtlich ihrer Unfähigkeit zu Innovation und Reform schier verzweifeln. Warum reden alle von Reformbedarf und es ändert sich trotzdem nichts? Das Gesundheitswesen ist ein deutliches Beispiel. Nun müssen wir wieder bis nach der Bundestagswahl auf seine Reform warten und die Hoffnung, dass sich Entscheidendes verbessert, ist inzwischen nicht mehr groß, weil alle Experten sagen, das bestehende System sei praktisch nicht reformierbar. Ob aber das Wahlergebnis so deutlich ausfällt, dass die dann gewählte Mehrheit einen radikalen Schnitt wagen könnte, ist mehr als zweifelhaft.

Dabei kann sich wohl kaum ein Thema öffentlicher Aufmerksamkeit so sicher sein wie die
Kosten unseres Gesundheitswesens, die weltweit nach den USA an zweiter Stelle rangieren, obwohl wir hinsichtlich der Effizienz und
Qualität nur einen Mittelplatz unter den Industrieländern einnehmen. Die Kosten belasten
Unternehmen und Beschäftigte und wirken sich
wirtschaftshemmend aus. Es müsste also
allerseits ein großes Interesse bestehen, die Situation zu verbessern. Das gilt natürlich vor
allem für die seit Jahren festzustellenden Missstände, die von Verschwendung und Betrug
bis hin zur Korruption reichen.

Praktisch jeder Mensch hat hier entweder Kenntnisse aus eigener Erfahrung oder Vorurteile aufgrund von Hörensagen oder Medienberichten. Die zahlreichen Skandale – überteuerte Herzklappen, verseuchte Blutkonserven, korrupte Pflegedienste etc. –, von denen die Zeitungen nahezu täglich berichten, tun ein Übriges, das Thema lebendig zu halten. So lag es nicht fern, dass Transparency International Deutschland bei seinen Bestrebungen, korruptive Strukturen im deutschen Wirtschaftsleben aufzudecken und dadurch zu bekämpfen, sich dem Thema Korruption im deutschen Gesundheitswesen zuwandte. Schließlich sind im Gesundheitsmarkt Millionen von Menschen beschäftigt und noch viel mehr Menschen als Patienten betroffen; alle haben ein Recht auf "saubere Verhältnisse".

# 1 Definition von Korruption

Transparency International bezeichnet als Korruption den Missbrauch von Macht zum privaten Nutzen. Diese Definition ist im Gesundheitswesen nicht ohne weiteres anwendbar. denn strafbare Delikte der Bestechung oder Vorteilsgewährung von Amtsträgern oder Bestechung und Bestechlichkeit im Geschäftsverkehr treffen wir hier zwar auch, aber sie bilden nicht den Kern des Problems. Dieser liegt vielmehr in der starken Intransparenz des äußerst komplexen Systems "Gesundheitswesen', von dem heutzutage nicht einmal Gesundheitsexperten behaupten können, sie durchschauten die Verzahnungen der einzelnen Bereiche völlig. Diese Intransparenz bietet die Einfallstore für missbräuchliches Verhalten aller im System agierenden Gruppen, die – auch durch Korruption – bedenkenlos den Einzelnutzen vor den Gesamtnutzen stellen und damit das System schädigen.

Die wichtigsten Organisationen der am Gesundheitssystem Beteiligten, nämlich die gesetzlichen Krankenkassen, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kammern der Heilberufe sind Körperschaften öffentlichen Rechtes und unterliegen damit der Aufsicht durch Regierungen und Parlamente von Bund und Ländern. Daneben stehen private Krankenversicherer und einzelne Leistungsanbieter (ArztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen, HeilpraktikerInnen, KrankengymnastInnen u. a.), die im Rahmen staatlicher Vorschriften marktwirtschaftlichen Prinzipien folgen. Auch die Hersteller von Arzneimitteln, Medizinprodukten und Hilfsmitteln folgen marktwirtschaftlichen Gesetzen: ihre Produkte müssen sich aber zumeist einem gesetzlich vorgeschriebenen und staatlich kontrollierten Zulassungsverfahren unterwerfen. und auch hinsichtlich der Kosten versucht der Gesetzgeber, einen Rahmen festzulegen. Für die Krankenhäuser gilt - mit der Ausnahme weniger rein privater Kliniken - das duale Finanzierungsprinzip: Der Krankenhausträger mit Unterstützung des jeweiligen Bundeslandes trägt die Investitionen, die Krankenkassen bezahlen den Betrieb. Die Patientinnen und Patienten in ihrer Eigenschaft als Krankenversicherte und als SteuerzahlerInnen und Wähler-Innen haben wenig Steuerungsmöglichkeiten.

Der Wettbewerb der Marktpartner – hier Hersteller, Leistungserbringer, Verordner, dort Krankenkassen und schließlich Patienten – spielt sich nicht auf den üblichen Ebenen ab. So gibt es einerseits die Verordner bzw. Leistungserbringer und andererseits die Krankenkassen, die die Leistungen vergüten bzw. Produkte bezahlen: schließlich die PatientInnen.

die aber nicht selbst als Nachfragende auftreten. Die Nachfrageseite kann nicht preiselastisch reagieren, also z.B. mehr Arzneimittel konsumieren, wenn sie billiger werden, oder den Verbrauch einschränken, wenn die Preise steigen. Ausserdem haben die Verbraucher weder ausreichende Informationen über Wert und Nutzen von Leistungen oder über das Marktgeschehen noch eine wirksame, durchschlagskräftige, eigene Interessenvertretung - der Verbraucherzentrale Bundesverband kann wegen finanzieller und personeller Engpässe nicht im Entferntesten das leisten, was erforderlich wäre. Damit verfügen die Verbraucher nicht über Marktmacht, Vertragspartner wie Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken und Sanitätshäuser. Krankenkassen und Hersteller stehen zwar miteinander im Wettbewerb und bemühen sich in marktgerechter Weise, den Kunden (Patienten) auf Dauer für sich zu gewinnen. Der Wettbewerb gegenüber den Kostenträgern ist jedoch völlig unterentwickelt.

Die politisch Verantwortlichen auf allen Ebenen müssen darauf achten, das Gesamtsystem so auszutarieren, dass keine Gruppe sich missbräuchlich Vorteile zu Lasten des gesamten Systems verschaffen kann. Daran haben sie es bisher fehlen lassen. Insbesondere die nicht in marktmächtigen Organisationen agierenden vereinzelten Patienten, die den größten Anteil der verfügbaren Geldmittel des Gesundheitsmarktes aufbringen, bedürfen des Schutzes, der Unterstützung und der institutionellen Stärkung.

# 2 Der Staat als verantwortliche Instanz

Bei der Gründung der Bundesrepublik Deutschland war die solidarische staatliche Gesundheitsversorgung ein wichtiges Thema. Alle Menschen sollten den gleichen demokratisch kontrollierten Zugang zu den Gesundheitsleistungen haben. Eine Klassenmedizin sollte es durch den für alle verbindlichen Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht geben. Auf dieser Grundlage finanziert die Solidargemeinschaft entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip Leistungen, die – so steht es im Sozialgesetzbuch – "notwendig sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern". Diesem Ziel dient die staatliche Gesetzgebung in Bund und Ländern mit den an die Körperschaften öffentlichen Rechtes delegierten hoheitlichen Aufgaben, die sie eigenverantwortlich wahrnehmen können.

Da es immer private Krankenkassen gab, da die Ärzte über weit gehende Niederlassungsfreiheit verfügten und da auch die Produzenten von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizingeräten ihre Produkte im Wettbewerb entwickeln konnten, bestand in Deutschland immer ein Mischsystem aus reguliertem und freiem Marktgeschehen, das - je nach politischer Grundüberzeugung - den einen zu viel Regulierung und den anderen zu viel Markt enthielt. Beide Tendenzen zeigten und zeigen Licht- und Schattenseiten und beide können in spezifischer Weise zur Verteuerung des Gesundheitswesens beitragen, wenn sie falsch gesteuert sind. Die einen nennen die regulierende Bewirtschaftung der Gesundheitsleistungen mit ihrem Verwaltungsaufwand als wichtigste Ursache für die hohen Kosten, die anderen kritisieren die zu vielen, zu teuren, zu wenig wirksamen Arzneimittel und Medizingeräte, die der Markt bietet.

Transparency International Deutschland hat als überparteiliche Nicht-Regierungsorganisation kein Eigeninteresse an einer wie auch immer gearteten Reform. Wir halten fest, dass namhafte Experten sagen, es gibt genug Geld im System, um allen gebührenden Nutzen zu bringen; es sei nur fehlalloziert. Deshalb verfolgen

wir nachdrücklich den Ansatz, Licht in das Dunkel der Intransparenz zu bringen und damit die Einfallstore für korruptives bzw. missbräuchliches Verhalten bei allen am Gesundheitssystem Beteiligten zu benennen und auf eine Änderung – sei es des öffentlichen Bewusstseins, sei es der Gesetze – zu dringen. Hierfür schen wir folgende Ansätze:

Die marktmächtigsten Anbieter am Gesundheitsmarkt, nämlich die Produzenten von Arzneimitteln, Hilfsmitteln und Medizingeräten, müssen gesetzlich und durch die öffentliche Meinung noch stärker als bisher dazu veranlasst werden, die Zulassungsverfahren für ihre Produkte und ihre Vertriebsmethoden und -wege so transparent wie irgend möglich zu gestalten und missbräuchliches Verhalten möglichst auszuschließen. Gesetzliche Maßnahmen müssen wirksam sanktionsbewehrt sein, Verbraucher- und Patientenorganisationen müssen aus staatlichen Mitteln in den Stand gesetzt werden, national und international intransparente Maßnahmen zu entdecken und Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Der "Ablasshandel', zu dem die Bundesregierung sich gegenüber der Pharmazeutischen Industrie jüngst bewegen ließ, gibt ein absolut falsches Signal.

Wettbewerbsrecht und Sozialrechte stehen auf dem Gesundheitsmarkt in einem kritischen Spannungsverhältnis zueinander. Staatliche Ordnungspolitik muss sicherstellen, dass der Gesundheitsschutz einen höheren Rang einnimmt als ein ungezügelter Wettbewerb.

Informationen im Gesundheitswesen müssen transparent sein und Beziehungen wie vor allem Abhängigkeiten von Leistungserbringern offen legen. Dies gilt für wissenschaftliche Publikationen und Gutachten ebenso wie für die fachliche Fortbildung und deren Institutionen, für Selbsthilfegruppen sowie für Wissenschaftsorganisationen und deren Publikationsorgane.

Auch hier sind mangelhafte Offenlegung und Strategien der Desinformation effektiv zu sanktionieren; die schon heute nicht erlaubte, gleichwohl permanente Vermengung von Sachinformation und Anzeige, Sachverhalts-Darstellung und Werbebotschaft muss endlich wirkungsvoll strafbewehrt sein. In der Entwicklung firmeneigener oder auf Verbandsebene formulierter Richtlinien sehen wir nur dann einen weiterführenden Ansatz, wenn weitestgehende Transparenz gewährleistet, Kontrolle möglich und wirksame Sanktionen vorgesehen sind.

Die Körperschaften öffentlichen Rechtes, also Krankenkassen, kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Apothekerkammern sind gesetzlich stärker als bisher auf transparente Binnenstrukturen und effizient ausgeübte demokratische Kontrollfunktionen zu verpflichten, Die auf Bundesebene agierenden Dachverbände, soweit sie nicht als Körperschaften öffentlichen Rechtes verfasst sind, müssen ihre Interessenpolitik wahrnehmbar dem gesundheitspolitischen Allgemeinwohl unterordnen. Eigenwirtschaftliche Interessen der Spitzenorganisationen müssen transparent sein und dürfen die hoheitlichen Aufgaben der Mitgliederorganisationen nicht beeinträchtigen. Vordringlich ist Haushaltstransparenz für die Mitglieder und eine bessere Länderaufsicht über diesen Sachverhalt.

Andererseits sollte der Gesetzgeber in Bund und Ländern die Freiräume der Selbstverwaltung neu bemessen und die Mitbestimmung durch eine wirklich demokratische Ausgestaltung stärken. Die Konkurrenz zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen ist gesetzlich so transparent zu gestalten, dass Missbräuche beim Werben um neue Kunden weitestgehend ausgeschlossen sind. Für eine unabhängige, breit gefächerte Patienteninformation ist durch den Staat Sorge zu tragen.

Ärzte und Patienten müssen lernen, dass die Kosten der Gesundheitsversorgung nach dem Solidarprinzip getragen werden. Weder Ärzte noch Patienten dürfen sich auf Kosten der Allgemeinheit bereichern. Dies ist weniger eine Aufforderung an den Staat als Gesetzgeber als an ihn als demokratisch verfasste moralische Instanz. In dieser Funktion hat er auch rahmensetzende Pflichten gegenüber den Anbietern von Pharmaerzeugnissen und Medizingeräten, beispielsweise bei Drittmittelprojekten und Nebentätigkeitserlaubnissen an Hochschulen und Krankenhäusern.

#### 3 Fehlverhalten der Patienten

Missbrauchsmöglichkeiten des Systems durch den Patienten, insbesondere in Kooperation mit einem Leistungserbringer (Arzt, Apotheker, Heil- u. Hilfsberufe u.a.), können vermutlich nie völlig ausgeschlossen werden. Sie verteuern das System auch, aber sie erbringen für den Patienten selten finanzielle Vorteile, die sich in barer Münze niederschlagen. Die Arbeitsmarktsituation ermutigt schon seit langem keine ,krankfeiernden' Arbeitnehmer, generell sind die Krankenstände in Deutschland niedrig. Es hängt vom Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt ab, ob der Patient mit missbräuchlichem Verhalten Erfolg hat. Auch das Verhältnis zu seiner Krankenkasse spielt eine Rolle. Problematisch bleibt aber folgender Zusammenhang: Kassenmitglieder, die überflüssige Leistungen fordem, treffen in unscrem System auf Ärzte, die solchen unsolidarischen Anliegen häufig nichts entgegensetzen, weil es sich mit ihren eigenen Interessen (evtl. ein neuer Patient, eine neue abrechenbare Leistung usw.) deckt. Der einzelne Arzt hat kein Motiv, zum Beispiel dem "doctor hopping' und der damit verbundenen Leistungsausweitung entgegenzuwirken. Mehrfachuntersuchungen und -behandlungen sind auch deshalb gang und gäbe.

# 4 Fehlentwicklungen bei den Kassen

Auf der lokalen und regionalen Ebene entsteht zwischen Kassenvorstand, Arbeitgebervertretern und Ärzteschaft leicht ein Interessengleichklang, weil sie an medizinischem Sachverstand und wirtschaftlicher Macht den Beitragszahlern erheblich überlegen sind. In der Vergangenheit haben sie, oft auch wohlmeinend, mit dem Geld der Versicherten eine zu kurzsichtige, unbedachte Politik betrieben. Ergebnis: teure Verwaltung, unzureichende Kontrollen bei den ärztlichen Abrechnungen. Die Kontrolle der Kassen durch das zuständige Landesministerium geschieht oft nur halbherzig, denn bisher hat die Versichertengemeinschaft das Gesundheitssystem ja immer finanziert. Da es sich bei allen Beteiligten um Wähler handelt. denen man - insbesondere in Wahlzeiten, und auf irgendeiner Ebene ist immer eine Wahl nicht zu nahe treten möchte, werden die Kassen von den politisch Verantwortlichen in Aufsichtsbehörden und/oder Vorständen gerne instrumentalisiert, um Erwartungen der Wähler (Finanzierung modischer oder nicht bedarfsgerechter therapeutischer Maßnahmen) zu erfiillen

Das Einkommen eines Arztes im staatlichen Gesundheitsdienst und bei den gesetzlichen Krankenkassen lag in den letzten Jahrzehnten weit unter den Möglichkeiten, die niedergelassene Ärzte erzielen konnten. Für ärztliche Tätigkeiten im Verwaltungsdienst hatten sich deshalb nicht die besonders qualifizierten Mediziner interessiert und die Möglichkeiten, auf lokaler oder regionaler Ebene kostenbewusste Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement bei der medizinischen Versorgung einzuführen, wurden im Zusammenspiel der Kassen mit den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten nicht so entwickelt, wie dies in anderen Bereichen der Wirtschaft üblich ist.

Das Ergebnis sind häufig unwirtschaftliche Strukturen, mangelhafte Ausstattungen, zu lange Verweildauern, undurchsichtige Kostenstrukturen in den Krankenhäusern, teure Krankenhausbetreuung anstelle ambulanter Versorgung, kostentreibende Mehrfachuntersuchungen desselben Sachverhaltes, völlig nutzlose Datensammlungen am falschen Ort. Solche Missstände haben die Kassen nicht unterbunden, sondern tendenziell begünstigt und in Fällen, die gerichtsrelevant sind, konnten mit Deckung der Kassen bestimmte Mediziner von solchen Dunkelzonen profitieren – zum Schaden der Allgemeinheit.

Die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen umwerben den Leistungserbringer und versuchen, ihn als Meinungsbildner für sich zu gewinnen. Deshalb dulden sie mitunter Missstände, die sie abstellen müssten. Dazu gehört beispielsweise die kostenlose Lieferung von Arzneimitteln an Krankenhäuser, um so einen Wettbewerbsvorteil für teure Nachfolgeverordnungen zu sichern. Alle großen Skandale der jüngsten Zeit – die Beschaffung überteuerter Herzklappen, der betrügerische Handel mit Blutkonserven, das Aufblühen von fragwürdigen Großlabors – zeigen auch ein Versagen des Kassensystems.

Da unter den Kassen ein Wettbewerb um die "guten Risiken" herrscht, machen sie sich Konkurrenz auch im Begünstigen mancher Versicherten und werden mitunter durch Patienten und durch Patientengruppen erpressbar, z.B. bei der Bewilligung von Kuren. Besonders bedenkliche Auswüchse des Wettbewerbs sind die Finanzierungen von modischen, hinsichtlich ihres Nutzens nicht belegten Therapien, um entsprechende Versichertengruppen zu binden. Hier sind auch die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen. Die Finanzierung modischer, aber nutzloser Therapien geht unbestreitbar zu Lasten der Finanzierbarkeit thera-

peutisch erforderlicher Maßnahmen und gefährdet damit das Solidarsystem.

## 5 Fehlverhalten bei den Ärzten

Da sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten immer mehr Arzte in Deutschland niedergelassen haben, hat sich das Angebot an ärztlichen Leistungen erheblich ausgeweitet. Auch haben sich die medizinischen Möglichkeiten erweitert. Durch die 1987 eingeführte Budgetierung ärztlicher Leistungen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung ist der so genannte Punktwert für die einzelne ärztliche Leistung kein stabiler Wert mehr, sondern im langfristigen Trend sind die Punktwerte kontinuierlich abgesunken. Um ihren Lebensunterhalt zu sichern, fühlen sich viele Arzte gezwungen, unwirtschaftliche Leistungen abzurechnen, die nicht budgetiert sind, oder bei den Privatpatienten ihr Einkommensdefizit auszugleichen. Allerdings wächst auch die Neigung, durch Abrechnungsbetrug die eigene schlechte Situation zu Lasten der Ärzte-Kollegen bzw. der Kostenträger zu verbessern.

Insgesamt kommt es zu einer Fehlsteuerung des Abrechnungssystems: Wichtige ärztliche Maßnahmen unterbleiben, da sie sich wegen der Budgetierung und des Punktwertes wirtschaftlich nicht lohnen; unwichtige oder überflüssige werden durchgeführt (z.B. durch Selbstzuweisung). Besonders ungut ist die Verquickung zwischen ärztlichen Fachleistungen mit solchen der medizinischen Diagnostik, wenn Auftraggeber und Auftragnehmer eine Person sind oder wenn sie wirtschaftlich miteinander verflochten sind. Hier kommt es zu einer unvertretbaren Steigerung an abrechenbaren Leistungen und damit Kosten. Diese Fehlsteuerung ist deswegen so problematisch, weil der Patient sie nicht durchschauen und schon gar nicht steuern kann. Er kann sich bestenfalls darüber wundern, warum bestimmte Medikationen seinen Beschwerden abhelfen sollen. Auch die Krankenkassen können hier nicht steuernd tätig werden, da sie die Daten der geltend gemachten Leistungen eines Arztes nicht pro Patienten aufschlüsseln können. Betrügerischen Abrechnungspraktiken einzelner Ärzte kommen sie daher kaum bei.

# 6 Fehlverhalten bei den K\u00f6rperschaften

Betrügerische Abrechnungspraktiken aufzudecken wäre Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, bei denen die Abrechnungen gebündelt eingehen. Diese "Regionalkartelle" (so die Bezeichnung Prof. Dr. Bert Rürups, eines der Mitglieder des Sachverständigenrates für die Wirtschaft, der ein Experte auf dem Gebiet der Sozialversicherungen ist) könnten und müssten Einfluss darauf ausüben, dass ihre Mitglieder korrekt und angemessen abrechnen. Bei ihnen sind aber, wie gerichtsrelevante Ergebnisse in verschiedenen Bundesländern zeigen, oft die Eigeninteressen der Funktionäre und die Wirtschaftsinteressen der Körperschaft so eng verwoben mit den übergeordneten hoheitlichen Aufgaben, dass diese Aufsicht unzulänglich geleistet wird.

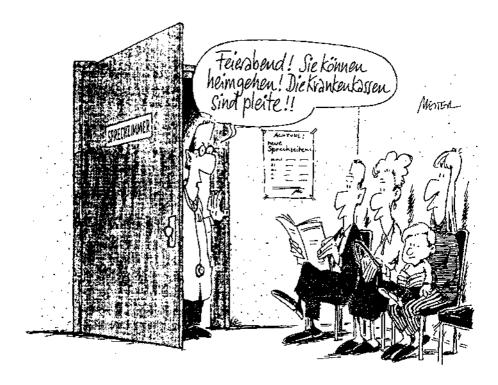
Diese berufsständischen Körperschaften sind insbesondere in den Flächenstaaten der Bundesrepublik große Bürokratien, deren ehrenamtlich tätige Leitungsgremien einer Modernisierung und Professionalisierung des Managements nicht die nötige Aufmerksamkeit zuwenden. Die meisten Funktionäre in den ärztlichen Körperschaften dulden aus Gründen ihrer Wiederwahl auch heute noch die zweifelhaften Praktiken mancher Kollegen, und die Kontrolle innerhalb der Körperschaft funktioniert nicht. Die Aufsicht der zuständigen Länderministerien über die ihnen unterstehenden Körperschaften öffentlichen Rechtes im Hin-

blick auf die Verquickung von wirtschaftlichen Eigeninteressen mit übergeordneten hoheitlichen Aufgaben im Gesundheitswesen ist unzureichend.

Auch in der Arzneimittel-Versorgung entstehen zunehmend Vertriebsstrukturen, die Therapie-Erfordernisse und Qualitätsfragen der Arzneimittel-Versorgung dem Absatzinteresse der Warenanbieter unterordnen. So hat sich bei Arzneimitteln ein 'grauer Markt' etabliert, der die Größenordnung von etwa 250 Millionen € (Hersteller-Abgabepreis) Warenwert besitzt und der sich aus nach Deutschland zurückgeleiteten Arzneimittelspenden oder in die Offizin (Apotheke) umgeleiteten Krankenhauswaren speist. Letzteren Weg nehmen etwa 10 Prozent der zu Sonderkonditionen erworbenen Krankenhausware. Dies verstößt gegen die Arznei-

mittel-Preisverordnung und benachteiligt einseitig die legal arbeitenden Offizin-Apotheker.

Die Bildung von kriminellen Netzwerken aus verordnenden Arzten, abrechnenden Apothekern und vertreibenden Pharmahändlern hat direkten Betrug an den Krankenkassen zur Folge, wenn über Scheinabrechnungen für verordnete, aber nicht erbrachte Leistungen das System der Krankenversorgung ausgebeutet wird. Laut Arztezeitung vom 30. Juli 2001 hat die "Untersuchungsgruppe Falschabrechnungen' mehrerer niedersächsischer Krankenkassen für das erste Halbiahr 2001 in Niedersachsen ein Gesamtschadensvolumen von fünfzig Millionen DM festgestellt. Hochgerechnet auf ganz Deutschland sei damit die Milliardengrenze überschritten, erklärte Niedersachsens BKK-Chef Klaus Tamberg. Die tatsächli-



chen Schäden liegen dabei deutlich höher, weil, wie Tamberg ausführte, "die meisten Fälle unentdeckt bleiben. Vieles wird nur durch Zufall aufgedeckt."

Ein besonders problematischer Bereich sind schließlich die Kliniken und ihre Leitungsteams. In der Branche der Warenanbieter (Pharma-Industrie, Hersteller von Medizinprodukten) ist bei Strafprozessen die Gepflogenheit aufgedeckt worden, durch Zuwendungen aller Art Einfluss auf diejenigen Ärzte und medizinischen Mitarbeiter zu nehmen, denen die Entscheidung über den Einsatz und damit über den Ankauf medizinischer Produkte obliegt.

Es ist bisher nicht bekannt, dass die Pharma-Unternehmen aus den Ergebnissen der Strafprozesse den Schluss gezogen hätten, ihren Außendienst und ihre Vertriebsmethoden insgesamt durch transparente Verhaltensrichtlinien zu zügeln. Die intern bekannten Vereinbarungen, beispielsweise der Krankenhausgesellschaft, sind unzureichend. Schuldhaftes Verhalten wird bei Prozessen vor allem den Ärzten angelastet.

## 7 Notwendige Reformansätze

Das in Deutschland traditionell gewachsene System der Selbstverwaltung erweist sich zunehmend als Nachteil für die Steuerungsfähigkeit des Gesundheitsversorgungssystems. Anforderungen und Herausforderungen durch neue Probleme und Kostenbelastungen führen nicht zu adäquaten Problemlösungen, weil die Beteiligten (Staat, Gremien der Selbstverwaltung wie Bundesverbände der Kassen, Ärzte, Apotheker u.a.) die Verantwortung weiterschieben. Eine Aufsicht über die effektivste Ver-

wendung der Versicherten-Gelder findet im Rahmen der Selbstverwaltung nicht statt. Das für das Selbstverwaltungssystem notwendige Gemeinsamkeitsgefühl ist durch den geforderten Wettbewerb ausgehebelt. Derzeit scheinen weder Regierung noch Selbstverwaltung dazu bereit, Verantwortung für die Gesamtheit der Gesundheitsversorgung zu übernehmen. Jeder bedient seine Klientel, Kosten- oder Effizienzkontrolle finden nicht statt, und gezielte gemeinsame administrative Problemlösungen unterbleiben.

Die fehlende Transparenz des deutschen Gesundheitssystems und die undurchsichtigen und unkontrollierten administrativen Gremien und Strukturen in vielen Selbstverwaltungsorganen stellen Einfallstore für finanzielle Einflussnahmen, Korruption und Bestechung dar. Wirtschaftlichkeit und Qualität treten demgegenüber als Merkmale der Dienstleistungen der Selbstverwaltungsorgane zurück.

Transparenz und eine erhebliche Professionalisierung in der Verwaltung sind das Gebot der Stunde, um der Zukunft in einem auch bei den Dienstleistungen und im Sozialsystem harmonisierten Europa standzuhalten.

Dr. Anke Martiny war als promovierte Musikwissenschaftlerin im Erstberuf Journalistin, von 1972-1989 Mitglied des Deutschen Bundestages und verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Sie ist seit 1996 als freischaffende Publizistin tätig und derzeit stellvertretende Vorsitzende von Transparency International (TI) Deutschland. Für das Internationale Sekretariat von TI ist sie als Senior Adviser für das Feld Korruption und Gesundheit zuständig. Manfred Wildner/Reinhard Busse/Anne Brunner-Wildner

# Patientenpartizipation in Europa

#### 1 Einleitung

Der in der Presse viel beachtete "World Health Report 2000' hatte einen weltweiten Vergleich von Gesundheitssystemen zum Gegenstand (World Health Organization (WHO) 2000), An der Spitze der WHO-Tabelle fanden sich Länder wie Frankreich, Italien und Spanien, von denen zumindest einige bisher nicht in dem Ruf gestanden hatten, über eine besonders effektives oder effizientes Gesundheitssystem zu verfügen. In einer Untersuchung der Europäischen Union (Mossialos 1996) in den 15 Mitgliedstaaten befürworteten demgegenüber 30 Prozent der Bevölkerung in Frankreich größere Veränderungen im Gesundheitssystem, 48 Prozent in Spanien und 77 Prozent in Italien. Jedoch sprachen sich nur unter 20 Prozent der Bevölkerung in Deutschland, Dänemark, Finnland und Luxemburg für größere Veränderungen aus, obwohl diese Länder ein niedrigeres Ranking hatten.

Der WHO-Report erfuhr wegen dieser teilweise wenig plausiblen Ergebnisse erhebliche Kritik (Navarro 2000; Wildner/Brunner 2000). Im Vordergrund des Evaluationsansatzes der WHO stand die Perspektive der Gesellschaft, von welcher aus die ökonomische Performance der Gesundheitssysteme bewertet wurde, also ihre Leistungsfähigkeit bezogen auf die eingesetzten Mittel. Sowohl die Auswahl der Bewertungsdimensionen, ihre Gewichtung als auch viele Primärdaten wurden über Experten abgefragt. Festzuhalten ist auch, dass die Sicht der Bürger, und insbesondere die Sicht der Patienten, für diese Evaluation nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Es ist anzunehmen, dass

insbesondere aus Patientensicht nicht die ökonomische Performance die interessierende Größe ist, sondern die Effektivität des Gesundheitssystems, das heißt die Leistungen, die letztlich den kranken Menschen erreichen. Dieser Denkansatz führt unmittelbar zum Denkansatz der *Patientenrechte* für eine bürgernahe, Patienten-zentrierte Bewertung und Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme.

Patientenrechte leiten sich als Gesundheitsrechte aus der Menschenrechtsgesetzgebung ab (Mann et al. 1994; Leary 1994). Die Verbindung dieser Begriffe mit Gesundheit entspringt einem umfassenden Gesundheitsverständnis. wie es beispielsweise in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung zum Ausdruck kommt (1986). Menschenrechte in heutigem Verständnis sind eng mit der politischen Geschichte Europas und Nordamerikas verbunden. Ihre spezifische Festlegung als universelle, unveräußerliche und unteilbare Rechte erfolgte iedoch erst mit der Resolution der "Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte' durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10. Dezember 1948. Es finden sich auch bereits Gesundheitsrechte in diesem grundlegenden Dokument, Artikel 3 schreibt das Recht auf Leben und Freiheit fest, in Artikel 25 heißt es: "Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet." Gesundheitsrechte werden auch aus anderen Artikeln dieser Erklärung sowie aus weiteren grundlegenden Menschenrechtsdokumenten - wie den Internationalen Pakten über bürgerliche und politische Rechte und über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1966 – abgeleitet.

# 2 Patientenrechte in Europa

Empirische Evidenz für die Bedeutung, die Menschenwürde und Chancengleichheit für die Gesundheit haben können, wurde für Deutschland vor allem von Forschungen zu schichtabhängigen gesundheitlichen Unterschieden (health inequality) und gesundheitlicher Ungleichheit (health inequity) erarbeitet (Mielck 1994). Probleme ergeben sich bei der gesundheitspolitischen Umsetzung sozialepidemiologischer Erkenntnisse. Die Forderung nach Chancengleichheit - und mit ihr nach Schutz der Menschenwürde zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit - wird in den USA in jüngerer Zeit mit ausdrücklichem Bezug zum menschenrechtlichen Kontext begründet (Reiser 1993; Writing Group 1998; Farmer 1999).

In den USA wurde erstmals 1972 von der American Hospital Association (AHA) eine "Patients' Bill of Rights' formuliert. Diese beinhaltet das Recht auf informierte Einwilligung und respektvolle Behandlung (Starr 1982). Die Gesundheitsminister der 40 Staaten des Europarats haben Ende 1996 einen "dreiseitigen Sozialpakt zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern" gefordert (Konferenz der Europäischen Gesundheitsminister 1996). Eine sogenannte Patientencharta' - wie z.B. in England, den Niederlanden und der Schweiz - oder andere umfassende Patientenschutzsysteme existierten in Deutschland bis vor kurzem nicht. In der Bundesrepublik Deutschland sind grundlegende Menschen- und Patientenrechte - wie der Anspruch auf den Schutz der Menschenwürde, das Recht auf Leben und körperliche Unverschrtheit, das Recht auf Selbstbestimmung sowie das Recht auf Gleichberechtigung - im Grundgesetz (GG) verankert. Inwieweit einzelne Rechte der Patienten durch die Grundrechte des GG erfasst werden und auf welche Rechtsgebiete sie sich im Einzelnen erstrecken, ist jedoch Gegenstand von Spezialregelungen (z.B. Strafrecht, Versicherungsrecht, autonome Rechtsetzung der Berufskammern) und gerichtlichen Entscheidungen. Über 90 Prozent der bestehenden Patientenrechte wurden durch die Rechtsprechung der Gerichte näher ausgelegt, in der Präzedenzfälle entschieden wurden.

Bereits 1994 forderte die WHO von ihren Mitgliedsstaaten die Umsetzung der Prinzipien einer menschenwürdigen Patientenversorgung im Gesundheitssystem (WHO 1994). In dieser Abhandlung, der sogenannten "Amsterdamer Erklärung zur Förderung der Patientenrechte in Europa\*, wurde neben dem selbstverständlichen Recht auf die Würde der Person insbesondere das Recht auf Selbstbestimmung, das Recht auf Information sowie das Recht auf Qualität, Kontinuität und Chancengleichheit in der medizinischen Versorgung artikuliert. Einerseits zeigte sich in Europa in der Folge ein deutlicher Konsens in Politik und Gesundheitswesen bezüglich der Unterstützung dieser Forderungen. Andererseits werden insbesondere bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen deutlich Stimmen laut, die vor einem "Zuviel" an Patientenrechten warnen (Barolin 1996; Angell 2000), Unterschiedliche Standpunkte werden darüber hinaus von den Akteuren im Gesundheitssystem eingenommen. Vertretungsansprüche werden teilweise konkurrierend zueinander von Verbraucherverbänden, Patienten-Selbsthilfegruppen oder (selbsternannten) Patienten-Vertretungen, Krankenkassen, politischen Gremien und der ärztlichen Standesvertretung geltend gemacht. Die Interessenslagen sind dabei unterschiedlich: Sie reichen von einer marktwirtschaftlich orientierten Motivation, welche einen einheitlichen wettbewerblichen Rahmen und eine größere

## Hohe Erfüllungsgrade

Mitspracherecht, Selbstbestimmung, respektvolle Behandlung, Respektierung der Privatsphäre, verständliche Sprache, ärztliche Zweitmeinung, Verweigerung medizinischer Maßnahmen, freiwillige Studienteilnahme, Datenschutz, Schutz der Intimsphäre, menschliche Behandlung, freie Arztwahl, Kontakt zur Familie und Freunden im Krankenhaus, gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen

## Unsicherheit bezüglich der Erfüllung

Informationsverweigerung, stellvertretende Information eines Vertrauten, Information zu Namen, Funktionen und Routinen im Krankenhaus, schriftliche Zusammenfassung bzw. Information bei Krankenhausentlassung, Einsicht in die eigenen medizinischen Unterlagen, freiwillige Unterrichtsteilnahme

#### Niedrige Erfüllungsgrade

Ausreichender Zugang zu Gesundheitsleistungen, ausreichende Informationen zu Gesundheitsleistungen und zum eigenen Gesundheitszustand, Koordinierung der Behandlungsabläufe durch einen Ansprechpartner, hauswirtschaftliche und soziale Betreuung nach stationärer Entlassung, würdiges Sterben, Protestmöglichkeiten im Gesundheitswesen, Information über Patientenrechte

#### Noch zu untersuchende Rechte

Recht auf Vorausverfügung, Ausnahmeregelungen zur Einverständniserklärung, Regelungen zur Verwendung von Körperteilen, Vertraulichkeit über den Tod hinaus, Recht auf Korrektur von Eintragungen in den Krankenakten, Patientenvertretungen im Gesundheitssystem, faire Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen, Rechtsinstrumente zur Umsetzung von Patientenrechten

Tabelle 1: Ergebnisse der bevölkerungsbezogenen Telefonbefragung in München. Dresden, Wien und Bern

Markt-Transparenz durch Patientenrechte wünscht, zu Bestrebungen um Kostensenkung durch die rationale Entscheidung von informierten Konsumenten bis zu Bürger- oder standesrechtlichen Interessenslagen.

Die Hauptbetroffenen, nämlich die ehemaligen, jetzigen oder zukünftigen Patienten, wurden allerdings bisher kaum zu diesem sehr sensiblen und multidimensionalen Thema der praktischen Umsetzung von Patientenrechten befragt. Anfang 2000 wurden erstmals in vier deutschsprachigen europäischen Großstädten (München, Dresden, Bern und Wien) deskriptive bevölkerungsbezogene Daten zur Umsetzung der in der WHO-Erklärung für Europa geforderten Patientenrechte erhoben (Wildner et al. 2001). Für die Studie wurde ein Patientenrechte-Fragebogen entwickelt, in dem 30 der 49 in der

Amsterdamer Erklärung der WHO (WHO 1994) formulierten Rechte enthalten sind. Bei etlichen Rechten fanden sich deutlich empfundene Defizite. Besonders ausgeprägt sind diese bei der Information über Behandlungsoptionen. Rechte und Informationen während eines stationären Aufenthaltes, das Schnittstellenmanagement einschließlich der poststationären hauswirtschaftlichen und sozialen Betreuung und dem Problemfeld würdiges Sterben (siehe Tabelle 1). Die teilweise recht deutlichen regionalen Unterschiede in den Ergebnissen zwischen München, Dresden und Wien einerseits und andererseits sind bedeutsamer als einzelne geschlechtsspezifische Unterschiede, die möglicherweise zufällig sind. Die nähere Identifikation systembedingter Einflüsse bzw. Defizite bietet Chancen für eine bürgernahe und humane Weiterentwicklung des Gesundheitswesens.

Von der WHO wird die Entwicklung der Patientenrechte in Europa beobachtet, Das Göteborger Treffen 1997 zog ein Resümee über die Situation in Europa (im Gefolge der "Amsterdamer Erklärung zu Patientenrechten" von 1994 und der Ljubljana Konferenz zu Gesundheitsreformen in Europa von 1996), Die Konferenz in Ljubljana 1996 unterstützte den Ansatz, dass die Sicht des Bürgers entscheidenden Einfluss auf die Ausgestaltung des Gesundheitswesens und die Leistungserbringung nehmen sollte. Im Rahmen dieses Assessments wurden Länder unterschieden, in welchen sich Patientenrechte in verschiedenen Gesetzen verstreut finden (z.B. Spanien und bis vor kurzem Deutschland), Länder, welche eine eigene Patientenrechte-Gesetzgebung anstreben (z.B. Finnland, Israel) und Länder, welche die Aufstellung einer sogenannten "Patientenrechte-Charter' unterstützen (z.B. Großbritannien. Frankreich, Österreich). Es wurde gefordert, die Entwicklung der Patientenrechte in Europa

regelmäßig zu monitoren und Regierungen, Organisationen und Individuen durch geeignetes Material und Informationsaustausch bei der weiteren Entwicklung der Patientenrechte zu unterstützen (WHO 1997).

#### 3 Rollen des Individuums

Die Rollen, die das Individuum in Gesundheitssystemen einnehmen kann, sind vielfältig. Sie sind nicht zuletzt auch vom System mit bestimmt und damit in stark marktwirtschaftlich ausgerichteten Systemen anders als in steuerfinanzierten, zentralistisch gelenkten Systemen (Beveridge-Systeme) oder als in Sozialversicherungssystemen nach deutschem Vorbild (Bismarck-Systeme). In Sozialversicherungssystemen betrifft die Umsetzung von Patientenrechten und Partizipation sowohl die Makroebene (Beteiligung bei der Entwicklung von übergeordneten gesetzlichen Regelwerken, Zuerkennung von Rechten und Repräsentation), die Mesoebene (Beteiligung bei strategischen und Management-Entscheidungen auf Ebene der Leistungserbringung) und die Mikroehene (freie Wahl, Interaktion mit den Leistungserbringern, partnerschaftliche Entscheidungsfindung und Möglichkeiten zum Protest bzw. zur Klage bei Missständen).

Individuen können auf unterschiedliche Weise betroffen sein: als Nutzer des Gesundheitswesens, als Bürger oder als Versicherte. Diese Rollen müssen klar verstanden und unterschieden werden. Genauer unterschieden werden muss in der verwirrenden Vielfalt von Begriffen zwischen Verbrauchern bzw. Kunden, Konsumenten, Klienten oder Nutzern, Bürgern, Versicherten und Patienten. Die zuerst genannten Begriffe unterscheiden sich grundsätzlich vom zuletzt genannten Begriff "Patient". Die Begriffe "Verbraucher", "Kunde", "Konsument" oder "Nutzer" gehen auf eine ökonomische Sichtweise zurück, nach welcher sich auch der

kranke Mensch gemäß der ökonomischen Theorie bei hinreichender Information und Transparenz marktwirtschaftlich rational verhält. Das Arzt-Patienten-Verhältnis entspricht in diesem Konzept einer Geschäftsbeziehung. Die Begriffe "Bürger" und "Versicherter" beziehen sich demgegenüber auf die Umsetzung demokratischer Grundwerte bzw. Grundrechte unter aktiver Einbeziehung repräsentativer Vertreter der Bevölkerung. Als Versicherter hat das Individuum eine Geschäftsbeziehung mit einer Krankenversicherung. Die Zahlung der Prämie gestattet es dem Versicherten, gesetzlich definierte Leistungen in Anspruch zu nehmen. Durch die freie Wahl des Versicherers wird ein wettbewerbliches Element eingeführt. Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem richtet sich inhaltlich auf Information und Transparenz, Schutzrechte bezüglich Qualität und Sicherheit ärztlicher Behandlung sowie Mitbestimmung oder Partizipation (Gesundheitsministerkonferenz 1999; Hart 1999), Vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen wurde 1992 darauf hingewiesen, dass das Arzt-Patient-Verhältnis häufig noch vom "benevolenten Paternalismus" statt von partnerschaftlicher Beziehung bestimmt sei. Die gesetzliche Regelung der Gesundheitsreform 2000 formuliert erstmals das Ziel der Stärkung von Mitwirkungsrechten der Versicherten im Gesundheitssystem.

Demgegenüber geht der Begriff "Patient" von einer besonderen Situation aus, welche sich häufig von den durchschnittlichen Lebenslagen der Bürger oder Versicherten unterscheidet: einer persönliche Lebenslage, die geprägt ist von Krankheit bzw. Behinderung und dadurch bedingter erhöhter Vulnerabilität (Verletzbarkeit). Die Beeinträchtigungen reichen von durch Angst und Schmerz eingeschränkter Rationalität über zunehmende somatische und kognitive Funktionsstörungen bis zur völligen Bewusstlosigkeit. Diese Lage steht auch

in frappantem Widerspruch zum ökonomischen Ideal eines in einer "Business Relationship' rational agierenden Kunden. Ihr muss daher auf eine Art und Weise begegnet werden, die der besonderen Schutzbedürftigkeit der erkrankten Person und dem sich daraus ergebenden besonderen Anspruch an das Arzt-Patienten-Verhältnis gerecht wird ("Trust Relationship").

## 4 Rollenkonflikte und Lösungen

Generell ist eine Tendenz hin zu einem Patienten-"Empowerment" zu beobachten: Patienten haben mehr Kenntnisse, fordern mehr und übernehmen auch mehr Verantwortung (MacStravic 2000: 30-31; Saltman/Figueras 1997: 38). Innerhalb dieses Empowerments findet sich eine Abkehr von traditionellen paternalistischen Modellen hin zu Modellen partnerschaftlicher Entscheidungsfindung (Coulter 1997). Eine der Auswirkungen des Empowerments ist auch die zunehmende Inanspruchnahme von privaten Anbietern von Gesundheitsleistungen (Saltman/Figueras 1997: 38).

Andererseits ergeben sich aus den verschiedenen Rollen, welche Individuen einnehmen können, auch Rollenkonflikte. So können die Interessen eines Nutzers von Leistungen durchaus konträr zu den Interessen des Versicherten sein. welcher diese Leistungen über seine Beiträge finanziert (Lomas 1997: 103). Welche dieser Rollen jeweils dominiert, ist zunächst offen. In der Vergangenheit wurde versucht, das Problem der Nachfrageausweitung durch Restriktionen auf der Angebotsseite zu kontrollieren, etwa durch Positivlisten oder Managed-Care Ansätze, da man annimmt, dass ein freier Gesundheitsmarkt nicht die effektivste Nutzung der verfügbaren Ressourcen darstellt (van der Grinten 1999). Die Transformation des Patienten in einen rationalen, aktiven Verbraucher mit Wahlmöglichkeiten ist gleichzeitig gewünscht und gefürchtet. Allerdings stellt das Empowerment von Patienten eine Belebung des Grundgedankens der repräsentativen Demokratic dar (WHO 1997: 4; Council of Europe 2000).

Das Interesse an einer solchen Entwicklung betrifft sowohl klassische individuelle Patientenrechte wie die Patientenautonomie (Entscheidungsfreiheit) als auch soziale Anspruchsrechte auf Gesundheitsleistungen. Solche Rechte finden sich in der Verfassung vieler europäischer Länder verankert. In ehemalig sozialistischen Ländern wie Tschechien oder Polen wurden sehr weitreichende verfassungsmäßige Rechte inzwischen eingeschränkt. Diese Umorientierung des rechtlichen Lehrgebäudes erfolgte unter dem Einfluss ökonomischer Überlegungen. Während der klassische Universalismus noch versuchte, alles medizinisch Nützliche für alle Anspruchberechtigten zur Verfügung zu stellen, ist die Aussage des sog. "Neuen Universalismus"

eine andere: Wer Gesundheit für alle bezahlen will, kann nicht mehr alles bezahlen.

Dabei haben die meisten europäischen Länder eine rechtliche Grundlage für die formelle Bürgerbeteiligung beim Management der Krankenversicherungen geschaffen. Neben solchen formalisierten Beteiligungen stellt die Möglichkeit zur rechtlichen Klageeinreichung, die Einrichtung von Schiedsstellenverfahren oder von Ombudsmannsystemen und Patientenanwaltschaften einen direkteren Weg für das Individuum dar, seine Rechte geltend zu machen. Die Rechte von Patienten auf Leistungen werden im Allgemeinen dann geschützt, wenn diese Bestandteil von definierten Leistungspaketen sind. Hier finden sich Unterschiede zwischen den Gesundheitssystemen, da in Ländern wie England die Leistungen bisweilen über die vorgehaltenen Strukturen indirekt definiert und auch rationiert werden. Bei Fehlen eines definierten Leistungsanspruchs können Ansprüche nur schwer geltend gemacht werden. Wettbewerbliche Reformen im Gesundheitswesen fordern jedoch häufig eine explizite Definition von vergleichbaren Leistungspaketen ein.

Die Betonung von Rechten und rechtlichen Ansprüchen unterstützt generell die Wahlfreiheit, die Verantwortlichkeit der Leistungsanbieter und Versicherer und die Markttransparenz (Chapman 1994: 297). Freie Information unterstützt die Qualität bei der Leistungserbringung, Fairness beim Zugang, Motivation für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung und Innovation bei der Leistungserbringung bzw. ihrer Administration, z.B. bei grenzüberschreitenden Patientenbehandlungen. Hinzu kommt eine neue Betonung der "Respon-



siveness' von Gesundheitssystemen (Murray/Frenk 2000). Unter Responsiveness werden Aspekte wie Servicequalität, Kundenorientierung und der Respekt vor der Würde und Autonomie des Patienten verstanden. Sie wendet sich gegen unfreundliches Verhalten seitens des Personals, ungepflegte Einrichtungen, lange Wartezeiten und Wartelisten, Insensitivität gegenüber persönlichen und kulturellen Werten und anderes mehr. In diesem Zusammenhang bekommt die Messung der Patientenzufriedenheit durch geeignete standardisierte Befragungsinstrumente Bedeutung.

Formalisierte und effektive Wege zur Einreichung von Klagen unterstützen die Ausbildung der Responsiveness. So hat beispielsweise Israel einen Ombudsmann im Rahmen des "National Health Insurance Act' 1994 eingesetzt. Die an den Ombudsmann gerichteten Beschwerden betreffen im wesentlich die Versicherungsmitgliedschaft, administrative Verfahrensweisen und die bezahlten Leistungen. Hinsichtlich der Leistungen betreffen die Klagen vor allem die Kostenerstattung und die Unterstützung beim Erhalt von Leistungen. Hinsichtlich der Administration betreffen die Klagen hauptsächlich die freie Wahl des Leistungsanbicters. Andere Länder wie Österreich haben Patientenanwaltschaften eingerichtet, welche über eine eigenes Budget ino-fault' Regelungen außerhalb des formellen Rechtssystems treffen und finanzieren können

Patienten bzw. Verbraucher oder Nutzer in den Gesundheitssystemen übernehmen zunchmend die Rolle einer eigenständigen Kraft, welche die weitere Ausgestaltung der Systeme mit beeinflusst. Diese wichtige und innerhalb demokratischer Gesellschaftssysteme gewünschte Rolle kann durch formalisierte Rechte und Regelungen gestärkt werden. Möglichkeiten der Klageeinreichung unterstützen diese Entwicklung ebenso wie die formalisierte Beteiligung

von Patienten bzw. Bürgern bei Strategie- und Managemententscheidungen im Gesundheitswesen. Dem Aufbau von qualitätsgesicherten Informationsmöglichkeiten für die Öffentlichkeit kommt große Bedeutung für die Realisierung der Patientenrechte zu. Auf europäischer Ebene werden derartige integrierten Politikempfehlungen durch die Formulierung programmatischer Konzepte der Bürgerbeteiligung und Bürgerrepräsentation in Gesundheitssystemen unterstützt (Council of Europe 2000).

PD Dr. Manfred Wildner ist wissenschaftlicher Geschäftsführer des Bayerischen Forschungsverbundes Public Health – Öffentliche Gesundheit. Er unterrichtet Public Health und Epidemiologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Prof. Dr. Reinhard Busse ist Direktor des European Health Care Observatory der WHO in Madrid und hat einen Ruf auf die neu eingerichtete C4-Professur für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät für Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin angenommen,

Prof. Dr. Anne Brunner-Wildner vertritt das Fach Sozialmedizin an der Katholischen Universität Eichstätt.

#### Literatur

Angell, M. 2000: Patients' Rights Bills and other futile gestures. In: New Engl J Med. Jg. 22, Heft 342,1663-1664.

Barolin, G. 1996: Patient rights alone are not enough, too many rights can also be harmful. In: Wiener Medizinische Wochenschrift, Jg. 146, Heft 4, 79-84.

Chapman, A. 1994: Accessing the Clinton Administration's Health Security Act. In: A. R. Chapman (ed.): Health Care Reforms – A Human Rights Approach. Washington D.C.: Georgetown University Press, 297.

Coulter, A. 1997: Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. In: Journal of Health Services Research and Policy. Vol.2, No.2, 112-121.

Council of Europe 2000: Recommendation No. R 5 of the Committee Ministers to Member States on the development of structures for citizen and patient participation in the decision-making process affecting health care. 24 February 2000, Strasbourg.

Farmer, P. 1999: Pathologies of power: rethinking health and human rights. In: Am J Public Health 1999, 89, 1486-1496.

Gesundheitsministerkonferenz Trier 1999: Patientenrechte in Deutschland heute. Bremen: Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Grinten van der, T.E.D. 1999: Demand Management and Managing Demand in Health Care. Background paper for the call for papers EHMA conference 2000.

Hart, D. 1999: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: Rechtliche Analyse und Perspektiven, Public Health Forum Nr. 26, Oktober 1999

Leary, V. 1994: The right to health in international human rights law. In: Health Human Rights 1994, Vol. 1, 24-56.

Lomas, J. 1997: Reductant rationers: public input to health care priorities. In: Journal of Health Services Research and Policy. Vol. 2, No. 1, 103-111.

MacStravic, S. 2000: The downside of patient empowerment. In: Health Forum Journal, Vol. 43, No.1, 30-31.

Mann, J. Gostin, L. J. Gruskin, S. J. Brennan T. J. Lazzarini, Z.J. Fineberg, H. 1994; Health and Human Rights. In: Health and Human Rights 1994, Vol. 1, No. 1, 6-24.

Mielck, A. 1994: Gesundheitliche Ungleichheit als Thema von Forschung und Gesundheitspolitik. In: ders. (Hg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske und Budrich, 13-31.

Mossialos, E. 1996: Citizens' view on health systems in the 15 Member states of the European Union. In: Health Economics 1996, Vol. 6, 109-116.

Murray, C.J./Frenk, J. 2000; A framework for assessing the performance of health systems. In:

Bulletin of the World Health Organization, Vol. 78, No. 6, 717-731.

Navarro, V. 2000: Assessment of the World Health Report 2000. Lancet; 356, 1598-1601.

Ottawa Charta for Health Promotion 1986: An International Conference on Health Promotion: the move towards a new public health, November 17-21, 1986, Ottawa. Ontario, Canada. Ottawa: Health and Welfare Canada.

Reiser, S.J. 1993: The era of the patient. Using the experience of illness in shaping the missions of health care. In: JAMA, Vol. 269, No. 8, 1012-1017.

Saltman, R.B./Figueras J. 1997: European Health Care Reform. Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Starr, P. 1982: The social transformation of American medicine, New York: Basic Books.

WHO Regional Office for Europe 1994: Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Copenhagen: WHO.

WHO Regional Office for Europe 1997; Consultation on the Development of Patient's Rights in Europe. Gothenburg, Sweden. Copenhagen: WHO.

WHO Regional Office for Europe 1996: Ljubljana charter on reforming health care in Europe. Reforming Health Care in Europe; June 19, 1996, Ljubljana. Copenhagen: WHO.

Wildner, M./Brunner, A. 2000: Health systems' performance and ethical yardsticks (letter). Lancet, 356, 1527.

Wildner, M./Kerim-Sade, C./Fischer, R./Meyer, N./ Brunner-Wildner, A. 2001: Regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Erfüllung von Patientenrechten: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage in München, Dresden, Wien und Bern. In: Soz Präventivmed 2001, 46, 248-258.

World Health Organization 2000: World Health Report 2000. Health Systems: improving performance. Geneva: WHO.

Writing Group for the Consortium for Health and Human Rights 1998: A Call to Action on the 50th Anniversary of the Universal Declaration of Human Rights, Health Human Rights 1998, Vol.3, No. 2, 7-18.

René Stüssgen/Dick Oudenampsen/Rally Rijkschroeff

# Die niederländische Patientenbewegung

Eine dynamische Bewegung

#### 1 Einführung

In den Niederlanden gibt es keine einheitliche Patientenbewegung, sondern zahlreiche und in vielfältigen Formen agierende Patientenorganisationen. Obwohl diese Organisationen auf regionaler Ebene (RPCP: Regionaler Patienten- und Verbraucher-Bund) und auch nationaler Ebene (NPCF: Niederländischer Patienten und Verbraucher-Bund) im Bereich der Interessenvertretung, Dienstleistungen und Informationsvermittlung kooperieren, verfügen die einzelnen Patientenorganisationen jeweils über eine eigene Basis.

Unter dem landesweiten Dachverband, der "Nederlandse Patienten Consumenten Föderation", (NPCF) sind insgesamt 49 Patienten- und Konsumentenorganisationen zusammengeschlossen, die vier Bereiche abdecken: 2 Organisationen rechtlicher Vertreter von Patienten, 11 allgemeine Patientenorganisationen (darunter der Konsumentenverband und die Seniorenorganisationen), 28 regionale Patienten-/Konsumentenvereine (RPCP's) und 8 bereichsspezifische, in der Regel krankheitsbezogene Organisationen. Zu ihnen gehört als ein wichtiger und großer Arbeitsverband der "Rat der chronisch Kranken und Behinderten' (CG-Raad), ein Verbund von 120 Behinderten- und chronisch Kranken-Organisationen. Nicht alle chronisch Kranken- und Behindertengruppen sind Mitglied im CG-Raad. Insgesamt gibt es in den Niederlanden ca. 300 Organisationen für chronisch Kranke und Behinderte. Daneben gibt es auf lokaler Ebene mehr als 200 Gruppen Behinderter und chronisch Kranker. Nach einer ungenauen Schätzung haben die Mitgliedsorganisationen des NPCF insgesamt etwa 2 Millionen Mitglieder.

Ein spezifisches Kennzeichen für die Patientenbewegungen in den Niederlanden sind die Verbindungen und Kontakte auf verschiedenen Ebenen zwischen den allgemeinen Interessen der Patienten und Konsumenten und den Interessen der chronisch Kranken und Behinderten.

Die niederländische Patientenbewegung lässt sich, ebenso wie die Schwulenbewegung und die Frauenbewegung, als eine "neue" soziale Bewegung beschreiben (Boog 1998; Duyvendak u.a. 1992), Jedoch gilt - im Unterschied zu den "alten" sozialen und verstärkt instrumentell ausgerichteten sozialen Bewegungen wie der Arbeiterbewegung - die Herausbildung neuer Identitäten als wichtigstes Merkmal der neuen Bewegungen. Die neuen Organisationen vertreten die Interessen behinderter und chronisch erkrankter Menschen und legen ausgesprochen großen Wert auf die Entwicklung einer neuen Identität im Sinne eines vollwertigen Bürgers. Sie wollen sich damit gegen das Bild des kranken und behinderten Bürgers als einem abhängigen und unmündigen Mitglied der Gesellschaft zur Wehr setzen. Parallel dazu hat sich die Patientenbewegung nie gescheut, strategisch zu handeln. Sie vermochte dabei sogar recht erfolgreich zu agieren. Jüngste Erfolge wie die Einführung eines personengebundenen Budgets2 sowie die Einführung von

Patientenrechten sind greifbare Ergebnisse dieses Handelns. Identitätsorientiertes Handeln in Form von Selbsthilfegruppen sowie Betroffenenkontakten entwickelt sich parallel zu Initiativen, deren Ziel es ist, Einfluss auf die Gesundheitspolitik zu nehmen. Charakteristisch für die Patientenbewegung ist die Tatsache, dass sie sich gegen eine weit über das Ziel hinausgeschossene Professionalisierung und Institutionalisierung des niederländischen Gesundheitswesens wendet. Die das Erscheinungsbild in der Gesellschaft am meisten prägenden Teile der Patientenbewegung wie die Klientenbewegung im Bereich der geistigen Gesundheitsfürsorge wenden sich insbesondere gegen die Anstaltspsychiatrie sowie die relativ autonome Position der behandelnden Personen in diesen Einrichtungen.

#### 2 Identitätsorientiertes und instrumentelles Handeln

In der Theoriebildung zu sozialen Bewegungen wird zwischen stärker instrumentellen und stärker identitätsorientierten Bewegungen unterschieden (Koopmans/Duyvendak 1992; Kriesi u.a. 1995). Handelt eine Bewegung instrumentell, dann ist das Motiv für kollektives Handeln in erster Linie Ergebnis der Einschätzung, in welchem Ausmaß diese Aktion einem außerhalb der Aktion und nicht in der Aktion selbst liegenden Ziel dient. Beispiele für solche Bewegungen sind die Friedensbewegung, die Umweltbewegung und die Solidaritätsbewegung. Die von diesen Bewegungen proklamierten Ziele stehen in keinem unmittelbaren Bezug zur Identität der Mitglieder dieser Bewegungen. Bei identitätsorientierten Bewegungen verhält sich dies anders. Hier geht es vor allem um die Herausbildung von Identitäten sowie die Wahrung der damit zusammenhängenden Belange, Ziele und Mittel fallen dabei in hohem Maße zusammen. Die Aktion an sich wird von den Beteiligten als sinnvoll erfahren

und dient mithin nicht nur der Realisierung des gesteckten Ziels, sondern ist gleichzeitig auch ein Teil dieses Ziels. Beispiele hierfür sind die Frauenbewegung und die Schwulenbewegung. Auch die Patientenbewegung ist eine in erster Linie identitätsorientierte Bewegung. Wir werden auf diesen Aspekt noch zurückkommen.

Der Unterschied zwischen instrumentellen und identitätsorientierten Bewegungen ist theoretischer Natur und daher eine idealtypische Unterscheidung. In der Realität kommen diese Bewegungen in reiner Form nicht vor, sondern sind meist Mischformen. Bewegungen handeln praktisch jeweils sowohl identitätsorientiert als auch instrumentell, wobei das Handeln der verschiedenen Bewegungen im Einzelfall mehr der einen oder der anderen Handlungsform zuneigt. Vor diesem Hintergrund kann man die Unterscheidung zwischen "identitätsorientiert" und ,instrumentell' anwenden, um Aussagen zum Charakter einer Bewegung in einem bestimmten Zeitabschnitt zu treffen oder von identitätsorientierten Flügeln in einer Bewegung zu sprechen (Saharso 2000; 18).

Wir verorten die niederländische Patientenbewegung als eine identitätsorientierte Bewegung. Das identitätsorientierte Handeln spielt innerhalb dieser Bewegung eine grundlegende Rolle. Es wird jedoch hier um ein instrumentelles Handeln ergänzt, das aus der Identitätsorientierung resultiert. Identitätsorientiertes Handeln bezieht sich vor allem auf Betroffenenkontakte. Im Rahmen dieses Handelns tauschen Schicksalsgefährten untereinander Erfahrungen aus, um auf diese Weise ihre krankheitsbedingten Probleme und Fürsorgeabhängigkeit besser in ihr tägliches Leben zu integrieren. Menschen lernen voneinander und entwickeln gemeinsames Wissen: Erfahrungskompetenz. Dieses identitätsorientierte Handeln konzentriert sich auf die Anerkennung oder Stärkung

der Identität sowie die Schaffung der Voraussetzungen, um diese Identität angemessen erleben zu können. Das instrumentelle Handeln innerhalb einer identitätsorientierten Bewegung basiert häufig auf dieser Erfahrungskompetenz, die in diesem Kontext als indirekte Hilfsquelle funktioniert. Krankheitsbezogene (und bestimmten Kategorien zuzuordnende) Patientenund Behindertenorganisationen sind am stärksten auf identitätsorientiertes Handeln ausgerichtet.

Diese unverzichtbare Rolle der Erfahrungskompetenz bedeutet für das identitätsorientierte Handeln vor allem eines: Die Mitglieder der Bewegung bilden das Fundament für identitätsorientiertes Handeln. Betroffenenkontakte, Selbsthilfegruppen, Consumer-run-Projekte<sup>3</sup> und Telefon-Hotlines sind aussagekräftige Beispiele für den identitätsorientierten Ansatz der Interessenvertretung. Der aktive Einsatz für ein Ziel an sich wirkt identitätsstärkend, ist folglich sinnvoll und trägt an sich zur Erreichung des Ziels bei.

Zwar stützen sich auch identitätsorientierte instrumentelle Verfahren zur Interessenvertretung auf Erfahrungskompetenz, doch tun sie dies auf eine indirekte Art und Weise. In einer solchen Konstellation wird die Erfahrungskompetenz als Hilfsquelle strategisch zur Erreichung eines Ziels eingesetzt, das außerhalb der Aktion selbst liegt. Die aus der Perspektive des Patienten erfolgende Beurteilung der Qualität von Fürsorgeleistungen ist dafür ein gutes Beispiel. Die Beurteilung und Verbesserung der

Qualität beispielsweise der häuslichen Fürsorge basiert auf Qualitätskriterien, die aus der Perspektive der Patienten entwickelt und unter Zugrundelegung der Erfahrungskompetenz von Patienten formuliert worden sind.

Man kann in der Patientenbewegung auch rein instrumentell handeln - wenn es um Verfahren der Interessenwahrung geht, die nicht auf Erfahrungskompetenz basieren und auch nicht der Stärkung der Identität oder der Gewährleistung einer angemessenen Erlebnisdimension von Identität dienen. Diese Konstellation findet man vornehmlich bei allgemeinen Patienten- und Verbraucherschutzverbänden. Prägendes Merkmal der instrumentellen Verfahren dieser Form der Interessenvertretung ist die Tatsache, dass sie anstatt von den Mitgliedern selbst genau so gut von unterstützenden Be-



die Patienten schlogen zwick

rufskräften betrieben werden können. Häufig bietet instrumentelles Handeln auf der Grundlage oder mit Hilfe professionellen Sachverstands größere Erfolgsaussichten. Gegenstand und Beispiele instrumenteller Verfahren der Interessenvertretung sind: Verbraucherinformationen, das Abschmelzen von Wartelisten, die Bereitstellung von Wahlmöglichkeiten im Fürsorgewesen, Transparenz beim bestehenden Fürsorgeangebot, gleicher und optimaler Zugang zu Fürsorgeleistungen, gerechte Verteilung und eine starke Rechtsstellung. Der aktive Einsatz zu Gunsten dieser Ziele ist nicht auf die Stärkung von Identitäten ausgelegt, Dicse Zielvorgaben liegen außerhalb und nicht innerhalb der Aktion.

Es geht in diesem Zusammenhang um Verfahren wie formale und informelle Beeinflussung von Strategieentscheidungen, die Entgegennahme und Abwicklung von Beschwerden sowie die Partizipation in Konsultativorganen. Merkmal der vor allem instrumentell handelnden Patientenorganisationen ist - wie dies bei anderen "reiferen" sozialen Bewegungen auch der Fall ist -, dass sie nicht nur in hohem Maße von Staat und Politik beeinflusst, sondern davon gleichsam aufgesaugt werden. Die in diesem Zusammenhang geführten Diskussionen sind Beleg eines vorhandenen Spannungsfeldes zwischen den Positionen: "Laus im Pelz" oder "Platz nehmen am Verhandlungstisch". Die Debatten um diese Optionen kreisen um Nutzen und Notwendigkeit des instrumentellen Handelns. Hinter der ersten Position steht die Befürchtung, zum Objekt des strategischen Handelns anderer zu werden. Folglich hütet man sich davor, auf einem Stuhl Platz zu nehmen, auf dem man nicht (wirklich) die Möglichkeit erhält, einen (wichtigen) Beitrag zu leisten. Zur Legitimation der Politik wird dagegen angeführt, dass der Patient zwar gesprochen habe, dies aber niemand zur Kenntnis nimmt.

## 3 Patientenidentität und Bürgeridentität

Die Identität von Patienten wird von den verschiedenen Teilen der Bewegung jeweils unterschiedlich bewertet und erlebt (Oudenampsen/Steketee 2000). Für das persönliche Leben chronisch kranker Menschen ist die Anerkennung der eigenen Krankheit und der damit verbundenen Folgen die Hauptsache. Behinderte und (ehemalige) psychiatrische Patienten erfahren die Patientenidentität jedoch als Hindemis, gleichsam als negative Identität, nämlich als das Vorhandensein physischer, intellektueller oder psychischer Defizite. Dies lenkt die Aufmerksamkeit von den mangelnden Möglichkeiten Behinderter ab, in der Gesellschaft partizipieren zu können. Während die Organisationen chronisch kranker Menschen unter dem Stichwort Fürsorgequalität vor allem das Gespräch mit dem als Bollwerk empfundenen Bereich der Medizin suchen, setzen sich die Behindertenorganisationen und Klientenorganisationen im Bereich der geistigen Gesundheitsfürsorge gänzlich von dem medizinischen Modell ab, das ihnen eine negative Identität beschert hat. Das Eintreten für den Status eines vollwertigen Bürgers und gleicher Rechte. mit Anerkennung für die Eigenart dieser Gruppen von Bürgern, steht für den Versuch der Stiftung einer positiven Identität als Bürger (Bürgeridentität).

Im Gegensatz zu anderen Bewegungen wie der Frauenbewegung oder der Schwulenbewegung hat die Patientenbewegung kaum die Möglichkeit zur Herausbildung einer anderen, mehr positiven Identität. Die Identität der Patientenbewegung ist doppelsinnig: Einerseits wird die Identität der Abhängigkeit von Fürsorgezuwendungen als negative Identität erfahren, aus der man gleichzeitig aber auch Kraft bezieht. Behinderte, chronisch Kranke und Klienten der geistigen Gesundheitsfürsorge wehren sich ge-

gen diese Vorstellung von Krankheit und gegen die Abhängigkeit, unter der sie leiden. Andererseits erstrebt man die Anerkennung für die Eigenart oder das "Anderssein", ohne dass dies mit der negativen Begriffsfüllung von Abhängigkeit und Elend einhergeht, die mit den Begriffen Patient und Behinderter assoziiert werden. Auch wenn man als Behinderter anders als andere Bürger ist, so möchte man doch im weitest möglichen Umfang als normaler Bürger durchs Leben gehen können. Diese Bürger möchten sich gleichzeitig auf ihre Erfahrungskompetenz berufen und vom Staat als Verbraucher des Gesundheitswesens angesprochen werden - und damit auch als Akteure akzeptiert werden, die darüber befinden können, ob das Fürsorgeangebot ihren Wünschen und Bedürfnissen als Verbraucher auch gerecht wird. Man möchte sich auf der einen Seite von den von außen aufgezwungenen Krankheitsbildem distanzieren, andererseits als Nutzer jedoch sein persönliches Urteil über die angebotenen Fürsorgeleistungen abgeben können.

Die Wurzel der Patientenbewegung bildet die Auseinandersetzung mit identitätsbezogenen und existenziellen Problemen. Diese Problematik hat sich im Widerstand gegen die weit vorangetriebene Professionalisierung und Institutionalisierung im Gesundheitswesen sowie gegen gesellschaftliche Ausgrenzung herausgebildet. Diese Identitätsproblematik hat sich auch unter dem Einfluss staatlicher Politik auf allen staatlichen Ebenen (national, regional und lokal) entwickelt und steht im Zusammenhang mit der Identität als Patient und als Bürger.

Identitäten bilden sich in einem interaktiven Prozess. Die Identität als Patient entsteht in der Interaktion mit dem Gesundheitswesen und ist - über eine Verbesserung der Qualität von Fürsorgeleistungen sowie eine entsprechende Nachfragesteuerung (d.h. Steuerung von Versorgungs- und Fürsorgeleistungen durch die Nachfrage von Patienten) - auf den Erhalt, die Wiederherstellung oder Verbesserung der Lebensqualität ausgerichtet. Die Identität als Bürger ist das Ergebnis der Interaktion mit der Gesellschaft und wird vom Grad der gesellschaftlichen Partizipation, also der vollwertigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Bürger, bestimmt. Bei diesen Identitätsaspekten handelt es sich um zwei Seiten ein und derselben Medaille. In dem Umfang, in dem Menschen auf Grund einer Funktionsstörung in ihrem Handeln eingeschränkt sind und aus diesem Grund in eine Interaktion mit dem Gesundheitssystem eintreten, schlüpfen sie in die Rolle des Patienten, Monschen mit einer Funktionsstörung schlüpfen in die Rolle des Bür-

Identität	Patient	Bürger
Basiert auf:	körperlichem oder geistigem Unvermögen/ Krankheit, Erkrankung oder Behinderung, Erfah- rung mit Krankheit und Gesundheitswesen	körperlichen oder geistigen Fähigkeiten/ Gesundheit, Erfahrung mit der Gesellschaft
Entstcht in Interaktion mit:	Gesundheitswesen	Gesellschaft
Ist ausgerichtet auf:	Qualität der Versorgungs- und Fürsorgeleistungen, Lebensqualität, Nachfrage- steuerung	gesellschaftliche Partizipation

gers, sofern sie auf Grund gesunder körperlicher oder geistiger Funktionen in der Lage sind, vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein – gesellschaftlich zu partizipieren – und ihrem Leben selbstständig Richtung und Gestalt zu geben. Das schließt nicht aus, dass Menschen sich auch gegenüber dem Gesundheitswesen (als einem Teil der Gesellschaft) als Bürger verhalten, in dem sie beispielsweise Mitglied in einem Klientenbeirat (clientenraad)<sup>4</sup> einer Einrichtung des Gesundheitswesens werden.

Die Patientenidentität basiert auf etwas, über das man nicht (mchr) verfügt und erfährt dadurch eine negative begriffliche Füllung. Dagegen basiert die Bürgeridentität auf etwas, das man sehr wohl (noch) kann und ist damit positiv besetzt. Wir haben an anderer Stelle bereits zwischen einem identitätsorientierten und einem instrumentell ausgerichteten Flügel der Patientenbewegung unterschieden. Nachstehend treffen wir innerhalb des identitätsorientierten Flügels eine Unterscheidung zwischen Patientenidentität und Bürgeridentität.

## 3.1 Bürgeridentität und gesellschaftliche Partizipation

Die Behindertenbewegung in den Niederlanden möchte sich vor allem um die Identität des Bürgers kümmern. Diese Identität hat sich insbesonders im Zusammenhang mit dem Thema der gesellschaftlichen Partizipation herausgebildet: Nicht die Erkrankung oder die Behinderung selbst – und was der Einzelne auf der Basis dessen vermag – stehen im Mittelpunkt, sondern der Mangel an Möglichkeiten, auf der Grundlage dessen, was man zu leisten in der Lage ist, gesellschaftlich zu partizipieren. Hinzu kommt der Widerstand gegen eine staatliche Politik, die Behinderte und chronisch kranke Menschen mit Einsparungen im Bereich sozialer Leistungen oder der Arbeitsbeschaf-

fung besonders schwer trifft. Es geht in diesem Zusammenhang nicht nur um den Zugang zu öffentlichen Gebäuden sowie öffentlichen Verkehrsmitteln, sondern auch um Möglichkeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren (Gehörlose und Sehbehinderte) sowie um den Erhalt von Arbeitsplätzen und Einkommen.

Obwohl die Patientenidentität für die Organisation chronisch Kranker immer noch eine wichtige Rolle spielt, entwickelt sich bei den Organisationen von Behinderten und chronisch kranken Menschen (und auch psychiatrischen Patienten) das Bedürfnis, sich von dieser (negativen) Patientenidentität zu distanzieren und sich verstärkt auf eine (positive) Bürgeridentität zu berufen (Koster-Dreese 1996). Das wiederum macht es erforderlich. sich stärker in Sachen Bürgerrechte zu engagieren. Dieser Perspektivwechsel und das gestiegene Selbstbewusstsein vor allem der Behindertenorganisationen hat einen Prozess der Politisierung und Erkämpfung von Bürgerrechten in Gang gesetzt. Unter dem Einfluss der deutschen und amerikanischen Behindertenbewegung werden Menschenrechte als neuer Bezugsrahmen der Behindertenbewegung betrachtet und auch als Mittel erkannt, sich von der negativen Identität von Behinderten zu lösen. Im Mittelpunkt steht dabei das Streben nach gleichen sozialen und politischen Bürgerrechten sowie einer vollwertigen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in einer Vielzahl von Bereichen (Beschäftigung, Bildung, Kultur). Fürsorgeangebote sowie entsprechende Einrichtungen sollen diese Partizipation ermöglichen. Diese Zielsetzung betrifft nicht nur das Gesundheitswesen, sondem auch die sozialen und sozioökonomischen Bedingungen. Abgesehen davon legt die Patientenbewegung größten Wert darauf, gegen das einseitige Bild vom Menschen mit einer Funktionsbeschränkung anzukämpfen.

## 3.2 Patientenidentität, Qualität von Fürsorgeleistungen sowie Nachfragesteuerung

Stüssgen (1997) zeigt den für chronische Patienten gegebenen Zusammenhang zwischen Krankheit und Identitätsbildung auf. Mit Blick auf die Lebensqualität unterscheidet er zwischen einer körperlichen und einer existenziellen Dimension. Die körperliche Dimension steht im Zusammenhang mit der körperlichen Gesundheit oder aber körperlichen Einschränkungen bzw. Krankheit. Die existenzielle Dimension verweist auf das psychische und soziale Funktionieren und wird von ihm unter dem Begriff "Existenzqualität" zusammengefasst. Im Zentrum der Existenzqualität stehen Sinngebung und Bedeutungsstiftung. Sie beziehen sich auf Arbeit, soziale Beziehungen, Freizeit sowie das Erleben von und den Umgang mit den Folgen von Krankheit. Wertorientierungen spielen in diesem Kontext eine wichtige Rolle.

Gesundheit und körperliche Einschränkungen wirken sich vielfach auf die Existenzqualität aus. Gesundheit entwickelt eine potenzierende Wirkung in dem Sinn, als das sie Menschen Möglichkeiten bietet, sinnvolle und die Existenzqualität steigernde Aktivitäten zu unternehmen, Sie kann einen Menschen beispielsweise in die Lage versetzen, am Arbeitsprozess zu partizipieren, ein Studium zu absolvieren, am sozialen Leben teilzuhaben oder ganz allgemein gesprochen selbstständig zu funktionieren. Krankheit oder körperliche Beschränkung bedeutet vielfach, dass jemand zu diesen Tätigkeiten gar nicht oder nur in reduziertem Umfang in der Lage ist. Die Wertschätzung von Gesundheit setzt den Erhalt der Gesundheit voraus.

Aus der Sicht von Patienten bestehen hauptsächlich zwei Spannungsfelder. Zunächst kann das Versorgungs- und Fürsorgeangebot in einem gespannten Verhältnis zur Existenzqualiät stehen.

Zwar wirkt die Fürsorge auf die Gesundheit in einem potenzierenden Sinne, kann sich aber auf die Existenzqualität auch in einem beschränkenden Sinne auswirken. Diese Spannung bewirkt beim Patienten eine mit Blick auf das Fürsorgeangebot ambivalente Haltung. Ein zweites mögliches Spannungsfeld entsteht in dem Augenblick, in dem jemand auf Grund einer körperlichen Beschränkung etwas nicht vermag, was er unter dem Aspekt der Existenzqualität aber gerne können möchte. Insbesondere chronisch kranke Menschen empfinden sich häufig nicht komplett körperlich dysfunktional. Sie sind zwar zu einem Teil krank, aber (häufig) nicht zu 100 Prozent. Sie bleiben damit Teil einer Welt der Gesunden. Diese Doppelexistenz erzeugt Spannung. Der zwischen Kranksein und Gesundheit bestehende Unterschied manifestiert sich im Erleben der Patienten nicht so sehr als scharfe Trennlinie, sondern als fließende Grenze. Diese Grenze ist das jeweils vorläufige Ergebnis des Kampfes dieses Patienten gegen sein körperliches Unvermögen, des Wunsches, seine Existenzqualität zu wahren, wiederherzustellen oder zu steigern bzw. seinen sozialen Pflichten gerecht zu werden.

Patienten leben in beiden Sphären von Gesundheit und Krankheit und reflektieren über sich unter dem Eindruck dieser beiden Sphären. Sie sind sich darüber bewusst, dass ihre Existenzqualität zu einem Teil durch körperliche Disfunktionen eingeschränkt wird. Der Körper wird von Gesetzmäßigkeiten und Prozessen bestimmt, die sie selbst nur in ausgesprochen geringem Ausmaß beeinflussen können. Gleichzeitig sind sich diese Patienten darüber im klaren, dass sie ihre Existenzqualität teilweise durchaus selbst beeinflussen können.

Formuliert man die Patientenperspektive in einem gemeinschaftlichen Sinne, so bemüht sich die Patientenbewegung darum, auf der Grundlage einer gemeinschaftlich perzipierten Identität und über kollektive Aktionen Einfluss auf

den wissenschaftlichen und professionellen Diskurs im Bereich der (Gesundheits-)Fürsorge zu nehmen. Die auf dieses Ziel ausgerichtete kollektive Aktion ist dann instrumentell und zugleich strategisch. Sie ist kein Ziel an sich, aber auf die Realisierung der Fürsorgequalität aus der Perspektive des Patienten ausgerichtet: auf ein Angebot an Fürsorgeleistungen, das dem Wunschprofil entgegenkommt, das Patienten mit Blick auf die Erzielung von Lebensqualität haben. Die Möglichkeit, dies auf selbstbestimmte Weise umzusetzen, ist unverziehtbare Voraussetzung für ein adäquates Erleben von Identität, Vor diesem Hintergrund hat sich die Patientenbewegung in den Niederlanden seit den Achtzigerjahren nachhaltig in die laufende Diskussion über das Fürsorgeangebot eingebracht. Letztendlich haben die Anstrengungen der Patientenbewegung dazu geführt, dass Patientenorientierung neben den Aspekten Effektivität und Effizienz als eines der zentralen Kriterien Eingang in das Gesetz zur Oualitätssicherung in Fürsorgeeinrichtungen (Kwaliteitswet Zorginstellingen) gefunden hat.

#### 4 Fazit

In unserem Artikel haben wir eine analytische Unterscheidung zwischen instrumentellem (strategischem) Handeln und identitätsorientiertem Handeln getroffen. Bei identitätsorientiertem Handeln fallen Ziel und Mittel weitgehend zusammen. Dieses Handeln wird an sich als sinnvoll erfahren und zielt auf die Herausbildung von Identitäten. Erfahrungskompetenz spielt dabei eine direkte und unverzichtbare Rolle. Bei instrumentellem Handeln fallen Ziel und Mittel praktisch nicht zusammen. Das Handeln wird in dem Ausmaß als sinnvoll erfahren, in dem es der Realisierung des außerhalb der Aktion selbst liegenden Ziels dient. Instrumentelles Handeln kann in dem Sinne auch identitätsorientiert wirken, in dem es der Stärkung von Identitäten oder aber der Verwirklichung von Bedingungen dient, die dem adäquaten Erleben von Identitäten entsprechen. Erfahrungskompetenz spielt in diesem Kontext als Hilfsquelle eine indirekt wirkende Rolle. Die Ideologie der Patientenbewegungen schwimmt gewissermaßen auf Identitätsauffassungen und dem Erleben solcher Identitäten - als Patient oder als Bürger. Identitätsorientiertes Handeln bildet die Basis. Das instrumentelle Handeln innerhalb der Patientenbewegung basiert auf Erfahrungsknowhow und -kompetenz und zielt auf die Realisierung von Bedingungen, unter denen sich Identität adäquat erleben lässt. Innerhalb der Patientenbewegung liegt instrumentelles Handeln folglich in den meisten Fällen auf einer Linie mit identitätsorientiertem Handeln und basiert darauf. Instrumentelles Handeln erhält auf diese Weise Richtung und Legitimität, während identitätsorientiertes Handeln um einen strategischen Ansatz erweitert wird.

Instrumentelles und identitätsorientiertes Handeln sind losgelöst voneinander nicht möglich, unterliegen andererseits im Innenverhältnis aber auch einer gewissen Spannung, Sie rührt an eine Reihe von Fragen: Worin besteht Wert und Rolle der Erfahrungskompetenz freiwilliger Akteure im Gegensatz zu Wert und Rolle der Professionalität von Berufskräften? Wie groß muss im Interesse wirksamen und effizienten Handelns das Ausmaß des Engagements der Basis und das Mandat der Berufskräfte sein? Wie intensiv muss der von der Basis ausgehende Input und wie groß muss das Feedback in Richtung Basis sein? Dieses Verhältnis von Input und Feedback spielt in den Kooperationsbeziehungen zwischen Patientenorganisationen sowie in der Diskussion über Aufgaben- und Zuständigkeitsbereiche eines jeden eine wichtige Rolle. Sie sorgt in jedem Fall für Dynamik und Diskussion innerhalb einer lebendigen Patientenbewegung.

René Stüssgen und Dick Oudenampsen arbeiten als promovierte Sozialwissenschaftler (senior-re-

searcher) am Verwey-Jonker Institute in Utrecht. Rally Rijkschroeff ist promovierter Sozialwissenschaftler und leitet als research director die Forschung an diesem Institut.

#### Anmerkungen

1 Beispielsweise gibt es kategorial ausgerichtete Patientenorganisationen, in denen ausschließlich (Ex-)Patienten oder deren nächste Angehörige Mitglied werden können, wie den Verband der Rheumapatienten (Rheumapatientenbond), den Niederländischen Verein der Multiple Sklerose-Patienten (Multiple Sclerose Vereniging Nederland) oder den Niederländischen Diabetiker-Verband (Diabetes Vereniging Nederland). Abgesehen davon gibt es Organisationen, die sich speziell um die Interessenvertretung innerhalb eines speziellen Sektors des Gesundheitswesens kümmern, wie die Nationalstiftung für Patienten und Bewohnerbeiräte im Bereich der geistigen Gesundheitsfürsorge (Landelijke Patienten en Bewonersraden in de Geestelijke Gezondheidszorg GGZ) sowie den Dachverband der Eltempflegschaften für die Fürsorge geistig behinderter Menschen (Federatie van Ouderverenigingen in de zorg voor verstandelijk gehandicapten). Darüber hinaus existieren allgemeine Patientenorganisationen wie der Niederländische Verein für Allgemeine Patientenbelange (Nederlandse Vereniging van Algemene Patientenbelangen NVAP), der Niederländische Patientenverband (Nederlandse Patienten Vereniging NPV) oder der Verein Kind und Krankenhaus (Vereniging Kind en Ziekenhuis).

- <sup>2</sup> Bei einem personengebundenen Budget erhält der Patient – im Unterschied zur Sachmittelleistung – einen Geldbetrag, mit dem er selbst einkaufen kann.
- <sup>3</sup> Consumer-run-Projekte zielen explizit auf gesellschaftliche Partizipation. Sie werden in gro-Bern Maße von Fachleuten in Sachen Erfahrungskompetenz gemanagt und umgesetzt. Diese Projekte sind in ein Netzwerk dieser Fachleute eingebettet und bieten in einer von Verständnis und Sicherheit geprägten Atmosphäre Ansporn, Zusammenhalt, wechselseitige Unterstützung, praktischen Beistand sowie Rollenmodelle. Ein gutes

Beispiel für ein Consumer-run-Projekt ist ein Geschäft oder auch ein Restaurant. Consumer-run-Projekte gibt es vor allem im Bereich der geistigen Gesundheitsfürsorge.

<sup>4</sup> In den Niederlanden sind sämtliche Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Einrichtung von Klientenbeiräten verpflichtet, die den jeweiligen Geschäftsleitungen beratend zuarbeiten.

#### Literatur

Boog, B. 1988: Het aktionalistisch paradigma van Alain Touraine c.s. (Das aktionalistische Paradigma von Alain Touraine u.d.S.), Dissertation Erasmus Universiteit, Stubeg, Hoogezand.

Duyvendak, J.W. u.a. (Hg.) 1992: Tussen verbeelding en macht. 25 jaar nieuwe sociale bewegingen in Nederland (Zwischen "Möglichkeitssinn" und Macht. 25 Jahre neue soziale Bewegungen in den Niederlanden), SUA, Amsterdam.

Koster-Dreese Y. 1996: Mensen zijn niet autonoom. Verschillen en overeenkomsten in de gehandicaptenbeweging (Menschen sind nicht autonom. Differenzen und Übereinstimmungen in der Behindertenbewegung). In: Wijnen, A. van/Y. Koster-Dreese/A. Oderwald (Hg.): Trots en treurnis. Gehandicapt in Nederland (Stolz und Trübsal. Behindertendasein in den Niederlanden). Babylon/De Geus, Gehandicaptenraad Utrecht.

Stüssgen, R.A.J. 1977: De nieuwe patiënt op weg naar autonomic. (Der neue Patient auf dem Weg in die Autonomie). (Dissertation Universiteit Utrecht), Thesis Publishers, Amsterdam.

Kriesi, H./Koopmans, R./Duyvendak, J.W./Guignis, M. 1995: New social movements in Western Europe, Minneapolis: UMP.

Oudenampsen, D./Steketee, M. 2000: De patiëntenbeweging: van afhankelijkheid naar eigen regie. (Die Patientenbewegung: Von der Abhängigkeit zur Selbstbestimmung). In: Sunier, Th./Duyvendak, J.W./Saharso, S./Steijlen, F. (Hg.): Emancipatie en subcultuur, Amsterdam: IPP, 74-97

Saharso, J.W. 2000: Identitäten in Bewegung: een nabeschouwing (Identitäten in Bewegung: Eine Nachlese). In: Sunier, Th./Duyvendak, J.W./Saharso, S./Steijlen, F. (Hg.): Emancipatie en subcultuur, Amsterdam: IPP, 178-196.

Heidi Nadolski

## Patienten in Amerika

#### 1 Einleitung

Den Patienten gibt es in Amerika nicht. Amerika ist ein Land großer Versorgungsungleichheiten. Die Qualität und der Zugang zu medizinischen Behandlungen und dementsprechend die Morbidität und Mortalität differieren stark zwischen den einzelnen Bundesstaaten, der Stadt- und Landbevölkerung, den Einkommensschichten, den Altersgruppen, den einzelnen ethnischen Gruppen und vor allem zwischen den unterschiedlichen Versicherungszugehörigkeiten 2002). Auch in Deutschland werden nicht alle gleich versorgt, und es gibt Unterschiede zwischen Privatpatienten und den gesetzlich Versicherten. Im Vergleich zu den USA sind diese Unterschiede jedoch marginal. In Deutschland haben nach dem Prinzip der Bedürftigkeit alle Versicherte unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Krankheitsstatus den gleichen Zugang zu einer wohnortnahen, qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. Das wirkt auf viele Amerikaner egalitär und sozialistisch, sind ihnen doch große Lebensunterschiede und die Erwartung, eigenverantwortlich zu handeln, von jeher vertraut. Die großen Versorgungsungleichheiten im amerikanischen Gesundheitssystem werden dennoch immer stärker als Problem empfunden. Das liegt an der nach wie vor - für Deutschland unvorstellbaren - großen Gruppe der gänzlich unversicherten Bevölkerung und an den rasant steigenden Preisen im Gesundheitswesen. Die Amerikaner haben in Relation zu ihrer ökonomischen Kraft die höchsten Gesundheitsausgaben der Welt. Sie haben im Jahre 2000 1,3 Billionen Dollar für Gesundheit ausgegeben, so viel wie das Bruttoinlandsprodukt Frankreichs. Jeder Amerikaner verbrauchte in 2000 durchschnittlich 4.637 Dollar; rund 15 Prozent der gesamten Ausgaben für Gesundheit zahlen die Patienten selber.

Das amerikanische Gesundheitswesen gilt als dringend reformbedürftig. Mittlerweile kann sich keine politische Gruppierung mehr leisten, die Versorgungs- und Kostenprobleme nicht lösen zu wollen. "Amerikaner wissen, dass ökonomische Sicherheit ohne Gesundheitsversorgung nichts bedeutet", erkennt auch der amtierende Präsident George W. Bush, Seine Versprechen im Präsidentenwahlkampf hat er in einer Grundsatzrede im Februar diesen Jahres vor einem Fachpublikum wiederholt: "Wir müssen ein modernes, innovatives Gesundheitswesen errichten, das Patienten mehr Wahlmöglichkeiten lässt und sie weniger einengt..." (Milbank 2002). Das richtet sich an alle Patienten. Diese bilden aber eine sehr heterogene Gruppe, Deshalb werden im vorliegenden Beitrag die aktuelle Diskussion, die neuesten Trends und die drängenden Probleme des amerikanischen Gesundheitswesens anhand einzelner Patientenuntergruppen dargestellt. Die Aufteilung in Medicare- und Medicaid-Patienten, in Kinder, Privatpatienten und Unversicherte ist nur grob und es gibt Überschneidungen zwischen diesen Gruppen. So kann ein Medicare-Patient zusätzlich privat versichert sein, es gibt unversicherte Kinder und unterversicherte Privatpatienten.

#### 2 Die Medicare-Patienten

Ist man Rentner in den USA, ist man wahrscheinlich Medicare-versichert. Unter diesem staatlichen Programm sind im Wesentlichen 39 Mio. Rentner ab 65 Jahren und die ihnen gegenüber Unterhaltsberechtigten versichert. rund 15 Prozent der amerikanischen Bevölkerung. Das von der Regierung 1965 eingeführte Programm übernimmt obligatorisch die Kosten der stationären ("Hospital Insurance") und gegen eine monatliche Prämie fakultativ die Kosten der ambulanten Behandlung ("Supplementary Medical Insurance'). Ein Versicherter, der einen Medicare-Leistungserbringer in Anspruch nimmt, muss umfangreiche Selbstbehalte und erhebliche Zuzahlungen für Arzt. Krankenhaus und Pflege tragen. Beispielsweise werden nur 80 Prozent der Arztkosten ersetzt Die momentan günstigen finanziellen Verhältnisse von Medicare werden überschattet von offiziellen Schätzungen, die schon ab dem Jahre 2010 erhebliche Engpässe prognostizieren. Ab diesem Zeitpunkt kommt es zu einem sprunghaften Anstieg an geburtenstarken Jahrgängen. die sich ab dem Jahre 2010 für Medicare zu qualifizieren beginnen. Widersinnigerweise hat Präsident Bush in seinem jetzt vorliegenden Haushaltsplan die Zuwachsraten für Medicare gekappt.

Seit Januar diesen Jahres wurden speziell die ärztlichen Vergütungen für Leistungen an Medicare-Versicherte um 5,4 Prozent gekürzt. Der Arzt erhält für die Behandlung von Medicare-Patienten manchmal nur einen Bruchteil dessen, was er anderen Patienten in Rechnung stellt. Für eine generelle Untersuchung in der Praxis beispielsweise berechnen Ärzte durchschnittlich 100 Dollar, Medicare zahlt nur 25 Dollar. Die amerikanische Ärzteorganisation (American Medical Association) errechnet für dieses Jahr einen insgesamten Verlust für die Ärzteschaft von 7 Milliarden Dol-

lar, d.h. mehrere tausend Dollar Einbußen pro Arzt. Das verstärkt den Trend, dass viele Ärzte Medicare-Patienten verweigern, weil sie nicht mehr kostendeckend behandeln können, oder es ablehnen, mit Medicare abzurechnen, So kann es den Versicherten gehen wie der 80jährigen Rentnerin aus Washington, die von ihrer Hausärztin einen Brief erhielt, dass diese jetzt nicht mehr mit Medicare abrechnet und ihre Patienten die Leistungen künftig selber zahlen müssen. Möchte die alte Dame ihre Hausärztin behalten, muss sie den wesentlich höheren Betrag vorleisten und nun selber versuchen, einen Teil zurückzubekommen. In iedem Fall wird sie eine noch größere Eigenbeteiligung an den von ihr verursachten Arztkosten tragen müssen, die noch zu den erheblichen Medikamentenkosten hinzukommen

Anders als im deutschen Sozialversicherungsrecht ist die Versorgung mit Arzneimitteln nicht im Leistungskatalog von Medicare enthalten. Das ist bei den dramatisch steigenden Medikamentenpreisen ein Problem. Im Jahre 2000 sind die Ausgaben für Arzneimittel im Vergleich zum Vorjahr um 17,3 Prozent gestiegen. Es ist bei amerikanischen Rentnern nicht unüblich, dass ein Drittel der monatlichen Rente für Arzneimittel verbraucht wird. 7 Prozent der Medicare-Versicherten sind einer jährlichen Belastung von über 2000 Dollar ausgesetzt. Dieses Problem versprach Präsident Bush zu Beginn seiner Amtszeit zu lösen und hat dies zur großen Erleichterung der Rentner trotz der finanziell angespannten Situation durch den 11. September in seiner kürzlich gehaltenen Rede zur Lage der Nation wiederholt. Die von Bush vorgeschene staatliche Unterstützung besteht darin, den Leistungsberechtigten einkommensabhängig einen Teil ihrer Versicherungsprämie zu ersetzen, damit sie sich eine private Arzneimittelversicherung leisten können (Nadolski 2001a und b)

Bush will das ganze Medicare-System mit seinem jetzigen vereinheitlichten Versicherungsund Leistungsrecht stärker mit dem privaten Versicherungssektor verknüpfen. Sein Ziel ist es, den Anteil der momentan knapp 6 Prozent Medicare-Versicherten, die Leistungen über eine private Versicherung beziehen, zu vergrößern (das Programm nennt sich Medicare+Choice). Eine Flexibilisierung des Vertrags- und Leistungsrechtes wird auch in Deutschland von Gesundheitsexperten seit langem gefordert. Die Idee ist, den einheitlichen Leistungskatalog auf eine Basisversorgung zu beschränken und den Versicherten Raum für individuelle Zusatzversicherungen zu geben.

#### 3 Die Medicaid-Patienten

Im Vergleich zu den Rentnern, die unter Medicare versichert sind, ging es den Medicaid-Patienten bisher besser, weil sie auch die Arzneimittel bezahlt bekommen und sie weitgehend von Zuzahlungen befreit sind. Medicaid ist der Sozialversicherungszweig, der im Wesentlichen den 44 Millionen ärmsten Amerikanern Krankenversicherungsschutz bietet. Eine dreiköpfige Familie darf nicht mehr als 21,945 Dollar im Jahr zur Verfügung haben, um Medicaid-Leistungen zu erhalten. Diese staatliche Hilfe, die seit 1965 existiert, ist mit dem Krankenversicherungsschutz der Sozialhilfeempfänger in Deutschland zu vergleichen, Medieaid wird mit bundes- und einzelstaatlichen Mitteln von knapp 200 Mrd. Dollar pro Jahr föderal organisiert.

Endgültig seit diesem Jahr befindet sich Medicaid in einer finanziellen Krise. Die Einnahmen sind aufgrund der Rezession im letzten Jahr gesunken und die Zahl der Leistungsempfänger ist wegen vermehrter Arbeitslosigkeit gestiegen. Die Mittel reichen nicht mehr, um den steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu begegnen. Allein letztes Jahr sind die Ausgaben insgesamt um 11 Prozent gestiegen, die von Medicaid erstatteten Arzneimittelkosten um 20 Prozent. Die Bundesstaaten wissen sich nicht mehr anders zu helfen als die Leistungen zu kürzen, etliche Behandlungsbereiche ganz auszuschließen, höhere Zuzahlungen zu fordem und dem medizinischen Personal weniger zu zahlen. Die von Bush begonnenen und weiterhin geplanten Steuersenkungen treffen die Sozialversicherungsprogramme indirekt noch zusätzlich, denn sie verkleinem die Staatseinnahmen und damit die Möglichkeiten soezifischer Ausgaben im Gesundheitsbereich, bringen etliche Bundesstaaten in noch größere Zahlungsschwierigkeiten und nehmen den Staaten die Chance, dem Kostenanstieg gegenzusteuern. Den Medicaid-Patienten geht es also zunehmend schlechter. Da sie zu den Ärmsten des Landes gehören, haben sie keine Ausweichmöglichkeiten. Sie haben nicht die Mittel für die steigenden Zuzahlungen oder für private Versicherungen. Mitte Januar demonstrierten Betroffene vor dem Washingtoner Kongress gegen die Zustände.

#### 4 Kinder

Bush hat die Wahl um die Präsidentschaft auch mit dem Versprechen bestritten, die Versorgung der amerikanischen Kinder und Jugendlichen zu verbessern. Sein populärer Wahlslogan, kein Kind in Amerika solle benachteiligt und vergessen werden ("leave no child behind"), bezog sich nicht nur auf eine Reform im Schulwesen, sondern auch auf eine verbesserte medizinische Versorgung. Noch haben über zehn Millionen Kinder und Jugendliche keinen Krankenversicherungsschutz. 1997 hat die damalige Clinton-Regierung das "Children's Health Insurance Program' (CHIP) eingeführt, um die Situation für die unversicherten Kinder zu verbessern. Kinder, die sich nicht für die Armenversicherung Medicaid qualifizieren konnten, oft die Kinder der ,working poor -Klasse, kön-

nen unter diesem Programm versichert werden. Hat eine dreiköpfige Familie ein Jahreseinkommen von weniger als 28,300 Dollar. erhält das Kind den Zugang zu CHIP. Dafür wurden von der Regierung für die Jahre von 1997 bis 2002 24 Milliarden Dollar bereitgestellt. Die Organisation des CHIP liegt in einzelstaatlicher, nicht in nationaler Hand, was zu sehr unterschiedlicher Ausgestaltung und Inanspruchnahme geführt hat. Erst ein Viertel der bereitgestellten Mittel wurde verbraucht. Die Zahl der nicht versicherten Kinder ist seit Einführung des Programmes gesunken, aber noch nehmen längst nicht alle Berechtigten die Leistungen in Anspruch, was die vormalige Regierung zu umfangreichen Informationsund Werbemaßnahmen für CHIP veranlasst hat. Die jetzige Regierung sieht sich nun mit dem Problem konfrontiert, die zusätzlichen Leistungsempfänger auch trotz schlechterer finanziellen Lage der Staaten versorgen zu können. Nicht gerade kinderfreundlich sind auch die jetzt bekannt gegebenen Kürzungen von 85 Millionen Dollar für die Ausbildung von Kinderärzten.<sup>1</sup>

# 5 Die Privatpatienten5.1 Die managed care-Patienten

Als Patient, der in Anspruch genommene medizinische Leistungen über eine managed care-Organisation abrechnet, gehört man zur Mehrheit der 270 Millionen Amerikaner, Rund 160 Millionen, zumeist Angestellte mittlerer und größerer Betriebe, sind über ihren Arbeitgeber in managed care-Organisationen, entweder in Health Maintenance Organizations (HMOs), oder in Preferred Provider Organizations (PPOs) versichert. Hinzu kommen die Mitglieder der staatlichen Regierungsprogramme Medicare und Medicaid, die gleichzeitig bei einer HMO eingeschrieben sind. So wurden letztes Jahr mehr als die Hälfte der Medicaid-Vericherten durch managed care versorgt.

Managed care-Organisationen organisieren mit dem Ziel der Kostenkontrolle sowohl die Finanzierung als auch die Erbringung medizinischer Leistungen unter einem Dach. Den Versicherten steht ein jeweilig definierter Leistungskatalog offen, der die grundlegenden ambulanten und stationären Behandlungen leitlinienorientiert umfassen muss und von einer begrenzten Zahl von Leistungserbringern gewährleistet wird. Die PPOs sind eine abgewandelte Form der HMOs, die gegen Gebühr erlauben, auch Ärzte außerhalb der Gruppe aufzusuchen.

So wie es nicht den Patienten gibt, gibt es auch nicht den typischen managed care-Patienten. Es bestehen je nach abgeschlossenem Versicherungspaket große Unterschiede bezüglich des Leistungsumfangs; und das nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der HMOs.

Die HMOs fanden weltweit Beachtung und Nachahmung, aber ihr Stern sinkt seit Ende der 90er Jahre, da sie die Erwartungen in Bezug auf Qualitäts- und Kostenverbesserung nicht bestätigen konnten. In den letzten Jahren stiegen die Kosten, u.a. wegen des hohen administrativen Aufwandes, rasant an, und vor allem bei den Patienten herrscht eine große Unzufriedenheit. Es häufen sich die Klagen von Versicherten und auch von den mit den Organisationen arbeitenden Ärzten, die die Verfahrensweise der HMOs als zu restriktiv empfinden. Die Versicherten und die Leistungserbringer beschweren sich öffentlich darüber, dass die HMOs

- Behandlungen und medizinische Tests verweigern,
- den Zugang zu Spezialisten erschweren,
- bei der Notaufnahme ins Krankenhaus eine vorherige Genehmigung verlangen und die

Notfallversorgung insgesamt unzureichend abdecken,

- den Arzt-Patientenkontakt immer mehr begrenzen,
- · Rechnungen sehr spät begleichen,
- schlecht erreichbar sind und Fragen der Versicherten unbefriedigend beantworten.

Die Regierung hat versprochen, den geknebelten Patienten und Ärzten zu helfen. Sie will aber keine staatlichen Lösungen schaffen, die die private Versicherungsbranche reglementieren, sondern stattdessen den Patienten und den Ärzten ermöglichen, sich besser gegen die Unzulänglichkeiten der HMO's wehren zu können, Dem Kongress liegt ein Gesetzesentwurf über Patientenrechte ("patients' bill of rights') vor, nach dem Patienten, die einen Verstoß gegen vertraglich vereinbarte Bedingungen hinnehmen mussten, vor dem Bundesgericht bis zu 5 Millionen Dollar einklagen können. Bush hat aber Bedenken, dass der vorgelegte Entwurf vermeintlich Betroffene zu überzogenen Klagen einlädt. Er warnt vor einer explodierenden Zahl von Gerichtsverfahren und hält insbesondere die maximale Höhe der einklagbaren Strafen für unangemessen. Bush will die Unternehmen, die ihre Beschäftigten versichern, vor der Mithaftung schützen und außerdem sicherstellen, dass Geschädigte nur dann klagen können, wenn sie vorab alle Einspruchsund Einigungsmöglichkeiten innerhalb der HMO ausgeschöpft haben. Der Kongress wird sich wohl auf eine Kompromissvorlage einigen, die Richtung ist jedoch eindeutig: Die Macht der managed care-Organisationen soll eingedämmt, die Rechte der Patienten und der Leistungserbringer gestärkt werden.

Auch ohne staatlichen Druck kam Bewegung in die managed care-Szene, denn aufgrund des bisherigen Arbeitskräftemangels in den USA verlagerte sich Macht zugunsten der Arbeitnehmer, Arbeitgeber, die üblicherweise ausschließlich daran interessiert waren, ihre Mitarbeiter billig zu versichern, gingen stärker auf die Interessen der Beschäftigten ein, die eine bessere Gesundheitsversorgung für sich und ihre Familien verlangen. Attraktive Krankenversicherungspakete anzubieten wird für die Firmen zum Standortvorteil. Die managed care-Organisationen, die sich nicht von der Entwicklung überrollen lassen wollen, haben sich ihrerseits auf ihre Kunden, die Arbeitgeber, die Ärzte und die Patienten zubewegt und viele Forderungen der ,patients' bill of rights' schon von sich aus erfüllt. Die Patienten haben heute tendenziell eine größere Chance, Leistungen zu erhalten, die noch vor wenigen Jahren verweigert worden waren. Die aufgestockten Leistungspakete und die erweiterten Arztinanspruchnahmerechte (,point-of-service options') vieler HMOs sind aber auch ein Grund der Kostensteigerungen. Und da die Arbeitslosenzahlen seit einem Jahr wieder steigen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es wieder zu einer Gegenbewegung, bzw. zu einer Rückentwicklung kommt.

#### 5.2 Die fee-for-service'-Patienten

Die "fee-for-service"-Organisationen sind Privatversicherungen im engeren Sinne und basieren auf dem Prinzip, dass die Versicherung als dritte Partei dem Arzt die Leistungen vergütet, die dem Versicherten erbracht wurden. Wie bei deutschen Privatversicherungen funktionieren amerikanische nach dem Kostenerstattungsprinzip, d.h. der Patient in Amerika muss die Rechnung bezahlen und bekommt abzüglich eines jährlichen Selbstbehaltes von durchschnittlich 240 Dollar üblicherweise 80 Prozent der Kosten ersetzt. Bis vor einigen Jahren war man als "fee-for-service"-Versicher-

ter ein gem gesehener Patient, der durchschnittlich mehr Wahlfreiheiten hatte und im Vergleich zu einem managed care-Patienten mehr Leistungen bezahlt bekam. Das hat sich geändert, denn die ,fee-for-service'-Versicherungen haben sich in Richtung HMOs entwickelt und umgekehrt. Heute verfügt eine 'fee-for-service'-Organisation typischerweise ebenfalls über bürokratische Verfahren, Leistungen zu genehmigen, über Medikamentenlisten und über ein Netzwerk von Dienstleistern, die sich an Leitlinien und umfangreiche Restriktionen halten müssen. Das System der Einzelleistungsvergütung führte insgesamt zur Leistungsausweitung. So fielen im ,fec-for-service'-Bereich durchschnittlich mehr medizinische Behandlungen und Krankenhausaufenthalte an als bei managed care-Patienten. Ob .fee-for-service'-Patienten gesünder sind als managed care-Patienten, lässt sich nicht sagen, denn vergleichende Studien über den Versorgungs- und Gesundheitszustand geben keine einheitliche Richtung wider. Die Tatsache, dass sich die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Arten, privat versichert zu sein, verwischt haben. ist wieder ein Beweis für die Dynamik des amerikanischen Gesundheitswesens, welches auch ohne staatliche Regelungen schnell auf Veränderungen reagiert.

#### 6 Die unversicherten Patienten

In Amerika gibt es über 40 Millionen Menschen, davon fast ein Viertel Kinder und Jugendliche, die überhaupt keinen Versicherungsschutz haben. Das sind zumeist Angehörige der "working poor'-Klasse, die gerade zu viel für die Qualifikation für Medicaid zur Verfügung haben. Nach einem leichten Rückgang Ende der 90er Jahre ist im Jahre 2001 der Anteil der Unversicherten wegen Arbeitsplatzverlust wieder dramatisch um 2,2 Millionen gestiegen. Den Rekord von einem Viertel unversicherter Bürger hält der Bundesstaat Te-

xas, für den vor seiner Präsidentschaft George W. Bush als Gouverneur verantwortlich war. Es gibt weder eine Versicherungspflicht noch decken die staatlichen Programme Medicare, Medicaid oder CHIP die gesamte Bevölkerung, die nicht privat versichert ist, ab. In Deutschland beträgt der Prozentsatz weder privat noch gesetzlich Versicherter weniger als 1 Prozent: u.a. Obdachlose, die nicht erfasst werden können.

Was macht man als night versicherter Kranker in Amerika? Die meisten versuchen, den Arztbesuch so weit wie möglich hinauszuzögern und verzichten auf die generellen Vorsorgeuntersuchungen. Da in den Notfallaufnahmen der Krankenhäuser jeder behandelt werden muss. auch wenn er später seine Rechnung nicht zahlen kann, sind diese entsprechend überfüllt. Viele Ärzte bleiben auf ihren Arztrechnungen sitzen. Mit Glück lebt man in einer Kommune. die Programme anbietet. Unversicherten den Zugang zur medizinischen Versorgung zu ermöglichen. Die Mittel für diese kommunalen Einrichtungen wurden jetzt in dem vorliegenden Haushaltplan der Regierung aufgestockt. Oft leisten Ärzte und anderes medizinisches Personal in speziellen Kliniken und Praxen zusätzlich zu ihrer Arbeit nicht bezahlten Dienst. Es ist typisch für die hilfsbereiten Amerikaner, Missstände vor Ort zu beheben und umfangreiche Spendenaktionen zu organisieren, um Bedürftigen zu helfen. Es ist in Amerika auch nicht ausgeschlossen, einen Arzt zu finden, der einen kleinen Prozentsatz seiner Klientel unentgeltlich behandelt. Die genannten Auffangmechanismen reichen aber bei weitem nicht aus, alle Kranken versorgen zu können. Ein kleiner Teil der nichtversicherten amerikanischen Bürger ist so wohlhabend, dass anfallende Krankheitskosten ohne Versicherung getragen werden können, ein Viertel iedoch hat lediglich ein Haushaltseinkommen von weniger als 25.000 Dollar im Jahr zur Verfügung.

Unbezahlte Arztrechnungen sind der hauptsächliche Grund für die Verschuldung von Familien und für finanziellen Bankrott.

In Amerika wird die Situation der mittellosen Kranken seit vielen Jahren diskutiert und als zu lösendes Problem erkannt, auch wenn die Toleranzschwelle eines solchen Zustandes viel höher liegen mag als in Deutschland. Auch die jetzige Regierung möchte den Zugang zur medizinischen Versorgung erleichtern, aber eine umfassende bundesstaatliche Reform ist nicht zu erwarten. Die Republikaner bevorzugen eher subsidiäre und private Lösungen. Bush argumentiert, dass sein Steuersenkungsprogramm den Bürgern finanziellen Spielraum gibt, um private Krankenversicherungen abzuschließen. Er bittet das Parlament um ein 89 Milliarden starkes Steuererleichterungspaket für die nächsten 10 Jahre. Davon profitieren aber viele Unversicherte nicht, die schon jetzt aufgrund geringer Verdienste kaum Steuern zahlen, Berechnungen ergeben, dass selbst bei Mittelklasseverdienern die Steuererleichterungen nicht hoch genug sind, um sich ausreichend Krankenversicherungsschutz leisten zu können. Eine gesunde junge Frau zahlt durchschnittlich knapp 5000 Dollar im Jahr für eine Basisversicherung. Hilfreicher erscheinen da die Vorschläge, private Medizin-Sparkonten ("medical savings accounts') zu ermöglichen, von denen im Krankheitsfall gezehrt werden kann (Goodman 2001).

#### 7 Ausblick

Die geschilderten Probleme der einzelnen Patientengruppen haben gezeigt, dass das amerikanische Gesundheitswesen reformbedürftig ist. Wie reformfähig aber sind die Amerikaner? Der letzte Versuch, einen umfassenden Versicherungsschutz für alle Amerikaner sicherzustellen, ist 1994 gescheitert: US-Präsident Clinton brachte den "Health Security Act"

ein, den eine Expertenkommission unter Leitung seiner Frau entwickelt hatte und der Leistungsempfängern ein dem deutschen ähnliches Dienst- und Sachleistungspaket bieten sollte. Das Gesetz wurde aber nicht nur aus politökonomischen Gründen abgelehnt, sondern auch, weil es vielen Amerikanern zu weit reichend und zu "sozialistisch" erschien. Die damaligen Überlegungen verkörperten einen Systemwandel und hätten eine Reform im eigentlichen Sinne bedeutet.

Die amerikanische Bevölkerung ist aber alles andere als reformresistent und reagiert sehr schnell und flexibel auf Missstände. Das Wall Street Journal gibt Patienten in einer umfangreichen Wochenendbeilage Tipps, wie mit den Ärzten über den Preis der Behandlung gehandelt werden kann. Bei steigenden Behandlungskosten, hohen Zuzahlungsanteilen und vielen Bereichen - wie Psychotherapie oder Fertilitätsmedizin -, die meistens von keiner Versicherung getragen werden, sind die hohen Arztrechnungen eine immer höhere Belastung für alle Patienten. Es ist plötzlich nicht mehr unschicklich, bei seinem Arzt nach einem Nachlass zu fragen, was 17 Prozent der Patienten letztes Jahr gemacht haben. Die Hälfte der "Feilscher" musste dann durchschnittlich ein Drittel weniger zahlen.

Die jetzige republikanische Regierung ist nicht daran interessiert, staatlicherseits eine Reform, aus einem Guss' zu schaffen und bietet nur Programme, die vereinzelte Probleme lösen, wie die Medikamentenversorgung für Rentner. Die Richtung, die Bush vorgegeben hat, ist eindeutig: mehr Privatisierung, mehr Eigenverantwortung und mehr einzelstaatliche Lösungen. Durch Steuersenkungen in enormen Ausmaß will Bush den Bürgern den Spielraum eröffnen, sich auf dem privaten Versicherungsmarkt gegen das Risiko Krankheit adäquat zu schützen. Die Reformvorschläge der aktuellen

Regierung basieren darauf, dass die Betroffenen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich handeln zu können. Die Bereitschaft der amerikanischen Bevölkerung, aber auch der Zwang, Eigenverantwortung wahrzunehmen und sich flexibel auf Anderungen einzustellen, sind auf jeden Fall größer als in Deutschland, weshalb mehr Bewegung im amerikanischen Gesundheitswesen ist. Nach dem wirtschaftlichen Boom der 90er Jahre wird die schlechtere ökonomische Situation Auswirkungen auf alle Patientengruppen haben. Nicht alle Patienten sind überhaupt in der Lage, erfinderisch für sich selbst zu sorgen, weil sie zu jung, zu alt, zu krank oder zu mittellos sind. Hier ist der Staat gefragt.

Heidi Nadolski, Dipl.-Volkswirtin mit dem Schwerpunkt Gesundheitsökonomie, 1995-1997 Wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1997-2000 Persönliche Assistentin des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, seit Oktober 2000 Referentin und Beraterin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Washington DC. Kontakt: HeidiNadolski@aol.com

## Anmerkung

<sup>1</sup> Die Kürzungen betreffen das "Children's Hospital Graduate Medical Education program".

#### Literatur

Conolly, Ceci 2002: Report says minorities get lower-quality health care. In: The Washington Post, 21.2.2002. Goodman, John C. 2001: Amerikanische Erfahrungen mit "managed care". Beitrag für die Tagung "Standards in Health Care", Schwäbisch Hall, Deutschland, 13.-15.12.2001.

Milbank, Dana 2002: Bush outlines health plan, raises funds. In: Washington Post, 12.2.2002.

Nadolski, Heidi 2001a; Zur Reform des amerikanischen Gesundheitswesens. In: Die Krankenversicherung, Ig. 53, Heft 3/4, 114-117.

Nadolski, Heidi 2001b: Health Care in den USA. Macht Bush Amerika gesund? In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 4, Heft 2, 34-38.

#### Weitere Leseempfehlungen

Borbely, Marc 2001: This may hurt. Some doctors are spurning managed care, giving more time – and a bigger bill – to their patients. In: Washington Post, 30.10.2001.

Freudenheim, Milton 2002: Coalition forms to reverse trend of fast-rising ranks of uninsured Americans. In: New York Times, 9.2.2002.

Hoff, John 2001: A better patient's bill of rights. In: National Center for Policy Analysis, Brief analysis Nr. 355, 19.4.2001.

Ivans, Molly 2002: As health care crumbles, In: The Washington Post, 30.3.2002.

Krugman, Paul 2002: Bad medicine. In: The New York Times, 19.3.2002.

Pear, Robert/Toner, Robin 2002: Amid fiscal crisis, medicaid is facing cuts from states. In: New York Times, 14.1.2002.

Pear, Robert 2000: H.M.O.'s to cancel coverage of 700.000 getting Medicare. In: New York Times, 30.6.2000.

Reidelbach, John 2002: Can we talk price? In: Wall Street Journal, 8.2.2002.

Tumulty, Karen 2002: Health care has a relapse. In: The Time Magazin, 11.3.2002.

Wright, John W. (Hg.) 2002: The New York Times Almanach, New York.

Soeben erschienen:

## Stichwort: Gesundheitspolitik

Aspekte, Analysen, Argumente

Franz Knieps (Hrsg.)

9,80 Euro, 280 Seiten ISBN 3-9806621-3-6



Wie können Ärzte, Kliniken und Pflegedienste besser zusammenarbeiten? Brauchen Patienten mehr Rechte? Hat die Pflegeversicherung Zukunft? Wie wollen die Parteien das Gesundheitswesen kurieren? Antworten auf diese und viele weitere Fragen gibt "Stichwort: Gesundheitspolitik". In mehr als einem Dutzend Beiträgen beschreiben und analysieren die Autorinnen und Autoren aktuelle und künftige Problemlagen des Gesundheitssystems in Deutschland – von A wie Alterspyramide bis Z wie Zuzahlungserhöhung.

"Stichwort: Gesundheitspolitik" ist nicht nur für Insider aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der Ärzteschaft, der Pharmaindustrie oder dem Krankenhausbereich gedacht. Das Buch ist auch ein idealer Einstieg für all diejenigen, die sich schnell einen Überblick über den Zustand des Gesundheitswesens verschaffen wollen – die nächste Gesundheitsreform kommt bestimmt!

Mit dem Buch "Stichwort: Gesundheitspolitik" setzt der KomPart-Verlag eine Reihe nützlicher Taschenbücher fort, die sich mit dem bundesdeutschen Gesundheitswesen beschäftigen. Bisher erschienen: "Stichwort: Gesundheitswesen – ein Lexikon für Einsteiger und Insider" (derzeit vergriffen; Neuaustage in Vorbereitung) und "Stichwort: Diabetes – Dokumentation eines internationalen Symposions".

#### Bestelladresse:

Kompart Verlagsgesellschaft mbH& CoKG,

Kortrijkerstraße 1, 53177 Bonn

Tel.: (0228) 84 900-0 Fax: (0228) 84 900-246 E-Mail: Verlag@kompart.de Kom + Part

## **BERICHT**

## Gesunde Städte

#### 1 Gesundheit durch Politik

Wie erreichen wir "den höchstmöglichen Gesundheitszustand für alle Menschen", wie es in Artikel 1 der WHO-Verfassung heißt? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO), prominente Sozialmediziner jüngeren oder älteren Datums und Gesundheitsfachleute antworten darauf: durch Politik.

Ernst Bloch war davon überzeugt, dass Gesundheit nicht nur ein medizinischer, sondern vor allen Dingen ein "gesellschaftlicher Begriff" ist. Der Sozialmediziner Rudolph Virchow hatte bereits im Ausgang des vorletzten Jahrhunderts geschlussfolgert: Die wirkungsvollsten Heilmittel gegen die Ausbreitung von Infektionskrankheiten sind Wohlstand, Erziehung und Freiheit. Der Sozialmediziner Hans-Ulrich Deppe hat seine Überzeugung in den 90er Jahren noch knapper, aber provozierend unmissverständlich auf den Punkt gebracht: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar.

In seinen richtungsweisenden Arbeiten über die Entwicklung der Gesundheit im 19. Jahrhundert hat Thomas McKeowns mit aller Deutlichkeit nachgewiesen: Die Zunahme der Lebenserwartung und die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung sind in erster Linic auf die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen (z.B. Verbesserungen der Wohn- und Arbeitsbedingungen, die Einführung der allgemeinen Schulpflicht, das insgesamt verbesserte Nahrungsangebot) zurückzuführen und nicht auf den "medizinischen Fortschritt".

Gesundheit, so Ilona Kickbusch, ehemalige Mentorin des Healthy Citys-Projektes beim curopäischen Regionalbüro der WHO in Kopenhagen und heutige Professorin an der Yale-University im amerikanischen New Haven, wird kulturell, sozial und politisch bestimmt. Die politische Kraft "der Gesundheit" hängt maßgeblich davon ab, ob Gesundheit als eine gesellschaftliche Aufgabe entdeckt wird. Wird Gesundheit dagegen "Beute" einer einzelnen Berufsgruppe oder eines einzelnen Sektors, ist sie als gemeinschaftliche Aufgabe mit gemeinsamer Verantwortung verloren.

## 2 Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation

Die intersektorale Verantwortung für Gesundheit ist die zentrale Empfehlung der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung, die im Jahr 1986 verabschiedet wurde und his heute für die Gesunde Städte Bewegung eine zentrale Bedeutung hat. Kern dieses Dokuments sind drei grundlegende Handlungsstrategien - gesundheitsverträgliche Entwicklung und Veränderung der Rahmenbedingungen für Gesundheit, das koordinierte Zusammenwirken von Menschen aus allen Lebensbereichen, die Förderung von Gesundheitskompetenz - und fünf vorrangige Handlungsfelder. Dazu zählen die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten, die Stärkung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktivitäten, die Neuorientierung von Gesundheitsdiensten sowie die Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen.

Diese Sichtweise ist auf programmatischer Ebene mittlerweile "Allgemeingut": So plädiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Anfang 2001 veröffentlichten Gutachten "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" nachdrücklich für eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus auf Bildungs-"Arbeits-"Verkehrs-"Stadt-

entwicklungs-, und Umweltpolitik Einfluss nimmt. Ähnliches hatte bereits 1991 die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder beschlossen.

#### 3 Städte sind Akteure der Gesundheitsförderung

Städte haben wichtige Aufgaben zu erfüllen: In Städten regeln Bürgerinnen und Bürger ihr wirtschaftliches und soziales Leben und Überleben. Die Sicherstellung der Grundbedürfnisse aller Bevölkerungsschichten in Bezug auf Wasser, Energie, Wohnen, Einkommen, Ernährung, Sicherheit und Arbeit, ein hochwertiges und für jedermann zugängliches Maß an öffentlicher Gesundheits-, Krankheits- und Bildungsversorgung sind nur einige der wichtigsten Aspekte, die in dem Sozialsystem Stadt organisiert werden. Gesundheit gehört zu den bedeutsamen Voraussetzungen für Teilhabe von Bürgerinnen und Bürgern am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben sowie für Lebensqualität. Sie gewährleistet Produktivität und ist damit auch Garant für wirtschaftliche und gesellschaftliche Stabilität in den Städten. Das sind vielen Kommunen Gründe genug, sich - trotz finanzieller Engpässe durch Einbußen bei der Gewerbesteuer und fortschreitender Ausgaben in der Sozialhilfe - für gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen und für vielfältige Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung einzusetzen.

Damit sind Kommunen Akteure der Gesundheitsförderung und übernehmen speziell im Rahmen von Landesgesundheitsgesetzen Aufgaben für die Förderung und Erhaltung von Gesundheit. Diese Aufgaben sind explizit auf Gesundheit ausgerichtet (und werden von Gesundheitsämtern mit umgesetzt) oder sie thematisieren Gesundheit implizit. Stadtentwicklungsvorhaben, Fragen der Wirtschaftsförderung oder Verkehrsplanungen haben auch Auswirkungen auf Gesundheit.

#### 4 Gesunde Städte

Gesunde Städte stellen Gesundheit als Querschnittsaufgabe verstärkt in ihren Mittelpunkt. Im besten und ehrgeizigsten Sinne einer kommunalen konzertierten Aktion sollen Rahmenbedingungen für "nachhaltige Gesundheit" entwickelt werden (vorsorgende Kommunalpolitik).

Eine Gesunde Stadt, fasst die WHO definierend zusammen, ist eine Stadt, in der Gesundheit und Wohlergehen der Bürgerinnen und Bürger im Mittelpunkt der Entscheidungsprozesse stehen. Gesunde Städte zielen auf eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik ab, d.h. alle Politikfelder sind von der Sorge um Gesundheit und Chancengleichheit gekennzeichnet und von der Verantwortung für die gesundheitlichen Auswirkungen politischer Entscheidungen getragen. Eine Gesunde Stadt ist eine Stadt, die danach strebt, das physische, psychische, soziale und umweltbedingte Wohlergehen der Menschen, die in der Stadt leben und arbeiten, zu verbessem, Jede Stadt kann eine Gesunde Stadt sein, wenn sie sich der Gesundheit verpflichtet fühlt und Strukturen und Prozesse geschaffen hat, die es ermöglichen, auf eine Verbesserung der Gesundheit in der Stadt hinzuarbeiten. Das Konzept der "Gesunden Stadt' beschreibt für den Prozess zur Gesunden Stadt wichtige Strukturmerkmale, weniger klar definierte Ziele. Die müssen in den Kommunen auf die jeweiligen konkreten Bedingungen ausgerichtet sein.

Das ursprünglich von dem europäischen Regionalbüro der WHO 1986 in Lissabon ins Leben gerufene internationale "Healthy Citys Network" hat eine kleine Erfolgsstory geschrieben. Standen am Anfang 11 Städte, die sich an diesem internationalen Experiment der Pörderung der Gesundheit durch Städte beteiligten, sind es nach Angaben der WHO

mittlerweile allein in Europa in 26 Ländern über 1300 Städte und Gemeinden, die in nationalen Gesunde Städte Netzwerken organisiert sind. Im Juni 1989 haben 11 Kommunen das Bundesdeutsche Gesunde Städte-Netzwerk in Frankfurt am Main gegründet. Die Zahl seiner Mitglieder ist mittlerweile auf weit über 50 Kommunen angewachsen, in denen weit mehr als 16 Millionen Bürgerinnen und Bürger leben. Mitglieder sind Gebietskörperschaften in Gestalt von Berliner Bezirken, von Kreisen sowie kleineren Kommunen und Großstädten. Die Bedeutung des Netzwerkes, sein Grad an Organisation sowie die Wahl der Umsetzungsstrukturen ist an die zentrale Bestimmung gebunden, die auf die Unterstützung der kommunalen Gesunde Städte-Arbeit abzielt.

Erstes Ziel des Gesunde Städte-Netzwerkes ist der gegenseitige Informations- und Erfahrungsaustausch, der die Umsetzung der Gesunde Städte-Konzeption auf kommunaler Ebene unterstützt. Damit das Rad nicht an jeder Stelle neu erfunden werden muss und die Chance, an den Kenntnissen der anderen teilzuhaben. möglichst groß ist, tauschen sich die Verantwortlichen für die Gesunde Städte-Projekte untereinander häufig aus. Diese Zielstellung braucht Instrumente: Dazu gehören u. a. die Gesunde Städte-Nachrichten, Internet-Seiten. Netzwerk-Arbeitskreise und Workshops, das zweijährliche internationale Gesunde Städte-Symposium, regionale Netzwerke (im Ruhrgebiet, in Berlin und eines im Norden).

Das Gesunde Städte-Netzwerk arbeitet im Sinne einer "Selbsthilfegemeinschaft von Kommunen", in der die einzelnen Mitglieder – je nach ihren Möglichkeiten – Beiträge einbringen. Ein Beispiel dafür ist das Gesunde Städte-Sekretariat als Geschäftsstelle, das seit 1988 von der Freien und Hansestadt Hamburg zur Verfügung gestellt wird.

#### 4.1 Das 9-Punkte-Programm zum Beitritt

Das 9-Punkte-Programm zum Beitritt in das Netzwerk basiert auf der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung und ist aufgrund von Praxiscrfahrungen weiterentwickelt worden. Es ist das konzeptionelle Herzstück dieses Zusammenschlusses. Kommunen, die das 9-Punkte-Programm (einschließlich von Mindeststandards) befürworten, können sich dem Gesunde Städte Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland anschließen. Zu den Punkten gehören die Zustimmung durch die Kommunalpolitik, die Einrichtung einer Geschäftsstelle und Benennung einer zuständigen Person, die Entwicklung einer ressortübergreifenden gesundheitsfördernden Politik z.B. durch Informationen der Politikbereiche sowie durch Gesundheitsförderungskonferenzen, die Etablierung von Gesundheitsförderung als Entscheidungskriterium bei öffentlichen Planungen, die Schaffung von Rahmenbedingungen für Bürgerbeteiligung oder Gesundheits- und Sozialberichterstattung, Dieses Programm haben die Mitglieder des bundesdeutschen Gesunde Städte Netzwerkes selbst entwickelt und darauf haben sie sich selbst veroflichtet. Damit verfügt das Netzwerk über einen Maßstab zur Bewertung der jeweiligen kommunalen Arbeit.

Nicht alle Punkte müssen bereits zu Beginn der Mitgliedschaft umgesetzt sein. Die Städte verpflichten sich auf einen Prozess, diese (im wesentlichen) Strukturmerkmale im Laufe der Mitgliedschaft zu etablieren. Alle vier Jahre wird im Rahmen der Mitgliederversammlung über den Entwicklungsstand schriftlich und mündlich berichtet. Diese Kriterien des 9-Punkte-Programms orientieren sich an den Erfahrungen "vor Ort" und werden deshalb diesem Wissen von Zeit zu Zeit angepasst.

#### 4.2 Praxisbeispiele aus den Gesunden Städten

- Kommunale Gesundheitsentwicklungspläne in denen Stadtämter oder öffentliche Einrichtungen Rahmenbedingungen und Projekte für die Verbesserung der gesundheitlichen Lage abstimmen, die sie verantwortlich fördern bzw. zukünftig fördern wollen. Ziele, Umsetzungsschritte und -zeitpläne, Ressourcen, Verantwortlichkeiten sowie die Evaluation werden konkret verabredet.
- Gesundheitskonferenzen (als kommunale Kooperations- und Partizipationsinstrumente), in denen unterschiedliche Institutionen einer Kommune von Ärzten, Arbeitgebern, Bildungseinrichtungen über Gewerkschaften, Initiativen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen bis hin zu Stadtämtern und Wohlfahrtseinrichtungen die Themen Gesundheitsförderung und Prävention behandeln.
- Aktivitäten zur Förderung der Gesundheitsverträglichkeit (z.B. abgestimmte Prüfverfahren zur kinderfreundlichen Stadtplanung).
- Gesundheitshäuser als Orte der Gesundheit, offen für alle Bürgerinnen und Bürger, die sich zu Fragen von Gesundheit, Soziales und Selbsthilfe informieren und beraten wollen oder dort selber aktiv werden; mit einer Vielzahl von Akteuren: u.a. Abteilungen des Gesundheits- und Sozialamtes, Beratungsangebote für alte oder chronisch kranke Menschen, Informations- und Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen, Freiwilligenagenturen und Volkshochschulen.
- Gesundheitsförderung in Stadtteilen, z.B. Stadtteilgesundheitsbüros als niedrigschwellige Anlaufstellen für Bürgerinnen und Bürger zur Mitgestaltung der Stadtteile sowie gesundheitsfördernde Angebote für Zielgruppen, häufig in Verbindung mit Aktivitäten der sozialen Stadtteilentwicklung.
- Gesundheitsförderungsaktivitäten in Schulen und Kindergärten (zu Themen wie Schulhofumgestaltung, Aufbau von Schulkiosken

- bzw. Mittagstischen, Förderung von Bewegungsangeboten).
- aktivierende Öffentlichkeitsarbeit (u. a. Gesundheitsmärkte, Gesundheitswochen, Gesunde Städte-Zeitungen, "gesunde und zukunftsfähige" Kantinen).

Die für die Entwicklung der kommunalen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren als zielführend anerkannten Einrichtungen sind "intermediäre' oder vermittelnde Instanzen. Sie sollen den "Brückenschlag" zwischen verschiedenen Institutionen und Sektoren (z.B. Stadtämter, Krankenkassen und Wirtschaft) ebenso erleichtern wie "Übersetzungsarbeit" leisten zwischen dem formellen Sektor (z.B. Stadtämter) und dem informellen (z.B. Initiativen, Selbsthilfegruppen oder einzelne Bürger). Ihre Aufgaben sind weiterhin, der Gesundheit einen Ort zu geben (Gesundheitshäuser) und Gesundheit auf die Tagesordnung vieler Institutionen und der Stadt zu setzen (Gesundheitsförderungskonferenzen). Die Erfahrungen der letzten Jahre haben erwiesen, dass der Fortschritt und die Nachhaltigkeit kommunaler Gesundheitsförderung an die Qualität und die Unterstützung dieser Instrumente gebunden ist. Fehlen derartige Einrichtungen, ist die Arbeit anfällig, weil sie überwiegend auf persönliches Engagement angewiesen ist.

## 5 Schwierigkeiten mit der Querschnittsaufgabe

Die Gesunden Städte sind unterschiedlich erfolgreich bei der Umsetzung dieses komplexen Programms. In den Gesunden Städten, in denen die Rückendeckung der Kommunalpolitik funktioniert und fachkompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter diese Unterstützung auch zu nutzen und umzusetzen wissen, eine Kooperation in und über Ressortgrenzen hinweg erkennbar und strukturell gefördert wird, ist die Gesunde Städte-Arbeit aus den Startlöchern gekommen. Doch

Schwierigkeiten bei der Umsetzung sind unübersehbar.

Auf kommunaler Ebene wirkt ein bunter Flickenteppich sozialer, ökologischer oder gesundheitsbezogener Aktivitäten: Gesunde Schulen, Gesunde Krankenhäuser, Gesunde Betriebe oder Agenda 21, Soziale Stadtteilentwicklung, Soziale Stadt. Damit sind nur einige der Ansätze und Programme auf kommunaler Ebene beispielhaft aufgeführt, die in ihren Konzepten und Umsetzungsstrategien weite Überschneidungen mit der Gesunde Städte-Programmatik haben. Eine Kooperation und Abstimmung dieser Ansätze oder gar gemeinsam abgestimmte Zielsetzungen und Umsetzungsstrategien sind noch die Ausnahme. Diese Verknüpfung muss zukünftig stärker als bisher geleistet werden. um vorhandene Ressourcen besser einzusetzen und auf eine integrierte Stadtpolitik im Sinne einer gesunden, sozialen und zukunftsbeständigen Entwicklung hinzuwirken.

Das, was programmatisch fest steht, bestreitet keiner ernsthaft: Verantwortung für eine gesundheitsverträgliche Gestaltung von Lebensbedingungen müssen viele in der Stadt übernehmen! Der zentrale Anspruch der Gesunde Städte Konzeption bereitet jedoch die größten Kopfzerbrechen: Öffentliche Institutionen, Verbände und privatwirtschaftliche Unternehmen sind aufgefordert, Gesundheitsverträglichkeit in ihren Planungen, Entscheidungen und Handlungen nachhaltig zu berücksichtigen. In diesem einen Satz verbergen sich die größte Kunst, die größte Herausforderung und die größte Problematik der Verwirklichung der Gesunde Städte-Konzeption bzw. die anspruchsvollste Aufgabenstellung für diejenigen, die damit in der Kommune beauftragt sind: Dieses nach ganzheitlicher Perspektive strebende Aufgabenverständnis von Gesundheitsförderung, das das Denken und Handeln in Zusammenhängen einfordert, kann nur durch ressortübergreifende und multiprofessionelle Zusammenarbeit umgesetzt werden. Ein wesentlicher Schlüssel zur Umsetzung ist der klar formulierte und im täglichen Handeln erkennbare politische Wille, diesen Ansatz auch verwirklichen zu wollen. Doch das Fortschrittstempo einer wirksamen und fairen Kooperation zwischen Stadtämtern oder Politikbereichen ähnelt dem einer Schnecke.

Es mangelt der Kommunalpolitik sehr häufig selbst an Überzeugung, so dass sie einen unterstützenden und aktivierenden Part nicht ausfüllt. Rhetorische Unterstützung und beredte Sympathie durch 'die Kommunalpolitik' sind erfreulich, helfen aber nicht wirklich weiter, diese Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung in das Alltagshandeln von Politik und Verwaltung zu übertragen.

Gesundheitsfördernde, stadtentwickelnde Konzepte treffen auf eine Verwaltungspraxis, die aufgrund ihrer "versäulten Organisation" mit ganzheitlichen und damit zwangsläufig auch komplexen Ansprüchen nur wenig anzufangen weiß. Das heißt: Die sektoral ausgerichtete Verwaltungsorganisation ist bisher schlecht synchronisiert mit kommunalpolitischen Ansätzen, die über Grenzen hinweg auf Integration, Durchlässigkeit, Offenheit, auf Aktivierung und frühzeitige Beteiligung von Sachverstand setzen.

# 6 Gesunde Städte-Untersuchung bestätigt grundlegende Problematik

In einer kleinen Untersuchung wurden die 11 Gesunde Städte Mitgliedskommunen in NRW nach dem Stand der Umsetzung des 9-Punkte-Programms befragt. Dabei wurden zwei interessante Aspekte deutlich: Wesentliche Grundvoraussetzungen für die erfolgreiche Gesunde Städte Arbeit wie finanzielle und personelle Ressourcenausstattung sind durchaus erfüllt. Der Stellenwert der Gesunde Städte Arbeit und der Querschnittsaufgabe Gesundheitsförderung in der Kommune sind dagegen deutlich ent-

Pulsschlag 137

wicklungsfähig. Die notwendige grundlegende intersektorale Akzeptanz der Gesunde Städte Arbeit im politischen Raum und in der Verwaltung ist noch nicht erreicht. Überwiegend mit schlecht benotet wird der Stellenwert der Gesunde Städte Arbeit in der Kommune, das Interesse an den Ergebnissen der Gesunde Städte Arbeit, der Stellenwert der ressortübergreifenden gesundheitsförderlichen Politik, der Stellenwert der Gesundheitsförderung bei öffentlichen Planungen und Entscheidungen.

Die Stichprobe ist mit 11 Kommunen sehr übersichtlich. Doch selbst wenn alle Gesunden Städte befragt würden, dürften wir keine wesentlich abweichenden Ergebnisse erwartet werden. Diese Schwäche ist, Ausnahmen bestätigen die Regel, flächendeckend zu beklagen.

#### 7 Blick nach vorne

Die Umsetzung der komplexen Gesunde Städte Konzeption braucht Zeit, auf jeden Fall mehr Zeit als die bisher etwa 13 Jahre, die das bundesdeutsche Netzwerk alt ist. "Die Schritte können klein sein, wenn die Gedanken groß sind", hat der Pädagoge Hartmut von Hentig sehr weise und gütig allen großen Entwürfen entlastend mit auf den Umsetzungsweg gegeben.

Eine weitere Erkenntnis lautet: Kommunalpolitiker als eine entscheidende Größe auf dem Weg zur gesundheitsfördernden Stadtpolitik engagieren sich für diese anspruchsvolle Aufgabe, wenn sie selbst überzeugt sind oder Bürgerinnen und Bürger dieses Engagement einfordern und/oder anerkennend belohnen. Deshalb werden die Gesunden Städte die Darstellung ihrer Erfolge und die Kommunikation mit der Öffentlichkeit entschieden und vor allem überzeugend weiterentwickeln.

Klaus-Peter Stender ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg und Koordinator und Geschäftsführer des bundesdeutschen Gesunde Städte Netzwerkes.

#### Literatur

Alisch, M. (Hg.) 2001: Sozial – Gesund – Nachhaltig. Vom Leitbild zu verträglichen Entscheidungen in der Stadt des 21. Jahrhunderts. Opladen: Leske+Budrich.

Doorduijn, A./Geiger, I./Heinemann, H. 1995; Gesundheitsförderung. Vom alltäglichen Umgang mit der Utopie. Frankfurt/M.: VAS.

Fehr, Rainer 2001: Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen-Strategien-Umsetzungswege. Bern, Göttingen, Toronto, Scattle: Hans Huber.

Stender, Klaus Peter 1994: Leitbild Gesunde Stadt – Für das Bewahren des Menschlichen. In: Heinemann, H. (Hg.): Die Ottawa-Frage. Frankfurt/M.; VAS.

Stumm, B./Trojan, A. 1994: Gesundheit in der Stadt. Modelle-Erfahrungen-Perspektiven. Frankfurt/M.: Fischer.

www.gesunde-staedte-netzwerk.de/ www.buez-herne,de

## **BERICHT**

# Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Zwischenbilanz

### 1 Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre wurden in Nordrhein-Westfalen mit der Landesgesundheitskonferenz und den inzwischen in allen 54 Kreisen
und kreisfreien Städten flächendeckend entstandenen kommunalen Gesundheitskonferenzen innovative gesundheitspolitische Kommunikations- und Managementstrukturen etabliert.
Sie bilden seither auf Landes- und kommunaler Ebene die Grundlage für mehr Abstimmung
und Zusammenarbeit zwischen den Partnern
des Gesundheitswesens, für mehr Ziel- und

Ergebnisorientierung durch gemeinsame Gesundheitsziele und letztlich für mehr Rationalität, Transparenz und Effizienz beim Umgang mit knappen Ressourcen. Die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten und die Frage, wie ihren Bedürfnissen und Interessen stärker Rechnung getragen werden kann, hat bei der Etablierung entsprechender Strukturen und Verfahren und der Festlegung von Schwerpunktthemen eine wichtige Rolle gespielt. Hier befinden wir uns auch heute noch in einem Lemprozess.

Im Folgenden sollen die Hintergründe, die zu dieser Strukturentwicklung in Nordrhein-Westfalen geführt haben, kurz beleuchtet, die Landes- und kommunalen Gesundheitskonferenzen hinsichtlich ihrer Strukturen und Verfahren dargestellt und die Bedeutung für die Bürger- und Patientenorientierung des Gesundheitswesens aufgezeigt werden. Schließlich werden abschließend die bislang vorliegenden Erfahrungen im Sinne einer Zwischenbilanz und die sich ergebenden Perspektiven beleuchtet.

#### 2 Gesundheitspolitischer Hintergrund

Das plurale, selbstverwaltete Gesundheitswesen in Deutschland ist durch eine außerordentliche Komplexität gekennzeichnet. Die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung - Krankenversicherung, Rentenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung, öffentlicher Gesundheitsdienst und Sozialhilfe - begründen unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten im Bereich Gesundheit und gesundheitlicher Versorgung, die häufig zudem wenig transparent und in ihrer Abgrenzung nicht immer eindeutig sind. Abweichende Partialinteressen und zunehmender Wettbewerh zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern erschweren zusätzlich integriertes und koordiniertes Handeln.

Dabei steht außer Frage: Die demographische Entwicklung und die vorherrschenden chronischen Krankheitsbilder, das Erfordernis, stärker auf präventive Ansätze zu orientieren und soziale Aspekte einzubeziehen, sowie die Notwendigkeit einer Verständigung aller Verantwortung tragenden Partner im Gesundheitswesen in grundsätzlichen Fragen - z.B. einer stärkeren Bürger- und Patientenorientierung oder einer systematischen Telematikentwicklung erfordern die Abstimmung gemeinsamer Positionen und kooperatives Vorgehen. Dies stellt den politisch gewollten Wettbewerb um die beste Qualität der Leistungen nicht in Frage. Natürlich kann es mit den Gesundheitskonferenzen auch nicht um ein Eingreifen in die Vertragsgestaltung des selbstverwalteten Gesundheitswesens gehen. Die Frage, wie vereinbarte Handlungsziele innerhalb der Selbstverwaltung umgesetzt werden, haben diese in eigener Verantwortung und Zuständigkeit zu entscheiden, Gemeinsame Positionsbestimmungen und Prioritätensetzungen bilden dann aber ggf. die Grundlage für solche Vereinbarungen.

Besondere Bedeutung hat das etablierte System der Gesundheitskonferenzen im Zusammenhang mit der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen. Das deutsche Gesundheitswesen hat sich lange Zeit schwer getan, sich auf solche Zielentwicklungsprozesse, vergleichbar denen in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern, einzulassen und dies erst in der jüngsten Vergangenheit systematisch in Angriff genommen (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. 2002).

Das Land Nordrhein-Westfalen hat mit seiner Landesgesundheitskonferenz bereits Anfang/Mitte der 90er Jahre als erstes Bundesland in einem systematischen, partizipativen Verfahren Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfa-

len entwickelt und verabschiedet (MAGS NRW 1995; MFJFG NRW 2000; MFJFG NRW 2001; Weihrauch 2002) und war Wegbereiter für die Initiierung entsprechender Prozesse auch in anderen Ländern und auf Bundesebene. Auch in den kommunalen Gesundheitskonferenzen war die Zielorientierung von Anfang an handlungsleitend. In diesem Kontext spielt auch die Gesundheitsberichterstattung eine entscheidende Rolle, die in Nordrhein-Westfalen seit Ende der 80er Jahre einen Schwerpunkt der Public-Health-Entwicklung dargestellt hat.

Letztlich ist nur mit dem so entstandenen Gesamtsystem von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitszielen und Gesundheitsberichterstattung, in dem sich die einzelnen Module gegenseitig bedingen, die Umsetzung des so genannten gesundheitspolitischen Regelkreises, wie er von den Publie-Health-Wissenschaften im Sinne eines ständigen Soll-Ist-Vergleiches gefordert wird, möglich: Ermittlung und Analyse von Informationen und Daten aus dem Gesundheitswesen, Definition hieraus abgeleiteter Gesundheitsziele, dann Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele sowie Evaluation und Analyse der Ergebnisse.

### 3 Die Gesundheitskonferenzen auf Landesund kommunaier Ebene – Strukturen und Verfahren

Vor dem geschilderten Hintergrund hat das Land Nordrhein-Westfalen im Jahre 1991 die Landesgesundheitskonferenz NRW ins Leben gerufen. Konkreter Anlass war die seinerzeit recht kontroverse Diskussion um den ersten Gesundheitsbericht Nordrhein-Westfalen. Kontrovers waren sowohl Inhalte wie Verfahren des Berichts bzw. der Berichterstellung. Die Beteiligten der Selbstverwaltung – insbesondere Ärzteschaft, Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaft – waren der Auffassung, dass die Entwicklung der Berichterstat-

tung selbst wie auch die daraus zu ziehenden Konsequenzen nicht allein Sache des Staates sein dürften.

Der Landesgesundheitskonferenz gehören alle wesentlich Verantwortung tragenden Organisationen und Institutionen der gesundheitlichen Versorgung im Lande an, insbesondere die Heilberufskammern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, kommunalen Spitzenverbände, Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, die Krankenhausgesellschaft sowie seit neuerer Zeit auch Vertreterinnen und Vertreter der Patienten. Sie wird durch die/den Gesundheitsministerin/-minister persönlich geleitet.

Die jährlich einmal tagende Konferenz dient zum einen einer allgemeinen gesundheitspolitischen Aussprache; es werden ferner gemeinsame Entschließungen und Empfehlungen zu jeweils festgelegten Schwerpunktthemen verabschiedet. So hat sich die Landesgesundheitskonferenz z.B. auf gemeinschaftliche Entschlie-Bungen und konkrete Empfehlungen zur Qualitätssicherung in einem verstärkt auf Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitswesen (1996). zur Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (1998), zu Telematikentwicklungen im Bereich Gesundheit (1999), zur Gesundheitspolitik in Europa (2000) oder zur Sozialen Lage und Gesundheit (2001) verständigt.

Besonders zu erwähnen: Im Jahre 1995 hat die Landesgesundheitskonferenz 10 vorrangige Gesundheitsziele für Nordrhein-Westfalen verabschiedet. Die Entschließungen werden in Selbstverpflichtung der Beteiligten umgesetzt. Dabei bleiben die jeweiligen Zuständigkeiten unberührt.

Zu einem wichtigen Gremium hat sich der Vorbereitende Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz entwickelt, der die Landesgesundheitskonferenz jeweils vorbereitet, die Umsetzung der Handlungsempfehlungen begleitet und sich darüber hinaus mit einer Vielzahl von grundsätzlichen Themen und aktuellen Vorhaben der Landesgesundheitspolitik laufend – in zum Teil monatlichen Sitzungen – befasst. Zu speziellen Themen werden darüber hinaus Arbeitsgruppen eingesetzt, an denen ggf. auch externe Experten beteiligt werden.

Mit dem Modellprojekt des Landes zur "Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung", das zwischen 1995 und 1998 in 28 (von 54) Kreisen und kreisfreien Städten des Landes durchgeführt wurde, ging es darum, vergleichbare, spiegelbildliche Strukturen auf der kommunalen Ebene zu etablieren, um auch dort mit Hilfe so genannter "Runder Tische" zu rationalerem Handeln zu kommen. Eine zentrale Rolle spielten hier von vornherein die so genannte Handlungsempfehlungen, die auf einer abgestimmten Bedarfsanalyse und abgestimmten Planungen für Weiterentwicklungen basieren (Badura u.a. 1999a).

In dem am 1. Januar 1998 in Kraft getretenen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen (ÖGDG) sind sowohl die Landes- und die kommunale Gesundheitsberichterstattung als auch die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen gesetzlich festgeschrieben worden. Einzelheiten zur Aufgabenstellung, zum Mitgliederspektrum und zum Verfahren der kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung regelt darüber hinaus die ergänzend erlassene Ausführungsverordnung (AV-ÖGDG) vom 20. August 1999. Seither sind kommunale Gesundheitskonferenzen flächendeckend in Nordrhein-Westfalen - auch in den zunächst nicht am Modellprojekt beteiligten 26 weiteren Kreisen und kreisfreien Städten des Landes - erabliert

worden. Bedeutsam ist die enge Einbindung von Kreistag oder Stadtrat sowohl bei der Berufung der Mitglieder als auch im Verfahren im Hinblick auf die Handlungsempfehlungen und die Gesundheitsberichte.

Der Vorbereitende Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz war und ist von vornherein in den Entwicklungsprozess der kommunalen Gesundheitskonferenzen einbezogen. Ein Austausch in beiden Richtungen ist nicht nur wegen der Überschneidungen in den Zuständigkeitsbereichen erforderlich, sondern auch, weil die Kompatibilität bei der Etablierung entsprechender Verfahren gewährleistet sein muss. Die Landesebenc - das Gesundheitsministerium wie auch das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) - haben die Prozesse auf der kommunalen Ebene von Beginn an insbesondere durch die Durchführung regelmäßiger Workshops zum Erfahrungsaustausch, die Bereitstellung von Arbeits- und Planungshilfen sowie die Unterstützung bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung unterstützt

## 4 Die Bedeutung der Konferenzen für mehr Bürger- und Patientenorientierung Mit der Etablierung der Gesundheitskonferen-

Mit der Etablierung der Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen wurden wesentliche Grundlagen für mehr Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen gelegt. Dies unter verschiedenen Aspekten:

(1) Patienten werden systematisch und aktiv als Beteiligte in gesundheitspolitische Diskussions- und Entscheidungsprozesse einbezogen, d.h. im Sinne einer kollektiven Beteiligung. Das ÖGDG regelt konkret, dass Vertreterinnen und Vertreter der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz in die Landesgesundheitskonferenz und die kommunalen Gesundheitskonferenzen zu berufen sind. Die Umset-

zung des Gesetzes war allerdings kein 'Selbstläufer'. Es gab und gibt wenig Erfahrung in Deutschland - wie übrigens auch in anderen europäischen Ländern - zu der Frage, wer als legitimierte Vertreterinnen und Vertreter der Bürger und Patienten zu berufen ist. Das Land Nordrhein-Westfalen hat vor diesem Hintergrund gemeinsam mit dem Bundesgesundheitsministerium ein Gutachten zur Patientenbeteiligung in Auftrag gegeben (Badura u.a. 1999b). Für die Vertretung der Selbsthilfe wurden nach langen Diskussionsprozessen mit den Beteiligten der Selbsthilfe je ein Vertreter/Vertreterin der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter und des "Wittener Kreises" in die Landesgesundheitskonferenz berufen. Auf der kommunalen Ebene sind - je nach örtlichen Gegebenheiten - unterschiedliche Verfahren gewählt worden. Die Auswahl eines Vertreters/Vertreterin der "Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz' erfolgt derzeit entsprechend dem Ergebnis des o.a. Gutachtens in einem Ausschreibungsverfahren. Patientenvertreterinnen und -vertreter sind im Übrigen zwischenzeitlich in den zahlreichen Arbeitsgruppen der Landesgesundheitskonferenz grundsätzlich beteiligt.

(2) Die Landesgesundheitskonferenz hat ferner im Sinne einer Initiativ- und Bündelungsfunktion wesentlich dazu beigetragen, das Thema der Bürger- und Patientenorientierung auch über die Grenzen des Landes Nordrhein-Westfalen hinaus nach vorn zu bringen. Auf der Basis eines vom Land Nordrhein-Westfalen im Jahre 1996 in Auftrag gegebenen interdisziplinären Gutachtens zu Fragen der Bürger- und Patientenorientierung (Franke/Hart 2001) fasste die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 1998 ihre Entschließung zur "Stärkung der Stellung der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen', Sie verabschiedete damit konkrete Empfehlungen für Weiterentwicklungen, zwischenzeitlich zu Weichenstellungen in ver-

schiedensten Bereichen geführt haben. So wurde beispielhaft ein Modellprojekt zur Patientenberatung mit verschiedensten Beteiligten des Gesundheitswesens durchgeführt. Auf der Basis der erzielten Ergebnisse hat die Landesgesundheitskonferenz im Jahre 2000 das "Netzwerk Patientenberatung NRW' initiiert, das derzeit modellhaft, gefördert von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gem. § 65 SGB V, umgesetzt wird.

#### 5 Zwischenbilanz und Perspektiven

Die in Nordrhein-Westfalen geschaffene Struktur von Kommunalen Gesundheitskonferenzen und Gesundheitszielen sucht im Ländervergleich in Deutschland - immer noch - ihres Gleichen. Worin begründet sich das große Engagement der zahlreichen Beteiligten des Gesundheitswesens auf beiden Ebenen sowie der Landes- und kommunalen Gesundheitspolitik. das - zumindest lässt sich dies für die seit über 10 Jahren bestehende Landesgesundheitskonferenz sagen - cher noch weiter zugenommen hat? Worin besteht der Mehrwert für jeden der Beteiligten, den es zweifellos geben muss denn die im ÖGDG geschaffene gesetzliche Verpflichtung bindet nur Land und Kommunen?

Gemäß Vorgabe des ÖGDG wird das Gesetz derzeit einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation unterzogen. Einen Schwerpunkt bildet dabei das neue gesundheitspolitische Instrument der kommunalen Gesundheitskonferenz. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Jahre 2003 vorliegen und detaillierte Hinweise auf die Umsetzung in den Kommunen geben. Aus Anlass ihres 10-jährigen Bestehens im Jahre 2001 wird derzeit auch die Landesgesundheitskonferenz evaluiert. In diese Evaluation ist die Universität Düsseldorf involviert.

Ohne den Ergebnissen vorgreifen zu können, sollen im Folgenden ein paar Thesen zu den

aufgeworfenen Fragen aufgezeigt werden:

- Die Gesundheitskonferenzen ermöglichen mehr Demokratie und Partizipation in den gesundheitspolitischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen. An die Stelle von "Alleingängen" des Staates wie auch einzelner Beteiligter des Gesundheitswesens treten – häufig erst nach Austragung kontroverser Standpunkte – Abstimmung, gemeinsame Lernprozesse und kooperatives Handeln. Für die Patientinnen und Patienten ergibt sich eine neue und systematische Möglichkeit der Einbeziehung und der Berücksichtigung ihrer Interessen und Bedürfnisse.
- Die von Land und Kommunen wahrgenommene Moderation und Koordination von politischen Prozessen stellen moderne Instrumente staatlichen Handelns in einem von Selbstverwaltung und Partizipation geprägten System dar. Sie ermöglichen dem Staat die Wahrnehmung politischer Verantwortung auch dort, wo keine rechtlichen Eingriffsmöglichkeiten bestehen und eröffnen innovative Gestaltungs- und Steuerungsmöglichkeiten.
- Die kommunale Ebene, auf der bezogen auf zahlreiche gesundheitspolitische Aspekte – die Feinsteuerung stattfinden muss, wird in ihren Möglichkeiten aktiviert und gestärkt und erhält mehr gesundheitspolitisches Gewicht.

Die Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen stellen aber natürlich kein statisches System dar. Zwischenzeitlich gewonnene Erfahrungen und sich ändernde Bedürfnisse werden auch zukünftig Anpassungen und Weiterentwicklungen erfordern. So hat die 10. Landesgesundheitskonferenz eine stärkere Öffnung im Veranstaltungsteil der Fachdiskussion bereits für die diesjährige Landesgesundheitskonferenz beschlossen,

um Transpurenz und Öffentlichkeit zu stärken.

Darüber hinaus sind auch noch nicht alle Fragen im Zusammenhang mit der Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Bürger und Patienten, der Zusammenarbeit der verschiedenen politischen Ebenen im föderalen Mehrebenensystem oder der laufenden Evaluation der Ergebnisse der Gesundheitskonferenzen – z.B. ihrer Entschließungen und Handlungsempfehlungen – beantwortet. Diese und weitere Fragen, die sich möglicherweise aus den Ergebnissen der laufenden Evaluationen ergeben werden, werden durch die Konferenzen im Sinne lernender Systeme zu beantworten sein.

Dr. Birgit Weihrauch ist Ltd. Ministerialrätin im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

#### Literatur

Badura, B./Siegrist, J./Büchner, J./Fuchs. H./ Joksimorie, K./ Münch, E./Rugulies, R./Schnabel, M./Wilting P./Zamora, P. 1999a: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zu einem Modellvorhaben. Bielefeld-Düsseldorf.

Badura, B./Hart, D./Schellschmidt, H. 1999b: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung, Baden-Baden: Nomos.

Francke R./Hart D. 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und gestaltung e.V. – GVG – Gesundheitsziele.de 2002: Forum Gesundheitsziele Deutschland: Entwicklung, Ausrichtung, Konzepte. Köln.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordhrein-Westfalen (MAGS) 1995: Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW. Grundlagen für die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik. Düsseldorf, Bielefeld. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (MFJFG) 2000: Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW – Gesundheitspolitisches Konzept. Düsseldorf, Bielefeld.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordhrein-Westfalen (MFJFG) 2001: Zehn vorrangige Gesundheitsziele für NRW – Evaluationskonzept Grundsätze, Düsseldorf, Bielefeld.

Weihrauch B. 2002: Nordrhein-Westfalen. In: Marinker M. (Hg.): Health Targets in Europe, polity, progress and promise. BMJ Books.

## **ANALYSE**

## Frauen, Frauenbewegung und das Gesundheitswesen

#### 1 Einleitung

Themen der Frauengesundheitsbewegung und der Frauengesundheitsforschung haben in der Politik Konjunktur:

- im vergangenen Jahr erschien der erste deutsche Frauengesundheitsbericht, der im Auftrag des BMFSFJ erstellt wurde und auf mehr als 700 Seiten einen Überblick über die gesundheitliche Lage von Frauen in Ostund Westdeutschland gibt (BMFSFJ 2001);
- einzelne Bundesländer haben ebenfalls frauenspezifische oder geschlechtervergleichende Gesundheitsberichte erarbeiten lassen (Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, NRW);
- das Land NRW hat eine Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung" eingerichtet, die konkrete Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Frauen innerhalb und außerhalb des Medizinsystems erarbeiten soll;

im Deutschen Bundestag wurden in der laufenden Legislaturperiode mehrfach Anhörungen zu Frauengesundheitsthemen veranstaltet und Anträge zu diesen Themen beraten und verabschiedet, so im Februar 2002 ein Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis90/Die Grünen zur frauenspezifischen Gesundheitsversorgung. In diesem Antrag wird u.a. gefordert, in allen Förderentscheidungen 'frauenspezifische Belange' zu berücksichtigen, Frauengesundheitsforschungs- und -praxisprojekte zu fördern, in der Gesundheitsberichterstattung stärker eine frauenbezogene Sichtweise zu etablieren und gesundheitliche Versorgungsangebote stärker auf die Bedürfnisse von Frauen auszu-

Dieser Erfolg der Frauengesundheitsbewegung hat längst die (männlichen) Neider auf den Plan gerufen. Unter Verweis auf die mehr als sechs Jahre geringere durchschnittliche Lebenserwartung äußern sie ihr Unverständnis über den Einsatz von Ressourcen für die Frauengesundheit, da eigentlich die Männer das benachteiligte Geschlecht seien. Dabei gerät aus dem Blick, dass hinter dieser Aufmerksamkeit für Frauengesundheitsthemen eine 30-jährige politische Arbeit steht, die jetzt erst langsam Früchte trägt. Wir zeichnen in diesem Beitrag deshalb zunächst die Geschichte der Frauengesundheitsbewegung kurz nach, ehe wir anschließend auf aktuelle Konzepte und Begrifflichkeiten (Geschlechtergerechtigkeit, Geschlechterangemessenheit, Geschlechterspezifität) eingehen. Wir knüpfen unsere Hoffnungen an die Strategie des Gender Mainstreaming, denn dies scheint aus unserer Sicht der geeignete Weg zu sein, deutlich zu machen, dass das Ziel einer geschlechtergerechten Versorgung letztlich Frauen und Männer angeht, Im abschließenden Abschnitt gehen wir auf die Potenziale des Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen ein.

## 2 Von der Frauengesundheitsbewegung zur frauengerechten Gesundheitspolitik

Die Frauengesundheitsbewegung kann auf eine 30-jährige Geschichte zurück blicken (Stolzenberg 2000). Sie verstand sich als Teil der Frauenbewegung, die 1968 als feministischer Gegenpol zur Studentenbewegung entstand. Zunächst stark angelehnt an die amerikanische Frauenbewegung - etwa in der Inszenierung von Selbstuntersuchungsgruppen oder in der Übersetzung amerikanischer Frauengesundheitsbücher wie "Our bodies, ourselves" -, fand sie schnell ihren eigenen Weg. Von Beginn an war sie sehr stark praxisorientiert. Ihr ging und geht es darum, einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen zu leisten - sei es als Ergänzung, sei es als Alternative zum traditionellen Versorgungssystem. Sichtbarster Ausdruck waren und sind die Frauengesundheitszentren, die es mittlerweile an mehreren Dutzend Orten in Deutschland gibt und die sich durch ein hoch professionelles Beratungsangebot auszeichnen. Aber auch speziellere Versorgungsangebote, wie z.B. Beratungsstellen für von sexueller Gewalt betroffene Frauen oder Frauenhäuser, haben ihre Wurzeln in der Frauen(gesundheits)bewegung, Mit etwa 10-jähriger Verzögerung entwickelte sich zu dieser praxisorientierten Bewegung ein "akademischer Arm\*, die Frauengesundheitsforschung. Diese hat sich mittlerweile in der deutschen Gesundheitsforschungsszene und auch in einigen medizinischen Fachgesellschaften etabliert. Sie ist zwar klein, aber gut vernetzt. Ohne diese Vernetzung und ohne die in den Forschungsprojekten geleistete Arbeit wäre es kaum gelungen, die Frauengesundheitsthemen mit langem Anlauf auf die politische Tagesordnung zu setzen.

Die Frauenforschung griff zunächst Themen aus Frauenperspektive auf, die bis dato in der Gesundheitsforschung vernachlässigt wurden (Maschewsky-Schneider u. a. 2001). Ihr be-

sonderes Verdienst ist es, deutlich gemacht zu haben, dass die Gesundheit von Frauen nicht eine Angelegenheit der Biologie ist, sondern dass sie stets in die kulturellen, sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingebettet ist, die sich in den Lebensbedingungen von Frauen widerspiegeln. Die Frauengesundheitsforschung hat ein vielfältiges Themenspektrum entwickelt. Vor allem die Frage danach, wie frauengerechte Versorgungsangebote in Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapic, Rehabilitation und Pflege aussehen können, steht im Vordergrund. Derzeit ist eine partielle Erweiterung des Blicks auf Geschlechterperspektiven wie auch auf gruppenspezifische Benachteiligungen innerhalb der Genusgruppen zu erkennen. Hierzu gehört sowohl die Verknüpfung der Ungleichheitsforschung mit der Frauenforschung in Public Health wie auch die Wahrnehmung von Benachteiligungen von Männern im Gesundheitssystem (z.B. in Bezug auf die geringe Nutzung von medizinischen Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsangeboten) (Altgeld 2002, im Druck).

## 3 Ansätze für eine geschlechtergerechte Gesundheitsforschung und -praxis

In der wissenschaftlichen Diskussion ist die Problematik einer nicht angemessenen Berücksichtigung der Geschlechterperspektive vor allem in den Debatten um den Gender Bias in der Gesundheits-Forschung und -Praxis wie auch um den Erkenntnisgewinn einer Differenzierung von Geschlecht in sex (biologisches Geschlecht) und gender (soziales Geschlecht oder gesellschaftliche Geschlechterprägung) zu verorten. Politischen Rückenwind gibt es durch den Gender Mainstreaming-Ansatz. In diesem Zusammenhang steht in Zukunft verstärkt auch die Frage im Raum, was denn Geschlechtergerechtigkeit in der Gesundheit ist. Auf diese Diskussionslinien soll im Folgenden eingegangen werden.

#### 3.1 Gender Bias

Mit dem Terminus Gender Bias werden in der internationalen und auch in der nationalen Diskussion Verzerrungen der Sichtweisen und Forschungsergebnisse beschrieben, die dadurch entstehen, dass die Kategorie Geschlecht nicht oder nicht angemessen berücksichtigt wird. Gender Bias wurde in allen Bereichen der Forschung, Versorgung, Literatur und Ausbildung identifiziert und belegt. Beispiele für Fragestellungen sind:

- · Werden Frauen und Männer in der Forschung angemessen berücksichtigt? Sind beide Geschlechter in der Stichprobe berücksichtigt? Ist die Fragestellung so formuliert (und operationalisiert), dass mögliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern berücksichtigt bzw. entdeckt werden können? Sind die verwendeten Instrumente für beide Geschlechter geeignet (validiert)? Sind z.B. bei Interventionsstudien die Zugangswege zu den Zielgruppen so gewählt, dass beide Geschlechter erreicht werden? Werden, z.B. bei der Konzeption von Gesundheitsförderungsprojekten, die Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Mädchen und Jungen im Gesundheitsverhalten, in den Körperkonzepten etc. berücksichtigt? Wird die Analyse für Männer und Frauen getrennt durchgeführt? Wie werden Ergebnisse interpretiert und berichtet? (Ein Fragebogen zur Identifizierung von Gender Bias in der Forschung findet sich bei Eichler u.a. 2000.)
- Fragestellungen aus dem Bereich Versorgung sind z.B.: Gibt es Verzerrungen aufgrund des Geschlechtes bei der Diagnose? Diese können z.B. dadurch entstehen, dass Symptome bei Frauen und Männern unterschiedlich sind, unterschiedlich wahrgenommen oder unterschiedlich berichtet werden (dies ist beispielsweise für den Herzinfarkt beschrieben). Eine weitere Verzerrungsquelle ist die Wahrnehmung und Interpretation von

- Ärztinnen und Ärzten, die wiederum einem Einfluss durch das Geschlecht unterliegen kann. Erhalten Frauen und Männer die gleiche bzw. bei unterschiedlichen Ausgangssituationen eine dem jeweils spezifischen Bedarf angemessene Behandlung? Sind die gewählten Therapieverfahren an Frauen und Männern erprobt?
- Für die Entwicklung von Geschlechtersensibilität der Professionellen im Gesundheitssystem ist die berufliche Sozialisation in der Ausbildung der zentrale Ort. Zentrale Fragen sind: Wird in den Curricula das Geschlechterverhältnis thematisiert? Wird in den Lehrbüchern auf Geschlechterunterschiede in Symptomatik, Dlagnostik und Therapie eingegangen? Sind die Darstellungen in anatomischen Illustrationen geschlechterbezogen angemessenen?
- Schließlich sei die wissenschaftliche Kommunikation und Mittelverteilung angesprochen. Hierbei wird nach Verzerrungen im Peer Review-Prozess medizinischer Zeitschriften wie auch bei der Verteilung von Forschungsmitteln gefragt: Gibt es einen Zusammenhang der Chancen einer Projektfinanzierung bzw. der Veröffentlichungschancen mit dem Geschlecht des/der Autor/innen, der Studienkonzepte?

Motor der Diskussion um geschlechterbezogene Verzerrungen in allen angeführten Bereichen waren – das wurde bereits angesprochen – in der Regel (Frauen-)Forscherinnen, deren Interesse der Aufdeckung und dem Abbau von Defiziten und Benachteiligungen von Frauen in der Gesundheitsforschung und -praxis galt. In neueren Diskussionen werden zunehmend auch methodische/methodologische Fragestellungen ins Blickfeld gerückt und es wird deutlich, dass die Berücksichtigung der Geschlechterdimensionen eines Themas nicht ausschließlich eine Frage der Frauengesundheitsforschung

bzw. des Abbaus von Diskriminierungen ist, sondern die Qualität von Forschung insgesamt betrifft. "In dieser Problemsicht wird mit der Forderung nach Geschlechterangemessenheit zugleich auf die inhaltliche und methodische Angemessenheit von Forschung und Praxis und damit auf elementare wissenschaftliche Grundregeln verwiesen, an die alle Forscherinnen und Forscher sich gebunden fühlen sollten" (Jahn/Babitsch 2000). Ein Beispiel dafür ist die Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht in Leitlinien für gute Forschung (DAE 2000). Ein Beispiel für methodische Arbeiten ist die Bewertung von Erhebungsinstrumenten bezüglich ihres Potenzials, die unterschiedliche Lebensrealität von Männern und Frauen abzubilden (Abel u. a. 2001).

#### 3.2 Sex/Gender

Auch für die Gesundheitswissenschaften hat sich die vor allem in der sozialwissenschaftlichen Forschung entwickelte Differenzierung zwischen dem biologischen Geschlecht (sex) und dem sozialen Geschlecht (gender) als sinnvoll erwiesen, eine inhaltliche Trennung, die im deutschen Begriff "Geschlecht" nicht vorgesehen ist. Diese analytische Trennung ist vor allem auch deshalb nützlich, da Geschlechterunterschiede in der Gesundheit sowohl in unterschiedlichen biologischen sowie sozialen Gegebenheiten begründet liegen können. Für die angemessene Erforschung beruflicher Krebsrisiken z.B. müssen biologische Faktoren, die die Exposition beeinflussen können (Lungenvolumen, Hautbeschaffenheit, Körperfett etc.), ebenso berücksichtigt werden wie soziale und kulturelle Faktoren (z.B. geschlechtsspezifische Arbeitsmarktsegregation und Arbeitszeit) (Blair u. a. 1999).

#### 3.3 Gender Mainstreaming

Zur Frage der Vermeidung von Gender Bias in der politischen Arena wird seit etwa Mitte der 90er Jahre in Europa die Strategie des Gender Mainstreaming favorisiert. Mit Inkrafttreten des Amsterdamer Vertrages 1999 (Artikel 2 und 3) wurde Gleichstellungspolitik im Sinne des Gender Mainstreaming festgeschrieben, d.h. die Gleichstellung von Frauen und Männern wird als durchgängiges Leitprinzip politischen Handelns bestimmt. Dieses Prinzip wurde auch von der Bundesregierung anerkannt (siehe zur Ge-Mainstreaming: schichte des Gender www.gender-mainstreaming.net).1 In diesem Sinne muss bei jeder politischen Aktivität die Frage beantwortet werden, ob Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern, Mädchen und Jungen beseitigt werden bzw. ob die Chancengleichheit und Gleichstellung von Frauen und Männern bzw. Mädchen und Jungen gefördert wird. Aus der Frauenperspektive ist wichtig, dass mit Gender Mainstreaming nicht eine Politik ersetzt wird, die mit Hilfe von geschlechtsspezifischen Förderprogrammen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beseitigen möchte, sondern dass sich beide Strategien ergänzen. Unter das gemeinsame Dach der Beseitigung von Ungleichheit passen frauenspezifische, männerspezifische und geschlechtervergleichende Projekte und Maßnahmenbündel, wobei zur Beseitigung von Ungleichheit gewährleistet sein muss, dass diese zugleich den geschlechtsspezifischen Erfordernissen, Bedürfnissen und Bedarfen angemessen, d.h. geschlechtergerecht sein müssen.

An dieser Stelle sei kurz der Versuch einer Begriffsklärung unternommen: Die Begriffe ,frauen- und männerspezifisch' bezeichnen ausschließlich bei Frauen bzw. Männern Vorkommendes (z.B. Reproduktionsorgane) oder ausschließlich auf Frauen bzw. Männer Gerichtetes (Frauenforschung, Männerforschung). Sollen Unterschiede nach Geschlecht in Bezug auf ein Thema berücksichtigt werden, ist der Begriff "geschlechtsspezifisch" anwendbar. Eine frauenspezifische (oder männerspezifische) Forschung und Praxis allein bietet

allerdings nicht die Gewähr, auch frauengerecht (oder männergerecht) zu sein (vergleiche die Kritik an der Gynäkologie, natürliche Umbruchphasen von Frauen - z.B. Wechseljahre - zu pathologisieren und zu medikalisieren, Kolip 2000). Die Forderung nach Geschlechtergerechtigkeit oder -angemessenheit in Gesundheitsforschung und -praxis bedeutet, den geschlechterbezogenen Aspekten eines Themas umfassend gerecht zu werden und diese angemessen zu berücksichtigen, z.B. die biologischen und sozialen Dimensionen von Geschlecht im Blick zu haben. Manchmal wird geschlechtersensible Forschung und -praxis gefordert. Wir möchten vorschlagen, den Begriff "geschlechtersensibel" zu reservieren für die Fähigkeit von Forscherinnen und Forschern, von Praktikerinnen und Praktikern, geschlechterangemessen bzw. geschlechtergerecht im o.g. Sinne zu handeln (Jahn 2002).

#### 4 Ausblick: Potenziale des Gender Mainstreaming

Vor diesem Hintergrund fällt es nicht schwer, die politische Strategie "Gender Mainstreaming" und die wissenschaftliche Strategie "Vermeidung von Gender Bias" zusammenzudenken. Die Forderung nach Geschlechtergerechtigkeit in Forschung und Praxis ist mehrdimensional; die zentralen Dimensionen sind:

- politische Zielsetzungen, die im Wesentlichen in der Beseitigung von Ungleichheit bzw. der Förderung von Chancengleichheit liegen. Für die Forschung bedeutet das z.B., den Ausgleich von Wissensdefiziten voranzutreiben (in Fragen der reproduktiven Gesundheit bei Männern, in Fragen der arbeitsbezogenen Gesundheit bei Frauen);
- Partizipation von Frauen und Männern bei politischen Entscheidungsprozessen, in Beratungsgremien oder als Beteiligte an Forschungsprojekten;
- eine Bewertung, inwieweit Geschlechterunterschiede und/oder -gemeinsamkeiten für

- den Forschungs- und Praxisgegenstand eine Rollen spielen (Reflexion der Sex/Gender-Problematik);
- methodische/methodologische Fragen: Welches ist die angemessene Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht im Forschungs-/ Projektprozess?;
- Forschungs- bzw. Praxis-Konzepte und theoretische Modelle. Wie beschrieben, ist die Sex/Gender-Problematik nur als bio-psychosoziale Interaktion verstehbar. Insofern sind interdisziplinäre und integrierte Ansätze notwendig, diese komplexe Struktur erfassbar zu machen.

Eine zweite gemeinsame Erkenntnis ist, dass die Gefahr einer Verzerrung der Sichtweisen durch nicht angemessene Berücksichtigung der Kategoric Geschlecht auf allen Ebenen politischer und praktischer Prozesse besteht. Bemühungen, Geschlechterdimensionen in Politik. Gesundheitspraxis und -forschung einzubeziehen, müssen kontinuierlich alle Prozessschritte umfassen. Es reicht z.B. in Forschungsprojekten nicht aus, zu entscheiden, zu gleichen Teilen Männer und Frauen in die Untersuchungsgruppe einzubeziehen. Es muss auch gewährleistet sein, dass die Operationalisierung der Fragestellung, die verwendeten Instrumente und Analyseverfahren geschlechterangemessen sind.

#### 5 Die nächsten Schritte

Soll die Strategie, die Kategorie Geschlecht ins Zentrum der Aktivitäten zu rücken, erfolgreich sein, muss es gelingen, Genderkompetenz in breitem Umfang bei den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens, in der Forschung ebenso wie in der Versorgung und Politik, zu verankern. Dies kann nur gelingen, wenn Fachkompetenz daran gemessen wird, ob zugleich ein umfassendes Wissen um Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Geschlechter in Bezug auf das jeweilige Fachge-

biet nachweisbar ist. Ein Schritt in diese Richtung könnten Programme/Wettbewerbe sein, mit denen die jeweiligen (vermeintlichen) Fachleute motiviert werden, ihr (vermeintliches) Fachwissen auf den "Geschlechter-Prüfstand" zu stellen und entsprechend zu erweitern.

Dr. Petra Kolip ist Professorin für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Frauen und Gesundheit an der Universität Bremen und Leiterin der Abteilung Sozialepidemiologie im Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS). Dr. phil. Ingeborg Jahn, Betriebswirtin und Dipl.-Sozialwirtin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im BIPS.

#### Anmerkungen

Es fällt auf, dass die öffentliche Kritik sich häufig am Begriff Gender Mainstreaming entzündet und weniger an den damit beschriebenen politischen Prinzipien. Wir teilen die Kritik am Begriff teilweise, zum Beispiel dann, wenn mit dieser Strategie sprachliche Blüten entstehen, wie "diese Abteilung muss auch noch gegendert (oder gegendered) werden", möchten uns aber dafür aussprechen, die Kreativität für die Umsetzung des mit dem Begriff Gender Mainstreaming verbundenen Leitprinzips, die Geschlechterverhältnisse ins Zentrum politischer Entscheidungsfindung zu stellen, zu nutzen.

#### Literatur

Abel, Thomas/Graf, Nicole/Niemann, Steffen 2001: Gender bias in the assessment of physical activity in population studies. In: Sozial-und Präventivmedizin, Jg. 46, Heft 4, 268-72. Altgeld, Thomas (Hg.) 2002: Männergesundheiten. Weinheim: Juventa, im Druck.

Blair, A./Zahm, S.H./Silverman, D.T. 1999: Occupational cancer among women: research status and methodologic considerations. In: Amercian Journal of Internal Medicine, Jg. 36, Heft 1, 6-17.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSF) (Hg.) 2001: Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie (DAE) 2000: Leitlinien und Empfehlungen zur Sicherung von Guter Epidemiologischer Praxis (GEP). In: Gesundheitswesen, Jg. 62, 295-302.

Eichler, MargrettFuchs, JudithlMaschewsky-Schneider, Ulrike 2000: Richtlinien zur Vermeidung von Gender Bias in der Gesundheitsforschung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 8, 293 -310.

Jahn, Ingeborg 2002: Methodische Probleme einer geschlechtergerechten Gesundheitsforschung. In: Hurrelmann, Klaus/Kolip, Petra (Hg.): Geschlecht – Gesundheit – Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hans Huber, im Druck.

Jahn, Ingeborg/Babitsch, Birgit 2000: Geschlechterangemessene epidemiologische Forschung – Überlegungen für die Umsetzung in Leitlinien für gute Forschungspraxis. Unveröffentlichtes Manuskript. Bremen/Berlin.

Kolip, Petra (Hg.) 2000: Weiblichkeit ist keine Krankheit. Weinheim: Juventa.

Maschewsky-Schneider, Ulrike/Hinze, Lieselotte/Kolip, Petral Scheidig, Christine 2001: Frauen- und geschlechtsspezifische Gesundheitsforschung in der DGSMP. In: Gesundheitswesen, Jg. 63 Sonderheft 1, 89-92.

Stolzenberg, Regina 2000: Frauengesundheitszentren und Geburtshäuser. Von Autonomie und Abgrenzung zu Einfluss und Kooperation. In: Kolip, Petra (Hg.): Weiblichkeit ist keine Krankheit. Weinheim: Juventa, 215-237.

#### KAMPAGNE

# "Gesundheit ist keine Ware"

# Die zentrale Attac-Kampagne des Jahres 2002

Nun also das Thema Gesundheit: Seit geraumer Zeit macht das globalisierungskritische Netzwerk Attac von sich reden und avancierte in kurzer Zeit (in Deutschland nach den Protesten gegen den G-8-Gipfel in Genua im Juli 2001) zum bekanntesten Akteur der globalisierungskritischen Bewegung<sup>4</sup>. Standen bis letzten Sommer bei Attac Weltfinanzthemen wie die Forderungen nach der Einführung der Tobin-Tax und die Schließung der Steueroasen auf dem Plan, so hat das Netzwerk inzwischen seine inhaltliche Arbeit stark erweitert.

Den zentralen Fokus legt Attac in diesem Jahr auf die Gesundheit. Man wolle nicht wie bei der Riester-Rente, lautet die Argumentation der "Attacies", zu spät agieren und von plötzlichen Gesetzesänderungen, die zu einer weiteren Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen führten, überrollt werden. Der Zusage der Bundesregierung, am derzeitigen System festzuhalten, schenkt Attac keinen Glauben. Zwar betonen sämtliche Parteien, Gesundheitsleistungen nicht in einen Pflicht- und einen Wahlleistungskatalog zu splitten, was für die Versicherten dazu führen würde, eine ganze Reihe von Zusatzversorgungen privat abzuschlie-Ben, aber ein Trend in diese Richtung ist bereits da. Seit den 80er Jahren haben die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) in Befolgung der gesetzlichen Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen eine ganze Reihe von Kürzungen vorgenommen, angefangen bei den sukzessiven Erhöhungen der Rezeptgebühren, über die Zusatzleistungen beim Zahnersatz bis hin zur Streichung von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Ganz abgesehen davon, dass eine Mehrklassenmedizin mit der Existenz der privaten Krankenversicherungen (PKV) bereits seit den 50er Jahren besteht.

Unter dem Slogan "Gesundheit ist keine Ware" - analog dem Attac-Motto ,Die Welt ist keine Ware' - hat das Netzwerk im Februar eine bundesweite Kampagne gestartet. Damit betritt Attac ein Feld, auf dem es sich nicht leicht agieren lässt. Die grundlegenden Forderungen, die Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.375 Euro aufzuheben und eine Versicherungspflicht für alle Erwerbstätigen einzuführen, sowie Zins-, Miet- und Gewinneinkommen bei der Berechnung der Beitragssätze zu berücksichtigen und Arbeitgeber zu einer Wertschöpfungsabgabe zu veroflichten, die arbeitsintensive Betriebe gegenüber kapitalintensiven bevorzugt, stößt schon jetzt in der Öffentlichkeit nicht nur auf eine positive Resonanz. So höhnte die Frankfurter Rundschau, die bisher weitgehend recht wohlwollend über das Netzwerk berichtet hatte, einen Tag nach der Vorstellung der Kampagne in Berlin, Attac habe angesichts der Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen nichts Besseres zu tun, als auch noch ,mehr Geld' dafür zu verlangen (Frankfurter Rundschau vom 13.02.02).

Die Forderungen des Netzwerks sind radikal, radikaler als bei seinen anderen Kampagnen, und sie berühren ein hochkomplexes juristisches Feld. Denn so leicht lässt sich in Deutschland die PKV nicht abschaffen. Die in der Vergangenheit gezeigten Reaktionen der PKV über die Veränderung der "Friedensgrenze" zwischen GKV und PKV lassen vermuten, dass die PKV sämtliche juristische Mittel bis hin zum Gang zum Bundesverfassungsgericht aufwenden wird, sollte sie sich in ihrem Status gefährdet sehen. Die Kampagne provoziert so sicher auch Missfallen und wird es nicht leicht haben, ei-

nen ähnlich starken Rückhalt zu gewinnen wie bei der Tobin-Tax.

Doch weist sie in ihrem derzeitigen Stadium auf Ungereimtheiten und Fehlinterpretationen hin, mit denen im politischen und öffentlichen Diskurs Privatisierungsforderungen für das Gesundheitswesen argumentativ untermauert werden. So hinterfragt die Kampagne beispielsweise das Hauptargument der "Kostenexplosion' im Gesundheitswesen als Grund für dringende Spar- und Umstrukturierungsmaßnahmen. Zwar sind, wie Hagen Kühn, Leiter der Arbeitsgruppe "Public Health" am Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin (WZB), in der April-Ausgabe des Attac-Rundbriefs ausführt2, die Ausgaben der GKV in den letzten dreißig Jahren von weit unter 100 Mrd. DM auf mehr als 250 Mrd, DM gestiegen. Eindeutig hat auch in den letzten 25 Jahren der Beitragssatz zur GKV um 25 Prozent zugelegt - doch ist dafür nicht ein ineffizientes Gesundheitssystem verantwortlich. Diese Kostensteigerungen müssen vielmehr, betont der Wissenschaftler, im Kontext stagnierender oder gefallener Lohnquoten und von Einnahmedefiziten gesehen werden. Die Ausgaben für das Gesundheitssystem selbst sind in der GKV in den letzten zwanzig Jahren um gerade einmal 0,2 Prozentpunkte gestiegen. Nicht das Gesundheitssystem als solches ist daher kostenintensiv, sondern es besteht ein Einnahmedefizit, das mit anderen gesellschaftspolitischen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, Lohnentwicklung und Demografie einhergeht. Das ändert natürlich nichts daran, dass das deutsche Gesundheitssystem ein Finanzierungsproblem hat, verdeutlicht aber die Hintergründe dieses Problems.

Der Schwerpunkt der Attac-Kampagne setzt aber nicht nur daran an, diese bewusst oder unbewusst inszenierten Missverständnisse zu korrigieren. Das Netzwerk stellt generell die Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen in Frage bzw. in den Kontext transnational geplanter Angleichungen, die in dem von der WTO verhandelten Dienstleistungsabkommen GATS (General Aggreement on Trade in Services) vorgesehen sind. Dieses Abkommen kann nur umgesetzt werden, wenn auf nationaler Ebene der rechtliche Rahmen für Deregulierung, Liberalisierung und Privatisierung vorbereitet wird. Daran haben diverse Global Player ein starkes Interesse, denn das Kapitalvolumen des weltweiten Gesundheitsmarktes wird auf 3,5 Billionen Dollar geschätzt, Gesundheit kann also ein Geschäft sein, das sich durchaus zu betreiben lohnt. So gesehen scheint sich Attac mit dieser Kampagne nicht von seinem ursprünglichen Thema, der Kritik an der neoliberalen Globalisierung, entfernt zu baben.

Die weit gehenden konkreten Forderungen für Deutschland nach einem "zuwendungsorientierten Gesundheitswesen', die eine Aufwertung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, mehr Personal für die Krankenhäuser, die Rücknahme und Verhinderung von Krankenhausprivatisierungen oder die Ausweitung präventiver Maßnahmen im Kontext ungünstiger Arbeits-, Umwelt- und Lebensbedingungen beinhalten - um hier nur einige der Ansprüche der Kampagne anzuführen -, werden sich nur schwer und sehr zäh umsetzen lassen. Denn schließlich agieren im Gesundheitssystem verschiedene Akteure mit unterschiedlichen Interessen und Lobbyverbänden im Hintergrund (Arztekammern, Pharmaindustrie, GKV, PKV, diverse Krankenhausgesellschaften. Wohlfahrtsverbände). Es dürfte nicht allzu viele Ärzte geben, die sich mündige Patienten wünschen und gerne längere Beratungsgespräche führen, oder Arzte, die freiwillig von der Pharmaindustrie unabhängige Fort- und Weiterbildungen auf sich nehmen. Und natürlich möchte sich auch die Pharmaindustrie das Geschäft mit dem Gesundheitsmarkt nicht einfach aus der Hand nehmen lassen. Ganz zu schweigen von den "monolithischen Blöcken" der Ärztekammern und Krankenversicherungen, die sich nur ungern in die Karten schauen lassen und jahrzehntelang aufgebaute Macht- und Organisationsstrukturen sicher nicht einfach demontieren werden.

Trotzdem wirft Attac mit diesem Katalog eine Reihe von Problemen auf und trägt sie in die Bevölkerung – Probleme und Zusammenhänge, die bisher weitgehend für nur wenige zugänglich im parlamentarischen, verbandsorganisierten oder transnational-privatisierten Raum verhandelt wurden. Dem Netzwerk ist es schon jetzt gelungen, einige renommierte Wissenschaftler, die zu diesen Themen forschen, als Autoren und Referenten zu gewinnen.

Am 20. April fand in Heidelberg eine bundesweite Aktionskonferenz in Kooperation mit Jugendverbänden der Gewerkschaften Metall und ver.di, dem ver.di-Bezirk Baden-Württemberg. der Initiative zur Vernetzung der Gewerkschaftslinken, der Initiative für einen Politikweehsel und medico international statt3, auf der Aktivisten und Experten miteinander in Workshops und Plenen den weiteren Verlauf der Kampagne diskutiert haben. Außerdem fand am 15. Juni ein bundesweiter dezentraler Aktionstag statt, an dem in sämtlichen Städten und Orten öffentlichkeitswirksam auf die Notwendigkeit eines solidarischen Gesundheitssystems hingewiesen wurde. Wichtig wird für diese Kampagne auch der 14. September sein. Attac mobilisiert für eine Großveranstaltung in Köln. Eine Woche vor den Bundestagswahlen will das Netzwerk unter dem Motto Her mit dem schönen Leben - Diesmal richtig umverteilen' alle Politiker deutlich darauf vorbereiten, dass  unabhängig davon, wer die neue Bundesregierung stellen wird – bei Sparplänen im öffentlichen Bereich mit dem Protest des Netzwerks zu rechnen ist.

Inwieweit Attac seine Gesundheits-Kampagne mit allen ihren Forderungen auch künftig vertreten wird, bleibt abzuwarten. Sicher aber trägt die Bewegung damit zur Sensibilisierung für gesellschaftliche und politische Trends bei, die ein rein marktorientiertes Kosten-Nutzen-Denken einem solidarischen Miteinander vorziehen.

Gabriele Rohmann. Soziologin, arbeitet als freie Journalistin und als Referehtin für politische Erwachsenenbildung in Berlin.

#### Anmerkungen

In Frankreich 1998 gegründet, ist Attac mit mittlerweile weit mehr als 60.000 Mitgliedern in rund vierzig Ländern weltweit das größte organisierte Netzwerk von GlobalisierungskritikerInnen. In Deutschland umfasst Attac zur Zeit etwa 6.800 Mitglieder, Tendenz steigend. Zunächst hatte das Bündnis seinen Namen als Aufforderung zur gründlichen Reformierung des etablierten Systems der Weltwirtschaft gewählt. Der Name steht für "Association pour une Taxation des Transactions Financieres pour l'aide aux Citovens' - für eine Gemeinschaft, die sich für eine Steuer auf internationale Finanztransaktionen einsetzt, die Einführung der sog. ,Tobin-Tax', Zu Attac siehe auch mehrere Beiträge in Hest 1/2002 des Forschungsjournal NSB mit dem Themenschwerpunkt ,Transnationale Aktionsnetzwerke' (die Red.).

<sup>2</sup> Siehe hierzu: Kühn, Hagen 2002: Was heißt Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung? In: Attac-Rundbrief 2/02, April, 6f.

<sup>3</sup> Nähere Informationen im Internet unter www.attac-netzwerk.de/sozsich

## **TAGUNGSANKÜNDIGUNG**

Soziologenkongress

Ad Hoc Gruppe: Soziale Bewegungen zwischen Regionalisierung und Globalisierung – methodische und theoretische Aspekte

auf dem 31. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie Entstaatlichung und soziale Sicherheit

7. - 11. Oktober 2002 in Leipzig

#### Programm

Silke Roth, Sociology Department, University of Pennsylvania/Ingrid Miethe, Institut für Erziehungswissenschaften, Universität Greifswald Soziale Bewegungen zwischen Regionalisierung und Globalisierung – methodische und theoretische Aspekte

Ilse Lenz, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr Universität Bochum

Reflexivität und Kontextstrukturen von sozialen Bewegungen: Die neue Frauenbewegung

Yin-Zu Chen, Fakultät für Sozialwissenschaft, Ruhr Universität Bochum

Zwischen Netzwerken und Bewegungen. Methodische Fragen empirischer Forschung transnationaler Frauenbewegungen Markus Schulz, Fakultät Medien, Bauhaus Universität Weimar

Zur Räumlichkeit sozialer Bewegungen

Helena Flam, Institut für Soziologie, Universität Leipzig

National-Global: Osteuropa seit 1989

Jochen Kleres, Institut für Soziologie, Universität Leipzig

Zwischen Verwestlichung und Eigenständigkeit: Zum Verlauf der ostdeutschen Frauenund Schwulenbewegung nach der Wende

Jochen Roose, Institut für Kulturwissenschaften, Universität Leipzig

Dynamische Mehrebenenbewegungen im dynamischen Mehrebenensystem? Anmerkungen zur Erforschung von Umweltbewegungen in Europa

Theresa Wobbe, Institut für Soziologie, Universität Erfurt

Supranationale Gelegenheitsstrukturen: Zur Resonanz von Gleichberechtigungsnormen in der Europäischen Union

Kathrin Zippel, Department of Sociology, Northeastern University.

Transnationale Gelegenheitsstrukturen und Akteure in der EU Die Rolle transnationaler Expertise in politischen Prozessen

Silke Roth, Sociology Department, University of Pennsylvania

Geschlecht, Globalisierung und soziale Bewegungen am Beispiel der Institutionalisierung von Gender Mainstreaming

### **ANALYSE**

# Soziale Probleme und soziale Bewegungen in Mexiko

#### Eine aktuelle Zwischenbilanz

Die öffentlichen Diskurse über soziale Probleme sind bestimmt durch die Konkurrenz unterschiedlicher Deutungsmuster (frames). Soziale Bewegungen wie auch die politischadministrativen Akteure organisieren ihre Problemdiskurse um solche Deutungsmuster, die als konkurrierende symbolische Muster der Wirklichkeitskonstruktion die Deutungen und Gegendeutungen sozialer Probleme transportieren. Nach einer von Gamson eingeführten Typologie können wir drei grundlegende Deutungsmuster sozialer Probleme unterscheiden:

- Armut und mangelnde soziale Gerechtigkeit
  (justice frame): sozial ungleiche Teilhabe
  an materiellen und immateriellen Lebensgütern; materielle Deprivation; mangelnde
  Verteilungsgerechtigkeit, eingebunden in
  eine beschleunigte ökonomische Ungleichheitsdynamik.
- Die Verletzung von zivilgesellschaftlichen Grundrechten (agency frame): Verletzung der Menschenrechte; mangelnde Verwirklichung von Partizipationsrechten im Kontext von politisch-administrativen Entscheidungsprozessen; mangelnde Teilhabe an der Gestaltung von wohlfahrtsstaatlichen Programmen.
- Die Nicht-Beachtung der Rechte auf ethnisch-kulturelle Selbstbestimmung (identity frame): Nicht-Akzeptanz der Lebensformen und der autonomen Lebenspraxis von ethnisch-kulturellen Minderheiten; Stigmatisierung und Exklusion von 'Andersartigkeit'.

Der folgende Beitrag unternimmt - am Beispiel Mexiko - den Versuch, die zentralen Deutungsmuster zu identifizieren, die die öffentliche Diskussion über soziale Probleme in diesem mittelamerikanischen Staat heute prägen. Im Mittelpunkt stehen hierbei die aktuellen öffentlichen Auseinandersetzungen über 1. die Menschenrechtssituation im Land und 2, die Autonomierechte der indigenen Bevölkerung, Entstanden ist dieser Bericht im Rahmen eines Forschungsaufenthaltes an der Universidad de las Americas/Puebla. Er dokumentiert das Ergebnis einer umfassenden qualitativen Inhaltsanalyse von Printmedien (insgesamt 134 Artikel aus "La Jornada"; "La Reforma"; Recherchesystem "InfoLatina"), die den Zeitraum 1.7.2001 - 31.1.2002 umfasst.

# 1 Der wiederentdeckte Krieg (,la Guerra Sucia')

Mexiko entdeckt zurzeit einen stillen und versteckten Krieg im eigenen Land, Am 27.11.2001 übergab der Vorsitzende der Nationalen Kommission für Menschenrechte (CNDH), Jose Luis Soberanes Fernandez, dem Präsidenten und der Öffentlichkeit seinen "Bericht über gewaltsame Verschleppungen in den 70er Jahren' (Informe y recomendaciones sobre los desaparecidos de los anos 70). Auf mehr als 2000 Scitch dokumentiert dieser Bericht insgesamt 532 Fälle von gewaltsamer Verschleppung und Ermordnung von Oppositionellen in den Jahren 1970 bis 1982, Das, was heute in den Medien ,der schmutzige Krieg' (la guerra sucia) genannt wird, war der Krieg gegen die (maoistische und trotzkistische) Land- und Stadtguerilla, die während der Amtszeit der Präsidenten Luis Echeverria (1970-1976) und Jose Lopez Portillo (1976-1982) durch bewaffnete Aktionen, Entführungen und Attentate für eine Demokratisierung autoritärer Staatsstrukturen kämpfte. Einige dieser Organisationen, die niemals zu einer gemeinsamen ideologischen Plattform fanden, agierten auf nationaler Ebene, wie z.B. die "Liga 23 de Septiembre' und die "Fuerzas Revolucionarias Armadas del Pueblo' (FRAP), andere waren auf eine regionale Reichweite begrenzt. Der militärische "Kampf gegen die Subversion' - so die offizielle Diktion dieser Jahre - folgte den Mustern der staatlicher Repression in Argentinien (Videla), Chile (Pinochet) und Paraguay (Stroessner) - in Mexiko exekutiert durch die Brigadas Blancas, geheime Elite-Einheiten des Militärs zur Terrorismusbekämpfung. Die 2000 Seiten des Berichts dokumentieren die Verletzungen der Menschenrechte, die auf das Konto dieser Militäreinheiten gehen, im Detail. Sie sprechen von Hausdurchsuchungen und willkürlichen Verhaftungen (auch von Familienangehörigen) ohne gerichtlichen Beschluss, Verschleppung der Opfer an unbekannten Ort. Folter und gewaltsam erpresste Geständnisse, Vergewaltigungen und Exekutionen (ein ehemaliger General der Policia Judical berichtet von Hubschrauber-Flügen über die Bucht von Acapulco, von denen die politischen Gefangenen nicht mehr zurück kehrten; La Jornada 10.12.2001). In 275 der dokumentierten Fälle ist die Täterschaft von polizeilichen und militärischen Sicherheitskräften zweifelsfrei nachgewiesen: Die Opfer verschwanden nach oftmals wochenlangen Verhören aus Staatsgefängnissen und Militärlagern; die Namen ihrer Peiniger sind bekannt,

Der Bericht endet mit drei zentralen Empfehlungen an die Regierung: (1) Aufklärung der Tathergänge und Auffinden der sterblichen Überreste der Opfer; (2) Einberufung einer speziellen Staatsanwaltschaft zur strafrechtlichen Verfolgung der Täter und zur Aufklärung der politischen Verantwortung von Regierung, Militärführung und Justiz; und (3) Entschädigung der Familienangehörigen der Opfer. Die Veröffentlichung dieses Berichtes,

mit der die Regierung Fox den Verpflichtungen der Amerikanischen Menschenrechtskonvention nachkommt, hat im öffentlichen Diskurs eine positive Resonanz erfahren. Dieser Bericht - so kommentiert Human Rights Watch - "ist ein herausragendes politisches Ereignis, denn die Regierung bestätigt und anerkennt die (bislang immer wieder verneinte) Existenz einer Serie von Morden und gewaltsamen Verschleppungen, die während der Jahre der Repression gegen bewaffnete Gruppen von Sicherheitskräften begangen worden ist". Doch auch die Kritik meldet sich zu Worte. Die Einsprüche einer breiten Allianz von Menschenrechtsorganisationen (Amnesty International: Comision Mexicana de Derechos Humanos: Asociacion de Familiares de Desaparecidos - allen voran aber die Organisation Eureka der Menschenrechtlerin Rosario Ibarra de Piedra) beherrschen seit dem Jahresende 2001 die Schlagzeilen. Vor allem folgende Argumente werden gegen diesen Bericht der nationalen Kommission für Menschenrechte ins Feld geführt:

- Die Datenbasis des Berichts greift zu kurz. So wurden von der berichterstellenden staatlichen Kommission nur ein kleiner Bruchteil der im Staatsarchiv gesammelten Dokumente gesichtet. Umfangreiche weitere Dokumentenbestände, insbesondere zur Befehlsstruktur innerhalb der militärischen Hierarchie, verbleiben in den geheimen Archiven des Militärs; sie konnten von der Kommission nicht eingesehen werden.
- Der Ermittlungsbericht so die Kritik weiter kommt zu spät. Eine Vielzahl der registrierten Straftaten ist in der Zwischenzeit verjährt, viele Tatverdächtige verstorben. Der Bericht ist somit vor allem ein historisches Dokument des Unrechts, das den Familienangehörigen durch die Nicht-Verfolgung der Straftaten und durch die Niederschlagung

- der Strafverfolgungsprozesse (,abgeschlossene Fälle') angetan worden ist.
- Die von den Menschenrechtsorganisationen dokumentierten Fälle von gewaltsamen Verschleppungen und Ermordungen in der Regierungszeit der Präsidenten de la Madrid, Salinas de Gotari und Zedillo (Amnesty International dokumentiert insgesamt 39 Fälle) werden nicht in die Darstellung und in die nun anlaufenden Ermittlungsverfahren einbezogen.
- Und schliesslich: Es unterbleibt eine Untersuchung der militärischen Verantwortung für die Massaker an der indigenen Bevölkerung in Aguas Blancas, El Charco und Acteal in den Jahren 1995 und 1998.

Der besondere Widerstand der zivilgesellschaftlichen Organisationen richtet sich gegen das Vorhaben der Regierung Fox, eine spezielle Staatsanwaltschaft (Fiscalia Especial) zur Verfolgung der Gräueltaten einzusetzen. Und in der Tat - dieser Widerstand ist wohl begründet: Die Ermittlungstätigkeiten früherer Schwerpunkt-Staatsanwaltschaften (so etwa zur Aufklärung der Morde an dem Präsidentschaftskandidaten Luis Donaldo Colosio und an dem Kardinal Juan Jesus Posadas) blieben ohne greifbaren Erfolg. Es bestehen zudem begründete Zweifel an der politischen Unabhängigkeit und Unparteilichkeit des noch einzusetzenden Staatsanwaltes. zumal dieser nicht durch den Kongress, sondern durch den Generalbundesanwalt berufen werden soll. Die zivilgesellschaftlichen Organisationen fordern die Einberufung einer Wahrheitskommission (Comision de la Verdad) nach südafrikanischem Vorbild. Diese Kommission soll aus unabhängigen Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens bestehen und mit weit reichenden rechtlichen Befugnissen ausgestattet werden - dies freilich eine Forderung, die am harten Nein des Präsidenten zu scheitern droht.

# 2 Die indigene Unabhängigkeitsbewegung (,la Ley Indigena')

Seit August 2001 sind alle Dialogbrücken eingerissen - die Friedensgespräche zwischen der Regierung Fox und der Zapatistischen Befreiungsarmee (Ejercicio Zapatista de Liberacion Nacional - EZLN), dem militärischen Arm der indigenen Unabhängigkeitsbewegung, sind verstummt. Damit ist nach nur kurzer Zeit ein politischer Dialog zum Ende gekommen, der noch zu Beginn der Amtszeit der Regierung Fox viele Hoffnungsfunken gezündet hatte. In seiner Antrittsrede am 8. Dezember 2000 noch hatte Präsident Fox dem Friedensprozess und der Versöhnung in Chiapas die oberste Priorität in der Agenda seiner Regierung zugemessen. Zur gleichen Zeit signalisierte die Kommandantur der EZLN um ihren charismatischen Führer Subcomandante Marcos die Bereitschaft, den Faden der Friedensgespräche mit der neuen ,Regierung des demokratischen Übergangs' erneut aufzunehmen. Voraussetzung hierfür - so ein Kommunique der EZLN - sei die Erfüllung von drei Vorbedingungen durch die Regierung (,die drei Signale' - tres senales): (1) Entmilitarisierung des von der zapatistischen Bewegung reklamierten Territoriums und Rückzug des Militärs aus insgesamt sieben Militärbasen; (2) Freilassung aller der zapatistischen Befreiungsbewegung angehörenden politischen Gefangenen; (3) Ratifizierung der Friedensvorschläge von San Andres aus dem Jahr 1996 durch das Bundesparlament (Anerkennung und Stärkung der Rechte der indigenen Bevölkerung auf politische, ökonomische, soziale und kulturelle Selbstbestimmung) und deren gesetzliche Verankerung im Wege einer Verfassungsreform.

Die Regierung Fox hat diese Vorbedingungen in den ersten Monaten ihrer Amtszeit schrittweise erfüllt. Bis Juni 2001 wurden die von den zapatistischen Rebellen benannten sie-

ben Militärlager, z.T. unter den Augen internationaler Friedensbeobachter, geräumt freilich ohne dass sich die erdrückende militärische Präsenz in Chiapas insgesamt vermindert hätte. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 108 politische Gefangene aus der Haft entlassen. Und schliesslich: Die Vorlage für eine "Verfassungsreform der Rechte und Kultur der indigenen Bevölkerung' (Reforma Constitucional sobre Derechos y Cultura Indigena) wurde - basierend auf den Vereinbarungen von San Andres und durch die Comision de Concordia y Pacificacion als Verfassungsvorlage ausgearbeitet - durch die Regierung in den Kongress eingebracht. Am 25. April 2001 wurde dieser Reformvorschlag als Veränderung des Art.2 der mexikanischen Verfassung im Kongress - über alle Parteiengrenzen hinweg - ratifiziert. In der anschliessenden Beratung des Gesetzes in den Parlamenten der Bundesstaaten wurde das Reformwerk von einer Mehrheit von 17 Bundesstaaten ratifiziert; 10 Bundesstaaten votierten ablehnend, darunter auch die vier Bundesstaaten mit dem höchsten Anteil an indigener Bevölkerung (Chiapas; Oaxaca; Guerrero; Hidalgo). Am 14. August 2001 schliesslich trat die Reforma Constitucional in Kraft.

Die Ablehnung der verabschiedeten Verfassungsreform im Lager der Interessenvertretung der indigenen Bevölkerung ist einstimmig. Nicht nur EZLN und das zivile Forum Congreso Nacional Indigena (CNI), sondern auch die Gewerkschaften der Landarbeiter, das nationale Netzwerk der Menschenrechtsorganisationen Mexikos und "die Regierung der nationalen Versöhnung" in Chiapas unter dem ehemaligen Menschenrechtler Pablo Salazar Mendiguchia artikulieren ihren Widerstand. In der Zwischenzeit liegen dem Obersten Gerichtshof des Landes mehr als 300 Verfassungsbeschwerden vor; die oppositionelle Links-Partei Partido de la Revolucion Demo-

cratica (PRD) bemüht sich um Wiederaufnahme des parlamentarischen Verfahrens und um eine "Reform der Reform". Was nun ist Ursache dieses harten Widerstandes? Begründet ist diese kompromisslos-ablehnende Haltung in den Veränderungen, die die Verfassungsvorlage der Comision de Concordia v Pacificacion im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren erfahren hat. Im Mittelpunkt steht hier die inhaltliche Füllung des Begriffs ,politische Autonomie und Selbstbestimmung'. Der Congreso Nacional Indigena gibt in einer aktuellen Stellungnahme (November 2001) - in Übereinstimmung mit den Vereinbarungen von San Andres - folgende Definition:

- Anerkennung der indigenen Gemeinden als kollektive Rechtssubjekte, die das Recht haben, die Leitlinien der sozialen Entwicklung der indigenen Dorfgemeinschaften zu bestimmen, ökonomische Ressourcen eigenständig zu verwalten und die Regeln des sozialen Zusammenlebens entsprechend der eigenen ethnisch-kulturellen Tradition fest zu legen;
- Ancrkennung des tradierten indigenen Systems der Konfliktregelung und Rechtsprechung (usos y costumbres) unter Wahrung der individuellen Freiheitsrechte und der kollektiven Menschenrechte;
- Eigenverfügung der indigenen Dorfgemeinschaften über die Nutzung von Boden und natürlichen Ressourcen; Selbstbestimmung im Hinblick auf die Verwaltung der staatlichen Mittel zur Förderung der ökonomischen und sozialen Entwicklung der Region;
- Wahl der politischen Vertretung durch die Dorfversammlung (asamblea) entsprechend eingeführter Traditionen auch ausserhalb des Parteiensystems (dies – so muss man kritisch anmerken – bedeutet faktisch die Abschaffung des demokratischen Gutes der geheimen Wahl).

Die vorliegende Verfassungsnovelle – so das übereinstimmende Urteil im Lager der Gegner – trägt einem solchen Verständnis von Autonomie nicht hinreichend Rechnung ("die halbierte Autonomie"). Sie formuliert Einschränkungen der Autonomieansprüche, die als Affront gegen die indigene Bevölkerung insgesamt gewertet werden:

- Die Verfassungsreform anerkennt die indigenen Gemeinden nicht als kollektive Rechtssubjekte. Sie definiert sie vielmehr als "Einheiten des öffentlichen Interesses" (entidades de interes publico), die verpflichtend in die Politik und Programme der Bundesregierung eingebunden sind (z.B. Bundesprogramme zur Verbesserung der baulichen, medizinischen und schulischen Infrastruktur).
- Das tradierte System indigener Rechtsprechung in den Dorfgemeinschaften (usos y costumbres) wird der Aufsicht durch staatliche Organe unterstellt, so dass sichergestellt ist, dass geltenden Zivil- und Strafrecht nicht zuwider gehandelt wird und zugleich die Rechte von Frauen (in einer traditionell m\u00e4nnerdominierten Stammesgesellschaft), von religi\u00f3s Andersdenkenden und von Besitzern von privatem Grund gesch\u00fctzt sind.
- Die Verfassungsnovelle anerkennt das Recht der indigenen Bevölkerung auf Nutzung des Bodens und der natürlichen Ressourcen in ihrem unmittelbaren Lebensumfeld. Ausgenommen hiervon sind jedoch so genannte "strategische Zonen". Das Gesetz gibt aber keine Definition dessen, was als strategische Zone zu betrachten ist – und damit nährt sich die Befürchtung der Reformgegner, dass sich mit diesem offenen Rechtsbegriff die Türen weit öffnen für Landenteignungsprozesse überall dort, wo indigene Gemeinden gegenüber Großprojekten der Industrie, des Tourismus oder der Bioprospektion Widerstand leisten.

- Die Parlamente der einzelnen Bundesstaaten werden verpflichtet, neue Gemeindeverfassungen zu erlassen, die die zukünftige Form und die Grenzen der kommunalpolitischen Selbstvertretung der indigenen Gemeinden sowie die Verteilung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen staatlichen Institutionen und Selbstvertretungsorganen der autonomen Gemeinden verbindlich regeln. In diesen legislativen Verfahren auf Länderebene aber sind Vertreter der ethnischen Minderheiten kaum oder nicht vertreten.
- Ein letzter kritischer Aspekt: Das Gesetzgebungsverfahren missachtet die Konvention 169 der Internationalen Organisation für Arbeit (Organizacion Internacional del Trabaja - OIT), die von Mexiko bereits im Jahr 1990 unterzeichnet wurde. Mit dieser Konvention verpflichten sich alle Unterzeichnerstaaten und somit auch Mexiko, ethnische Minderheiten in allen Gesetzesverfahren, die deren Lebensalltag berühren, zu konsultieren und in den Willensbildungsprozess einzubeziehen. Ein solches Referendum ist im vorliegenden Fall aber unterblieben, die Stimme der indigenen Bevölkerung ist zu keinem Zeitpunkt in dem Prozess der parlamentarischen Beschlussfassung einbezogen worden.

Bartolome Clavero, Professor für Verfassungsrecht an der Universität Sevilla, fasst diese Kritik in folgende Worte: "Das Ley Indigena hat den Horizont von Autonomie, Verantwortung und rechtlicher Selbstbestimmung der indigenen Gemeinden vollkommen verschlossen (…). Im Reformvorschlag der Comision de Concordia y Pacificacion (Cocopa) ist Autonomie ein kollektives Recht von Verfassungsrang, von dem alle weiteren Rechte und Reformprojekte abgeleitet werden müssen. Die aktuelle Verfassungsreform erkennt dieses Recht der indigenen Bevölkerung nicht an. Nicht nur, dass

vorangehende Vereinbarungen nicht berücksichtigt wurden. Die Definition dessen, was indigene Autonomie ausmacht, ist durch die Verfassungsreform zur Disposition der einzelnen Bundesstaaten gestellt. Das, was bislang eine Prämisse war, nämlich die Anerkennung der Selbstbestimmungsrechte der indigenen Gemeinden, wird so eine Eventualität, eine Möglichkeit, über deren Konkretisierung die Kongresse der einzelnen Bundesstaaten zu befinden haben. Aus einem Recht mit Verfassungsrang wird so eine nur schwache Hoffnung, denn in den Verhandlungen der Kongresse, die die Reichweite und die Grenzen der indigenen Selbstbestimmung definieren werden, hat die Stimme der indigenen Bevölkerung keinerlei Gewicht." (La Jornada 18.12. 2001)

Das "Klima der Versöhnung", in dessen Zeichen die Legislaturperiode der Regierung Fox begann, ist vor dem Hintergrund dieser unversöhnlichen Gegensätze einer Eiseskälte gewichen. Die EZLN hat sich in ihre Versorgungsbasen im Autonomiegebiet von Chiapas zurück gezogen und beharrt auf ihrer Forderung nach einer vollgültigen und buchstabengetreuen Umsetzung der Friedensvereinbarungen von San Andres. Zwar hat die Kommandantur die autonomen Gemeinden aufgefordert, nicht zu den Waffen zu greifen und auf Provokationen durch die als Besatzungsmacht erlebten Militäreinheiten nur mit friedlichen Mitteln zu antworten. Eine friedliche

Lösung des Konfliktes jedoch ist heute, nachdem das ley indigena von der politischen Agenda der Regierung verschwunden ist, ferner denn je.

Prof. Dr. Norbert Herriger lehrt Soziologie am Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Düsseldorf. Der Autor hatte im WS 2001/02 eine Gastprofessur an der Universidad de las Americas in Puebla/Mexiko. In Kooperation mit dem Centro de Derechos Humanos war er als Menschenrechtsbeobachter in Chiapas tätig.

#### Eine kurze virtuelle Adressenliste

La Jornada (www.jornada.unam.mx)
La Reforma (www.reforma.com)
Recherchesystem Infolatina (www.infolatina.com.mx)

Comision Nacional de los Derechos Humanos (CNDH): Informe especial sobre las quejas de materia de desapareciones forzadas occuridas en la decada de los 70 y principios de los 80.2001 (www.endh.org.mx)

Congreso Nacional Indigena: Acuerdas de San Andres sobre Derechos y Cultura Indigena 1996; und Declaracion Final: 8. Asamblea Nacional 18,-20,11,2001 (www.laneta.apc.org/eni) Centro de Derechos Humanos Fray Bartolome de Las Casas, San Cristobal, Chiapas. (www.laneta.apc.org/edhbcasas)

Red Nacional de Organismos Civiles de Derechos Humanos. (www. redtdt.org,mx)

#### Umwelt, Gesundheit und Entwicklung

Bereits scit 1978 gibt es das KATALYSE Institut, das von Wissenschaftlern und Bürgern in Köln gegründet wurde. Seither lautet die Zielsetzung, die Öffentlichkeit über gesundheitsschädliche Umwelteinflüsse aufzuklären, wissenschaftliche Erkenntnisse für Laien verständlich darzustellen und sozial-ökologische Konzepte für eine zukunftsfähige Entwicklung zu erarbeiten. Das interdisziplinär zusammengesetzte Wissenschaftlerteam engagiert sich traditionell in wichtigen Schlüsselthemen des Verbraucherschutzes und der Umwelt- und Gesundheitspolitik. Thematisch stehen Forschung und Beratung zu Umwelt- und Gesundheitsthemen sowie die Aufbereitung von Fachinformationen zum umweltbezogenen Gesundheitsschutz im Mittelpunkt der Institutsaktivitäten. Der Name KATALYSE versinnbildlicht den Anspruch, Vorgänge zu beschleunigen und in eine andere Richtung zu lenken.

Kontakt: KATAŁYSEe.V. Institut für angewandte Umweltforschung, Remigiusstr. 21, 50937 Köln, eMail: info@katalyse.de, www. katalyse.de.

#### Angst vor der Zwei-Klassen-Medizin

Die Bevölkerung erwartet, dass sie in den nächsten Jahren zum Zeugen eines fortgesetzten Niedergangs des deutschen Gesundheitssystems werden wird. 50 Prozent der Bevölkerung machen sich Sorgen, dass sie im Falle einer ernsthaften Erkrankung nicht ausreichend medizinisch versorgt werden könnten; 24 Prozent haben bereits persönlich die Folgen der Budgetierung zu spüren bekommen und erlebt, wie ihnen der Arzt ein bestimmtes Medikament oder eine Behandlung verweigern musste, da sein zugebilligtes Budget ausgeschöpft war; 76 Prozent rechnen mittelfristig mit höheren Zuzahlungen bei Medikamenten, 74 Prozent mit steigenden Gesundheitskosten.

70 Prozent sehen Deutschland auf dem Weg in eine Zwei-Klassen-Medizin, bei der Wohlhabende "Gesundheit kaufen" können, während die übrige Bevölkerung eine stetige Verschlechterung der Gesundheitsversorgung hinnehmen muss. 52 Prozent erwarten, dass die Bedeutung der Apparatemedizin wächst und dass dies mit dem Verlust an Menschlichkeit einhergeht. 70 Prozent der politisch Interessierten halten eine umfassende Änderung des Gesundheitssystems für zwingend erforderlich, aber nur 42 Prozent erwarten, dass es dazu kommt. Noch weniger rechnen mit Reformen, die Reglementierungen abbauen und den Entscheidungsspielraum der Versicherten und Patienten ausweiten.

Quelle: Institut für Demoskopie Allensbach.

#### Patientenrechte

Das Deutsche Hygiene-Museum Dresden hat eine Dokumentation der Fachtagung "Gesund in eigener Verantwortung"? Patientenrechte in der Diskussion", die im September 2001 in Dresden stattgefunden hat, ins Internet gestellt.

Kontakt: www.dhmd.de/publishing.html.

#### Gesundheitswegweiser

In Bonn hat der Migrantinnentreff Gülistan in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis Migration und Soziales und dem Gesundheitsdezermenten der Stadt Bonn einen Gesundheitswegweiser für MigrantInnen herausgegeben. Dieser gibt Auskunft über die Sprachkenntnisse der Ärzte und des medizinischen Personals. Von Afghanisch bis Vietnamesisch sind 34 Sprachen vertreten, Auch als Anregung für andere Städte kann der Gesundheitswegweiser angefordert werden.

Kontakt: Migrantinnentreff Gülistan, Adenauerallee 4-6, 53113 Bonn, Tel.: (0228) 264197.

## Drogensituation in Frankreich

Der nationale Knotenpunkt in Frankreich (OFDT) hat die Ausgabe 2002 von "Drogues et dependances - indicateurs et tendances' herausgegeben, die die neuesten verfügbaren Daten zur Drogensituation in Frankreich enthält. Ziel des Dokumentes ist es, Umfang und Komplexität des Drogenphänomens darzulegen und Lösungsinitiativen aufzuzeigen. Das Buch beleuchtet das Thema von verschiedenen Blickwinkeln, die von gesundheitlichen. sozialen und strafrechtlichen Folgen des Konsums legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen bis zu aktuellen Präventionsmaßnahmen und den rechtlichen Rahmen reichen. Dem Buch liegt eine CD-ROM bei, die Studien, Veröffentlichungen und Datenbanken der OFDT umfasst.

Kontakt: Hassan Berber, OFDT, 105 rue Lafayette, F-75110 Paris, Tel.: (0033) 153201616, Fax: (0033) 153201600, www.drogues.gouv.fr/ fr/index.html,

#### Sommerakademie von Attac in Berlin

#### Alternativen Denken!

Vom 26, bis 31. Juli findet in Berlin eine Sommerakademie von attac statt. Im Mittelpunkt der Diskussionen steht die kritische Debatte des Globalisierungsprozesses. Zu den Themen gehören u.a. Finanzmärkte und Steuerflucht. IWF und Weltbank, soziale Sicherungssysteme und Gesundheit (siehe den Beitrag von Rohmann in diesem Heft), Entschuldung und die ökologische Krise. Daneben können auch "Werkzeuge" politischer Arbeit erlernt werden - wie Moderation, kreative Aktionen, Kampagnenentwicklung, Pressearbeit und Finanzierung. Die Akademie richtet sich sowohl an Bewegungserfahrene wie auch an NeueinsteigerInnen und Interessierte. Die Vormittage sind von viertägigen durchlaufenden Workshops geprägt. Die Nachmittage bieten Raum für inhaltliche und methodische Arbeitsgruppen. In

mehreren abendlichen Großveranstaltungen besteht die Möglichkeit, die Positionen prominenter Personen aus der globalisierungskritischen Bewegung kennenzulernen und sich selber in die Diskussion einzumischen. Angekündigt sind u.a. Vandana Shiva, Arundhati Roy, Susan George, Bernard Cassen und Jean Ziegler.

Nähere Informationen unter:

www.attac-netwerk.de/sommerakademie/oder bei Attac Deutschland, Artilleriestraße 6, 27283 Verden, T.: 04231/957591, eMail: info@attacnetzwerk.de

## Fundraising und NGO

In der Schriftenreihe "Münsteraner Diskussionspapiere zum Nonprofit-Scktor" der Arbeitsstelle Aktive Bürgerschaft ist ein Arbeitspapier von Dirk Growe zur Situation auf dem bundesdeutschen Spendenmarkt erschienen. Der Aufsatz mit dem Titel "Fundraising und NGO – die alte Frage nach dem Geld neu gestellt" kann kostenlos im Internet heruntergeladen werden.

Kontakt: www.dritte-sektor-forschung.de/publikat.html.

## Mehr Bürgerstiftungen für Deutschland

Deutschland gehört zwar bereits zur europäischen Spitze bei der Neugründung von Bürgerstiftungen, aber es sollen noch viel mehr werden: Die Bertelsmann Stiftung, die Körber Stiftung, die Klaus Tschira Stiftung und der Bundesverband Deutscher Stiftungen haben eine "Initiative Bürgerstiftungen" gegründet. Kontakt: www.buergerstiftungen.de.

#### Flüchtlingspolitik in Deutschland

Die Antirassistische Initiative e.V. hat eine Chronik zur "Bundesdeutschen Flüchtlingspolitik und ihren tödlichen Folgen (1993-2001)" herausgegeben. Die Zusammenstellung konzentriert sich auf Todesfälle und Verlet-

zungen bei Grenzüberquerungen, Selbsttötungen, Selbsttötungsversuche und Verletzungen von Flüchtlingen aus Angst vor, während und nach Abschiebungen, umfasst aber auch Berichte über Fluchtversuche sowie Angriffe und Anschläge auf Flüchtlingssammellager. Die Chronik kann als CD-ROM oder Print-Version für 9 Euro (plus 1,60 Euro Porto und Verpackung) bestellt werden.

Kontakt: Antirassistische Initiative e.V., Yorckstr. 59, 10965 Berlin, Tel.: (030) 785728, Fax (030) 7869984, cMail: ari-berlin@gmx.de, www.berlinet.de/ari/titel.htm.

#### Menschenrechtspreis

Die Friedrich-Ebert-Stiftung verleiht den diesjährigen Menschenrechtspreis an die Israelisch-Palästinensische Koalition für den Frieden (IPPC). Anfang 2002 gründeten israelische und palästinensische Politiker, Akademiker, aktive Vertreter von Nichtregierungsorganisationen und Persönlichkeiten aus dem Kulturleben die IPPC. Ihr gehören u.a. der frühere israelische Justizminister Yossi Beilin, einer der Architekten des Oslo-Vertrages, und der langjährige Vorsitzende der linksliberalen Meretz-Partei Yossi Sarid an, Die palästinensische Seite vertreten u.a. der Minister für Information und Kultur, Yasser Abbed Rabbo, und Chefunterhändler Saeb Erekat, Die IPPC serzt sich für das Prinzip einer Zwei-Staaten-Lösung auf der Grundlage der Grenzen von 1967 ein. Ihr gemeinsames Anliegen ist ein Friedensprozess als Alternative zu Terror und Gewalt.

#### Kinderarmut

Das Europäische Forum für Jugendhilfe (EFCW) stellt gemeinsam mit EURONET, einem transnationalen Kindernetzwerk, seine Ergebnisse zur Bekämpfung der Armut von Kindern und Jugendlichen in Europa vor. Hier wird ein neuer erweiterter Armutsbegriff defi-

niert. Es werden neue Indikatoren für gesellschaftliche Armut von Kindern klargestellt, wie z. B. der Kindestod, geringes Geburtsgewicht, Unfälle von Kindern, Schwangerschaft im Teenageralter, Leistungen in der Schule. Der Bericht mit dem Titel "Entwicklung einer umfassenden Lösung gegen Kinderarmut und soziale Ausgrenzung in Europa gefordert' kann kostenlos bestellt werden.

Kontakt: Caoline Crolla, EFCW, Rue de la Concorde 53, B-1050 Brüssel, Tel.: (0032) 25117083, eMail: info@efcw.org.

#### Jahrhundert-Ökostudie

Die UN haben die weltweit größte Umweltstudie gestartet. Vier Jahre lang werden etwa 1500 Wissenschaftler den globalen Öko-Zustand untersuchen. Es soll die bisher umfassendste Bestandsaufnahme des Zustands der Weltmeere, Flüsse, Wälder und landwirtschaftlichen Flächen werden. Laut dem UN-Umweltprogramm (Unep) in Nairobi kostet die Studie rund 23.5 Millionen Euro.

Kontakt: www.millenniumassessment.org.

#### Mehr Demokratie

Mehr Demokratie e.V., der bundesweite Fachverband für Volksabstimmungen, hat seinen Internet-Auftritt komplett neu gestaltet. Das Herz der Homepage ist das 'Infocenter'. Hier finden sich alle wesentlichen Informationen über aktuelle Volksbegehren, Pro- und Contra-Argumente, die direktdemokratischen Verfahren in den Bundesländern und über bundesweite Volksentscheide sowie Bilanzen und Analysen.

Kontakt: www.volksabstimmung.org.

#### Tagung

#### ,Das Kind als Patient<sup>e</sup>

In der Evangelischen Akademie in Tutzing findet vom 02.- 04. Oktober 2002 ein Seminar zum Thema "Das Kind als Patient" statt. In der Kinderheilkunde und Jugendmedizin gibt es spezifische ethische Konflikte zwischen Autonomie und Fürsorge. Fragen und Probleme, die sich für Ärztinnen "Ärzte, Pflegekräfte, Eltern und andere Beteiligte daraus ergeben, werden exemplarisch vorgestellt und diskutiert.

Kontakt: Evangelische Akademie Tutzing, Schlossstr. 2+4, 82327 Tutzing, Tel. (08158) 251-0, Fax: (08158) 996444, www.ev-akademie-tutzing.de.

#### Tagung

#### ,Korruption in Politik und Verwaltung<sup>e</sup>

Die Deutsche Hochschule für Verwaltungswissenschaften in Speyer (DHV) veranstaltet vom 24.- 25. Oktober 2002 in Speyer eine Tagung zum Thema ,Korruption in Politik und Verwaltung'. Die Tagung soll ein realistisches Bild der Lage geben und neben der Diagnose auch Therapien anbieten. Sie soll der Frage nachgehen, was unter "Korruption" zu verstehen ist, welche unterschiedlichen Phänomene von Korruption es gibt, wie Korruption in Politik und Verwaltung entsteht und wie sie sich auswirkt, ob bestimmte Typen von Gesellschaften die Anfälligkeit erhöhen, welche rechtlichen und organisatorischen Vorkehrungen gegen Korruption es bereits gibt und welche Verbesserungen vorgenommen werden sollten. Die Teilnehmergebühr beträgt 180 Euro plus 31 Euro für die Unterkunft.

Kontakt: Lioba Diehl, Tel.: (06232) 654-226 oder Beate Günster Tel.: (06232) 654-269, Fax: -488, eMail: Tagungssekretariat@dhv-speyer.de, www.dhv-speyer.de.

#### Tagung

#### ,Authority in Contention'

Vom 14.-15. August 2002 findet an der University of Notre Dame in South Bend, Indiana, ein Workshop der Sektion "Collective Behaviour and Social Movements" der American Sociological Association zum Thema "Authority in Contention" statt. Nähere Informationen finden sich im Internet.

Kontakt: www.nd.edu/~dmyers/workshop/.

#### Tagung

#### "Kompetenzen für die Bürgergesellschaft..."

Eine zeitgemäße politische Bildung kann ihre Ziele und Formen nur im Dialog mit zivilgesellschaftlichen Kräften weiterentwickeln, und tatsächlich hat sich die politische Erwachsenen- und Jugendbildung in diesem Sinne vielfältig vernetzt. Die Fachtagung ,Kompetenzen für die Bürgergesellschaft & neue Netzwerke politischen Lernens', die vom 30. September bis 1.Oktober 2002 in Dortmund stattfindet, bietet Gelegenheit, Kooperationsbeziehungen über den Weiterbildungsbereich hinaus zu knüpfen und zu reflektieren und den Transfer von Erfahrungen und Kompetenzen zwischen den Feldern Politik, Ehrenamt und Arbeit zu fördern. Organisiert wird diese Veranstaltung von der AG Politische Bildung NRW mit Unterstützung der Landeszentrale für politische Bildung NRW.

Kontakt: Monika Engel, Landesverband der Volkshochschulen NRW, Postfach 104242, 44042 Dortmund, Tel.: (0231) 95205818, Fax: (0231) 9520583, eMail: mengel@vhs-nrw.de.

#### Aachener Friedenspreis

Der Aachener Friedenspreis 2002 geht an die amerikanische Kongressabgeordnete Barbara Lee und den deutschen Pazifisten Bernhard Nolz. Beide Preisträger hatten sich gegen eine militärische Reaktion auf die Terroranschläge vom 11. September ausgesprochen.

#### Geschichte der Migration

Nahezu 900,000 Menschen aus der Türkei kamen als "Gastarbeiter" schon in der Zeit von 1961 bis zum Anwerbestop 1973 nach Deutschland. Diese schon seit über 40 Jahren andauemde Geschichte der Migration zu bewahren und zu dokumentieren hat sich der hauptsächlich chrenamtlich arbeitende Verein DOMiT (Dokumentationszentrum und Museum für Migration aus der Türkei) zur Aufgabe gemacht. DOMiT hat sich zu einer wichtigen Einrichtung entwickelt, deren Archive und Materialien inzwischen auch von staatlichen Museen und Institutionen angefragt werden. Für dieses Jahr plant DOMiT eine Wanderausstellung mit dem Titel "Fremde - Heimat -Einwanderung aus der Türkei\*, die im Berliner Bundesministerium für Arbeit und Soziales gezeigt werden soll. 2003 soll sie in Istanbul zu sehen sein. Aufgerufen sind Interessenten, die diese Ausstellung auch in anderen Städten organisieren möchten.

Kontakt: DOMiT, Bonner Str. 211, 50968 Köln, Tel.: (0221) 3402164, Fax: -165, www.domit.de.

## Welternährungsgipfel

Das Forum Umwelt & Entwicklung hat eine neue Broschüre "Fünf Jahre später. Eine Bilanz von NRO fünf Jahre nach dem Welternährungsgipfel in Rom" herausgegeben. Die Studie bietet einen umfassenden Überblick über den Umsetzungsstand der Beschlüsse des Welternährungsgipfels und beleuchtet Aspekte wie nachhaltige Landwirtschaft, Gentechnik, Was-

ser, Frauen und Welthandel. Die Broschüre kann kostenlos bestellt werden.

Kontakt: Forum Umwelt & Entwicklung, Am Michaelshof 8-10, 53177 Bonn, Tel.; (0228) 359704, Fax: (0228) 92399356, eMail: info@forumue.de, www.forumue.de.

#### Umweltbilanzen von Unternehmen

Die Londoner Beratungsfirma Next Step Consulting hat eine Datenbank eingerichtet, über die kostenlos rund 3.000 Umweltberichte von internationalen Unternehmen eingesehen werden können. Auch Deutschland ist mit ca. 340 Berichten vertreten.

Kontakt: www.corporateregister.com.

#### Georg Fritze Preis

Zu Ehren des Kölner Sozialdemokraten und Pazifisten Georg Fritze (1872-1939) wird jährlich die "Georg-Fritze-Gedächtnis-Gabe", ein Preis für Menschen und Organisationen, die sich in besonderer Weise gegen Gewalt und Willkür und für Frieden und Versöhnung engagieren, verliehen. Im Jahr 2002 geht dieser Preis an die Organisation "Rabbies for human rights", die sich in besonderem Maße für Verständigung und die Wahrung der Menschenrechte im Konfliktherd Naher Osten einsetzt.

#### Wegweiser Konfliktbearbeitung

Ein neuer Wegweiser gibt einen Überblick über die Initiativen, Organisationen und Einrichtungen, die sich in Deutschland damit beschäftigen, gesellschaftlich akzeptierte Methoden friedlicher und gewaltfreier Konfliktbearbeitung zu entwickeln und in der Praxis zu erproben. Vorgestellt werden Organisationen mit Aktivitäten in den Konfliktfeldern Asyl/Migration, Umwelt, Frieden, Rassismus/Antisemitismus, Gleichstellung und Menschen-, Bürger- und Grundrechte. Herausgegeben wird die Broschüre von der "Plattform Zivile Konfliktbearbeitung", einem Zusammenschluss von

Personen, Organisationen und Einrichtungen, die sich mit Krisenprävention und ziviler Konfliktbearbeitung befassen. Die Broschüre "Konfliktbearbeitung in Deutschland. Ein Wegweiser" Kann kostenlos bestellt werden.

Kontakt: Arbeitsstelle Friedensforschung Bonn, Beethovenallee 4, 53173 Bonn, Tel.: (0228) 356032, Fax: -50, cMail: afb@priub.org, www.priub.org.

#### Teilnehmende Bürgerschaft – Nachhaltige Entwicklung

Die Broschüre "Nachhaltige Entwicklung: Raum für Demokratie und Beteiligung der Bürger und Bürgerinnen' ist das Ergebnis eines internationalen Kolloquiums über Beteilungsformen, das von der Vereinigung R.E.D. (Ruralité Environnement Développement) in Zusammenarbeit mit dem Lokale Agenda 21 Trier e.V. durchgeführt wurde. Die ausgewählten 15 Projekte europäischer Länder repräsentieren lokale Initiativen, die das Konzept der Entwicklung nachhaltigen verfolgen. Besonders hervorzuheben ist, dass die Bevölkerung bei Entscheidungsfindung und Realisierung der Projekte verstärkt beteiligt wurde. Die Broschüre kostet 6 Euro inklusive Versankosten.

Kontakt: Lokale Agenda 21 Trier e.V., Palastr. 13, 54290 Trier, Fax: (0651) 99189224, cMail: info@la21-trier.de.

#### Allianz für Menschenrechte

Der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI), die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), das Forum Menschenrechte, der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) und der Deutsche Gewerkschafts-

bund (DGB) haben eine gemeinsame Erklärung "Internationaler Schutz der Menschenrechte und Wirtschaftstätigkeit" verabschiedet. Die beteiligten Organisationen hoffen, mit der Erklärung Regierungen und weltweit agierende Unternehmen zur Einhaltung grundlegender Menschen- und Arbeitsrechte zu ermutigen. Dazu gehört das Recht auf Vereinigungsfreiheit und auf Tarifverhandlungen, die Beseitigung aller Formen von Zwangsarbeit, die Abschaffung der Kinderarbeit sowie die Beseitigung von Diskriminierungen in Beschäftigung und Beruf. Der gemeinsame Aufruf kann über Fax abgerufen werden.

Kontakt: Fax: (0211) 4301656.

# Gibt es einen modernen Rechtsextremismus?

Der Rechtsextremismus konstituiert sich als Subkultur und "neue soziale Bewegung". Das erklärt seine Attraktivität für Teile der Jugend nicht nur in Ostdeutschland, behaupten Mathias Brodkorb und Thomas Schmidt in der Broschüre "Gibt es einen modernen Rechtsextremismus"? Das Fallbeispiel Mecklenburg-Vorpommern". Der erste Teil der Broschüre befasst sich allgemein mit Metamorphosen von Rechts, der zweite Abschnitt des Heftes geht speziell auf die rechtsextremistische Szene in Mecklenburg-Vorpommern ein. Die Broschüre kann kostenlos bestellt oder im Internet heruntergeladen werden.

Kontakt: Friedrich-Ebert-Stiftung, Landesbüro Mecklenburg-Vorpommern, Arsenalstr. 8, 19053 Schwerin, Tel.: (0385) 512596, Fax: -95, eMail: Erik.Gurgsdies@fes.de,

http://library.fes.de/fulltext/bueros/schwerin/01185pdf.htm.

## REZENSIONEN

# Das Gesundheitswesen beim Mängelcheck

# Auf der Suche nach dem Patentrezept für einen mündigen Patienten

In Deutschland dürfte es inzwischen schwierig sein, irgendeine politische Partei oder gesellschaftlich relevante Gruppe zu finden, die nicht das hohe Lied der Bürgerbeteiligung, Selbsthilfe und des Freiwilligenengagements einstimmen würde. Gemessen an den verlautbarten Erklärungen liegen die konzeptionellen Vorstellungen der Parteien und Verbände keineswegs weit auseinander. Bezogen auf das Gesundheitssystem postulieren sie fast unterschiedslos Selbsthilfe und Patientenengagement als eine eigenständige und vorrangige Hilfeform, die es zu unterstützen und zu fördern gilt. Betrachtet man jedoch die tatsächliche Ausgestaltung solcher zu fördernder Initiativen, ergibt sich schnell ein anderes Bild. Eine beispielhafte Skizze soll dies belegen.

Gerade einmal 22 allgemeine Patientenberatungs- und Informationsstellen bestehen in der Bundesrepublik. Es sind Einrichtungen, die nicht auf bestimmte Krankheiten konzentriert sind und sich der Aufgabe verschrieben haben, Patienten in ihren Rechten und Mitwirkungsmöglichkeiten sowie in ihrer Rolle als Koproduzenten der eigenen Gesundheit zu stärken, Zehn dieser Einrichtungen gehören der 1993 gegründeten "Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen' an. Darüber hinaus bestehen einige wenige weitere zentrale Beratungsund Informationsstellen und/oder Patiententelefone. Die Zahl der praktischen Initiativen ist also klein. Auch ist zu sehen, dass sich solche Anlaufstellen vor allem in urbanen Zentren herausbilden und ländliche Regionen von diesen Entwicklungen weitgehend abgehängt

sind. Besonders prekär ist die Situation in Ostdeutschland. Hier scheinen die Städte und Landkreise gänzlich von Initiativen unberührt zu sein, die auf eine Stärkung des Bürgers in seiner Rolle als mündigen Patient zielen. Die Bundesrepublik steckt also hinsichtlich konkreter und vorwärtsweisender Praxisansätze zur demokratischen Neuorganisation und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens noch in den Kinderschuhen. Um so mehr wird dieses Dilemma in der Literatur kritisch aufgegriffen und beleuchtet. Die Sammelrezension vermittelt einen Einblick in die stattfindende Diskussion und stellt die damit verbundenen Vorschläge sowie die sich in diesem Kontext entwickelnden Ansätze beispielhaft vor.

Rezensiert wurden 18 Buchveröffentlichungen oder Fachaufsätze, die sich mit der Frage nach der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen befassen und die für eine Ausweitung bürgerschaftlicher Mitwirkungsrechte plädieren.<sup>1</sup>

#### Symptome des kränkelnden Systems

Wissenschaftliche Erkenntnisse über gesundheitsökonomische Probleme im Gesundheitsbereich liegen bereits vielfach vor. Forschungsergebnisse zu Strukturen, Prozessen, Ergebnissen oder der Qualität der angebotenen Leistungen finden sich hingegen kaum. Das Leistungsgeschehen bleibt für Bürger, Versicherte und Patienten weitgehend intransparent. Gerade hier nimmt aber das Interesse an verlässlichen Informationen zu, nicht zuletzt aufgrund immer höherer Beiträge und Zuzahlungen der Versicherten, Wissenschaftlich fundierte Evaluation und Qualitätsberichterstattung kann die erforderliche Transparenz im Gesundheitswesen befördern. Indem Patienten und Versicherte vor vermeidbaren Risiken. schlechter Qualität oder überflüssigen Ausgaben bewahrt werden, trägt sie gleichzeitig zum Konsumentenschutz bei. Im Sammelband von

Bernhard Badura und Johannes Siegrist, Evaluation im Gesundheitswesen' (1999) befassen sich 22 Beiträge mit der Evaluationsforschung in den verschiedensten Sektoren unseres Gesundheitswesens. Beispiele aus den Bereichen der Gesundheitsförderung, kommunalen Gesundheitspolitik, der kardiologischen Rehabilitation sowie der Versorgung chronisch psychischer und chronisch somatischer Patienten stellen den Nutzen von Evaluation und Qualitätsberichterstattung zur rationalen Gestaltung unseres Gesundheitswesens auf den verschiedenen Ebenen beraus

Vielfach entstehen Befragungen zum Gesundheitswesen aus tagespolitischen Konjunkturen und folgen damit kurzfristigen Intentionen. Dieser Sachverhalt ist unbefriedigend. zumal die mit solchen Verfahren erhobenen Daten eher für interessengeleitete Maßnahmen bedeutsam sind als für generelle Einschätzungen, wie Patienten und Versicherte über ihr Gesundheitssystem befinden. Diesem Mangel will die Studie "Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem' (1999) entgegenwirken, die Jürgen Wasem, Professor für Gesundheitsmanagement an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, gemeinsam mit dem Pharmaunternehmen Jannssen-Cilag konzipiert hat. Repräsentativ angelegt, ermöglicht das entwickelte Untersuchungsdesign die Erhebung grundsätzlicher Daten zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit den unterschiedlichen Einrichtungen des deutschen Gesundheitswesens. Durchgeführt wurde die Studie von Emnid. befragt wurde eine Gruppe von über 2.000 Erwachsenen in der Bundesrepublik, Im Einzelnen werden Einschätzungen erfragt zum Gesundheitssystem insgesamt, zur Rolle und Bedeutung niedergelassener Ärzte, zu den Erwartungen gegenüber der stationären Versorgung und der Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtungen, zur Arzneimittelversorgung sowie zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch die Krankenversicherungen.

Hinsichtlich der in der Sammelrezension behandelten Frage nach der Rolle des Patienten und Versicherten als Ko-Produzent und Mitgestalter des Gesundheitswesens enthält die Smdie wertvolle Erkenntnisse. So zeigt sich beispielsweise, dass trotz großer Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen beträchtliche Defizite wahrgenommen werden. Diese beziehen sich zum einen auf eine zukünftig erwartete Verschlechterung der bislang noch gegebenen guten Zugänglichkeit medizinischer Leistungen. Zum anderen werden bereits heute deutliche Mängel formuliert. Über die Hälfte der Befragten gehen davon aus, dass Patienten ungleich behandelt werden. Ebenfalls groß ist die Gruppe derer, die meinen, dass Patienten nicht ausreichend über ihre Rechte informiert sind. Dass Ärzte bei Kunstfehlern zur Rechenschaft gezogen werden sollen, meinen knapp über die Hälfte der Befragten, Zumindest eine beachtliche Minderheit von rd. 25 Prozent bezweifelt die Einhaltung des Datenschutzes beim Umgang mit Patienteninformationen, Für die Debatte über die Rolle des Patienten als Ko-Produzent sind die Befunde interessant, dass mehr als 1/3 der Befragten von einem veralteten Fachwissen der Ärzte ausgehen; auch, dass die fachliche Kompetenz des Arztes our eine Determinante für die Zufriedenheit mit den niedergelassenen Ärzten darstellt.

Mit "Patientenrechten und Patientenunterstützung in Europa" beschäftigen sich Christoph Kranich und Jan Böcken (1997). Grundlage ihrer Veröffentlichung sind die Referate, Diskussionen und Ergebnisse der 1997 von der Verbraucherzentrale Hamburg ausgerichteten gleichnamigen Tagung. Im ersten Teil wird die Situation von Patienten in verschiedenen europäischen Staaten (Ungarn, Finnland, Schwe-

den, England, Österreich, Niederlande und Deutschland) vorgestellt. Präsentiert werden sowohl Länder mit weit entwickelten Modellen der Patientenunterstützung als auch solche, die erst am Anfang dieser Entwicklung stehen. Kranich und Böcken verfolgen das Ziel, Anregungen und Ideen aufzuzeigen, die für eine Weiterentwicklung der rechtlichen und strukturellen Situation der Patienten in Deutschland von Bedeutung sein könnten. Ländervergleichend werden besondere Aspekte der Patientenunterstützung an Hand folgender Leitfragen diskutiert: Welche Möglichkeiten der Qualitätsbewertung von Gesundheitseinrichtungen gibt es für Patienten? Gibt es Beispiele institutionalisierter Formen der Patientenunterstützung, wie die Patientenanwaltschaft in Österreich oder die Patientenvertrauensperson in den Niederlanden, die auch für Deutschland relevant sein könnten? Wie sieht es in Europa mit der Patientenunterstützung durch Krankenversicherungen aus? Welche Hilfen erfahren fremdsprachige Patienten hierzulande und in anderen Ländern?

Für Deutschland zeigen die Autoren zahlreiche Defizite in der Patientenunterstützung auf. So haben Patienten hierzulande durchaus weitreichende Rechte, die jedoch zum einen aus Unkenntnis, zum anderen wegen fehlender Unterstützung bei deren Inanspruchnahme kaum genutzt werden. Weiterhin wird dem deutschen Gesundheitswesen Intransparenz und ein strukturelles Einflussdefizit für die Bürger und Versicherten diagnostiziert. Nach wie vor haben Patienten keine organisierte Lobby, die wirkungsvollen Einfluss auf den Gesetzgeber oder das Leistungsangebot der Krankenkassen nehmen könnte. Die bisherigen Strukturen der Patientenunterstützung werden nach Ansicht der Autoren dieser Aufgabe nicht gerecht. Im Kontext der derzeitigen Diskussion um eine verstärkte Beteiligung von Patienten am Gesundheitsgeschehen präsentiert das Buch nützliche Hinweise und Anregungen von Erfahrungen aus dem europäischen Ausland, die für die bundesrepublikanische Debatte aufzugreifen wären.

Wie nehmen Patienten den Erfüllungsgrad von Patientenrechten subjektiv wahr? Die empirische Datenlage ist diesbezüglich dürftig. Auf der Grundlage der Amsterdamer Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Patientenrechten in Europa versucht die Studie von Brunner u.a. (2000) Patientenrechte in vier deutschsprachigen europäischen Regionen', auf diese Frage eine Antwort zu geben. In vier Großstädten in deutschsprachigen Regionen - München (alte Bundesländer), Dresden (neue Bundesländer), Wien (Österreich) und Bern (Schweiz) - wurden insgesamt 500 bevölkerungsrepräsentative computer-assistierte Telefonbefragungen durchgeführt. Neben einem allgemeinen Fragebogen zu Gesundheit und Menschenrechten wurde ein erweiterter Patientenrechte-Fragebogen zu ausgewählten Artikeln der Amsterdamer Erklärung eingesetzt, um Aussagen zu verschiedenen Grundprinzipien wie Selbstbestimmung des Patienten, Recht auf Information, Qualität und Kontinuität der Versorgung, usw. zu erhalten. Das Fazit der Untersuchung: In allen vier Studienregionen konnten gleiche Problemfelder identifiziert werden. Dazu gehörten Informationsrechte der Patienten. Schnittstellenproblematiken ambulant/stationär und ein würdiges Sterben.

Die Studie ist ein Beleg für das Vorhandensein von Defiziten im deutschen Gesundheitswesen, die ein selbstbestimmtes und mündiges Handeln von Patienten erschweren. Fehlende Transparenz und das Nicht-Vorhandensein objektiver und qualitätsgesicherter Informationen über Therapien, Angebote und Qualität von Anbietern sowie mangelnde Protestmöglichkeiten gehören zu den konstatierten Haut-

problemfeldem. Die Notwendigkeit einer wirkungsvollen und professionellen Patientenunterstützung wird durch die Studie einmal mehr deutlich, ebenso wie der Ruf nach Entwicklung einer Patientencharta.

#### Diagnose: Fehlende Charta der Patientenrechte

Das wohl derzeit umfassendste Werk zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen ist das von Bernhard Badura, Dieter Hart und Henner Schellschmidt (1999). Es beruht auf einem Gutachterauftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Ausgehend von einer Analyse des Ist-Zustandes wird eine Untersuchung des Neuregelungsbedarfs der Interessen von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen vorgenommen - mit daraus resultierenden konkreten Handlungsempfehlungen für die Landespolitik. In einem interdisziplinären Ansatz unter Beteiligung der Sozial- und Gesundheitswissenschaften, der Ökonomie, der Medizin, des Sozial- und Privatrechts sowie der Medienwissenschaften wird das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven bearbeitet.

Nach einhelliger Meinung der Experten erfordert die Umbruchsituation im deutschen Gesundheitswesen eine Neudefinition der Rolle des Bürgers, der Versicherten und Patienten, deren derzeitige Situation von einem unzureichenden Patientenschutz und einer schwachen Stellung im Gesundheitswesen geprägt ist. Das Gutachten gibt zahlreiche, exakt und klar formulierte Handlungsempfehlungen, an deren Beginn die Erarbeitung und Verabschiedung einer Charta der Patientenrechte auf Landeschene steht

Drei zentrale Handlungsbereiche für eine verbesserte Bürgerorientierung werden genannt. Erstens: Maßnahmen zur Information, Transparenz und Selbstbestimmung von Patienten, die - so der Vorschlag - in einem Landesinformationsgesetz-Gesundheit (LiG-G) zusammengefasst werden könnten. Zweitens: Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität. Sicherheit und Schutz der Versicherten und Patienten. Dazu gehört beispielsweise die Gründung eines Instituts für Qualitätsentwicklung, welches sich den Aufgaben der Qualitätstransparenz. des Qualitätsmanagements und der Qualitätsforschung widmen sollte. Drittens: Aktivitäten zur Mitwirkung und Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten, u.a. bei der Qualitätsentwicklung und an Qualitätskontrollen. Empfohlen werden Beteiligungsmöglichkeiten in ärztlichen Berufsorganisationen und der Aufbau einer beteiligungsfähigen und wirksamen Bürgervertretung im Gesundheitsbereich. Gefordert wird, die in unserem Gesundheitssystem bislang fehlenden erforderlichen Strukturen unverzüglich aufzubauen.

Robert Francke und Dieter Hart (1999) stellen in ihrer Veröffentlichung das Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte vor, das gemäß dem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz von 1997 für die Länder Bremen, Hamburg und Nordrhein-Westfalen in Austrag gegeben wurde. Nach einer Bestandsaufnahme der in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Patientenrechte und der Beschreibung des Fortentwicklungsbedarfs in verschiedenen Bereichen wird der Entwurf für eine Patientencharta vorgestellt. Mit der Charta werden keineswegs neue Patientenrechte begründet, sondern vorhandene Rechte zusammengestellt, dokumentiert und für Laien verständlich dargestellt. Eine Patientencharta soll vorrangig die Themen Information der Verbraucher über Gesundheitsleistungen', ,Qualität und Sicherheit von Gesundheitsleistungen' sowie "Beteiligung von Verbrauchern an Entscheidungen und in professionellen Strukturen' aufgreifen. Es geht dabei immer sowohl um individuelle als auch um kollektive Verbraucherinteressen im Gesundheitssektor.

Nach Ansicht der Autoren soll die Charta aber nicht per Gesetzgebungsakt erfolgen; vielmehr plädieren sie für eine Selbstverpflichtung aller Akteure im Gesundheitswesen, die Alltagspraxis im Sinne der Patientencharta zu gestalten. Insbesondere das Arzt-Patient-Verhältnis soll sich von einer paternalistischen Betreuung hin zu einem Modell partnerschaftlicher Kooperation wandeln. Eine Patientencharta mit ihrem Plädoyer für Mitwirkung und Beteiligung von Bürgern an gesundheitsbezogenen Entscheidungen kann nach Meinung der Autoren zudem dazu beitragen, die Patientenakzeptanz für Gesundheitsziele zu befördern.

Christian Katzenmeier stellt die wesentlichen Aussagen des Dokumentes Patientenrechte in Deutschland heute' vor. das von der 72. Gesundheitsministerkonferenz. 1999 unter Beteiligung zahlreicher Akteure des Gesundheitswesens verabschiedet wurde. Dieses Dokument basiert im Wesentlichen auf dem Rochtsgutachten und dem Entwurf der "Charta der Patientenrechte' von Francke und Hart (s.o.). Katzenmeier begrüßt grundsätzlich die Erstellung des Dokuments, deckt aber auch seine Schwachstellen auf. So bemängelt er angesichts des hochentwickelten und ausdifferenzierten Rechts der Arzthaftung die grob vereinfachte, teilweise zu stark simplifizierende Darstellung und zweifelt an einer hinreichenden Verdeutlichung des geltenden Rechtszustands. Während die Aussagen im Entwurf von Francke und Hart deutlich klarer formuliert sind, zeigen sich in der Entschließung der Gesundheitsministerkonferenz, die Probleme einer Konsensfindung zwischen unterschiedlichen Gruppierungen und Interessen, die zu eher weichen Aussagen führen. Besonders gravierend sei, dass das Dokument die von Francke und Hart geforderte Beteiligung von Patienten auf institutioneller Ebene im System der Krankenversorgung ausklammert.

In ihrem neuestem Buch ,Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen' (2001) stellen Francke und Hart ein weiteres Rechtsgutachten vor. welches das Bundesministerium für Gesundheit und das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordhrein-Westfalen Anfang 2000 in Auftrag gegeben haben. Das Gutachten beleuchtet die konzeptionellen und rechtlichen Grundlagen einer Bürgerbeteiligung und macht Vorschläge zur praktischen Umsetzung. Es geht dabei ausdrücklich um Bürger-, Versicherten- und Patientenbeteiligung als kollektive Einbeziehung in überindividuelle Kommunikations- und Entscheidungsverfahren. Während individuelle Patientenrechte in Deutschland weitgehend gesichert seien, steht die Diskussion um eine kollektive Bürgerbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen erst am Anfang, Scit 1999 existiert zwar das Dokument der deutschen Gesundheitsministerkonferenz "Patientenrechte in Deutschland heute' (vgl. Katzenmeier). Im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern gibt es jedoch noch immer keine offizielle Patientencharta. Die Beteiligung von Bürgem an Entscheidungen, die das Gesundheits- und Medizinsystem betreffen, ist ausgesprochen defizitär. Wie Bürgerbeteiligung in der Praxis konkret aussehen könnte, zeigen die Autoren umfassend auf. Ihre Vorschläge lauten: Beteiligung an Informationssystemen, Beteiligung an Normierung und Evaluierung von Behandlungen, Beteiligung an Entscheidungsprozessen von Organisationen, Beteiligung in beratenden Einrichtungen, Beteiligung an Ethikkommissionsverfahren, Beteiligung an Zulassungs- und Marktverkehrsverfahren, Beteiligung an der Erstellung anderer Richtlinien, Beteiligung in Verfahren der Rechtsdurchsetzung. Die Akteure des Gesundheitswesens erhalten durch dieses Buch zahlreiche wertvolle Anregungen für Neuordnungsansätze des Gesundheitssystems, die es aufzunehmen gilt.

Eine deutlich kritischere Haltung gegenüber dem Thema Patientencharta nimmt Heinrich Hanika (1999) ein. Der Autor beschäftigt sich in seinem Aufsatz 'Patientencharta. Stärkung der Rechte der Patienten bei der Reform der Gesundheitssysteme in Europa - Herausforderungen für Deutschland?!' ebenfalls mit der vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hereits 1992 sowie von der 70. Gesundheitsministerkonferenz 1997 erhobenen Forderung nach der Kodifizierung von Patientenrechten in Form einer Patientencharta, Nach Ansicht von Hanika ist die Patientenrechtsdiskussion und -politik stark emotional geprägt. Ausgegangen würde nämlich von der unzutreffenden Auffassung, dass die Bundesrepublik beim Schutz der Patientenrechte weit hinter den Standards anderer europäischer Länder zurückliege. Hanikas vergleichende Betrachtung der Patientenrechte in den EU-Staaten kommt zu einer anderen Bewertung, denn in nahezu allen der dargestellten Ländern würden die Patientenrechte als verbesserungsbedürftig angesehen. Zudem zeige die vergleichende Analyse der Rechtsgrundlagen für Patienten für Deutschland eine Spitzenstellung. Hier finden die Rechte von Patienten vielfältige Beachtung im Verfassungsrecht, Zivilrecht, Sozialversicherungsrecht, Strafrecht sowie im Berufsrecht. Ob die hierzulande dennoch bestehende Unzufriedenheit mit der Situation durch ein - möglicherweise unüberschaubares - neues Regelwerk der Patientencharta verändert werden kann, wird eher skeptisch betrachtet. Eine Gefahr für die nach Ansicht Hanikas gesicherte Position von Patientenrechten in Deutschland sieht er eher aufgrund des zunehmenden ökonomischen Drucks auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen, speziell die Ärzteschaft.

# Behandlungsplan: Bürgerbeteiligung für mehr Wirtschaftlichkeit

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen spricht sich in seinem Gutachten Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit' (2001) für die Erhöhung von Kompetenz und Partizipation der Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems aus. Denn der Rat sieht darin einen wesentlichen Beitrag für eine verbesserte Prozessund Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Gesundheitssystems. Er empfiehlt eine obligatorische Einbeziehung des Patienten in alle ärztlichen Entscheidungen und eine generelle Auflage zur Laienverständlichkeit aller patientenbezogenen Dokumentationen. Weiterhin wird der Ausbau und die Optimierung der bisherigen Ansätze der Krankenkassen zur Information, Beratung und Schulung ihrer Versicherten empfohlen. Bei allen chronischen Krankheiten wird beispielsweise gefordert, Schulungskonzepte für Patienten und Angehörige zu entwickeln und als festen Bestandteil in den Versorgungsprozess zu integrieren. Ziel sollte hierbei sein, die Übernahme von Selbstverantwortung und eigenem Krankheitsmanagement zu ermöglichen.

Eine ähnliche Argumentation schlagen Bernhard Badura und Henner Schellschmidt (2000) ein. ihre wichtigste Erkenntnis in "Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung" ist, dass eine Förderung der Patientenbeteiligung keinen Selbstzweck darstellt, sondern der rationaleren Gestaltung des Gesundheitswesens im Sinne von Wirtschaftlichkeit, Qualität und Bedarfsgerechtigkeit dient. Ihr Band dokumentiert die vom Bundesministerium für Ge-

sundheit geförderte und von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld durchgeführte internationale gleichnamige Tagung vom Februar 1999. Experten aus vorwiegend europäischen Ländern diskutierten über die unterschiedlichen Konzepte der Bürgerbeteiligung, über Qualitätsentwicklung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie die Effektivität von Patientenorganisationen.

Die Konferenz resümiert Handlungsbedarf in verschiedenen Bereichen, der in Form von Empfehlungen an die Akteure des Gesundheitswesens gerichtet wird. Wesentliche Bedingungen hierfür sind Information und Mitwirkungsrechte für Bürger, Versicherte und Patienten sowie eine Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen, Ebenso wird plädiert für die Entwicklung und Etablierung einer Patientencharta für Deutschland, Mit einem solchen normativen Rahmen könnte die präventive Bedeutung von Patientenbeteiligung stärker in den Vordergrund gestellt und die Grundlage für eine Diskussion über notwendige Weiterentwicklungen geschaffen werden. Gefordert wird auch eine stärkere Einbezichung von Bürgern in das Ordnungssystem der Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern. Der Politik wird die Aufgabe zugewiesen, Patientenvertretungen reale Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten einzuräumen. Schließlich wird ein weiterer möglicher Lösungsweg darin gesehen, auf lokaler Ebene problem- und wohnortnahe Vertretungsformen zu etablieren. Durch eine Verlagerung von Aufgaben auf die Kommunen, wie es bereits in anderen europäischen Ländern praktiziert wird, wären Patientenrechte wirksamer umzusetzen und zu verhandeln.

Welche weiteren Gründe sprechen für eine stärkere Einbeziehung der Versicherten und Patienten in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung? Zunächst einmal sind sie diejenigen, die die finanziellen Mittel für die Leistungen der Gesundheitsfürsorge aufbringen. Somit sollten sie bei der Gestaltung des Gesundheitswesens entsprechendes Gehör erhalten. Bürgerorientierung muss nach Badura (2000), so der Autor in einem weiteren Werk, deswegen zu einer Leitlinie der Gesundheitspolitik gemacht werden, denn nur gemeinsam mit den Bürgern ist mehr Bedarfsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit in unserem hochkomplexen, vor großen Herausforderungen stehenden Gesundheitswesen zu erzielen. Der gesellschaftliche Umbruch und der daraus resultierende Wandel im Gesundheitswesen erzwingen geradezu eine Abkehr von bestehenden Ungleichgewichten und Anbieterdominanz hin zu einer verstärkten Bürgerorientierung.

Zur Überwindung von Steuerungs- und Legitimitätsdefiziten müssen die Bürger auf allen Ebenen beteiligt werden, z.B. in kommunalen Gesundheitskonferenzen, bei der Krankenhausplanung oder bei Entscheidungen zum Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Autor räumt in seinem Artikel "Legitimität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Bürgerorientierung im Gesundheitswesen' mit hartnäckigen Vorurteilen auf, wie zum Beispiel mit der Sicht vom Patienten als Laien, dessen Meinung von eher untergeordneter Meinung sein müsse. Vielmehr wird der Patient als Mitproduzent von Gesundheit mit einem erheblichen Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität selbst hoch technisierter medizinischer Leistungen geschen.

Ein weiteres Vorurteil sieht Badura in der marktökonomischen Diskriminierung des Versicherten durch das Theorem vom "moral hazard", wonach der Markt-Preis-Mechanismus durch

Sozialversicherungslösungen außer Kraft gesetzt werde. Folge sei, dass die Bezahlung von Leistungen durch die GKV bei den Versicherten die Neigung fördere, mehr Leistungen als medizinisch gerechtfertigt in Anspruch zu nehmen. Badura zeigt auf, dass diesen Behauptungen nicht nur jede empirische Untermauerung fehlt. Auch weist er qualitativ andere Zusammenhänge für das Zustandekommen gesundheitlicher Leistungen nach. Entscheidend sind hier in erster Linie vorgehaltene Kanazitäten sowie die Ausbildung und Ausstattung der Ärzte. Das Fazit des Autors: Durch umfassende Beteiligung der Patienten können diese mithelfen, Rationalisierungseffekte im Gesundheitswesen zu erzielen und auf diese Weise qualitativen Rationierungen entgegenwirken.

Der einst passive Empfänger von Gesundheitsleistungen entwickelt sich mehr und mehr zum aktiv handelnden Partner in einem Bereich, der sich durch zunehmende Markttendenzen auszeichnet. Ist der Patient damit auch gleichzeitig Kunde? Nach Ansicht von Rolf Rosenbrock (1999) lässt sich das Kundenmodell nicht auf die Gesundheitssicherung anwenden, denn wer Gesundheitsgüter benötigt und nachfragt, befindet sich aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung regelmä-Big in einer asymmetrischen Beziehung zum Leistungserbringer. Auch unterschiedliche Bildung, unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen beeinflussen die Fähigkeit zu Partizipation und Mitbestimmung, Rosenbrock bringt es in seinem Aufsatz Verbraucher und Patienten als handelnde Subiekte auf die kurze Formel: Wer ärmer ist, wird häufiger krank und muss früher sterben. Eine Stärkung der Position des Patienten sowie ein Ausbau des Verbraucherschutzes ist deshalb dringend notwendig. Dies soll nach Ansicht des Autors durch staatliche Initiative geleistet werden, die den Aufbau von dezentralen

Bürgervertretungen, orientiert an Modellen der zivilen Emanzipation, vorantreibt. Diese Institutionen müssten demokratisch legitimiert und unabhängig sein und einen niedrigschwelligen Zugang für Ratsuchende gewährleisten. In Zusammenarbeit mit den selbstorganisierten Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen können somit Weichen gestellt werden für eine vorausschauende Verbraucherpolitik im Gesundheitswesen.

#### Verschriebene Medizin für Patientensouveränität

Für Friedrich Wilhelm Schwartz (1999) ist der Patient eine der wichtigsten Ressourcen im Kampf gegen Unwissenheit, Qualitätsmängel und Verschwendung im Gesundheitswesen. Im Gesundheitsreformgesetz 2000 sieht er den ernsthaften Versuch, die Eigenverantwortung und Kompetenz von Patienten und Versicherten zu verbessern, während frühere Reformgesetze sich in erster Linie mit Finanzierungs- und Institutionalismusdebatten beschäftigten. Der Autor zeigt in seinem Aufsatz ,Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000?!" verschiedene Eckpfeiler dieser neuen Entwicklung auf: Mit dem § 65 B SGB V wird die Institutionalisierung der gesundheitlichen Verbraucher- und Patientenberatung festgelegt, ein Novum im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Weitere positive Ansätze liegen in der Stärkung der Selbsthilfeförderung (§ 20 SGB V), der vermehrten Patientenunterstützung bei Behandlungskonflikten (§ 66 SGB V) sowie in dem vorsichtigen Wiedereinstieg der Krankenkassen in die Prävention (§ 20 SGB V). Als ein richtiger und wichtiger Vorstoß zu mehr Eigenkompetenz wird der 8 43 SGB V benannt, der die Durchführung professioneller Patientenschulung für chronisch Kranke und ausdrücklich auch ihrer Angehörigen vorsieht.

Beim Thema ,Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen' wird als eine weitere Möglichkeit der Partizipation immer wieder die Teilnahme von Bürgern an Kommunalen Gesundheitskonferenzen genannt. Im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), Ende 1997 durch den Landtag von Nordhrein-Westfalen beschlossen, ist die Einrichtung Kommunaler Gesundheitskonferenzen geregelt (siehe dazu den Beitrag von Weihrich in diesem Heft). In diese Gremien werden Vertreter der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung, der Selbsthilfe, Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie Rats- oder Kreistagsmitglieder berufen. Die Aufgaben der Gesundheitskonferenz betreffen die Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung sowie die gemeinsame Beratung von Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und Erarbeitung von Empfehlungen.

Im Unterschied zu vielen anderen in einer Kommune bestehenden Fachkonferenzen ist die Beteiligung der Bürger und damit der Öffentlichkeit durch das Instrument der Kommunalen Gesundheitskonferenz verbindlich geregelt. Mit dieser institutionalisierten Mitwirkung von Selbsthilfegruppen und Einrichtungen des Patientenschutzes soll die Expertendominanz und fehlende Konsumentenvertretung im Gesundheitswesen gemindert werden. Gesundheitskonferenzen können durch diese Form der Partizipationsorientierung durchaus zur Demokratisierung des Sozialstaats und zu einer neuen kommunalen Gesundheitspolitik beitragen. Die Legitimation der Laien zur Mitwirkung gründet sich in der Regel auf herausragenden Sachverstand und Engagement für die Sache, Alexander Brandenburg, Christian von Ferber und Andrea Renner (1998) weisen in ihrer Untersuchung ,Kommunale Gesundheitskonferenzen. Eine innovative Strategie der Gesundheitspolitik? ausdrücklich darauf hin, dass beteiligte Bürger nicht einfach als "Laien" und Teilnehmer aus Gesundheitseinrichtungen nicht nur als "Fachleute" zu verstehen sind, sondern Vertreter dieser Gruppen durchaus gleichzeitig in verschiedenen Rollen beteiligt und involviert sind. Genau in dieser Rollenmischung liegt ihrer Ansicht nach ein demokratieförderndes Potential, welches die Gesundheitskonferenzen sich zunutze machen sollten.

Dass in der Zusammenarbeit zwischen professionellem Fachwissen und dem Erfahrungswissen gesundheitsbezogener Selbsthilfe ein großes Potential zur Förderung einer nutzerorientierten Gesundheitsversorgung liegt, ist eine oft formulierte Annahme. Dieser Hypothese folgen auch Petra Findeiß, Tonia Schachl, Wolfgang Stark (1999) im Projekt "Modelle der Einbindung von Selbsthilfe-Initiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem' des Bayrischen Forschungsverbund Public Heath - Öffentliche Gesundheit, Mittels einer Befragung von 600 bundesweiten und internationalen Selbsthilfe-Initiativen und Kontaktstellen analysiert die Forschungsgruppe die fördemden und hemmenden Bedingungen verschiedener Formen institutionalisierter Kooperation zwischen Selbsthilfe-Initiativen und professionellen Einrichtungen und Fachkräften. Dabei kristallisieren sich verschiedene Faktoren heraus, die für das Gelingen oder Scheitern von Kooperationsprozessen bedeutsam sind. Zu den zentralen Aspekten für die Entwicklung einer kooperativen Gesundheits-Kultur gehört dabei das Vorhandensein gemeinsamer Ziele und Visionen und deren Umsetzung mittels konkreter und erreichbarer Teilziele.

Die Informationen, die Patienten von den verschiedenen Ansprechpartnern im Gesundheitswesen erhalten und solche, die sie eigentlich bräuchten, um selbstbestimmt und eigenverantwortlich Entscheidungen treffen zu kön-

nen, weichen oft stark voneinander ab. Zu diesem Ergebnis kommen Monika Hey und Karin Stötzner (2001) in ihrer Untersuchung ,Patient-Innenanliegen - PatientInneninformation', Am Beispiel der zentralen Berliner Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle SEKIS beschäftigen sie sich mit dieser Diskrepanz und stellen fest, dass es trotz einer Vielzahl von Akteuren und Instanzen im Gesundheitswesen an spezifischen Möglichkeiten zur Patienteninformation fehlt. Der häufige Verweis von Ratsuchenden an die Selbsthilfe als sogenannte Jetzte Möglichkeit' macht dies deutlich. Obwohl die gesundheitliche Selbsthilfe eine wichtige Anlaufstelle im System darstellt, besteht die Gefahr der Überforderung der dort ehrenamtlich engagierten Mitglieder. Nach Ansicht der SE-KIS ist ein arbeitsteilig organisiertes, kompetentes und patientenorientiertes Informationsmanagement ebenso erforderlich wie die Schaffung neutraler und unabhängiger Clearinginstanzen.

Die im wesentlichen aus der Selbsthilfe heraus entstandene Gesundheitsbewegung der 1980er Jahre hat innerhalb des deutschen Versorgungssystems zu beachtlichen Veränderungen und Verbesserungen geführt. Viele ihrer Ideen sind inzwischen Bestandteil der Gesundheitsversorgung geworden. Dieser Erfolg der sozialen Bewegung gründet sich - so die These des Buches ,Macht - Vernetzung - Gesund?', herausgegeben von der GesundheitsAkademie und dem Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen (1996) - auf der Vernetzung unzähliger Initiativen, Vereine. Verbände und Selbsthilfegruppen. Auch und besonders in der heutigen Zeit spiegelt das Netzwerk-Konzept die gesellschaftlichen Veränderungen wider und stellt eine Antwort auf Modernisierungen dar. Netzwerk-Arbeit ist geprägt von demokratischen und antihierarchischen Strukturen, von Partizipation und Verantwortung. Das Buch stellt beispielhaft

Netzwerk-Konzepte vor und zeigt damit auf: Vernetzung schafft Einfluss, bildet Macht und macht – in einem umfassenderen Sinne – möglicherweise auch gesund.

Dem Sammelband von Christine von Reibnitz, Peter-Ernst Schnabel und Klaus Hurrelmann: Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen' (2001) liegen Beiträge eines wissenschaftlichen Colloquiums zugrunde, das im Frühjahr 2000 von der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld Veranstaltet wurde. Vier große Themenkomplexe werden präsentiert: Die Leitidee des souveränen Patienten, präventive Gesundheitsberatung, Patientenschulung und –information sowie die Rolle des Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt.

Die Herausgeber präferieren ein Konzept des mündigen Patienten, der als Verbraucher (Konsument) mit der Fähigkeit ausgestattet ist, aus cinem Versorgungsangebot mit verschiedenen Alternativen bei gleicher Indikation auswählen zu können. Die Voraussetzungen für eine solche souveräne Entscheidung in Gesundheitsfragen sehen sie in der Bereitstellung fundierter Informationen über Gesundheitsleistungen ebenso wie in der Vermittlung und im Erwerb von Kenntnissen über eigene Rechte, Pflichten und Ansprüche. Absicht der Herausgeber ist es, in den aktuellen Entwicklungsund Diskussionsprozess einzugreifen, der von der Frage beherrscht wird, von wem die Patientenberatung in Zukunft organisiert werden sollte.

Die Vielzahl der vorgestellten sehr unterschiedlichen Initiativen zur Patienten- und Verbraucherberatung belegen, wie unüberschaubar die derzeitigen Angebote zur Patientenberatung inzwischen geworden sind. Neben der Frage, wie diese mangelnde Transparenz überwunden werden kann, stellt sich zunehmend die Frage, wie die Unabhängigkeit der Beratungstätigkeit und die Qualität der Beratungskompetenz überprüft und gesichert werden kann. Nach Meinung der Autoren müssen hierzu zunächst einmal Standards für die Einrichtung und Bewertung von Beratungsstellen entwickelt werden und unter wissenschaftlicher Begleitung in Modellversuchen getestet werden. Angesichts neuer gesetzliche Regelungen, die eine Förderung von Einrichtungen zur Patientenberatung durch die Krankenkassen vorsehen (§ 65 b SGB V), resümiert der vorliegende Band nicht nur stattfindende Entwicklungen und Probleme, sondern bereichert die Diskussion über neu zu findende Lösungskonzepte.

Karl-Heinz Boeßenecker und Christa Büker, Düsseldorf

#### Anmerkungen

Autorinnen und Autoren, die für die Stärkung von Patientenrechten und deren Rolle als Koproduzent von Gesundheit ebenfalls Stellung genommen haben, jedoch in der vorliegenden Sammelrezension nicht berücksichtigt wurden, mögen uns dies nachsehen, ohne dies als eine bewusste Ausgrenzung fehl zu interpretieren.

#### Besprochene Literatur

Badura, Bernhard/Hart, Dieter/Schellschmidt, Henner 1999: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden: Nomos.

Badura Bernhard/Siegrist, Johannes (Hg.) 1999: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim und München: Juventa.

Badura, Bernhard 2000: Legitimität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit durch Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, In: Die Krankenversicherung. Jg. 52, 351-354.

Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner 2000: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswe-

sen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 10, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln.

Brandenburg, Alexander/von Ferber, Christian/Renner, Andrea 1998: Kommunale Gesundheitskonferenzen. Eine innovative Strategie der Gesundheitspolitik? In: Soziale Sicherheit, Heft 5 (Teil I), 191-196, und Heft 6 (Teil II), 217-224.

Brunner, Annel Wildner, Manfred Fischer, Richela et al. 2000: Patientenrechte in vier deutschsprachigen europäischen Regionen. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 8, Heft 3, 273-286.

Findeiß, Petral Schachl, Tonial Stark, Wolfgang 1999: Laien und professionelle Fachkräfte – Synergieeffekte durch Kooperation verschiedener Expertensysteme? In: Public Health Forum No. 26, 22.

Francke, Robert/Hart, Dieter 1999: Charta der Patientenrechte. Baden-Baden: Nomos.

Francke, Robert/Hart, Dieter 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos.

GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hg.) 1996: Macht – Vernetzung – Gesund? Strategien und Erfahrungen regionaler Vernetzungen im Gesundheitsbereich. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag. Hanika, Heinrich 1999: Patientencharta. Stärkung der Rechte der Patienten bei der Reform der Gesundheitssysteme in Europa – Herausforderungen für Deutschland?! In: Medizinrecht (MedR), Heft 4, 149-161.

Hey, Monikal Stötzner, Karin 2001: Patient Innenanliegen – Patient Inneninformation. In: Impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachen e.V., 9-10.

Katzenmeier, Christian 2000: Patientenrechte in Deutschland heute. In: Medizinrecht (MedR), Hest 1, 24-25.

Kranich, ChristophiBöcken, Jan (Hg.) 1997: Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos.

Rosenbrock, Rolf 1999: Verbraucher und Patienten als handelnde Subjekte. In: AgV Forum. Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände e.V., Bonn, Heft 3, 66-73.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band 1. Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Gutachten (Kurzfassung), Berlin: Deutscher Bundestag.

Schwartz, Friedrich Wilhelm 1999: Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000?! In: Public Health Forum, No. 26, 9-11.

von Reibnitz, Christine/Schnabel, Peter-Ernst/ Hurrelmann, Klaus (Hg.) 2001: Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.

Wasem, Jürgen 1999: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung an das Gesundheitssystem – eine repräsentative Studie. In: Die BKK, 87, 434 – 440.

# Solidarische Gesundheitspolitik

Expertinnen aus Wissenschaft, Politik und Gewerkschaften diskutieren die Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik

Ein "großes" Umdenken in unserem Gesundheitssystem – eine der wesentlichen Herausforderungen für die nächsten Jahrzehnte – steht an. Darauf können sich auch die AutorInnen des von den Frankfurter Medizinsoziologen Hans-Ulrich Deppe und Wolfram Burkhardt herausgegebenen Sammelbandes verständigen. In drei Themenkomplexen betrachten sie das Thema aus der Sicht der Ökonomie, der Politik und der Gewerkschaften. Sehr profund desavouieren sie im ersten Teil des Bandes die dem Neoklassizismus verhaftete Annahme, das deutsche Gesundheitssystem könne mit betriebswirtschaftlichen Instrumenten effizienter gestaltet werden. Ganz zu Recht weist Hans-Ulrich Deppe in seinem Aufsatz darauf hin, dass die sozialen Aspekte von Krankheit und Gesundheit in der aktuellen Diskussion ausgeklammert werden. Dabei kritisiert er auch das paternalistische, autoritäre und asymmetrische Arzt-Patienten-Verhältnis. Er fordert die Ärzteschaft dazu auf, ein höheres Problembewusstsein und eine stärkere Reflexion über die Ursachen wesentlicher Kostenpunkte im Gesundheitswesen, etwa teure Mehrfachdiagnosen und -untersuchungen, zu entwickeln. Neueren gesetzlichen und programmatischen Ansätzen wie dem Risikostrukturausgleich (RSA) und den Disease-Management-Programmen (DMP) stehen die AutorInnen des Bandes mehrheitlich durchaus positiv gegenüber, gleichermaßen der integralen Versorgung, die eine Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Sektor vorsieht.

Einzig der Marburger Wissenschaftler Kai Michelsen thematisiert die Vorzüge und Nachteile der Disease-Management-Programme. Die Einführung dieser Programme ist nach Michelsen problematisch, da sowohl das Verhältnis zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und den Krankenkassen, als auch das Verhältnis zwischen den Krankenkassen "von Misstrauen geprägt" sei. Jede Fraktion verfolge in diesen Verhandlungen ihre eigenen Interessen, die oft nur am Rande die Bedürfnisse der PatientInnen stärker im Blick hätten. Disease-Management-Programme seien letztlich eine Art "weiche" Einführung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Michelsen befürchtet, dass

es mit den Programmen zu einer Verschiebung zwischen der Versorgung von PatientInnen in der Regelversorgung und in Disease-Management-Programmen kommen könnte. Chronisch Kranke könnten davon betroffen sein, wenn etwa die Kosten der Versorgung im Disease-Management-Programm niedriger angesetzt werden als in der Regelversorgung und den PatientInnen damit in letzter Konsequenz doch eine private Zusatzversicherung bevorstände. Auch trägt der Unwille der Krankenkassen, mehr Transparenz in ihren Einrichtungen zuzulassen, nicht gerade zu einem wie auch immer umzusetzenden "sozialen Wettbewerb" bei. Abgeschen davon, dass die Kassen eigentlich keinen Anreiz sehen, ihre Versicherten gründlicher über Versicherungsleistungen und medizinische Angebote aufzuklären. Dies wäre für die Kassen letztlich auch mit höheren Kosten verbunden.

Die Einschränkung der Selbstverwaltung der Kassen klingt zunächst durchaus positiv, birgt aber auch ihre Schattenseiten, deren Diskussion Michelsen für wichtig erachtet, Selbstverwaltung könne auch ein Schutz vor mehr Wettbewerb sein, und zwar vor Formen des Wettbewerbs, die die Versorgung der PatientInnen immer weniger gewährleisten und letztlich zu tiefen Einschnitten im Gesundheitssystem führen könnten. Der Autor steht den Disease-Management-Programmen, der integrierten Versorgung und der Einführung von Fallpauschalen ausgesprochen skeptisch gegenüber. Und zwar gerade, weil er sich der Komplexität im Gesundheitswesen und der finanziellen Probleme bewusst ist. Aber die Umsetzung eines sogenannten "Dritten Weges", der eine Art Kompromiss zwischen Staat und Wirtschaft vorsieht, könne, so Michelsen, nicht die Lösung sein.

Die besondere Bedeutung der Prävention für eine nachhaltige Reduzierung von Kosten im

Gesundheitssystem hebt Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin (WZB) hervor. Mit gezielter und flächendeckender Vorsorge, und zwar angefangen im Kindesalter, könnten kostenintensive chronische Krankheiten wie Diabetes, Krebs und Herz-Kreislauf-Störungen stark reduziert werden. Diese These untermauert ganz aktuell das "Nordkarelien-Projekt" in Finnland, wo erste Ergebnisse der breit angelegten und öffentlichkeitswirksamen Aufklärungskampagne zeigen, dass diese Krankheiten neuerdings rückläufig sind. Präventionsmaßnahmen fordert daher auch der DGB, so Kerstin Kreuger, Referatsleiterin für Gesundheitspolitik im DGB-Bundesvorstand.

Für stärkere staatliche Kontrollen im Gesundheitswesen plädiert Peter Schönhöfer von Transparency International (TI). Nur über staatliche Kontrollen und eine konsequente Strafverfolgung bei Korruption und Missbrauch könne dem "Wildwuchs" im Gesundheitsbereich Einhalt geboten werden. Denn nach einer Studie von TI, deren zentrale Ergebnisse Schönhöfer in seinem Beitrag knapp skizziert, biete das deutsche Gesundheitssystem eine Vielzahl von Enklaven, die unseriösen AkteurInnen - seien es MedizinerInnen, VertreterInnen der Pharmaindustrie, PatientInnen. ApothekerInnen, aber auch sogenannten Expertinnen - reichlich Schutz für eigen- also nicht sozialmotivierte Handlungen gewährleisteten.

Die Texte der ausgewiesenen ExpertInnen dieses Sammelbandes bewegen sich überwiegend auf einem sehr hohen Niveau und richten sich daher nicht unbedingt an den "unvorbereiteten Laien". Allerdings würe es sinnvoll gewesen, die komplexe Materie noch stärker mit juristischen Aspekten zu komplettieren und intensiver und strukturierter auf die Grundlagen des SGB V einzugehen. Denn schließlich basieren darauf die GKV und sämtliche an sie gestellten

und von ihr zu deckenden Leistungsansprüche von PatientInnen. Für eine Einschätzung aktueller Debatten über das Gesundheitssystem sollte die Transparenz gesetzlicher Regularien nicht nur den JuristInnen vorbehalten sein, Auch eine länderübergreifende Sicht beispielsweise auf das Gesundheitssystem in den Niederlanden hätte die Alternativen für eine solidarische Gesundheitspolitik bereichert. Zwar haben die Niederlande im Gesundheitssystem starke Privatisierungen vorgenommen, aber trotzdem eine ganze Reihe gesetzlicher Maßnahmen für eine bessere medizinische Versorgung der PatientInnen verabschiedet - etwa den "Fortbildungszwang" für ÄrztInnen.

Erstaunlich ist, dass in diesem Sammelband nirgends eine generell anders angelegte steuerliche Umverteilung von Sozialabgaben wie beispielsweise in Dänemark diskutiert wird. Immerhin könnte eine solidarische Gesundheitspolitik auch mit anderen Maßnahmen herbeigeführt werden. Zum Beispiel über die Erhebung einer von Einkommen und Vermögen abhängigen generellen "Gesundheitssteuer", die sämtliche BürgerInnen, auch die vermögenderen und meist privatversicherten, betreffen und damit Gesundheit zu einem Gut erheben würde, das alle BürgerInnen des Landes einschließt.

Die hier angeführte Kritik ändert aber nichts, und dies sei in aller Deutlichkeit unterstrichen, an der Qualität der auf hohem Niveau präsentierten Beiträge dieses Sammelbandes.

Gabriele Rohmann, Berlin

#### Besprochene Literatur

Deppe, Hans-Ulrich/Burkhardt, Wolfram (Hg.) 2002: Solidarische Gesundheitspolitik, Alternativen zu Privatisierung und Zwei-Klassen-Medizin. Hamburg: VSA-Verlag,

# Was ist eine ,NGO'? Ein Lehrtext

Am Beginn der Lektüre des Textes von Volker Heins muss eine grundsätzliche Überlegung zur Textsorte stehen: Worum kann und muss es in einem einführenden Lehrtext zu Nichtregierungsorganisationen (NGOs) gehen, worauf kommt es an? Es müssen Begriffsklärung geleistet, Wirkungsweise, Ziele sowie die Instrumente zum Erreichen der Ziele dargestellt und nachvollziehbar auf Probleme und auf mögliche Trugschlüsse in der Analyse und Bewertung zum Themenkomplex aufmerksam gemacht werden. Eine gute Einführung ins Thema klärt über Fakten auf und vermittelt Einsteigern Basiswissen. Ein Lehrtext muss darüber hinaus dem Anspruch genügen, Basisund Faktenwissen kritisch zu vermitteln. Bezüge herzustellen und der Leserschaft auch ohne vorangegangene umfassende eigene Forschung die Möglichkeit eröffnen, weiterführende Literatur kritisch zu würdigen und die dort präsentierten Ergebnisse mit gebotenem skeptischen Interesse wahrnehmen und einordnen zu können. Dies gilt im Themenfeld der NGOs um so mehr, als dass das Buch von Heins im deutschsprachigen Raum als erstes den Anspruch auf systematische Einführung erhebt (vgl. Frantz 2002). Der Text von Heins steht somit in einem vielfältigen und differenzierten Literaturfeld mit inzwischen kaum mehr zählbaren, allenfalls locker aufeinander Bezug nehmenden Studien zu NGOs exponiert da.

Die Grundlage legt der Autor mittels einer historischen Kontexteinbindung, die den Übergang vom 20. ins 21. Jahrhundert am organisatorischen Wandel von traditionellen zu neuen politischen Akteuren nachzeichnet. Anschließend an die notwendige Begriffsbestimmung und Arbeitsdefinition geht Heins der Frage nach, wo sich NGOs engagieren und beleuchtet deren Engage-

ment im Hinblick auf die Arenen und bezogen auf die Politikfelder, in denen sich NGOs mit ihrem Engagement profilieren. Die Mittel und Wege, derer sich NGOs bedienen, um ihre Ziele zu erreichen, werden in einem weiteren Schritt dargestellt. Heins orientiert sich in seiner Einführung an einer sozialwissenschaftlichen Leserschaft. Seine Argumentation baut auf Basiswissen in den Bereichen der internationalen Politik und der organisierten Interessenvermittlung auf. Bei ihm sind NGOs kein isoliertes organisatorisches Gebilde, sondern sie sind in ihrem Entstehen, ihrem Mitteleinsatz und der Zielrichtung ihres Engagements erklärbar in der Gesamtschau der vorliegenden Forschung und Kenntnisse über Politik in Organisationen (vgl. Bogumil/Schmidt 2001; Prätorius 1984) und organisierter Interessen(vermittlung) (Schmid/Alemann 1998, Sebaldt 1997) in komplexen Gesellschaften.

Heins bietet den Lesern Erklärungsmöglichkeiten für Entstehungsbedingungen und die Karriere dieses spezifischen Organisationstyps an, innerhalb derer das vielzitierte NGO-Phänomen entmystifiziert und analytisch auf seinen Gehalt überprüft wird. Der Autor schließt mit seinen Ausführungen ebenso an die Internationalen Beziehungen wie an die Grundlagen über Funktion und Delegation der Interessenvermittlung mittels intermediärer Akteure zwischen Staat und Gesellschaft an, So werden Bezüge hergestellt zu politischen Parteien und Verbänden, wenn es um die Funktionslogik von NGOs geht.

Nicht zuletzt eröffnet die Einführung die Möglichkeit, andere und oft in hohem Maße normative Texte zu Legitimation sowie Einflussmöglichkeiten von NGOs im internationalen System unter Einfluss der Globalisierung kritisch zu würdigen. Der Logik der Textsorte eines Lehrtextes folgend nimmt Heins im zweiten Kapitel Umwege über Grundzüge des internationalen Systems und Akteure der Interessenvermittlung, um sich den NGOs zu nähern. Wenn Bezüge

hergestellt werden zwischen politischen Parteien, sozialen Bewegungen und Verbänden zu NGOs, schließt dies notwendigerweise die Abgrenzung zu diesen Organisationsformen mit ein. Durch systematischen Vergleich werden die Besonderheiten von NGOs deutlich, die ein Profil konturieren: NGOs sind in hohem Maße an Werte gebundene Organisationen, die nicht nur Probleme investigativ mit ihrem hohen Maß an professionalisierter Expertise entlarven, sondern die weitergehend auch Probleme definieren, wenn sie eine Differenz zwischen einem von ihnen angemahnten "Soll" und dem "Ist" aufdecken.

#### NGO verortet als ,traditionale Verbände'

Die politische Soziologie hat im Kontext der Studien zu Wertewandel (Inglehart 1998) und verändertem Partizipationsverhalten (vgl. Frantz. 2001, Hoffmann-Lange 1995; Klages 2001) mögliche Wirkungen für die repräsentativen Demokratien thematisiert - besonders im Hinblick auf die Überlebensfähigkeit der mitgliederbasierten Großverbände mit dem Ziel der Interessenvertretung, Heins vertritt die These, dass NGOs als "nachtraditionale Verbände" (Heins 2002: 44) auf die Veränderungen reagiert und Effekte einer Tendenz zur Zuschauerdemokratie für sich nutzbar gemacht haben. "Aus dieser Not unsicherer Mitgliedschaftsverhältnisse bei gleichzeitiger Zunahme der politischen Aufmerksamkeit machen Nichtregierungsorganisationen eine Tugend, indem sie sich als nahezu mitgliederlose Organisationen profilieren, die sich von vornherein an ein geistesverwandtes Publikum von Nichtmitgliedern wenden und zugleich große Gruppen ganz anderer, nämlich entfernter und Not leidender Nichtmitglieder zu den eigentlichen Zielgruppen ihres Engagements machen." (Heins 2002: 43)

Das hier herausgearbeitete signifikante Merkmal von NGOs, die über Entfernung – zeitlich, räumlich, kulturell, artspezifisch etc. – stellvertretende Interessenwahrnehmung betreiben, bietet der Forschung eine Option an, um die meist wenig prägnante, oft zufällige oder dem Forschungsinteresse willkürlich nachgeordnete Grenze zwischen NGOs und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen zu ziehen. Um so mehr Gewicht erhält die Frage, ob sich die deutliche Abgrenzung zum Funktionsprinzip und Organisationstypus der Verbände stimmig damit vereinbaren lässt, in weiten Teilen des Textes den NGO-Begriff durch den Begriff der nachtraditionalen Verbände zu ersetzen und synonym zu verwenden.

Der Autor drängt auf eine eher eng geschnittene NGO-Definition, durch deren Rasterkriterien eine Vielzahl zivilgesellschaftlicher Organisationen hindurchfallen, denen oft in der Analyse die Rolle von NGOs zugeschrieben wird - bisweilen mit Folgen, die sich in Irritationen und Fehlbefunden von sozialwissenschaftlichen Analysen niederschlagen, Indem er eine begriffliche und analytische Konsequenz anmahnt, die vielen der inzwischen zahlreichen Publikationen zu (vermeintlichen) NGOs fehlt, weist der Text in seinem Nutzen über den Adressatenkreis der Studierenden weit hinaus und geht mit Forderungen einher, die eine größere Anschlussfähigkeit von Einzeluntersuchungen anmahnen (Frantz 2002: 72f).

So erweist sich die Lektüre des Buches auch jenseits der primär in den Blick genommenen Leserschaft aufgrund seiner großen Systematik und der empirischen Fundierung als ausgesprochen lohnend. Sind für Einsteiger ins Thema die zahlreichen selbst recherchierten Beispiele aus Feldstudien notwendig, um die theoretisch aufgezeigten Bezüge in der sozialwissenschaftlichen Realität zu verorten – ohne Abstriche hinsichtlich der Gesamtsystematik zu machen –, können diese Illustrationen von Kennern rund um das Thema NGOs wohl mehr

oder weniger ausführlich zur Kenntnis genommen werden. Gleichwohl verdeutlichen sie die große Bedeutung, die eingehenden empirischen Studien zukommt, wenn ein Themenfeld innerhalb einer Disziplin grundsätzlich vermessen und bewertet werden soll. "Weltbürger und Lokalpatrioten. Eine Einführung in das Thema Nichtregierungsorganisationen" geht insofern über frühere Einführungsversuche ins Thema aufgrund ihrer Systematik und empirisch validen Bewertung deutlich hinaus.

Christiane Frantz, Münster

#### Besprochene Literatur

Heins, Volker 2002: Weltbürger und Lokalpatrioten. Eine Einführung in das Thema Nichtregierungsorganisationen. Lehrtexte Politik. Opladen: Leske+Budrich.

#### Zitierte Literatur

Alemann, Ulrich von/Schmid, Josef 1998: Die Gewerkschaft ÖTV. Die Reform der Organisation und die Organisation der Reform. Baden-Baden.

Bogumil, Jörg/Schmid, Josef 2001: Politik in Organisationen. Opladen.

Frantz, Christiane 2002: Nichtregierungsorganisationen (NGOs) in der sozialwissenschaftlichen Debatte. In: Dies./Zimmer, Annette (Hg.): Zivilgesellschaft international. Alte und neue NGOs. Opladen, 51-81.

Hoffmann-Lange, Ursula (Hg.) 1995: Jugend und Demokratie in Deutschland. Opladen.

Inglehart, Ronald 1998: Modernisierung und Postmodernisierung. Kultureller, wirtschaftlicher und politischer Wandel in 43 Gesellschaften, Frankfurt/M.-New York.

Klages, Helmut 2001: Standorte und Strukturen des Engagementpotentials in Deutschland. In: Heinze, Rolf G/Olk, Thomas (Hg.): Bürgerengagement in Deutschland. Opladen.

Prätorius, Rainer 1984: Soziologie der politischen Organisationen. Darmstadt.

Sebaldt, Martin 1997: Organisierter Pluralis-

mus. Kräftefeld, Selbstverständnis und politische Arbeit deutscher Interessengruppen, Opladen.

113

# Schöne, neue Welt

#### Michael Hardt und Antonio Negri auf Abwegen

Über kaum ein Buch wurde in letzter Zeit widersprüchlicher debattiert als über das nun im Deutschen vorliegende "Empire" des US-amerikanischen Literaturwissenschaftlers Michael Hardt und des italienischen Philosophen Antonio Negri. In den USA ist das Buch bereits ein Bestseller, seine Rezeption verläuft zwischen der Zuwendung eher etablierter Kreise und der Ablehnung durch die Linken. In Deutschland zeigt sich eine ähnliche Resonanz. Während die großen Feuilletons das Buch als ,neues Manifest', ,brilliante Analyse des 20. Jahrhunderts' oder "großes Theoriewerk" feiern und allenfalls Hardt und Negris vagen Begriff der "Multitude", der Menge, kritisieren, sind politisch jenseits der Mitte ausgerichtete Zeitungen, Zeitschriften und Periodika mit dem Verriss dieses Werks beschäftigt.

Schon rein soziologisch betrachtet ist es interessant, einen genauen Blick auf "Empire" zu werfen, denn die Rezeptionsgeschichte eines Werks spiegelt immer auch gesellschaftliche Zustände seiner Entstehungsphase wider. Doch stellt sich die Prage, ob "Empire" nicht letztlich vor allem das Produkt eines Medienhypes überraschenden Ausmaßes ist. Denn in seiner Essenz bleibt nur wenig von oben genanntem Lob bestehen. "Empire" ist – um eine Kritik gleich vorab zu formulieren – maßlos überbewertet. Was die Autoren als eine die Ontologie und ethisch-politische Diskurse verbindende Untersuchung ausgeben, entpuppt sich schon nach der Lektüre des ersten Fünftels des Ban-

des als Konglomerat aus so unterschiedlichen Gattungen wie einem Essay, einer historischen Abhandlung sowie einer Gegenwarts- und Vergangenheitsanalyse. Hinzugefügt wird dieser Mischung ein wenig Geistesgeschichte ausgewählter Philosophen und Sozialwissenschaftler (u.a. Spinoza, Machiavelli, Foucault, Deleuze, Guattari, Wittgenstein, Marx, Lenin, Hobbes, Weber) und visionäre Science Fiction. Hätten die Autoren dieses Werk als Essavsammlung ausgegeben und würden sie vor allem nicht beständig zwischen Gegenwart und Vergangenheit hin- und herspringen, etwa was die Bestimmung der Gegenwart als "Leben im Empire' oder als "Übergang zum Zeitalter des Empire' betrifft, hätten sie ihre Thesen, die oft genug der empirischen Realität entbehren, etwas vorsichtiger als Überlegungen oder Hypothesen formuliert, dann könnte dieses Buch einen Platz in der Ideengeschichte beanspruchen. Doch was Hardt und Negri - abgesehen von einigen interessanten Exkursen über Staatsund Souveränitätsbegriffe seit der Antike und der Schilderung der Veränderung der ökonomischen Prozesse seit den 1970er Jahren präsentieren, ist eine abenteuerliche Prosa, die in ihrem Aufbau ein wenig (wen wundert's bei Negri) an Karl Marx , Kapital' erinnert und in der Vermittlung des Inhalts an Jostein Gaarders "Sophies Welt".

#### Mächtige Worte – aber was steckt dahinter?

Ob das Empire, diese "imperiale Macht", die kein Innen und Außen mehr kennt und alle Lebensbereiche des Menschen im Sinne der Foucaultschen "Bio-Macht" gänzlich durchdringt, überhaupt existiert, ist sowieso strittig. Denn auch die Annahme des Duos, wir lebten schon längst im Zeitalter der Postmoderne, ist strittig. Das Ende der Moderne sehen sie mal in den 1950er Jahren, mal mit dem Vietnamkrieg, mal in den 1970er Jahren, mal mit dem Golfkrieg 1991 gegeben. Und unhinterfragt rezi-

tieren sie die Merkmale der Postmoderne -Ambivalenz, Kontingenz, Hybridisierung und Fragmentierung. Es verwundert, dass sie eine nicht gerade unbekannte Stimme im Postmodeme-Diskurs - Zygmunt Bauman - ignorieren, einer, der zwar ebenfalls ein Ende der Moderne verortet, den Zustand der Postmodeme aber vorsichtig als einen Blick auf die Moderne beschreibt. Den typischen Merkmalen der sogenannten Postmoderne entspricht somit "Empire" selbst: Willkürlich werden den Kapiteln Leitzitate, u.a. eines von Bill Gates über die Gleichheit in der virtuellen Welt. vorangestellt. Willkürlich erscheint auch oft die Auswahl der bewegten Literatur, und Willkürlichkeit zeigt sich auch im Aufbau des Bandes - ganz abgesehen davon, dass die permanenten Redundanzen der Interpretationen des Autorenduos die Lektüre nicht gerade angenchm gestalten. Widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang auch ihr Blick auf den Fundamentalismus, den sie auf wenigen Seiten mal als ,anti-modernes', mal als ,postmodernes', mal als ,vormodernes' Phanomen verorten, um die "Iran-Revolution" dann wieder zur "ersten postmodernen Revolution" zu küren.

Die Unschärfe der Terminologie kennzeichnet das gesamte Werk. Es fehlt eine begriffliche Fassung dessen, was das Empire überhaupt sein soll. Und der Menge der im Empire lebenden Individuen werden ohne nähere Ausführungen neue Kräfte unterstellt, die die imperiale Macht zu Fall bringen könnten. Ein Blick in die Werke wegweisender Mikrosoziologen wie Georg Simmel oder Erving Goffman hätte Hardt und Negri vielleicht dazu veranlassen können, mit dem Begriff der Menge etwas vorsichtiger umzugehen und näher zu erläutern, wie sich denn - aus interaktionistischer Sicht - fragmentierte Individuen durch bloße Gleichgestimmtheit zu einer Bewegung formieren können.

Schlecht weg kommt bei Hardt und Negri die globalisierungskritische Bewegung, denn die, so die Autoren, kann in Form der Autonomisierung - etwa wie bei den Zapatistas - keine wirkliche Veränderung herbeiführen und kämpft letztlich gegen etwas, was es nach Hardt und Negri nicht mehr gibt: gegen modern strukturierte Staaten und supranationale Institutionen wie IWF, Weltbank und WTO, die durch staatliche Einflussnahme noch kontrolliert werden könnten. Zugegeben, ein Teil der Bewegung (deren augenscheinliche Existenz die Autoren übrigens im Ganzen konsequent ignorieren) plädiert für Reformen, ein Teil für die Abschaffung dieser Institutionen. Doch nehmen weder die einen noch die anderen an. diese Institutionen agierten an ,Nicht-Orten', regiert durch eine imperiale Macht, die nicht mehr lokalisierbar sei.

Interessant hätte sein können, wenn die Autoren im letzten Teil des Bandes über den "Untergang und Fall des Empire', der gerade mal sechzig Seiten von insgesamt 420 Seiten einnimmt, obwohl sie behaupten, der Untergang sei dem Empire inhärent, auf frühere Widerstände, Proteste und Revolutionen eingegangen wären. Doch die Revolutionsgeschichte des 20. Jahrhunderts wird in drei Sätzen abgehandelt und letztlich thematisiert auch dieser Teil größtenteils das Empire und nicht seinen Fall. Darüber mag auch die auf Seite 420 knapp formulierte Vision der Autoren, ein neuer, wahrer Kommunismus im Sinne des Heiligen Franz von Assisi könne die Menschheit in einem "Projekt der Liebe" zusammenführen, nicht hinwegtäuschen. Etwas polemisch formuliert könnte man meinen, Hardt und Negri seien trotz ihres Bekenntnisses zum Kommunismus dem neoliberalen Mythos von der Kraft der Freiheit durch Deregulierung erlegen.

Das Problem an "Empire" ist, dass in diesem Buch durchaus Richtiges steht, aber keine Tren-

nung zwischen Fakten und Visionen deutlich wird. Der Campus-Verlag hat, vielleicht in weiser Vorausahnung, ein Webforum zu "Empire" eingerichtet. Unter www.campus.de lädt er dazu ein, ausgiebig über dieses Werk zu streiten. Genügend Anlass gibt es allemal.

Gabriele Rohmann, Berlin

#### Besprochene Literatur

Hardt, Michael/Negri, Antonio 2002; Empire. Die neue Weltordnung, Frankfurt/M.-New York: Campus.

### **AKTUELLE BIBLIOGRAPHIE**

Attac Frankreich 2002: Mit ATTAC die Zukunft zurückerobern. Manifest 2002. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, März, 347-362.

Blossfeld, Hans-Peter/Huinink, Johannes 2001: Lebensverlaufsforschung als sozialwissenschaftliche Forschungsperspektive. Themen, Konzepte, Methoden und Probleme. In: BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung und oral History, Jg. 14, H. 2, 5-31.

Bourdieu, Pierre 2002: "Contre la déstruction d'une civilisation..." In: Blätter für deutsche und internationale Politik, März, 343-346.

Brown, Robert A./Shaw, Todd C. 2002: Separate Nations. Two Attitudinal Dimensions of Black Nationalism. In: Journal of Polities, Vol. 64, No. 1, 22-44.

Carothers, Thomas 2002: The End of the Transition Paradigm. In: Journal of Democracy, Vol. 13, No. 1, 5-21.

Casanova, José 2001: Civil Society and Religion. Retrospective Reflections on Catholicism and Prospective Reflections on Islam. In: Social Research, Vol. 68, No. 4, 1041-1080.

Cooper, A.H. 2002; Media framing and social movement mobilization. German peace protest against INF missiles, the Gulf War, and NATO peace enforcement in Bosnia. In: European Journal of Political Research, Vol. 41, No. 1, 5-36.

Dollase, Rainer 2002: Psychologische Erklärungen sozialen Engagements und Bildungsziele in der Zivilgesellschaft. In: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 10, Heft 1 + 2, 41-52.

Downey, Douglas B./Ainsworth-Darnell, James W. 2002: The Search for Oppositional Culture Among Black Students. In: American Sociological, Vol. 67, No. 1, 156ff.

Farkas, George/Lleras, Christy/Maczuga, Steve 2002: Does Oppositional Culture Exist in Minority and Poverty Peer Groups? In: American Sociological, Vol. 67, No. 1, 148-155.

Farmer, David John/Hummel, Ralph/Kensen, Sandra et. al. 2002: Construction Civil Space: A Dialogue. In: Administration & Society, Vol. 34, No. 1, 87ff.

Fraser, Nancy 2001: Recognition without Ethics. In: Theory Culture & Society, Vol. 18, No. 2-3, 21-42.

Heller, Agnes 2001: A Tentative Answer to the Question. Has Civil Society Cultural Memory? In: Social Research, Vol. 68, No. 4, 1031-1040.

Hellmann, Kai-Uwe 2002: Partei ohne Bewegung. Machtgewinn und Basisverlust der Grünen. In: Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, vorgänge 157, Jg. 41, Heft 1, 30-35.

Hoffman, M. Curtis 2002: Paradigm Lost. Public Administration at Johns Hopkins University, 1884-96. In: PAR - The Premier Journal of Public Administration, Vol. 62, No. 1, 12-23.

Honneth, Axel 2001: Recognition or Redistribution? Changing Perspectives on the Moral Order of Society. In: Theory Culture & Society, Vol. 18, No. 2-3, 43-56.

Jones-Correa, Michael A./Leal, David L. 2001: Political Participation. Does Religion Matter? In: Political Research Quarterly, Vol. 54, No. 4, 751-770.

Kurczewski, Jacek/Kurczewska, Loanna 2001: A Self-Governing Society Twenty Years After. Democracy and the Third Sector in Poland. In: Social Research, Vol. 68, No. 4, 937-976.

Lijphart, A. 2002: Negotiation democracy versus consensus democracy. Parallel conclusions and recommendations. In: European Journal of Political Research, Vol. 41, No. 1, 107-114.

Markus, Maria Renata 2001: Decent Society and/or Civil Society? In: Social Research, Vol. 68, No. 4, 1011-1030.

Mehring, Reinhard 2002: Formaler politischer Existentialismus. Carl Schmitt als Gemeinschaftstheoretiker? In: Berliner Debatte Initial, Jg. 13, Nr. 1, 3-12.

Pantoja, Adrian D./Ramirez, Ricardo/Segura, Gary M. 2001: Citizens by Choice Voters by Necessity. Patterns in Political Mobilization by Naturlized Latinos. In: Political Research Quarterly, Vol. 54, No. 4, 729-750.

Rydgren, Jens 2002: Radical Right Populism in Sweden. Still a Failure, But for How Long? In: SPS Scandinavian Political Studies, Vol. 25, No. 1, 27-56.

Schmidt, M. G. 2002: Political performance and types of democracy. Findings from comparative studies. In: European Journal of Political Research, Vol. 41, No. 1, 147ff.

Tiefenbach, Paul 2002: Volksentscheid – Schweizer Marotte oder Frischzellenkur für

die Demokratie? In: Blätter für deutsche und internationale Politik, März, 315-324.

Tismaneanu, Vladimir 2001: Civil Society, Pluralism, and the Future of East and Central Europe. In: Social Research, Vol. 68, No. 4, 977-992.

Twardella, Johannes 2001: Fundamentalismus als Produkt des Traditionsbruches. Fallrekonstruktion eines Typus islamischer Religiosität in Deutschland. In: BIOS – Zeitschrift für Biographieforschung und oral History, Jg. 14, Heft 2, 88-109.

Wahl, Svenja 2002: Bürgerschaftliches Engagement in Deutschland. Empirische Grundlagen und Forschungsstand. In: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 10, Nr. 1 + 2, 13-24.

Walzer, Michael 2002: The Argument about Humanitarian Intervention. In: Dissent, Winter, 29–37.

# THEMENHEFTE/SCHWERPUNKTE

Ehrenamt und Zivilgesellschaft: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 10, Nr. 1 + 2, 2002.

Gedanken von und zu Jürgen Habermas: Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Jg. 50, Nr. 1, 2002.

Adalbert Evers: Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im Gesundheitsbereich, FJNSB 3/02, S. 8-12

Der Autor stellt Ergebnisse der Enquete-Kommission "Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements" zur Förderung von Demokratie und Bürgerorientierung im Gesundheitswesen vor, in der er als Sachverständiger tätig war. Er beschreibt die bestehenden Potentiale von Engagement, Selbstorganisation und Beteiligung im Gesundheitswesen (Selbsthilfebewegung, Patientenfürsprecher, Hospizbewegung, aber auch das fachliche und gesellschaftspolitische Engagement). Das derzeitige System der Selbstverwaltung ist durch die Macht starker Interessengruppen geprägt. Die Krankenversicherungen sollten durch gestärkte Wahlrechte der Patienten und mehr Gestaltungsrechte der Kassen in der Versorgungsorganisation zu einer echten Selbstverwaltungsorganisation der Versicherten entwickelt werden. Diesen Prozess müssen unabhängige und öffentlich verantwortete Patientenschutzeinrichtungen (Patientenanwaltschaft, Verbraucherschutzorganisationen) extern begleiten.

Adalbert Evers: Democracy and Participation as Reform Ideas for the Health System, FJNSB 3/02, pp. 8-12

The article describes the potential of volunteering, self organisation and participation in the area of health care including the self-help movement, hospice movement as well as political activism. The author draws on results from the Enquete Commission "Future of Civic Volunteering". The current system of an independent health service is dominated by powerful interest groups. Less restricted regulation for insured people and insurance companies could empower them to become a self organising sector in a true sense. This process should be accompanied by independent public institutions to guarantee basic rights for patients.

Ulla Schmidt: Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen, FJNSB 3/02, S. 13-17 Die Bundesgesundheitsministerin erläutert die Grundzüge einer sozialdemokratischen Gesundheitspolitik, die auf der Grundlage einer solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aufbaut. Sie fordert eine Umorientierung von der Betrachtung der Patientinnen und Patienten als Objekte der Fürsorge hin zu mehr Mitsprache und Mitgestaltung der Versicherten und Patientinnen und Patienten. Ihr Beitrag bilanziert vor diesem Hintergrund die gesundheitspolitischen Maßnahmen ihres Ressorts. Dazu zählen u.a. Wahlrechte der Versicherten, die Krankenkasse zu wechseln, die Verbesserungen für chronisch kranke Menschen durch eine Neuordnung des Riskostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung und Maßnahmen der Verbesserung von Transparenz, Beratung und Information. Im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und im Gesetz zur Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus wurden Informationsrechte der Versicherten ausdrücklich festgeschrieben. Die Krankenkassen haben seit der Gesundheitsreform 2000 ausdrücklich die Aufgabe, unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung finanziell zu fördern. Schmidt plädiert für eine Stärkung präventiver Maßnahmen und für eine nachhaltige Stärkung der Mitwirkungsrechte der Patientinnen und Patienten.

Ulla Schmidt: Patients Must Be the Focus, FJNSB 3/02, pp. 13-17

The federal minister for health outlines the basics of social democratic health policy. The concept is orientated at the publicly regulated health insurances which are financed on a

solidarity basis. Patients should no longer be regarded as objects of care but rather as active participants in their roles as patients and insured. This is the background for her presentation of activities in her department, which include the option for insured to change their insurance, improvements for chronically ill and improved transparency, consultancy and information. In the bill on quality of care and in the bill on flat-rates for hospital care information rights for patients have been guaranteed. Health insurances have to support independent patient consultancy. Schmidt calls for more preventive measures and further empowerment of patients.

Fritz Kuhn/Katrin Göring-Eckardt: Bürgerbeteiligung – Reformmotor für das Gesundheitswesen, FJNSB 3/02, S. 18-22

Der Bundesvorsitzendevon Bündnis 90/Die Grünen und die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen weisen auf massive Qualitätsprobleme des deutschen Gesundheitswesens hin. Die Ursache sehen sie in institutionellen Blockaden und einer einseitigen Ausrichtung des Systems auf die Leistungserbringer und Kostenträger. Im Zentrum künftiger Gesundheitsreform müsse daher die Aufwertung der Rolle der Versicherten und Patienten stehen: u.a. fordern sie mehr Wahlfreiheiten der Versicherten und Patienten, eine bundesweite Struktur der Patientenunterstützung und -beratung analog dem Verbraucherschutz und eine Stärkung der kollektiven Beteiligungsrechte von Versicherten und Patienten. Sie unterstützen in diesem Zusammenhang die Forderung der Gesundheitsbewegung nach einer 'dritten Bank' von Patientenvertretern neben den Vertretern von Ärzteschaft und Kassen in den Gremien des Gesundheitswesens. Für den erforderlichen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen, der sowohl Qualität als auch Wirtschaftlichkeit anstrebt, ist eine stärkere Partizipation von Versicherten und Patienten unverzichtbar.

Fritz Kuhn/Katrin Göring-Eckardt: Civic Participation – The Motor for Reforming the Health Sector, FJNSB 3/02, pp. 18-22

The head of the parliamentary Green party and its spokes person on health issues point out massive quality problems in the German health sector. The problems are the result of a concentration on service suppliers. A reform of the health service should therefore empower insured and patients by more choice options, a national structure of patient support and consultancy similar to consumer protection and improved participation rights. In the consultation procedure besides representatives of physicians and insurances the patients should form a third group. For a paradigm change in the health sector which aims at improved quality as well as cost efficiency further participation of patients and insured is a prerequesite.

Frank Bsirske/Ulla Derwein: Neue Rollen in der Gesundheitspolitik?, FJNSB 3/02, S. 23-28 Die solidarische Krankenversicherung wird von den Gewerkschaften in erheblichem Umfang mitgestaltet. Ver.di vertritt über 400.000 im Gesundheitswesen Beschäftigte und möchte über den ihr zukommenden Einfluß in den Gremien der Selbstverwaltung jenseits der Leistungserbringer eine starke Lobby für die Patientinnen und Patienten initiieren. Frank Bsirske, der Vorsitzende von ver.di, und Ulla Derwein, die im Bundesvorstand von ver.di für die Beschäftigten im Gesundheitswesen und für Gesundheitspolitik verantwortlich ist, verstehen die Dienstleistungsgewerkschaft als "große Patientenorganisation". Ver.di hat in diesem Jahr eine Gesundheitskampagne gestartet. Ziel ist es, unterschiedliche Interessen und Organisationen, insbesondere

Patienteninitiativen und Selbsthilfegruppen und deren Organisationen und Verbände, zu einem Netzwerk für Patienteninteressen fortzuentwickeln.

### Frank Bsirske/Ulla Derwein: New Roles in Health Policy?, FJNSB 3/02, pp. 23-28

The German health insurances which are based on a solidarity principle are to some extent influenced by unions. The service sector union ver.di represents 400,000 employees in the health sector and plans furthermore a stronger representation of patients' interests. Frank Bsirske, the head of ver.di, and Ulla Derwein, responsible in the board for health policy, define ver.di as a large patients' organisation. The service union initiated a campaign on health issues which tries to integrate the diverse initiatives and self-help groups to a network for patients' interests.

Stefan Greß/Christina Tophoven/Jürgen Wasem: Exit und Voice – Steuerungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten, FJNSB 3/02, S. 29-38

Aufbauend auf dem Konzept von "Exit" und "Voice" von Albert o. Hirschman analysieren die Autoren das auf Nachfrage und politischer Einflußnahme beruhende Steuerungspotential von Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen. Sie skizzieren die Entwicklung des Gesundheitssystems im Hinblick auf die Beziehungen zwischen Versicherten und Krankenkassen einerseits, zwischen Patienten und Leistungsanbietern andererseits. Vor diesem Hintergrund empfehlen sie insbesondere den Ausbau der Interessenvertretung der Versicherten gegenüber den Krankenkassen.

Stefan Greß/Christina Tophoven/Jürgen Wasem: Exit and Voice - On the Influence Potential of Patients and Insured, FINSB 3/02, pp. 29-38

Based on Hirschman's concept of exit and voice the authors analyse the influence chances of insured and patients in the health service. They describe the relationship between insured and insurance on the one hand and between patients and service providers on the other hand. On this background they suggest an empowerment of the insured in face of insurances.

## Bernhard Badura: Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen

Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz, FJNSB 3/02, S. 39-46

Ein wesentliches Strukturproblem des Gesundheitswesens ist, so Badura, das unausgewogene Verhältnis zwischen Anbietermacht und Verbraucherschutz. Eine kürzlich in den USA erschienene Studie des 'Institute of Medicine' (IOM-Studie) untersucht – weltweit erstmalig – die Qualität klinischer Prozesse in den USA. Das Ergebnis ergibt ein erschreckendes Bild der Patientensicherheit: So sterben jährlich in den USA bis zu 120.000 Menschen an den Folgen fehlerhafter medizinischer Behandlung. Um die Missstände zu beheben, ist, so Badura, der Staat gefordert, die Evaluation und Qualitätsberichterstattung – in den Klinken, aber auch extern vergleichend – deutlich auszubauen, eine staatliche Regulierungsbehörde für die Einhaltung klinischer Mindeststandards zu schaffen sowie den Ausbau von Beteiligungsrechten von Patienten und Versicherten voranzutreiben.

Bernhard Badura: Patient Participation in the Health Service. From Supplier Protection to Consumer Protection, FJNSB 3/02, pp. 39-46

The major structural problem in the health sector is the imbalance between supplier power and consumer protection. A recent study by the American 'Institute of Medicine' presents for the first time worldwide the quality of clinical care in the USA. The results are alarming: every year 120,000 people in the USA die due to false medical treatment. Bandura calls for public evaluation and quality assessment in hospitals as well as in comparative perspective. A public agency should control minimal standards of clinical service and patients; insured should be empowered.

Karl W. Lauterbach/Markus Lüngen: Mehr Patientenrechte im Gesundheitswesen. Echte Reformoption im korporatistisch verfassten Gesundheitswesen?, FJNSB 3/02, S. 47-51

Können Patientenrechte dazu Beitragen, die Qualität von Leistungen des Gesundheitssystems zu verbessern? Ohne verbesserte Informationsgrundlagen sind juristische Klagen gegen medizinische Fehlbehandlungen weitgehend ineffektiv. Dies erläutert der Beitrag im Rückgriff auf die "Harvard Medical Practice Studie", die den Zusammenhang zwischen juristischen Klagen und medizinisch mangelhaften Leistungen analysiert hat. Die Autoren folgern daraus, dass eine Vereinfachung des Klageverfahrens zur Stärkung der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nicht der sinnvolle Weg ist. Ein Großteil der Patienten wäre mit einer undifferenzierten Ausweitung der Patientenrechte und der damit verbundenen Rolle als eigener Gutachter überfordert. Eine Stärkung der Patientenrechte kann externe Qualitätssicherung nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Die Autoren empfehlen daher die Stärkung der Rolle von neutralen Patientenbeauftragten und die Fortentwicklung Evidenz-basierter Leitlinien in einer für Patienten verständlichen Form.

Karl W. Lauterbach/Markus Lüngen: More Patients' Rights in the Health Service, Real Opportunities in the Corporatist Health Sector?, FJNSB 3/02, pp. 47-51

The authors assess the chances of extended patients' rights to improve quality standards. Referring to the 'Harvard Medical Practice Study' they can show that juridical action on medical mistreatment is rarely successful. Therefore further juridical rights do not seem to be the way to improve quality. Patients are by and large not able to judge the quality of medical treatment, so juridical rights do not seem to be helpful. These rights cannot replace external assessment but rather supplement it. The authors recommend neutral assessment agents and the improvement of guidelines which are easily to read and obvious to control for patients.

Jan Böcken: Gesundheitsreform auf dem Prüfstand, FJNSB 3/02, S. 52-55

Angesichts der komplexen Steuerungsprobleme des Gesundheitswesens ist aus Sicht der Bertelsmann-Stiftung ein stringenter ordnungspolitischer Rahmen von staatlicher Seite erforderlich. Doch hat der einzelne Bürger bislang kaum Einfluss auf dessen Gestaltung. Der internationale Vergleich macht deutlich, dass die Zukunft des Gesundheitswesens in einer Kombination von marktwirtschaftlicher und staaatlicher Steuerung besteht. So hat die Schweiz etwa wettbewerbliche Elemente in einem solidarischen Rahmen integriert. Die bestehenden Strukturen der Selbstverwaltung sind von einem "strukturellen Steuerungsdilemma" zwischen Eigeninteressen der Beteiligten und einem gesamtgesellschaftlichen Auftrag der Sicherung der

Gesundheitsversorgung gekennzeichnet. Die Ergänzung der Selbstverwaltung durch weitere Akteure führt daher nicht weiter. Vielmehr müsse die Fachkompetenz aller Akteure jenseits der Strukturen der Selbstverwaltung gestärkt werden – durch staatlich moderierte Formen, etwa Anhörungen und "Runde Tische", zu denen auch die Bürgerinnen und Bürger Zugang bekommen sollen.

#### Jan Böcken: Reform of the Health Care Reconsidered, FJNSB 3/02, pp. 52-55

The health sector is marked by complex coordination problems. According to the Bertelsmann foundation a well developed frame is needed, International comparison can show that this frame should consist of a combination of market mechanisms and state regulation. The current structure, which is oriented towards self regulation, is characterised by a systematic dilemma of self interest and public responsibility. Adding new actors to this system of self regulation is not helpful. Instead the competence of actors outside this system should be improved and used via public moderated Round Tables.

# Christoph J. Rupprecht/Michael Weller: Partizipation und Bürgerbeteiligung. Chancen für die Gesetzlichen Krankenkassen, FJNSB 3/02, S. 56-66

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich in einem Strukturwandel. Oftmals wird der sich daraus ergebende Reformbedarf auf eine Frage der Verteilung der ca. 130 Milliarden Euro reduziert, die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung stehen. Die Autoren plädieren aus der Sicht der GKV jedoch dafür, den Strukturwandel auch für einen Reformprozess zu nutzen, der stärker auf die Bedürfnisse der Versicherten und Patienten ausgerichtet ist und bestehende Defizite in der Gesundheitsversorgung behebt: Dazu gehören u.a. Organisation und Qualitätssicherung von Wissens- und Informationsströmen, die Versorgungsqualität und Fragen der Transparenz. Vor diesem Hintergrund stärkt eine Ausweitung der Beteiligung von Versicherten und Patienten die GKV in ihrem Anliegen, das Zielbündel von Effektivität, Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu realisieren und das solidarische Gesundheitssystem zu bewahren. Die gesetzlichen Krankenkassen können sich nicht hinter der Mauer eines etablierten Korporatismus der Selbstverwaltung verstecken, sondern müssen deren Reform unterstützen, um die Legitimation ihrer Entscheidungen zu erhöhen. Die GKV als gemeinwohlorientierte Körperschaften des öffentlichen Rechts betreut 88 Prozent der deutschen Bevölkerung und versteht sich daher als Anwalt der Bürger-, Verbraucher-, Patienten- und Versicherteninteressen.

# Christoph J. Rupprecht/Michael Weller: Civic Participation. Chances for the Statutory Health Insurance, FJNSB 3/02, pp. 56-66

The German health system is undergoing structural changes. Discussion often focuses on financial matters and the distribution of the 130 million Euro budget for the obligatory health insurance companies (excluding the private insurances which are only open to high income groups). The authors call for a broader reform process which takes into account current deficiencies, i.e. organisation and quality of information flow, care quality, and transparency. Further participation of patients and insured could help to reach the goals of better efficiency, quality and economic viability, while maintaining the principle of solidarity. The obligatory health insurance companies should not limit their political position on established corporatism

but engage in reform and thereby gain legitimacy. 88 per cent of the German population are insured in the statutory system. The insurance companies therefore should define themselves as speakers of citizen interests as well as interests of patients, insured and consumers.

Bernard Braun/Gerd Marstedt: Alternative Strömungen in der gesundheitlichen Versorgung, FJNSB 3/02, S. 67-75

Trauen die Patienten noch der Schulmedizin? Reichen die mitunter eher auf den zu behandelnden "Defekt" als auf den Patienten als Menschen ausgerichteten Therapien heute noch aus? Während die Schulmedizin bei der Pathogenese (Krankheitssysteme sind Funktionsdefizite) ansetzt, orientieren sich alternative Ansätze am Konzept der Salutogenese (nach Antonowsky): Danach sind Krankheitssymptome eine aktive Funktionsäußerung des Organismus, der auf Selbstheilung zielt. Eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Patienten nimmt mittlerweile Beratungs- und Behandlungsangebote jenseits der herkömmtlichen Kassenmedizin wahr. Braun und Marstedt analysieren Ursachen und Entwicklungen, die diesem deutlichen Trend zur verstärkten Nachfrage nach alternativen Behandlungsangeboten zugrunde liegen und erörtern die Konsequenzen für das Gesundheitssystem.

Bernard Braun/Gerd Marstedt: Alternative Movements in Health Care, FJNSB 3/02, pp. 67-75 Traditional Medicine is based on the concept of pathogenesis which interprets illness as malfunction of the organism. Alternative concepts drawing on Antonowsky interpret illness as an organism's activity to heal itself. A growing number of patients is asking for advice beyond classical medicine. The authors describe this current trend, analyse its causes and discuss consequences for the health system.

Winfried Beck: Gesundheitsmarkt - Oppositionelle Strömungen in der Ärzteschaft - Demokratisierung, FJNSB 3/02, S. 76-82

Das Mittelmaß des bundesdeutschen Gesundheitswesens, so Beck, läßt sich nur durch die vorhandenen korporatistischen Strukturen erklären. Der Autor, seit der Gründung 1986 Vorsitzender des "Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte", analysiert den Einfluss der organisierten Ärzteschaft, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung. Er beschreibt deren Organe und bilanziert die politische Arbeit der innerärztlichen Opposition, der er selber in führender Funktion angehört. In seinem Fazit kommt der Autor zu dem Schluß, dass sich trotz aller Erfolge der innerärztlichen Opposition – z. B. die von ihr vorangetriebene Psychiatriereform – an der inadäquaten Machtfülle der organisierten Ärzteschaft innerhalb des Gesundheitswesens nichts grundsätzliches geändert hat und radikale Reformen notwendig sind.

Winfried Beck: Health Market – Oppositional Fractions Among Physicians – Democratisation, FJNSB 3/02, pp. 76-82

Corporatist structures are the primary reason for the average quality of the German health system. The author is head of the 'Organisation of Democratic Physicians' since its foundation in 1986. He describes the influence of the 'Kassenärztliche Vereinigung', the major organisation of physicians, and discusses the oppositional political activity of his own organisation. Though the opposition has had some remarkable successes the dominating power of the major physicians' organisation is unchallenged and radical reforms are necessary.

Christoph Kranich: Die neue Rolle von Patientinnen und Patienten und die Professionalisierung ihrer Interessenvertretung, FJNSB 3/02, S. 83-88

Eine wirkungsvolle Partizipation von Patienten und Patientinnen an der Gestaltung des Gesundheitswesens muss durch einen gesetzlichen Rahmen abgesichert, politisch gewollt und professionell unterstützt sein. Christoph Kranich, der die Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen in der Verbraucherzentrale Hamburg leitet, fordert in seinem Beitrag, eine paternalistische Bevormundung der Patientinnen durch eine Struktur der gleichwertigen Mitentscheidung zu ersetzen. Damit die Patienten hierbei nicht zur Manövriermasse der etablierten Akteure werden, brauchen sie eigene Vertretungen, die finanziell unterstützt und für die speziellen Anforderungen der Interessenvertretung geschult werden. Finanziert werden könnte die Tätigkeit von unabhängigen Patientenberatungs- und Patientenunterstützungsstellen nach Ansicht des Autors aus den Einsparungen, die durch eine wirksame Patientinnenpartizipation entstehen würden. Es gilt, die Entstehung einer Patientenbewegung zu fördern, ohne die cs eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens unter der gleichberechtigten Einbeziehung von Patientinnen nicht geben wird.

Christoph Kranich: The New Role of Patients and the Professionalisation of their Interest Representation, FJNSB 3/02, pp. 83-88

If patients are to participate effectively in the reform of the health system this participation needs to be professional and based on legal regulation. Christoph Kranich, who is leading the department on health in the consumer organisation Hamburg, calls for an equal participation of patients instead of the current paternalistic structure. Patients need professional, well funded interest representation to compete with the established actors. Efficient patient participation could reduce costs in the system. Therefore its funding would mean a net gain. A powerful patient movement needs further support as without such a movement no radical reforms will occur.

Jürgen Matzat: Die Selbsthilfe als Korrektiv und "vierte Säule" im Gesundheitswesen, FJNSB 3/02, S. 89-97

Der Beitrag diskutiert die (potentielle) Rolle der Selbsthilfe als "Vierte Säule" und als Korrektiv im Gesundheitswesen. Neben der Darstellung der quantitativen Verbreitung von Selbsthilfe und ihren qualitativen Leistungen geht es auch um die Gefahr möglicher Idealisierung und Überfrachtung. Wenn Selbsthilfe in Zukunft wirklich die ihr zugedachten Funktionen wahrnehmen soll, dann braucht sie stärkere Anerkennung bei den anderen Akteuren, mehr materielle Förderung ihrer Infrastrukturen und eine Erweiterung ihrer (gesundheits)politischen Beteiligungsmöglichkeiten. Der Artikel ist ein Plädoyer für mehr Begegnung und Dialog und ein Appell, gemeinsam an einem stabilen Gesundheitswesen zu bauen und das auf Sand gelaufene Boot, in dem wir alle sitzen, wieder flott zu bekommen.

Jürgen Matzat: Self-Help as the Fourth Pillar in the Health System, FJNSB 3/02, pp. 89-97 Jürgen Matzat describes the size of the self-help health sector in Germany and discusses its (potential) role as a correcting element in the health system. However, one should refrain from idealising accounts. If self-help initiatives are to have a function in the health system they need further acceptance by other actors, better funding, and better participation rights. The author calls for dialogue and joint activity to reform the health system.

Anke Martiny: Blockaden im deutschen Gesundheitssystem. Immer teurer, aber nicht besser, FJNSB 3/02, S. 98-105

Das deutsche Gesundheitssystem ist dringend reformbedürftig. Neben den zu beklagenden hohen Kosten, Korruption und Ineffizienz kritisiert Anke Martiny, die die Position der NGO 'Transparency International' vertritt, die Intransparenz des Gesundheitssystems als Kernproblem. Sie analysiert in ihrem Beitrag die Faktoren im Verhalten von Patienten, Kassen, Ärzten, berufsständischen Körperschaften, Kliniken und Pharma- Unternehmen, deren Zusammenspiel für den derzeitigen Misstand verantwortlich zu machen ist. Die Autorin fordert eine Umgestaltung des Systems der Selbstverwaltung nach den Leitprinzipien: klare Verantwortlichkeiten, höhere Transparenz und Professionalisierung der Verwaltung.

Anke Martiny: Blockades in the Health System. Increasing Costs, Stagnating Quality, FJNSB 3/02, pp. 98-105

The German health system needs fundamental reforms. Anke Martiny, representative of Transparency International, criticizes high costs, corruption and inefficiency. The main problem, however, is the lack of transparency in the system. The author analyses the behaviour of patients, insurances, physicians, hospitals, pharma industry, and interest groups, which result in the current situation. A reform should be oriented at the following guide lines: clear responsibility, increased transparency and professional administration.

Manfred Wildner/Reinhard Busse/Anne Brunner-Wildner: Patientenpartizipation in Europa, FJNSB 3/02, S. 106-113

Die Autoren untersuchen die rechtlichen Grundlagen, auf die sich in Europa eine Ausbau von Patientenrechten stützen kann. Seit 1994 fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von ihren Mitgliedsstaaten die Umsetzung einer menschenwürdigen Patientenversorgung. In Europa wird diese Forderung weithin geteilt und unterstützt, doch offenbaren sich in der Praxis noch erhebliche Defizite der Umsetzung. Besonders ausgeprägt sind diese Defizite bei der Information über Behandlungsoptionen, den Rechten und Informationen während eines stationären Aufenthalts, bei der poststationären hauswirtschaftlichen und sozialen Betreuung sowie im Problemfeld eines "würdigen Sterbens".

Manfred Wildner/Reinhard Busse/Anne Brunner-Wildner: Patient Participation in Europe, FJNSB 3/02, pp. 106-113

Since 1994 the World Health Organization (WHO) demands the adoption of guidelines for human health care. In the juridical sense these guidelines are widely shared in Europe but in practice the authors find considerable shortcomings. Especially deficiant are the information on treatment options, rights and information for inpatients, care after hospital, and dying in dignity.

René Stüssgen/Dick Oudenampsen/Rally Rijkschroeff: Die niederländische Patientenbewegung. Eine dynamische Bewegung, FJNSB 3/02, S. 114-122

Die Autoren berichten im Rückgriff auf Konzepte der Bewegungsforschung über Entwicklung, Zielsetzung und Binnendifferenzierung der niederländischen Patientenbewegung. Als wichtigstes Merkmal der neuen und in den Niederlanden einflußreichen Bewegung gilt im Gegensatz zu stärker instrumentellen Ausrichtungen anderer Bewegungen die Herausbildung neuer Iden-

titäten (Patienten- und Bürgeridentität). Am Beispiel der Patientenbewegungen werden die Spannungsmomente und Schnittstellen zwischen instrumentellem und identitätsorientiertem Bewegungshandeln aufgezeigt. Behinderte, chronisch Kranke und Klienten wehren sich gegen die dominierende Vorstellung von Krankheit und Abhängigkeit (negative Identität) und kämpfen um die Anerkennung von Eigenarten und Andersheit (positive Identität). Das instrumentelle Handeln innerhalb der Patientenbewegung basiert auf Erfahrungswissen und -kompetenzen und zielt auf die Realisierung von Bedingungen, unter denen sich eine positive Identität als Patient und Bürger ausbilden kann.

# René Stüssgen/Dick Oudenampsen/Rally Rijkschroeff: The Dynamic Dutch Patients' Movement, FJNSB 3/02, pp. 114-122

Based on social movement research the authors analyse trends, goals, and organisational structure of the Dutch patients' movement. Of foremost importance for this new and influencial movement is the emergence of a collective identity. The authors describe the tension and interference of instrumental and identity action. Disabled and chronically ill try to establish a positive identity against the dominating idea of illness and dependence. On the instrumental side they are trying to work on circumstances which allow a positive identity.

#### Heidi Nadolski: Patienten in Amerika, FJNSB 3/02, S. 123-131

Das Gesundheitswesen in den USA ist durch eine – für Deutschland unvorstellbar – große Gruppe gänzlich unversicherter Patientinnen und Patienten gekennzeichnet. Die Autorin erläutert die Funktionsweise der in den USA bestehenden Versicherungssysteme: "Medicare", "Medica

## Heidi Nadolski: Patients in America, FJNSB 3/02, pp. 123-131

In the USA large parts of the population do not have a health insurance at all. Heidi Nadolski explains the American system of health insurances including the Medicare, Medicaid, Children's Health Insurance Program (CHIP) and the privately managed care-organisations. Still more than 40 million people lack any health insurance, mostly from the working poor. Nearly a quarter of them are children. The Clinton government was not able to reform the health sector and the new Bush government concentrates on reductions in taxes, which are of no use to the working poor as they are mostly not liable to taxes anyway. The author does not see a chance for fundamental reform in the American health system.

### Klaus-Peter Stender: Gesunde Städte, FJNSB 3/02, S. 132-137

Im Jahr 1986 empfahl die Ottawa-Charter der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein intersektorales Gesundheitsverständnis. Kern des Dokuments sind eine gesundheitsverträgliche Entwicklung von Rahmenbedingungen, ein koordiniertes Zusammenwirken von Menschen aus allen Lebensbereichen und die Förderung von Gesundheitskompetenz. Diese Sicht prägt mittlerweile auch die Analysen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Die Kommunen als Akteure der Gesundheitsförderung und das Leitbild der "Gesunden Stadt" als Querschnittsaufgabe rücken damit in den Vordergrund. Der Autor beschreibt Entwicklung, Selbstverständnis und Erfahrungen des "Gesunde Städte"-Netzwerks in Deutschland, dem derzeit über 50 Kommunen mit mehr als 16 Millionen Bürgerinnen und Bürgern angehören. Insbesondere problematisch erscheint die fehlende Integration sozialer, ökologischer und gesundheitsbezogener Aktivitäten und Programme und eine kommunale Verwaltungspraxis, deren "versäulte Organisation" mit ganzheitlichen Querschnittsaufgaben nach wie vor wenig anzufangen weiß. Die notwendige intersektorale Akzeptanz der Gesunde Städte – Arbeit im politischen Raum und in der Verwaltung ist noch nicht erreicht.

# Klaus-Peter Stender: Healthy Cities, FJNSB 3/02, pp. 132-137

In 1986 the World Health Organisation (WHO) recommended an intersectoral understanding of health. This includes healthy circumstances, a coordinated approach, and support for health competence. The German expert commission on the health system has adopted this perspective, therefore focussing on local governments and cities as agents for healthy circumstances. The author describes the 'Healthy Cities'-network, which unites 50 local governments and more than 16 million people. Problematic are the lack of integration of social, environmental, and health activities as well as the sectoral administration which finds it difficult to deal with cross sectoral tasks. An overall acceptance of these activities in politics and administration is still missing.

Birgit Weihrauch: Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Zwischenbilanz, FJNSB 3/02, S. 137-142

In Nordrhein-Westfalen wurde seit Anfang der 90er Jahre mit landesweiten Gesundheitskonferenzen der Versuch unternommen, alle wesentlichen, Verantwortung tragenden Akteure im Lande zusammenzubringen. Die Gesundheitskonferenzen ermöglichen mehr Demokratie und Partizipation in den gesundheitspolitischen Diskussions- und Entscheidungsprozessen, innovative Gestaltung und Steuerung sowie eine Aktivierung auch der kommunalen Ebene. Die Autorin beschreibt Organisations- und Arbeitsweise, Entwicklung und Erfahrungen dieser Gesundheitskonferenzen. Sie sind seit dem 1. Januar im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst festgeschrieben. Vorgesehen ist dort auch, dass Vertreterinnen und Vertreter der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz zu beteiligen sind. Derzeit findet eine wissenschaftliche Evaluation durch die Universität Düsseldorf statt.

Birgit Weihrauch: Health Committees in North Rhine-Westphalia – An Interim Review, FJNSB 3/02, pp. 137-142

In early 1990 health committees were founded in North Rhine-Westphalia to gather all major actors of the health sector. These commission allow more democratic and participative decision

procedures, innovative concepts, and the involvement of local administration. The author explains the organisational structure and working method of these committees, which have been formally established recently. The involvement of self-help groups and representatives from patient protection organisations and preventive health care is planned. The committees are currently under scientific evaluation by a research group from the university of Düsseldorf.

Petra Kolip/Ingeborg Jahn: Frauen, Frauenbewegung und das Gesundheitswesen, FJNSB 3/02, S. 143-148

Die Autorinnen zeichnen zunächst die Geschichte der Frauengesundheitsbewegung nach. Anschließend gehen sie auf aktuelle Konzepte und Begrifflichkeiten (Geschlechtergerechtigkeit, Geschlechterangemessenheit, Geschlechterspezifität) ein. Die Strategie des "gender Mainstreaming" macht deutlich, dass das Ziel einer geschlechtergerechten gesundheitlichen Versorgung letztlich Frauen und Männer angeht. Die nächsten Schritte müssen darin bestehen, Genderkompetenz in breitem Umfang bei den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens zu verankern.

Petra Kolip/Ingehorg Jahn: Women, Women's Movement and the Health System, FJNSB 3/02, pp. 143-148

The authors present the history and current state of the women's health movement. They explain central concepts as gender justice, gender appropriateness, and gender specifity. The idea of gender mainstreaming shows that a gender sensitive health care is a concern for men and women. In a next step gender competence needs to disperse among actors in the health system.

Gabriele Rohmann: Gesundheit ist keine Ware. Die zentrale Attac-Kampagne des Jahres 2002, FINSB 3/02, S. 149-151

Das globalisierungskritische Netzwerk Attac legt in diesem Jahr einen zentralen Fokus auf das Thema Gesundheit. Die Kampagne kritisiert die global zunehmende Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen – so auch den zu beobachtenden Rückzug einer solidarischen Gesundheitsversorgung zu Gunsten des privatwirtschaftlichen Wettbewerbs. Der Beitrag beschreibt Selbstverständnis und Maßnahmen der Kampagne.

Gabriele Rohmann: Health Is Not Sellable. The Major Attac-Campaign in 2002, FJNSB 3/02, pp. 149-151

This year's campaign of the globalisation critical network Attac is focused on health. It criticizes the globally increasing privatization of public services which means a replacement of the solidarity principle by market competition. Gabi Rohmann explains the conception and actions of the campaign.

# Subjektive Technikbewertung

Was leisten kognitive Einstellungsmodelle zur

Analyse von Technikbewertungen

- dargestellt an Beispielen aus der Gentechnik

von Martin Slaby und Dieter Urban

2002. X/194 S., kt. € 27,- / sFr 47,30 ISBN 3-8282-0212-8

Die Einführung neuer technologischer Anwendungen, wie z.B. der medizinische Einsatz der Gentherapie, wird immer häufiger von einer kontrovers geführten gesellschaftlichen Debatte um den Nutzen und die Risiken von neuen Technologien begleitet. Dabei wird oftmals behauptet, dass fehlendes Wissen und die Komplexität der in Frage stehenden Technologien eine individuelle Urteilsfindung unter Laien und Nicht-Experten sehr schwer oder gar unmöglich mache.

Vor diesem Hintergrund wird im vorliegenden Buch der Frage nachgegangen, inwieweit kognitive Einstellungsmodelle, welche die subjektiven Urteile gegenüber technologischen Anwendungen in erster Linie als das Ergebnis eines "systematischen" Informationsverarbeitungsprozesses begreifen, in der Lage sind, die Strukturen dieser Urteilsbildung zu analysieren und zu erklären.

Um dies zu untersuchen, werden die Daten einer breiten, bundesweiten Bevölkerungsumfrage zur Wahrnehmung und Beurteilung von neuen Anwendungen der modernen Gentechnik im Lichte verschiedener theoretischer Einstellungsmodelle ausgewertet und interpretiert.

Es wird gezeigt, dass das klassische Werterwartungsmodell der kognitiven Einstellungsforschung zur Erklärung von Informationsverarbeitung und Einstellungsbildung bei der Bewertung neuer technologischer Anwendungen nicht ausreicht. Deshalb wird untersucht, ob Prozessmodelle der Einstellungsbildung sinnvolle Ergänzungen liefern können, in denen zwischen systematisch-rationalen und heuristischen Strategien der Urteilsbildung unterschieden wird. Auch werden funktionale Ansätze der Einstellungsforschung empirisch erprobt, mit denen die Herausbildung von subjektiven Technikbewertungen nicht mehr nur im Kontext einer instrumentellen Wahrnehmung und Bewertung bestimmter Einstellungsobjekte untersucht werden muss.





Stuttgart