

Editorial

Der Ruf nach einer Stärkung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen bewegt sich in einem ambivalenten Kontext. Auf der einen Seite gilt ihre Ausweitung als gleichsam emanzipatorisches Gegengewicht gegen ein expertendominiertes Gesundheitswesen. Auf der anderen Seite steht sie im engen Zusammenhang mit dem Ruf nach mehr individuellen Wahlmöglichkeiten und nach mehr »Eigenverantwortung«, der nicht selten direkt in eine Delegitimierung des Solidarprinzips in der GKV mündet. Der vorliegende Band vereint Beiträge, die zentrale Aspekte dieses widersprüchlichen Beziehungsgeflechts analysieren.

Hagen Kühn geht auf die Widersprüche ein, die aus den mit dem Patientenstatus verbundenen Erwartungen an die medizinischen und pflegerischen Versorgungseinrichtungen und deren eigenen, durch ein entgrenztes Wirtschaftlichkeitsdenken geprägten Handlungsrationitäten erwachsen. Der Patient, in seiner Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit als Kranker, erwartet – so Kühn – von den Berufsgruppen im Gesundheitswesen, dass sie zum Wohl des Patienten handeln und ihre eigenen finanziellen Interessen zurückstellen. Gleichzeitig befinden sich die Erbringer gesundheitlicher Dienstleistungen in einem Interessenkonflikt zwischen den Erwartungen und den sozialrechtlichen Ansprüchen der Patientinnen und Patienten einerseits sowie den Handlungsanforderungen, die sich aus der prospektiven Finanzierung und der betrieblichen Organisation andererseits ergeben. Dieser Widerspruch erzeugt, wie aus Befragungen von Ärzten hervorgeht, bei diesen wiederum eine weit verbreitete Erfahrung moralischer Dissonanz.

Bei der Stärkung der Patientenbeteiligung kommt der »Patientenedukation« eine wachsende Bedeutung zu. In der Pflege werden unter diesem Begriff jene Angebote subsumiert, die sich im Wesentlichen auf die Information, Schulung und Beratung von Patienten, Pflegebedürftigen und deren Bezugspersonen richten. Programmatisch wird die Notwendigkeit einer auf Partizipation angelegten individuellen, subjektbezogenen Beratung unter Achtung der Mit- und Selbstbestimmung Betroffener und deren Angehöriger betont. *Ingeborg Löser-Priester* nimmt ausgehend von langfristigen epidemiologischen und demographischen Entwicklungslinien anhand zweier Beispiele pflegebezogener Patientenedukation eine praxisbezogene Standortbestimmung vor. Dies geschieht erstens mit Blick auf die Konstruktionen, die theoretischen Grundlagen und inhaltlichen Zielsetzungen der Konzepte, zweitens unter Berücksichtigung notwendiger Kompetenzen und Qualifikationen

der Pflegekräfte und drittens unter Verweis auf eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheits- und Pflegewesens und die damit verbundene Anwendung ökonomischer Modelle auf soziale Beziehungen. Vor diesem Hintergrund fällt die Beantwortung der Frage nach Partizipationsmöglichkeiten und Demokratisierungschancen in der Pflegekraft-Patient-Beziehung im Rahmen neuer Konzepte der Patientenedukation ambivalent aus.

Die Stärkung der Patientenorientierung ist ein zentrales Ziel der gesundheitspolitischen Reformen von Rot-Grün gewesen. *Kai Mosebach* analysiert die Motive und die Ergebnisse der rot-grünen Variante des »Patienten-Empowerment«. Er sieht die Handlungsstrategien im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie einerseits und Konsumentensouveränität andererseits und kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl die Beweggründe als auch die Folgen der Reformen widersprüchlich sind: Einerseits wurden kollektive und individuelle Teilhabemöglichkeiten ausgeweitet, andererseits wurde die Stellung des Patienten durch diverse Maßnahmen der Privatisierung von Krankenbehandlungskosten geschwächt.

Die möglicherweise wichtigste Maßnahme zur institutionellen Stärkung der Patientenbeteiligung ist die Erweiterung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) um neun Vertreter der Patientenseite, denn der G-BA ist für die Konkretisierung des staatlichen Krankenversicherungsrechts von herausragender Bedeutung. Seine Aufgaben liegen nicht nur in der Anerkennung von Methoden der Diagnostik und Therapie. Mindestens ebenso wichtig sind die Konkretisierungspflichten im Leistungsrecht sowie die Gestaltung der Versorgungsabläufe durch Richtlinien. *Ingo Heberlein* geht ausführlich auf die neuen gesetzlichen Bestimmungen ein und zieht eine Bilanz nach einem Jahr der Erfahrungen mit der Patientenbeteiligung. Diese Bilanz fällt verhalten positiv aus. Er zeigt, dass sich die Patientenvertreter in einzelnen Punkten durchsetzen konnten. Mit der Verleihung eines Stimmrechts, so Heberlein, könnte die Patientenvertretung an Durchsetzungskraft gewinnen, allerdings würde die demokratische Legitimation des G-BA dadurch nicht gestärkt werden. Dafür sei es vielmehr notwendig, die Aufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht nur als Rechts-, sondern auch als Fachaufsicht zu handhaben.

Auch der Beitrag von *Guðrun Köster* befasst sich mit der Tätigkeit der Patientenvertreter im G-BA. Sie geht der Frage nach, worauf der Einfluss der Patientenvertreter in diesem Gremium beruht, wenn ihnen der Gesetzgeber doch Entscheidungsrechte vorenthalten hat, und in welcher Weise die Patientenvertreter von ihren Möglichkeiten Gebrauch

machen. Mit seiner Entscheidung, den Patientenvertretern kein Entscheidungsrecht einzuräumen, versuchte der Gesetzgeber einen Spagat: Einerseits wollte er ihren Einfluss im G-BA stärken, andererseits aber Entscheidungsblockaden im G-BA vermeiden und das eingespielte System des Interessenausgleichs zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht gefährden. Somit waren die Patientenvertreter vor allem darauf verwiesen, die Entscheidungsträger im G-BA durch Argumente in der Sache zu überzeugen. Allerdings beschränkten sie sich, so Köster, keineswegs auf diesen Modus der Interessendurchsetzung, sondern bedienten sich auch eines anderen Instruments: Da es den Spielregeln des G-BA widersprechen würde, öffentlichen Druck auf seine Mitglieder auszuüben, verlegten sie sich darauf, auf dem Umweg über das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ihren Positionen Nachdruck zu verleihen.

Der rapide Umbau des Gesundheitswesens zu mehr Wettbewerb und Eigenverantwortung hat Patienten auf eine ganz eigentümliche Weise interessant werden lassen, denn er trägt dazu bei, der Markt- und Meinungsforschung ein lukratives Geschäftsfeld zu erschließen. Krankenkassen lassen die Wünsche ihrer Kunden erforschen, Politik und Medien lassen vorzugsweise prüfen, welche Reformkröten die Bürger noch zu schlucken bereit sind. Zugleich wächst in Wissenschaft und Politik das Interesse an Daten, mit denen der Versorgungsalltag aus der Sicht der Patienten beleuchtet werden kann. Der Beitrag von *Waldemar Streich* gibt einen Einblick in Inhalte und Methoden gesundheitsbezogener Umfragen. Im Ergebnis unterstützt er den Einsatz der Befragungsmethodik für eine patientenorientierte Versorgungsforschung, die sich von einer auf gesundheitspolitische Sonntagsfragen kaprizierenden, tendenziell manipulativen Meinungsforschung abhebt.

Nicht nur in der Versorgung und bei der Steuerung des Gesundheitssystems, auch in der medizinischen Ausbildung gewinnt der Akteur »Patient« an Bedeutung. *Margareta Kampmann* und *Ulrich Schwantes* gehen der Frage nach, wie angehende Mediziner in ihrer Ausbildung auf die Beteiligung von Patienten an ärztlichen Entscheidungen vorbereitet werden. Im Mittelpunkt steht die an der Charité eingeführte Unterrichtsveranstaltung »Ärztliche Gesprächsführung«. Sie wird in ihrer Struktur und ihren einzelnen Elementen dargestellt und besonders im Hinblick auf Fertigkeiten und Qualifikationen geprüft, die für eine Einbeziehung des Patienten in Entscheidungsprozesse erforderlich sind. Daran anknüpfend diskutieren Kampmann und Schwantes die Bedingungen eines medizinischen Curriculums, die einerseits für die Ausbildung in ärztlicher Entscheidungsfindung und andererseits die Beteiligung

der Patienten an diesen Entscheidungen erforderlich sind. Abschließend werden Empfehlungen zur Curriculumsentwicklung formuliert.

Der Band wird abgeschlossen mit einem außerhalb des Schwerpunkts angesiedelten Beitrag von *Jens Holst* über das »Modell Chile«. Das »Modell Chile« liefert – so Holst – mehr als zwanzig Jahre nach der neoliberalen Gesundheitsreform grundlegende Erkenntnisse über marktorientierte Ansätze in der Sozialpolitik. Neben einer starken Segmentierung des Systems und der Abschaffung des Arbeitgeberanteils weist das chilenische Gesundheitswesen heute vor allem zwei Kernelemente auf, die in unterschiedlicher Intensität auch die Reformdebatten in anderen Ländern prägen. Mehr Markt und Wettbewerb sowie verstärkte »Eigenverantwortung«. Das Beispiel Chile belegt, dass Marktverhalten auf Seiten medizinischer Leistungserbringer zu Nachfrageinduktion und Kostensteigerung führt. Wettbewerb auf Seiten der Krankenkassen entfaltet eine Reihe unerwünschter Wirkungen, insbesondere Risikoselektion und Rosinenpickerei. Die Forderung nach Stärkung der Eigenverantwortlichkeit schlägt sich in Chile in teils hohen Eigenbeteiligungen nieder, die im öffentlichen System sozial abgedeckt, im privaten hingegen hyperregressiv sind und die ärmeren Versicherten am höchsten belasten. Ohnehin ist der steuernde Effekt von Zuzahlungen im Krankheitsfall theoretisch wie empirisch mehr als fragwürdig, sie diskriminieren Kranke und sozial Schwache und führen kaum zu den erwarteten Mehreinnahmen.