

Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Die gesetzliche Festschreibung von Beteiligungsrechten für Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gilt zahlreichen Beobachtern als Meilenstein bei der Stärkung kollektiver Patientenrechte. Der Gesetzgeber betrat damit Neuland, denn Erfahrungen über die Einbeziehung von Patienten in Systementscheidungen des Gesundheitswesens lagen auch international kaum vor (Francke/Hart 2001). Ungeachtet dessen wurden und werden mit der Patientenbeteiligung im G-BA hohe Erwartungen an die Qualität und Akzeptanz der Entscheidungen dieses Gremiums verknüpft.

Aus Sicht der Verbändeforschung erfolgt »Einfluss« durch Überzeugen, durch Verhandeln oder durch Ausüben von Druck (Schütt-Wetschky 1997).¹ Vor der Gesundheitsreform 2003 waren formelle Einflussmöglichkeiten von Patientenorganisationen auf Entscheidungen der damaligen Bundesausschüsse kaum vorhanden – Argumente konnten lediglich über Stellungnahmen einfließen. Sowohl Kassen als auch Leistungserbringer hatten für sich in Anspruch genommen, Patienteninteressen zu vertreten.

§ 140f SGB V sichert nun Patienten- und Selbsthilfeorganisationen bzw. den von ihnen entsandten sachkundigen Personen Mitberatungs- und Antragsrechte im G-BA zu. Der Gesetzgeber verweigerte den Patientenvertretern allerdings ein Stimmrecht und damit die Entscheidungsbeteiligung. Angesichts dieses grundlegenden Unterschieds zu den anderen Akteuren des G-BA soll in diesem Beitrag der Frage nachgegangen werden, wie es um den Einfluss der Patientenvertreter bestellt ist und worauf er überhaupt beruhen kann. Hier gilt es zum einen zu untersuchen, inwieweit sich aus den gesetzlich verbrieften Beteiligungsrechten Möglichkeiten der Einflussnahme innerhalb der Akteurs- und Arbeitsstrukturen des G-BA ergeben (können). Zum anderen ist angesichts der staatlichen Aufsichts- und Interventionsrechte gegenüber dem G-BA zu prüfen, ob sich daraus eine »zusätzliche« Quelle von Einflussnahme ergibt. Grundsätzliche Probleme der Konflikt- oder Organisationsfähigkeit von Patienteninteressen sollen hier nur in ihren konkreten Auswirkungen auf die Arbeit im G-BA, nicht jedoch grundsätzlich thematisiert werden (Geißler 2004).

Im ersten Teil werden die formellen Grundlagen der Patientenbeteiligung im Kontext der Neustrukturierung des G-BA analysiert, anschließend erfolgt die Diskussion der Hypothesen zu den Grundlagen der Einflussnahme von Patientenvertretern. Sie beruht auf insgesamt zehn Interviews, die ich Ende 2004/Anfang 2005 mit verschiedenen Akteuren des G-BA sowie einem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geführt habe.

1. Die Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Die staatliche Delegation von Entscheidungen zur gesundheitlichen Versorgung von GKV-Versicherten an Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung (GemSV) erfolgt traditionell aus zwei Gründen. Erstens soll durch die damit verbundene Selbstbeschränkung des Gesetzgebers eine möglichst hohe Versicherten- und Versorgungsnähe erreicht werden. Zweitens geht es um die Entlastung des Staates von Aufgaben mit hohen Konflikt- und Legitimationsrisiken. Vor diesem Hintergrund wird in der Literatur häufig eine weitgehende Selbstregulierung der gesundheitlichen Versorgung konstatiert. Die Vorstellung einer verbandlichen Selbstverwaltungsautonomie, einer »Vorfahrt für die Selbstverwaltung«, muss jedoch angesichts von »Autoritätsreserven« des Staates relativiert werden (Döhler/Manow-Borgwardt 1992).

Das BMGS besitzt gemäß § 94 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit, Beschlüsse des G-BA zu beanstanden oder über eine Ersatzvornahme die Regelungskompetenz an sich zu ziehen. Da im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass ausschließlich rechtliche Aspekte – und nicht fachliche Gesichtspunkte – eine Beanstandung rechtfertigen, spricht man diesbezüglich von einer Rechtsaufsicht des BMGS (Kaltenborn 2000).² Zudem beeinflussen Gesetzgeber bzw. BMGS über das SGB V und über die Genehmigung von Geschäfts- und Verfahrensordnungen die Strukturen und Prozesse, in denen der Interessenausgleich zwischen Kassen und Leistungserbringern stattfindet. Inhaltlichen Einblick in die Arbeit des G-BA erhalten die Vertreter des BMGS nicht nur durch die Prüfung der vorgelegten Entscheidungen. Laut Geschäftsordnung dürfen sie sowohl in den Beschluss- als auch in den Beratungsgremien anwesend sein.

Die Vorgängergremien des G-BA, die Bundesausschüsse, haben sich – wie ein langjähriger Akteur der GemSV im Interview einräumte – bei der Politik nicht den besten Ruf erworben – trotz staatlicher Modifikationen des intermediären Verhandlungssystems und seiner Kontextbedingungen. Entscheidungsblockaden oder schleppende Entscheidungsprozesse hätten dazu geführt, dass politische Entscheidungsträger

die Gremien der GemSV in ihrer Rolle für die gesundheitspolitische Steuerung in Frage stellten. Im Gesetzgebungsprozess zum GMG wurde von den Trägern der GemSV eine Grundstimmung wahrgenommen, wonach jetzt etwas »Richtiges« passieren müsse. Wissenschaftlich unterfüttert wurde diese beobachtete Grundstimmung beispielsweise durch das für die Friedrich-Ebert-Stiftung erstellte Gutachten »GKV-Reform 2003 – Reformen für die Zukunft«³ und durch den Bericht des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung (SVR 2002).⁴

Die im Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (Bundestagsdrucksache 2003a) von SPD und Bündnis 90/Die Grünen vorgesehenen Reformen provozierten nach Aussagen des jetzigen unparteiischen G-BA-Vorsitzenden eine »Abwehrschlacht gegen zu starken staatlichen Einfluss«. Letztlich hielt der Gesetzgeber aber an der gewachsenen Tradition fest: Opposition und Koalition einigten sich auf die Bildung einer neuen sektorenübergreifenden Rechtsetzungseinrichtung, den G-BA.⁵ Es gelte insbesondere, den sektorenübergreifenden Bezug bei den Versorgungsentscheidungen zu stärken und die Entscheidungsabläufe zu straffen und zu vereinfachen (Bundestagsdrucksache 2003b: 106). Der Gedanke einer stärkeren wissenschaftlichen Fundierung der Entscheidungen fand seinen Niederschlag in der Gründung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Die in diesem Aufsatz thematisierte Patientenbeteiligung stellt eine weitere Neuerung bei der Neustrukturierung des G-BA dar. Als prominenter Fürsprecher hatte sich im Vorfeld beispielsweise der SVR dafür ausgesprochen, das Wissen der Patienten über wirksame Verfahrensweisen der Partizipation und Kooperation in Systementscheidungen einzubeziehen. Zum einen hänge die Akzeptanz von Gesundheitszielsetzungen und Gestaltungsentscheidungen in der Bevölkerung nicht unwesentlich davon ab, ob ihm die strukturelle Beteiligung der Nutzer und Betroffenen gelinge. Zum anderen könne die Beteiligung Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen korrigieren und die Chance bieten, Gesundheitsbedürfnisse, Präferenzen und Qualitätsmaßstäbe besser zu berücksichtigen (SVR 2002, Bd. I: 279ff.).

Die beiden entscheidenden Fragen für die Umsetzung von Patientenbeteiligung im G-BA innerhalb des Gesetzgebungsprozesses zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) waren: Wer ist legitimiert, und wie ist die Beteiligung konkret auszugestalten?

Der Gesetzgeber löste die Frage der Legitimation pragmatisch – mittels einer »Jungfrauengeburt«, wie ein Interviewpartner es ausdrückte.

Die Patientenbeteiligung wäre ihm zufolge nie zu Stande gekommen, wenn die Politik nicht den Mut gehabt hätte, selbst zu definieren, was eine Patientenvertretung ist. Neben formaljuristischen Einwänden hatte der Gesetzgeber vor allem mit der Schwierigkeit zu kämpfen, angesichts einer durch Konkurrenzen und Heterogenität gekennzeichneten Landschaft von Betroffenen- und Beraterverbänden diejenigen zu benennen, welche »die« Patienteninteressen vertreten sollen.⁶ Zudem musste verhindert werden, dass sich über Patientenorganisationen Fremdinteressen Zugang zu den Entscheidungsprozessen des G-BA verschaffen.

Gemäß § 140f Abs.2 SGB V sollen Kompetenzen und Erfahrungen der Patienten und deren Beraterorganisationen in den G-BA eingebracht werden. »Maßgebliche Organisationen« werden legitimiert, einvernehmlich »sachkundige Personen« zu spezifischen Themen des G-BA zu benennen.

In der Patientenbeteiligungsverordnung (PatBeteiligungsV) ist definiert, wann eine Organisation das genannte Kriterium der Maßgeblichkeit erfüllt: Sie muss beispielsweise gemäß ihrem Mitgliederkreis dazu berufen sein, die Interessen von Patientinnen und Patienten oder der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene zu vertreten. Anders als beim Anerkennungsverfahren zum Verbandsklagerecht in § 13 Abs. 3 Behindertengleichstellungsgesetz – an welches sich die Kriterien laut BMGS ausdrücklich anlehnen – wird zusätzlich verlangt, dass die Satzung der Organisationen demokratische Verfahren zur Binnenlegitimation vorsieht. Zudem muss die Organisation durch die Offenlegung ihrer Finanzierung nachweisen können, dass sie »neutral und unabhängig« arbeitet. Wenn die überwiegende Summe entweder von Mitgliedern kommt, die beispielsweise zu den Leistungserbringern zählen oder der Verein in großem Umfang von gewissen Sponsoren finanziert wird, könne man dem BMGS zufolge Zweifel daran haben, dass diese Organisation wirklich neutral ist.

Mit dem Inkrafttreten der PatBeteiligungsV wurden über den Bestellungsmodus folgende Patienten- und Beraterorganisationen anerkannt: Deutscher Behindertenrat, Bundesarbeitsgemeinschaft der Patientinnenstellen, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. sowie Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.⁷ Stefan Winter, zuständiger Abteilungsleiter im BMGS, betonte während des Streits um den Verordnungsentwurf, dass es ausdrücklich nicht gewünscht sei, im G-BA eine neue, mit Funktionären besetzte dritte Bank einzurichten. Die zu benennenden sachkundigen Personen müssten deshalb auch nicht aus den anerkannten Organisationen kommen (Gesellschaftspolitischer Informationsdienst 2003: 4f.). Die geforderte Einvernehmlichkeit bei der

Entsendung der sachkundigen Personen wird von den Interviewpartnern als Ausdruck des politisch gewollten Ziels gesehen, »Reibungsverluste« zwischen Betroffenen- und Beraterverbänden zu vermindern.

Bei der konkreten Ausgestaltung der Patientenbeteiligung ging es letztlich um die Frage, wie zwingend sich die bisherigen Akteure des G-BA mit den Patientenvertretern auseinandersetzen müssen. Hart/Francke unterscheiden in ihrem Rechtsgutachten zur Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen konzeptionell zwischen Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung (Francke/Hart 2001: 243ff.).⁸ Der Gesetzgeber entschied sich letztlich »nur« für Mitberatungs- und Antragsrechte und gegen ein Stimmrecht. Zudem soll die Anwesenheit von Patientenvertretern ausdrücklich keinen Einfluss auf die Beschlussfähigkeit haben.⁹

Ebenso wie das SGB V beschränkt sich auch die PatBeteiligungsV auf wenige Aussagen zur genauen Einbindung der Patientenvertreter in die Strukturen und Prozesse des G-BA. Erst in der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA werden die formellen Details geregelt, die allen Beteiligten Schutz vor Willkür bieten sollen. Die Patientenvertreter erhielten in der Geschäftsordnung weitgehend die gleichen Rechte wie die stimmberechtigten Akteure. Dies bedeutet beispielsweise, dass sie sowohl an den Sitzungen der Beschlussgremien des G-BA als auch an den vorbereitenden Unterausschüssen teilnehmen können, sämtliche Beratungsunterlagen erhalten und Einfluss auf das Protokoll haben. Strittig war anfangs, ob die Patientenvertreter auch an der Abstimmung teilnehmen dürfen.¹⁰ Eine neue Verfahrensordnung ist wegen der noch nicht abgeschlossenen Prüfung durch das BMGS derzeit (Anfang Juli 2005) noch nicht in Kraft getreten.

2. Einfluss durch gesetzlich verbrieftete Beteiligungsrechte?

Die Patientenvertreter berichteten übereinstimmend, dass sich die persönliche Zusammenarbeit im G-BA »erstaunlich« gut entwickelt habe. Nicht zuletzt der Zwang zur Einvernehmlichkeit bei der Benennung der sachkundigen Personen und der hohe Zeitdruck nach Verabschiedung des GMG hätten integrierend gewirkt. Deutlich wurde in den Interviews aber auch, dass die politisch gewollte Disziplinierung inzwischen mit dem Anspruch einhergeht, möglichst »bankartig« aufzutreten. Verbunden damit ist die Vorstellung, mit einem gemeinsam formulierten »Patienteninteresse« dem eigenen Anliegen mehr Gewicht zu verleihen. Von allen interviewten Patientenvertretern wurde betont, dass – bis auf wenige Ausnahmen – derzeit kein Problem sichtbar sei, bei dem eine Einigung untereinander nicht möglich sei. Während das BMGS diesen

Gedanken nachvollziehen kann, wird ein »Fraktionszwang« von den stimmberechtigten Akteuren des G-BA eher nicht erwartet: Eine homogene Haltung gebe es schließlich auch auf der Kassen- oder Leistungserbringerseite nicht, zudem hätten die Patientenvertreter ohnehin kein Stimmrecht.

Als problematisch wird gelegentlich das auf Professionalisierung ausgerichtete Selbstverständnis der Patientenvertreter wahrgenommen. So sieht der unparteiische Vorsitzende des G-BA die Gefahr, dass die »eigentliche« Anliegen – Betroffene in den G-BA einzubeziehen – in den Hintergrund trete, wenn zunehmend professionelle Verbandsvertreter in den Ausschuss drängten. Allerdings weist er auch darauf hin, dass die Betroffenenpräsenz sowohl wegen der Breite der Fachgebiete als auch aufgrund der Vielzahl der Arbeitsgremien in der Umsetzung schwierig sei. Dies habe zum einen mit den sehr begrenzten administrativen Ressourcen der Patientenvertreter zu tun, zum anderen mit der Schwierigkeit, für die themenübergreifend arbeitenden Unterausschüsse »die« sachkundige Person zu benennen.

In den Interviews kristallisierten sich weitere Inkonsistenzen zwischen dem Anliegen und den Umsetzungsmöglichkeiten von Patientenbeteiligung heraus: Wie soll die sachkundige Person, die ausdrücklich Laienwissen einbringen soll, den teilweise sehr komplizierten Beratungsgegenständen ohne Fachexpertentum folgen können? Inwieweit können vorgetragene Einzelkasuistiken überhaupt systematisch interpretiert werden? Welchen Stellenwert haben Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung angesichts der Anforderung, Beschlüsse im Zeichen der evidenzbasierten Medizin wissenschaftlich zu untermauern? Wie entgehen die sachkundigen Personen dem Vorwurf fehlender Systemverantwortung, die sie vom Ansatz her weder leisten können noch müssen? Und wie soll das gesetzlich zugesicherte Antragsrecht ohne die notwendige »manpower« wirksam wahrgenommen werden? Angesichts dieser Dilemmata, die teilweise aus den grundsätzlichen Anforderungen an die Beschlüsse des G-BA resultieren, vermutet ein Interviewpartner, dass viele mit der Patientenbeteiligung verbundenen Fragen vom Gesetzgeber nicht wirklich zu Ende gedacht worden seien.

Die interviewten Patientenvertreter vermerken positiv, dass sie seit der Einbeziehung in den G-BA durch Presse und Öffentlichkeit eine deutlich höhere Wahrnehmung erfahren. Aufgrund der Vertraulichkeit der Beratungsunterlagen und des Abstimmungsverhaltens sowie der begrenzten Ressourcen zur Öffentlichkeitsarbeit könne diese stärkere Wahrnehmung allerdings nicht dazu genutzt werden, öffentlichen Druck auf die Beratungsprozesse im G-BA zu forcieren. Wolle man Kritik üben, müsse

sie allgemein formuliert werden, da man ansonsten den Unwillen der stimmberechtigten Mitglieder des G-BA auf sich ziehe. Bezogen auf die Öffentlichkeitsarbeit des G-BA selbst sei allerdings erreicht worden, dass abweichende Positionierungen der Patientenvertreter auch nach außen kommuniziert werden. Der aufgeschlossenen Haltung des neuen unparteiischen Vorsitzenden gegenüber den Patientenvertretern wird hier übereinstimmend eine große Rolle zugesprochen.

Grundsätzlich wird von fast allen Akteuren betont, dass sich bereits die Präsenz der Patientenvertreter in den Beschluss- und Arbeitsgremien auf die Beratungen auswirke. In diesem Zusammenhang konstatieren diejenigen Interviewpartner, die bereits in den ehemaligen Bundesausschüssen vertreten waren, eine Veränderung der Gesprächskultur. So bestehe seitens der Kassen und Leistungserbringer ein stärkerer Zwang zur Begründung bzw. Rechtfertigung von Positionen bzw. Entscheidungen: Man wolle den Patientenvertretern klar machen, warum diese Entscheidungen so zu treffen sind, und auf diese Weise deren Akzeptanz bzw. »Zustimmung« erreichen. Auch wenn dies im Einzelnen vielleicht schwer nachzuweisen sei, könne man deshalb davon ausgehen, dass die Beschlüsse besser und durchdachter sind. Aus Sicht eines Patientenvertreters könne die Anwesenheit bewirken, dass es in den Beratungen tatsächlich um den konkreten Gegenstand geht – und nicht um ein interessengeleitetes Arrangement. Einige der stimmberechtigten Mitglieder des G-BA weisen diesbezüglich allerdings darauf hin, dass stark interessengeleitete Ergebnisse vor den Sozialgerichten sowieso keinen Bestand hätten und allein aus diesem Grund bereits ein Zwang zu »sauberen«, sachgerechten Begründungen existiere. Die Vorstellung »wahrer« Beschlüsse sei jedoch grundsätzlich illusorisch.

Das Mitberatungsrecht zielt natürlich nicht nur darauf, bei den Patientenvertretern Verständnis für Systemzwänge zu erzeugen – auch wenn die Einblicke in die Beratungen angesichts der früher häufig beklagten Intransparenz der Entscheidungsfindung von den Patientenvertretern als deutliche Verbesserung wahrgenommen werden. Vielmehr geht es auch darum, ihren direkten inhaltlichen Einfluss auf die Entscheidungen zu stärken. Dessen Größe wird von allen interviewten Akteuren differenziert bewertet. Bei einzelnen Entscheidungen sei laut Patientenvertretern »auf jeden Fall« festzustellen, dass ihre Einwände berücksichtigt wurden. Darüber hinaus habe man mit Fragen und Kommentaren den Debatten schon eine andere Wendung gegeben. Hier werden als Beispiele immer wieder die so genannte Chroniker-Richtlinie und die Krankentransport-Richtlinie genannt. Einige Patientenvertreter weisen bezüglich dieser Erfolge jedoch auch darauf hin, dass die Möglichkeit, etwas gegen

den Willen der stimmberechtigten Mitglieder durchzusetzen, stark vom BMGS abhängig (ausführlicher dazu unter 3.). Deshalb sei auch bei den genannten Beispielen letztendlich nicht klar, ob es ein Einlenken der stimmberechtigten Mitglieder ohne den politischen Druck der Genehmigungsbehörde – und nur aufgrund der guten Argumente – gegeben hätte.

Aus dem Bedürfnis nach größerer Unabhängigkeit fordern die meisten der interviewten Patientenvertreter mehr oder weniger nachdrücklich und zeitnah ein Stimmrecht ein. Die Wahrnehmung dieses Stimmrechts setze allerdings bessere finanzielle und administrative Ressourcen voraus. So gelte es, die Entscheidungen intern abzustimmen und externen Sachverständigen einzuholen. Nur so könne man mit den anderen Akteuren auf einer Augenhöhe diskutieren und das Stimmrecht verantwortungsbewusst ausüben.

Die stimmberechtigten Interviewpartner argumentierten unter den jetzigen Bedingungen sämtlich gegen ein Stimmrecht für die Patientenvertreter. Auch das BMGS weist darauf hin, dass die Patientenvertreter jetzt frei von Entscheidungsdruck seien und nicht in die Verantwortung genommen würden. Dieser Argumentation widersprechen allerdings die Patientenvertreter: Sie fühlen sich teilweise sehr wohl von der Öffentlichkeit oder auch vom eigenen Verband in die Pflicht genommen.

Das größte Problem eines Stimmrechts – neben der fehlenden Fähigkeit von Patientenvertretern, die Mitglieder ihrer Verbände auf die Einhaltung von Beschlüssen zu verpflichten – sehen die anderen Akteure jedoch darin, dass man bei der dann geschaffenen Drittelparität niemals eine saubere Konfliktlösung hinbekommen könne. Bei »Kampf-abstimmungen«, bei der zwei Bänke die andere Bank überstimmten, entstünden viele Verletzungen und Verbitterungen. Es könnte »schick« sein, sich mit der Patientenbank gegen die andere zu verbünden. Da das Ausgleichssystem der GemSV an Wirkung verlieren würde, müsste bei einem politisch gewollten Stimmrecht die Besetzung des G-BA völlig neu strukturiert werden. Angesichts dieser Schwierigkeiten sei die zentrale Frage die, ob sich der G-BA unter den gegebenen Bedingungen in der Lage sieht, die Fragen, Einwände und Kommentare der Patientenvertreter adäquat aufzugreifen – und dies auch unter Beweis stellt.

3. Einfluss durch politische Unterstützung?

Als erste Bewährungsprobe für das Verhältnis zwischen den Trägern des G-BA, BMGS und Patientenvertretern sollten sich die neuen leistungsrechtlichen Aufgaben herausstellen, die dem G-BA im Rahmen

der Gesundheitsreform 2003 übertragen wurden. Für den G-BA galt es, durch Einschränkungen des Leistungskatalogs der GKV Einsparpotentiale zu realisieren. Insbesondere bei der Chroniker-Richtlinie, der OTC-Liste und der Krankentransport-Richtlinie waren die Entscheidungsspielräume des G-BA angesichts der gesetzlichen Vorgaben ungewöhnlich groß: So hatte der G-BA beispielsweise mit der Chroniker-Richtlinie zu definieren, was unter einer »schwerwiegenden chronischen Erkrankung« zu verstehen ist (§ 62 Abs. 1 SGB V). Aus dieser Definition leitet sich ab, bei welchen Patienten die Belastung durch Zuzahlungen auf 1 Prozent ihrer Bruttoeinnahmen begrenzt ist. Aufgrund der entstehenden Belastungen für einzelne Patientengruppen bargen sämtliche denkbaren Beschlussvarianten ein erhebliches Skandalisierungspotential. Der G-BA stand dementsprechend insbesondere im ersten Quartal 2004 in einem nie gekannten Maße im Kreuzfeuer der öffentlichen wie politischen Wahrnehmung und Kritik.

Die bestehenden Entscheidungsspielräume bei den genannten Beschlüssen konnten aus Sicht der Patientenvertreter durchaus erfolgreich genutzt werden. Dies bedeutet, dass die Richtlinien für die Patienten nicht so restriktiv ausfielen, wie sie von den Selbstverwaltungspartnern ursprünglich geplant waren. Ein Ärztevertreter beschrieb das Motto der Patientenvertreter bewusst zugespitzt: »Das Gesetz hat alles geändert, aber wir sorgen dafür, dass alles so bleibt, wie es war.« Ursache für die letztlich erzielten Ergebnisse war nach einhelliger Meinung der Akteure im G-BA der Umstand, dass die Politik angesichts des öffentlichen Drucks »Ruhe« haben wollte. In einer solchen Konstellation sei laut Patientenvertretern kein eigenes Stimmrecht nötig gewesen. Daraus schlussfolgern sie: Wenn das BMGS als Aufsichtsbehörde mit einer Beanstandung »winke«, reichten den Patientenvertretern bereits ein paar Argumente in der Sache, um sich im G-BA durchzusetzen. Darüber hinaus sind sich die Patientenvertreter der sonstigen vielfältigen Einflussmöglichkeiten des BMGS – auch während der Beratungen – sehr wohl bewusst. Das führt beispielsweise dazu, dass man Vertreter des BMGS um Unterstützung bittet. Auflagen oder inhaltliche Hinweise von Seiten des BMGS könnten die Position der Patientenvertreter »quasi von oben« abdecken. Man könne beim BMGS allerdings nichts ausrichten, wenn es sich erst einmal auf restriktive Maßnahmen festgelegt hat. Selbst wenn man ähnliche Bedenken habe, müsse das nicht dazu führen, dass das BMGS seinen Einfluss geltend macht.

Auch aus Sicht der stimmberechtigten Mitglieder des G-BA hat die Politik angesichts des öffentlichen Drucks Anfang 2004 »kalte Füße« bekommen. Sie habe deshalb geglaubt, hautnah die Arbeit des G-BA

begleiten zu müssen und in »jede kleinste Arbeitsgruppe« einen Vertreter des BMGS zu setzen. Manche Interventionen seien mit dem Deckmantel der Rechtsaufsicht versehen worden, obwohl es letztlich um die fachliche Ebene ging. Nach dieser ersten »Rüttelstrecke« hätten die Akteure allerdings wieder »einigermaßen korrekt« gespielt.

Insbesondere die Auseinandersetzungen um Chroniker- und Fahrtkostenregelung sowie um die OTC-Liste zeigen aus Sicht des unparteiischen Vorsitzenden, dass es zur Delegation solcher Entscheidungen keine Alternative gebe. Der G-BA könne durch die Umsetzung im Rahmen seiner fachlichen Verantwortung als Puffer für den Staat wirken. Diese Pufferfunktion resultiere jedoch wesentlich aus einer Distanz zwischen Staat und GemSV. Die Akzeptanz der Beschlüsse in der Öffentlichkeit hänge – neben einer stärkeren Einbeziehung der Patienten – wesentlich davon ab, dass das BMGS seine Rechtsaufsicht nicht im Sinne einer Fachaufsicht in Anspruch nimmt. Aus Sicht des G-BA tue sich das BMGS mit einer verdeckten Fachaufsicht auch keinen Gefallen: Zum einen gerate es von den verschiedensten Seiten »wahnsinnig« unter Druck, politische Lösungen im Sinne einzelner Lobbygruppen zu treffen. Zum anderen würde dann auch der G-BA blockieren und dem Gesetzgeber bedeuten, die Entscheidungen von vornherein selbst zu treffen. Die Fähigkeit von Ersatzvornahmen wird den Ressourcen des BMGS allgemein allerdings nur sehr bedingt zugesprochen.

4. Zusammenfassung und Ausblick

Ausgangspunkt der Untersuchung der Patientenbeteiligung im G-BA war die Annahme der Verbandsforschung, dass Einfluss durch Überzeugen, Verhandeln und Ausüben von Druck erfolgen kann. Bei der Analyse der formellen Beteiligungsrechte kristallisierte sich heraus: Sowohl der Legitimierungsmodus als auch die Ausgestaltung der Mitwirkung zielen darauf ab, dass die Patientenvertreter durch Erfahrungskompetenz im Sinne zusätzlichen Sachverständs überzeugen. Rein formell versuchte der Gesetzgeber also einen Spagat zwischen einer Aufwertung der Einflussmöglichkeiten für Patientenvertreter und einer Vermeidung von Entscheidungsblockaden im G-BA: Die Politik musste den eigenen Ansprüchen einer stärkeren Patientenorientierung gerecht werden und den Eindruck vermeiden, es gehe bei der Patientenbeteiligung bloß darum, dem Zeitgeist Rechnung zu tragen oder lediglich ein Feigenblatt für restriktive Beschlüsse zu schaffen. Letzteres schien um so näher zu liegen, als der Gesetzgeber den Zusammenhang zwischen (finanzieller) Eigenverantwortung und Patientenbeteiligung durchaus selbst benannt hat.¹¹

Gleichzeitig durften aber die Ziele der Neustrukturierung des G-BA nicht gefährdet werden. Lange Entscheidungsprozesse mit interessengeleiteten Ergebnissen waren ein wesentlicher Kritikpunkt an der Normsetzung durch die GemSV gewesen.

Einem Status der Patientenvertreter als stimmberechtigter Verhandlungspartner stehen Politik und Träger des G-BA sehr skeptisch gegenüber. Auf Seiten der Patientenvertreter spricht – neben der Ressourcenproblematik – vor allem die Schwierigkeit dagegen, eine gemeinsame Position auszuhandeln und Patienten und Versicherte auf das erzielte Verhandlungsergebnis zu verpflichten. Es wurde zwar von allen interviewten Patientenvertretern betont, dass man sich – bis auf wenige Ausnahmen – derzeit keinen Gegenstand vorstellen könne, bei denen eine Einigung untereinander nicht möglich sei. Dass sich dies angesichts des Spannungsverhältnisses zwischen einer Vielzahl von Einzelinteressen und zunehmend erforderlichen Priorisierungs- und Rationalisierungsentscheidungen durchhalten lässt, ist jedoch zu bezweifeln. Selbst wenn die Patientenvertreter es schaffen, untereinander die Interessenaggregation zu leisten, besteht die Gefahr, dass durch nicht eingebundene Organisationen bzw. Interessen Position und Verhandlungsmandat der »Patientenbank« in Frage gestellt werden. Einen Vorgeschmack auf diese Problematik lieferte in jüngster Zeit der Streit um den Beschluss des G-BA zur Verordnungsfähigkeit von Trink- und Sondennahrung, der im weitgehenden Einvernehmen mit den Patientenvertretern getroffen wurde. Einzelne Betroffenenverbände warfen den Patientenvertretern im G-BA Opportunismus aufgrund eigeninstitutioneller Interessen vor und distanzieren sich mittels einer medienwirksamen Skandalisierung von dem Beschluss.

Inwieweit haben und nutzen die Patientenvertreter Möglichkeiten, Druck auf den G-BA auszuüben? Während sich öffentlicher Druck aufgrund der »Spielregeln« des G-BA weitgehend verbietet, ließ sich in den Interviews das mehr oder weniger erfolgreiche Bestreben der Patientenvertreter feststellen, über den Umweg des BMGS eigene Positionen gegenüber den stimmberechtigten Mitgliedern durchzudrücken. Erfolgreich war dies bisher vor allem dann, wenn sich eine deutliche Diskrepanz zwischen Bevölkerungspräferenzen und Zielen der Gesundheitspolitik herauskristallisierte. Die Wahl dieses Umwegs mag aus Sicht der Patientenvertreter angesichts fehlender anderer Interventionsmöglichkeiten verständlich sein, sollte aber sowohl von Seiten des BMGS als auch von Seiten der Patientenvertreter nicht überstrapaziert werden: Zum einen wurde die Problematik einer verdeckten Fachaufsicht für die Akzeptanz der Beschlüsse in den Interviews sehr deutlich – wenngleich

hier unberücksichtigt bleibt, dass die (Letzt-)Verantwortung für die Beschlüsse in der Öffentlichkeit letztendlich bei der »Regierung« gesehen wird, weil das Prinzip der Selbstverwaltung und die Aufgaben der einzelnen Gremien nur der Fachöffentlichkeit bekannt sind. Zum anderen würde die von den Patientenvertretern selbst gewählte Abhängigkeit vom BMGS dem eigenen normativen Anspruch einer eigenständigen Vertretung der Patienteninteressen widersprechen.

Korrespondenzadresse:
Dipl.-Pol. Gudrun Köster
Urbanstraße 28a
10967 Berlin
E-Mail: gudrun_koester@web.de

Anmerkungen

- 1 Demzufolge bemüht sich Überzeugung um Zustimmung des Gegenübers aus freien Stücken, geht es beim Verhandeln um das Erzielen eines Kompromisses bzw. Interessenausgleichs und werden beim Druckausüben Ergebnisse durch das Versprechen von Vorteilen bzw. die Androhung von Nachteilen erzwungen.
- 2 Kaltenborn problematisiert die unkonkreten Voraussetzungen des Aufsichtsrechts im SGB V bei der Ersatzvornahme. Die in der Praxis schwierige Abgrenzung zwischen Rechts- und Fachaufsicht führt immer wieder zu Streit zwischen Politik und GemSV.
- 3 Darin hieß es u.a., Ziel müsse es sein, die »über Jahrzehnte gewachsenen Verkrustungen, Ständestrukturen und wechselseitigen Interessenblockaden der Institutionen im deutschen Gesundheitswesen« abzubauen, da diese Ursachen u.a. für Qualitätsmängel und Effizienzdefizite seien. Die Prüfung des GKV-Leistungskatalogs und die Vorgaben von Qualitätsstandards sollten auf ein unabhängiges Institut übergehen, die Umsetzung untergesetzlicher Normen durch ein demokratisch klar legitimes Gremium erfolgen.
- 4 Bezüglich des Leistungsrahmens im Gesundheitswesen kritisierte der SVR ein Abweichen von den Grundsätzen einer qualitätsorientierten, evidenzbasierten Versorgung sowie eine Nichtbeachtung evidenzbasierter Leitlinien.
- 5 Im rot-grünen Gesetzentwurf zur Modernisierung des Gesundheitssystems war eine umfassende Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse der Bundesausschüsse nicht vorgesehen. Allerdings sollte die wissenschaftlich fundierte Prüfung der GKV-Leistungen zukünftig von einem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin wahrgenommen werden. Die Bundestagsfraktionen der CDU/CSU und der FDP kritisierten in ihren Anträgen zum GMG unter dem Stichwort »Staatsdirigismus« scharf die Pläne der Koalition. Stattdessen seien die bestehenden Organe der Selbstverwaltung zu stärken.
- 6 Aus diesem Problem leiten Francke/Hart (2001: 214) ab, dass das Entsendungsmodell seitens der Verbände als Legitimationsmodus nicht in Frage kommt.
- 7 In § 2 Abs. 2 PatBeteiligungsV ist vorgesehen, dass der G-BA innerhalb von drei Monaten nach Inkrafttreten der PatBeteiligungsV überprüfen lassen kann, ob die genannten Organisationen die Kriterien in § 1 Nr. 1-7 erfüllen. Das BMGS wies

- im Interview darauf hin, dass Patientenorganisationen nicht zwingend anerkannt werden müssen, selbst wenn sie alle Kriterien erfüllen. Man habe hier einen Ermessensspielraum.
- 8 Grundsätzlich gehe es bei Patientenrechten und Bürgerbeteiligung um die »Etablierung einer neuen« systemischen Einflussgröße« innerhalb der bisherigen institutionellen Autonomieverteilungen (Francke/Hart 2001: 18).
- 9 In Begründung zu § 91 Abs. 3 heißt es, dass »bei der Feststellung der Beschlussfähigkeit [...] die sachkundigen Personen außer Betracht« bleiben (Bundestagsdrucksache 2003b: 107).
- 10 Diese Frage wurde auf Landesebene bisher zu Ungunsten der Patientenvertreter geklärt und sorgt in den dortigen Ausschüssen nach wie vor für Streit.
- 11 Laut GMG müssten Versicherte von »Betroffenen zu Beteiligten« werden (Bundestagsdrucksache 2003b: 72, 132, 151), nur dann sei ihnen mehr Eigenverantwortung zuzumuten. Auch im Interview mit dem BMGS wurde der Zusammenhang zwischen finanziellen Belastungen und Einflussnahme hergestellt.

Literatur

- Bundestagsdrucksache (2003a): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). Bundestagsdrucksache 15/1170 v. 16.06.2003. Berlin: Deutscher Bundestag
- Bundestagsdrucksache (2003b): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Bundestagsdrucksache 15/1525 v. 08.09.2003. Berlin: Deutscher Bundestag
- Döhler, M.; Manow-Borgwardt, Ph. (1992): Gesundheitspolitische Steuerung zwischen Hierarchie und Verhandlung. Politische Vierteljahresschrift 33, 4: 571-596
- Francke, R.; Hart, D. (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos
- Geißler, J. (2004): Organisierte Vertretung von Patienteninteressen, Hamburg: Verlag Dr. Kovac
- Gesundheitspolitischer Informationsdienst (2003): Nr. 40 vom 17.12.2003: 4-5
- Glaeske, G.; Hermann, Chr.; Lauterbach, K.W.; Schwoerer, P.; Wasem, J. (2002): GKV-Reform 2003 – Reformen für die Zukunft. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung
- Kaltenborn, M. (2000): Richtlinienggebung durch ministerielle Ersatzvornahme. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 3: 249- 271
- Schütt-Wetschky, E. (1997): Interessenverbände und Staat. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2002): Gutachten 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation; Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege; Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos