

Die Stimme des Patienten: Möglichkeiten und Grenzen einer Vertretung von Patienteninteressen bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen
von Jens Geissler

25.2.2003, Passau

Abstract

Für die Funktionsfähigkeit demokratischer politischer Systeme sind Interessengruppen von entscheidender Bedeutung. Diese können in ihrer Vielfalt als Ausdrucksform einer pluralen Gesellschaft verstanden werden. Interessengruppen fällt dabei innerhalb des politischen Systems die Aufgabe zu, die politischen Entscheidungsträger über die zu erwartenden Neben- und Wechselwirkung geplanten Maßnahmen zu informieren. Die wechselseitigen Kommunikationsprozesse, die sich im Rahmen dieses Informationsaustausches ergeben, steigern dabei die Akzeptanz der Maßnahmen bei den betroffenen Gruppen. Grundsätzlich tragen die Interessengruppen somit zur Legitimation politischer Entscheidungen in demokratischen, pluralen Gesellschaften bei. Legt man hinsichtlich der Organisationsfähigkeit von Interessengruppen die Gruppentheorie von Mancur Olson zugrunde (M. Olson, Die Logik des kollektiven Handelns, 1968), so ist jedoch nicht davon auszugehen, dass sich für alle möglichen (latenten) Interessen auch wirklich manifeste Interessengruppen bilden. Vielmehr geht Olson davon aus, dass kleine Gruppen leichter organisationsfähig sind als große. Nach Olson führt der Kollektivgutcharakter der von Interessengruppen angestrebten Zielen dazu, dass auch Nichtmitglieder nicht vom Erfolg der Gruppe ausgeschlossen werden können. Besonders bei großen Gruppen führt dies dazu, dass viele potenzielle Mitglieder die Position eines Trittbrettfahrers einnehmen werden. Die Folge ist, dass möglicherweise nicht alle denkbaren Interessengruppen vorhanden und am pluralistischen „Kräfteparallelogramm“ (Ernst Fraenkel) oder Tauziehen beteiligt sein werden.

Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen allgemeinen politikwissenschaftlichen Überlegungen hinsichtlich der Organisationsfähigkeit von Patienten als gesundheitspolitische Interessengruppen ziehen? Dabei ist zuerst zu untersuchen, was überhaupt unter dem Begriff „Patient“ zu verstehen ist. Einerseits kann sich der Begriff auf alle aktuellen und potentiellen Nutzer von Gesundheitsleistungen beziehen. Eine derartige Gruppe wäre jedoch aufgrund ihrer Größe und der Inhomogenität der vertretenen Interessen sicherlich nicht organisationsfähig. Allerdings ist es durchaus vorstellbar, dass sich einzelne Untergruppen von Patienten, die sich durch jeweils ähnliche Interessenlagen bezüglich der Gesundheitsversorgung auszeichnen, in Interessengruppen

zusammenfinden. Zu denken ist hierbei besonders an (indikationsspezifische) Selbsthilfeorganisationen, aber auch an Sozial- bzw. Seniorenverbände. Besonders bei den Selbsthilfeorganisationen liegt dabei die Vermutung nahe, dass die von Olson aufgestellten Kriterien der Organisationsfähigkeit nicht anwendbar sind. Hier sind es in der Regel weder die politische Interessenvertretung noch klassische selektive Anreize (z.B. Vergünstigungen auf Leistungen), die den alleinigen Ausschlag für eine Mitgliedschaft geben; vielmehr ist es der persönliche Austausch mit anderen in ähnlicher Weise Betroffenen, der bei Selbsthilfegruppen bzw. -organisationen im Vordergrund steht. Anders ist es bei den Seniorenverbänden, die in weit größerem Ausmaß auf die Bereitstellung selektiver Anreize angewiesen sind. Hingewiesen sei noch darauf, dass auch Dachverbände von Selbsthilfeorganisationen (wie BAGH und DPWV) bei der Vertretung der gesundheitspolitischen Interessen von Behinderten und chronisch Kranken eine Rolle spielen können, indem sie die Interessen der indikationsspezifischen Organisationen aggregieren (bündeln). Und schließlich finden sich Organisationen, die als Patientenorganisationen bezeichnet werden können. Diese richten sich nicht an einzelne Gruppen von Patienten, sondern vielmehr an die Gruppe der „Versicherten und Patienten“ insgesamt. Im Folgenden sollen exemplarisch Selbsthilfeorganisationen (im Bereich Diabetes), Seniorenverbände, Patientenverbände und Dachverbände in Deutschland, Großbritannien und den USA gegenübergestellt werden.

Selbsthilfe (Diabetes)

Deutschland	Deutscher Diabetiker Bund	40.000 Mitglieder
Großbritannien	Diabetes UK	200.000 Mitglieder
USA	American Diabetes Assn.	450.000 Mitglieder

Seniorenverbände

Deutschland	VdK, SoVD	1,2 Mio. / 500.000 Mitglieder
Großbritannien	Age Concern	k.a.
USA	AARP	35 Mio. Mitglieder

Patientenverbände

Deutschland	DGVP, VKVD	1.000 bzw. 6.000 Mitglieder
Großbritannien	Patients Association	400 Mitglieder
USA	nicht vergleichbar	

Dachverbände

Deutschland	BAGH	87 Organisationen / 850.000 Mitglieder
	DPWV (nur Selbsthilfe)	ca. 70 Organisationen

	Kindernetzwerk	140 Organisationen / 60.000 Mitglieder
Großbritannien	Deutscher Behindertenrat	2,5 Mio. Mitglieder
	Longterm Medical Conditions Alliance	114 Organisationen / 750.000 Mitglieder
USA	nur „Issue Coalitions“ wie z.B. Consumer Coalition for Quality Health Care	

Bei dem Vergleich deutet sich an, dass Selbsthilfeorganisationen in Deutschland geringer entwickelt sind, als in Großbritannien und den USA, dass aber andererseits die Dachverbände in Deutschland weit stärker ausgeprägt sind. Die Tatsache, dass es Organisationen gibt, die die Interessen von Patienten vertreten wollen, bedeutet jedoch noch nicht, dass sie auch wirklich dazu in der Lage sind, dies zu tun. Anders formuliert: Organisationsfähigkeit allein bedeutet nicht, dass die Gruppen auch konfliktfähig sind. Claus Offe versteht unter Konfliktfähigkeit eine „systemrelevante Leistungsverweigerung“. In diesem Sinne sind Patienten sicherlich nicht konfliktfähig. Angesichts dieser Tatsache erscheint es sinnvoller, eine weiche Definition von Konfliktfähigkeit zu verwenden, und zwar die *Übermittlung relevanter und glaubwürdiger Informationen zum richtigen Zeitpunkt an die richtige Stelle/Person*. Relevant sind Informationen dann, wenn sie den Entscheidungsträgern die Auswirkungen von Entscheidungen auf die jeweilige Personengruppe vermitteln. Hierbei kann die wissenschaftliche Aufbereitung der Informationen von Vorteil sein. Die Glaubwürdigkeit der Informationen steht im Zusammenhang mit der Seriosität einer Organisation, die wiederum von ihrer (finanziellen) Unabhängigkeit abhängig ist, aber auch von der Transparenz der Entscheidungsstrukturen und der Datenerhebung. Und schließlich ist „politisches Knowhow“ nötig, um die gesammelten Informationen zum richtigen Zeitpunkt an die richtige Stelle zu liefern. Nötig sind dafür detaillierte Kenntnisse über Entscheidungsträger und -prozesse. Erst wenn diese Faktoren zusammenkommen ist davon auszugehen, dass die festgestellte Organisationsfähigkeit von Patienten sich auch in politischem Einfluss bemerkbar macht.