

Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik

Teil 1: Das politische Patientenleitbild im Lichte einer empirischen Patienten-Typologie

(Nachdruck des gleichnamigen Artikels des Autors, erschienen in: „GesundheitsPolitik – Management – Ökonomie“, Nr. 03/2007, S. 63-68)

Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu*

I. Einleitung

Das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik sollen sich an den Interessen der Patienten orientieren. „Woran denn sonst?“ ist man angesichts der Selbstverständlichkeit dieses Postulats geradezu geneigt zu bemerken. So sieht auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in der verstärkten Beteiligung und Vertretung der Patienteninteressen die auf mittlere bis längere Sicht wichtigste Option zur Neugestaltung des Gesundheitswesens.¹ Fraglich ist, wie sich die Patienten selbst ein patientenorientiertes Gesundheitswesen vorstellen und welche Rolle sie bereit sind, darin zu spielen. So ist nicht vollständig klar, welche Interessen und Erwartungen Patienten tatsächlich haben, wie ihr Leistungsvermögen und Selbstverständnis aussieht und welche Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster sie an den Tag legen.² Näherer Betrachtung bedarf auch, wie und durch wen sich Patienten im gesundheitspolitischen Diskurs äußern und von wem sie sich im Gesundheitswesen und in der politischen Diskussion repräsentiert sehen.

* Der Autor ist Rechtsanwalt und Arzt und ist tätig im Kölner Büro der Anwaltskanzlei MAYER BROWN ROWE & MAW LLP. Der zweite Teil des Beitrags (*Koyuncu, Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Teil 2: Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitgestaltungsrechte des Patienten*) ist zur Veröffentlichung in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift vorgesehen. Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Meinung des Autors wieder.

¹ Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1 (2002), S. 279 (Patienten als „dritte Kraft“).

² Der Einfachheit halber wird im Folgenden die maskuline Form für beide Geschlechter verwendet.

Die Patientenorientierung des Gesundheitswesens setzt voraus, dass sich alle Akteure im Gesundheitswesen den vorgenannten Fragen stellen und sich ein genaues Bild über ihre Zielgruppe, d.h. die Patienten machen. Dabei lässt sich feststellen, dass sich der autonome und „mündige Patient“ - einhergehend mit der Verrechtlichung des Arzt-Patienten-Verhältnisses - in der rechtspolitischen Diskussion und in der medizinrechtlichen Literatur und Rechtsprechung als das Patientenleitbild durchgesetzt hat.³ Dieses Bild vom mündigen und rechtsbewussten Patienten mag zwar angesichts der physischen und psychischen Schwächelagen, in denen sich der Patient im realen Krankheitsgeschehen mitunter befinden kann, im Einzelfall euphemistisch anmuten.⁴ Dennoch ändert das nichts an der rechtsdogmatischen und politischen Einordnung der Patientenrolle, die ihren Ausgangspunkt in der Patientenautonomie hat.⁵ Das Leitbild vom mündigen und gleichberechtigten Patienten hat sich nunmehr auch in zahlreichen Deklarationen und politischen Bekundungen niedergeschlagen.⁶ Der mündige Versicherte ist auch das Leitbild im Krankenversicherungsrecht.⁷

³ Bundesministerium für Gesundheit, gesundheitsziele.de, S. 167 f (siehe auf S. 168: „Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen ist einem zunehmendem Wandel unterworfen. Patienten werden mittlerweile als wichtige „Koproduzenten“ und Experten für ihre eigene Gesundheit entdeckt.“); Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1 (2002), S. 279 (Patienten als „dritte Kraft“); siehe zu dem Rollenwandel Koyuncu, Das Haftungsdreieck Pharmaunternehmen-Arzt-Patient, S. 13 f. u. 279; Damm, MedR 2002, 375 (378); Fischer/Kluth/Lilie, Rechtsgutachten „Ansätze für eine Stärkung der Patientenrechte im deutschen Recht - Bestandsaufnahme und Handlungsperspektiven“- Erstellt im Auftrag der Enquete - Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages (2002); S. 27 f.; Francke/Hart, Bundesgesundheitsblatt 2002, 13 (16).

⁴ Steffen, MedR 2002, 190 (191) mit dem Hinweis auf die „physischen und psychischen Schwächelagen“ des Kranken; Eibach/Schaefer, MedR 2001, 21 (28); so aus medizinischer Sicht Kienzle, DÄBl. 2002, S. 1429.

⁵ BGHZ 90, 96, 100 ff.; BGHSt 40, 257, 260; die Patientenautonomie ist eine spezielle Ausgestaltung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts jedes Patienten.

⁶ Vgl. das Dokument „Patientenrechte in Deutschland“, das von einer dazu eigens eingesetzten Arbeitsgruppe entwickelt und am 16.10.2002 dem Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium übergeben wurde, Bollweg/Brahms, NJW 2003 1505 ff., in deren Anhang das Dokument abgedruckt ist. Vgl. auch Francke/Hart, Bundesgesundheitsblatt 2002, 13 (16).

⁷ Vergleiche die Ausführungen im Gesetzentwurf zum GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BT-Drs. 15/1525, S. 80 f.; Bundesministerium für Gesundheit, gesundheitsziele.de, S. 167 f. Aus der Literatur s. Dettling, Grundstrukturen des Rechtsverhältnisses zwischen Leistungserbringern und gesetzlich Versicherten, VSSR 2006, 5 (9), mit weiteren Nachweisen.

Andererseits dürfte allenthalben klar sein, dass es den uniformen „mündigen Patienten“ wiederum auch nicht gibt. Es bedarf näherer Untersuchung, um die unterschiedlichen Patientengruppen näher voneinander abgrenzen zu können. Dabei ist ein Augenmerk auf die oben aufgeworfenen Fragen zu legen. Abzuklären ist auch, welche Patienten überhaupt fähig und bereit sind, in einem patientenorientierten Gesundheitswesen die ihnen zugewiesenen Rollen auszufüllen. Die Antworten auf diese Fragen sind für alle Akteure im Gesundheitswesen (Leistungserbringer, Krankenversicherungen, Medizinprodukte- und Arzneimittelhersteller) und insbesondere für die Gesundheitspolitik von großer Bedeutung, zumal politische Konzepte auch auf gesellschaftlichen Rollenverständnissen beruhen und sich auf diese stützen.

Als eine Methode zur näheren Charakterisierung und Untersuchung der Patienten und ihrer Präferenzen kommen empirische Typologien in Betracht. Eine solche Patienten-Typologie wurde jüngst in dem Forschungsprojekt „Zukunftsforum Gesundheitspolitik“ (ZUFOG) in Passau entwickelt und der wissenschaftlichen Diskussion vorgestellt.⁸ Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Patienten-Typologie näher beleuchtet.

II. Die empirische Patienten-Typologie von Gellner/Wilhelm⁹

Die empirische Patienten-Typologie von *Gellner* und *Wilhelm* ist eine politikwissenschaftliche Untersuchung und basiert auf einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. Den Wissenschaftlern ging es um die Suche nach erkennbaren und voneinander abgrenzbaren Patiententypen, um auch für längerfristige Zeiträume ein aussagekräftiges und stabiles Verhalten der Patienten ableiten zu können. Somit zielte die Untersuchung darauf ab, festzustellen, welche unterschiedlichen Patiententypen anzutreffen sind und welche Erwartungen, Präferenzen und Verhaltensmuster (z.B. Kommunikationsverhalten) diese Patiententypen in Bezug auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik aufweisen.

⁸ Gellner/Wilhelm (Hrsg.), Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur? Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem (2006).

⁹ Zugleich eine Rezension des Werks: *Winand Gellner, Andreas Wilhelm* (Hrsg.), Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur? Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem. Baden- Baden (Nomos) 2006, 130 S., ISBN 3-8329-1702-0. 24,80 J.

Zur Methodik lässt sich zusammenfassen, dass die Untersuchung auf einer telefonischen Bevölkerungsumfrage beruhte, die im Sommer 2005 vom Meinungsforschungsinstitut Infas durchgeführt wurde. Es wurden dabei mehr als 1000 zufällig ausgewählte Bürger anhand eines standardisierten Fragebogens mit offenen und geschlossenen Fragen befragt.¹⁰

Die Verfasser haben ihre Untersuchung und die Patienten-Typologie anhand zweier grundlegender Dimensionen des Gesundheitswesens strukturiert, und zwar einerseits der „Regulation des Gesundheitswesens“ und der „Repräsentation des Patienteninteresses“ andererseits. Bei der Regulation bzw. Regulierung des Gesundheitswesens ziehen sie als steuernde Akteure den „Staat“ und den „Markt“ in Betracht. Bei der „Repräsentation des Patienteninteresses“ stellen die Verfasser den „Korporatismus (Selbstverwaltung)“ dem „Pluralismus (Interessengruppen, Patientenverbände, Parteien)“ gegenüber.¹¹ Die Kombination der zwei Dimensionen mit den beiden Manifestationen ergibt eine Vierfelder-Tafel. Die Patienten-Typologie basiert auf dieser Vierfelder-Tafel. Die Bevölkerungsumfrage führte zu dem Ergebnis, dass sich vier verschiedene Typen von Patienten abgrenzen lassen. Es ergibt sich bei idealtypischer Darstellung folgendes Bild:

		REPRÄSENTATION DER PATIENTENINTERESSEN	
		PLURALISMUS (Interessengruppen, Patientenorganisationen, Parteien)	KORPORATISMUS (Selbstverwaltung)
REGULATION DES GESUNDHEITSWESENS	STAAT	Pluralistischer Reformer	Traditioneller Nutzer
	MARKT	Individualistischer Entrepreneur	Korporatistischer Reformer

Abb. 1: Die empirische Patienten-Typologie von Gellner/Wilhelm anhand der Vierfelder-Tafel mit den Dimensionen „Repräsentation des Patienteninteresses“ und „Regulation des Gesundheitswesens“¹² (mit freundlicher Genehmigung der Herausgeber und der Nomos-Verlagsgesellschaft)

¹⁰ Siehe zur Methodik Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 9 ff. - Welche Fragen im Rahmen der telefonischen Befragung gestellt wurden, lässt sich der Monographie nicht entnehmen. Der Fragebogen wurde nicht mitveröffentlicht, was im Falle einer weiteren Befragung oder Neuauflage des Werks nachgeholt werden sollte.

¹¹ Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 10.

Zu den Häufigkeiten der vier Patiententypen innerhalb des befragten Kollektivs machen die Verfasser folgende Angaben :¹³

Traditioneller Nutzer	35 %
Pluralistischer Reformier	25 %
Korporatistischer Reformier	25 %
Individualistischer Entrepreneur	10 %

Das über die bloßen Zahlenangaben hinausgehende Ergebnis der Untersuchung lässt sich dahingehend zusammenfassen, dass sich hinter dem „mündigen Patienten“ keine homogene Gruppe verbirgt. Vielmehr handelt es sich nach dieser Untersuchung um eine in vier Gruppen aufteilbare Gemeinschaft.

Die Patienten-Typologie hat darüber hinaus weitere politik- und versorgungsrelevante Ergebnisse zutage gefördert. Im Folgenden werden die vier Patiententypen mit ihren Charakteristika in Bezug auf das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik näher dargestellt.

III. Die vier Patiententypen und ihre Charakteristika

Für die gesundheitspolitische Diskussion liefert die Patienten-Typologie eine Reihe weiterer Erkenntnisse über die Einstellungen und Erwartungen der Befragten zur Gesundheitsversorgung, zu der Akzeptanz des bestehenden Gesundheitssystems und zu Reformkonzepten sowie zu Fragen der Patienten-Partizipation. Befragt wurden die Teilnehmer unter anderem auch nach ihrem Wählerverhalten und dem Stellenwert von gesundheitsbezogenen Informationen. Die Kernbefunde zu diesen Parametern seien nun in aller Kürze angesprochen. Im Übrigen wird auf die empfehlenswerte Lektüre des Werks von *Gellner* und *Wilhelm* verwiesen.¹⁴

¹² Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 11.

¹³ Die Häufigkeitsangaben wurden dem Verfasser auf Nachfrage von dem Mit-Herausgeber des Werks *Gellner* mitgeteilt. In dem Werk selbst findet sich diese Information in dieser Form nicht, was bei einer Folgeauflage behoben werden sollte.

¹⁴ Die nachfolgenden gerafften Angaben zu den vier Patiententypen werden ausführlich bei Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 9 ff. dargestellt.

1. Der traditionelle Nutzer - Patiententypus 1

Der traditionelle Leistungsnutzer sei der „klassische Patient“. Sein Alter liegt überwiegend zwischen 45 und 59 Jahren (mit einem Schwerpunkt ab 65 Jahre). Wirtschaftlich gehört er zu den Geringverdienern (Einkommen bis 1.500 J). Der traditionelle Leistungsnutzer ist in der Regel Wähler der Volksparteien. Er stellt 35% des untersuchten Kollektivs dar und bildet damit die zahlenmäßig größte Gruppe.

Ausweislich der Position in der Vierfelder-Tafel unterstützt diese Gruppe sowohl das heutige System der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als auch die überwiegend staatliche Regulierung des Gesundheitswesens. Die Versorgungssicherheit ist ein gesundheitspolitisches Leitthema für den traditionellen Leistungsnutzer. Er favorisiert eine gesetzliche Kassenmitgliedschaft mit solidarischer Finanzierung. Er spricht sich auch gegen die Ausweitung der privaten Vorsorge (Zusatzversicherungen) aus. Angesichts der geringen Einkommen in dieser Gruppe überrascht dies nicht.

Diese Patienten legen aber Wert auf ihre Wahlfreiheit und lehnen eine Verringerung oder den Verzicht auf moderne medizinische Angebote ab; auch die freie Arztwahl steht nicht zur Disposition. Überhaupt hängt dieser Patiententyp sehr an dem traditionellen paternalistischen Arzt-Patienten-Rollenverhältnis (dies dürfte auch an dem hohen Anteil älterer Patienten liegen). Er nimmt die Leistungen in Anspruch, die ihm der Arzt aufgrund seines fachlichen Informationsvorsprungs anbietet.

Informations-, Partizipations- und Erwartungsanspruch des traditionellen Leistungsnutzers zeigen indes durchaus Reformbereitschaft und gesundheitspolitisches Engagement. Der Arzt ist für ihn der überragende Informationsträger in Fragen der Gesundheitsversorgung/-politik. Demgegenüber sehen drei Viertel dieser Patienten in den Patienten-Interessenverbänden derzeit keine für gesundheitspolitische Neuerungen relevante Informationsquelle. Sie erwarten mehr Einsatz von diesen Patientenorganisationen. Diese Patientengruppe zeigt eine spürbare Politikverdrossenheit und distanzierte Haltung gegenüber den politischen Parteien. Etwa ein Drittel fühlt sich von keiner der Parteien in gesundheitspolitischen Fragen vertreten.

2. Der pluralistische Reformers - Patiententypus 2

Das Alter des pluralistischen Reformers beträgt mehrheitlich 25 bis 59 Jahre. Sein Einkommen beträgt bis ca. 3.500 Euro. Er wird politisch dem konservativen Lager zugeordnet. Er stellt 25% des untersuchten Kollektivs dar.

Der pluralistische Reformers findet sich in der Vierfelder-Tafel einerseits als Unterstützer der staatlichen Regulierung und eines staatlich garantierten Gesundheitswesens. Andererseits befürwortet er in Bezug auf die Repräsentation der Patienteninteressen mehr individuelle Gestaltungs- und Mitsprachemöglichkeiten. Insoweit stehe er der heutigen zentralen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kritisch gegenüber. Der pluralistische Reformers weist eine größere gesundheitspolitische Reformbereitschaft auf, auch wenn er das System der GKV befürwortet. Er räumt der privaten Zusatzversicherung einen höheren Stellenwert ein als der klassische Patient. Hingegen ist auch der pluralistische Reformers nicht bereit, auf die freie Arztwahl zu verzichten.

Das Bedürfnis dieser Patienten nach umfassender Information ist hoch. Daher überrascht, dass sich dieser Patiententyp bislang am wenigsten durch Patientenorganisationen über Neuerungen zur Gesundheitsreform informiert fühlt. Dennoch sieht er in Patientenorganisationen die am besten geeignete Vertretung der Bürger und Patienteninteressen. Er räumt der Zusammenarbeit der Politik mit Patientenorganisationen das größte Gewicht ein. Vor allem von den Krankenkassen, den Patientenorganisationen und der Regierung wird mehr Einsatz für die Belange der Patienten erwartet. Auch hier fühlen sich sehr viele Patienten von keiner politischen Partei gesundheitspolitisch vertreten (fast die Hälfte).

Der pluralistische Reformers ist mit dem Erhalt des Gesamtsystems einverstanden oder hält dies für wichtig bis sehr wichtig. Reformorientiert ist bei ihm allerdings der größere Anspruch auf individuelle Gestaltungs- und Mitsprachemöglichkeiten. Dies zeigt sich an dem Wunsch nach einer stärkeren Mitsprache der Patienten-Interessenverbände, der Bereitschaft zu mehr Mitsprache als Patient und der Auffassung, dass Gesundheitsreformvorschläge auch von Patienten ausgehen sollten. Zudem wünscht er eine stärkere Bürger- bzw. Patientenbeteiligung und Patientensouveränität durch mehr Information und rechtliche Unterstützung.

3. Der korporatistische Reformler - Patiententypus 3

Der korporatistische Reformler ist überwiegend im mittleren Alter (25 bis 49 Jahre), sein Einkommen beläuft sich auf bis zu 3.000 Euro. Politisch sei er eher den Volksparteien und den Grünen zuzuordnen. Sein Anteil an dem Gesamtkollektiv beträgt ebenfalls ca. 25%. Für den korporatistischen Reformler steht die Lockerung der staatlichen Regulierung des Gesundheitswesens im Vordergrund, hingegen ist ihm die Veränderung der korporatistischen Selbstverwaltung weniger wichtig. Dies erklärt seine Stellung in der Vierfelder-Tafel. Der korporatistische Reformler soll sich dem Reformklima im Gesundheitswesen schrittweise geöffnet haben. Im Unterschied zum pluralistischen Reformler zielt er allerdings nicht auf stärkeres Patientenengagement und die Veränderung der Akteurskonstellationen ab. Er legt vielmehr Wert auf mehr Eigenversorgung und Belohnung gesundheitsfreundlichen Verhaltens. Er versteht sich schon eher als Kunde auf dem Gesundheitsmarkt, der auf Qualität und Transparenz achtet. Wichtig sei ihm eine vermehrte Kostenprivatisierung, höhere Mobilität und damit verbunden mehr Autonomie. Doch auch dieser Typus befürwortet das Solidarprinzip und das System der GKV. Er bemüht sich aber auch um private Absicherungsformen. Der korporatistische Reformler legt mehr Wert auf eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung mit dem Arzt, wenn es um die Behandlungssituation geht. Auf der Ebene der Gesundheitspolitik sind für ihn die Patientenorganisationen zur Förderung der Bürger- und Patienteninteressen berufen, obwohl ihr Einfluss als gering eingeschätzt wird. Die politische Einbindung der Patienten wird über eine stärkere Mitsprache, eigene Reformvorschläge und die Ausweitung der Patienteninformationen und Stärkung der Patientenrechte gefordert.

4. Der individualistische Entrepreneur - Patiententypus 4

Der Gegentypus zum klassischen Patienten ist der individualistische Entrepreneur. Auch mit seiner Altersstruktur (25-44 Jahre) und seinem Einkommen (überwiegend 3.500 Euro und mehr) ist er auch sozial der Gegentyp zum klassischen GKV-Patienten. Er dürfte der klassische PKV-Patient sein. Der Anteil des individualistischen Entrepreneurs an dem befragten Kollektiv beläuft sich auf ca. 10%.

Gemäß seiner Position in der Vierfelder-Tafel versteht sich der individualistische Entrepreneur hinsichtlich Repräsentation seiner Interessen als eigeninteressierter Akteur und Kunde auf dem Gesundheitsmarkt. Zudem richtet er sein Augenmerk weniger auf

staatliche Regulierung als auf ein ökonomisch orientiertes und rationales Markthandeln. Obwohl die GKV als System anerkannt wird, sieht er die Absicherung gegen das Risiko Krankheit als private Aufgabe an. Entsprechend befürwortet er Zuzahlungen bei geringfügigen Erkrankungen oder Selbstbeteiligungen von mehr als 10 Euro bei Arzneimitteln. Bei der Beitragsregelung besteht eine generelle Aufgeschlossenheit gegenüber gestaffelten Beiträgen - verknüpft mit dem Wunsch nach Wahlfreiheit.

In Bezug auf den Einfluss im Gesundheitssektor sieht der individualistische Entrepreneur vor allem die Krankenkassen, Pharmaindustrie und Krankenhäuser als einflussreiche Akteure; Verbraucherverbände liegen hierbei mit 35,5% deutlich zurück. Der Einfluss der Patientengruppen wird von diesem Patiententyp als sehr gering eingeschätzt. Eine stärkere Mitsprache vom Patienten und Patientenorganisationen wird aber von einem Viertel der Entrepreneurere für wichtig gehalten. Vom Staat wird eine finanzielle Unterstützung der Patientenorganisationen gefordert. Die Behebung von Informationsmängeln im Gesundheitsmarkt ist für diese Patienten wichtig.

Der individualistische Entrepreneur hat eine geringe Bereitschaft zu gesundheitspolitischen Initiativen, auch wenn er zu Veränderungen bereit ist. Bei der Schaffung struktureller Rahmenbedingungen erwartet er den meisten Einsatz von Patientenorganisationen und Krankenkassen, weniger von der Bundesregierung. Den größten Bedarf an patientenorientierter Kooperation sieht er in der Zusammenarbeit zwischen politischen Parteien und Patientenorganisationen sowie zwischen Parteien und Krankenkassen. Eine Unzufriedenheit mit dem System würde dieser Typus am ehesten äußern durch die Wahl einer anderen Partei, durch einen Arzt- oder Krankenkassenwechsel.¹⁵

¹⁵ Siehe zu den vier Patiententypen die ausführlichen Erläuterungen bei Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 9 ff.

IV. Folgerungen aus der Patienten-Typologie für das politische Patientenleitbild

Sowohl das Verhalten als auch das Rollenbild der Patienten unterliegen einem gesellschaftlichen Wandel.¹⁶ Insofern wird zu Recht gefolgert, dass die begonnene Umstrukturierung des Gesundheitswesens und die wachsende Betonung von Eigenverantwortung, Patientensouveränität, Patientenbeteiligung und Wirtschaftlichkeit nun auch in der Bevölkerung rezipiert werden. Sie haben den Wandel des klassischen Rollenverständnisses der Patienten mitbedingt. Der „klassische Patient“, der von einem ihm gegenüber paternalistischen Arzt ausgeht, der den Selbstverwaltungskörperschaften gegenüber weitgehend gleichgültig gegenübersteht und der die Gesundheitspolitik eher aus der Distanz betrachtet, sei nach *Gellner* und *Wilhelm* am ehesten in der Vierfelder-Tafel unter den „traditionellen Nutzern“ zu finden. Er stehe auch grundlegenden Reformen des Systems eher ablehnend gegenüber. Ihm steht aber, wie dargestellt, eine große Gruppe von ca. 60% des befragten Patientenkollektivs gegenüber, die in Bezug auf die unterschiedlichen Parameter des Gesundheitswesens und in Bezug auf gesundheitspolitische Reformansätze erheblich offener bis fordernder ist. Mit der Patienten-Typologie wird insofern herausgearbeitet, dass der „klassische Patient“ bei Weitem nicht als die alleinige Zielgruppe der Gesundheitspolitik oder gar als das politische Leitbild angesehen werden kann.

Interessant ist die Gegenüberstellung der Ergebnisse der Patienten-Typologie mit dem von der Gesundheitspolitik in der Politikwirklichkeit zugrundegelegten Patientenleitbild. Diesbezüglich kritisieren *Gellner* und *Wilhelm*, dass die bisherige Gesundheitspolitik in den zurückliegenden Reformvorhaben als Patientenleitbild sachwidrig zu sehr auf ein Patientenbild am ehesten in Richtung des traditionellen Nutzers abgestellt hat. Diese Kritik ist dahingehend zu verstehen, dass die Politik auf diese Weise das Verhalten des traditionellen Nutzers stellvertretend für alle anderen Patienten als das politikrelevante und maßgebliche Patienten-Regelverhalten sozialisiert habe. Die Gesundheitspolitik sei dadurch nicht hinreichend auf die Erwartungen, Präferenzen und Fähigkeiten der anderen Patiententypen eingegangen, was sich auch in den politischen Ergebnissen widerspiegele. Folglich seien sachgerechte Reformen etwa an der (Über-)Regulierung des

¹⁶ Siehe alleine Bundesministerium für Gesundheit, gesundheitsziele.de (2003), S. 168: „Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen ist einem zunehmendem Wandel unterworfen. Patienten werden mittlerweile als wichtige „Koproduzenten“ und Experten für ihre eigene Gesundheit entdeckt.“

Gesundheitswesens und der Repräsentation der Patienteninteressen im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik nicht umgesetzt worden, obwohl - daran knüpft die Patienten-Typologie an - ein beachtlicher Teil der Patienten Reformen dieser Punkte aufgeschlossen gegenüber steht bzw. diese sogar aktiv befürwortet.

Die Patienten-Typologie hat deutlich gemacht, dass das Rollenverständnis „des Patienten“ einem kontinuierlichen Wandel unterliegt und sich ein einheitliches Bild von dem Patienten nicht festmachen lässt. Wie bereits in der Arzt-Patienten-Beziehung auf der Mikroebene des Gesundheitswesens ist auch in Bezug auf die Themen auf der Makroebene eine Differenzierung geboten, die den Erwartungen, Präferenzen, Verhaltensmustern und den Lebenswirklichkeiten der verschiedenen Patiententypen Rechnung trägt. Als ein Fazit folgert *Gellner* in Anspielung auf den Titel des Werks, dass das Ende des klassischen Patienten zwar nicht gekommen sei. Dieser Patiententyp könne aber nicht mehr das alleinige Zuordnungssubjekt der Gesundheitspolitik sein. Vielmehr sieht er sich einer größeren Gruppe reformorientierter Patienten gegenüber, die sich auf drei unterschiedliche Typen verteilen.¹⁷

Der Wandel des Selbst- und Rollenverständnisses des mündigen Patienten bedarf weiterer wissenschaftlicher Untersuchung. Die vorgelegte Patienten-Typologie hat hierfür neue Erkenntnisse geliefert und eine Reihe weiterführender Fragestellungen aufgeworfen. Nicht zuletzt hat sie deutlich gemacht, dass es im Lichte der Interessen der unterschiedlichen Patienten nicht sachgerecht sein kann, wenn im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik im Hinblick auf die verschiedenen Patiententypen und ihre Präferenzen, Erwartungen und Verhaltensmuster nicht wirksam differenziert wird. Als politikrelevante Größe nur auf einen bestimmten Patiententyp, insbesondere nur auf den klassischen Patienten in Gestalt des traditionellen Nutzers abzustellen, wäre nicht überzeugend. Insofern bewertet *Wilhelm* die Art und Weise der heute im SGB V vorgesehenen Einbeziehung des Patienten als nicht zeitgemäß.¹⁸ Das aktuelle politische Patientenleitbild bedarf unstreitig einer kontinuierlichen Überprüfung dahingehend, ob es den unterschiedlichen Patiententypen auch hinreichend Rechnung trägt. Die Ergebnisse empirischer Patienten-Typologien

¹⁷ Gellner, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 17.

¹⁸ Wilhelm, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., S. 50ff.; zustimmend Pitschas, MedR 2006, 451 (452).

können dabei wertvolle Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen liefern.

V. Schlussbemerkung

Der mündige Patient hat sich als das gesundheitspolitische und rechtspolitische Patientenleitbild durchgesetzt. Auch in den letzten Gesundheitsreformen wurde die Eigenverantwortung des Patienten besonders hervorgehoben. Hinter dem mündigen Patienten steht aber keine homogene Gruppe. Vielmehr existieren verschiedene Patiententypen mit unterschiedlichen Präferenzen, Erwartungen und Verhaltensmustern. In der vorliegend vorgestellten Patienten-Typologie sind vier unterschiedliche Patiententypen empirisch identifiziert worden. Festzuhalten lässt sich bereits jetzt, dass entgegen dem tradierten Bild vom Patienten und seiner Rolle im Gesundheitswesen eine grundlegende Differenzierung geboten ist. Für die Gesundheitspolitik der Zukunft und die Steuerung des Gesundheitswesens ist die Frage nach den Erwartungen und Präferenzen der Patienten als ihre Zielgruppe von maßgeblicher Bedeutung. Zugleich muss das Kommunikationsverhalten der Patienten besser verstanden werden, einschließlich der Kanäle, über die sie sich in Fragen des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik informieren und äußern. An diesen grundlegenden Fragen hat die Untersuchung von *Gellner* und *Wilhelm* angesetzt und mehr Licht in das Dunkel des Selbst- und Rollenverständnisses (der unterschiedlichen Typen) des mündigen Patienten gebracht.¹⁹

¹⁹ In einem Folgebeitrag werden einzelne Maßnahmen sowie rechtliche und rechtspolitische Folgerungen für das Gesundheitswesen und die Gesundheitspolitik behandelt, die sich aus der Patienten-Typologie ableiten lassen (*Koyuncu, Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik. Teil 2: Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitgestaltungsrechte des Patienten*; zur Veröffentlichung in der nächsten Ausgabe dieser Zeitschrift vorgesehen).

Anschrift des Verfassers:

Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu
Rechtsanwalt und Arzt
RAe Mayer Brown Rowe & Maw LLP
Kaiser-Wilhelm-Ring 27-29
50672 Köln
E-Mail: akoyuncu@mayerbrownrowe.com