

Die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik

Teil 2: Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitgestaltungsrechte des Patienten

(Nachdruck des gleichnamigen Artikels des Autors, erschienen in: „Patienten Rechte“, Nr. 05/2007, S. 103-114 pmi Verlags)

Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu*

Im ersten Teil dieses Beitrags wurde eine jüngst veröffentlichte Patienten-Typologie vorgestellt und bewertet¹. In dieser wissenschaftlichen Untersuchung konnten empirisch vier unterschiedliche Patiententypen voneinander abgegrenzt werden.² Für die Beurteilung der Subgruppen, Interessen und Präferenzen der Patienten und Versicherten sind sicherlich weitere Untersuchungen dieser Art erforderlich. Dennoch können aus den Ergebnissen der vorgestellten Patienten-Typologie einige Konsequenzen im Hinblick auf die Rolle des Patienten im Gesundheitswesen abgeleitet werden. Einige Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitgestaltungsrechte des Patienten im Gesundheitswesen, die sich aus der Patienten-Typologie folgern lassen, gilt es im Folgenden aufzuzeigen.

I. Unterscheidung zwischen Patienten und Versicherten

Für die Diskussion der Rolle des Patienten³ im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik ist die begriffliche Unterscheidung zwischen Patienten und Versicherten von großer Bedeutung. Bei diesen Begriffen wird häufig in der rechtlichen wie auch in der gesundheitspolitischen Diskussion nicht präzise differenziert. Auch Gellner und Wilhelm haben ihre Untersuchung zwar Patienten-Typologie genannt. Bei näherer Betrachtung haben sie aber nicht Patienten, sondern (gesetzlich oder privat) Versicherte befragt. In dem Moment der Befragung antworteten diese nicht als aktuell erkrankte Patienten. Im Ergebnis ist es aber nicht zu bestreiten, dass ein Versicherter immer auch zu einem Patien-

* Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu ist Rechtsanwalt und Arzt und ist tätig im Kölner Büro der Anwaltskanzlei MAYER BROWN LLP.

Der Beitrag gibt ausschließlich die persönliche Meinung des Autors wieder.

1 Koyuncu, PatR 2007, 53 ff. - GesPol 2007, 63 ff.

2 Gellner/Wilhelm (Hrsg.), Vom klassischen Patienten zum Entrepreneur? Gesundheitspolitik und Patienteninteresse im deutschen Gesundheitssystem, Baden-Baden (2006). Entwickelt wurde die Patienten-Typologie von dem Forschungsprojekt „Zukunftsforum-Gesundheitspolitik“ (Zufog) an der Universität Passau.

3 In diesem Beitrag wird der Einfachheit halber die maskuline Bezeichnung für beide Geschlechter verwendet.

ten werden kann und dass ein Patient (fast) immer auch ein Versicherter ist. Der Versicherte ist stets „potentieller Patient“⁴, der Patient ist fast immer auch Versicherter. Insofern besteht zwischen Patienten und Versicherten sehr häufig nicht nur eine Interessenkongruenz, sondern auch Personenidentität. Insoweit werden auch im Folgenden die gemeinsamen Interessen und Bedürfnisse der Patienten und Versicherten betont, wenn es um die Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitgestaltungsrechte von Versicherten und Patienten geht. Der Vollständigkeit halber sei jedoch kurz auf die rechtliche Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen eingegangen.

1. Der Begriff des Versicherten

Das originäre Subjekt der Gesetzlichen Krankenversicherung und folglich des SGB V ist der Versicherte. Die Absicherung und die Versorgungssicherheit des Versicherten ist oberste Priorität der GKV. So heißt es auch gleich in § 1 Satz 1 SGB V: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern.“. Entsprechend werden in der GKV ausschließlich Versicherten Leistungsansprüche gewährt, und nicht etwa Patienten, Bürgern oder Gesundheitsbürgern. Umgekehrt treffen die Leistungseinschränkungen in der GKV (z.B. in Gestalt der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) unmittelbar und verbindlich nur die Versicherten in der GKV. Die GKV hat also primär den Versicherten im Blick.⁵

2. Der Begriff des Patienten

Zum Patienten wird ein Mensch, wenn er an einer Krankheit leidet und sich deswegen in medizinische Behandlung bei einem Arzt oder einem anderen Angehörigen der Heilberufe begibt.⁶ Der Patient ist „nicht die Zielgruppe der GKV“⁷ und auch nicht das Regelungsobjekt des SGB V. Er kann gesetzlich oder privat versichert sein. Mitunter sind Patienten überhaupt nicht versichert. Zudem hat der Zustand als Patient auch immer etwas Vorläufiges. Oft ist der Patienten-Status auch zufälligen

4 Treffend Geiger, Die rechtliche Organisation kollektiver Patienteninteressen (2006), S. 268.

5 Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21ff. hält folglich bei Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung nur eine Versichertenbeteiligung für rechtmäßig.

6 Duden, Das Bedeutungswörterbuch (Band 10), S. 482f.

7 Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21.

Begebenheiten geschuldet. Insofern ist Schimmelpfeng-Schütte zuzustimmen, dass die Ausübung von kollektiven Rechten in der GKV weder an eine zufällige Behandlungsbedürftigkeit noch an einen passage-reinen Zeitraum des Patientendaseins anknüpft.⁸ Die Gesundheitspolitik muss beide Adressaten, d. h. Versicherte und Patienten, berücksichtigen und ihren Interessen gerecht werden. Wenn entgegen dieser Forderung in der gesundheitspolitischen Diskussion häufig nur auf „den Patienten“ abgestellt wird, verengt diese begriffliche Ungenauigkeit die Diskussion unzulässigerweise. Das betrifft insbesondere Inhalte, bei denen sich Patienten- und Versicherteninteressen doch unterscheiden. Der Patient als ein behandlungsbedürftiger Mensch bedarf der Fürsorge durch die Solidargemeinschaft, wohingegen der Versicherte gesund ist und sich mehr zutrauen und auch mehr Eigenverantwortung übernehmen kann. Diese unterschiedliche Ausgangslage zwischen Patienten und Versicherten könnte sich auch in unterschiedlichen Standpunkten zu strukturellen Reformmaßnahmen und Beteiligungsrechten auswirken. Der Versicherte dürfte mitunter anderen Absicherungsformen offener gegenüber stehen als es von einem akut oder chronisch kranken Patienten zu erwarten ist, für den die Versorgungssicherheit im Vordergrund steht. Für diese Patienten spielen beispielsweise private Absicherungsformen keine nennenswerte Rolle, während sie für einen gesunden Versicherten als Ausdruck individueller Gestaltungs- und Wahlfreiheit wichtig sind. Versicherte wollen durchaus Einfluss auf das Spektrum der finanzierten Leistungen in der GKV nehmen.⁹ Als ein Fazit sei festgehalten, dass die rechts- und gesundheitspolitische Diskussion durch die Fokussierung auf den erkrankten und schutzbedürftigen Patienten nicht den Mantel des politischen Paternalismus über die Gruppe der an Gestaltungsfreiheit interessierten Versicherten werfen darf. Sie würde diese Gruppe dadurch sachwidrig einengen.

II. Stärkung der Patienten- und Versichertenbeteiligung im Gesundheitswesen

Alle aufgezeigten Patiententypen treten dafür ein, dass ihre Interessen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens wirksam vertreten werden. Patienten und Versicherte haben in dem heutigen System der GKV so-

⁸ Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21, die auch auf den Begriff des Bürgers eingeht. Überzeugend führt sie aus, dass auch die „Bürger“ nicht die Zielgruppe der GKV darstellen, zumal mindestens 13% von ihnen nicht einmal Mitglieder der GKV sind. Auch der „Gesundheitsbürger“, ein klangvoller Neologismus, gehört nicht zur Zielgruppe der GKV.

⁹ M.-L. Dierks, G. Seidel, K. Horch, F. W. Schwartz, Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 32), S. 7.

wie der PKV keine gestalterische Kraft. Die Versicherten- und Patientenbeteiligung muss sich auf alle Ebenen des Gesundheitswesens (Makro-, Meso- und Mikroebene) erstrecken. Die Makroebene erfasst die Gesundheitspolitik und die gemeinsame Selbstverwaltung mit ihren zentralen Entscheidungsgremien in der GKV. Die Mikroebene bezeichnet das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis mit der behandlungsbezogenen Interaktion dieser Akteure. Dazwischen erstreckt sich die Mesoebene auf die zwischengeschalteten Institutionen des Gesundheitswesens, Organisationen der Leistungserbringer, Behörden und Verwaltungsstrukturen des Gesundheitswesens (z.B. Krankenkassen, Verbände, Kammern).¹⁰ Aus den geäußerten Präferenzen und Erwartungen aller vier Patiententypen lässt sich folgern, dass die Befragten auf allen drei Ebenen eine stärkere Beteiligung für sachgerecht halten.

1. Patienten- und Versichertenbeteiligung in der GKV

Nach der aufgezeigten rechtlichen Unterscheidung zwischen Versicherten und Patienten dürften in der GKV an sich nur Versicherte kollektive Beteiligungsrechte ausüben. Dementgegen hat der Gesetzgeber aber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003¹¹ (GMG 2004) strukturelle Maßnahmen vorgenommen, durch die eine „Beteiligung von Patientinnen und Patienten“ in Fragen der medizinischen Versorgung erfolgen soll (§ 140 f Abs. 1 SGB V). Diese Vorschriften wurden neu geschaffen, um die Beteiligung von Patienten sowie das Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten im SGB V zu verankern. Damit ist der Gesetzgeber zwar von der dargestellten versichertenzentrierten Struktur des SGB V abgewichen. Er hat aber auf diese Weise für die Beteiligung von Patienten und ihrer Vertreter an versorgungsrelevanten Entscheidungen in der GKV eine Rechtsgrundlage geschaffen, so dass die heutige Patientenbeteiligung nicht im rechtsfreien Raum erfolgt.¹² Nicht zuletzt lässt sich diesen neuen Vorschriften die gesetzgeberische Wertung entnehmen, dass ein Versicherter in der Tat immer auch ein potentieller Patient und ein Patient (fast) immer auch ein Versicherter ist, so

10 Näher zu den drei Ebenen M.-L. Dierks, G. Seidel, K. Horch, F. W. Schwartz, a.a.O. (Fn. 9), S. 8ff.

11 Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003, BGBl. I S. 2190.

12 Hiervon unabhängig sind die rechtlichen Bedenken gegen die konkrete Ausgestaltung der heutigen Patientenbeteiligung. Gegen diese und ihre mediatisierte Ausgestaltung (d. h., dass nicht Patienten an den Sitzungen der Selbstverwaltungsgremien teilnehmen, sondern von ihnen benannte - gesunde - Patientenvertreter) werden verfassungsrechtliche Bedenken angeführt, vgl. Pitschas, Mediatisierte Patientenbeteiligung im Bundesausschuss als Verfassungsproblem, MedR 2006, 451 ff., mit weiteren Nachweisen. Diese Aspekte können in dem vorliegenden Beitrag aus Platzgründen nicht vertieft werden.

dass zwischen ihnen in medizinischen Versorgungsfragen nahezu immer auch Interessenkongruenz besteht (wenn nicht gar Personenidentität). Mithin hat der Gesetzgeber durch diese Form der Patientenbeteiligung die gemeinsamen Interessen und Bedürfnisse der Patienten und Versicherten in den Vordergrund gestellt. In den letzten Gesundheitsreformen spielte die Patientenorientierung eine eher untergeordnete Rolle.¹³ Im Lichte der Einnahmen- und Ausgabensituation und der Kostensorgen in der GKV lag das Augenmerk dieser Reformen fast durchgehend auf der Sicherung der Finanzierbarkeit des Systems.¹⁴ Hierfür wurden häufig Leistungen eingeschränkt und die finanzielle Eigenbeteiligung der Patienten ausgeweitet. Allesamt Maßnahmen, die vom Gesetzgeber dann oft politisch klangvoll als „Stärkung der Eigenverantwortung“ der Patienten und Versicherten bezeichnet wurden.¹⁵ Erst mit dem GMG 2004 sind die oben angeführten strukturellen Maßnahmen erfolgt, die eine stärkere Beteiligung des Patienten an wesentlichen Versorgungsentscheidungen in der GKV vorsehen. An den versorgungsrelevanten Entscheidungen in der GKV im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und der Vorgängerkörperschaften hatte der Patient bis 2004 somit keine Stimm-, Mitsprache- oder Mitberatungsrechte. Seit 2004 hat er nun ein Mitberatungsrecht, aber weiterhin kein Stimmrecht. Die Ergebnisse der Patienten-Typologie von Gellner und Wilhelm stützen die Forderung, dass auf der Grundlage des heutigen Systems die Patienten im GBA mehr Mitspracherechte erhalten sollten als das momentane Mitberatungsrecht. In der Patienten-Typologie findet sich die nahezu übereinstimmende Forderung aller Patiententypen nach einer wirksameren Interessenvertretung im Gesundheitssystem. Hierfür werden die Patientenorganisationen als die geeigneten Akteure angesehen. Die Befragten erwarten eine aktivere Beteiligung an versorgungsrelevanten Entscheidungen. Vor allem der Patiententyp des pluralistischen Reformers sowie der individualistische Entrepreneur treten für eine pluralistischere Ausgestaltung der Repräsentation ihrer Interessen ein. Dabei wird auch deutlich, dass sich kein Patiententyp von der heutigen Form der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen oder den politischen Parteien in gesundheitspolitischen Fragen hinreichend repräsentiert sieht. Diese Ergebnisse unterstützen die Folgerung der Autoren, dass die Beteiligung der Patienten künftig auch an der inhaltlichen Gestaltung der Gesundheitspolitik ansetzen muss, wovon

13 Siehe zu der Entwicklung und der Ausprägung der heutigen Patientenbeteiligung Pitschas, MedR 2006, 451ff. Pitschas hält die heutige Form der mediatisierten Patientenbeteiligung in Form der Entsendung von Patientenvertretern für verfassungsrechtlich problematisch und plädiert stattdessen für die unmittelbare Beteiligung von Patienten.

14 Pitschas, MedR 2006, 451 (452); zu den Zielsetzungen der bisherigen Reformmaßnahmen s.a. Kluth, Ärztliche Berufsfreiheit unter Wirtschaftlichkeitsvorbehalt, MedR 2005, 65 (68 f.).

15 Kluth, MedR 2005, 65 (68); Gerber, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 2), S. 58 (62).

auch die wesentlichen Versorgungsfragen und Rahmenbedingungen der GKV und die Patienten-Interessenvertretung selbst erfasst sind. Auf diese Weise lässt sich auch eine weitere Aktivierung der Patienten und Versicherten im Sinne eines patientenautonomen Handelns („Patient als Partner“) bewerkstelligen (s. dazu unter IV.). Heute erscheint der Patient häufig nur als passiver Nutzer der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und der ihm verordneten Leistungen. Hierfür sind auch die vielfältigen Informations- und Transparenzmängel im Gesundheitswesen ursächlich. Die besprochene Patienten-Typologie verdeutlicht die mangelnde Akzeptanz und Interessengerechtigkeit dieser Situation und der aktuellen Form der Patientenbeteiligung. Vor diesem Hintergrund ist als eine Maßnahme zur Stärkung der Rolle des Patienten/Versicherten im Gesundheitswesen an die Einführung gleichwertiger Stimmrechte im GBA zu denken. Nur so kann der Patient/ Versicherte gegenüber den ansonsten entscheidungsberechtigten Selbstverwaltungskörperschaften seine Interessen effektiv wahrnehmen und durchsetzen.¹⁶ Die Entscheidungsbeteiligung der Patienten/Versicherten erscheint angesichts des gewandelten Charakters und der erweiterten Reichweite der Entscheidungen des GBA gerechtfertigt. Zudem verliert das Gegenargument, die Versicherten seien bereits durch die Krankenversicherungen im GBA vertreten, kontinuierlich an Überzeugungskraft, denn die Legitimationskette von den Versicherten bis zu den sie im GBA vermeintlich vertretenden Kassenvertretern ist einerseits „sehr fragil“¹⁷. Hinzu kommt, dass die Interessen der Krankenversicherungen und der Versicherten keineswegs deckungsgleich sind. Die Krankenversicherungen sind an der Finanzierungsseite orientiert und im Zweifel auf Ausgabenbegrenzung bedacht, was sich nach der Gesundheitsreform 2007 und den neuen wettbewerblichen Elementen noch verstärkt hat. Von dem „wirtschaftlichen Erfolg“ hängt mitunter auch die Vergütung der Führungskräfte der Krankenversicherungen ab. Dagegen ist das Interesse der Versicherten/Patienten primär medizinisch versorgungsorientiert und von Qualitätsaspekten ge-

16 Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21 (22 ff./25).

17 Zutreffend Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21 (22). Der Versicherte ist lediglich bei der Wahl zum Verwaltungsrat seiner Krankenkasse (zur Hälfte beteiligt, die andere Hälfte der Entscheidung wird von der Arbeitgeberseite getroffen. Zwischen dem vom Versicherten gewählten Verwaltungsrat und den in den GBA entsandten Mitgliedern der Krankenversicherungsseite stehen damit nach der aktuellen Struktur der (vom Verwaltungsrat gewählte) Vorstand, der (durch die Krankenkasse mitgebildete) Landesverband und der aus den Landesverbänden gebildete Bundesverband der jeweiligen Krankenkassen. Der Bundesverband entsendet die Mitglieder in den GBA. An der „Tragfähigkeit der Legitimationskette“ werden erhebliche Zweifel geäußert, da diese Form der Legitimation nicht dem bestehenden demokratischen Verständnis entspricht; s. dazu auch Schimmelpfeng-Schütte, a.a.O.

steuert.¹⁸ Auch Meinungsumfragen unter Versicherten belegen, dass sich nur ein geringer Anteil von ihnen von ihrer Krankenversicherung angemessen vertreten fühlt bzw. dieser vertraut (zuletzt 9 %).¹⁹ Die Krankenversicherungen können nicht als die Sachwalter der Patienten- und Versicherteninteressen angesehen werden. Ohne ein eigenes Stimmrecht für die Versicherten/Patienten im GBA besteht für sie faktisch keine Mitgestaltungsmöglichkeit im GKV-System. Ein Stimmrecht für die Versicherten im GBA wäre demzufolge nunmehr rechtlich geboten. Da die Patienten nicht zwangsläufig GKV-Versicherte sein müssen, wird mit beachtlichen Argumenten gefordert, dass ein Stimmrecht im GBA nur auf die GKV-Versicherten begrenzt sein und eine zusätzliche Beteiligung von Patienten im GBA erfolgen soll, damit der GBA vor Versorgungsentscheidungen einen Eindruck von unmittelbar krankheitsbezogenen Erfahrungen der Patienten erhält.²⁰ Hierzu stellt Schimmelpfeng-Schütte auch ein Modell zur Ausgestaltung der Versichertenbeteiligung vor.²¹ Auch im Falle der Beibehaltung der aktuell in den §§ 140f - 140h SGB V vorgesehenen Beteiligung von Patienten anstelle von Versicherten sprechen gute Gründe für ein gewichtigeres Mitspracherecht für die Patientenvertreter als es in Gestalt des aktuellen Mitberatungsrechts der Fall ist. In diesem Zusammenhang ist auch auf die Vorschläge Geigers zum Umbau des GBA hinzuweisen, um eine angemessenere Berücksichtigung der kollektiven Patienteninteressen zu gewährleisten.²² Geiger schlägt insbesondere vor, dem Vertreter der kollektiven Patienteninteressen im GBA den Vorsitz zu übertragen. So könne der Vertreter der Patienteninteressen die „Rolle eines [patientenorientierten] Moderators übernehmen, dessen Hauptaufgabe in der Gewährleistung eines primär patientenorientierten Diskurses bestünde.“²³ Im Hinblick auf die Arbeitsebene des GBA, d. h. seine Unterausschüsse, differenziert Geiger dahingehend, dass dort angesichts deren „rein vorbereitend-konsultativer Tätigkeit“ dem Vertreter der kollektiven Patienteninteressen „auch eine Entscheidungsbeteiligung eingeräumt werden [könnte und sollte]“.²⁴

18 Vgl. Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 281: Als das „prästierende Interesse“ der Patienten kann „das Qualitätsinteresse ausgemacht werden. Das aus der „Rolle“ als Versicherter und Beitragszahler resultierende Interesse an Wirtschaftlichkeit spielt für Patienten allenfalls eine untergeordnete Rolle ...“

19 Forsa-Umfrage, zitiert aus Ärzte-Zeitung vom 11.1.2007 (Bericht: „Bürger vermissen bei der Reform klares Konzept“).

20 Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21 (22 ff.).

21 Siehe Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21 (22 ff.) mit näheren Ausführungen.

22 Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 268ff.

23 Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 276f..

24 Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 277. Vergleiche zur verfassungsrechtlichen Begründung dieser Vorschläge die Ausführungen unter S. 107 ff., besonders S. 142ff. („verfassungsrechtlich aufgeladener Appell“ an den Gesetzgeber zur Beseitigung des aktuellen Regelungsdefizits und zum Umbau der Beratungs- und Entscheidungsstrukturen des GBA). Darüber hinaus macht Geiger auch konkrete

2. Patienten- und Versichertenbeteiligung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens

Die verstärkte Patienten- und Versichertenbeteiligung wird in der Patienten-Typologie auch auf anderen Ebenen des Gesundheitswesens eingefordert. Zur Verwirklichung des Konzepts von dem „Patienten als Partner“ im Gesundheitswesen muss in der Tat eine stabile Struktur der Patienten- und Versichertenbeteiligung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens errichtet werden. Dies gilt zunächst für das Behandlungsgeschehen auf der Mikroebene der Arzt-Patienten-Interaktion. Hier ist die Autonomie des Patienten durch die arzt haftungsrechtliche Rechtsprechung im Großen und Ganzen wirksam abgesichert. Auf der Makroebene ist die oben geforderte Stärkung der Beteiligung von Versicherten und Patienten bei der Entscheidungsfindung im GBA angesiedelt.²⁵ Als nächstes ist die Mesoebene des Gesundheitswesens anzuführen. Auch sie ist auf eine stärkere Versicherten- und Patientenbeteiligung und Mitsprache auszurichten.²⁶ Zu bedenken wäre etwa die Einbeziehung von Patientenvertretern in die Entscheidungsfindung innerhalb des Instituts für Qualität für Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), um eine angemessene Berücksichtigung von primär patientenbezogenen Aspekten etwa im Rahmen von Kosten-Nutzen-bewertungen von Arzneimitteln zu gewährleisten. Geiger schlägt sogar eine Entscheidungsbeteiligung mit Stimmrecht für Patientenvertreter im IQWiG vor.²⁷ Im Übrigen ist eine Patientenbeteiligung auch in zahlreichen anderen Entscheidungsgremien und Einrichtungen im Gesundheitswesen in Betracht zu ziehen bzw. wird bereits verschiedentlich vorgeschlagen oder gefordert.²⁸ Nicht zuletzt ist auch auf gezielte empirische Befragungen, Marktstudien sowie auf Umfragen als Instrumente hinzuweisen, um Patienten in die Versorgungsgestaltung einzubeziehen.²⁹ Gerade vor dem Hintergrund, dass in den nächsten Jahren grundlegende Entscheidungen über den Inhalt und die Reichweite der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung anstehen, ist die Stärkung der organisierten kollektiven Interessenvertre-

Vorschläge zur Ausgestaltung des Amtes des Patientenvertreters und zur persönlichen Qualifikation dieser Akteure (u. a. Befähigung zum Richteramt), vgl. dazu S. 149ff.

25 Zu dem heutigen Status der Patientenbeteiligung auf den verschiedenen Ebenen siehe M.-L. Dierks, G. Seidel, K. Horch, F. W. Schwartz, a.a.O. (Fn. 9), S. 8 ff.

26 Vergleiche zu den drei Ebenen und der jeweils bestehenden Formen der Patientenbeteiligung M.-L. Dierks, G. Seidel, K. Horch, F. W. Schwartz, a.a.O. (Fn. 9), S. 8 ff. Siehe auch die Darlegungen unter www.patient-als-partner.de.

27 Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 260 ff.

28 Vgl. AOK-Bundesverband, *Souveräne Patienten als Partner im Gesundheitswesen*, PatR 2007, 1 (5); siehe auch die Vorschläge von Geiger, a.a.O. (Fn. 4), S. 259 ff.

29 So auch der AOK-Bundesverband, PatR 2007, 1 (4).

tung der Patienten/ Versicherten von großer Bedeutung. Zu diesen Entscheidungen gehört unter anderem die Bestimmung der „medizinisch notwendigen Leistung“ im Sinne des SGB V. Auf diese medizinisch notwendige Leistung beschränkt sich der Anspruch der Patienten in der GKV. Diese Fragen sind verfassungsrechtlich wesentlich, d. h. betreffen Grundrechte. Zutreffend betont Isensee, dass die „Leistungsofferten der Gesetzlichen Krankenversicherung die soziale Sicherheit [gewährleisten] und ... damit wesentliche Voraussetzungen für die Verwirklichung der Grundrechte“ bilden.³⁰ Diese verfassungsrechtlich wesentlichen Fragen dürfen im System der Gemeinsamen Selbstverwaltung mit ihren vielfältigen Partikularinteressen nicht ohne Mitbeteiligung der Versicherten/Patienten beantwortet werden.³¹ Die Versicherten/Patienten können nicht die ihnen politisch zugedachte Rolle der souveränen Partner im Gesundheitswesen ausfüllen, wenn sie nicht einmal an den - ihre kollektiven Interessen und Grundrechte wesentlich betreffenden - versorgungsrelevanten Grundsatzentscheidungen mitwirken dürfen.³²

3. Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung gem. § 140h SGB V

In Bezug auf die Wahrnehmung der Versicherteninteressen ist auch auf den Beitrag über das „Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ (verankert in § 140h SGB V) im Werk von Gellner und Wilhelm hinzuweisen.³³ Darin findet sich auch ein Interview mit der ersten Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Frau Kühn-Mengel, über ihr Amt und ihre bisherigen Aktivitäten. Bei näherer Betrachtung der Ausführungen zu der bisherigen Tätigkeit der Patientenbeauftragten könnte der Leser den Eindruck gewinnen, dass das Amt der Patientenbeauftragten in der aktuellen Ausgestaltung wie ein parlamentarischer Kummerkasten für Patienten gelebt wird. Es ist aber wohl noch zu früh, um genauer beurteilen zu können, inwieweit und mit welchem Erfolg die Patientenbeauftragte die Vertretung der Patienteninteressen auf der Makroebene des Gesund-

30 Isensee, Verwaltung des Mangels im Gesundheitswesen, verfassungsrechtliche Maßstäbe der Kontingentierung, Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze (2005), S. 417 (427).

31 Schimmelpfeng-Schütte, MedR 2006, 21 (24).

32 Pitschas, MedR 2006, 451 (452); Gethmann/Gerok/Helmchen/Henke/Mittelstraß/Schmidt-Abmann/Stock/Taupitz/Thiele, Gesundheit nach Maß? (2004), S. 120f.

33 Wiegrebe, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 2), S. 115 ff.

heitswesen wahrnimmt und damit die Rolle des „Sprachrohrs der Patienten“ ausfüllt.³⁴

III. Stärkung der Patientenorganisationen - die gesundheitspolitische Stimme des Patienten

Auch zu der Frage, wie sich der Patient im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik äußert, liefert die Patienten-Typologie interessante Ergebnisse. So wird deutlich, dass die verschiedenen Patientenorganisationen bei den Patienten derzeit noch wenig Bekanntheit genießen. Ihnen wird vielfach noch nicht zugetraut, in der Gesundheitspolitik die Interessen der Patienten effektiv vertreten zu können, auch wenn sie dafür im Grundsatz als die richtigen Akteure angesehen werden. Zu Letzterem passt, dass die meisten Patienten von der Politik eine weitere Förderung der Patientenorganisationen verlangten. Mangels einer wirksamen und vernehmbaren Repräsentanz bewerten Gellner und Wilhelm den Patienten in Bezug auf die politische Makroebene des Gesundheitswesens bislang als „sprachlos“.³⁵ Die Patientenorganisationen benötigen unstreitig eine noch erheblich größere Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den maßgeblichen Akteuren im Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang ist auf den sehr informativen Beitrag von Gerber in dem Werk von Gellner und Wilhelm hinzuweisen.³⁶ Gerber analysiert die Arbeit der Patientenorganisationen in Deutschland während der Beratungen und der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes in den Jahren 2003 und 2004. Sie stellt dabei die wesentlichen Patientenorganisationen in Deutschland dar und beleuchtet ihre Stellung im Zusammenspiel mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen (Bundesregierung, Ärzte, Krankenkassen, Pharmaunternehmen). Überzeugend begründet sie ihre These, dass „durch die rechtzeitige Bildung einer gemeinsamen Stimme von bundesdeutschen Patientenorganisationen die Interessen von Versicherten und Patienten vor Einführung des GMG stärkeres Gehör gefunden hätten.“ Sodann zeichnet sie die Entwicklung nach, weshalb es nicht gelungen ist, eine „gemeinsame Stimme für Patienten und Versicherte hörbar werden zu lassen.“ Gerbers Folgerung in Bezug auf das GMG 2004 („Die Stimme des Patienten wurde vor Einführung des GMG 2004 nicht laut“) dürfte sich im Falle einer korrespondierenden Untersuchung der Entwicklung im Verlaufe des Gesetzgebungsverfahrens zur Gesundheitsreform 2007

³⁴ Wiegrebe, ebenda.

³⁵ Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O., (Fn. 2), S. 125.

³⁶ Gerber, in: Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 2), S. 58-86.

wohl erneut bestätigen lassen. Auch in der Allgemeinheit und der Berichterstattung über die Gesundheitsreform 2007 drängte sich der Eindruck auf, dass die Interessen des Patienten auch bei dieser Reform zu kurz gekommen sind.³⁷ Um die Stimme des Patienten hörbar werden zu lassen, befürwortet Gerber zum Einen eine stärkere Kooperation zwischen den unterschiedlichen Patientenorganisationen, um eine effektivere Bündelung ihrer Interessen und ihres „Gewichts“ zu erzielen. Zum Anderen sieht sie Bedarf nach einer professionelleren Öffentlichkeitsarbeit dieser Organisationen, bei der sie zutreffend auch eine homogene Außendarstellung empfiehlt. Den Patientenorganisationen muss zugute gehalten werden, dass sie noch relativ junge Akteure im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik sind. Die Herausbildung einer Stimme des Patienten innerhalb des politisch-administrativen Systems muss einen - noch andauernden - Entwicklungsprozess durchlaufen.³⁸ Die Patientenorganisationen in Deutschland waren auch deshalb bisher nie auf Augenhöhe mit den etablierten Interessenverbänden der Heilberufe, Krankenkassen und der Industrie. Im Ausland sind vergleichbare Organisationen erheblich einflussreicher und stärker ausgeprägt. Zur weiteren Stärkung der Patientenvertretung ist insbesondere auch eine stärkere finanzielle Unterstützung der Patientenorganisationen durch die Politik zu fordern, was zur Wahrung der Unabhängigkeit der Patientenorganisation von industriellen und krankenversicherungsseitigen Geldgebern erforderlich ist. Auf Seiten der Patientenorganisationen bedarf es noch besonderen Einsatzes und verstärkter Professionalisierung, wobei auch die Bündelung ihrer Energien und Kompetenzen durch übergreifende Kooperationen geboten sein werden, damit sie sich als ernstzunehmende Interessenvertretung der Patienten etablieren.

IV. Aktivierung der Versicherten und Patienten

1. Der Wandel des Sozialstaats

Der Versicherte und Patient muss auch auf den Wandel in der Ausrichtung des Sozialstaats vorbereitet werden. Bereits in den letzten Gesundheitsreformen - noch mehr in den Reformen des Arbeits- und Rentenversicherungsrechts - hat sich ein Wandel in dem Selbstverständnis des Wohlfahrtstaates gezeigt, der sich von dem Bild des ver-

37 Vergleiche alleine den Bericht „Koalition: Triumph der Lobby“ (15.1.2007) oder „Operation gelungen: Patient tot“ (21.10.2006) auf <http://service.spiegel.de/digas/servlet/dossieransicht/S7006790>.

38 Gerber, in: /Wilhelm (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 2), S. 58 (83).

sorgenden (absichernden) Wohlfahrtsstaats hin zu einem aktivierenden Wohlfahrtsstaat bewegt.³⁹ Der aktivierende Wohlfahrtsstaat betone insbesondere die Eigenverantwortung des Versicherten stärker und setze damit „auf die Mobilisierung der Maßnahmen zur Änderung der Lebensführung“.⁴⁰ In dem aktivierenden Sozialstaat sollen an die Stelle abgesicherter Ansprüche vermehrt wirtschaftliche Anreizsysteme zur Vornahme des als wünschenswert erachteten Verhaltens treten.⁴¹ In der Tat belegt ein Blick auf die Sozialreformen der letzten Jahre, dass stellenweise ein staatlicher Rückzug erfolgt ist, der gleichzeitig einhergehend mit einer neuartigen Form der Staatsintervention, nämlich Elementen des „aktivierenden“ Wohlfahrtsstaats.⁴² Eichenhofer führt als Beispiel unter anderem die neuen steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Regelungen zur Förderung der privaten Altersvorsorge an.⁴³ Der Staat gewähre dabei eine „Prämie auf den richtigen Gebrauch der Freiheit“, was als Ansatz des „Fördern und Fordern“ besonders bei den letzten Arbeitsmarktreformen zutage getreten ist.⁴⁴

2. Die Aktivierung des Versicherten in der GKV

Eichenhofer sieht den beginnenden Wandel des Sozialstaats auch im Gesundheitswesen: So sei in dem GMG 2004 als Instrument des aktivierenden Sozialstaats vorgesehen, dass die Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Zielvereinbarungen treffen, um Kosten zu senken.⁴⁵ In der Tat enthielt das GMG 2004 mehrere Instrumente zur „Aktivierung“ der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen, und zwar auch der Versicherten. So sieht § 65a Abs. 2 SGB V vor, dass Versicherte von Zuzahlungsermäßigungen profitieren können, wenn sie an der hausarztzentrierten Versorgung oder an strukturierten Behandlungsprogrammen oder an Vorhaben der Integrierten Versorgung teilnehmen. Auch die finanzielle Förderung der Integrierten Versorgung gem. § 140a ff. SGB V fällt hierunter. Nicht umsonst wurde

39 Zu diesem „Sozialstaat im Wandel“ siehe ausführlich Eichenhofer, Sozialrecht und soziale Gerechtigkeit, JZ 2005, 209 (214 ff.); siehe auch Eichenhofer, Sozialreformen zwischen Vision und Wirklichkeit, NZS 2007, 57ff. mit einer Bewertung der letzten Sozialreformen, einschließlich des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes 2004 im Lichte dieses Wandels in der Wirklichkeit des Sozialstaats.

40 Eichenhofer, JZ 2005, 209 (215), der übersetzend zitiert aus Giddens, Beyond Left and Right. The future of Radical Politics, S. 18.

41 Eichenhofer, JZ 2005, 209 (216), m.w.N.

42 Eichenhofer, JZ 2005, 209 (209): „Der Umbau des Sozialstaats vollzieht den Übergang vom konsumtiven zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat.“

43 Eichenhofer, NZS 2007, 57 (60).

44 Eichenhofer, NZS 2007, 57 (60 f.).

45 Eichenhofer, NZS 2007, 57 (60).

bei dieser Reform die Eigenverantwortung des Versicherten/Patienten so hochgehalten. Eines der Hauptanliegen der GMG 2004 war zudem die Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten/Patienten.⁴⁶ Damit der Wandel vom versorgenden zum aktivierenden Sozialstaat gelingt, bedarf es der Vorbereitung der Versicherten auf diese Entwicklung. Dies ist unerlässlich für den sozialverträglichen Wandel zum aktivierenden Sozialstaat. Die Art und Weise, wie Bürger von der Politik behandelt werden, färbt auch auf ihre Einstellung und Erwartungshaltung ab. Der von der Politik paternalistisch behandelte Versicherte wird hinsichtlich seiner Absicherung weiterhin eine größere Erwartungshaltung gegenüber dem Staat pflegen als ein auf den Wandel (und die Grenzen) der staatlichen Absicherung und der Leistungsbereitschaft der Solidargemeinschaft vorbereiteter („aktivierter“) Versicherter. Die Aktivierung von Versicherten ist mithin für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems unerlässlich. Dafür muss der Sozialstaat weitere Anstrengungen unternehmen, denn die Aktivierbarkeit von Versicherten und Patienten setzt vor allem auch die rechtliche und administrative Transparenz des Gesundheitssystems voraus (siehe dazu unter V.). Damit zusammenhängend ist die Bereitstellung von Informationsangeboten, Beratungsleistungen sowie von Anreizsystemen und Wahlmöglichkeiten erforderlich. Die Aktivierung entspricht auf diese Weise der inhaltlichen Förderung nach Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten.⁴⁷ Denn hierauf aufbauend können Versicherten im Rahmen ihrer Wahl- und Gestaltungsfreiheit unterschiedliche Anreizinstrumente angeboten werden. Solche Anreizinstrumente können auch zur Effizienzsteigerung und mithin Kostensenkung beitragen. Die Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten kann für die GKV und PKV wirtschaftlich sein.⁴⁸ Wirtschaftlichkeitsreserven werden in der Tat weniger durch Sanktionierungen gehoben, sondern eher durch Anreizsysteme für die Beteiligten. In dem oben bereits angesprochenen § 65a SGB V wird den Krankenkassen bereits heute erlaubt, Versicherten einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten zuzubilligen. Das Potenzial an Effizienz, Steuerungswirkung und Wettbewerbsförderung, das aus der Aktivierung und Stärkung der Versicherten resultieren könnte, sollte nicht unterschätzt werden. Neben wirtschaftlichen Anreizen zur Stärkung der Eigenverantwortung muss auch bedacht werden, dass die Aktivierung der Versicherten auch für andere (parallele) Entwicklungen im Gesundheitswesen erforderlich ist. Angesprochen sei

46 Eichenhofer, NZS 2007, 57 (59).

47 Eichenhofer, JZ 2005, 209 (214 f.), der zutreffend betont, dass im Sozialrecht ohnehin eine Tendenz dahingehend besteht, dass der Bürger vermehrt Risiken aus Alter, Erwerbsunfähigkeit oder Krankheit privat eigenverantwortlich absichern muss.

48 Glaeske, MedR 2006, 697 (701) in Bezug auf die Arzneimitteltherapie.

alleine der Bereich der Telematik. In absehbarer Zeit sollen alle GKV-Versicherten als Nutzer der elektronischen Gesundheitskarte (§ 291a SGB V) eine immense Verantwortung bei der Verwaltung und Nutzung ihrer gesundheitsbezogenen Daten erhalten. Das Gleiche gilt im Falle der Nutzung einer elektronischen Gesundheitsakte.⁴⁹ Für die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsrechts und des Gesundheitswesens ist die frühzeitige Förderung und eigenverantwortliche Aktivierung der Versicherten und Patienten erforderlich. Auch hierbei wird es erforderlich sein, sich die unterschiedlichen Typen des „mündigen Patienten“ vor Augen zu führen.

3. Die Aktivierung des Versicherten in der PKV

Bei den Stichworten Aktivierung und Wettbewerb im Gesundheitswesen darf die Diskussion im Übrigen nicht bei der GKV stehen bleiben. Vielmehr ergibt sich gerade aus der vorgestellten Patienten-Typologie der Bedarf nach mehr Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung. Dies folgt insbesondere aus der Charakterisierung des Patiententypus des individualistischen Entrepreneurs. Dieser entspricht dem typischen PKV-Versicherten. Interessant ist daher vor allem der Befund, dass der individualistische Entrepreneur seine Unzufriedenheit mit dem System am ehesten durch den Wechsel von Arzt und Krankenkasse äußere. Für den bereits privatversicherten Entrepreneur dürfte indes ein Kassenwechsel kaum in Frage kommen, weil er mit dem Wechsel erhebliche wirtschaftliche Nachteile in Kauf nehmen müsste (u. a. den Verlust seiner über die Mitgliedschaftsdauer hinweg angesammelten Altersrückstellungen). Da bei einem Wechsel sämtliche bisher eingezahlten Altersrückstellungen bei der PKV verblieben, würde der als Sanktion gedachte Versicherungswechsel praktisch zu einer Selbstbestrafung des Versicherten und zu einer Begünstigung der Versicherung führen.⁵⁰ Die Patienten-Typologie hat aber deutlich gemacht, dass gerade auch für PKV-Versicherte ein Bedürfnis nach mehr Wettbewerb in

49 Nicht alle Versicherten und Patienten werden aber derzeit in der Lage sein, die neuen Möglichkeiten der Telematik im Gesundheitswesen zu nutzen. Auch an diesem Punkt zeigt sich im Übrigen der Wandel hin zu dem aktivierenden Sozialstaat im Gesundheitswesen, denn nach § 68 SGB V können die Krankenkassen zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und Wirtschaftlichkeit ihre Versicherten bei der Nutzung elektronischer Kommunikation (wie z.B. einer elektronischen Gesundheitsakte) finanziell unterstützen. Auch dadurch wird ein Anreiz für ein wünschenswertes - freiwilliges - Verhalten der Versicherten gesetzt.

50 Im Übrigen wird ein Wechsel dadurch erschwert, dass der wechselwillige Privatversicherte infolge bei ihm neu festgestellter Krankheiten entweder von Versicherern abgelehnt wird oder mit höheren Prämien oder Leistungsausschlüssen rechnen muss. Zudem steigen infolge des höheren Einstiegsalter die Versicherungsprämien. Vergleiche auch Knappmann, Privatversicherungsrecht und Sozialrecht, recht - schaden 2007, 45 (46), der den fehlenden Wettbewerb „bedauerlich“ findet und als Voraussetzung für Wettbewerb die Mitnahme der individuellen Altersrückstellungen für erforderlich hält

Bezug auf die Krankenversicherung besteht. Derzeit steht das Gesundheitssystem vor der eigentümlichen Situation, dass gerade diejenigen Versicherten, die marktorientiert denken und bei Unzufriedenheit tatsächlich bereit wären, ihre Versicherung durch einen Versicherungswechsel „zu sanktionieren“, praktisch keine Sanktionsmöglichkeit haben. In der Tat wird nach überwiegender Auffassung der „nach wie vor nicht vorhandene Wettbewerb um Bestandskunden“ in der PKV als „problematisch“ bewertet.⁵¹ Als das „zugrunde liegende Problem“ wird die „ungelöste Frage der Portabilität der Alterungsrückstellung“ angesehen.⁵² Bezüglich der Portabilität der Altersrückstellungen werden unterschiedliche Argumente pro und contra angeführt.⁵³ Diese Diskussion würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen. Insgesamt scheinen aber die Argumente, die gegen die Portabilität angeführt werden, die betroffenen Grundrechte der wechselwilligen Versicherten zu wenig zu berücksichtigen und zu übersehen, dass über die Portabilitätsfrage hinaus der mangelnde Wettbewerb in der PKV das „eigentliche Problem“ darstellt.⁵⁴ Die interessengerechte Lösung dieses Problems sollte sowohl im Interesse der Versicherten, aber auch im Interesse der privaten Krankenversicherer sein. Festzuhalten ist somit, dass angesichts der Typologie des individualistischen Entrepreneurs letztlich ein größerer Bedarf an Wettbewerb in der PKV besteht. Auch mit der Gesundheitsreform 2007 wurde dieser Bedarf nicht ausreichend befriedigt. Somit kann der Patienten-Typologie Gellners und Wilhelms auch das Ergebnis (bzw. der damit implizit verbundene Arbeitsauftrag) entnommen werden, dass die Gesundheitspolitik nicht nur bei dem GKV-Versicherten hinter dem tatsächlichen Rollenverständnis der betreffenden Patienten/Versicherten zurückbleibt. Noch viel größer scheint die Schere zwischen Selbstverständnis und Erwartungen der PKV-Versicherten und ihrer Berücksichtigung durch die Politik zu sein.

V. Stärkung der Patientensouveränität durch Information und Transparenz

Für eine weitere Stärkung der Patientensouveränität bieten sich in Gestalt der Verbesserung der Patienteninformation und der Erhöhung

51 Nell/Rosenbrock, Zur Diskussion über die Portabilität von Alterungsrückstellungen in der PKV, Zeitschrift für Versicherungswesen 2007, 280 (283); ähnlich auch Knappmann, recht - schaden 2007, 45 (46).

52 Nell/Rosenbrock, Zeitschrift für Versicherungswesen 2007, 280(283).

53 Vergleiche Nell/Rosenbrock, Zeitschrift für Versicherungswesen 2007, 280 (283); Sodan, Gesundheitsreform 2006/2007 - Systemwechsel mit Zukunft oder Flickschusterei?, NJW 2006, 3617ff.

54 So Nell/Rosenbrock, Zeitschrift für Versicherungswesen 2007, 280 (283); ähnlich Knappmann, recht - schaden 2007, 45f.

der rechtlichen und administrativen Transparenz des deutschen Gesundheitssystems aussichtsreiche Ansatzpunkte. Auch der AOK-Bundesverband fordert in seinem Eckpunktepapier zur Stärkung der Patientenrechte die Verbesserung von Information und Transparenz.⁵⁵ „Nur aufgeklärte Versicherte und Patienten, die um ihre Rechte und Pflichten wissen, können selbstverantwortlich gemeinsam mit ihrem Arzt wichtige Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen.“⁵⁶ Der Kern dieses Zitates ist über die individuelle Ebene der Arzt-Patienten-Beziehung hinaus auch auf die kollektive Ebene der Patienteninteressen im Gesundheitssystem übertragbar.

1. Information von Versicherten und Patienten

Aufklärung und Information sind die Grundlagen der Wahrung der individuellen und kollektiven Patientensouveränität und -selbstbestimmung. Die oben angesprochene Aktivierung des Patienten ist gekoppelt an den Wunsch nach einer Stärkung der Patientensouveränität. Es bestehen aber sowohl in der GKV als auch in der PKV noch erhebliche Informationsdefizite für die Versicherten und Patienten, die der Verwirklichung der Patientensouveränität entgegenstehen. Das Gleiche gilt in Bezug auf die Information der Versicherten und Patienten über ihre (gesetzlichen und privaten) Krankenversicherungen, die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten, Arzneimittel und andere Versorgungsinhalte. Dabei wirkt sich eine verbesserte Information und Beratung der Patienten auch positiv auf ihre Therapietreue (Compliance) aus und erhöht damit die Effektivität der Behandlung.⁵⁷ Insofern ist es unbefriedigend, wenn bei einer gezielten Untersuchung „bei den Patienten ein indikationsübergreifendes Defizit an Arzneimittelinformation“ beobachtet wird.⁵⁸ Für die Stärkung der individuellen und kollektiven Patientensouveränität sind die Verbesserung und Intensivierung der Patienten- und Versicherteninformation unverzichtbare Bausteine. Für Patienten und Versicherte sind Beratungs- und Informationsangebote wichtige Beförderungsmittel auf dem Weg zu mehr Eigenverantwortung. Auch dies betrifft alle drei Ebenen (Mikro-, Meso-, Makroebene) des Gesundheitswesens gleichermaßen. Das Informations- und Aufklärungsrecht des Patienten auf der Mikroebene der Arzt-Patienten-

55 AOK-Bundesverband, PatR 2007, 1 ff.

56 AOK-Bundesverband, PatR 2007, 1.

57 Maywald/Schindler/Bux/Kirch, Arzneimittelberatung für Patienten- Bedarfsanalyse, Evaluation und Einfluss auf die Compliance, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, S. 1485 ff.

58 Maywald/Schindler/Bux/Kirch, Deutsche Medizinische Wochenschrift 2005, S. 1485.

Interaktion ist - das mag überraschen - rechtlich durch die haftungsrechtliche Rechtsprechung wahrscheinlich effektiver abgesichert als der Informationsanspruch des Versicherten/ Patienten auf der Makroebene, wo die Grundsatzentscheidungen im Krankenversicherungsrecht getroffen werden.⁵⁹

2. Rechtliche Transparenz

Neben der Patienteninformation muss zur Verwirklichung der Versicherten- und Patientensouveränität auch die erforderliche rechtliche und administrative Transparenz geschaffen werden. Nur so kann sich der Versicherte/ Patient in dem bestehenden System der GKV und PKV mündig und rechtsbewusst bewegen. Das derzeitige gesetzliche und private Krankenversicherungssystem ist indes gekennzeichnet durch eine kaum zu durchdringende Intransparenz. Der mündige Versicherte ist derzeit nicht ansatzweise in der Lage, durch das Dickicht der gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen des Krankenversicherungsrechts durchzublicken. Im Krankenversicherungsrecht kann von Normenklarheit nicht die Rede sein. Auch die Patientenbeauftragte sieht dieses Problem und will ihr Amt dazu nutzen, die Durchsichtigkeit der Prozesse und des Gesundheitssystems zu etablieren.⁶⁰ Versicherte und Patienten müssten als Rechtsanwender und -unterworfenen in der Lage sein, aus den existierenden gesetzlichen und untergesetzlichen Normen die für sie geltenden Handlungsgebote, Rechte und Grenzen des Systems abzulesen, und sei es auch nur im Großen und Ganzen. Hieran fehlt es aber im deutschen Krankenversicherungsrecht. Zu dieser Undurchsichtigkeit und Intransparenz trägt bei, dass die GKV und der zugrunde liegende gesetzliche und untergesetzliche Normenreichtum im Laufe der letzten Jahre außerordentlich angeschwollen und kompliziert geworden sind. Eine in der Gesamtschau kaum noch übersehbare Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Beschlüssen, Regelungen, Richtlinien und Verträgen, die auch noch von verschiedensten - teilweise kaum bekannten - Körperschaften erlassen und beschlossen werden, untergräbt die Forderung nach Transparenz im Krankenversi-

⁵⁹ Derzeit besteht das Problem, dass auch eine große Intransparenz über bestehende Beratungsangebote existiert, vgl. Merten, Patienteninformation - Guter Rat ist teuer, DÄBl. 2007, S. 253; Borowski, Der lange Weg zum mündigen Patienten, Financial Times Deutschland vom 31.1.2007, abrufbar unter www.ftd.de. Zur haftungsrechtlichen Rechtsprechung im Interesse der Patientenautonomie vergleiche Koyuncu, Das System der zivilrechtlichen Arzthaftung in Deutschland, AZR 2007, S. 67ff.; siehe auch Koyuncu, Das Haftungsdreieck Pharmaunternehmen-Arzt-Patient, Berlin (2004), S. 60ff., 87ff.

⁶⁰ Gellner/Wilhelm (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 2), S. 119.

cherungsrecht.⁶¹ „Selbst gestandene Juristen scheuen das Chaos. Es kennen sich nur noch wenige Eingeweihte aus“.⁶² Das Gesundheitswesen ist überreguliert und verfehlt bei näherer Betrachtung einzelner neuerer Vorschriften auch im Kleinen die Umsetzung des Gebotes der Normenklarheit. Dass der einzelne Versicherte angesichts dieser Überregulierung keine realistische Chance zur wirksamen Entfaltung seiner Souveränität hat und mithin nicht in der Lage ist, mündig mit dem System umzugehen, bedarf keiner näheren Begründung. Die Überregulierung des Rechts der Krankenversicherung lässt sich besonders gut anhand der rechtlichen Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung demonstrieren. Würde ein Versicherter heute gefragt, wie er die Aufwendungen seiner gesetzlichen Krankenversicherung für die ihm verschriebenen Arzneimittel bestimmen und beeinflussen kann, müsste er eine unüberschaubare Vielzahl von mehr als 20 eigenständigen und komplizierten rechtlichen Regulierungsinstrumenten (von A wie Arzneimittel-Richtlinien bis Z wie Zweitmeinungsverfahren) gedanklich durchprüfen. Welche Interaktionen diese einzelnen Regulierungsinstrumente zudem untereinander entfalten, ist hierbei für Patienten (und wohl auch für die meisten Fachleute) mittlerweile unmöglich zu durchschauen. Ähnlich intransparent ist die Rechtslage bei der Beurteilung der GKV-Ausgaben für andere Gesundheitsleistungen.⁶³ Daher müsste das Transparenzgebot - neben der Gewährleistung von Verständlichkeit, Eindeutigkeit und Widerspruchsfreiheit gesetzliche Regelungen - auch zu einer substanziellen Deregulierung anspornen.

3. Administrative Transparenz

Transparenz muss im Übrigen auch über die handelnden Akteure, Körperschaften, Einrichtungen und Gremien geschaffen werden. Die Kompetenzverteilung im Gesundheitssystem mit seinen zahlreichen Selbstverwaltungskörperschaften und deren mitspracheberechtigten Untergliederungen sowie der Vielzahl der Bundes- und Landesbehörden erschwert den Versicherten einen übergreifenden und klaren Durchblick. Hierbei wurden die vielen Interessenvertretungen und Verbände noch nicht mitberücksichtigt. Als Beispiel für die mangelnde administrative Transparenz des deutschen Gesundheitswesens kann eine Beo-

61 So Schimmelpfeng-Schütte, Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitswesen, ZRP 2006, 180 (182), als Vorsitzende Richterin an einem Landessozialgericht.

62 So die RiLSG Schimmelpfeng-Schütte, ZRP 2006, 180 (182).

63 Die Kritik an der mangelnden Transparenz des Systems wird häufig auch festgemacht an dem Sachleistungsprinzip. Dieses behindere den Versicherten ebenfalls in der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts, vergleiche statt vieler Schimmelpfeng-Schütte, ZRP 2006, 180 (182).

bachtung Kingreens herangezogen werden, aus der die Unbekanntheit des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Bevölkerung hervorgeht.⁶⁴ Obwohl es sich bei dem Gemeinsamen Bundesausschuss um das wichtigste und einflussreichste Gremium der GKV und damit für über 70 Millionen Versicherte handelt, kannte der Kandidat einer bekannten TV-Quizshow den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht und auch im Publikum soll es keine „belastbare Mehrheit“ für eine der vier Antwortvarianten gegeben haben, so dass der Kandidat ausstieg.⁶⁵ Dieser Befund stimmt bereits nachdenklich. Die Dimension der Unbekanntheit des GBA wird aber erst dadurch deutlich, dass es sich bei dieser Frage wohl auch noch um die 1.000.000-Euro- Frage handelte! „Es dürfte deutschlandweit kein Gremium geben, bei dem die Diskrepanz zwischen politischer Macht und öffentlichem Bekanntheitsgrad größer ist.“⁶⁶

VI. Schlussbemerkung

Die Rolle und das Selbstverständnis der Patienten und Versicherten im Gesundheitswesen haben sich in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Das hat Folgen für alle Akteure im Gesundheitswesen. Auch die Gesundheitspolitik muss sich fragen, welches Verständnis vom Patienten und Versicherten noch zeitgemäß und politikrelevant ist. In diesem Beitrag wurden eine empirische Patienten-Typologie und ihre Ergebnisse vorgestellt und diskutiert. Davon ausgehend wurden unterschiedliche Maßnahmen und Schritte zur Stärkung der Stellung und Mitspracherechte des Patienten im Gesundheitswesen aufgezeigt.⁶⁷ Zur Verwirklichung der individuellen und kollektiven Versicherten- und Patientensouveränität sind erhebliche Anstrengungen und die Umsetzung verschiedener Einzelmaßnahmen erforderlich. Die gezielte Information und Beratung von Versicherten und Patienten muss verbessert werden. Zudem muss im Gesundheitssystem wirksam Transparenz über die bestehenden rechtlichen Regeln und die administrativen Akteure hergestellt werden. Bedauerlicherweise sind zuletzt mit dem Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimit-

64 Kingreen, Verfassungsrechtliche Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses im Gesundheitsrecht, NJW 2006, 877.

65 Kingreen, NJW 2006, 877.

66 Treffend Kingreen, NJW 2006, 877.

67 Zu den unterschiedlichen weiteren Möglichkeiten und Ansatzpunkten für eine der Vertretung von kollektiven Patienteninteressen siehe die Ausführungen bei Geiger, a.a.O. (Fn. 4), der konkrete, nach dem Grad des Mitspracherechts abgestufte Vorschläge unterbreitet (S. 259 ff.), deren Diskussion den Rahmen dieses Beitrages sprengen würde.

telversorgung⁶⁸ und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Gesundheitsreform 2007)⁶⁹ nicht nur zwei Gelegenheiten verpasst worden, die Transparenz des Systems zu verbessern. Vielmehr wurde die bestehende Überregulierung des Systems noch verstärkt. Auch in den Strukturen des Gesundheitswesens muss dem gewandelten Patientenrollenbild Rechnung getragen werden. Erste Ansätze wie z.B. die mitberatende Patientenbeteiligung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind schon sichtbar. Die kollektive Versicherten und Patientenbeteiligung auf der Makroebene des Gesundheitswesens muss weiter ausgebaut werden. Die Patientenautonomie ist auf der Mikroebene des Gesundheitswesens, d.h. im Arzt-Patienten-Verhältnis durch die haftungsrechtliche Rechtsprechung effektiv abgesichert. Dabei sind Patienten gerade in der Behandlungssituation infolge ihrer Krankheit häufig nicht in der Lage, selbstbestimmt zu handeln. Demgegenüber wären sie bei einer Beteiligung auf der Makroebene des Gesundheitswesens sehr wohl in der Lage, ihr Selbstbestimmungsrecht wirksam auszuüben. Doch gerade auf dieser Ebene, wo maßgebliche Entscheidungen über den Inhalt des GKV-Leistungskatalogs getroffen werden, haben Patienten (erst seit 2004) nur ein Mitberatungsrecht. Daher erstaunt an der heutigen Rechtslage, dass die Patientenbeteiligung gerade auf derjenigen Ebene des Gesundheitswesens am wirksamsten abgesichert ist, wo sie der Patient aus gesundheitlichen Gründen am wenigsten effektiv wahrnehmen kann und demgegenüber die kollektive Interessenvertretung auf der Makroebene, wo Versicherte und Patienten erheblich effektiver mitsprechen könnten, noch weitgehend fragmentär ausgeprägt ist.

Anschrift des Verfassers:

*Dr. iur. Dr. med. Adem Koyuncu
Rechtsanwalt und Arzt
Mayer Brown LLP Rechtsanwälte
KölnTurm
Im Mediapark 8
50670 Köln
E-Mail: akoyuncu@mayerbrown.com
www.mayerbrown.com*

68 Gesetz vom 26.4.2006, BGBl. I 2006, S. 984.

69 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl. I 2007, S. 378.