

Insa Mareike Rega

# Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen Deutschlands, Finnlands und Polens



Universitätsdrucke Göttingen



Insa Mareike Rega  
Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen  
Deutschlands, Finnlands und Polens

Except where otherwise noted, this work is  
licensed under a [Creative Commons License](#)



erschieden in der Reihe der Universitätsdrucke  
im Universitätsverlag Göttingen 2007

---

Insa Mareike Rega

Patienten- und  
Bürgerbeteiligung im  
Gesundheitswesen  
Deutschlands, Finnlands  
und Polens



Universitätsverlag Göttingen  
2007

## Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Unterstützt wurde die gleichnamige Dissertation durch das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderte sozialwissenschaftliche Graduiertenkolleg „Die Zukunft des Europäischen Sozialmodells“ unter der Leitung von Frau Prof. Ilona Ostner an der Georg-August-Universität Göttingen.

Dieses Buch ist auch als freie Onlineversion über die Homepage des Verlags sowie über den OPAC der Niedersächsischen Staats- und Universitätsbibliothek (<http://www.sub.uni-goettingen.de>) erreichbar und darf gelesen, heruntergeladen sowie als Privatkopie ausgedruckt werden. Es gelten dabei die Lizenzbestimmungen der Onlineversion. Es ist nicht gestattet, Kopien oder gedruckte Fassungen der freien Onlineversion zu veräußern.

Satz und Layout: Insa Mareike Rega

Umschlaggestaltung: Kilian Klapp und Maren Büttner

Titelabbildung unter Verwendung einer bei Wikipedia bereitgestellten Europakarte von David Liuzzo

© 2007 Universitätsverlag Göttingen

<http://univerlag.uni-goettingen.de>

ISBN-13: 978-3-938616-71-0

# Inhaltsverzeichnis

<i>Inhaltsverzeichnis</i> .....	<i>iii</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i> .....	<i>vii</i>
<i>Schaubildverzeichnis</i> .....	<i>viii</i>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>1</b>
Thema – Forschungsgegenstand .....	1
Untersuchungsrahmen und Hintergründe von Beteiligung .....	2
Diskussion und Umsetzung von Beteiligung – in Deutschland und international .....	5
Forschungsstand – Forschungslücke .....	8
Zusammenfassung .....	13
Forschungsinteresse und Fragestellung der Untersuchung .....	14
Grundlagen der Untersuchung .....	14
Verortung der Untersuchung .....	14
Forschungsleitende Annahmen und Fragestellung .....	15
Operationalisierung der Fragestellung .....	17
Theoretische Perspektive und Methoden .....	18
Theoretische Perspektive .....	18
Forschungsdesign und methodische Herangehensweise .....	19
Theoretische und empirische Herangehensweise – Aufbau der Arbeit .....	20
<b>2. Theoretische Konzepte</b> .....	<b>23</b>
Gesundheitssysteme im Vergleich .....	23
Ein Untersuchungsrastrer für Gesundheitssysteme .....	29

Input- und Output-Prozesse im Gesundheitsversorgungssystem .....	34
Die Perspektive auf Patienten und Bürger .....	36
Beteiligung – Einbindung – Einflussnahme .....	39
Der Beteiligungsbegriff .....	39
Beteiligungsebenen, Beteiligungsspektrum und Gegenstände von Beteiligung .....	41
Klassifizierung von (kollektiver) Beteiligung .....	43
Operationalisierung von Patienten- und Bürgerbeteiligung – ein Erfassungsraster .....	45
Zusammenfassung: Das Beteiligungskonzept .....	48
Die Position von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem .....	50
Rollen von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen .....	50
Patienten und Bürger vs. andere Akteure – Beziehungsmuster im Gesundheitssystem .....	52
Patienten und Bürger vs. andere Akteure – Funktionsvielfach des Gesundheitssystems .....	58
Gesundheitssystemspezifische Beziehungsmuster .....	61
Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem .....	64
Begründungen für Patienten- und Bürgerbeteiligung .....	64
Legitimierung von Entscheidungs- und Handlungsprozessen durch Betroffenenbeteiligung .....	66
Funktionale Bestimmung politischen Handelns und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung .....	70
Zusammenfassung: das Zielkonzept .....	71
Gesundheitssystemspezifische Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung .....	72
<b>3. Charakterisierung und jüngste Entwicklung der Gesundheitssysteme in     Deutschland, Finnland und Polen .....</b>	<b>77</b>
Das Gesundheitssystem in Deutschland – der Typ „Sozialversicherung“ .....	77
Versorgungssystem .....	77
Gesundheitspolitik .....	79
Das Gesundheitssystem in Finnland – der Typ „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ .....	80
Versorgungssystem .....	80
Gesundheitspolitik .....	82
Das Gesundheitssystem in Polen – der Typ „Volksversicherung“ .....	85
Versorgungssystem .....	85
Gesundheitspolitik .....	89
Gesundheitssystemmodelle im Vergleich .....	90
<b>4. Einbindungs- und Beteiligungsformen in Deutschland, Finnland     und Polen .....</b>	<b>93</b>
Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Deutschland .....	94
Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung .....	94
Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversorgung .....	95

Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie und Nachsorge) und der Arzneimittel, die die Gesetzliche Krankenversicherung absichert .....	96
Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität .....	104
Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Beitragssätze, der Zuzahlungen und Gebühren .....	109
Resümee und Analyse .....	110
Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Finnland .....	114
Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung im öffentlichen Gesundheitsdienst ....	114
Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversorgung .....	115
Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie) und der Arzneimittel, die die öffentliche Versorgung abdeckt .....	116
Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität .....	121
Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Beitragsätze, des Staatszuschusses, der Behandlungsgebühren und von Zuzahlungen für Medikamente .....	124
Resümee und Analyse .....	125
Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Polen .....	127
Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung im Nationalen Gesundheitsfonds .....	127
Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversorgung .....	127
Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie) und der Arzneimittel, die von der Volksversicherung finanziert werden .....	128
Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität .....	133
Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Beitragssätze und der Zuzahlungen .....	135
Resümee und Analyse .....	136
Resümee: Beteiligungsformen und Beziehungsmuster im Vergleich .....	138
<b>5. Vorstellungen von Patienten- und Bürgerbeteiligung in der politischen Diskussion .....</b>	<b>147</b>
Die Diskussion von Patienten- und Bürgereinbindung in Deutschland .....	148
Charakteristik und Entwicklung der Diskussion .....	148
Konzept: „Eigenverantwortung“ .....	149
Kontext .....	150
Patient und Bürger .....	150
Beteiligung .....	151
Ziele .....	151
Die Diskussion von Patienten- und Bürgereinbindung in Finnland .....	152
Charakteristik und Entwicklung der Diskussion .....	152
Konzept: „Dialog“ im System .....	153
Kontext .....	154
Patient und Bürger .....	155
Einbindung/Beteiligung .....	155
Ziele .....	156

---

Die Diskussion um Patienten- und Bürgerbeteiligung in Polen .....	157
Charakteristik und Entwicklung der Diskussion .....	157
Konzept: Autonomie und „Dialog mit dem Bürger“ .....	159
Kontext .....	160
Patient und Bürger .....	161
Beteiligung .....	161
Ziele .....	162
Beteiligungsdiskussionen und Argumentationsmuster im Vergleich .....	162
<i>6. Patienten- und Bürgerbeteiligung in unterschiedlichen</i>	
<i>Gesundheitssystemen – ein Überblick .....</i>	<i>167</i>
<i>Abkürzungsverzeichnis .....</i>	<i>175</i>
<i>Dokumentenverzeichnis .....</i>	<i>177</i>
<i>Literaturverzeichnis .....</i>	<i>191</i>
<i>Anhang .....</i>	<i>217</i>

## Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 2-1: Drei verschiedene Typen von Gesundheitssystemen</i>	27
<i>Tabelle 2-2: Untersuchungsraster für Gesundheitssysteme</i>	31
<i>Tabelle 2-3: Die Perspektive auf Patienten und Bürger</i>	37
<i>Tabelle 2-4: Beteiligungsebenen, Institutionen und Partizipationskontexte</i>	42
<i>Tabelle 2-5: Modelle der Beteiligung an Entscheidungen – Beteiligungsumfang, Funktionen und praktische Beispiele</i>	45
<i>Tabelle 2-6: Operationalisierung von Patienten- und Bürgerbeteiligung</i>	47
<i>Tabelle 2-7: Institutionelle Ausformungen und Kennzeichen von Patienten und Bürger betreffenden Beziehungen im Krankenversorgungssystem und in der Gesundheitspolitik und ihnen zugrundeliegende Ordnungsvorstellungen</i>	56
<i>Tabelle 3-1: Zuordnung von Länderfällen zu Gesundheitssystemtypen</i>	91
<i>Tabelle 4-1: Patienten- und Bürgerbeteiligung im Überblick</i>	142

## Schaubildverzeichnis

<i>Schaubild 2-1: Integrierter Politik- und Produktionszyklus im Gesundheitswesen</i>	35
<i>Schaubild 2-2: Funktionsviereck mit Rahmen-Relationen</i>	58
<i>Schaubild 2-3: Funktionsviereck mit Binnen-Relationen</i>	59
<i>Schaubild 2-4: Funktionsviereck mit Prozessphasen</i>	60
<i>Schaubild 2-5: Funktionsviereck mit Patienten- und Bürgerbeteiligung</i>	61
<i>Schaubild 2-6: Funktionsviereck zum öffentlichem Gesundheitsdienst</i>	61
<i>Schaubild 2-7: Funktionsviereck zur Sozialversicherung</i>	62
<i>Schaubild 2-8: Subsysteme im Gesundheitswesen und der Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik</i>	71
<i>Schaubild 2-9: Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im öffentlichen Gesundheitssystem</i>	73
<i>Schaubild 2-10: Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Sozialversicherungssystem</i>	74
<i>Schaubild 4-1: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Deutschland – Grundstrukturen</i>	143
<i>Schaubild 4-2: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Finnland – Grundstrukturen</i>	143
<i>Schaubild 4-3: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Polen – Grundstrukturen</i>	144

# 1. Einleitung

## Thema – Forschungsgegenstand

In den europäischen Gesundheitssystemen ist seit den 1990er Jahren ein Trend zur Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Patienten<sup>1</sup> und Bürger zu beobachten. In den Mittelpunkt wird dabei der ernstzunehmende Patient, der mitberechtigte Bürger oder der souveräne Kunde bzw. Nutzer gestellt. So firmiert mittlerweile ein neues Leitbild unter den Stichworten „Patient Empowerment“<sup>2</sup> oder Patienten- und Bürgerorientierung im Zielkatalog europäischer Gesundheitspolitik. Patienten- und Bürgerorientierung sind an sich nichts Neues im Gesundheitswesen: Alle Akteure und Institutionen beanspruchen für sich, zum Wohle des Patienten zu arbeiten. Neu ist aber die Betonung einer verstärkten, auch direkten Einbindung von Patienten und Bürgern in Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem. Umgesetzt wurde diese Idee sowohl in Patientenrechtsgesetzen oder Patientenrechtschartas als auch in der Schaffung individueller und kollektiver Einflussmöglichkeiten für Patienten und Bürger. Patientenbeteiligung und Bürgerbeteiligung stehen dabei nicht für ein fertig bereitliegendes Organisationskonzept, sondern für eine ausdeutbare programmatische Orientierung, die in verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedliche Interpretationen und organisatorische Ausprägungen gefunden hat.<sup>3</sup>

Gerade diese Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystemen und der Konzipierung und Umsetzung von Patienten- und Bürgerbeteiligung sollen im

---

1 Alle personenbezogenen Bezeichnungen in dieser Arbeit beziehen sich auf Männer und Frauen, ohne dass dies in der Bezeichnung immer ausdrücklich zum Ausdruck käme.

2 Wörtlich: die Ausstattung von Patienten mit Macht, also ihre Berechtigung und Ermächtigung zur Mitsprache und Entscheidungsfreiheit bei sie betreffenden Entscheidungen.

3 Vgl. Francke/Hart 2001, S. 21.

Zentrum dieser Arbeit stehen. Der Fokus soll dabei über die individuelle Perspektive hinausgehen und auch die kollektive Rolle von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen miteinbeziehen.

### Untersuchungsrahmen und Hintergründe von Beteiligung

Funktionell betreffen Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen bestehende Strukturen von Entscheidungs- und Kommunikationsprozessen bei der Politikformulierung und der Politikdurchführung und zielen auf deren Veränderung durch die Erweiterung des Akteurskreises. Beteiligung ist zu verstehen sowohl als politisches Programm wie auch als staatliches Steuerungsinstrument und generell als Mittel einer Institutionenpolitik mit dem Ziel einer Anpassung des Gesundheitssystems an veränderte Umstände und politische Zielvorstellungen. Dabei bildet Beteiligung eine Ergänzung, eine Komplementärpolitik<sup>4</sup> bzw. ein komplementäres Instrument zu umfangreicheren Reformpolitiken und veränderten Steuerungsinstrumenten, die sich auf die Reorganisation und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung richten.

Inhaltlich verweist Beteiligung bzw. Partizipation auf ein Kernelement der Demokratie, auf die demokratische Legitimation von Entscheidungen durch die Beteiligung derjenigen, die unmittelbar betroffen sind und damit auf Selbstbestimmung und Autonomie, auf Teilhabe (Inklusion) an der Gesellschaft und am allgemeinen Wohlstand. Beteiligung ist damit von herausragender Bedeutung für einen demokratischen Rechts- und Sozialstaat. Bürgerbeteiligung bezieht sich in erster Linie auf politische Gemeinschaften, auf politische Handlungseinheiten und Entscheidungsprozesse, erst in zweiter Linie wird Bürgerbeteiligung auch auf andere, nicht primär politische Handlungsfelder bezogen.

Beteiligung von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem ist grundsätzlich als Demokratisierung eines politischen und gesellschaftlichen Subsystems zu werten, das traditionell durch Hierarchien, Expertendominanz und Bürokratie gekennzeichnet ist. Die vielen Akteure im Gesundheitssystem, seien sie Politiker, Ärzte, weitere medizinische oder pflegerische Berufsangehörige, Vertreter der Gesundheitsverwaltungen oder der Krankenkassen, legitimieren ihr Handeln durch ihren Einsatz für die Patienten und Bürger, obwohl sie in erster Linie eigene Interessen vertreten. Patienten und Bürger kommen traditionell kaum selbst im Gesundheitswesen zu Wort, sie sind oft Objekte der Versorgung und der Fürsorge vorgeblich in ihrem Sinne. Patienten und Bürger selbst entscheiden zu lassen in Angelegenheiten, die sie persönlich und unmittelbar betreffen (können), bedeutet daher nicht nur ihre Anerkennung als selbstbestimmtes Subjekt im Gesundheitswesen. Patienten und Bürger einzubinden in Entscheidungs- und Handlungsprozesse und ihre Einflussnahme durch Beteiligung zu erhöhen verspricht darüber hinaus, auch die tatsächliche Ausrichtung der Krankenversorgung und der Gesundheitspolitik an den Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen zu sichern.

---

4 Lamping 2002, S. 60.

Warum kommt die Umsetzung dieser Orientierung in Form von Patientenrechtsgesetzen oder -chartas und in der Schaffung und Ausweitung von individueller und kollektiver Beteiligung jedoch so spät in Demokratien, die wie die deutsche und die finnische seit mehr als 50 Jahren bestehen? — Die Vermutung liegt nahe, dass es andere als normative Ursachen, Gründe und Ziele gibt, die heute die Leitbilder der Patienten- und Bürgerorientierung im Gesundheitswesen zu realisieren helfen. Mit welcher Absicht bzw. mit welchen Zielen werden Patienten und Bürger also heute ins Gesundheitswesen – in Krankenversorgung und Gesundheitspolitik – eingebunden? Welche Funktion sollen Patienten- und Bürgerbeteiligung erfüllen?

Hinter der stärkeren Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Patienten und Bürger mögen die Forderung nach und Zuerkennung einer gewandelten Rolle des Patienten und Bürgers im Medizinsystem im Speziellen und im Gesundheitssystem im Allgemeinen stehen. Als Hintergründe einer neuen Patienten- und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens werden genannt<sup>5</sup>:

- ein allgemeiner Einstellungswandel und Forderungen der Patienten und Bürger nach Respektierung ihrer Person in der Krankenbehandlung und nach Selbstbestimmung („Behandlung als Subjekt“) und schließlich auch nach Mitwirkung und Mitsprache bei medizinischen, klinischen und gesundheitspolitischen Entscheidungen;
- Bildung, Aufklärung, Information: besseres Wissen der Bürger und Patienten um Gesundheit, leichter Zugang zu Informationen über Therapien bei Krankheit (per Internet), damit größeres Interesse und Bedarf an medizinischer Bildung und Aufklärung;
- ein gewandeltes Krankheitsspektrum – mehr chronische Krankheiten, Prävention wird wichtiger als Heilung: Leben mit chronischen Krankheiten verlangt Mitwirkung des Patienten im eigenen Interesse beim Umgang mit der Krankheit, aber auch Respekt für die individuelle Kompetenz. Darüber hinaus kann und muss sich auch jeder Einzelne für den Erhalt der Gesundheit selbst einsetzen, um eine Erkrankung zu vermeiden.
- ein sich wandelndes Gesundheitsverständnis: Gesundheit ist nicht nur Abwesenheit von Krankheit, wobei Gesundheitsförderung wichtiger wird als Krankheitsbekämpfung. Sie ist außerdem ein umfassendes Konzept (Public Health), das soziale und ökonomische Faktoren miteinbezieht, das Medizinsystem also in einem größeren Kontext platziert. Damit gewinnt der Einbezug aller Bürger, nicht nur der Kranken, an Bedeutung.
- Der medizinisch-technische Fortschritt wie z.B. Fortschritte in der Genforschung und Forschungsanwendung wirft ethische Fragen und Forderungen nach einem Schutz des Individuums (Persönlichkeits- und Patientenrechte), aber auch nach Behandlungsmöglichkeiten für einzelne Patienten auf.

---

<sup>5</sup> Europarat 2000b, S. 3-5; Leenen/Gevers/Pinet 1993, S. vii-viii.

- veränderte sozio-demographische Strukturen: der Pflegebedarf für alte Menschen steigt, während Akutbehandlung an Bedeutung abnimmt und Mitsprache der Pflegebedürftigen, aber auch Fürsprache für sie zum Thema werden.

Patienten- und Bürgerorientierung bzw. Patienten- und Bürgerbeteiligung sind aber auch im Kontext der Problematik des Gesundheitswesens insgesamt zu betrachten. Die europäischen Gesundheitssysteme werden in einer mehrfachen Krise verortet<sup>6</sup>:

- einer Finanzierungskrise, denn das Ausgabenwachstum übersteigt das Wachstum des Volkseinkommens. Während die Ansprüche an Leistungsumfang und Leistungsspektrum bedingt durch kostenverursachenden medizinischen Fortschritt und verbesserte medizinische Standards, sich wandelnde Bedürfnisse der Patienten und den sozio-demographischen Wandel zunehmen, sanken und sinken weiterhin die Einnahmen (von Krankenversicherungen und öffentlichen Haushalten) aus Lohneinkommen zur Deckung der Ausgaben u.a. infolge größerer Arbeitslosigkeit und demographischen Wandels (Verrentung). In Deutschland verursacht auch die Diskussion um die Lohnnebenkosten zusätzlichen Kostendruck.
- einer Struktur- und Organisationskrise: Es werden strukturelle und Qualitätsmängel im Medizinsystem aufgedeckt. Zudem werden die bisherigen organisatorischen Verknüpfungen und Machtverhältnisse zwischen den vier großen Akteursgruppen der Medizinexperten, Kostenträger und deren Verwaltung, Politiker und Patienten/Bürger infragegestellt. Patienten und Bürger fordern mehr Aufmerksamkeit und Mitsprache.
- einer kognitiven Krise: Dem biomedizinisch-technischen Paradigma mit seinem Schwerpunkt auf der Krankenversorgung wird ein Gesamtkonzept von Gesundheit mit seinem Schwerpunkt auf Gesundheitsförderung und Prävention gegenübergestellt.

Gesundheitspolitische Antworten auf diese Herausforderungen beinhalten eine Verbesserung und Überprüfung der Wirtschaftlichkeit (Kosteneffektivität und Effizienz), eine Beschränkung der eingesetzten Finanzmittel und der Ausgaben (Priorisierung und Rationierung). Sie umfassen eine gleichzeitige Verbesserung oder zumindest Erhaltung der Qualität des Medizinsystems mit unterschiedlichen Mitteln und plädieren schließlich für eine verstärkte Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Nutzer, wobei diese in mehrfacher Weise in Entscheidungs- und Handlungsprozesse einbezogen werden sollen.

Instrumente zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Gesundheitssysteme wie Kostenreduzierungsmaßnahmen und Budgetierung, aber auch Kürzungen, Priorisierung und Rationierung von Leistungen gefährden Leistungsansprüche und potentiell auch das Recht auf Gesundheit(sversorgung) von Patienten und

---

6 Contandiopoulos/Lauristin/Leibovich 1998, S. 349; Europarat 2000b, S. 2; Badura 1999, S. 350; Badura 2000, S. 34.

Bürgern. Damit verbinden sich Forderungen nach rechtlicher Festschreibung und Einhaltung von Ansprüchen (z.B. in der Verfassung und in Patientenrechtschartas oder -gesetzen), und auch die politische und praktische Notwendigkeit, die Zustimmung oder zumindest das Einverständnis der Patienten und Bürger für die Verabschiedung und Durchsetzung von Reformmaßnahmen zu erlangen. Patienten- und Bürgerbeteiligung dienen hierbei:

- dazu, Informationen zu erhalten und zu vermitteln,
- als Gegenmittel und Schutzvorrichtungen zum Erhalt normativer Ansprüche (Grundrechte, Gleichheit und Gerechtigkeit) gegenüber marktökonomischen und technischen Leitideen,
- der Abfederung (und Legitimierung) strikter staatlicher Regulierungsmaßnahmen durch deliberative Verfahren,<sup>7</sup> dabei auch
- der Mitentscheidung und Mitverantwortung von Priorisierung und Rationierung in der Gesundheitsversorgung.<sup>8</sup>

Auch Veränderungen der staatlichen Organisation der Gesundheitsversorgung (z.B. Dezentralisierung), der Erstellung von Gesundheitsleistungen (z.B. teilweise oder völlige Privatisierung) und der gesundheitspolitischen Entscheidungsstrukturen bzw. Netzwerke (z.B. Abwertung oder Aufwertung von Akteurspositionen, Erweiterung des Akteurskreises) zielen auf eine Sanierung der Kostenbilanz der Gesundheitssysteme. Patienten- und Bürgerbeteiligung reihen sich ein in diesen intendierten Wandel:

- als ein Aspekt der Reform der Organisation staatlicher Gesundheitsdienste durch Dezentralisierung (bürgernahe Entscheidungen) und betriebswirtschaftliche Ausrichtung (Service- und Kundenorientierung);
- als prozedurales Steuerungsinstrument.<sup>9</sup>

Darüber hinaus impliziert die Stärkung der Position von Patienten und Bürgern durch Patienten- und Bürgerbeteiligung tendenziell einen Wandel der Beziehungen zwischen Patienten und Bürgern, Ärzten, Krankenversicherungen und dem Staat bei Entscheidungen innerhalb des Krankenversorgungssystems und in der Gesundheitspolitik bezüglich der Qualität, des Umfangs und der Finanzierung der Gesundheitsversorgung.<sup>10</sup>

## Diskussion und Umsetzung von Beteiligung – in Deutschland und international

Im deutschen Gesundheitswesen wird Beteiligung traditionell vor allem mit Versichertenbeteiligung, d.h. mit der Wahl und Repräsentanz von Arbeitnehmervertretern in den gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen assoziiert. Im Laufe

---

7 Braun/Giraud 2003, S. 167.

8 Lenaghan 1997a, 1997b; Obermann 2000; Mullen 2000.

9 Braun/Giraud 2003, S. 161-170; Howlett/Ramesh 2003; S. 194-196; Naschold/Bogumil 2000, S.75-76, 100-102, 108.

10 Badura 1999, S. 350; Francke/Hart 2001, S. 19, 20, 22; Schellschmidt 2001, S. 146.

des 20. Jahrhunderts ist diese Beteiligungsform jedoch ausgehöhlt worden durch die Übernahme dieser Positionen durch Verbandsfunktionäre der Gewerkschaften, durch die Ablösung echter Wahlen durch Absprachen (sog. Friedenswahlen), dadurch, dass die Wahl und Arbeit des Kassenvorstandes nicht durch die gewählte Vertreterversammlung beeinflussbar ist, sowie nicht zuletzt durch fehlende Wahlbeteiligung. In den 1970er Jahren ist noch einmal die Wiederbelebung des Prinzips der Sozialwahlen und die Stärkung der Versichertenvertretung in den Krankenkassen gefordert worden<sup>11</sup>, ohne dass daraus eine stärkere Position von Versicherten, Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen resultierte. Auch heute noch wird eine effektivere Beteiligung von Versicherten und Patienten in den Krankenkassen angemahnt<sup>12</sup>, jedoch richten sich Beteiligungsforderungen bereits über die Krankenkassen hinaus an die Gemeinsame Selbstverwaltung oder an eine staatliche Gesundheitspolitik<sup>13</sup>. Zeitgleich mit der Thematisierung des Ausgabenanstiegs in der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Diskussion von Maßnahmen zur Kostendämpfung sind in den 1970er Jahren aber auch erste Diskussionsbeiträge zur Beteiligung von Bürgern an der Gesundheitsplanung, d.h. an der gesundheitspolitischen Zielsetzung und Maßnahmenumsetzung hinsichtlich einer effektiveren und effizienteren Ausgaben- und Aufgabenplanung in der Gesundheitsversorgung, aufgetaucht.<sup>14</sup> Jedoch enthielt auch das 1977 in Kraft getretene Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts, das erstmals eine Bedarfsplanung für die ambulante Krankenversorgung vorsah, diese aber weiterhin den Kassenärztlichen Vereinigungen übertrug, keine Hinweise auf Patienten- und Bürgerbeteiligung bzw. Berücksichtigung von Bedürfnissen der Patienten und Bürger bei der Planung.<sup>15</sup>

Erweiterte Bürgerbeteiligung an politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entscheidungsprozessen und Handlungsabläufen wird in Deutschland insbesondere seit Ende der 1960er Jahre gefordert, kommt in Bürgerbewegungen und -initiativen zum Ausdruck und ist vor allem auf kommunaler Ebene in verschiedenen Formen und für verschiedene Entscheidungsgegenstände realisiert worden.<sup>16</sup> Dort geht es um eine direkte Beteiligung an kommunalpolitischen Entscheidungsprozessen (Direktwahl des Bürgermeisters, Bürgerbegehren und Bürgerentscheid), an Planungsvorhaben zur Stadt- oder Regionalentwicklung und von Bau- oder Sozialprojekten (Bürgerbefragungen, Bürgerforen und -initiativen) sowie um Beteiligung von Bürgern an der Ausführung von Projekten bis hin zur Übernahme von Tätigkeiten durch Bürgergruppen in Eigenregie.<sup>17</sup> Diese Beteiligungsweisen von Bürger am Geschehen in der Gemeinde werden – seit den 1980er Jahren – auch in Finnland diskutiert und realisiert.<sup>18</sup> Während

11 Bogs/Ferber 1977; Groser 1999, S. 83.

12 Badura/Hart/Schell Schmidt 1999, S. 266-270, 411; Evers 2002, S. 10; Rupprecht/Weller 2002.

13 Böcken 2002, S. 55.

14 Ferber 1973; Redler 1980.

15 Redler 1980, S. 419-420, 429.

16 Einen Überblick vermittelt Gabriel (Hrsg.) 1983.

17 Damkowski/Rösener 2003; Kochniss 2003.

18 Koski 1995; Mutanen 2002.

die Regional- und die Stadtentwicklung, Bildungsinstitutionen und Wirtschaftsbetriebe in Deutschland seit Jahrzehnten auf Beteiligung setzen, sind bis in die 1990er Jahre wiederum Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen dort zwar angesprochen<sup>19</sup>, aber nicht institutionalisiert oder nur marginal realisiert<sup>20</sup> worden.

Patientenrechte und damit auch individuelle Beteiligungsmöglichkeiten von Patienten und Bürgern sind (seit jeher) Teil der ärztlichen und pflegerischen Berufsordnungen gewesen, oft in verschiedenen Gesetzen enthalten, aber bis in die 1990er Jahre nicht explizit für und im Hinblick auf den Patienten und in einem eigenen Dokument formuliert worden. Patientenrechte sind als Grundrechte auf eine menschenwürdige Behandlung explizit zuerst im Rahmen psychiatrischer Behandlung aufgetaucht (Ende der 1970er, Anfang der 1980er Jahre). International hat sich schließlich die Weltgesundheitsorganisation des Themas in den 1980er Jahren angenommen und später Patientenrechte in einer Art Prototyp einer Patientenrechtscharta im Rahmen der „Amsterdamer Erklärung zu Förderung der Patientenrechte“<sup>21</sup> (WHO 1994), die einer gemeinsamen Tagung europäischer Länder mit der WHO Europa und dem Europarat erwuchs, propagiert. Nachdem Finnland 1992 als erstes Land in Europa ein Patientenrechtsgesetz verabschiedet hatte, sind andere europäische Länder gefolgt, Patientenrechte in Gesetzen oder Chartas zusammenzufassen und auszuweiten. Polen hat als erstes osteuropäisches Land Patientenrechte 1991 explizit in einem Gesetz erwähnt und angefangen, eine Patientenrechtscharta vorzubereiten, die 1998 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. In Deutschland sind 1999 („Patientenrechte in Deutschland heute“) und 2003 („Patientenrechte in Deutschland“) Patientenrechtschartas verabschiedet bzw. vorgelegt worden. Bis heute sind die Ausweitung, Anwendung und Umsetzung von Patientenrechten ein Thema wissenschaftlicher, besonders aber juristischer Debatten auf nationaler und internationaler Ebene geblieben.

Kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung werden seit den 1980er Jahren in Großbritannien, den Niederlanden und seit wenigen Jahren auch in Deutschland diskutiert und umgesetzt – also sowohl in Systemen mit einem nationalen Gesundheitsdienst als auch in Systemen mit Sozialversicherung. Kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung haben zunächst international Eingang gefunden in das gesundheitspolitische Rahmen- und Entwicklungsprogramm der WHO „Gesundheit für Alle“ bzw. „Gesundheit 21“ („Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“). Darin ist Patientenbeteiligung zum einen als Grundprinzip aufgeführt und zum anderen als Mittel und Maßeinheit der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In der Patientenrechtserklärung von 1994 wird zum ersten Mal auch ein kollektives Patientenrecht auf Beteiligung bei weitreichenderen Versorgungs-

---

19 Z.B. von Badura 1980.

20 Z.B. Patientenbefragungen zur Zufriedenheit.

21 WHO 1994.

entscheidungen im Gesundheitswesen etabliert.<sup>22</sup> Darüber hinaus hat auch der Europarat im Jahr 1996 über Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen diskutiert und im Jahr 2000 eine Empfehlung zur Entwicklung von kollektiven Patienten- und Bürgerbeteiligungsstrukturen in Entscheidungsprozessen über die Gesundheitsversorgung beschlossen.<sup>23</sup>

Die Einbindung von Bürgern in den politischen Prozess ist schließlich auch ein aktuelles Thema im Rahmen einer internationalen Governance-Reform-Debatte. Das zugrundeliegende Konzept einer Art von Partnerschaft zwischen Staat, Politik und Bürgern bei der Politikformulierung wird in verschiedenen Ländern unterschiedlich umfassend umgesetzt mittels öffentlicher Information, Konsultation und weitergehender Beteiligung.<sup>24</sup>

## Forschungsstand – Forschungslücke

Mehrere Forschungsbereiche werden hier angesprochen: Partizipation im Allgemeinen und im Besonderen, Gesundheitspolitik im Sinne von Strukturen und von Prozessen, sowie Gesundheitssystemforschung, wobei die Perspektive auf die Position der Bürger und der eigentlich Betroffenen – der Patienten – im Gesundheitswesen gelenkt wird.

In der makro-orientierten Sozial- und Wohlfahrtsstaatsforschung werden die Betroffenen und Adressaten von Gesundheitsversorgung oft vernachlässigt. Zwar wird bei der Erforschung von Gesundheitssystemen und -politik auch nach der Akzeptanz bestimmter Regime bzw. Reformen beim Volk gefragt, doch stehen vor allem finanzielle und organisatorische Probleme und Interessen- und Akteurskonstellationen im Vordergrund. Da im politischen Prozess Patienteninteressen bisher in der Regel nicht vertreten wurden, schienen sie auch für die Erforschung des Politikfelds „Gesundheit“ bisher keine große Rolle zu spielen.<sup>25</sup> Erstmals hat sich Geißler mit der Organisations- und Konfliktfähigkeit von Patienteninteressen in der Gesundheitspolitik beschäftigt.<sup>26</sup>

Ferner hat die Gesundheitswissenschaft (Public Health) als eigener, interdisziplinärer Forschungsbereich begonnen, sich der Thematik anzunehmen. Hier standen zunächst die Entwicklung, Begründung und Fixierung von individuellen Patientenrechten in der Krankenversorgung im Vordergrund, bevor Aspekte der kollektiven Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen diskutiert wurden.

Zum Teil mit Unterstützung der WHO in Europa sind bisher einige Überblickswerke zum Stand und zur Entwicklung von Patientenrechten in europäi-

22 WHO 1994, Pkt. 5.2: „Patients have a collective right to some form of representation at each level of the health care system in matters pertaining to the planning and evaluation of services, including the range, quality and functioning of the care provided.“

23 Europarat 1996, 2000a, 2000b.

24 OECD 2001.

25 Vgl. z.B. Immergut 1992, Döhler/Manow 1995.

26 Geißler 2004.

schen Ländern erschienen. Darunter sind zu nennen die Bände von Leenen, Givers und Pinet<sup>27</sup> und von Kranich und Böcken<sup>28</sup>. Die (vor allem rechts-) wissenschaftliche Diskussion von Patientenrechten, ihrer Entwicklung und Umsetzung verbleibt allerdings meist im nationalen Rahmen. In den 1990er Jahren sind zuerst in Finnland<sup>29</sup>, dann auch in Polen<sup>30</sup> und in Deutschland<sup>31</sup> Überblicke dazu erschienen.

Der Übergang zwischen individueller (Patientenrechte) und kollektiver (Patienten- und Bürgerbeteiligung) Perspektive<sup>32</sup> der Betroffenen bzw. Adressaten im Gesundheitswesen ist auch in der wissenschaftlichen Debatte fließend. Saltman und Figueras<sup>33</sup> listen in einem Überblickskapitel für die WHO verschiedene Formen der Einbindung von Patienten auf, darunter Patientenrechte, Auswahlmöglichkeiten und die kollektive Einbindung in politische Gremien. Auch Coulter und Magee<sup>34</sup> haben Daten zu diesen verschiedenen Aspekten der Position von Patienten im Gesundheitswesen zusammengetragen.

Eine über die Anliegen von Kranken hinausgehende Perspektive auf die Betroffenen und Adressaten im Gesundheitswesen wurde wissenschaftlich und politisch zunächst als Verbraucher-Beteiligung oder auch Gemeinde-Beteiligung thematisiert. In den USA wurden diese Begriffe Ende der 1960er Jahre zunächst verwandt, ohne zwischen ihnen genauer zu differenzieren und ohne ideologische Konnotation.<sup>35</sup> Beteiligung bezog sich in der amerikanischen Debatte auf politische und administrative Entscheidungs- und Planungsprozesse über Gesundheitsprogramme, die Ressourcenverteilung und die Standorte von Gesundheitszentren sowie auf den Einfluss von Patienten auf die Versorgungspraxis in den Krankenhäusern selbst.<sup>36</sup> Mit dieser thematischen Reichweite bildet sie einen – kaum wahrgenommenen – Vorläufer der europäischen Debatte um Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen.<sup>37</sup> Darin werden unter „Consumer Participation“ und „Community Participation“ jedoch mittlerweile unterschiedliche Aspekte und Ansätze verstanden: So stehen sich eine partikularistische und ökonomiebetonte Sichtweise, die statt des Patienten einen Nachfrager und Verbraucher in den Mittelpunkt stellt, und eine universalistische und politisch-

---

27 Leenen/Givers/Pinet 1993.

28 Kranich/Böcken 1997.

29 Kokkonen 1992, 1993, 1994; Koivisto (Hrsg.) 1994; Sundman (Hrsg.) 2000.

30 Safjan 1993, Balicki 1996, Nesterowicz 2001, Karkowska 2004.

31 Francke/Hart 1999; Hanika 1999; Katzenmeier 2000.

32 Zur Differenzierung zwischen individuellen und kollektiven Rechten: Hart 2000, Francke/Hart 2001, Hart/Francke 2002.

33 Saltman/Figueras 1997; vgl. Calnan/Halik/Sabbat 1998; Iliev/Vienonen 1998.

34 Coulter/Magee 2003.

35 Eine Zusammenschau der Diskussionsbeiträge in der US-amerikanischen Debatte geben Rosen/Metsch/Levey (Hrsg.) 1977.

36 Galilher/Needleman/Rolfe 1977, S. 258-259; Silver 1977, S. 115-116.

37 Ein großer Unterschied besteht wohl darin, dass Bürgerbeteiligung an der Planung in den USA diskutiert und auch im Gesundheitswesen umgesetzt wurde, in Europa jedoch nicht oder nur verspätet.

gemeinwohlorientierte Sichtweise mit Blick auf den Gemeindebürger gegenüber – und liegen miteinander im Widerstreit.<sup>38</sup> Teilweise scheint der Konsumentenbegriff, an dem sich die Geister scheiden, in der wissenschaftlichen Debatte aber auch ohne ideologische Besetzung genutzt zu werden, um das Einflusspotential von Patienten und Bürgern zu betonen.<sup>39</sup>

Das Empowerment-Konzept folgt dagegen einem eigenem Ansatz. Empowerment setzt zunächst auf die (Selbst-)Befähigung und Entwicklung des Einzelnen, von Krankheit Betroffenen, kann aber genauso auf die Emanzipation und Aufklärung von weiteren, benachteiligten Personengruppen angewandt werden, die durch geeignete öffentliche Rahmenbedingungen zu fördern sind<sup>40</sup>. Dieses Konzept vereint daher im Kern sowohl individuelle als auch kollektive Aspekte vorwiegend partikularistischer bzw. krankheits- und gesundheitsbezogener Art. Saltman betont eine individuelle Perspektive, die eher den Patienten als den Bürger sieht<sup>41</sup>, Vienonen bezieht sich dagegen auf Empowerment im kollektiven und universalistischen, gemeinwohlorientierten Sinne<sup>42</sup>. Diercks versammelt in ihrem Empowerment-Ansatz individuelle und kollektive Aspekte, nämlich individuelle Patientenrechte, individuelle und kollektive Wahlmöglichkeiten und kollektive Beteiligungsrechte.<sup>43</sup> Herriger trennt die individuelle Perspektive von unterschiedlichen kollektiven, universalistischen und partikularistischen Aspekten, die sich auf das politische Gemeinwesen (Emanzipations- und Bürgerrechtsbewegungen), kollektive Selbsthilfe und Fremdhilfe beziehen.<sup>44</sup>

Auch „Community Participation“ oder „Community Development“ gehört in den Kontext des Empowerment, geht es doch darum, die Mitglieder einer Gemeinde bürgernah in die Gesundheitsförderungspolitik miteinzubeziehen und zu gesundheitsbewußtem Verhalten anzureizen. Auf dieser Vorstellung basieren auch die WHO-Programme „Gesundheit für Alle“ und „Gesundheit 21“.<sup>45</sup>

Um sich abzugrenzen von den in diesen Begriffen aufscheinenden oft unmittelbar gesundheitsbezogenen Ansätzen, die auf Aufklärung und Entwicklung abzielen, wird in dieser Arbeit der Begriff „Beteiligung“ verwendet, um explizit die Rolle von Betroffenen und Adressaten im Gesundheitswesen als Bürger eines Gemeinwesens mit bestimmten Rechten herauszustellen.

Da im zweiten Kapitel eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Beteiligungskonzept folgt, soll hier nur kurz auf die zugehörige Forschung eingegangen werden. Die direkte Einbindung von Betroffenen in Entscheidungsprozesse wird in Gradabstufungen modelliert, die zunächst von Arnstein<sup>46</sup> und Fein-

38 Saltman/Figueras 1997, S. 59; Calnan/Halik/Sabbat 1998, S. 325-326; Saltman 1994.

39 Siehe z.B. Reibnitz/Litz 1999, Reibnitz 2001.

40 Rappaport 1985.

41 Saltman, 2000, S. 46.

42 Vienonen, 2000, S. 61.

43 Diercks 2001.

44 Herriger 1997; Diercks 2001, S. 34-35.

45 Brownlea 1987, S. 609-611.

46 Arnstein 1969.

gold<sup>47</sup> vorgelegt und später von Charles/DeMaio<sup>48</sup> und North/Werkö<sup>49</sup> aufgegriffen und spezifiziert wurden. Angeknüpft wird in dieser Arbeit jedoch vor allem an eine Einteilung von Francke/Hart<sup>50</sup>, die leichter anwendbar und überprüfbar erscheint. Zusätzlich soll das hier verwandte Beteiligungskonzept – wie das von Diercks angewandte Empowerment-Konzept – andere und indirekte Beteiligungsformen (Wahl und Auswahl) umfassen und sich über die Beteiligung an Entscheidungen hinaus auch auf Beteiligung an Handlungsprozessen beziehen.<sup>51</sup>

Die politische Konzipierung von Patienten- und Bürgerbeteiligung befindet sich, wie bereits erwähnt, oft noch in einem Entwicklungsstadium; daher wurde diese Thematik wissenschaftlich zunächst in Form von Empfehlungen im Rahmen einer Politikberatung behandelt. Neben den Dokumenten von WHO und Europarat gehören (in Deutschland) in diese Kategorie auch ein Gutachten von Badura, Hart und Schellschmidt<sup>52</sup> für das Land Nordrhein-Westfalen, ein Gutachten Harts und Franckes<sup>53</sup> für die Gesundheitsministerien des Bundes und Nordrhein-Westfalens, sowie Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen<sup>54</sup>. Auch ein Sonderteil des Bundesgesundheitsblatts (2002/1) ist dem Thema unter der Überschrift Patientenselbsthilfe gewidmet worden. Das Thema Patienten- und Bürgerbeteiligung ist zudem unter verschiedenen Aspekten – wieder in Zusammenarbeit mit der WHO in Europa – auf einer Tagung unter Leitung Baduras und Schellschmidts<sup>55</sup> erörtert worden. Mit der Umsetzung kollektiver Patientenbeteiligung in Deutschland beschäftigen sich erstmals Analysen von Heberlein, Köster und Mosebach in einem Schwerpunktheft des Jahrbuchs für Kritische Medizin.<sup>56</sup>

Die praktisch und Politik beratend orientierte Gesundheitswissenschaft (Public Health) hat den theoretischen und ideellen Grundlagen von Beteiligung bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Eine Weiterentwicklung verspricht daher die Anknüpfung an Beteiligungskonzepte aus der politikwissenschaftlichen Bürgerbeteiligungs- und Bürgergesellschaftsdebatte. Diese Verbindung zwischen Bürgergesellschaft und Gesundheitswesen wurde in Deutschland in der Debatte in der Enquête-Kommission zur Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements<sup>57</sup>

---

47 Feingold 1977.

48 Charles/DeMaio 1993.

49 North/Werkö 2002.

50 Francke/Hart 2001.

51 Francke und Hart konzentrieren sich nur auf voice-Ansätze und sehen ab von election, choice und exit, auch wenn sie jene erwähnen: Francke/Hart 2001, S. 28. Hart (2005, S.8) geht aber wohl in eine andere Richtung im Konzept der „Einbeziehung“.

52 Badura/Hart/Schellschmidt 1999.

53 Hart/Francke 2001.

54 SVRKAiG 2002, 2003.

55 Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen, 2000.

56 Heberlein 2005; Köster 2005; Mosebach 2005.

57. Deutscher Bundestag 2002.

hergestellt, aber noch nicht vertieft. Nicht nur aus gesundheitswissenschaftlicher, auch aus politikwissenschaftlicher Perspektive ist – gerade in der deutschen Diskussion – die Vereinigung von Patientenbeteiligung und Bürgerbeteiligung aus zwei wissenschaftlichen und thematischen Kontexten noch in den Anfängen.<sup>58</sup> Dies ist zum einen bedingt durch das spezifische deutsche Gesundheitssystem, zum anderen verursacht durch die Komplexität eines Gesundheitswesens an sich mit seiner Akteurs- und Interessenvielfalt und -gegensätzlichkeit.

In Ländern mit einer steuerfinanzierten, öffentlichen Gesundheitsversorgung, die integrierter Teil der öffentlichen Verwaltung und Gegenstand politischer Entscheidungen und öffentlicher Bewertungen ist, ist auch die Diskussion um erweiterte Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen in erster Linie Teil einer allgemeinen Debatte um Bürgerbeteiligung in Politik und Verwaltung. Anders in Ländern mit Sozialversicherungssystemen, in denen die Versorgung hauptsächlich in funktionaler Selbstverwaltung organisiert und finanziert und zum größten Teil privat erbracht wird. Hier bringt die weitgehende Trennung des Gesundheitswesens von der staatlich-öffentlichen Politik auch eine – temporale – Abkoppelung von allgemeinen politischen und administrativen Reformtrends wie von der Debatte um Bürgerbeteiligung mit sich: Während Bürgerbeteiligung in der kommunalen Planung und Entwicklung schon seit den 1970er Jahren in Deutschland diskutiert und realisiert wird, ist sie erst Ende der 1990er Jahre im Gesundheitswesen angekommen.

Aber auch wenn Bürgerbeteiligung in der öffentlichen, kommunalen Verwaltung diskutiert und umgesetzt wird, zeigen sich doch Unterschiede zwischen ihrer Umsetzung in Sozialdiensten und in einem öffentlichen Gesundheitsdienst, darin dass – wie im finnischen Fall – auch in einem öffentlichen Gesundheitssystem verstärkte Patienten- und Bürgerbeteiligung nur zögernd und insofern verspätet in Angriff genommen werden.

Dennoch kann sich die Übertragung von Konzepten der Bürgerbeteiligungsdebatte in Kommunalpolitik und Sozialverwaltung auf das Gesundheitswesen als fruchtbar erweisen, da es im Kern auch hier um die Relationen zwischen Patienten und Bürgern bzw. Betroffenen und Adressaten auf der einen Seite und Politik, Verwaltung und Leistungserstellung auf der anderen Seite geht.

Überblicke zur Patienten- und Bürgerbeteiligung (z.B. bei Francke und Hart) bzw. zum Patient Empowerment haben bisher nur einzelne Länder in informativer Absicht nebeneinander gestellt, aber nicht verglichen, noch den gesundheitssystemtypischen Kontext thematisiert oder die Möglichkeiten der Entwicklung bestimmter Beteiligungsformen unter bestimmten strukturellen Rahmenbedingungen genauer untersucht.<sup>59</sup>

---

58 Eine erste Bestandsaufnahme (Schwartz 1995) zum Einfluss von „Patienteninteressen“ auf Entscheidungen im Gesundheitssystem bleibt noch dem Patientenfokus verhaftet, auch wenn Entscheidungen auf allen Systemebenen in den Blick genommen werden. Ähnlich: Greß/Tophoven/Wasem 2002. Diercks (2001) nimmt in ihrer Arbeit prinzipiell auch den Bürger in den Blick.

59 Calnan/Halik/Sabbat 1998, S. 335, 336.

Ein Ansatz zur Thematisierung der institutionellen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen findet sich bei Vienonen<sup>60</sup>, der auf einen Zusammenhang zwischen Finanzierungs- und Beteiligungsformen verweist. Gesundheitssysteme gehen jedoch über die Institutionalisierung von Finanzierungsmodi hinaus. Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen berührt sowohl das Versorgungssystem als auch die Gesundheitspolitik bzw. das (gesundheits-)politische System mit seinen spezifischen Akteurs- und Interessenkonstellationen. Gängige sozialwissenschaftliche Typenbildungsansätze, die anhand der Kategorien Organisation, Finanzierungsmodi, Produktionsformen, Anspruchsvoraussetzungen, einbezogener Personenkreis, Leistungsumfang, politische Leitprinzipien und Machtverhältnisse unterschiedliche Wohlfahrtsstaats- bzw. Sozialstaatsmodelle konstruieren, erweisen sich als wenig gesundheitssystemspezifisch bzw. zu unsensibel und bedürfen für diese Untersuchung einer Erweiterung und Spezifizierung.

## Zusammenfassung

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen weist einige Lücken auf, die diese Untersuchung auszufüllen beabsichtigt:

- der Beteiligungsbegriff ist noch wenig konturiert, wobei eine sinnvolle Verknüpfung von Partizipation(sansätzen) nach gesundheitswissenschaftlichem und Beteiligung(sansätzen) nach politikwissenschaftlichem Verständnis wünschenswert ist;
- öffentliche Beteiligung im Gesundheitswesen ist allgemein ein vernachlässigtes Thema – über ihren Beratungs- und Empfehlungscharakter sind die bisherigen wissenschaftlichen Beiträge dazu in der Regel noch nicht hinausgekommen<sup>61</sup>;
- es fehlen Ländervergleiche, die mehr sind als ein Nebeneinander von Einzelfallstudien;
- die ideellen, aber auch die strukturbedingten Hintergründe von Patienten- und Bürgerbeteiligung sind noch ungeklärt;<sup>62</sup>
- eine Beantwortung der Frage nach der Bedeutung des Ordnungsrahmens des Gesundheitssystems für Beteiligungsformen steht noch aus.<sup>63</sup>

Von Interesse ist insbesondere eine explizite Thematisierung (und Differenzierung) der Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Beteiligungsstrukturen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen. Dabei bedarf die Untersuchung von

---

60 Vienonen 2000, S. 61-62; zitiert auch bei Badura/Hungeling 1999, S. 2; Kiewel 2002, S. 27.

61 Vgl. aber Heberlein 2005, Köster 2005, Mosebach 2005.

62 Markenstein 2000, S. 82; Hart 2000a, 2000b.

63 Badura/Schellschmidt 2000a, S. 224. Schwartz 1995. Vgl. aber Vienonen 2000, S. 61-62.

Beteiligungsweisen eines systemübergreifenden Erfassungsrasters, um wiederum systembedingte Besonderheiten erfassen zu können.

## Forschungsinteresse und Fragestellung der Untersuchung

### Grundlagen der Untersuchung

*Patientenbeteiligung und Bürgerbeteiligung* im Gesundheitswesen stehen im Mittelpunkt der Untersuchung dieser Arbeit – *Patientenbeteiligung*, weil es dort zunächst um den Kranken, den Patienten im engeren Sinne geht, und *Bürgerbeteiligung* deshalb, weil dieser Patient hier vor allem als Bürger mit besonderen Rechten betrachtet werden soll: Bürger sind potentielle Patienten, Patienten sind immer auch Bürger.<sup>64</sup> Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligung von „Patienten“ (als Kranke) eine partikularistische Perspektive auf das Gesundheitswesen unterstreicht, während die Beteiligung von „Bürgern“ einen universalistischen Blickwinkel impliziert. Patienten- und Bürgerbeteiligung, d.h. zwei Rollen-Aspekte zugleich werden aber auch deshalb thematisiert, um die unterschiedlichen Schwerpunktpunkte von Beteiligung, ihrer Formen und Ziele, in verschiedenen Gesundheitssystemen aufzeigen zu können. Das ist auch der Grund, weshalb hier Patienten und Bürger sowohl als Gruppe als auch als einzelne Individuen betrachtet werden. Dazu mehr bei der Vorstellung der forschungsleitenden Annahmen.

*Beteiligung* wird daher für diese Arbeit umfassend verstanden als individuelle und kollektive Einflussnahme bzw. Einwirkung von Patienten und Bürgern auf Entscheidungs- und Handlungsprozesse in der Krankenversorgung und in der Gesundheitspolitik, z.B. auf den Umfang und die Ausgestaltung der medizinischen Leistungen. Beteiligt werden soll(t)en Patienten und Bürger vor allem an Allokationsentscheidungen. Beteiligung kann ermöglicht werden als indirekte Beteiligung (repräsentative Beteiligung über Wahlen), direkte Beteiligung (Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung), als Umfragebeteiligung, oder über Auswahl- und Abwanderungsmöglichkeiten (choice und exit).

*Entscheidungsprozesse* in der Gesundheitspolitik und *Handlungsprozesse* in der Krankenversorgung betreffen zum einen strukturierte, politische und administrative<sup>65</sup> Verfahren der Politikformulierung und Entscheidungsfindung wie auch der Implementation von Entscheidungen und zum anderen medizinisch beeinflusstes Entscheiden und Handeln in der konkreten Versorgungssituation.

### Verortung der Untersuchung

Patienten- und Bürgerbeteiligung bewirkt eine Stärkung der Position von Patienten und Bürgern als eigenständige Akteure und in Beziehung zu anderen Akteu-

---

64 Francke/Hart 2001, S. 30.

65 Im weitesten Sinne – darunter fallen auch Entscheidungen der Sozialversicherung.

ren im Gesundheitswesen. Beteiligung ist – zumindest in den in dieser Arbeit zu untersuchenden Ländern – nicht von Patienten und Bürgern errungen oder erkämpft worden, sondern sie wird politisch gewährt. Beteiligung bildet somit ein politisches Programm (und zugleich ein staatliches Steuerungsinstrument im Politikfeld Gesundheit). Fragen nach den Umsetzungs- bzw. Ausdrucksformen und den politischen Zielen von Beteiligung betreffen die Inhalte des Beteiligungsprogramms – insofern geht es in dieser Arbeit um Policy-Aspekte. Beteiligung vollzieht sich in institutionalisierten Entscheidungsprozessen, weshalb sich das Augenmerk der Untersuchung auf Strukturen solcher Prozesse richtet – insofern werden in dieser Arbeit auch Polity- und Politics-Aspekte angesprochen. Verglichen werden in verschiedenen Gesundheitssystemen Beteiligungsprogramme und solche Strukturen von Entscheidungsprozessen, in denen Beteiligung verankert geplant und realisiert wird. Damit ist wiederum eine Makro Perspektive auf System- bzw. systemische Zusammenhänge verbunden.

### Forschungsleitende Annahmen und Fragestellung

Untersucht werden in dieser Arbeit die in Gesundheitssystemen verschiedener Länder in der Umsetzung befindlichen politisch-administrativen Programme von Patienten- und Bürgerbeteiligung. Von Interesse sind dabei insbesondere Fragen nach der Art und Weise von Beteiligung und nach ihren Zielen – im Kontext von spezifischen institutionellen Strukturen im Gesundheitswesen bzw. Akteurskonstellationen in der Gesundheitspolitik. Das heißt: In welcher Weise können Patienten und Bürger infolge solcher Beteiligungsprogramme Einfluss auf für sie relevante Entscheidungen im Gesundheitswesen ausüben, wie sind sie in Entscheidungsprozesse eingebunden? Und: Welche Ziele verfolgen die gesundheitspolitischen Akteure (bzw. der Staat) mit der Einführung oder Erweiterung von Beteiligung, wozu soll Beteiligung dienen? Die Frage nach den politischen Zielen von Beteiligung wird dabei in erster Linie unmittelbar gegenstandsbezogen und programmatisch (Beteiligungszweck) verstanden, auch wenn Akteurs und Politikpolitikfeld bezogene bzw. steuerungspolitische Absichten nicht außer acht gelassen werden sollen.

Zur Beantwortung dieser Fragen können zunächst einige *Grundannahmen* gemacht werden, und zwar bezüglich:

- eines Zusammenhangs zwischen Formen und Zielen von Beteiligung: Es wird vermutet, dass mit der Einbindung von Patienten und Bürgern unterschiedliche gesundheitspolitische Ziele und Strategien verfolgt werden, das heißt, dass verschiedene Einbindungsformen von Patienten und Bürgern unterschiedliche Funktionen erfüllen sollen.
- eines Zusammenhangs zwischen Formen und Zielen von Beteiligung und Systemstrukturen: Es ist außerdem davon auszugehen, dass Formen und Ziele von Patienten- und Bürgereinbindung im Gesundheitswesen von dessen institutionellen Strukturen bzw. institutionalisierten Akteurskonstellationen, von Leitprinzipien des Sicherungssystems und der Gesundheitspolitik abhängen.

Anknüpfend an diese Grundannahmen und über sie werden in dieser Arbeit folgende *Thesen* untersucht:

- Gesundheitssystemspezifische Beteiligungsstrukturen: Es gibt Vermutungen, dass bestimmte Finanzierungsmodelle und durch diese geprägte Gesundheitssysteme verknüpft seien mit bestimmten Rollenperspektiven und der Betonung bestimmter Rollen Aspekte von Patienten und Bürgern, mit vorherrschenden Verantwortlichkeiten und Schwerpunktebenen der Patienten- bzw. Bürgereinbindung.<sup>66</sup> „Makrofundierten“ öffentlichen Gesundheitsdiensten, die die kollektive Einbindung der Patienten und Bürger in Entscheidungen auf Meso- und Makroebene herausstellten, stünden dann „mikrofundierte“ Sozialversicherungssysteme gegenüber, in der die Wahl des Leistungserbringers und die Einbindung des einzelnen Patienten in ärztliche Therapieentscheidungen eine überragende Rolle spiele. Erstere verfolgten zudem einen universalistischen, gemeinwohlorientierten Ansatz der Bürgerbeteiligung, letztere dagegen einen partikularistischen, auf spezifische Interessen, z.B. Krankheiten, bezogenen Ansatz. Ob diese Überlegungen tatsächlich so zutreffen, bleibt zu prüfen.
- Gesundheitssystemspezifische Beteiligungsziele bzw. Beteiligungsfunktionen: Auf den ersten Blick offenbaren sich zwei Ziele bzw. Funktionen von Beteiligung, wobei Mischformen möglich sind.<sup>67</sup> So begegnen sich die Ziele einer demokratischen Durchdringung des Gesundheitssystems und einer Verbesserung der Funktionalität (Wirksamkeit, Qualität, Wirtschaftlichkeit) des Versorgungssystems und der Gesundheitsversorgung; oder anders formuliert: ein ideelles oder auch finales Ziel steht einem eher technischen bzw. instrumentellen Ziel von Beteiligung gegenüber. Dahinter sind Vorstellungen zu vermuten wie die, dass Betroffene um ihrer selbst willen oder im Hinblick auf eine Erhaltung oder Verbesserung des Systems eingebunden werden können, aber auch, dass sie effektiv oder nur scheinbar beteiligt werden können bzw. sollen. Dem oben erörterten Muster entsprechend ist zu vermuten, dass öffentliche Gesundheitssysteme eher normative Ziele von Beteiligung und Sozialversicherungssysteme funktionale Beteiligungsziele verfolgen. Es bleibt zu prüfen, ob Beteiligung der Demokratisierung oder der Funktionalitätsverbesserung des Gesundheitswesens dient, oder ob mit Beteiligung eine spezifische Kombination dieser beiden Aspekte verfolgt wird.

Zur empirischen Prüfung dieser Thesen werden Beteiligungsmuster aus systemvergleichender Perspektive heraus betrachtet. Dabei ist nach gesundheitssystemspezifischen Formen und Zielen von Patienten- und Bürgereinbindung zu fragen.

---

<sup>66</sup> Vgl. Viononen 2000, S. 61.

<sup>67</sup> Vgl. Mosebach 2005, der zwischen einer demokratischen und einer ökonomischen Achse unterscheidet.

Die offene *Fragestellung*, die die Arbeit zu beantworten versucht, kann schließlich wie folgt formuliert werden: Gibt es – bis zur und seit der Erweiterung von Einflussmöglichkeiten in den letzten Jahren – systemspezifische Formen<sup>68</sup> und Ziele<sup>69</sup> von Patienten- und Bürgereinbindung und -einwirkung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen, d.h. in unterschiedlichen Versorgungs- und Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen?

### Operationalisierung der Fragestellung

Die Frage nach Formen, Zielen und Funktionen von Patienten- und Bürgerbeteiligung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen lässt sich wie folgt ausdifferenzieren:

- Was zeichnet die unterschiedlichen Gesundheitssysteme systemspezifisch aus?
- Welche Formen von Patienten- und Bürgereinbindung gab es bis in die 1990er Jahre und gibt es heute in den verschiedenen Gesundheitssystemen?
- Sind diese Beteiligungsformen systemtypisch oder systemübergreifend, das heißt, sind sie durch die systemspezifischen Versorgungs- und Entscheidungsstrukturen bedingt oder vielmehr typisch für jegliches Gesundheitssystem?
- In welcher Position befanden sich bis in die 1990er Jahre und befinden sich heute Patienten und Bürger in den verschiedenen Gesundheitssystemen? Welche Rolle wird ihnen zugeordnet?
- Ist ihre Position bzw. Positionszuschreibung systemtypisch oder systemübergreifend anzutreffen?
- Mit welchen Zielen und Begründungen verfolgen die Gesundheitspolitiker stärkere Patienten- und Bürgereinbindung (seit den 1990er Jahren)? Welche konzeptionellen Vorstellungen und strategischen Absichten sind hinter der Stärkung oder auch Vernachlässigung von Patienten- und Bürgerbeteiligung erkennbar?
- Sind Ziele, Begründungen und Funktionen von Beteiligung systemtypisch oder systemübergreifend?

Geleistet werden soll also in dieser Arbeit zunächst eine konzeptgeleitete Exploration der Formen und Ziele von Beteiligung in verschiedenen Gesundheitssystemen mit Hilfe eines im zweiten Kapitel zu entwickelnden heuristischen Rasters. Im Zentrum aber steht eine Untersuchung der Zusammenhänge zwischen System(struktur)en, Beteiligungsformen und gesundheitspolitischen Zielen von Beteiligung im Gesundheitswesen aus vergleichender Perspektive. Dabei ist auch die zeitliche Entwicklung sowohl von Einbindungsformen als auch von Systemstrukturen in den Blick zu nehmen, um zwischen systemimma-

68 Gemeint sind: individuelle und kollektive, indirekte und direkte Arten der Patienten- und Bürgereinbindung; Voice, Choice und Exit-Formen.

69 Das sind: Kombinationen von Demokratisierungs- und Funktionalitätsabsichten.

nentem Wandel und systemexternen Einflüssen, zwischen Kontinuität und Brüchen zu differenzieren.

Das Ziel der Untersuchung ist schließlich neben der Beantwortung der konkreten Fragestellung die Illustration oder empirische Widerlegung der vorgestellten Thesen.

## Theoretische Perspektive und Methoden

### Theoretische Perspektive

Der Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystemen bzw. Entscheidungsstrukturen, Beteiligungsweisen und -zielen liegt eine institutionentheoretische Perspektive zugrunde, verbunden mit systemtheoretischen Aspekten.

Institutionen, genauer: institutionalisierte Strukturierungen<sup>70</sup>, werden in dieser Arbeit „neo-institutionalistisch“ definiert, sowohl – im engeren Sinne – als Verfahrensweisen oder Regelsysteme der Vermittlung zwischen Akteuren, deren Interessen und ideellen Vorstellungen und der Durchsetzung daraus resultierender Entscheidungen, als auch – im weiteren Sinne – als Bedeutungssysteme, die eine Orientierung, eine Interpretation und Legitimation für das Handeln von Akteuren bieten.<sup>71</sup> Kurz: Institutionen sind hier von Interesse als institutionalisierte Akteurskonstellationen und Entscheidungsstrukturen im Politikfeld Gesundheitswesen. Sie bieten insofern einen Rahmen und Orientierungsdaten für Patienten- und Bürgerbeteiligung, als Beteiligung in bestehende Institutionen eingefügt wird; durch Patienten- und Bürgerbeteiligung, die eine Erweiterung des Akteurskreises und der Entscheidungsstrukturen impliziert, werden sie aber zugleich verändert.

Institutionen geben Orientierung in der Weise, dass sie bestimmte „institutionalisierte“ Wertvorstellungen und Handlungsprinzipien, d.h. Leitbilder oder Leitideen für ein abgegrenztes Handlungsfeld repräsentieren.<sup>72</sup> Als solche Handlungsfelder bzw. Handlungssysteme werden hier die unterschiedlichen, durch ihre Funktion voneinander abzugrenzenden Systeme oder Subsysteme in einer Gesellschaft aufgefasst, die sich durch bestimmte Handlungsprinzipien bzw. Systemlogiken auszeichnen. Damit ist eine Verbindung hergestellt zu systemtheoretischen Konzepten der Politikwissenschaft.

---

70 Nach Lepsius 1996, S. 394.

71 Göhler 1997, S. 28-29; Lepsius 1997, S. 58; Rehberg 1994; Lessenich 2003, S. 41-42; Hall/Taylor S. 6-7; 14-15.

72 Rehberg 1994; Lepsius 1996, 1997.

## Forschungsdesign und methodische Herangehensweise

Zur Beantwortung der Fragestellung und zur Bearbeitung der vorgestellten Thesen, d.h. um den Einfluss von systemspezifischen Strukturen und politischen Leitprinzipien auf die Wahl von Beteiligungsformen darzustellen, empfiehlt sich ein Vergleich unterschiedlicher Gesundheitssysteme, in denen die Einbindung von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen bereits praktiziert wird. Von Interesse sind dabei – der ersten These zufolge – insbesondere Beteiligungsformen auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitssystems, so dass in dieser Hinsicht von einer Mehrebenenanalyse gesprochen werden kann. Die Studie ist daher als fallorientierte vergleichende Analyse mit einem Most Different Systems Design angelegt. Dabei geht es jedoch – gemäß der Fragestellung – nicht um eine Erklärung von Politikergebnissen mittels einer Politics-Analyse, sondern um eine konzeptgeleitete Beschreibung und Untersuchung von Beteiligungsweisen und -formen und politischen Beteiligungszielen in Entscheidungsprozessstrukturen im Kontext von ähnlichen und unterschiedlichen Gesundheitssystemen.

Da tragfähige Konzepte zur Erfassung und Untersuchung von Beteiligung im Gesundheitswesen zunächst noch zu erarbeiten sind und Beteiligung erst seit kurzem praktiziert und noch nicht statistisch dokumentiert wird, liegt die Verwendung qualitativer Methoden in dieser Untersuchung nahe. Als Verfahrenstechniken werden eine Dokumentenanalyse angewandt und eine konzeptgeleitete qualitative Inhaltsanalyse – im weiteren Sinne<sup>73</sup>, d.h. ein Verfahren zur inhaltlichen Strukturierung und Zusammenfassung des Textmaterials. Untersucht werden außerdem zunächst rechtlich fixierte Handlungsspielräume, die Ansatzpunkte für Beteiligung geben, da eine teilnehmende Beobachtung in wichtigen Entscheidungsgremien der Gesundheitssysteme nicht möglich war. Hinweise auf die tatsächliche Ausgestaltung von Beteiligung und den tatsächlichen Einfluss von Patienten und Bürgern konnten häufig aus Sekundärquellen gewonnen werden.

### *Länderauswahl*

Für den Vergleich wurden zwei Länder mit unterschiedlichen Gesundheitssystemmodellen ausgewählt, bei denen zu vermuten ist, dass Patienten und Bürger grundsätzlich unterschiedliche Einflussmöglichkeiten im Gesundheitssystem hatten bzw. haben und darin auch unterschiedliche Funktionen erfüllen könnten. Als dritter Vergleichsfall wurde schließlich ein Mischtyp gewählt, der Eigenschaften beider Extremtypen aufweist, und bei dem anzunehmen ist, dass Beteiligungsformen und -ziele beider Modelle auftreten. Ausgewählt wurden Finnland mit einem steuerfinanzierten, öffentlichen und dezentralisierten Gesundheitssystem und Deutschland als Sozialversicherungssystem mit öffentlichen und privaten Anbietern, in dem wichtige Entscheidungen zentral getroffen werden,

---

73 Vgl. Tuomi/Sarajärvi 2002, S. 93.

außerdem das postsozialistische Polen mit einem gemischt organisierten Volksversicherungssystem.

Die Auswahl dieser Länder erfolgte jedoch nicht nur wegen ihrer unterschiedlichen Gesundheitssystemmodelle, sondern auch wegen gewisser Gemeinsamkeiten aller drei Gesundheitssysteme, nämlich gemeinsamer Entwicklungstrends in bzw. seit den 1990er Jahren:

- Überall wurden in einem ersten Schritt Patientenrechte (mit Patientenbeteiligungsrechten auf Mikroebene) bereits normiert – in Gesetzesform in Finnland, in Form einer Charta in Deutschland und sowohl innerhalb eines Gesetzes als auch als Charta in Polen.
- Die Initiative für Patienten- und Bürgerorientierung (Patientenrechte und Patienten- und Bürgerbeteiligung) geht vom Staat aus und nicht von mächtigen Patientenorganisationen und Bürgerrechtsbewegungen.
- Überall waren in den 1990er Jahren Umstrukturierungen und Einschnitte im Gesundheitswesen notwendig; Rationierung im weiteren Sinne wurde mehr oder weniger explizit thematisiert.

## Theoretische und empirische Herangehensweise – Aufbau der Arbeit

### *Theoretische Herangehensweise*

Zur Beantwortung der Fragestellung ist im zweiten Kapitel zunächst eine Auseinandersetzung mit Gesundheitssystemen bzw. Systemmodellen und ihren spezifischen Strukturen in Krankenversorgung und Gesundheitspolitik. Aus dem Systemtypischen an den Gesundheitssystemmodellen soll für die Darstellung und Analyse der realen Systeme ein Beobachtungsraster entwickelt werden.

Als nächstes werden die Begriffe „Patient“ und „Bürger“ expliziert und die Besonderheiten von Patienten- und Bürgerperspektiven (individuell oder kollektiv, partikularistisch oder universalistisch) im Gesundheitswesen dargelegt.

Daraufhin soll dargelegt werden, was Beteiligung ist, auf welche Aktivitäten und Prozesse sie sich bezieht, wie sie ausgestaltet sein kann und welche normativen Ideen hinter ihr stehen. Aus dieser Diskussion heraus wird schließlich ein eigenes Konzept und Erfassungsraster aufgestellt werden.

Eine weitere theoretische Auseinandersetzung bezieht sich auf unterschiedliche Rollen(aspekte) und rollenspezifische Einflussmöglichkeiten von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem. Sie verweisen auf unterschiedliche funktionale Zusammenhänge, Positionen und Beziehungsmuster der Akteure im Gesundheitswesen, in denen Patienten und Bürger positioniert sind und durch erweiterte Einbindungsmöglichkeiten neu positioniert werden können. Dabei gilt es, sich auf den Kern von Partizipation zu konzentrieren: die Beziehungen zwischen Patienten und Bürgern (auf der einen Seite) und den politischen Entscheidern, den Gewährleistern, den Versorgungseinrichtungen und den Leistungserbringern (auf der anderen Seite). In einem Funktionsvieleck lassen sich diese Beziehungs- und Einbindungsmuster grundlegend und modellübergreifend darstellen. Hier geht es vor allem um die Relationen Bürger - Politik bzw. Patient -

Output sowie um die Beziehungen Politik – Gewährleistung - Leistungserbringung und Bürger/Patient - Produktion. Und es sind genau diese Funktionsverteilungen und Relationen, die systemspezifische Eigenarten aufzeigen und genauer untersucht werden müssen: Welche Position hat der Patient und Bürger in Gesundheitssystemen vom Typ „öffentlicher Gesundheitsdienst“ und vom Typ „soziale Krankenversicherung“? – Hierzu lassen sich für die unterschiedlichen Gesundheitssysteme wiederum jeweils spezifische Funktionsvielecke skizzieren.

Auch Begründungen und Ziele bei der Schaffung und Erweiterung von Patienten- und Bürgerbeteiligung setzen an diesen Funktionszusammenhängen und Relationen an, wie eine Analyse von Begründungen von Patienten- und Bürgerbeteiligung zeigen kann. Mittels der Relationen im Funktionsvieleck lässt sich verdeutlichen, in welcher Weise die beteiligten Akteure im Gesundheitssystem (bzw. das Gesundheitssystem als Ganzes) ihr Handeln gegenüber anderen Akteuren und insbesondere gegenüber den Patienten und Bürgern legitimieren (müssen) – durch Responsivität von Politik und Leistungserbringung gegenüber den Patienten und Bürgern, durch Effizienz und Effektivität der Produktion bzw. der Leistungserbringung gegenüber der Politik (und Finanzierungsseite) sowie gegenüber den Empfängern von Leistungen. Offes Schema zur funktionalen Bestimmung politisch-administrativen Handelns<sup>74</sup> lässt sich entsprechend auf das Gesundheitswesen übertragen, und verdeutlicht so den Handlungs- und Begründungsrahmen von Gesundheitspolitik zwischen unterschiedlichen, um Einfluss ringenden Subsystemen. In einem letzten Schritt sollen dann diese Ziele und die sie stützenden Handlungslogiken und Legitimationsmuster in Beziehung zu den Gesundheitssystemmodellen gesetzt werden.

### *Empirische Herangehensweise*

Diese theoretischen Konzepte sollen daraufhin in den Kapiteln drei, vier und fünf empirisch nachvollzogen und geprüft werden. Untersucht werden dabei reale Systeme, Beteiligungsformen und Argumentationsmuster in drei verschiedenen Gesundheitssystemen (zwei unterschiedlichen Typen und einem Mischtypus).

Dabei werden zunächst die Charakteristiken dieser verschiedenen Gesundheitssysteme mit Hilfe des entwickelten Beobachtungsrasters vorgestellt, bevor reale Einbindungs- und Beteiligungsformen mittels des zuvor im theoretischen Teil entwickelten Konzepts und Erfassungsrasters erforscht und schließlich die Argumentationsmuster gesundheitspolitischer Akteure ermittelt werden.

Im vierten Kapitel werden Einbindungsformen in versorgungsrelevante Entscheidungen über den Leistungsumfang der öffentlichen oder beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung, über die Art und Qualität der Behandlung und über die Finanzierung der Gesundheitsversorgung untersucht. Damit stehen zugleich Beziehungen zwischen Patienten bzw. Bürgern, Entscheidern und Insti-

---

74 Offe 1973, S.213; Buse/Nelles 1975, S. 64.

tutionen auf allen Ebenen des Gesundheitswesens im Visier der Untersuchung. Anhand der für die Betroffenen wichtigsten Entscheidungsgegenstände lässt sich somit ein systemspezifisches Beziehungsspektrum erstellen.

Im fünften Kapitel werden daraufhin Diskussionen zur Patienten- und Bürgerbeteiligung in den drei Ländern mit Hilfe der Kategorien „Konzept“, „Kontext“, „Rollenzuschreibungen“, „Beteiligungsdefinition“ und „Ziele“ analysiert, um dadurch die mit der Beteiligung von Patienten und Bürger verfolgten gesundheitspolitischen Zielvorstellungen aufzuschlüsseln.

## 2. Theoretische Konzepte

### Gesundheitssysteme im Vergleich

Der Begriff des Gesundheitssystems beschreibt Strukturen und kollektives Handeln mit dem Ziel der Gesundheitssicherung der Bevölkerung eines Landes sowie deren Ergebnisse.<sup>75</sup> Das Gesundheitssystem lässt sich analytisch gliedern in die drei Teilbereiche des Gesundheitsversorgungssystems (oder alternativ: des Krankenversorgungssystems, des Medizinsystems, des Behandlungssystems), des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung und der Gesundheitspolitik.<sup>76</sup> In vielen Untersuchungen von Gesundheitssystemen, und so auch in dieser Arbeit, wird vom zweiten Aspekt abstrahiert und die Aufmerksamkeit allein auf Versorgungssystem und Gesundheitspolitik fokussiert. Während sich das Gesundheitsversorgungssystem auf die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit in der Praxis bezieht, konzentriert sich Gesundheitspolitik auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch Organisation, Finanzierung und Steuerung von Strukturen und Maßnahmen zu eben diesem konkreten Zweck.<sup>77</sup> Versorgungssystem und Gesundheitspolitik sind insofern eng miteinander verknüpft. Verschiedene Gesundheitssysteme werden u.a. nach der Art und Weise unterschieden, wie Gesundheitsversorgung organisiert, finanziert und gesteuert wird, welche zentralen Akteuren die Gesundheitspolitik gestalten und welche gesundheitspolitischen Leitideen maßgebend sind.<sup>78</sup> Dazu mehr im Folgenden.

Diese Arbeit befasst sich mit Patienten- und Bürgerbeteiligungsformen in verschiedenen Gesundheitssystemen und bedient sich dazu eines Vergleichs als Instrument und Methode. Der Vergleich stützt sich wiederum auf eine theore-

---

75 Roemer 1991, S. 3.

76 Beske/Hallauer 2001, S. 45; Lüschen/Cockerham/van der Zee 1995, S. 14.

77 Rosenbrock 2003, S. 732, 707; Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 13.

78 Murswieck 2003, S. 173; Roemer 1991, S. 31.

tisch-abstrakte Klassifizierung der Grundmerkmale eines Gesundheitssystems und ihrer systemspezifischen Ausprägungen in (idealtypischen) Systemmodellen. Solche abstrakten Systemmodelle bilden dabei sowohl den analytischen Ausgangspunkt als auch ein Instrument (Raster) zur Erfassung realer Systeme. Es handelt sich dabei gewissermaßen um eine „Liste von Fragen bezüglich unterschiedlicher Aspekte von Systemen“<sup>79</sup>.

Gesundheitssystemtypologien werden aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Perspektiven heraus gebildet, die bestimmte Aspekte des Gesundheitssystems betonen. So beschäftigen sich Gesundheitsökonominnen vor allem mit Finanzierungs- und Allokationsfragen im Gesundheitswesen, Mediziner mit der konkreten Leistungserbringung und Diagnose- und Therapieverfahren, Gesundheitswissenschaftler mit epidemiologischen Fragen, Politikwissenschaftlicher und Soziologen mit Gesundheitssicherung als ein Bereich des Wohlfahrts- oder Sozialstaates, mit Gesundheitspolitik als ein Teilbereich der Sozialpolitik, die der Ungleichverteilung von Ressourcen und Chancen entgegenwirkt, aber auch mit Gesundheitsverhalten und der sozialen Dimension von Krankheit. Sozialwissenschaftler befassen sich dabei explizit mit Gesundheitssystemtypen, während Gesundheitsökonominnen und Gesundheitswissenschaftler auf deren Forschungsergebnisse zurückgreifen.

Vergleichende sozialwissenschaftliche Untersuchungen von Gesundheitssystemen lassen sich im allgemeinen zwei unterschiedlichen Ansätzen bzw. Perspektiven zurechnen – der Perspektive einer expliziten und oft funktionalistisch vergleichenden Gesundheitssystemforschung (1) und der einer sozialpolitisch verankerten vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung (2), die sich mehr oder minder explizit (auch) dem Gesundheitssystem widmet.

(1) Die *international vergleichende Gesundheitssystemforschung* konzentriert sich zum einen auf Einzelaspekte von Gesundheitssystemen und zum anderen auf Systeme als Ganzes. Beispiele für ersteres sind eine Untersuchung des Gesundheitsverhaltens in westeuropäischen Ländern (WESH-Studie)<sup>80</sup> oder eine Analyse von Gesundheitsreformen in den Transformationsländern Ostmitteleuropas<sup>81</sup>, ein Beispiel für letzteres ist eine Studie zum Kostenaufwand und Versorgungsnutzen in westlichen OECD-Ländern<sup>82</sup>. Wirkliche Vergleiche sind eher selten, meistens werden Länderstudien oder Beschreibungen von Gesundheitssystemen in einzelnen Ländern nebeneinander gestellt und ausgewählte Aspekte schließlich zusammenfassend verglichen. Ähnlich verhält es sich auch bei vergleichenden Darstellungen von Gesundheitssystemen weltweit<sup>83</sup>, von ausgewählten westlichen Industrieländern<sup>84</sup> bzw. europäischer oder EU-Länder.<sup>85</sup>

Zwischen unterschiedlichen Gesundheitssystemen wird dabei meist grundlegend nach dem Grad staatlicher Intervention ins Marktgeschehen bezüglich der

79 Włodarczyk/Poździuch 2001, S. 79.

80 Lüschen/Cockerham/van der Zee 1995.

81 Marrée/Groenewegen 1997.

82 Alber 1988.

83 Roemer 1991.

84 Powell/Wessen 1999.

85 Alber/Schenkluhn 1992; Schneider et al. 1998; Schneider/Cerniauskas/Murauskiene 2000.

Finanzierung (Prämien vs. Beiträge vs. Steuern) und der Leistungserbringung (private vs. öffentliche Einrichtungen, selbständige vs. angestellte Leistungserbringer) differenziert. Entsprechend werden zwei Pole gebildet mit privatunternehmerischen und hauptsächlich marktlich gesteuerten Gesundheitssystemen auf der einen Seite und hauptsächlich öffentlichen und staatlich gesteuerten, sozialistischen Gesundheitssystemen auf der anderen Seite.<sup>86</sup>

Allerdings birgt die alleinige Unterscheidung von Gesundheitssystemen nach Finanzierungsformen und der Rolle des Staates die Gefahr einer Überzeichnung von Differenzen.<sup>87</sup> So kann die Finanzierung sowohl durch Einkommenssteuern als auch durch Zwangsbeiträge aus Lohn-einkommen gleichermaßen als eine Form öffentlicher Finanzierung bezeichnet werden.<sup>88</sup> Auch ist zu beachten, dass der Staat in jedem europäischen Wohlfahrtsstaat verfassungsgemäß verpflichtet ist, eine wie auch immer ausgestaltete Krankenversorgung zu gewährleisten und somit zumindest für Rahmengesetzgebung und oberste Aufsicht der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung verantwortlich ist.

Weitere Unterscheidungsdimensionen wurden daher ergänzend aus der vergleichenden Sozial- und Wohlfahrtsstaatsforschung übernommen.

(2) Die *vergleichende Wohlfahrtsstaatsforschung* richtet eine Makroperspektive auf die soziale Sicherung eines Landes und thematisiert explizit die Unterschiede zwischen sozialen Sicherungssystemen bzw. Wohlfahrts- oder Sozialstaaten. Sie hat sich – in der Tradition der Erforschung sozialer Ungleichheiten und sozialer Sicherung gegen existentielle Risiken – daher auch am eingehendsten mit den Grundlagen der Bildung von Modellen und Typologien beschäftigt. Klassifizierungen von sozialen Sicherungssystemen gingen dabei zunächst vom Grad der (staatlichen) Institutionalisierung von Sicherungssystemen, dem einbezogenen Personenkreis, den Anspruchsgrundlagen für die Leistungsgewährung sowie von den Finanzierungsformen aus, um Sozialsysteme als institutionelle oder residuale Modelle zu bezeichnen, universelle von berufsbezogenen Systemen oder Bismarck- von Beveridge-Systemen (und später von Semashko-Systemen) voneinander abzugrenzen. Eine besondere Bedeutung wird in der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung in Anknüpfung an Studien von Titmuss<sup>89</sup> und Esping-Andersen<sup>90</sup> auch sozialpolitischen Zielvorstellungen, gesellschaftlichen Wertvorstellungen und politischen Orientierungen bzw. parteipolitischen Machtverhältnissen, die in die Etablierung unterschiedlicher Organisationsprinzipien mündeten, zugemessen. Entsprechend werden Sozialsysteme und Sozialstaaten nach Versorgungs-, Versicherungs- und Fürsorgeprinzipien voneinander

---

86 Roemer (1991): „entrepreneurial & permissive health systems“ vs. „socialist & centrally planned health systems“; Schneider/Cerniauskas/Murauskiene 2000; vgl. Gellner/Schön 2002, S. 9; Alber 1988, S. 142-145.

87 Rosebrock und Gerlinger (2004, S. 34) warnen bei einer solchen Art von institutioneller Betrachtung auch vor einer Vereinfachung, da Umfang und Qualität der Leistungen außer Acht gelassen würden.

88 Freeman 1999, S. 88-89.

89 Titmuss 1974.

90 Esping-Andersen 1990.

abgegrenzt und sozialdemokratische, christlich-konservative und liberale Wohlfahrtsstaatstypen unterschieden.<sup>91</sup>

Die Übertragung dieser Wohlfahrtsstaatsmodelle auf Gesundheitssysteme ist jedoch nicht ohne Weiteres möglich. Denn aus wohlfahrtsstaatlicher Makro-Perspektive kann leicht übersehen werden, dass es sich bei allen europäischen Gesundheitssystemen im Kern doch um Versorgungssysteme mit Sachleistungserbringung (statt Transferleistungen) handelt.<sup>92</sup> Eine klare Klassifizierung von realen Gesundheitssystemen gemäß sozialdemokratischen, konservativen oder liberalen Wohlfahrtsstaaten oder nach dem Versicherungs- oder Versorgungsprinzip gelingt daher weder theoretisch noch empirisch.<sup>93</sup>

*Fazit:* Die Bildung von Gesundheitssystemmodellen oder -typen basiert gegenwärtig in der Regel auf der Unterscheidung nach Organisationsformen, die sich ableiten aus je spezifischen Leitideen und Organisationsprinzipien, aus Finanzierungs- und Produktionsformen, die alle jeweils mehr oder weniger privat oder öffentlich ausgestaltet und marktförmig oder staatlich reguliert sein können. Entsprechend werden diese Modelle als Privatversicherungs-, Sozialversicherung- und Staatsversorgungs- oder Steuermodelle bezeichnet.<sup>94</sup>

Wenn hier – im Hinblick auf die Untersuchung von Beteiligungsformen für Patienten und Bürger im Gesundheitswesen – zwischen einem *Öffentlichen Gesundheitssystem*, einem *Sozialversicherungssystem* und einem *Volksversicherungssystem* unterschieden wird, beruht diese Differenzierung auf der Auswahl folgender Dimensionen und Merkmale:

---

91 Einen Überblick geben Alber/Behrendt 2003, S.592. Esping-Andersen 1990; Castles/Mitchell 1993.

92 Vgl. Schmid (2002, S. 274-282), der explizit zwischen Gesundheitsversorgung und Lohnersatzleistung (Krankengeld) unterscheidet.

93 Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 23; Lüschen/Cockerham/van der Zee 1995, S. 12-13.

94 Lampert/Althammer 2001; Alber 1992; Korbanka 1992; Marrée/Groenewegen 1997.

Tabelle 2-1: Drei verschiedene Typen von Gesundheitssystemen

Organisationstypus	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Volkversicherung	Sozialversicherung
Organisationsprinzipien	Versorgung Staatsverwaltungsprinzip	Versorgung & Versicherung beide Prinzipien	Versicherung & Versorgung Selbstverwaltungsprinzip
Kreis der Bezugspersonen	Bevölkerung/Einwohner	arbeitende Bevölkerung & alle übrigen Einwohner	Arbeitnehmer
Dominierender Steuerungsmodus	Staatliche Intervention	beide	Selbstverwaltung durch Verbände, Verhandlungen
Leistungsgewährleister/ Auftraggeber	Staat/öffentliche Körperschaft	?	Sozialversicherung (öffentlich- rechtliche Körperschaft)
Finanzierungsträger	Staat/öffentlicher Haushalt	Volkversicherung (öffentliche Körper- schaft) & Staat/öffentlicher Haushalt	Sozialversicherung (öffentlich- rechtliche Körperschaft)
Finanzierungsarten	Steuern	Beiträge und Steuern	Beiträge
Träger der Leistungserbringung	öffentlich	öffentlich und privat/gemischt	öffentlich und privat/gemischt
Formen der Leistungserbringung	vertikal integriert	beide	vertikal getrennt

Das Element der Leistungsgewährleistung verdient besondere Aufmerksamkeit, denn es verweist auf die fortbestehenden Besonderheiten eines Gesundheitssystems, zumal sich Finanzierungsarten, Träger und Formen der Leistungserbringung und auch die Regulierungsmechanismen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen diversifizieren und einander annähern.<sup>21</sup> Leistungsgewährleistung betrifft die Frage danach, welche Akteure (als Leistungsgewährleister oder Auftraggeber<sup>22</sup>) für die Organisation der konkreten Gesundheitsversorgung verantwortlich sind und die Leistungserbringung in Eigenregie oder durch Auftragsvergabe gewährleisten müssen. Die Verantwortung für die Sicherung der Versorgung bedingt wiederum auch den vorherrschenden Regulierungsmechanismus.

In einem Spektrum zwischen privater und öffentlicher bzw. marktlicher und staatlicher Leistungserbringung, Finanzierung und Regulierung lassen sich Sozialversicherungssysteme und Öffentliche Gesundheitssysteme als Mischformen verorten.<sup>23</sup> Unterschiede zwischen den Systemen der Sozialversicherung und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind dadurch zu charakterisieren, dass im Sozialversicherungssystem die Krankenversorgung kollektiv-solidarisch (genossenschaftlich oder öffentlich) finanziert und nach sozialen Maßstäben in Pflichtversicherungen für eine Mehrheit der Bevölkerung organisiert wird, während die (ambulante) Leistungserstellung größtenteils marktlich-privat erfolgen kann. Kennzeichen der Systeme Nationaler Gesundheitsdienste sind dagegen, dass sowohl die Finanzierung als auch die Leistungserbringung zum größten Teil staatlich-öffentlich erfolgt und die Absicherung die gesamte Bevölkerung umfasst. Beide Systeme zeichnen sich dadurch aus, dass sie aus Zwangsabgaben – in Form von Einkommenssteueranteilen oder als Sozialabgaben auf das Einkommen – finanziert werden<sup>24</sup>. In dem einen System teilt allerdings die staatliche Verwaltung das Budget an öffentliche Versorgungseinrichtungen und angestellte Leistungserbringer auf, im anderen System handelt eine quasi-öffentliche, funktionale Selbstverwaltung die Mittelverteilung mit öffentlichen und privaten Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern aus.

Beide Systeme haben sich *realiter* in den 1990er Jahren einander insofern angenähert, als im öffentlichen Gesundheitsdienst durch Dezentralisierung und Trennung zwischen Finanzierer und Versorgungseinrichtung nun auch Aushandlungen über die Zuteilung der Mittel nach ökonomischen Kriterien stattfinden, während im Sozialversicherungssystem zum Mittel der Budgetierung von Finanzmitteln und strafferer Kostenkontrolle zwecks Ausgabenbegrenzung gegriffen wurde. Die OECD<sup>25</sup> erkennt denn auch eine Tendenz der europäischen Gesundheitssysteme hin zu einem „Public Contract Model of Health Provision“, in dem die aufgebrachten Mittel von öffentlichen bzw. öffentlich-

---

21 Dazu mehr weiter unten.

22 Purchaser oder Commissioner bei Coulter/Magee (2003, S.19), wenn auch dort nicht mit ganz richtigen Angaben.

23 Roemer 1991, S.96-97.

24 Insofern lassen sich beide als eine Form öffentlicher Finanzierung bezeichnen, wie Freeman (1999, S. 88-89) betont.

25 OECD 1992.

rechtlichen Verwaltungen in Treuhand verwaltet werden und die Mittelverteilung an Gesundheitsleistungserbringer mit verschiedenen, konkurrierenden Anbietergruppen ausgehandelt wird.

Eine grobe Zuordnung der Vergleichsfälle Deutschland und Finnland aufgrund der vorgestellten Merkmale charakterisiert Deutschland als Sozialversicherungssystem und Finnland als Öffentliches Gesundheitssystem.

Eine Verortung Polens und der anderen reformierten, postsozialistischen Gesundheitssysteme in den Ländern Ostmitteleuropas auf der Skala zwischen privat- und öffentlich organisierten Gesundheitssystemen erweist sich nach der Auflösung der staatlichen Gesundheitsdienste und der Einführung von Krankenversicherungen als schwierig, denn öffentliche Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringung dominieren dort nach wie vor und die Absicherung auf hohem Niveau umfasst weiterhin die gesamte Bevölkerung. Mit der Verabschiedung von der zentralstaatlichen integrierten Finanzierung und Leistungserbringung haben die postsozialistischen Staaten einen deutlichen Sprung in Richtung privater und marktlicher Elemente im Gesundheitssystem gemacht, ohne ihre sozialen und solidarischen Ansprüche an die Absicherung der Bevölkerung aufzugeben. Am plausibelsten erscheint nunmehr eine Verortung der Transformationssysteme Ostmitteleuropas als „Volksversicherungssysteme“ zwischen den Typen Sozialversicherungssystem und Nationaler Gesundheitsdienst. Jończyk bezeichnet die seit 2003 in Polen bestehende Versicherungsvariante wörtlich als Nationale Versicherung, „ubezpieczenie narodowe“, die sich u.a. durch eine die gesamte Bevölkerung umfassende Versicherungspflicht und zentralstaatliche Verwaltungskompetenzen auszeichne.<sup>26</sup> Auch zwischen den postsozialistischen Gesundheitssystemen Ostmitteleuropas gilt es allerdings zwischen mehr oder weniger starken Sozialversicherungs- (Tschechien) und Gesundheitsdienstendenzen (Estland) zu unterscheiden.

Polen bildet mit seinem Volksversicherungssystem letztlich ein Mischsystem zwischen den Sozialversicherungssystemen (Deutschland) und den öffentlichen Gesundheitssystemen (Finnland).<sup>27</sup>

## Ein Untersuchungsraster für Gesundheitssysteme

In dieser Arbeit sollen sowohl die institutionellen Strukturen als auch die Entscheidungsprozesse untersucht werden, die sich im Gesundheitswesen mit der konkreten Versorgung der Patienten mit medizinischen Leistungen befassen. Angesprochen werden damit zugleich Ordnungs- und Prozessstrukturen. Im folgenden soll ein für diese Untersuchung zusammengestelltes Untersuchungsraster vorgestellt werden, das die vergleichende Erfassung von Gesundheitssystemen (Versorgungssystemen und Gesundheitspolitik) anleitet und darüber hinaus auch die Analyse von Einbindungsformen und Einflussmöglichkeiten von Patienten und Bürgern auf Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Gesundheitswesen erleichtert. Gesundheitspolitik wird daher in der nachfolgenden Tabelle in einem getrennten Teil erfasst mit den Dimensionen „Leitideen der

26 Jończyk 2003, S. 5 u. FN 24, S.8. Vgl. auch Dercz/Izdebski/Włodarczyk 2002.

27 Vgl. auch Schneider et al. 2000, S. 8.

Politik“, „politische Steuerung“, „Entscheidungsstrukturen“ und „Patienten und Bürgereinbindung“.

Tabelle 2-2: Untersuchungsraaster für Gesundheitssysteme

Dimensionen	Merkmale	Mögl. Merkmalsausprägungen
<b>GESUNDHEITVERSORGUNGSSYSTEM</b>		
Organisation	Organisationsformen (Organisationstypen) der Absicherung gegen das Risiko Krankheit	Angesiedelt zwischen „Staat“ und „Markt“, „öffentlich“ und „privat“; nationaler bzw. öffentlicher Gesundheitsdienst, soziale/nationale Krankenversicherung, private Krankenversicherung
	Organisationsprinzipien der sozialen Sicherung	Versorgung, Versicherung, Fürsorge; Subsidiaritätsprinzip, Selbstverwaltungsprinzip, Staatsverwaltungsprinzip
	Zentralisierungsgrad	hoch, mittel, niedrig bzw. zentralisiert, dezentralisiert
	Sicherungsziele: Solidarische Absicherung u. bedarfsgerechte Versorgung	einheitl. Versorgung, statusdifferenzierte Versorgung
	Bezugsgruppe des Krankenversorgungssystems (abzusehender und zu versorgender Personenkreis)	Gesamtbevölkerung oder Teile der Bevölkerung: z.B. Arbeitnehmer und ähnliche Personen, Geringverdienler, bestimmte Berufswege etc.
	Aufgaben und Schwerpunkte (Spezialisierungsgrad)	Akutversorgung, Prävention, Gesundheitsförderung; Primär-, Sekundär-, Tertierversorgung
	Akteurspektrum: entscheidende Akteure/Institutionen im System	
	Aufgaben bzw. Rolle des Staates	
	Rolle von Versicherern/Dritten ( <i> purchaser</i> )	
	Rolle der Leistungserbringer ( <i> provider</i> )	
Akteure	Rolle der Zahler ( <i> payer</i> )	
	Institutionalisierte Akteurskonstellation/Akteursbeziehungen untereinander	z.B. Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Gemeinderäte, regionale Ausschüsse
Steuerung/Regulierung	Rolle/Position der Patienten/Bürger	Nutzer, Verbraucher, Konsument; passiv,aktiv; Objekt,Subjekt; Beteiligter, Beteiligter
	Wichtigste Ebenen	Makro (zentralstaatlich, regional, lokal; direkt, delegiert), Meso, Mikro
	Steuerungsmodi / Regulierungsmechanismen	marktliche Mechanismen (Wettbewerb und Preise), staatliche Intervention, Selbstverwaltung durch Verbände, Verhandlungen

Dimensionen	Merkmale	Mögl. Merkmalsausprägungen
Verantwortlichkeit ( <i>accountability</i> )	[Bereiche und Akteure]	Staat, Gesellschaft, Individuum, Arbeitgeber, Verbände bzw. öff.-rechtl. Institutionen (z.B. Krankenkassen, Ärzte)
	Art	staatliche bzw. öffentliche, quasi-öffentliche, private; politische, wirtschaftliche, klinische, fachliche, gesetzliche, ethische
Produktion bzw. Leistungserbringung	Formen der Leistungserbringung	stationär, ambulant; sekundär, primär; vertikal getrennt oder integriert
	Träger/Eigentumsformen	öffentl. bzw. staatl., privat, Wohlfahrtsverband, gemischt
	Umfang/Paket	nach medizinischem Bedarf; Grundkatalog (Basic Health Care Package) und Zusatzleistungen; Zuzahlungen
Leistungen	Art	Sachleistungen, Transferleistungen/ Kostenerstattung
	Leistungsbereiche	ambulant, stationär, Arzneimittel, Sonstige
	Finanzierungsarten	Steuern, Beiträge, private Zuzahlungen/ Selbstbeteiligungen
Finanzierung	Träger bzw. Finanzierer (auch Käufer: <i> purchaser</i> )	Staat bzw. öffentliche Verwaltungseinheit; nationale/soziale Krankenversicherung; Stiftungen, Wohlfahrtsverbände; Patient, Nutzer (Zuzahlungen, Bestechung)
	Finanzierungsverfahren	direkte Privatzahlungen, Kostenerstattung, Vertragsmodell, integriertes Modell
	Vergütungsformen	Gebühren, Erstattung, Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschale, Gehalt
Zugang zu Leistungen	(rechtliche, räumliche etc.) Zugangsgrundlagen	Beitragszahlung / Arbeitnehmerstatus; Einwohner, Staatsangehörigkeit
	Prinzipien der Leistungsgewährung	Bedarf, Beitrags- oder Einkommensäquivalenz
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>		
Leitideen der Politik	Grad der Marktorientierung	Solidarität und sozialer Ausgleich vs. Eigenverantwortung
Politische Steuerung	Steuerungsmodi	direkt (staatlich-politische Intervention, Regulierung, Finanzierung) vs. indirekt (Rahmenregelung, Auftragsvergabe, Setzen von Anreizen etc.)
	Akteursspektrum	Regierung, Parlament bzw. Volksvertretung; Verwaltung (zentralstaatlich, regional, lokal); funktionale Selbstverwaltung; Krankenversorgungseinrichtung; Arzt-Patienten-Beziehung
Entscheidungsstrukturen	Ebenen	Makro-Ebene: zentralstaatlich, regional, lokal; Meso-Ebene: Verbände, Organisationen, Gesundheitseinrichtungen; Mikro-Ebene
	Kompetenz- und Aufgabenverteilung	Gesundheitsziele: Parlament, Regierung, Ministerium, Versicherung Gesundheitsprogramme: Parlament, Regierung, Ministerium, Versicherung Finanzierungsmodi, -details: Parlament, Ministerium, Versicherung Leistungsarten, -umfang: Parlament, Regierung, Ministerium, öffentliche Körper-

Dimensionen	Merkmale	Mögl. Merkmalsausprägungen
		schaft, Versicherung, Leistungserbringer Methoden, Instrumente der Leistungsgewährung (z.B. Therapiestandards, Arzneimittelrichtlinien)
Entscheidungsstrukturen	Art des Interessenausgleichs, Politikstil	kooperativ/ kontroversiv; korporatistisch (etablierte Gruppen-/ Verbände Verhandlungen) vs. pluralistischer Wettbewerb nach Mehrheitsregel; transparent/intransparent
Patienten und Bürger	Einbindungsformen und Einflussmöglichkeiten	Voice: Verfahrens-, Beratungs-, Entscheidungs-, Umfragebeteiligung Choice: Wahlmöglichkeiten Exit: Abwanderung zu Alternativen

Quellen: Eigene Zusammenstellung nach Wessen 1999, Gellner/Schön 2002, Wendt 2003, Marrée/Groenewegen 1997, Albert 1992, Kohl 2000, Beske/Hallauer 2001, BMGS 2003.

## Input- und Output-Prozesse im Gesundheitsversorgungssystem

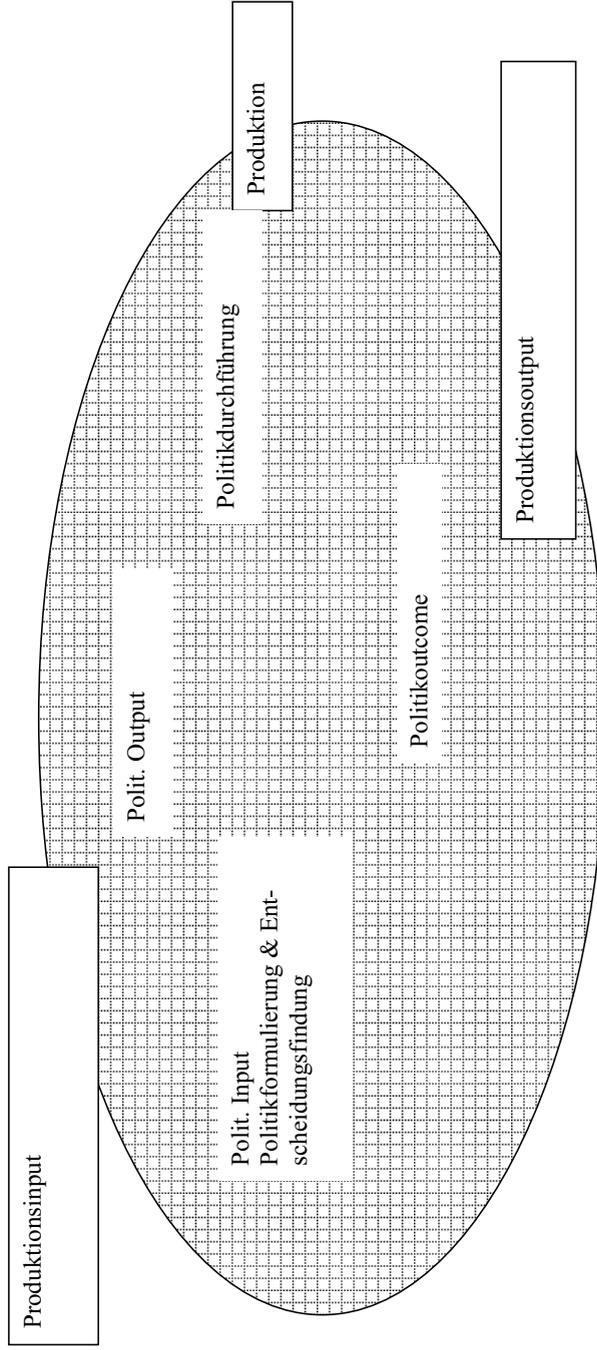
Organisation und Umsetzung der Gesundheitsversorgung verbinden politische Prozesse und materielle Produktionsphasen miteinander, die in einem integrierten Politik- und Produktionszyklus des Gesundheitswesens dargestellt werden sollen, um so auch die Ansatzpunkte von Patienten- und Bürgerbeteiligung besser nachvollziehen zu können. Dabei wird deutlich, dass sich die Trennung in Input- und Output-Seiten, wie sie bei der Darstellung des politischen Prozesses Verwendung findet, nur in veränderter Form auf den hier dargestellten Gesundheitssicherungsprozess übertragen lässt, zumal die Produktion eines „Outputs“ nicht politisch-administrativ, sondern medizinisch (und wirtschaftlich) geleistet und hauptsächlich auch bestimmt wird.

Zu den hier relevanten *Phasen des politischen Prozesses* zählen die Politikformulierung und die politische Entscheidungsfindung (politischer Input), das Ergebnis der Entscheidungsfindung bzw. die Entscheidung über die gesundheitspolitische Rahmenpolitik in Gesetzesform (politischer Output), die Phase der Politikdurchführung, d.h. die Organisation und Finanzierung der Versorgung, weitere politisch-administrative Entscheidungen über Umfang und Art der Gesundheitsversorgung als sogenannte untergesetzliche Normgebung sowie die eigentliche Leistungserbringung im Auftrag (Implementation), und schließlich das Ergebnis der Politikdurchführung: die konkreten Leistungen (politischer Outcome).

Die *Phasen des Produktionsprozesses der Krankenversorgung* umfassen die lange Phase des Produktionsinputs, der die politischen, administrativen, organisatorischen und finanziellen Vorstufen der Leistungserstellung umfasst, die Leistungserstellung bzw. Produktion selbst und die schließlich erbrachten Gesundheitsleistungen gegenüber den Patienten (Produktionsoutput).

In einem *integrierten Gesundheitsversorgungsprozess bzw. -zyklus*, der politische und Leistungsaspekte vereint, ist unter „Input“ folglich die Politikformulierung und politische (Rahmen-)Entscheidungsfindung und ein Teil der Politikdurchführung, der politische und administrative Detailentscheidungen zur Finanzierung, Organisation und Leistungsbestimmung umfasst, zu verstehen, während unter „Output“ die konkrete Leistungserbringung und die Leistungen selbst fallen.

Schaubild 2-1: Interrierter Politik- und Produktionszyklus im Gesundheitswesen



## Die Perspektive auf Patienten und Bürger

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen der Patient (der Kranke), der immer auch zugleich Bürger mit besonderen Rechten ist, und der Bürger als Staatsbürger und potentieller Patient. Es gilt: „Jeder Patient ist gleichzeitig [...] Bürger; jeder Bürger ist [...] potentieller Patient.“<sup>28</sup> Bürger und (potentielle) Patienten können sich auf gemeinsame Grundrechte berufen. Bürger sind als potentielle Patienten an Patientenangelegenheiten (Zugang zu Gesundheitsleistungen, ausreichende und qualitativ hochwertige Behandlung) interessiert und können diese wirkungsvoller vertreten. Als Bürger haben (potentielle) Patienten Anspruch auf eine öffentlich garantierte Gesundheitsversorgung. Bürger- und Patientenbegriffe werden in dieser Arbeit aus einer solchen grundrechtlichen Perspektive heraus verwendet.

Mit den Begriffen „Patient“ und „Bürger“ sind darüber hinaus bestimmte Rollen bzw. Rollen Aspekte der Rolle des direkt Betroffenen, des Laien, im Gesundheitswesen gegenüber anderen Akteuren verbunden. Darauf wird weiter unten noch eingegangen werden.

Patienten und Bürger können als Einzelne oder als Gruppe agieren und verfügen über bestimmte Rechte individueller oder kollektiver Art. Individuelle Patienten- und Bürgerbeteiligung beziehen sich daher auf die Beteiligung des Einzelnen, kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung dagegen auf Gruppenbeteiligung.<sup>29</sup> Der einzelne Patient und Bürger tritt vor allem auf Mikro-Ebene, in Gesundheitseinrichtungen oder in der Arzt-Patienten-Beziehung, in Erscheinung. Individuelle Beteiligung wird in dieser Arbeit konkret auf einzelpersonenbezogene Kommunikations- und Entscheidungsprozesse zwischen Patienten, Ärzten und Pflegern bezogen. Die Beziehungen einzelner Patienten und Bürger in der Beziehung zu Ärzten und Pflegern werden durch (individuelle) Patientenrechte geregelt. Einzelne Patienten bzw. Bürger können außerdem auch auf Meso- oder Makro-Ebene auftreten, indem sie sich bei öffentlichen Institutionen gegen die Verletzung von Schutz- und Leistungsrechten beschweren und klagen. Patienten und Bürger wirken auf Meso- und Makro-Ebene vor allem kollektiv als Gruppe in überindividuellen, krankheitsbezogenen oder allgemeinen Kommunikations- und Entscheidungsprozessen. Kollektive Patienten- und Bürgerrechte von Patienten- und Bürgergruppen regeln die Beziehungen verschiedener kollektiver Akteure zueinander und deren relativen Einfluss in Kommunikations- und Entscheidungsprozessen.

In dieser Untersuchung werden Patienten und Bürger in der Regel als Gruppe angesprochen, da hier vor allem der kollektive Aspekt von Interesse ist.

Die Unterscheidung zwischen Patientenbeteiligung (Beteiligung als Patient) und Bürgerbeteiligung (Beteiligung als Bürger) verweist zugleich auf unterschied-

---

28 Francke/Hart 2001, S. 30.

29 Mit dieser Definition von individueller und kollektiver Beteiligung wird der Einteilung von Hart und Francke (Hart 1999; Hart 2000a; Hart 2001; Francke/Hart 2001, Hart/Francke 2002), die Patientenbeteiligung als individuelle und Bürgerbeteiligung in erster Linie (vgl. Francke/Hart 2001, S. 28) als kollektive Beteiligung begreifen, nur grob gefolgt.

liche *Rollenperspektiven*, aus denen heraus die Betroffenen agieren und betrachtet werden.<sup>30</sup> Die Patientenperspektive ist begrenzt auf bestimmte krankheitsbezogene Eigenschaften (akut oder chronisch) und Aktivitäten (Prävention, Förderung, Heilung, Selbsthilfe) und ist als partikularistisch zu bezeichnen. Partikularistisch sind ebenfalls die Verbraucher- oder die Kundenperspektive und die Versicherten- oder die Arbeitnehmerperspektive, die wiederum auf bestimmte Aktivitäten (Verbrauch, Nutzung, Arbeit) oder Mitgliedschaften (Versicherung, Betrieb) abstellen. Diese Rollenperspektiven für den Einzelnen im Gesundheitswesen stellen somit nur Alternativen aus einer partikularistischen Sichtweise dar. Charles und DeMaio bezeichnen diesen Blickwinkel daher neutraler und umfassender als Nutzer-Perspektive.<sup>31</sup> Die Bürgerperspektive ist hingegen weit gefasst und bezieht sich auf alle möglichen Einwohner eines Gebiets bzw. einer politischen Gemeinschaft – seien sie tatsächlich krank, in krankheits- oder wirtschaftsbezogener Form aktiv oder Mitglieder einer Zweckvereinigung. Dabei handelt es sich um eine universalistische, öffentlichkeitsbezogene und gemeinwohlorientierte Perspektive.<sup>32</sup>

Das Zusammenspiel von individueller und kollektiver Sicht, partikularistischen und universalistischen Rollenperspektiven auf Patienten und Bürger und ihr Agieren auf unterschiedlichen Ebenen des Gesundheitswesens wird in der folgenden Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 2-3: Die Perspektive auf Patienten und Bürger

	Mikro	Meso	Makro
Perspektive	Individuum	Kollektiv	Kollektiv
universalistisch	einzelner Bürger	Bürgergruppe	Bürgergruppe
partikularistisch	einzelner Patient	Patientengruppe	Patientengruppe

Quelle: eigene Erstellung

Diese unterschiedlichen Blickwinkel offenbaren sich auch in verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen und sind zu berücksichtigen bei der Beurteilung politischer und programmatischer Aussagen zur Patienten- und Bürgerereinbindung. Francke und Hart<sup>33</sup> fokussieren auf Patienten- und Bürgerbeteiligung als kollektiver Beteiligung aus einer vorrangig partikularistischen Perspektive. Saltman hebt eine individuelle und partikularistische Perspektive hervor und definiert daher Patientenbeteiligung als „Einflussnahme, die der Einzelne als Patient innerhalb des Gesundheitswesens ausüben kann“.<sup>34</sup> Viononen definiert Patient Empowerment im kollektiven und universalistischen Sinn als „Befähigung der Öffentlichkeit zur Einflussnahme auf die Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung“.<sup>35</sup> Der deutsche Sachverständigenrat für die

30 „Role perspectives“ bei Charles/DeMaio (2002, S. 891-892); vgl. die Unterscheidung von Perspektiven der „Patient Orientation“, des „Consumerism“ und der „Community Participation“ in SVRAiG 2002, S. 92-93.

31 Charles/DeMaio 2002, S. 891-892, 895.

32 Charles und DeMaio (2002, S. 891-892, 895) sprechen von einer Public Policy Perspective.

33 Francke/Hart 2001; Hart/Francke 2002.

34 Saltman 2000, S.46.

35 Viononen 2000, S.61.

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen setzt vor allem auf kollektive und universalistische Community Participation bzw. Bürgerbeteiligung.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> SVRKAiG 2002, S. 93.

## Beteiligung – Einbindung – Einflussnahme

### Der Beteiligungsbegriff

Beteiligung oder (synonym) Partizipation meint wörtlich einen Teil oder Anteil haben und (ein)nehmen, übersetzt als Teilhabe und Teilnahme, die sich gegenseitig bedingen: Teilhabe an einer Gemeinschaft und an einem Problem, d.h. Betroffensein durch kollektives Handeln und Entscheiden, begründet Teilnahme an der Lenkung von Gruppen bzw. von kollektiven Handlungen. Teilnahme setzt Teilhabe in Form von Zugehörigkeit zur betroffenen Gemeinschaft und von anerkannten Rechten voraus. Partizipation oder Beteiligung meint dann die Einflussnahme von Teilhabern und Teilnahmeberechtigten auf kollektive Entscheidungs- und Handlungsprozesse.<sup>37</sup> Gerade der deutsche Begriff „Beteiligung“ verdeutlicht, dass mit dem Sich-Beteiligen einzelner und kollektiver Akteure an Entscheidungs- und Handlungsprozessen ein Beteiligt-Werden einhergehen muss. Beteiligt-Werden kann zum einen in der Gewährleistung von Teilhabe und praktischen Anerkennung eines Rechts auf Teilnahme bestehen (z.B. in der Anerkennung als Staatsbürger, der Schaffung betrieblicher Mitbestimmungsrechte oder von Patientenbeteiligung) und zum anderen in der Aufforderung – oder neudeutsch: Aktivierung oder Empowerment – von Betroffenenengruppen zur Mitarbeit und Verantwortungsübernahme in den sie betreffenden Entscheidungs- und Handlungsprozessen.<sup>38</sup> Zu diesen Betroffenenengruppen zählen im Gesundheitswesen Patienten und Bürger. Beteiligung kann erkämpft und errungen werden, muss aber bewusst gewährt (und z.T. gefördert) werden und ist aus der Sicht sowohl der Beteiligten als auch der Gewährleister oder Förderer ein Mittel zur Erreichung je eigener Ziele – der Durchsetzung von Interessen, der Realisierung von Idealen oder ganz konkreten Ergebnissen. Beteiligung soll somit eine Funktion auch für die Gewährleister und Förderer erfüllen.<sup>39</sup> Auf diese Mittelfunktion von Beteiligung soll in dieser Untersuchung aufmerksam gemacht werden, wenn nach den Zielen von Beteiligung gefragt wird bzw. nach der Funktion, die Beteiligung erfüllen soll, indem Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten und Bürger geschaffen oder erweitert werden.

Beteiligung wird grundsätzlich normativ begründet durch individuelle Betroffenheit und individuelle Selbstbestimmung. Sie bildet mit ihrem Rückbezug auf autonome Individuen den Kern von Demokratie als eines kollektiven Entscheidungsverfahrens, das die individuelle Selbstbestimmung auf die kollektive Ebene projiziert.<sup>40</sup> Der Rückbezug auf Willen und Interessen der Bürger<sup>41</sup>

37 Schultze 2003b, S. 374; Schmitz 1983, S. 49-52; Buse/Nelles 1975, S. 42; Rehmann-Sutter 2003; Alemann 1977, S. 247.

38 Alemann 1975, S. 21.

39 Schultze 2003b, S. 371, Alemann 1975, S. 17; Buse/Nelles 1975, S. 42; Damkowski/Rösener 2003, S.58.

40 Abromeit S.3-5. Vgl. auch Fisahn, der Demokratie als „offenen Prozess der Rückbindung der Staatsgewalt an die Gesellschaft begreift“ (Fisahn 2002, S. 334) und die Beteiligung betrof-

ist in größeren Gemeinschaften jedoch nur mehr virtuell, nicht direkt und persönlich geformt, zumal die Zahl der Beteiligten in kollektiven Entscheidungsverfahren die Effektivität der Entscheidungsfindung negativ beeinflusst.<sup>42</sup> In einer direkten Demokratie im kleinen Raum können kollektive Entscheidungen noch unmittelbar von den Bürgern in Bürgerversammlungen getroffen, während im großen Raum aufgrund der großen Zahl nur mehr eine Wahl von Vertretern in Entscheidungs- und Steuerungsgremien möglich ist (repräsentative Demokratie). Die Rückkopplung der Repräsentanten an die Bürger geschieht hauptsächlich über Wahlen, doch ist die Gefahr einer Abkopplung nicht zu leugnen. Die Forderung nach erweiterter (direkter) Bürgerbeteiligung im Rahmen einer repräsentativen Demokratie ist daher zugleich die nach einer (Re-)Demokratisierung von politischen und gesellschaftlichen Entscheidungsstrukturen, nach einer neuen oder stärkeren Rückbindung kollektiver Entscheidungen an die Betroffenen.<sup>43</sup> Die Ausgestaltung direkter Beteiligungsformen bewegt sich dabei zwischen echtem Einfluss und Scheinbeteiligung, zwischen Entscheidungsübertragung und Beschäftigungstherapie.<sup>44</sup> Echte Beteiligung meint aber „persönliche und selbstgesteuerte, absichtsvolle Mitwirkung. Eine solche Beteiligung ist kein bloßes ‘Von-etwas-Teil-Sein’ (bloßes Einbezogensein in einen Vorgang) und noch weniger ein unfreiwilliges ‘Zum-Teil-von-etwas-gemacht-Werden’.“<sup>45</sup> Letzteres impliziert auch, dass Mitwirkung erstritten und nicht bevormundend gewährt werden sollte.

Während demokratische Beteiligung in der politischen Theorie oft nur als Einbindung von Bürgern in makro-politische Entscheidungsprozesse definiert wird<sup>46</sup>, soll dieser Begrenzung auf das politische System in dieser Untersuchung nicht gefolgt werden. Vielmehr sollen Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten und Bürger auf verschiedenen Ebenen eines Gesundheitssystems untersucht werden, das als Schnittmenge zwischen politisch-administrativen, wirtschaftlichen und medizinischen Systemen zu verstehen ist. Demokratie und Beteiligung werden damit quasi als ein universelles soziales Prinzip verstanden und nicht allein auf politisches Handeln und Entscheiden bezogen.<sup>47</sup>

---

fenen Bürger als „eine Form, über die staatliches Entscheiden an die Gesellschaft rückgekoppelt wird“ (S. 335). Entsprechend Francke/Hart 2001, S.140-142, 150-151. Auch Schmitz 1983, S.52; Alemann 1977, S.248.

41 Der Bürgerbegriff dient hier als Oberbegriff für verschiedene Rollen Aspekte. Vgl. Francke/Hart 2001, S. 29.

42 Berg-Schlösser/Stammen 2003, S.203.

43 Schultze 2003a, S.54; Nohlen 2003, S.55; Alemann 1975, S.18-19; Alemann 1977, S. 247; Vilmar 1977, S.294.

44 Warnungen vor Täuschungsmanövern oder „Tokenism“ wurden schon früh formuliert – u.a. von Offe 1973, Vilmar 1977, S. 297-298, und insbes. Zimpel 1970, Feingold 1977, S. 156, Brownlea 1987, S. 605.

45 Sartori 1997, S. 125.

46 Alemann 1975, S. 21; Alemann 1977, S. 247; Buse/Nelles 1975; auch: Europarat 2000; vgl. aber Oppermann 1980, S. 22; Badura 1980, S. 370-371; Damkowski/Rösener 2003, S. 60-62; Schultze 2003b.

47 Damkowski und Rösener bezeichnen diese Idee als die einer „demokratischen Teilhabe“: Damkowski/Rösener 2003, S. 58-62.

Wenn Demokratie von ihrem Kern her definiert wird, und damit als ein bestimmtes Verfahren der Beteiligung und des Widerspruchs von Bürgern, kann sie daran gemessen werden, in welchem Maße (Umfang) die Betroffenen (tatsächlich) an überindividuellen und kollektiven Entscheidungsprozessen beteiligt sind.<sup>48</sup> An Überlegungen zur Erfassung und Messung des Umfangs (scope) der Einflussnahme von Bürgern auf Entscheidungsprozesse, wie sie Abromeit<sup>49</sup> für die politische Demokratie und Pollitt<sup>50</sup> im Hinblick auf die Gestaltung von Sozialleistungen vorstellt haben, soll in der vorliegenden Untersuchung angeknüpft werden. Von Interesse ist dabei auch die Einflussstärke oder -macht (Grade; levels, strength), die Bürgerbeteiligung zu erreichen vermag. Verschiedene Aspekte von Beteiligung werden in den folgenden Abschnitten erörtert.

### Beteiligungsebenen, Beteiligungsspektrum und Gegenstände von Beteiligung

Beteiligung wird je nach der (gesellschaftlichen, politischen, administrativen oder produktiven) Ebene unterschieden, auf der Entscheidungs- und Handlungsprozesse stattfinden. Damit wird zugleich nach den jeweils beteiligten Institutionen bzw. Akteuren differenziert.

Zu unterscheiden sind die Makro-Ebene, auf der über gesundheitspolitische Grundlagen und Zielsetzungen entschieden wird und Rahmen- und Planungsentscheidungen getroffen werden; die Meso-Ebene, auf der die Versorgung konkretisiert und die Ausgestaltung von Leistungen bestimmt wird, also Ausführungs- und Umsetzungsentscheidungen gefällt werden, und die Mikro-Ebene mit der Arzt-Patienten-Beziehung, auf der klinische Leistungen individuell zugeteilt und erbracht werden.<sup>51</sup> Die Makro-Ebene ist in föderalen oder dezentralisierten politisch-administrativen Systemen noch einmal in eine obere und in eine untere Makro-Ebene zu gliedern, um Vorgängen im nationalen bzw. zentralen sowie regionalen oder kommunalen Entscheidungs- und Handlungskontext gerecht zu werden. Entsprechend kann auch die Meso-Ebene noch einmal geteilt werden zwischen zentraler und dezentraler bzw. oberer und unterer Entscheidungsebene.

Die Mitwirkung von Bürgern und Patienten an Entscheidungsprozessen kann entsprechend auf der *Makro-Ebene* die Form von Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungen, auf der *Meso-Ebene* die Form von Teilnahme am Design von Leistungen (Leitlinienentwicklung) oder an der Organisationsentwicklung einzelner Einrichtungen (Krankenkassen, Ambulanzen, Krankenhäuser) und auf der *Mikro-Ebene* die Form einer partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Interaktion einnehmen.

Die folgende Tabelle soll dies illustrieren.

---

48 Vgl. Abromeit 2001, S. 4-5.

49 Abromeit 2001. Schultze bezieht das Ausmaß von Beteiligung dagegen auf die gesellschaftlichen Bereiche, die jenseits des politischen Entscheidungssystems demokratisch verfasst sind: Schultze 2003a, S. 53.

50 Pollitt 1998, S. 343-346.

51 Nach Badura/Schellschmidt 2000, S. 232; SVRKAiG 2002, S.320.

Tabelle 2-4: Beteiligungsebenen, Institutionen und Partizipationskontexte

Partizipationsebene	Institutionen/Entscheidungs-kontexte	Partizipationskontext/Akteure
Makro-Ebene	übernationale Ebene: Europäische Union Weltorganisationen	politische Initiativen, z.B. zur Harmonisierung von Patientenrechten, zur Förderung von Patienten- und Bürgerbeteiligung
	politische Entscheidungsgremien der Gesundheitspolitik auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene	Anhörung, sachliche Beteiligung von Patienten-/Nutzerinteressen
	Entscheidungsgremien der funktionalen Selbstverwaltung auf nationaler Ebene	z.B. Entsendung sachverständiger Bürger, „neutrale Personen“
	Spitzenverbände	Zusammenarbeit mit Wohlfahrts-, Patienten- und Verbraucherverbänden
Meso-Ebene	ggf. regionale Kooperationsformen wie z.B. regionale Gesundheitskonferenzen	regionale Patientenvertreter in Entscheidungs- oder Lenkungsgremien
	ggf. lokale Kooperationsformen, Netze, Kommunen	lokale Patientenvertreter in Entscheidungs- oder Lenkungsgremien
	Landesverbände, Kammern	Kooptation, reguläre Patientenvertreter in entspr. Gremien
	Krankenkassen	Intensivierung der Versichertenbeteiligung an der Selbstverwaltung, Zusammenarbeit mit Verbraucher-, Selbsthilfeorganisationen
	Organisationen der Leistungserbringung (Krankenhäuser, Gesundheitszentren)	Haus-/Heimbeiräte, patientenorientierte Organisationsrollen, Patientenführsprecher/-ombudsman
Mikro-Ebene	Versorgungsverläufe, Patientenkarrieren	Selbsthilfegruppen, Beteiligung von Angehörigen
	einzelne Leistungserbringer, Einzelrichtungen (im unmittelbaren Patientenkontakt)	Zugänglichkeit, Patientenbewertung, Patientenführsprecher
	Konfliktfälle, Schlichtungsstellen für Arzthaftungsfragen	Bürgerbeteiligung in Schlichtungsstellen, Patientenberatung
	Arzt-Patient-Beziehung, Therapieentscheidung	Kommunikations- und Beziehungsgestaltung, <i>informed consent</i> , Berücksichtigung von Patientenpräferenzen

Quelle: nach SVRKAiG 2002, Tab. 27, S.322.

Patienten- und Bürgerbeteiligung kann sich prinzipiell auf alle Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Gesundheitssystem erstrecken, das heißt, auf alle Phasen des integrierten Gesundheitsversorgungszyklus.<sup>52</sup> Im politisch-administrativen Kontext wird Beteiligung meist recht eingeschränkt als Teilnahme an Entscheidungsprozessen auf der Input-Seite des politischen Prozesses gewertet unter Ausblendung anderer Entscheidungs- und Handlungsprozesse

52 Vgl. S. 35.

sowohl auf der Output-Seite wie auch generell anderer Einwirkungsformen. Patienten und Bürger können jedoch nicht nur durch mehr oder weniger direkte Beteiligung an Entscheidungsprozessen (i.e. *Beteiligung im engeren Sinne*), sondern auch durch Auswahl, Abwahl und Abwanderung zu Alternativen Einfluss auf Entscheidungen und Strukturen im Gesundheitswesen nehmen (i.e. *Beteiligung im weiteren Sinne*).<sup>53</sup> Und auch die eigenständige Übernahme der Leistungserbringung (durch Genossenschaften, Selbsthilfe und Vereine) bildet eine Handlungsmöglichkeit für Patienten und Bürger.

Beteiligungsrelevante Themen und Probleme im Gesundheitswesen sind für Bürger und Patienten insbesondere Fragen der Organisation, des Umfangs und der Zugänglichkeit medizinischer Leistungen bzw. des Leistungsangebots sowie Arten, Formen, Qualität und Wirkung der Versorgung und der ärztlichen Behandlung.<sup>54</sup> Konkret beziehen sich Patienten- und Bürgerbeteiligung damit auf die Einbindung von Patienten und Bürgern in die Kommunikation und Information (Informiertwerden), in Entscheidungen über Ziele und Prioritäten der Gesundheitsversorgung, über ein Grundversorgungspaket, den Umfang und die Art von Gesundheitsleistungen (die garantiert und aus den durch die von den Bürgern aufgebrauchten Finanzmitteln finanziert werden), über die Ausgestaltung der Versorgung in Gesundheitseinrichtungen und von Therapien; und schließlich beziehen sie sich auf Einbindung in den Prozess der Leistungserstellung und Behandlung durch Mitentscheidung und Selbsthilfe. Einwirkungsmöglichkeiten auf das Versorgungsgeschehen bestehen aber ebenso in Auswahlmöglichkeiten zwischen Gesundheitseinrichtungen, Leistungserbringern und Heilmethoden.

Patienten und Bürger können außerdem in Institutionen und Akteurszirkel einbezogen werden, die folgende Bereiche der Gesundheitsversorgung gestalten:

- Information, Beratung und Aufklärung (über medizinische Leistungen),
- Beschwerde- und Schadensregulierungsverfahren,
- Wirtschaftlichkeitsfragen im Gesundheitswesen.<sup>55</sup>

### Klassifizierung von (kollektiver) Beteiligung

Kollektive Bürgerbeteiligung an Entscheidungsprozessen kann in unterschiedlicher Weise, Form und in unterschiedlichem Grade gewährt werden. Bürger und Betroffene können *direkt oder indirekt* – über selbst gewählte oder fremd ernannte Vertreter bzw. Fürsprecher – in Entscheidungsprozessen oder in Entscheidungsgremien vertreten sein, Beteiligung kann rechtlich *verfasst*, d.h. institutionalisiert, *oder nicht-verfasst*, d.h. unregelmäßig, ungesichert oder ad-hoc organisiert

53 Vgl. Diercks (2001), die zu Formen der Nutzer-Einbindung bzw. des Empowerments die Wahrnehmung von individuellen Rechten, Wahlmöglichkeiten und Beteiligung rechnet.

54 Sach- und Entscheidungsdimensionen der Partizipation, nach SVRKAiG 2002, S. 324; SVRKAiG 2003, S. 207.

55 Gemeint ist eine funktionale Differenzierung von Beteiligung bzw. von Institutionen, in denen beteiligt werden soll(te). Vgl. Francke/Hart 2001, S. 63.

sein.<sup>56</sup> Desgleichen ist zu unterscheiden zwischen kontinuierlicher und ad hoc-Beteiligung.<sup>57</sup> Beteiligungsformen korrespondieren mit unterschiedlichen Einfluss- und Aktivitätsgraden, d.h. mit unterschiedlichen Verbindlichkeiten und unterschiedlichem Engagement.<sup>58</sup>

Direkte Formen der kollektiven Bürgerbeteiligung an Entscheidungs- bzw. Willensbildungsprozessen und Entscheidungsakten reichen von passiver Umfragebeteiligung über Petitionen, mehr oder weniger (un)mittelbarer Einwirkung auf die politische Willensbildung durch Lobbying und Stellungnahmen, über Teilnahme an Beratungsverfahren bis hin zur mehr oder weniger relevanten aktiven Mitentscheidung.<sup>59</sup> Aus demokratietheoretischer Perspektive bezieht sich Beteiligung an Entscheidungen zumindest auf Mitberatung und Mitentscheidung, geht also über die bloße Einflussnahme hinaus.<sup>60</sup> Bezüglich der (kollektiven) Beteiligung an Entscheidungsprozessen liegt das wissenschaftliche Interesse auf dem „power-sharing“ auf Meso- und Makro-Ebenen im Gesundheitswesen, das heißt auf „consultation“ und „partnership“ sowie „delegated power“ und „citizen control“ in den Modellen Arnsteins<sup>61</sup>, Feingolds<sup>62</sup>, Charles/DeMaio<sup>63</sup> oder North/Werkös<sup>64</sup>, aber auch Saltmans<sup>65</sup>. Dies betrifft die Stufen „Anhörungen/Beirat“, „gemeinsame Verhandlungen“, „partnerschaftliche Kooperation“, „delegierte Durchführungsmacht“, „institutionalisierte Kontrollmacht“ und „institutionalisierte Entscheidungsmacht“ bei Trojan<sup>66</sup>. Diese graduellen Unterscheidungen differenzieren nach Art (mittelbar-unmittelbar) und Anteil des Einflusses und der Verantwortung, also der Macht von Patienten und Bürgern in Entscheidungsprozessen und Institutionen, wobei es im Grunde um einen graduellen Machttransfer zugunsten der Patienten und Bürger geht. Bei der Anhörung (*consultation*) ist ihr effektiver Einfluss am geringsten; Partnerschaft (*partnership*) meint gleichmäßig geteilte Macht zwischen den beteiligten Akteuren (inkl. der Patienten und Bürgern); „delegated power“ bezieht sich auf einen dominierenden oder entscheidenden Einfluss von Patienten und Bürgern auf Entscheidungsprozesse bei geteilter Macht; „citizen control“ zeigt sich in der alleinigen Macht von Patienten und Bürgern.

Auch in dieser Arbeit soll Beteiligung an Entscheidungen verstanden werden als (graduell zunehmende) Einbindung von Patienten und Bürgern in Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen, die von der Vorinformation und Sondierung bis zum eigentlichen Entscheidungsakt reichen. Aufgrund der Klarheit der

56 Alemann 1975, S. 19; Damkowski/Rösener 2003, S. 58; Vilmar 1977, S. 297; Schultze 2003b, S. 371-373; Schultze 2003a, S. 53.

57 Vgl. GBE, S. 9-10.

58 Arnstein 1969; Saltman 1994; Trojan/Legewie 2001, S. 324; Charles/DeMaio 1993; North/Werkö 2002.

59 Kersting 1997, S. 84-85.

60 Sartori 1997, S. 125.

61 Arnstein 1969.

62 Feingold 1977.

63 Charles/DeMaio 1993.

64 North/Werkö 2002.

65 Saltman 1994, 2000.

66 Trojan 1988.

begrifflichen Formulierungen werden jedoch in Anknüpfung an Francke und Hart<sup>67</sup> unter Beteiligung an Entscheidungsprozessen die Formen Umfragebeteiligung (Befragung ohne konkreten Einbezug ins Verfahren), Verfahrensbeteiligung (Einwirkung), Beratungsbeteiligung (Mitberatung) und Entscheidungsbeteiligung (Mitentscheidung) unterschieden werden. Während Umfragebeteiligung spezifische Bürgerinteressen nicht zwingend in Entscheidungen miteinbezieht, können Bürger durch Mitentscheidungsbeteiligung Entscheidungsergebnisse (je nach Ausgestaltung der Voten) wirksam beeinflussen, so dass deutlich werden sollte, dass einflussreichere (i.e. effektivere) Beteiligung mit einer aktiveren Position der Bürger in Politik und Gesellschaft einhergeht.

Bezüglich des Gesundheitswesens ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 2-5: Modelle der Beteiligung an Entscheidungen – Beteiligungsumfang, Funktionen und praktische Beispiele**

Modell	Entscheidungsumfang und Funktionen	Praktische Beispiele
Umfragebeteiligung	Gewinnung von Erkenntnissen über Vorstellungen und Präferenzen von Nutzern des Gesundheitssystems	Befragungen zu Gesundheitszielen, Allokationsprioritäten, zur Zufriedenheit mit dem Serviceangebot
Verfahrensbeteiligung	Vermittlung von Meinungen, Positionen zu bestimmten Projekten: erweitern die Informationsbasis für Entscheidungsträger	Anhörungen und Stellungnahmen im Prozess der Politikformulierung in Ministerien und im Gesetzgebungsprozess (z.B. im Parlamentsausschuss), in Beratungs- und Entscheidungsgremien (z.B. Sachverständigenausschüsse, Kommissionen)
Beratungsbeteiligung	direkter Einfluss auf Diskussionsprozess: zwingt zur stärkeren Auseinandersetzung mit den Argumenten der Beteiligten	Mitberatung in Beratungs- und Entscheidungsgremien über untergesetzliche Richtlinienerstellung und Qualitätssicherung (z.B. in D: Gemeinsamer Bundesausschuss)
Entscheidungsbeteiligung	stärkste Beteiligungsform mit Recht auf Mitentscheidung	Mitentscheidung in Entscheidungsgremien (s.o.), aber auch: individuelle Entscheidungsbeteiligung im eigenen Behandlungsfall; Versichertenbeteiligung bei Entscheidungen der Finanzträger

Quelle: modifiziert nach SVRKAiG 2002, Tab. 29, S. 325, Francke/Hart 2001, S. 59-61.

### Operationalisierung von Patienten- und Bürgerbeteiligung – ein Erfassungsraster

Zur Erfassung der in verschiedenen Gesundheitssystemen ausgeformten Beteiligungsmöglichkeiten von Patienten und Bürgern in der Gesundheitspolitik und in der Gesundheitsversorgung ist zunächst nach den institutionellen Strukturen

67 Francke/Hart 2001.

(Entscheidungsstrukturen und der Steuerung im Gesundheitssystem) und den Akteuren, ihren Zuständigkeiten und Beziehungen zueinander, zu fragen, die Beteiligungsräume eröffnen (können). Die Grundmerkmale von Gesundheitssystemen sind bereits im vorigen Abschnitt skizziert worden und werden für die zu untersuchenden Ländern in Kapitel 3 länderspezifisch erörtert.

Der konkreten Erfassung von participationsstrukturen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen soll schließlich das folgende Raster dienen.

1.) Gefragt wird zunächst nach:

- institutionalisierten Entscheidungsstrukturen bezüglich der Gesundheitsversorgung: der Kompetenzverteilung zwischen verschiedenen Akteuren; Entscheidungs- und Handlungsorte und -ebenen,
- Steuerungsmechanismen der Ressourcenallokation und des Versorgungsgeschehens,
- Entwicklungstrends bzw. politischem Strategiewandel.

2.) Untersucht werden dann anhand ausgewählter Aspekte der medizinischen Versorgung die konkreten Entscheidungswege und die an ihnen maßgeblich beteiligten Akteure. Solche Aspekte mit wesentlicher Bedeutung für die Absicherung von Patienten und Bürgern im Krankheitsfall betreffen insbesondere:

- a) den Katalog medizinischer Leistungen und von Arzneimitteln, der aus Steuern oder Beiträgen finanziert wird und garantiert ist,
- b) Behandlungsmethoden, Behandlungsstandards und -qualität, und
- c) die Höhe der Finanzierungsparameter.

Von Interesse ist dabei auch, welche (Arten und Formen von) Leistungen und Methoden ausgewählt oder ausgeschlossen werden.

3.) Anschließend ist zu untersuchen, wie Patienten und Bürger an diesen Entscheidungen über die Ausgestaltung der Versorgung beteiligt werden bzw. Einfluss nehmen können. Das „Wie“ von Beteiligung wird nachfolgend erörtert.

**Tabelle 2-6: Operationalisierung von Patienten- und Bürgerbeteiligung**

Merkmal von Beteiligung	Ausprägungen von Beteiligung	
Menge der Beteiligten	einzelne (individuelle Beteiligung)	mehrere bzw. Gruppe (kollektive Beteiligung)
Arten der kollektiven Beteiligung	indirekt	Wahl von politischen Abgeordneten
	direkt	Bestimmung von Bürger-/Patientenbeauftragten (Ombudsleuten) s.u.
Formen direkter kollektiver Beteiligung/ Einflussnahme (verfasst und nicht-verfasst)	Meinung (voice)	Umfragebeteiligung Verfahrensbeteiligung Beratungsbeteiligung Entscheidungsbeteiligung
	Meinung (voice)	Entscheidungsbeteiligung: <i>informed consent</i>
	Auswahl (choice)	Wahl der Gesundheitseinrichtung (Gesundheitszentrum, Krankenhaus) Wahl des Arztes Wahl der Versicherung
	Abwanderung (exit)	alternativer, privater Anbieter
Vertretung der (direkt) Beteiligten	gewählt	selbst
	bestimmt	fremd
Ebenen und Orte der Beteiligung	Mikro	Arzt-Patient-Beziehung
	Meso	Meso II: Versorgungseinrichtung Meso I: Versicherung/Krankenkasse
	Makro	Makro II: Regionalparlament, Gemeinderat; Sozialversicherung (Selbstverwaltungsgremium) auf nationaler Ebene; nachgeordnete Verwaltung Makro I: Parlament, Regierung/Gesundheitsministerium
	Rollenperspektive	partikularistisch universalistisch

Grundsätzlich soll eine individuelle Beteiligung – als Einzelperson – von einer kollektiven Beteiligung – als Gruppe – getrennt werden. Bezüglich der kollektiven Beteiligung wird sodann zwischen direkter und indirekter Beteiligung unterschieden, wobei unter direkter Beteiligung eine Selbstbeteiligung durch Patienten- und Bürgergruppen, die sich selbst organisiert haben, um primär eigene Betroffeneninteressen wahrzunehmen, verstanden wird. Indirekte Beteiligung bezieht sich dagegen auf eine Vertretung von Patienten- und Bürgerinteressen durch politische Abgeordnete oder Patientenombudsleute, die zwar von Patienten und Bürgern gewählt sein können, die aber fremdorganisiert sind und zudem Betroffeneninteressen sekundär wahrnehmen. Auch die Krankenkassen der Sozialversicherung sind inzwischen diesen Fremdorganisationen mit sekundärer Interessenwahrnehmung zuzurechnen: Obwohl sie zunächst als Selbstorganisationen (Selbstverwaltung) zum Zwecke der Wahrnehmung von Betroffeneninteressen gegründet wurden, haben sie sich durch Institutionalisierung als parastaatliche Organisationen vom ursprünglichen Patienten- und Versichertenbezug gelöst und vertreten nunmehr primär institutionelle Interessen.<sup>68</sup> Daher kann Versichertenbeteiligung heute auch nur mit Einschränkungen als direkte Beteiligung betrachtet werden.

Während eine indirekte kollektive Beteiligung nur einen sehr mittelbaren Einfluss auf Entscheidungen impliziert, können über eine direkte kollektive Beteiligung Entscheidungen mehr oder weniger mittelbar – wie bei der Umfrage- oder der Verfahrensbeteiligung – oder unmittelbar – wie bei der Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung – beeinflusst werden. Auch die individuelle Beteiligung bzw. Einflussnahme auf Entscheidungs- und Handlungsprozesse über die Auswahl unter Alternativen oder die Abwanderung generieren nur einen mehr oder weniger starken mittelbaren Einfluss auf Entscheidungen im Gesundheitswesen.

Bezüglich der direkten kollektiven Beteiligung und hier insbesondere der Verfahrensbeteiligung (durch Anhörungen oder Stellungnahmen) ist außerdem von Bedeutung, ob Beteiligung auf eigene Initiative der Patienten- oder Bürgerorganisation (im Sinne von Lobbying) oder auf Initiative einer Behörde zustande kommt. Bei der zweiten Option ist wiederum zu fragen, ob die Einbindung rechtlich verfasst (in einer Satzung) bzw. institutionalisiert erfolgt oder ob sie nicht-verfasst und ungesichert ist, unregelmäßig stattfindet und besonderen Erwägungen unterliegt.

### Zusammenfassung: Das Beteiligungskonzept

Zusammenfassend werden Patienten- und Bürgerbeteiligung definiert als Einbindung in Entscheidungsprozesse und Einflussnahme auf Handlungsabläufe im Gesundheitswesen, d.h. in der Gesundheitspolitik und im Krankenversorgungssystem. Dergestalt umfassen Patienten- und Bürgerbeteiligung sowohl „Partizipation an der Gesundheitspolitik“ als auch „Partizipation an der Gesundheitssicherung innerhalb einzelner Versorgungsinstitutionen“<sup>69</sup>. Diese umfassende

<sup>68</sup> Vgl. auch Francke/Hart 2001, S. 57-58.

<sup>69</sup> Badura 1980, S. 377.

Definition von Beteiligung bietet sich für das Gesundheitswesen an, in dem der Bürger nicht nur als Wahlbürger in der Gesundheitspolitik, als Steuer- oder Beitragszahler in der Finanzierung der Versorgung, sondern als Kranker auch selbst in den Leistungserstellungsprozess (als Ko-Produzent) involviert und von dessen Ergebnis unmittelbar betroffen ist. Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen fragt daher gemeinsam danach, in welcher Weise Patienten und Bürger in Entscheidungen auf allen Ebenen eingebunden sind bzw. berücksichtigt werden und wie sie auf Handlungsprozesse einwirken können.

Einbindungsformen und Einflussmöglichkeiten können im Gesundheitswesen generell vier Formen der Beteiligung an Entscheidungen (*Beteiligung im engeren Sinne*) – Umfrage-, Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung – auf unterschiedlichen Entscheidungsebenen im Gesundheitswesen betreffen, des Weiteren mehrere Formen der Einflussnahme auf Entscheidungs- und Handlungsprozesse (*Beteiligung im weiteren Sinne*): Aus-Wahlmöglichkeiten (Wahl der Krankenkasse, der Versorgungseinrichtung, des Leistungserbringers, der Heilmethode, der Therapieform), Beschwerde- und Klagemöglichkeiten und Abwanderungsmöglichkeiten (Ortswechsel, Wechsel von öffentlichen zu privaten Anbietern). Insgesamt wird hier ein pluralistischer Beteiligungsansatz verfolgt.<sup>70</sup>

Empirisch bleibt zu untersuchen, welche Beteiligungsmöglichkeiten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen tatsächlich realisiert werden. Dazu sei auf Kapitel 4 verwiesen.

---

70 Vgl. Evers (1998, S. 47): „... principles which can coexist despite of their differences can complement each other well. Instead of asking whether we should have consumer choice or not in social service provision, the challenge is how to balance it with collective control by political decision-making and alternative forms of individual control by means of user involvement.“

## Die Position von Patienten und Bürgern im Gesundheitssystem

Das Gesundheitswesen ist charakterisiert durch spezifische institutionelle Strukturen, Akteurskonstellationen und Interaktionen zwischen ihnen, die zur Realisierung der vorrangigen Aufgabe des Gesundheitswesens, der Krankenversorgung, beitragen. Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen sprechen diese Strukturen, die beteiligten Akteure, ihre Aufgaben und Kompetenzbereiche bzw. ihre Funktionsbereiche und insbesondere die (Neu)Positionierung von Patienten und Bürgern darin an.

Nachdem geklärt wurde, was unter Beteiligung verstanden werden kann und soll, geht es in diesem Teil um die Position von Patienten und Bürgern gegenüber anderen Akteuren im Gesundheitssystem, die durch bestimmte Einflussmöglichkeiten gekennzeichnet ist und durch deren Erweiterung gestärkt werden kann. Im Folgenden werden unterschiedliche Begriffe und die mit ihnen verbundenen Auffassungen der Rolle von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen vorgestellt, denn diese Rollen Aspekte verweisen auf bestimmte Interaktionsformen zwischen verschiedenen Akteuren. Betrachtet werden in den nachfolgenden Abschnitten die an Entscheidungen im Gesundheitssystem beteiligten Akteure bzw. Institutionen, ihre Beziehungen zueinander, ihre Funktionen bzw. Aufgaben und Entscheidungskompetenzen und die ihren Funktionsbereich anleitenden Handlungslogiken und unterstützenden Legitimitationsmuster. Damit ist ein komplexer Zusammenhang zwischen Akteuren, Funktionen und den sie untermauernden Ideen angesprochen, der die Sicht auf Patienten und Bürger prägt und Zielformulierung und Ausformung von Patienten- und Bürgerbeteiligung beeinflusst.

### Rollen von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen

Die verschiedenen Bezeichnungen der unmittelbar Betroffenen im Gesundheitswesen benennen unterschiedliche Situationen, Rollen und ihnen unterlegte Interessen.<sup>71</sup> Rollenzuschreibungen bzw. die Betonung eines Aspekts der Rolle von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen erfolgen zudem je nach politischer Thematisierung von Problemen und je nach Fokus auf eine bestimmte Handlungsebene im Gesundheitswesen. Entsprechend kann der Patient als Bürger bzw. Mitgestalter im Gesundheitswesen betrachtet werden, als Konsument in einem „Markt Gesundheitswesen“, als Kunde von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, als Partner in der Arzt-Patient-Beziehung sowie als Ko-Produzent von Gesundheit im Leistungsprozess.<sup>72</sup> Diese *Rollenaspekte* kommen in der Ausformung von Patienten- und Bürgerbeteiligung zum Tragen; sie sind empirisch beobachtbar im Gesundheitsreformdiskurs. Sie bzw. die in ihnen zum Ausdruck kommende (ideologische) Perspektive auf das Gesundheitswesen

---

71 Francke/Hart 2001, S. 30; Trojan 1998, S. 18.

72 Trojan 1998, S. 18; Schwartz 1999a, S. 334; Diercks/Schwartz 2002, S. 137-142.

spiegeln sich auch wider in Begründung und Zielen von Patienten- und Bürgerbeteiligung. In dieser Arbeit liegt zwar der normative Schwerpunkt auf der Sicht auf den Patienten als Bürger und Mitgestalter im Gesundheitswesen; so wird von Patienten und Bürgern gesprochen, um auf deren staatsbürgerrechtliche Seite aufmerksam zu machen. Jedoch müssen analytisch alle Rollen Aspekte in den Blick genommen werden, wobei sich die Zuordnung zu grundlegenden Rollenperspektiven (s.o.) als hilfreich erweist, da sie Aufschluss geben über Ausformung und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung.

Im Einzelnen kann unterschieden werden zwischen Bürgern, Patienten, Versicherten, Kunden bzw. Verbrauchern und dem neutraleren Begriff des Nutzers.<sup>73</sup>

Der *Bürger* ist zunächst – in politikwissenschaftlicher Perspektive – Staatsbürger eines öffentlichen Gemeinwesens, er ist volles Mitglied einer Gesellschaft, mit Rechten und Pflichten ausgestattet – unabhängig von materiellen bzw. finanziellen Voraussetzungen oder Bedingungen. Als Bürger verfügt der Einzelne in dieser Perspektive damit über einklagbare Schutzrechte und bestimmte Leistungsansprüche gegenüber dem Staat. In einer Demokratie ist die Beziehung zwischen Bürger und Staat (bzw. Regierung) durch den Grundsatz gekennzeichnet, dass der Staat den Bürgern diene. Hier tritt der Bürger als Wähler von Abgeordneten und Wahlprogrammen bzw. Parteien auf und bestimmt als Stimmbürger mit über die Politikformulierung. Schließlich ist auch der Bürgerbegriff wieder qualifizierbar, so dass neben der politikwissenschaftlich geprägten Perspektive auf den Staats-, Wahl- oder Stimmbürger, aus einer betriebswirtschaftlichen Sicht der Wirtschaftsbürger oder Kunde öffentlicher Dienstleistungen und aus verwaltungswissenschaftlicher Sicht die Rolle des Sozialbürgers oder Klienten, der auf soziale Dienste angewiesen ist bzw. sozial betreut wird, im Mittelpunkt eines Leitbilds „Kundenorientierung“, „Bürgernähe“ oder „Bürgerbeteiligung“ von Politik, Verwaltung und Wirtschaft steht. Gegenüber der Mitwirkung eines Staatsbürgers bei der Politikformulierung bzw. der Entscheidung über Art und Umfang der Leistungserbringung, werden Wirtschafts- und Sozialbürger eher bei der Politikumsetzung beteiligt bzw. zur Ausgestaltung und der Qualität des Angebots befragt.<sup>74</sup>

Der Bürgerbegriff umfasst damit als Oberbegriff auch alle anderen Teilbegriffe.<sup>75</sup>

Ein *Patient* (im engeren Sinne) ist der (potentiell oder tatsächlich) von einer Krankheit betroffene Mensch. Patienten sind mehr oder weniger intensiv auf medizinische Hilfe und Leistungen angewiesen und je nach Krankheitszustand in der Lage, über Behandlung und Pflege mitzuentcheiden; entsprechend sind Patienten gegenüber behandelnden Ärzten und Pflegepersonal mehr oder minder hilflos. Patientenschutzrechte sollen die Seite des Patienten in der individuel-

73 SVRKaiG 2002, S. 286; SVRKaiG 2003; Göpel 2002, S. 22

74 Marshall 1950, genannt bei: Dahrendorf (1995), S. 33; Groser 1999, S. 79-81; König 1999, S. 201, 208-209; Sartori 1997, S. 44; Schiller 1997, S. 114; Kißler 1997, S. 100-102; Kersting 1997, S. 87; Weihnacht 1999, S. 13-17.

75 Francke/Hart 2001, S. 29. Vgl. aber Reibnitz/Litz (1999, S. 24-25) und Reibnitz (2001), die den Begriff des Konsumenten bevorzugen, aber im Sinne des Bürgerbegriffs verwenden.

len Situation im asymmetrischen Verhältnis gegenüber Ärzten und Pflegern stärken.

*Versicherte* sind Mitglieder einer öffentlichen oder privaten Krankenversicherung, die über Beitragszahlungen ein Recht auf Leistungserhalt im Krankheitsfall erwerben.<sup>76</sup>

Die Verwendung des *Kunden-* oder *Verbraucherbegriffs* bringt eine marktorientierte und wettbewerbsbetonende, aber auch eine antibürokratische Sichtweise zum Ausdruck. Ein Kunde (bzw. Konsument oder Verbraucher) ist ein faktischer oder potentieller Marktteilnehmer auf der Nachfragerseite:<sup>77</sup> Er nimmt nach einem Angebotsvergleich aufgrund von Kosten-Nutzen-Erwägungen und Qualitätsüberlegungen, i.d.R. auf der Basis einer privaten Budgetentscheidung, Dienstleistungen in Anspruch. Voraussetzung seiner wirksam werdenden Nachfrage sind Wahlmöglichkeiten und ausreichende Informationen. Der Nachfrager steht einem Anbieter persönlicher Dienstleistungen gegenüber. Die der Verwendung des Konsumentenbegriffs zugrunde liegende Vorstellung eines aufgeklärten und Nutzen maximierenden Wirtschaftssubjekts wird von vielen dafür kritisiert und abgelehnt, dass sie in der Regel weder der tatsächlichen Entscheidungsfähigkeit von Patienten noch der Rolle des Bürgers gegenüber Verwaltungsentscheidungen entspreche.<sup>78</sup>

*Nutzer* ist schließlich ein neutralerer Begriff, um Personen zu bezeichnen, die Gesundheitseinrichtungen aufsuchen und Gesundheitsleistungen und -güter in Anspruch nehmen. Insofern steht er für Kunden, Verbraucher bzw. Konsumenten, abstrahiert jedoch von der Kaufkraft<sup>79</sup>, und wird deshalb auch vom Sachverständigenrat bevorzugt.<sup>80</sup>

## Patienten und Bürger vs. andere Akteure – Beziehungsmuster im Gesundheitssystem

Die zu beteiligenden Patienten und Bürger stehen in Entscheidungsprozessen und im Handlungsgeschehen auf verschiedenen Ebenen und in unterschiedlichen Funktionsbereichen einem breiten Akteursfeld gegenüber: Gesundheitspolitikern und Gesundheitsverwaltungen auf nationalen, regionalen und kommunalen Ebenen, Krankenversicherungen, Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringern bzw. Mediziner, Therapeuten und Pflegern. Im Hinblick auf die Position der Patienten und Bürger im Gesundheitswesen sind dabei von herausragender Bedeutung die Beziehungen zwischen Bürgern und Politik, zwischen Bürgern und Verwaltungen bzw. Versicherungen<sup>81</sup>, zwischen Bürgern bzw. Patienten und Gesundheitseinrichtungen sowie zwischen Patienten und Leis-

76 Francke/Hart 2001, S. 30.

77 Francke/Hart 2001, S. 30; König 1999, S. 201; Dierks/Schwartz 2002, S. 138.

78 Diercks/Schwarz 2002, S. 138-141. Kritik äußern u.a. Rosenbrock 2001, S. 30-32; Schwartz/Diercks 2000, S. 105; Deppe 2000, S. 239; 250-251; Weinacht 1999, S. 15-16; Groser 1999, S. 87, Kaschytza 1999, S. 46; Schaarschuch 1998, S. 104.

79 Francke/Hart 2001, S. 31.

80 SVRKAiG 2002 und 2003.

81 Sozialversicherungen sind als staatsmittelbare Verwaltungen zu charakterisieren: u.a. Groser 1999, S. 82; Wanek 1994, S. 122.

tungserbringern. Alle diese Beziehungen sind traditionell von einem hierarchischen Gefälle, einem Wissens- und Machtgefälle oder einem Geber- und Nehmer-Gefälle zuungunsten der Bürger, der Versicherten und der Patienten geprägt gewesen.

Auf Makro- und Meso-Ebenen bedeutet das im Einzelnen Folgendes: In einer repräsentativen Demokratie ist das Verhältnis zwischen Bürgern und Politik gekennzeichnet durch Wahl politischer Vertreter in die politischen Entscheidungsorgane, denen die Gesetzgebung obliegt, also von Parlament und Regierung. Gesetzesvorgaben werden dann umgesetzt durch Politik und staatliche bzw. quasi-staatliche Verwaltung auf zentraler und dezentraler Ebene, wobei nicht wenige weitreichende Entscheidungen erst in der Ausführungsphase selbst getroffen werden. Im Fall der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist sie es, in deren Rahmen die Details der Umsetzung sowohl gesetzlicher Vorgaben als auch der eigentlichen Organisation der Gesundheitssicherung festgelegt und vereinbart werden. Die Bürger oder Versicherten sind, über Wahlen von Vertretern hinausgehend, in institutionalisierter Weise zunächst nicht weiter in die Entscheidungs- und Handlungsprozesse involviert, sie treten erst wieder als Empfänger von Leistungen in Erscheinung, und können ansonsten über Interessenverbände, Bürgerorganisationen oder auch Parteien und auf weitere nicht-institutionalisierte Weise mittelbar auf Entscheidungsprozesse einzuwirken versuchen. Sie können schließlich auch Beschwerden einreichen und Klagen führen wegen mangelnder Gesundheitsversorgung und unzureichender oder schlechter Leistungserbringung. Das bedeutet, dass Patienten und Bürger ursprünglich und institutionell nur eine passive Rolle im Gesundheitswesen innehatten. Patienten und Bürger wirkten vorrangig als Wähler, Zahler, Empfänger und Versorgte, nicht als aktive Mitentscheider. Beteiligung von Patienten und Bürgern an Entscheidungs- und Handlungsprozessen des Gesundheitswesens bedeutet daher den (potentiellen, aber nicht notwendigerweise effektiven) Einbezug in „systeminterne“ Prozesse, bedeutet Aktivierung und den Aufbau (oder die Ergänzung) von Einbindungen und Einwirkungsformen.

Während traditionell und noch bis in die 1980er Jahre das Verhältnis zwischen Bürger und Politik durch die repräsentative Demokratie und die Beziehungen zwischen Bürger und Staat und Verwaltung von Hierarchie und Obrighkeitsdenken geprägt waren, gewannen seit den 1980er Jahren, begleitet durch die Diskussion um eine Krise der Demokratie, Bürgerbewegungen und veränderte Bürgererwartungen, durch Kritik am Sozialstaat und an asymmetrischen und anonym-bürokratischen (Macht-)Beziehungen zwischen Bürgern und Staatsvertretern, zwei neue Trends – direkte Bürgerbeteiligung in der (lokalen) Demokratie und New Public Management in der öffentlichen Verwaltung – an Einfluss.<sup>82</sup> Diese beiden Ansätze werden (in Deutschland) meist auf unterschiedliche Sphären (Verwaltung vs. Politik und Bürgergesellschaft, interne vs. externe Prozesse) bezogen und unterschiedlich thematisiert.<sup>83</sup> Ansätze der Verknüp-

---

82 Wollmann 2000, S. 718, 722.

83 Auf die Differenz machen aufmerksam: Kiffler 1997, S. 104; Schaarschuch 1998, S. 100; zum Thema schreiben: Kaschytza 1999, Schaarschuch 1998, auch Pollitt 1998, Dt. BT 2002, Evers 1998, Klaus 1999.

fung bestehen (in Deutschland) in Konzepten des Aktivierenden Staats oder der Aktiven Bürgergesellschaft.<sup>84</sup> Wichtige Elemente der Staats- und Verwaltungsmodernisierung, die auch den öffentlichen Gesundheitssektor betreffen, sind Dezentralisierung von Verwaltungsstrukturen und politischen Entscheidungskompetenzen (deconcentration, devolution, delegation), Privatisierung, Deregulierung und Strukturierung, Ökonomisierung und Managerialisierung (Binnenmodernisierung).<sup>85</sup> Öffentliche Verwaltung und öffentliche Gesundheitseinrichtungen wie z.B. Krankenhäuser avancieren demnach zu Dienstleistungsunternehmen, die sich mit verschiedenen Auswahlangeboten an Kundenwünschen und -bedürfnissen ausrichten. Bürger werden angesprochen und einbezogen als Kunden und Klienten, als Interessierte und direkt Betroffene. Auch die Sozialversicherung bzw. die gesetzliche Krankenversicherung ist dem öffentlichen Sektor zuzurechnen und wurde in den 1990er Jahren ebenfalls vom neuen betriebswirtschaftlichen Denken erfasst. Als öffentlich-rechtliche Institution übt sie grundsätzlich Macht und Kontrolle über ihre sozialversicherten Pflichtmitglieder aus und kann Beitragszahlungen sogar mit Zwangsmitteln einreiben. Die Versicherten sehen sich den Kassen gegenüber eher in der Position von Anspruchsberechtigten als von Mitgliedern oder Wahlbürgern (Sozialwahlen). Infolge der Einführung von Kassenwettbewerb mit freier Kassenwahl durch die Versicherten bemühen sich die Krankenkassen um einen Imagewandel weg von der staatsnahen Anstalt zu einem kundenfreundlichen Servicebetrieb. Der Versicherte mutiert dabei rhetorisch zum Kunden.<sup>86</sup> Angesichts der um sich greifenden Marktideologie in Politik und Verwaltung, besteht die Gefahr, dass sozialstaatliche Grundsätze (sozialer Ausgleich, Recht auf Gesundheitsschutz) gegenüber Wirtschaftlichkeitsüberlegungen ins Hintertreffen geraten, Kundenwünsche gegenüber Bürger(an)rechten dominieren.<sup>87</sup>

Die Untersuchung der Mikro-Ebene, d.h. der Arzt-Patienten-Beziehung bzw. der Stellung von Arzt und Patient ist ein besonderer Schwerpunkt medizinischer Therapieforchung und der Medizin-Soziologie. Eliot Freidson<sup>88</sup> hat sich ausführlich mit der zentralen Stellung der Mediziner im Krankenversorgungssystem beschäftigt. Die in den 1960er Jahren gängige Kritik an der „professionellen Dominanz der Medizin“ in der Arzt-Patienten-Beziehung, in der der ärztliche Paternalismus gegenüber dem hilflosen und folgsamen Patienten zum Ausdruck komme, hat sich in den 1970er Jahren als Aufruf zur Humanisierung und Demokratisierung der Anstaltsmedizin (stationäre Behandlung) geäußert. Hier sollte der Patient als (Mit-)Bürger mit gleichen Rechten betrachtet werden. In den 1980er und 1990er Jahren wurden mit der wachsenden Kritik an der Leistungsfähigkeit der Sozialschutzsysteme auch Reformen gefordert, die einer kooperativen (1980er Jahre) und mündigen (1990er Jahre) Stellung des Patienten

---

84 Kochniss 2003; Damkowski/Rösener 2003. Einen Überblick internationaler Ansätze zur Verknüpfung von Bürgereinbindung und Verwaltungshandeln geben Naschold/Bogumil 2000, S. 101-102; auch Kaschytza 1999, S. 47-48.

85 Saltman/Figueras 1997, S. 39-65; Naschold/Bogumil 2000; König 1999

86 Wanek 1994, S. 119-122; Reiners 1987, S. 29; Groser 1999, S. 81-84, 87.

87 Bogumil/Naschold 2000, S. 63-64; Groser 1999, S. 87; Deppe 2000, S. 256-257.

88 Freidson 1975.

---

Raum geben, der vom Versicherten und Ko-Produzenten zum Verbraucher und Kunden bzw. Käufer gegenüber einem Leistungserbringer und Anbieter mutierte.<sup>89</sup> Gleichwohl beleuchten diese unterschiedlichen Thematisierungen der Arzt-Patienten-Beziehung im Krankenversorgungssystem nur je einen Aspekt dieser Beziehung; und auch die derzeitige Propagierung eines kooperativen oder partnerschaftlichen Ansatzes der Patientenorientierung bedeutet nicht eine tatsächliche und vollständige Überwindung paternalistischer und autoritärer Beziehungsaspekte zwischen Arzt und Patient.<sup>90</sup>

Die Beziehungsalternativen zwischen Patienten, Versicherten und Bürgern und Ärzten, Versorgungseinrichtungen, Ämtern und Versicherungen sind in der untenstehenden Tabelle modelliert und illustriert worden. Angegeben sind Alternativen, für die auch beispielhafte Ausprägungsformen aufgezeigt werden können.

---

<sup>89</sup> Trojan 1998, S. 16-18.

<sup>90</sup> Trojan 1998, S. 18; Neubauer 1998, S. 7-9; Hogg 1999, S. 45-49; Deppe 2000, S. 237-239; Thompson 1999, S. 462-463.

Tabelle 2-7: Institutionelle Ausformungen und Kennzeichen von Patienten und Bürger betreffenden Beziehungen im Krankenversorgungssystem und in der Gesundheitspolitik und ihnen zugrundeliegende Ordnungsvorstellungen

Beziehung	Rollenaspekte	Interaktionskennzeichen/ Wert- und Ordnungsvorstellung	Ausprägungsform
Patient — Arzt	Leidender und Helfer/Heiler Partner, Ko- und Haupt-Produzent Mündiger bzw. souveräner Verbraucher, Kunde	Asymmetrie, Paternalismus Kooperation, Partnerschaft, Gleichberechtigung Serviceorientierung, Eigenverantwortung	Ärztliche Diagnose- u. Therapiefreiheit Information, Aufklärung, Zustimmung als Voraussetzung der Behandlung (Patientenrechte) Individuelle Gesundheitsleistungen auf Privatrechnung
Patient — Versorgungseinrichtung	Leidender und Helfer/Versorger Fürsorgebedürftige und Experten	Asymmetrie, Paternalismus Partizipation, Fürsprache	s.o. Patientenfürsprecher, Ombudsleute Pflichtmitgliedschaft, Pflichtbeiträge,
Versicherter — Krankenkasse, Versicherungsanstalt	Pflichtmitglied und Versicherungs- /Amtsvertreter Mitglied und Vertreter Kunde und Berater	Asymmetrie, Paternalismus Partizipation, Fürsprache Kundenorientierung, Eigeninitiative und Eigenverantwortung	staatliche Aufsicht/ Kontrolle Wahl von Versicherten-/ Arbeitnehmervertretern (Sozialwahlen) Förderung von Selbsthilfegruppen, Beratungsleistungen, Zusatzleistungen Weisungsbefugnis, Anordnung, Ver- ordnung
Bürger/ Steuerzahler — Verwaltung/Versorgungsamt	Steuerpflichtiger und Beamter Bürger und Beamter Kunde und Kundenberater	Asymmetrie, Paternalismus Partizipation, Fürsprache Kundenorientierung, Serviceleistung	Bürgerbeauftragter/ Ombudsleute Umfragen, Beratung, Bürgersprech- stunden bzw. angepasste Öffnungszeiten

Beziehung	Rollenaspekte	Interaktionskennzeichen/ Wert- und Ordnungsvorstellung	Ausprägungsform
Patient/ Versicherter/Bürger — gesundheitspolitisches Entscheidungsgremium	Repräsentiert: Wähler - Abgeordnete, Bevollmächtigte nicht beteiligt: Laie, Betroffene – Experten, Fürsprecher, anderweitige Interessenvertreter anwesend, beteiligt: Patientenvertreter – andere Interessenvertreter	Asymmetrie durch Delegation von Macht Asymmetrie durch Nichtbeteiligung Kooperation, Konkurrenz	Sozialwahlen, allgem. Wahlen von polit. Abgeordneten Dreiparteien-Gremien, gemeinsame Bundesausschüsse bis 2003 Gemeinsamer Bundesausschuss seit 2004

Quelle: Eigene Erstellung nach Lecher/Satzinger/Trojan/Koch 2002, S.4; Trojan 1998, S. 16; Neubauer 1998, S. 7-9; Diercks/Schwartz 2002, S. 137-142; Hogg 1999, S.46-47; Thompson 1999, S.242-243.

## Patienten und Bürger vs. andere Akteure – Funktionsviereck des Gesundheitssystems

Die Beziehungen zwischen den beteiligten Akteuren am Geschehen im Gesundheitswesen lassen sich in einem Funktionsviereck darstellen, das die in den einzelnen Phasen der Gesundheitsversorgung handelnden und entscheidenden Akteure und Institutionen herausstellt. Dieses Viereck bildet eine Erweiterung des Funktionsdreiecks kommunaler Akteursbeziehungen zwischen Bürgern, Rat und Verwaltung<sup>91</sup>, indem weitere Akteure und ihre Aufgaben hinzugefügt wurden und nach Handlungsebenen differenziert wurde.

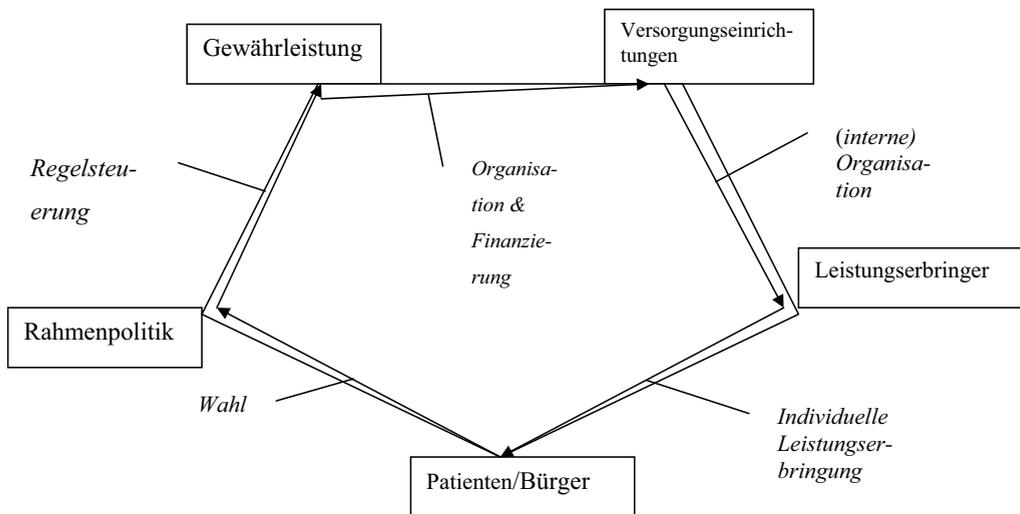


Schaubild 2-2: Funktionsviereck mit Rahmen-Relationen

Dargestellt sind in diesem Viereck die Rahmen-Relationen Bürger–Politik, Politik–Gewährleistung, Gewährleistung–Versorgungseinrichtung, Versorgungseinrichtung–Leistungserbringung und Leistungserbringung–Patient. Diese Beziehungen beinhalten zunächst die Vorgaben bzw. Leistungen einer Seite an die Partnerseite, die mit der Ausführung einer Aufgabe beauftragt ist bzw. das Ergebnis einer vorhergehenden Handlung empfängt – also Wahl, Regelsteuerung, Finanzierung, Organisation, Leistungserbringung.

Realiter sind aber diese Beziehungen nicht nur reziprok zu denken, sondern auch Akteure, die hauptsächlich auf anderen Stationen des integrierten Politik-

91 Zuletzt Kochniss 2003, S.64-68.

und Produktionszyklus im Gesundheitssystem agieren, wirken wieder auf Entscheidungen an fremden Knotenpunkten ein. Das bedeutet, dass rahmenpolitische Entscheidungen z.B. nicht allein über politische Wahlen durch die Bürger beeinflusst werden, sondern auch durch Gewährleister, Finanzierer, Leistungserbringer oder eben Bürger(verbände) (Binnen-Relationen).

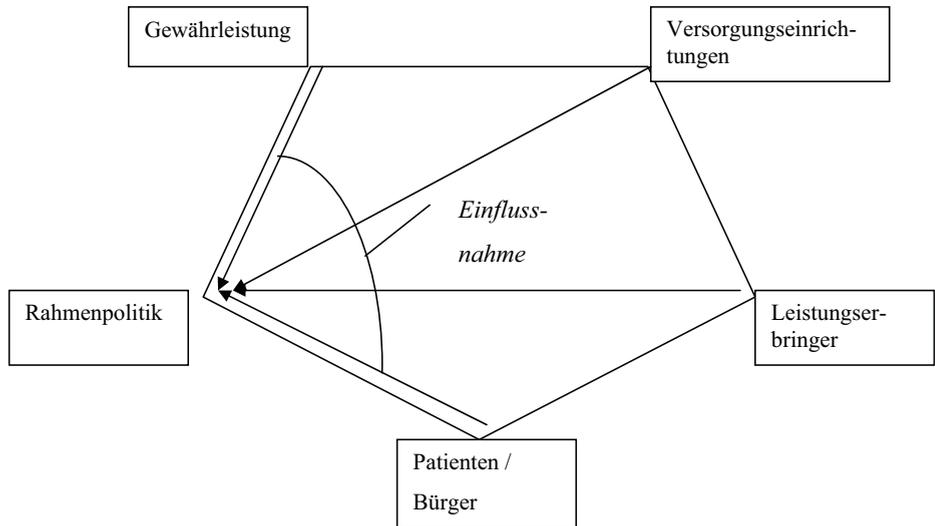
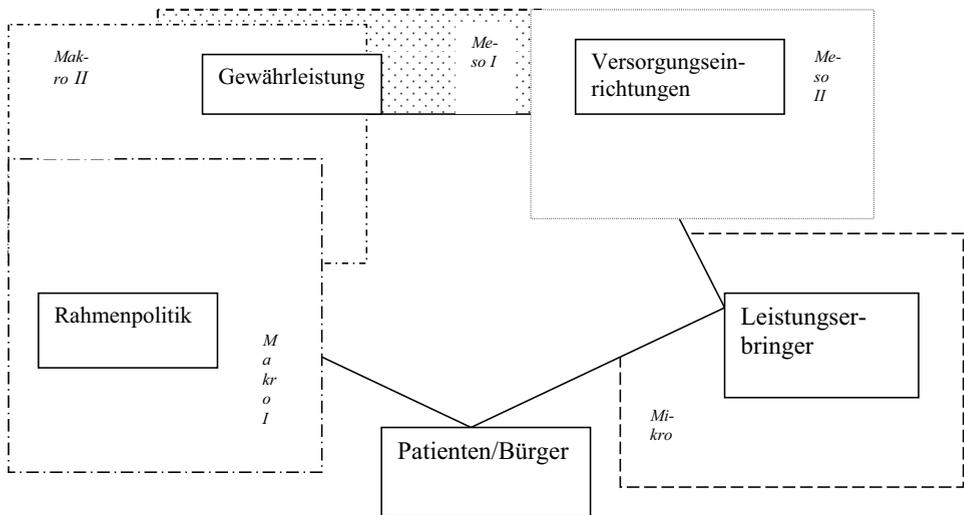


Schaubild 2-3: Funktionsviereck mit Binnen-Relationen

Mit der Differenzierung zwischen verschiedenen Phasen der Gesundheitsversorgung korrespondiert vage die Gliederung des Systems in Handlungsebenen. So bezieht sich der „Input“ in die Gesundheitssicherung auf das Geschehen auf Makro- und Meso-(I)-Ebenen unter Beteiligung von Bürgern, Politikern, Finanzierern, Gewährleistern und der Verwaltung von Versorgungseinrichtungen. Dagegen betrifft der „Output“ das Geschehen auf Meso-(II)-Ebene und beteiligt Leistungserbringer und Patienten.



Schanbild 2-4: Funktionsviereck mit Prozessphasen

Eine strikte Trennung zwischen Laien- und Expertenseite oder system-externer und -interner Seite analog zur Differenzierung zwischen Zivil- oder Bürgergesellschaft und politisch-administrativen System<sup>92</sup>, in der der Patient und Bürger auf der Input-Seite durch Wahlbeteiligung mitwirkt und erst am Ende des Prozesses wieder durch den Output des Systems betroffen ist, wird in der Gesundheitsversorgung zunehmend obsolet, da erkannt wird, dass das Verhalten der Nutzer, der Versicherten und der Patienten das Versorgungsgeschehen und dessen Ergebnis – die Gesundheit der Patienten und Bürger – wesentlich mitbeeinflusst. Patienten und Bürger sind heute nicht mehr nur als Forderer und Unterstützer am Anfang und Leistungsempfänger am Ende der Abläufe im Gesundheitssystem zu verorten, sondern können auch in unterschiedlichen Phasen und an den dort stattfindenden Entscheidungen involviert bzw. beteiligt werden. Patienten- und Bürgerbeteiligung als Einwirkung auf Entscheidungen und das Handlungsgeschehen kann die politische Rahmensetzung und Umsetzungsentscheidungen, die Finanzierung und Organisation der Leistungen bzw. der Leistungserstellung und die Erbringung der Leistungen selbst beeinflussen. Das heißt, Patienten und Bürger können beteiligt werden als politische Entscheider, als Planer, als Finanzierer, als Nutzer, als Ko-Produzenten, als Kranke, als Zahler. In Kapitel 4 wird untersucht werden, als was und wie sie tatsächlich beteiligt werden.

<sup>92</sup> Kochniss 2003, S.66.

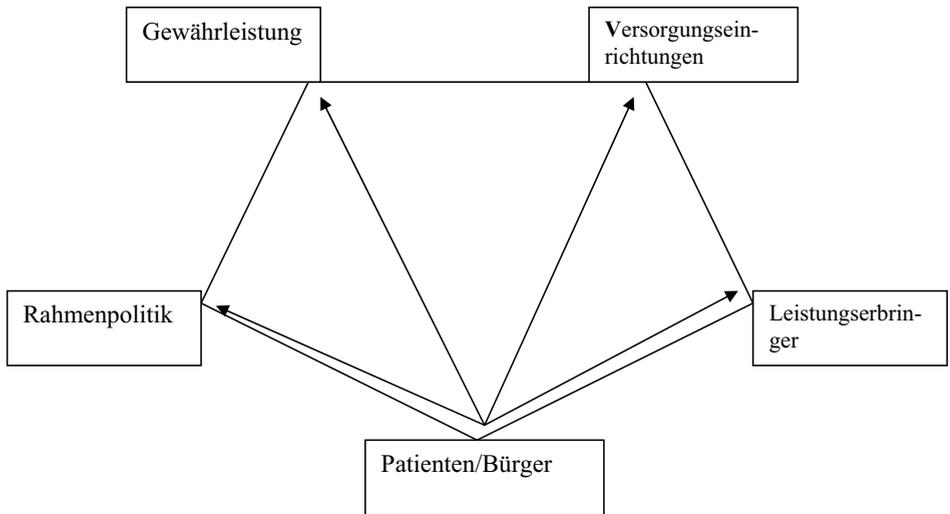


Schaubild 2-5: Funktionsvielfalt mit Patienten- und Bürgerbeteiligung

### Gesundheitssystemspezifische Beziehungsmuster

Bezüglich unterschiedlicher Gesundheitssystemmodelle können die Relationen und das Funktionsvielfalt selbst noch spezifiziert und differenziert werden.

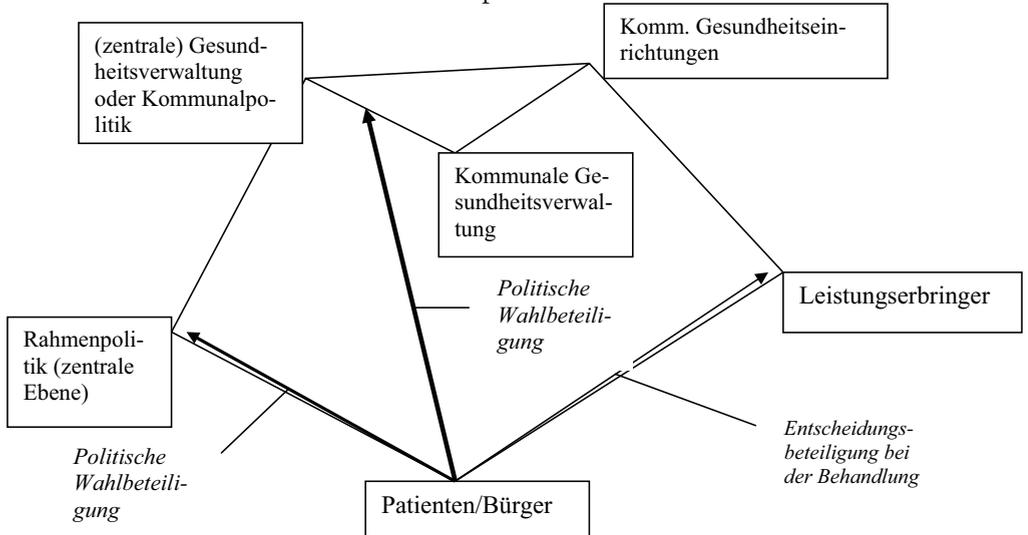


Schaubild 2-6: Funktionsvielfalt zum öffentlichem Gesundheitsdienst

Besondere Relationen des Funktionsvierecks des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind solche zwischen (Rahmen-)Politik und Gesundheitsverwaltung, Kommunalpolitik und kommunaler Leistungsverwaltung, kommunaler Verwaltung und Krankenhäusern bzw. Gesundheitszentren, schließlich zwischen Gesundheitszentren/Krankenhäusern und (angestellten) Leistungserbringern.

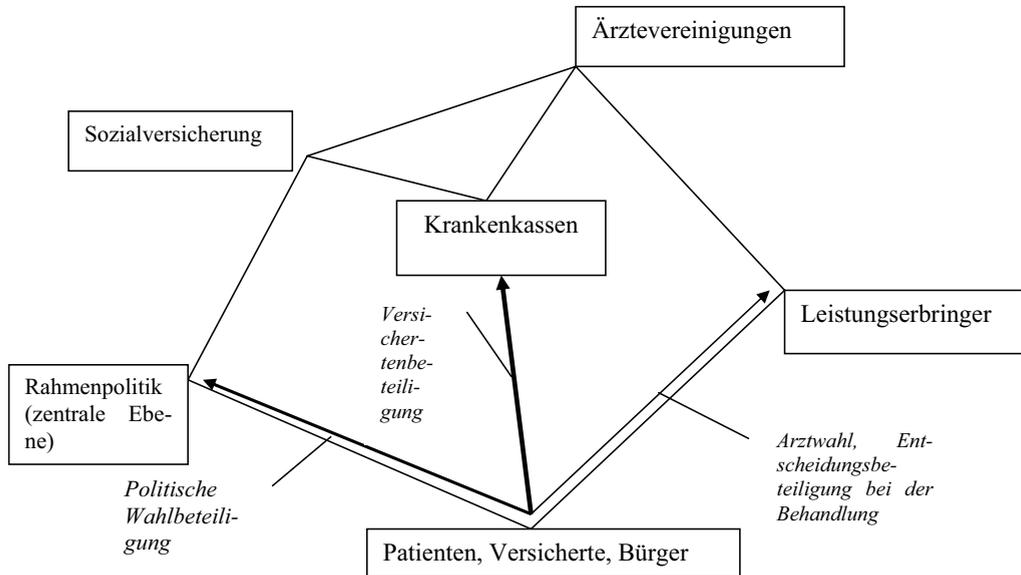


Schaubild 2-7: Funktionsviereck zur Sozialversicherung

Besondere Relationen des Funktionsvierecks eines Sozialversicherungssystems sind jene zwischen der (Rahmen-)Politik und der Sozialversicherung (d.h. Kassen und Leistungserbringern), zwischen Sozialversicherung und Krankenhäusern oder Arztpraxen bzw. genauer: zwischen Kassen und Krankenhäusern, Kassenärzten oder ambulanten Versorgungseinrichtungen, und schließlich zwischen Krankenhäusern und (angestellten) Ärzten bzw. parallel dazu zwischen Ärztevereinigungen und (freiberuflichen) Ärzten.

*Systemübergreifend* bestehen Beziehungen zwischen Bürgern und Patienten und der Politik oder zu den Leistungserbringern, doch zeigen sich auch hier wieder Unterschiede, die auf unterschiedlichen Anspruchsberechtigungen beruhen.

*Im öffentlicher Gesundheitsdienst* wird die Rolle des Bürgers als Kommunalbürger und Einwohner herausgestellt, er steht in Beziehung zur Kommunalpolitik und -verwaltung ähnlich wie im kommunalen Funktionsdreieck, er ist Wähler und schließlich Leistungsempfänger und gesetzlich zur Zahlung von Steuern verpflichtet, mit denen die Krankenversorgung finanziert wird. Als Patient ist er

---

Leistungsempfänger des Einsatzes von medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern, die ihren Lohn von der Gemeinde erhalten.

*Im Sozialversicherungssystem* dominiert die Rolle des Bürgers als Versicherter einer Krankenkasse, die seine Pflichtbeiträge auch per staatlichem Zwang eintreiben kann und seine finanziellen Interessen vertreten soll. Als Versicherter zahlt er Beiträge und hat einen Anspruch auf Leistungen. Als Patient ist er Leistungsempfänger des Einsatzes von medizinischen und pflegerischen Leistungserbringern, mit denen die Krankenkasse Verträge über die Vergütung abgeschlossen hat.

## Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem

Die Schaffung und Erweiterung von Patienten- und Bürgerbeteiligung in Entscheidungs- und Handlungsprozessen im Gesundheitsversorgungssystem ist als politisches Programm zu verstehen, das unterschiedliche Ziele, Absichten und Aktivitäten umfasst. Welche politischen Ziele mit dem Beteiligungsprogramm verfolgt werden und wie Beteiligung begründet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab: den betroffenen Funktionsbereichen (Aufgaben und Entscheidungskompetenzen) und übergreifenden Handlungssystemen, von praktisch-technischen Überlegungen, ideologischen Vorstellungen und von politisch-strategischen Erwägungen. Ziele von Bürgerbeteiligung in Politik, Gesellschaft und Wirtschaft und speziell im Gesundheitswesen als eines gemischten Sektors können dabei grundsätzlich in wertbezogene und wirkungsbezogene Ansätze unterteilt werden. Entsprechende Zielvorstellungen lassen sich aus den vorgebrachten Begründungen für Patienten- und Bürgerbeteiligung ableiten.

### Begründungen für Patienten- und Bürgerbeteiligung

In der wissenschaftlichen Begründung von Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen treffen sich Argumente, die aus der politikwissenschaftlichen Diskussion über mehr direkte Bürgerbeteiligung in der Politik bekannt sind, mit ökonomischen und gesundheitswissenschaftlichen Argumenten. Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitssystem gründen sich auf Ideen individueller und kollektiver Selbstbestimmung und autonomer Aktivität, die auch in Begründungen direktdemokratischer Ansätze in der Politik, in Organisationen und Unternehmen oder in Bezug auf die Entwicklung der Zivilgesellschaft auftauchen. Sie werden unterstützt durch Exit-and-Voice-Ansätze aus der Markttheorie und gesundheitsökonomische Vorstellungen, medizinische und medizinsoziologische Argumente und weitere ethische Überlegungen. Dieser Kanon wird schließlich in der Gesundheitspolitik teilweise aufgegriffen.<sup>93</sup> Trojan schätzt sogar die Bedeutung wissenschaftlicher Argumente in Politik und Praxis einer Patienten- und Bürgerorientierung im Gesundheitswesen als eher gering ein.<sup>94</sup>

*Normative, d.h. ideen- und wertbezogene Begründungen* gehen von den Patienten und Bürgern, den Menschen und Betroffenen um ihrer selbst willen aus. Patienten- und Bürgerbeteiligung wird gefordert, um dem Grundrecht auf Selbstbestim-

93 Einen Überblick geben Francke/Hart 2001, S. 32-51; Begründungen listen außerdem auf: Europarat 2000b; Badura/Hart/Schellschmidt 1999, S. 41-43, 49, 53, 59; Badura/Schellschmidt 1998, S. 15-16; Trojan 1998, S. 18-20; Lecher/Satzinger/Trojan/Koch 2002, S. 5; Neubauer 1998, S. 4-5; SVRK AiG 2002, S. 319, 346-347; Reibnitz/Litz 1999, S. 27-28; Feingold 1977, S. 155-156.

94 Trojan 1998, S. 20.

mung im weitesten Sinne (Betroffenenbeteiligung) zu entsprechen und demokratische und rechtsstaatliche Grundsätze (effektiver Interessenausgleich, sachverständige Entscheidungen<sup>95</sup>) auch auf verschiedenen Ebenen im Gesundheitswesen zu etablieren.<sup>96</sup> Demokratisierung bezieht sich dabei nicht nur auf eine überfällige Organisationsreform eines Gesellschaftsbereichs, sondern auch auf bestimmte neue und prekäre Entscheidungsgegenstände. So sollen Patienten und Bürger an Entscheidungsprozessen beteiligt werden, deren Entscheidungsgegenstände und -folgen sie unmittelbar selbst betreffen können und insbesondere Wertentscheidungen umfassen – wie sie infolge von Budgetkürzungen bei der Allokation und Priorisierung knapper gewordener Mittel auftreten.<sup>97</sup>

*Funktionale, d.h. wirkungsbezogene Begründungen* aus verschiedenen wissenschaftlichen Fachbereichen (Medizin, Medizinsoziologie, Medizinethik, Gesundheitsökonomie, Politikwissenschaft) werden insbesondere in der gesundheitswissenschaftlichen Debatte zur Patienten- und Bürgerbeteiligung zusammengeführt. Diese Begründungen sehen Patienten- und Bürgerbeteiligung als einen Weg zur Verbesserung der Versorgung der Patienten und Bürger und der Leistungsfähigkeit des Medizin- und Gesundheitssystems. Dazu zählt die Umsetzung sozialpolitischer Ziele wie Versorgungsgerechtigkeit und Gleichheit in der Versorgung, ökonomischer Ziele wie Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes und die Qualität des Outputs, medizinischer Ziele wie der Behandlungseffektivität und politisch-strategischer Ziele wie die Akzeptanzsicherung für Gesundheitsreformen und die Etablierung eines Gegengewichts zu etablierten Interessenkoalitionen<sup>98</sup>. Praktische Begründungen für mehr Patienten- und Bürgerbeteiligung beziehen sich außerdem auf deren Beitrag zur Transparenz des Versorgungssystems, zur gesellschaftlichen Diskussion und Zielorientierung von Gesundheitspolitik und damit zu guten politischen Entscheidungen, und zum Verdeutlichen von Reformbedarf.<sup>99</sup>

Patienten- und Bürgerbeteiligung, so wird argumentiert und propagiert, sind geeignet, zur Erreichung all dieser politisch in unterschiedlichem Maße präsenten Ziele beizutragen, und werden damit strategisch für fundamentale Ziele – wie die Verwirklichung von Demokratie und Selbstbestimmung im Gesundheitssystem – und/oder funktionale Ziele – wie Effektivität und Wirtschaftlich-

---

95 Damit ist gemeint, dass auch die Fachkompetenz oder Erfahrungskompetenz von primär betroffenen Patienten und Bürgern in Entscheidungen mit einfließen sollen.

96 Aus rechtswissenschaftlicher Perspektive: Taupitz 2003, S. 9-10, 13; Francke/Hart 2001, S. 148-151; Danner 2000, S. 468-470.

97 SVRKAiG 2002, S. 331; SVRKAiG 2003, S. 32. Vgl. auch Fisahn 2002, S. 338-339; Hart 2000a, S. 267; Hart 2001, S. 98; Kern/Troche/Beske 2000, S. 9.

98 Weitere politische und administrative „Strategien“ benennt Burke (1977). In vielerlei Hinsicht handelt es sich dabei jedoch eher um unterschiedliche Wege, Beteiligung umzusetzen, als um Begründungen und Ziele.

99 Lecher/Satzinger/Trojan/Koch 2002, S. 5; SVRKAiG 2002, S. 319, 346-347.

keit der Gesundheitsversorgung – eingesetzt.<sup>100</sup> Diesen doppelten Begründungs- und Legitimationsschwerpunkt setzen auch Reibnitz/Litz<sup>101</sup> und grundsätzlich Francke/Hart<sup>102</sup>, die von einer demokratischen Basislegitimation für Beteiligung ausgehen, die durch funktionale Begründungen im konkreten Sachzusammenhang ergänzt würden.

### Legitimierung von Entscheidungs- und Handlungsprozessen durch Betroffenenbeteiligung

Patienten- und Bürgerbeteiligung als Mittel zur Erreichung bestimmter Ziele verweisen auf die Legitimierung prekärer Versorgungsentscheidungen der verschiedenen im Gesundheitssystem agierenden staatlichen und nicht-staatlichen Akteure – und damit auf die Legitimität des gesamten Systems.

*Legitimität* bezeichnet allgemein die Rechtmäßigkeit einer politischen, gesellschaftlichen oder anderen Ordnung, von Entscheidungs- und Handlungsbefugnissen und ihrer Ausübung.<sup>103</sup> Diese allgemeine Definition verweist darauf, dass sich Legitimität im Kern auf die normative Frage nach der „richtigen“ bzw. „guten“ Ordnung bezieht: Legitimiert ist das, was Recht ist und für recht gehalten wird.

Legitimität ist doppelt verankert, indem sie sich auf konstitutiv geregelte Verfahren von Herrschaftsbildung und Entscheidungsfindung sowie auf Wertüberzeugungen und Grundnormen bezieht.<sup>104</sup> Diese beiden Elemente, Verfahrensregeln und Grundwerte, sind untrennbar miteinander verknüpft und aufeinander bezogen, weshalb Legitimität auch rechtspositivistisch als Legalität – die Übereinstimmung des Handelns mit den bestehenden Gesetzen und insbesondere der Verfassung – gedeutet wird. Die Einhaltung von festen Regeln, d.h. Verfahrenslegitimität ist aber noch nicht alles, es geht auch und vor allem um die Wechselbeziehung zwischen gesellschaftlichen Wertvorstellungen (der „Beherrschten“ oder Betroffenen) und den Wertvorstellungen und Normen, an die sich Akteure halten und die in der jeweiligen Ordnung zum Ausdruck kommen. So wird zwischen Legitimitätsglauben<sup>105</sup> und Legitimität im normativen Sinn bzw. Westle<sup>106</sup> zufolge zwischen Einstellungen und Einstellungsobjekten<sup>107</sup> unterschieden. Diese Trennung zwischen Legitimitätsglauben und normativem

---

100 „Beteiligung kann die Funktion haben, Versorgungsgerechtigkeit, Effektivität und Effizienz der Versorgung und eine demokratische Organisation des Gesundheitswesens zu unterstützen.“ (Francke/Hart 2001, S.47)

101 Reibnitz/Litz 1999; außerdem Mosebach 2005.

102 Francke/Hart 2001, S. 52, 49; Hart 2001; Hart/Francke 2002. Außerdem Hart 2005, S. 8.

103 Stichwort „Legitimität“, in: Sachwörterbuch der Politik, hrsg. v. R. Beck, S.550.

104 Hier und im Folgenden: Westle 1989, S. 22-25.

105 Genauer: Überzeugung der Beherrschten von der Rechtmäßigkeit bzw. Richtigkeit der politischen Ordnung. Auch: Akzeptanz oder politische Unterstützung.

106 Westle 1989.

107 Gemeint sind – normative – Eigenschaften des politischen Systems. Westle 1989, S. 25.

Legitimitätsanspruch sucht Habermas durch Verknüpfung zu überwinden, wonach er Legitimität als Anerkennungswürdigkeit einer (politischen) Ordnung definiert.<sup>108</sup> Die Verbindung von Legitimitätsanspruch und -glauben stellt sich dar als die Übereinstimmung zwischen gesellschaftlichen und institutionalisierten Wertvorstellungen – oder im empirischen Zugriff: als die Überzeugung der Bürger, dass das Funktionieren der politischen Ordnung, Handlungs- und Entscheidungsprozesse weitgehend mit ihren Wertvorstellungen und Ansichten, vom dem, was richtig und falsch sei, übereinstimmt.<sup>109</sup> Anders formuliert: Im Prinzip gilt das als rechtmäßig, was den Vorstellungen einer Gesellschaft von der „richtigen“ bzw. „guten“ Ordnung entspricht.

*Demokratie* ist gekennzeichnet als eine aus dem Volk hervorgehende, durch das Volk selbst und in seinem Interesse ausgeübte Herrschaft.<sup>110</sup> Daran anschließend, lässt sich formulieren: Politische Ordnung und politische Machtausübung ist *demokratisch legitimiert* und wird für legitimiert gehalten, wenn bestimmte Verfahrensregeln eingehalten werden, die eine Repräsentation der Bürger sichern, wenn Wertüberzeugungen und Grundnormen der Mehrheit der Bürger in der politischen Ordnung zum Ausdruck kommen und wenn Bürgerinteressen befriedigend umgesetzt und vollzogen werden.<sup>111</sup> Darin wird deutlich, dass neben der Gewährleistung demokratischer Verfahren politische Entscheidungen nicht nur toleriert werden, sondern moralisch überzeugen müssen. Eine solche „moralische Legitimität“<sup>112</sup> wird, wie schon erwähnt, vor allem über die (Sicherung der) Übereinstimmung von Wertvorstellungen und Normen zwischen Herrschenden und Beherrschten erreicht.<sup>113</sup> Damit verweist die Aussage aber auch auf die Bedeutung der Leistungsfähigkeit der politischen Ordnung und hier insbesondere des Wohlfahrtsstaates für (den Glauben an) deren Legitimität.<sup>114</sup>

Daraus ist zu schließen, dass die demokratische Legitimität eines Systems auf 1.) demokratischen Verfahrensregeln (Repräsentation und Partizipation) und 2.) auf der Effektivität seiner Leistungen beruht, die zusammen die Responsivität gegenüber Bürgerinteressen sichern bzw. zum Ausdruck bringen. Mit Bezug auf den Politikprozess kann die verfahrensbezogene demokratische Legitimität mit Scharpf<sup>115</sup> auch als Input-Legitimierung bezeichnet werden. Insofern, als es um die Ergebnisse und die Leistungsfähigkeit des politischen Systems geht, lässt sich wiederum der zweite Legitimitätsaspekt als Output-Legitimierung bezeichnen.<sup>116</sup> Die zugrundeliegenden Orientierungen (Verfahrensorientierung vs. Ergebnisorientierung) verweisen auf unterschiedliche Demokratiekonzepte, die als Process

108 Habermas 1976, Greiffenhagen 1997, S. 44-45.

109 Nohlen 2003, S.284; Easton 1979.

110 Schultze 2003, S.52.

111 Westle 1989, S. 27; Weber 1977, S.356-357.

112 Pardo 2000.

113 Pardo 2000, S. 4.

114 Weber1977, S. 357; Greiffenhagen 1997, S.43; Berg-Schlosser/Stammen 2003, S. 211.

115 Scharpf 1999, van Waarden 2003, S.267.

116 Scharpf 1999, S. 6-21.

Democracy und Content Democracy vorgestellt worden sind.<sup>117</sup> Bezüglich der Akzeptanz des Systems bei der Bevölkerung bzw. des Legitimitätsglaubens, unterscheidet Easton<sup>118</sup> entsprechend zwischen diffuser (grundsätzlicher Loyalität) und spezifischer (Politikergebnis und Leistungs bezogener) Unterstützung des Systems.

Auch *Bürgerbeteiligung* an Entscheidungs- und Kommunikationsprozessen ist in diese Doppelperspektive auf die Demokratie bzw. demokratische Legitimierung von Entscheidungen einzureihen. Zum einen ist Beteiligung als mehr oder weniger direkte Einbindung der Bürger in diese Prozesse zu betrachten, zum anderen kann sie als Mittel eingesetzt werden, um die Funktionsfähigkeit des Entscheidungs- und Durchführungsystems zu verbessern und schließlich gute Ergebnisse bzw. Leistungen für die Bürger zu erzielen. Die Gefahr besteht jedoch, dass die Funktionsfähigkeit des Durchführungsystems höher bewertet wird als die Responsivität gegenüber den Bürgern und damit funktionale Interessen über Bürgerinteressen dominieren.

*Beteiligung als Demokratisierung des Gesundheitssystems: verstärkte direkte Einbindung von Bürgern und Patienten*

Patienten- und Bürgerbeteiligung gilt in dieser Sichtweise als Hauptzweck zur Sicherung der Autonomie des Einzelnen und seiner Würde ebenso wie zur direkten – als Ergänzung zu indirekten – Repräsentation von Bürger- und Patienteninteressen in Entscheidungsprozessen.

Beteiligung als Demokratisierung zielt auf eine Erweiterung der Kreise der entscheidungsbefugten Akteure auf unterschiedlichen Entscheidungs- und Handlungsebenen im Gesundheitswesen, um durch direkte und personale Anwesenheit von Patienten und Bürgern deren Interessen und Bedürfnisse dort präsent zu halten und so die Responsivität von Entscheidungen und Entscheidungsinhalten gegenüber den direkt Betroffenen zu garantieren. Diese normative Zielsetzung von Beteiligung steht hauptsächlich in einer universalistischen Rollenperspektive mit Blick auf den (Staats-)Bürger.

*Beteiligung zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und/oder der Leistungen des Gesundheitssystems: Systemverbesserung mit Hilfe der Bürger und Patienten und/oder gute Versorgung für Bürger und Patienten*

Betroffenen- und Nutzerbeteiligung dient hier als Mittel, um Entscheidungs- und Handlungsprozesse im Gesundheitsversorgungssystem zu verbessern und so schließlich den Patienten und Bürgern eine ausreichende, qualitativ hochwertige, umfangreiche und kostengünstige Versorgung zu gewähren. Beteiligung bezieht sich dabei darauf, verwertbare Informationen bei den Nutzern in Form von Meinungen, speziellem Wissen, Bewertungen und Prioritäten einzuholen,

---

117 Saltman/von Otter 1989.

118 Easton 1979.

selbst zu informieren und das Verhalten der Patienten, Nutzer und Bürger zu steuern.

Dieses funktionale Ziel von Beteiligung kann sowohl universalistisch – auf die Bürger – als auch partikularistisch – auf Patienten, Nutzer, Kunden u.a. ausgerichtet sein.

Generell besteht bei der funktionalen und ergebnisorientierten Ausrichtung von Beteiligung die Gefahr, dass sich die verschiedenen Handlungsbereiche bzw. Subsysteme des Gesamtsystems von der Bürgerorientierung abkoppeln und eigenen Handlungslogiken und mit ihnen verknüpften Legitimationsmustern folgen.

Legitimität könnte unter Berufung auf die allgemeine Definition (bestimmte Verfahrensregeln, befriedigende Umsetzung) auch nicht-demokratisch, das heißt z.B. nach ökonomischen, naturwissenschaftlichen oder medizinischen Kriterien definiert bzw. ausgefüllt werden. Legitimiert bzw. rechtmäßig ist eine Ordnung, ein System, sind Entscheidungen und Handlungen danach dann, wenn Angebot und Nachfrage den Preis aushandeln, der zu zahlen ist, um eine Leistung zu erhalten, oder wenn nur die effizienteste Verwendung von Ressourcen oder die effektivste Verwendung eines Arzneimittels oder einer ärztlichen Behandlung verwirklicht wird. Nicht möglichst alle Patienten und Bürger ohne Unterschied, sondern die Kränksten oder die Finanzkräftigsten würden medizinisch behandelt werden. Nicht jede Krankheit würde wissenschaftlich erforscht werden, sondern die interessantesten oder die unbekanntesten. Grundlagenforschung wäre interessanter, da innovativer, als Anwendungsforschung. Entsprechend können Betroffene eingebunden werden, um das Angebot zu optimieren bzw. besser an die Nachfrage anzupassen, die Qualität der Leistungen zu verbessern, um versteckte Reserven und Ressourcen zu erschließen, oder um die Wirksamkeit einer Behandlung zu erhöhen, ihr Ergebnis zu verbessern. In dieser Perspektive werden Betroffene in bestimmten Rollen in ein verstärkt ökonomisch, wissenschaftlich oder medizinisch geprägtes Gesundheitssystem integriert.

Patienten- und Bürgerbeteiligung werden zum Teil realiter funktional in bestehende Strukturen des Gesundheitssystems integriert: So setzt das Verwaltungssystem auf eine effektive Gesetzes- und Planerfüllung, deren Zielgenauigkeit und Effektivität noch durch Bürgerbeteiligung, und das heißt durch Informationssammlung, durch Öffentlichkeitsstrategien oder durch Zufriedenheitsbefragungen gesteigert werden kann. Das finanzplanerische und das ökonomische System treffen sich in der Absicht, Überschüsse oder Gewinne zu erzielen oder zumindest die Ausgaben zu decken. Beteiligung kann in dem einen System als Mittel interpretiert werden, Steuerzahler, Versicherte oder Kunden zu kostenbewussterem Verhalten zu veranlassen, während Beteiligung in dem anderen System vor allem auf Kundenzufriedenheit und eine bessere Anpassung des Angebots an die Nachfrager zielt. Im medizinischen System ist das Handeln seiner Akteure auf Lebenserhaltung und Heilung von Krankheit ausgerichtet, wobei Patientenbeteiligung helfen kann, diese Maßnahmen und Prozesse zu beschleunigen, indem der Patient Verantwortung mitträgt, mithilft und medizinische Anweisungen befolgt. Schließlich kann Bürgerbeteiligung in Form einer

zusätzlichen direkten Beteiligung an Entscheidungen neben repräsentativen Formen auch der effektiven und dauerhaften (Partei-)Programmumsetzung im politischen System dienen, indem Verantwortung auch hier geteilt und politische Entscheidungen zusätzlich abgesichert werden.

Eine gleichzeitige Ausrichtung an den Bedürfnissen der Patienten und Bürger ist damit nicht ausgeschlossen, muss jedoch nicht vorrangig sein.

Sowohl in der Demokratisierungsperspektive als auch aus funktionaler Sicht dient Beteiligung der Systemstabilisierung, stellt im ersten Fall jedoch *umfassend* auf Patienten- und Bürgerinteressen und -bedürfnisse ab, während im zweiten Fall Patienten und Bürger und ihre Bedürfnisse nur *ausschnittsweise* unter Nutzenaspekten gesehen werden.

### Funktionale Bestimmung politischen Handelns und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung

Begründungen, mit ihnen verknüpfte Legitimationen und hinter ihnen stehende Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung spiegeln den Einfluss der im Gesundheitswesen wirksamen und konkurrierenden Handlungssysteme auf die Gesundheitspolitik wider. Das Gesundheitswesen bildet quasi eine Schnittmenge verschiedener übergreifender Handlungssysteme bzw. ein Puzzle verschiedener Subsysteme, in der bzw. in dem politische, administrative, ökonomische, medizinische und soziale Handlungslogiken aufeinandertreffen. Handlungs- bzw. Systemlogiken bezeichnen in praktischen Verhaltensnormen konkretisierte Leitideen eines Systems.<sup>119 120</sup>

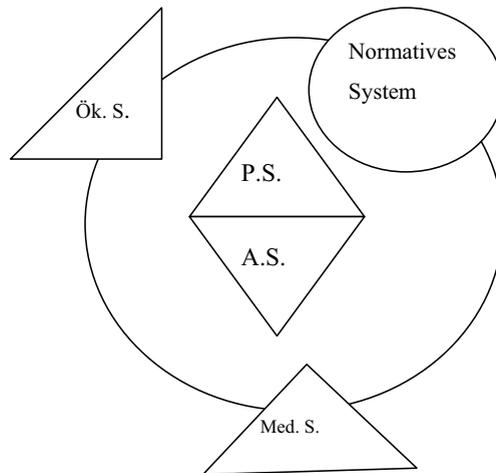
In Anlehnung an Offes Schema<sup>121</sup> zur Bestimmung des Handlungsrahmens des politisch-administrativen Systems kann für die Gesundheitspolitik ein eigenes Modell erstellt werden, wobei es der Erweiterung durch eine Aufgliederung des „politisch-administrativen“ Systems in politische, administrative und finanzplanerische Handlungsbereiche, durch eine Ergänzung um einen medizinischen Handlungsbereich und schließlich um die Benennung der Beziehungsinhalte bedarf.

---

119 Lepsius 1990, 1995, 1997.

120 Eine solche Verhaltensnorm oder Handlungslogik bezieht sich zunächst auf einen bestimmten Handlungskontext bzw. spezielle Verhaltenssituationen, wie sie schließlich innerhalb eines abgrenzbaren Handlungssystems zu verorten sind. Jedem der die Gesundheitspolitik beeinflussenden und am Gesundheitswesen mitwirkenden Subsysteme sind eigene Handlungslogiken bzw. Rationalitätskriterien zuzuordnen. Einzelne Aufgaben- und Kompetenzbereiche im Gesundheitswesen bzw. im Versorgungssystem sind in unterschiedlichem Maße durch diese übergreifenden Handlungssysteme geprägt. Das bedeutet, dass zum einen auch die (politisch gewählte) Steuerung des Gesundheitswesens mehrfach gebunden ist und dass zum anderen Handeln unterschiedlich legitimiert wird. Und auch Einsatz und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung fügen sich in diese unterschiedlichen Logiken und Legitimationsmuster ein.

121 Offe 1973, S. 213.



P.S. = Politisches System

A.S. = Administratives System

Ök. S. = Ökonomisches System; Med. S. = Medizinisches System

*Schaubild 2-8: Subsysteme im Gesundheitswesen und der Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik*

Das normative System steht für die Wertvorstellungen der Gesellschaft, die als soziale Normen in der Politik präsent sind. Es bezeichnet den Rückbezug auf Patienten- und Bürgerinteressen und -bedürfnisse und deren direkten Einfluss. Dieses normative System steht wiederum anderen Systemen gegenüber, deren Handlungslogiken um Einfluss und Dominanz im politisch-administrativen System ringen. Allerdings werden nicht allein das normative System, sondern auch die übrigen Handlungssysteme für Legitimationsschaffend gehalten.

Patienten- und Bürgerbeteiligung verstärken potentiell das Gewicht des normativ-sozialen Systems gegenüber den anderen Subsystemen, die politische Steuerungsentscheidungen beeinflussen.<sup>122</sup> Andererseits können Patienten- und Bürgerbeteiligung, wie bereits dargestellt, auch funktional durch die Handlungslogiken anderer im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik wirksamer Subsysteme interpretiert und in sie integriert werden.

### Zusammenfassung: das Zielkonzept

Im Gesundheitswesen treffen in Form unterschiedlicher Aufgaben- und Kompetenzbereiche verschiedene, nämlich medizinische, politisch-administrative, ökonomische und gesellschaftliche Subsysteme mit je eigenen Handlungs- und Entscheidungslogiken und Legitimierungsmustern aufeinander. Diese Ideen

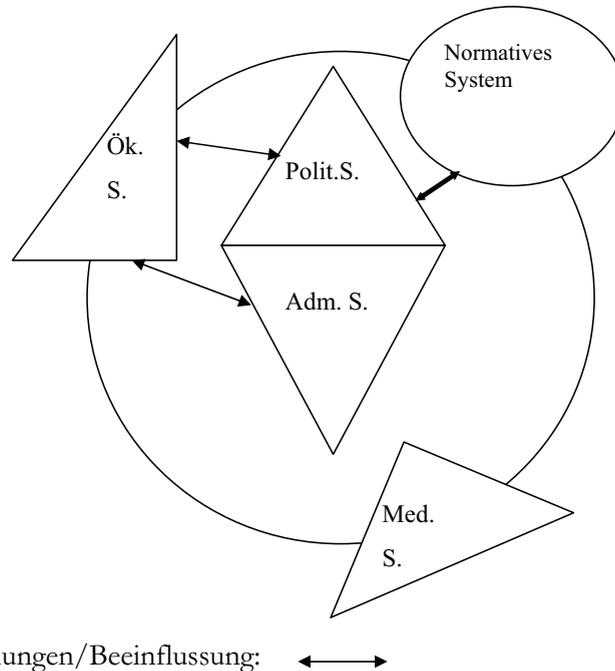
<sup>122</sup> Buse/Nelles 1975, S. 77.

ringen – vermittelt über Akteure und Institutionen, die sie internalisiert haben bzw. sie repräsentieren – in der Gesundheitspolitik um den ausschlaggebenden Einfluss auf politische Grundsatzentscheidungen und administrative und technische Detailentscheidungen.

Mit der Schaffung und Erweiterung von Patienten- und Bürgerbeteiligung werden politisch sowohl normative als auch funktionale Ziele verfolgt. Beteiligung wird doppelt begründet, doch sind unterschiedliche Gewichtungen ihrer Ziele und Begründungsaspekte möglich. Patienten- und Bürgerbeteiligung dienen dabei der Anpassung und Stabilisierung des Gesundheitssystems entweder durch Ergänzung (Erweiterung) oder durch Unterstützung (Vertiefung) bereits bestehender normativ-fundamental und technisch-funktional begründeter Handlungslogiken und Legitimationsmuster.

### Gesundheitssystemspezifische Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung

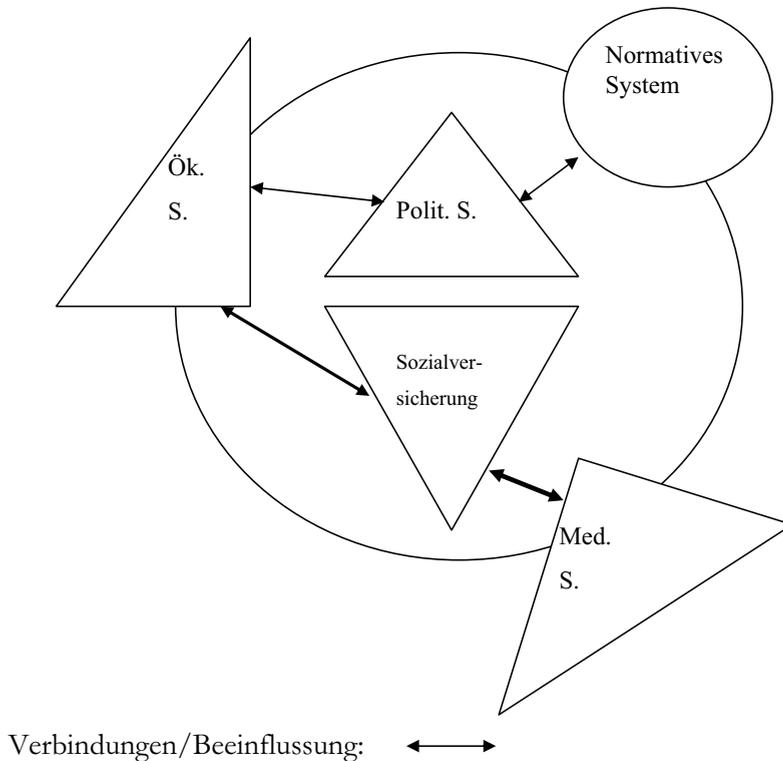
Entsprechend den oben vorgestellten gesundheitssystemspezifischen Beziehungsmustern können auch mögliche dominierende Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung in Abhängigkeit vom Gesundheitssystemmodell genauer in verschiedenen Modellen skizziert werden.



*Schaubild 2-9: Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im öffentlichen Gesundheitssystem*

Im öffentlichen Gesundheitssystem sind das politische und das administrative System eng aneinander gekoppelt. Im dezentralen öffentlichen Gesundheitssystem ist die Verbindung zwischen dem politischen und dem normativ-sozialen System besonders stark, da sich Politiker auf zwei politischen Ebenen zur Wahl stellen müssen. Gerade auf der regionalen oder kommunalen Ebene kann durch direkte Bürgerbeteiligung die Rückbindung sogar noch gestärkt werden. Das administrative System unterhält Verbindungen zum medizinischen System, zumal Leistungserbringer öffentliche Angestellte sind, und wird auch durch das ökonomische System (Finanzplanung, Steueraufkommen) beeinflusst.

Im öffentlichen Gesundheitssystem dominiert demnach das normativ-soziale System; damit liegt eine vorrangige normative Zielsetzung in der Vertiefung von Patienten- und Bürgerbeteiligung nahe.



*Schaubild 2-10: Handlungsrahmen der Gesundheitspolitik und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Sozialversicherungssystem*

Im Sozialversicherungssystem sind das politische System und das administrative System – in Gestalt der Sozialversicherung – voneinander getrennt. Der Einfluss des politischen Systems auf die Sozialversicherung ist zwar bedeutsam, aber nicht prägend. Auch der über das politische System vermittelte Einfluss des normativen Systems ist eher gering. Die Sozialversicherung unterhält Verbindungen zum ökonomischen System (Finanzplanung, Beitragsaufkommen) und zum medizinischen System. Insbesondere wenn die Leistungserbringer zusammen mit den Vertretern der Krankenkassen über Organisation und Umfang der Leistungserbringung entscheiden, ist der Einfluss des medizinischen Systems stark.

Im Sozialversicherungssystem dominieren das ökonomische und das medizinische System; damit dürften funktionale Zielsetzungen in der Vertiefung von Patienten- und Bürgerbeteiligung vorherrschen – es sei denn, der Einfluss von

politischen und normativen Systemen würde gestärkt und damit Patienten- und Bürgerbeteiligung in normativer Absicht erweitert.

Sind Beteiligungsprogramme als Politik durch die Bürger, Politik für die Bürger – oder die Patienten, oder für spezifische Nutzergruppen gedacht? — Welche normativen oder funktionalen Ziele oder Zielkombinationen von Beteiligung in einem Gesundheitssystem tatsächlich dominieren, lässt sich mittels der Frage erschließen, welche Ideen politisches Handeln bzw. die politische Entscheidung über (mehr) Patienten- und Bürgerbeteiligung bestimmen. Eine Untersuchung aktueller Denkansätze und Leitideen zur Gestaltung des Gesundheitssystems in Politik und Verwaltung kann verdeutlichen, welche Handlungslogiken im politisch-administrativen System dominieren. Von Bedeutung wird sich hier u.a. erweisen, dass die Staats- und Verwaltungsmodernisierung seit den 1980er (Finnland) bzw. den 1990er Jahren (Deutschland) im Rahmen von New Public Management-Programmen stark durch betriebswirtschaftliches Denken geprägt ist.<sup>123</sup> Anhand politischer Programme und Statements kann herausgefiltert werden, welche Rolle bzw. welche Position und auch welche Art und Form von Beteiligung Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen zgedacht wird. Ob Patienten und Bürger zum Beispiel als Staats- und Wahlbürger, Kunden, Verbraucher oder Kranke betrachtet werden, besagt auch etwas darüber, wie sie eingebunden werden sollen und worauf diese Einbindung zielt.

---

123 Naschold/Bogumil 2000; Riegler/Naschold 1997; Naschold 1995.



### **3. Charakterisierung und jüngste Entwicklung der Gesundheitssysteme in Deutschland, Finnland und Polen**

In diesem Kapitel werden Grundstrukturen der Gesundheitssysteme und ihrer Entwicklung in den Vergleichsfällen Deutschland, Finnland und Polen überblicksartig vorgestellt, um damit einen Orientierungsrahmen für die Untersuchung von Beteiligungsformen und -zielen zu geben.

#### **Das Gesundheitssystem in Deutschland – der Typ „Sozialversicherung“**

##### Versorgungssystem

Im deutschen Krankenversorgungssystem wird die Gesundheitsversorgung der gesetzlich krankenversicherten Bevölkerung, d.h. von Arbeitnehmer mit einer bestimmten Einkommenshöhe, im ambulanten Bereich gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen und den kassenärztlichen Vereinigungen in Selbstverwaltung unter staatlicher Aufsicht organisiert und im stationären Bereich von den Bundesländern, den Krankenkassen und den Finanzierungsträgern der Krankenhäuser. Die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärzte wirken auf Bundes- und auf Landesebenen und tragen den Status öffentlich-rechtlicher Institutionen. Die Versorgung wird hauptsächlich durch einkommensproportionale Beiträge von den Versicherten kollektiv und solidarisch finanziert, ergänzt um staatliche Steuermittel für die Krankenhausfinanzierung. Erbracht werden die Versorgungsleistungen im ambulanten Bereich größtenteils privat und im stationären Bereich in der Regel öffentlich oder durch Wohl-

fahrtsverbände, gewährt werden sie jedoch universal nach dem Sachleistungs- und medizinisch bestimmten Bedarfsprinzip.

Das deutsche Gesundheitssystem gründet sich daher sowohl auf das Versicherungsprinzip als auch auf das Versorgungsprinzip, außerdem generell auf das Selbstverwaltungsprinzip.

Aus dem deutschen Grundgesetz ergibt sich weder ein direkter Anspruch der Bürger auf Gesundheitsversorgung noch auf bestimmte Gesundheitsleistungen gegenüber dem Staat. Allerdings lässt sich aus bestimmten Grundrechtsartikeln (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Schutz der Menschenwürde, Sozialstaatsprinzip)<sup>124</sup> ein staatlicher Auftrag zur Sicherung von Gesundheitsversorgungsstrukturen ableiten. Die rechtswissenschaftliche Diskussion zum Gesundheitsschutz bleibt umstritten.<sup>125</sup> Allein gesetzlich Krankenversicherte, das sind Arbeitnehmer mit einer bestimmten Einkommenshöhe sowie freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung, haben aufgrund ihrer Mitgliedschaft ein Recht<sup>126</sup> auf Gesundheitsleistungen, die aus der Krankenversicherung finanziert werden.<sup>127</sup> Das im Grundgesetz festgeschriebene Sozialstaatsprinzip sichert jedoch grundsätzlich jedem Bürger eine gesundheitliche Versorgung im Notfall zu.<sup>128</sup>

Ambulante und stationäre Versorgung sind getrennt organisiert, Schwerpunkte der Versorgung liegen dabei auf der Akutversorgung und der fachärztlichen Versorgung (Sekundärversorgung). Patienten und Versicherte können ihre ambulanten Ärzte, die Krankenhäuser und seit 1996 auch die Krankenkassen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung frei wählen. Abgedeckt durch die gesetzliche Krankenversicherung sind in Deutschland rund 90 % der Bevölkerung, die bis zu einer festgelegten Einkommenshöhe pflichtversichert ist und die Krankenversorgung über Beiträge, die je zur Hälfte von Arbeitnehmern und Arbeitgebern geleistet werden, finanziert. Die Wahl einer privaten Vollversicherung ist für bestimmte Berufsgruppen (z. B. Beamte und Selbständige) und ab einer bestimmten Einkommenshöhe auch für Arbeitnehmer möglich.

In den Teilbereichen des deutschen Gesundheitswesens wirken unterschiedliche Allokationsmechanismen. Der Arzneimittelsektor wird hauptsächlich über den Markt- bzw. Preismechanismus koordiniert; im ambulanten Sektor wird die medizinische Leistungserbringung über korporative Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen abgestimmt, während schließlich im stationären Sektor die Finanzmittel für den Unterhalt der Versorgungseinrichtungen (bisher) über staatlich-administrative Planung und für Versorgungsleistungen in Verhandlungen zwischen Krankenkassenverbänden und einzelnen Leistungserbrin-

---

124 GG Art. 2 Abs. 2 Satz 1; Art. 1 Abs. 1; Art. 20 Abs. 1.

125 Schmidt-Aßmann 2001, S. 23-28; Francke/Hart 2001, S. 111-115.

126 Es handelt sich um hierbei um ein Rahmenrecht auf Leistungen, dessen Leistungsinhalt erst durch Entscheidungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung und durch Ärzte konkretisiert wird. Francke/Hart 2001, S. 112-113.

127 SGB I § 4, Abs. 1, Abs. 2 Satz 1; SGB I § 38.

128 Riege 1999, S. 13.

gern verteilt wurden.<sup>129</sup> Staatlich-hierarchische und korporative-vertragliche Koordinationsmechanismen schließen aber eine Vereinbarung mit Wettbewerbselementen grundsätzlich nicht aus.<sup>130</sup>

## Gesundheitspolitik

In der deutschen Gesundheitspolitik wirken staatliche, halbstaatliche und private Akteure sowohl bei der Politikformulierung als auch bei der Umsetzung gesetzlicher und politischer Vorgaben mit. Zu den Akteuren in der Gesundheitspolitik zählen der Staat (Bund und Länder), Krankenversicherungen bzw. Kassenverbände und Kassenärztliche Vereinigungen (in Form von Körperschaften des öffentlichen Rechts) als Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung, und als private Akteure mit oder ohne institutionalisierte Verhandlungskompetenz bzw. als Interessengruppen: Ärzteverbände, die Sozialparteien (Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften), Verbände der Krankenhausträger, verschiedene Berufsverbände, die pharmazeutische Industrie und die Private Krankenversicherung.<sup>131</sup> Auch Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen sind als Akteure der Gesundheitspolitik zu nennen; ihre Stellung ist besonders seit dem Jahr 2000 durch die rot-grüne Regierung gestärkt worden.

Gesundheitspolitik ist in Deutschland geprägt durch geteilte Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern und einen Mix staatlicher Steuerung, verbandlicher Selbststeuerung und wettbewerblicher Steuerung, wobei ein wichtiger Schwerpunkt auf der Selbstverwaltung und korporatistischen Aushandlung der Finanzierung, der (ambulanten) Leistungserstellung und der Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens – unter staatlicher Aufsicht – liegt.

Vorherrschende Verantwortlichkeiten sind fachlicher und wirtschaftlicher Art, wobei fachliche Verantwortung teilweise quasi-öffentliche Züge trägt (ärztliche Selbstverwaltung im staatlichen Auftrag), teilweise spezifisch medizinisch zu verstehen ist.<sup>132</sup>

Ein wichtiger Leitgedanke der Gesundheitspolitik ist die umfassende und bedarfsgerechte Versorgung der Arbeitnehmer mittels solidarischer, einkommensbezogener Finanzierung, wobei seit den 1970er Jahren das Ziel der Beitragssatzstabilität durch Kostendämpfung bzw. Begrenzung des Ausgabenwachstums und Rationalisierung der Krankenversorgung im Zentrum der gesundheitspolitischer Reformen steht. Maßnahmen zu diesem Zweck umfassen auch die Budgetierung von Ausgaben (und damit eine verdeckte Rationierung von Leistungen) und Leistungsausschüsse aus der GKV bei teilweiser Steuerfinanzierung und teilweiser Privatisierung. Seit den 1990er Jahren soll das Ziel der Kostendämpfung schließlich durch mehr Wettbewerb auf Seiten der Krankenkassen (Nachfrageseite) und der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser – der Angebotsseite) erreicht werden. Zeitgleich wurden die 1982 eingeführten priva-

---

129 Genauer bei Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 184-185; 126-164; 158-162.

130 Wille 1999; SVRKaiG 2002, S. 53.

131 Blanke/Kania 2000, S. 568-569.

132 Vgl. Saltman 2000, S.45.

ten Zuzahlungen (Selbstbeteiligung) von Patienten für ärztliche Behandlungen, Nachsorge und Arzneimittel erhöht. Diese Tendenzen der Gesundheitspolitik drohen die Grundsätze solidarischer Finanzierung, sozialen Ausgleichs und der Bedarfsgerechtigkeit zu unterlaufen.

Folgen der Einführung von Wettbewerb und Rationalisierungsdruck sind ein Rückgang der Zahl der Krankenkassen ebenso wie der Zahl der Krankenhäuser, womit auch ein Wandel der Versorgungsstrukturen insbesondere in den ländlichen Regionen verbunden ist bzw. noch sein wird.

Bezüglich der Organisation der Leistungserbringung zielten die Regierungen Schröder und Merkel seit 1998 auf eine stärkere Integration ambulanter und stationärer Versorgung, auf die Stärkung der Prävention, die Einführung eines Hausarztssystems und die Förderung der Qualität ärztlicher Versorgung.<sup>133</sup>

## Das Gesundheitssystem in Finnland – der Typ „Öffentlicher Gesundheitsdienst“

### Versorgungssystem

In Finnland ist das Krankenversorgungssystem in Form eines öffentlichen, dezentralen und steuerfinanzierten Gesundheitsdienstes organisiert, der die gesamte Einwohnerschaft mit medizinischen Sachleistungen versorgt.<sup>134</sup> Daneben besteht – wie auch in Schweden – eine soziale, beitragsfinanzierte Krankenversicherung (organisiert im Sozialversicherungsinstitut, KELA), die für Krankengeldzahlungen, die Erstattung von Arzneimittelausgaben und einen Teil der Behandlung durch private Ärzte aufkommt. Das System gründet sich daher sowohl auf das Versorgungs- als auch das Versicherungsprinzip sowie generell auf das Prinzip staatlicher Verwaltung. Der Staat und die Gemeinden sind gemäß der finnischen Verfassung verpflichtet, allen Bürgern eine ausreichende Gesundheitsversorgung zu gewähren.<sup>135</sup> Dieses soziale Grundrecht auf Gesundheitssicherung ist jedoch ebensowenig wie das im Patientenrechtsgesetz formulierte Recht auf die notwendige Krankenversorgung<sup>136</sup> ein subjektives und damit

---

133 Zur Politik der Regierung Schröder insbesondere Gerlinger 2002, Lamping 2002, Brandhorst 2003, Kania/Blanke 2000.

134 Einen Überblick über das finnische Gesundheitssystem geben Sinkkonen/Kinnunen 1995, Health Care Systems in Transition 2002 und STM 2004.

135 Verfassung Finnlands § 19 Abs. 3 Satz 1: Die öffentliche Gewalt hat für jeden so, wie es durch Gesetz näher geregelt wird, ausreichende Sozial- und Gesundheitsdienste sicherzustellen und die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern. – Deutsche Fassung im Internet. Finnisch: Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.

136 Finnisches Patientenrechtsgesetz § 3 Abs. 1 Satz 1: Jede dauerhaft in Finnland lebende Person hat ein Recht auf eine gleiche und medizinisch notwendige Krankenversorgung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Eigene Übersetzung, IMR. Finnisch: Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään

einklagbares Recht, sondern bildet ein sogenanntes Quasi-Recht<sup>137</sup> durch Verpflichtung der öffentlichen Gewalt, deren Pflichtverletzung in Beschwerden vor höheren Verwaltungsorganen wie z.B. der Provinzialverwaltung geltend gemacht werden kann. Ein subjektives Recht des Einzelnen auf medizinische Behandlung besteht letztlich nur im Notfall.<sup>138</sup>

Organisation, Finanzierung und Leistungserbringung sind größtenteils in öffentlicher Hand. Die Krankenversorgung wird von den rund 450 Gemeinden organisiert, die für die primäre Versorgung Gesundheitszentren und für die sekundäre und tertiäre Versorgung Krankenhäuser unterhalten. Für den Unterhalt von Gemeinde- und Bezirkskrankenhäusern schließen sich die Gemeinden zu Gemeindeverbänden in Form eines Krankenhausbezirks zusammen. In der Praxis erbringen die Gemeinden die primären Versorgungsleistungen mehrheitlich in Eigeneinrichtungen, wenngleich sie – wie bei der Krankenhausversorgung – inzwischen auch fremde öffentliche, private oder gemeinnützige Unternehmen mit der Leistungserbringung beauftragen könnten. Neben öffentlichen Anbietern und Wohlfahrtsverbänden gibt es auch – in geringerem Maße zwar und meist nur in den Großstädten – private Anbieter bzw. Arztpraxen und einige spezialisierte Kliniken. Dadurch ist eine gewisse Auswahl für Patienten gegeben; eine freie Wahl von Ärzten und Krankenhäusern ist jedoch gesetzlich nicht garantiert.

Seitdem Anfang der 1970er Jahre ein Netz kommunaler Gesundheitszentren für die integrierte Primärversorgung aufgebaut wurde, liegt der Schwerpunkt öffentlicher Gesundheitspolitik auf der quantitativen und seit den 1980er bzw. 1990er Jahren auch qualitativen Ausdehnung der Primär- und Präventivleistungen.

Gesundheitsleistungen werden nach dem medizinischen Bedarf sowie in Abhängigkeit von den Kapazitäten und Ressourcen gewährt, was zum Teil Wartezeiten und lokale Ungleichheiten in der Versorgung verursacht hat.<sup>139</sup>

Die finnische Krankenversorgung (Sachleistungen) wird über staatliche Zuschüsse aus nationalen Einkommenssteuern und Gemeinde-Steuern finanziert. Über Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge an die Sozialversicherung werden zudem das Krankengeld und ein Teil der Kostenerstattung für Arzneimittel und die Versorgung durch private (Zahn-)Ärzte finanziert. Daher ist im finnischen Fall im Grunde von einer Mischfinanzierung der Krankenversorgung zu sprechen. Die Patienten zahlen außerdem beim Besuch der Gesundheitszentren eine Behandlungsgebühr. Die Ärzte sind – bis auf Ausnahmen privater Pra-

---

terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

137 Fallberg 1999, S. 12; Fallberg 2000, S. 126: „quasi-legal rights“.

138 STM 2002a, S. 6; Narikka 2001, S. 32, 34-35; 320; Lehto et al. 2001, S. 197; Uoti 1996, S. 58-59; Ahvenainen 2001, S. 18; Hansson 1996, S. 7.

139 Dieser Ressourcenvorbehalt ist im Patientenrechtsgesetz (§ 3, Abs. 1, Satz 1) formuliert worden. Die Abhängigkeit der Grundrechtsrealisierung (Leistungshöhe) von der Haushaltslage ist auch in der Grundrechtskommission diskutiert worden. Zur Problematik Feldman 1996, Lehto 1996, S.11, Uoti 1996, S.61, 64.

xistätigkeit in Großstädten – (öffentliche) Angestellte der Krankenhäuser und Gesundheitszentren.

Vorherrschende Verantwortlichkeiten im finnischen Krankenversorgungssystem sind daher die öffentliche bzw. die politische – ebenso wie die fachlich-medizinische für die konkrete ärztliche Behandlung.

### Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitische Entscheidungen werden sowohl auf nationaler als auch auf kommunaler Ebene gefällt. Auf zentralstaatlicher Ebene sind das Parlament und das Ministerium für Gesundheit und Soziales und ihm unterstehende nationale Behörden zuständig für die rechtliche Rahmenplanung, die Kontrolle vieler Bereiche und die Finanzierung. Als staatliche Verwaltung auf regionaler Ebene beaufsichtigen die Provinzialverwaltungen die Umsetzung zentralstaatlicher Vorgaben und die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung durch die Gemeinden. Die Gemeinden entscheiden selbst über die Organisation und Ressourcenzuteilung und Festlegung von Prioritäten bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für ihre Einwohner. Generelles Leitprinzip der finnischen Gesundheitspolitik ist die Gewährleistung einer einheitlichen, gleichen und bedarfsdeckenden Versorgung der Gesamtbevölkerung mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen. Die Leistungen sollen zugleich effektiv sein und effizient erbracht werden.<sup>140</sup> Bei seiner Umsetzung überwiegen weiterhin die öffentliche Regulierung und dezentrale Steuerung über Budgets. Die aktuelle betriebswirtschaftliche Kosten- und Ertrags-Orientierung im öffentlichen Sektor und die auch gesetzlich verankerte Ressourcenabhängigkeit werden jedoch auch als Hindernis für die Verwirklichung sozialer Grundrechte und von Gerechtigkeitszielen erkannt.<sup>141</sup>

Schlüsselakteure in der Gesundheitspolitik sind entsprechend der Kompetenz- und Aufgabenverteilung Parlament und Regierung bzw. das Gesundheitsministerium auf nationaler und die Gemeinderäte und Sozial- und Gesundheitsausschüsse auf lokaler Ebene.

Nationale gesundheitspolitische Entscheidungen (Gesetzgebung, Verordnungen) des Parlaments und der Regierung werden beeinflusst durch staatliche Behörden (Gesundheitsministerium und zugehörige Institute, Sozialversicherungsinsitut/KELA), den zentralen Gemeindeverband<sup>142</sup>, die Parteien, Gewerkschaften und andere Arbeitnehmerverbände (darunter der Ärzteverband) und Wohlfahrtsverbände<sup>143</sup> Im finnischen Gesetzgebungssystem hat sich über Jahrzehnte der Schwerpunkt der nationalen politischen Aushandlungsprozesse vom Parlament zur Regierung und zum Behördenapparat verschoben.<sup>144</sup> Einfluss-

140 STM 1997, S. 15-16, 23-24; STM 2004, S. 5.

141 Besonders kritisch Uoti 1996.

142 Im Gemeindeverband haben sich 1993 der Finnische Gemeindebund, der Städtebund, der Finnland-schwedische Kommunalverband und die Krankenhausunion zusammengeschlossen.

143 Mattila 1993, S. 42-51.

144 Mattila 1993, S. 42.

möglichkeiten auf den Gesetzgebungsprozess konzentrieren sich vor allem auf die Vorbereitung von Gesetzesvorschlägen im Sozial- und Gesundheitsministerium. In der Regel werden alle im weitesten Sinne betroffenen Akteure schon bei der Ausarbeitung von Projekten um Stellungnahmen gebeten, um alle Anliegen zunächst gleichermaßen miteinzubeziehen.<sup>145</sup> Vor allem die Gewerkschaften TVK und Akava, aber auch der Finnische Ärzteverband können neben dem Gemeindebund großen Einfluss auf den nationalen politischen Prozess nehmen.<sup>146</sup> Einfluss auf die Gesundheitspolitik haben dabei auch die Wohlfahrtsverbände (vereinigt im Verband freiwilliger Gesundheits-, Sozial- und Wohlfahrtsorganisationen, YTY, und im Finnischen Zentralverband für Soziale Wohlfahrt und Gesundheit, STKL), der Verbraucherschutzverband und die Finnische Patientenliga.<sup>147</sup> Insofern ist die finnische Gesundheitspolitik durchaus korporatistisch durch Verbändeinfluss geprägt.<sup>148</sup>

Auch in den Gemeinden wurde ein Trend zur Verlagerung von gesundheitspolitischen Entscheidungen aus den Räten und Ausschüssen in die Verwaltung konstatiert. Gleichzeitig hat die Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung in der Gesundheitspolitik aber auch eine größere Mitwirkung von (lokal organisierten) Wohlfahrtsverbänden und Bürgerorganisationen in der Gesundheitspolitik ermöglicht.<sup>149</sup>

### *Reformen des öffentlichen Sektors und der Gesundheitsversorgung*

Unter der Mitte-links-Regierung von Holkeri wurde Ende der 1980er Jahre eine Modernisierung des öffentlichen Sektors, einschließlich der öffentlichen Gesundheitsversorgung, eingeleitet, die bis heute voranschreitet. Die Politik reagierte damit auf eine langjährige Kritik an der Verwaltungsrealität und auf Forderungen nach neuen Arbeitsweisen und Leitbildern.<sup>150</sup> Durch Reformen sollte die Produktivität und Effektivität der Verwaltung erhöht, die Qualität öffentlicher Leistungen verbessert und die Versorgung kundenorientiert gestaltet werden.<sup>151</sup> Sie umfassten u.a.<sup>152</sup>:

- eine Binnenmodernisierung der Verwaltung unter Übernahme betriebswirtschaftlicher Orientierungen und Instrumente bzgl. des Rechnungswesens, einer leistungsbezogenen Vergütung, in Form von Qualitätssicherung und Ergebnissteuerung (Management by Results),
- die Dezentralisierung von Kompetenzen von der nationalen Ebene auf die kommunale Ebene,

145 OECD 2001, S. 38, 36.

146 Mattila 1993, S. 56-71.

147 Pesonen/Riihinen 2002, S. 105-107.

148 Pesonen/Riihinen 2002, S. 107-111; Petersson 1989, S. 111-120; Martikainen/Uusikylä 1997, S. 33; auch Mattila/Uusikylä 1997, S. 161.

149 Martikainen/Uusikylä 1997, S. 90-91; STM 1997, S. 13.

150 Sipilä 1987; Clients or Coproducers? (1989); Karisto 1990; Pohjola 1992; Lehto 1993.

151 Martikainen/Uusikylä 1997, S. 43.

152 Saltman/von Otter 1992, S. 60; Naschold/Riegler 1997, S. 19-20; Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 17, 51-52, 46-49.

- die Konsolidierung bzw. bessere Verzahnung von Verwaltungseinheiten,
- die Änderung von Organisationsstrukturen durch die Verselbständigung von Verwaltungseinheiten, die Trennung zwischen Auftraggeber und im Wettbewerb stehenden Anbietern verschiedener Trägertypen und die Schaffung von internen oder Quasi-Märkten.

Für die Organisation und Finanzierung der Gesundheitsversorgung ist insbesondere die Staatszuschussreform von 1993 von Bedeutung gewesen, durch die die Gemeinden eine größere Entscheidungsfreiheit gegenüber dem Zentralstaat erhielten und der zufolge die staatlichen Zuschüsse nicht mehr nach der effektiven Ausgabenhöhe sondern nach finanziellen und demographischen Parametern bemessen und den Gemeinden pauschal zur weiteren Verteilung überwiesen wurden. Das neue System ersetzt zentralstaatliche Regel- und Ressourcensteuerung und Planungskontrolle durch Steuerung aufgrund von Zielvorgaben mittels Informationen und zentralstaatlicher Leitlinien, die in kommunaler Selbstverwaltung umgesetzt werden. Damit erhalten zugleich Ergebnissteuerung und Ertragsrechnung Einzug in die Finanzkontrolle öffentlicher Haushalte. Mit der Staatszuschussreform ging daher auch ein Anreiz zur Kostenreduzierung und Erhöhung der Effizienz bei der Gesundheitsversorgung einher, wobei die Gemeinden ihren Sicherstellungsauftrag für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nicht mehr nur durch Eigeneinrichtungen, sondern auch über die Auftragsvergabe und Einkauf von Leistungen von im Wettbewerb stehenden Anbietern erfüllen können.<sup>153</sup>

Das Ziel einer besseren und kundennäheren Krankenversorgung lag der modellhaften Einführung eines Hausarztmodells (*omalääkärijärjestelmä*) seit Ende der 1980er Jahre zugrunde. Im wesentlichen handelt es sich dabei um eine veränderte Arbeitsweise der angestellten Ärzte.<sup>154</sup> Danach sind Ärzte in den Gesundheitszentren als Hausärzte für die Koordination der primären und sekundären Gesundheitsversorgung von rund 2000 eingeschriebenen Patienten in ihrem Einzugsgebiet<sup>155</sup> zuständig. Patienten haben dabei theoretisch die Möglichkeit, einen der Ärzte im Gesundheitszentrum als „ihren“ Hausarzt und stets erreichbaren Ansprechpartner auszuwählen. Das ursprünglich als Modellversuch in wenigen Städten gestartete Projekt sollte in den 1990er Jahren auf das gesamte Land ausgeweitet werden.

Ökonomisierungstendenzen im öffentlichen Sektor wurden noch verstärkt infolge der 1991 hereinbrechenden Wirtschaftskrise.<sup>156</sup> Der Einbruch staatlicher Steuereinnahmen schlug sich in den folgenden Jahren nieder in der Kürzung öffentlicher Mittel und der Staatszuschüsse sowie in weitergehenden Kostenre-

---

153 STM 1997, S. 21; Lehto/Blomster 1999, S. 211-212; Martikainen/Uusikylä 1997, S. 43, 59; Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 45, 47; Preusker 1996, S. 71-72. Zum Übergang von der staatlichen zur marktlichen Steuerung insbes. Martikainen/Mattila/Uusikylä 1993; Rauha/Simpura/Uusitalo 2000, S. 199.

154 Taipale et al. 2001, S. 190-193; Preusker 1996, S. 73; Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 44.

155 Es gilt das „Prinzip der Verantwortung gegenüber der Bevölkerung“, väestövastuuperiaate.

156 Naschold/Riegler 1997, S. 20; Mattila 1993, S. 94.

duzierungsmaßnahmen. Damit ging auch eine neue Diskussion um Priorisierung in der Gesundheitsversorgung einher.<sup>157</sup>

Schließlich ist in diesem Zusammenhang aber auch die gesetzliche Fixierung von Grundrechten zu nennen. So wurden in der Grundrechtsreform von 1995 erstmals soziale Grundrechte der Bürger festgeschrieben, darunter der Anspruch auf eine ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Entsprechende soziale Rechte und allgemeine Menschenrechte sind auch im Patientenrechtsgesetz von 1993 und Sozialkundenrechtsgesetz von 1999 festgehalten worden.<sup>158</sup>

Demokratisierung und Bürgerbeteiligung im öffentlichen Sektor und insbesondere im Gesundheitswesen sind weitere Schwerpunkte von Reformprojekten. Sie bilden zum einen einen Teilaspekt von Verwaltungs- und Staatsreformen und zum anderen Hauptschwerpunkte in rechts- und politikwissenschaftlichen Debatten und werden in den folgenden Kapiteln genauer vorgestellt.

Finnische Gesundheitspolitik zielt seit den 1990er Jahren insbesondere auf folgende Aufgaben ab<sup>159</sup>:

- die Verbesserung der Produktivität, Effektivität, Qualität und Kundenorientierung der Gesundheitsversorgung;
- den Abbau von regionalen und sozialen Unterschieden beim Zugang zur Gesundheitsversorgung;
- eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Sozial- und Gesundheitsdiensten;
- den Ausbau der Gesundheitsvorsorge im Rahmen einer präventiven und aktivierenden Politik<sup>160</sup>;
- eine Schwerpunktverlagerung von der stationären zur ambulanten bzw. von der geschlossenen zur offenen Versorgung und Pflege.

## Das Gesundheitssystem in Polen – der Typ „Volksversicherung“

### Versorgungssystem

Bis Ende 1998 bestand nominell der nach dem Zweiten Weltkrieg in der Volksrepublik Polen entstandene öffentliche Gesundheitsdienst (*szuźba zdrowia*) in Form einer steuerfinanzierten, öffentlichen integrierten Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Sachleistungen. Er war jedoch in der Transformationsphase nach 1989 mehr oder weniger weitreichenden Änderungen unterworfen, die die Voraussetzungen für die Einführung eines Sozialversicherungssys-

157 Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 51; einen Überblick über die Diskussion geben Hettmaa/Vuorenkoski/Keskimäki 2003, S. 18-19; Ergebnisse einer ersten Konferenz zur Priorisierung präsentieren Mikkola/Bergström (Hrsg., 1994).

158 Uoti 1996; Lahti 1997, S. 22-26.

159 STM 1991; STM 1997, S. 15-24; Valtioneuvoston kanslia 2004, S. 67-68; Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 17, 45-46, 51-52; Preusker 1996.

160 Rauhala/Simpura/Uusitalo 2000, S. 198-201; Lehto/Blomster 1999, S. 213.

tems (*powszechna ubezpieczenie zdrowia*) im Jahr 1999 schufen. Dieses zunächst auf eine weitgehende Selbstverwaltung der regionalen Krankenkassen abstellende System wurde schon 2003 erneut umgestaltet zu einer zentralisierten Volksversicherung (*Narodowy Fundusz Zdrowia*) mit regionalen Abteilungen unter größerer staatlicher Aufsicht.

### Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Gesundheitsversorgung wurde im sozialistischen Polen staatlich und hierarchisch organisiert und gesteuert und durch Steuern finanziert. Der öffentliche Gesundheitsdienst war insbesondere gekennzeichnet durch die Konzentration von Gewährleistung, Finanzierung und Leistungserbringung in einer Hand.<sup>161</sup> Ärzte und Pflegepersonal waren in diesem System Angestellte im öffentlichen Dienst und traten Patienten gegenüber quasi in der Rolle staatlicher Funktionäre auf.

Laut Verfassung von 1952 hatte jeder polnische Bürger ein Recht auf Gesundheitsschutz und Hilfe im Falle von Krankheit oder Arbeitsunfähigkeit (Art.70). Grundprinzipien der Gesundheitsversorgung waren eine die ganze Bevölkerung umfassende Versorgung ohne Zuzahlungen und die Gleichheit aller bei der Nutzung von Gesundheitsleistungen (*powszechność, bezpłatność i równość w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych*).

Verwaltungsbezirke (*województwa*) und Gemeinden unterhielten integrierte Gesundheitszentren mit einem breiten Angebot ambulanter und stationärer, primärer und einiger sekundärer Leistungen. Eine spezialisierte Gesundheitsversorgung boten integrierte Provinzkrankenhäuser, die ebenfalls von den Verwaltungsbezirken finanziert wurden. Dem Gesundheitsministerium unterstanden spezielle Forschungsinstitute und die medizinischen Hochschulen. Zusätzlich verfügten das Verteidigungs-, das Innen- und das Justizministerium und auch einige Staatsbetriebe über eine eigene so genannte „parallele“ Gesundheitsversorgung.

Die Gesundheitsversorgung wurde finanziert über allgemeine Steuereinnahmen, während Beiträge an die Sozialversicherungsanstalt (ZUS) das Krankengeld abdeckten. Das Finanzministerium verteilte die staatlichen Finanzmittel nach dem Bedarfsdeckungsprinzip an das Gesundheitsministerium und an die Verwaltungsbezirke, die die Mittel wiederum den Gesundheitszentren zuwies. Ausgehend vom zentralen Planungsamt wurde dafür ein zentraler Versorgungsplan an die Verwaltungsbezirke zur weiteren Maßnahmenplanung weitergeleitet, die entsprechende Budgetpläne für die eigenen Gesundheitseinrichtungen erließen und deren Einhaltung kontrollierten und Maßnahmenkataloge an Kommunen und deren Einrichtungen weitergaben. Die Gesundheitszentren hatten schließlich nur einen sehr begrenzten Spielraum bei der Planerfüllung und Verfügung über die zugewiesenen Budgets.

Die Aufgaben des Gesundheitsministeriums bestanden in der Entwicklung einer öffentlichen Gesundheitsförderung und -kontrolle, die Ausbildung im

161 U.a. Beek/Weiss 1995, S. 59-69; Aksman 2000, S. 135-140.

Gesundheitswesen, die Krankenhausplanung und die Investitionsplanung für neue Technologien.

### *Wandel des Gesundheitssystems seit 1988*

Seit 1990 wurde die staatliche Gesundheitsverwaltung dezentralisiert, indem die Entscheidungsbefugnisse der 49 Verwaltungsbezirke gestärkt<sup>162</sup> und die Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsversorgung, z.T. für die Finanzierung und schließlich auch das Eigentum an Gesundheitseinrichtungen an die neue lokale Selbstverwaltung der Gemeinden (*samorządy gminny, gminy*) übertragen wurden. Öffentliche, bugetbasierte Gesundheitseinrichtungen wurden seit 1991 umgewandelt in sich selbstverwaltende öffentliche Einrichtungen (*samozielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, SPZOZy*) mit der Befugnis, Verträge mit unterschiedlichen Finanzierern über die Leistungserbringung abzuschließen, wodurch eine Trennung von Gewährleistung und Leistungserbringung im öffentlichen Gesundheitssystem Polens eingeleitet wurde.<sup>163</sup>

Mit der Zulassung privater ärztlicher Tätigkeit und privater Gesundheitseinrichtungen und von Versorgungsverträgen zwischen Verwaltungsbezirken, der kommunalen Selbstverwaltung und privaten Leistungserbringern wurden die Bedingungen für einen Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern geschaffen, so dass ein regulierter Gesundheitsmarkt auf Seiten der Leistungserbringer im polnischen Gesundheitssystem entstand.<sup>164</sup>

Zeitgleich mit der Einführung der Sozialversicherung in 1999, die die Trennung zwischen Gewährleistung und Finanzierung der Gesundheitsleistungen bedeutete, wurden mit der Verwaltungsreform weitere territoriale Selbstverwaltungen – 16 Wojwodschaften (*samorządy województwa*) und rund 310 Kreise (*samorządy powiatowy, powiaty*) – geschaffen, denen die Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsversorgung und das Eigentum an den übrigen öffentlichen Gesundheitseinrichtungen übertragen wurden. Der bisherige zentralstaatliche Einfluss auf regionale Entscheidungen bestand inzwischen nur noch in der Person des Wojwoden und in bestimmten, durch die Wojwodschaftsverwaltungen auszuführenden staatlichen Vorgaben.

Reformen im öffentlichen Gesundheitssystem seit Ende der 1980er Jahre betrafen:

- die Zulassung einer ärztlichen Selbstverwaltung und Interessenvertretung (1989),
- die Aufhebung des staatlichen Monopols im Gesundheitssektor infolge der Zulassung privater Tätigkeiten von Ärzten und Krankenschwestern (seit 1988) und privater Versorgungseinrichtungen (seit 1990/1991),

---

162 Dercz/Izdebski 2001, S. 118.

163 Einen Überblick – unter inhaltlichen Vorbehalten – vermitteln OECD 2000, Girouard/Imai 2000; Health Care Systems in Transition 1999; Schneider et al. 2000, S. 181-183. Genauer bei: Aksman 2000, S. 141-149; Dercz/Izdebski 2001; Sobczak 1996.

164 Aksman 1999; Aksman 2000.

- die Aufhebung des staatlichen Arzneimittelmonopols durch Privatisierung von Arzneimittelherstellung (Betriebe) und -vertrieb (Apotheken) (seit 1991),
- den Ausbau der primären Gesundheitsversorgung, die Ausbildung eines Hausarztssystems (seit 1994).

Der öffentliche Gesundheitsdienst wurde, abgesehen von systemimmanenten Unzulänglichkeiten, durch die genannten Veränderungen im Gesundheitssektor unter den Bedingungen der ökonomischen Transformation seit 1989 zunehmend dysfunktional. So löste z.B. die Privatisierung von Apotheken und die Freigabe der Preise von Arzneimitteln einen gewaltigen Kostenanstieg aus; die Übertragung von Gesundheitseinrichtungen in die Verantwortung der Gemeinden ohne Gewährung entsprechender finanzieller Mittel führte schnell zu einer Überschuldung der betroffenen Einrichtungen, vor allem der Krankenhäuser.<sup>165</sup>

### *Das System der Volksversicherung seit 1999*

Das gegenwärtige polnische Krankenversorgungssystem ist gekennzeichnet durch die Trennung von Organisation bzw. Gewährleistung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung und der Leistungserbringung. Vom alten öffentlichen Gesundheitsdienst unterscheidet sich das neue System durch eine Beitragsfinanzierung (statt alleiniger Steuerfinanzierung) von Gesundheitsleistungen, eine dezentralisierte Gliederung und gemischte – öffentliche und private – Formen der Leistungserbringung.<sup>166</sup>

Entsprechend des Zwitterstatus zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und Sozialversicherung sind die vorherrschenden Organisationsprinzipien in Polen das Versorgungs- und das Versicherungsprinzip und das Prinzip öffentlicher Verwaltung. Der Staat ist auch nach der neuen Verfassung von 1997 verpflichtet, jedem Bürger einen gleichen Zugang zu einer öffentlich finanzierten Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.<sup>167</sup> Welcher der öffentlichen Akteure im polnischen Gesundheitswesen letztlich für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung verantwortlich ist – der Staat auf nationaler Ebene oder die territoriale Selbstverwaltung auf regionalen und lokalen Ebenen, die Sozialversicherung oder die Versorgungseinrichtungen selbst – bleibt jedoch weiterhin unklar.<sup>168</sup> Die Aufgabe der territorialen Selbstverwaltung, der Wojwodschaften, Kreise und Gemeinden besteht laut Gesetz „nur“ in der Gewährleistung einer

165 Jończyk 2003, S. 3.

166 Vgl. Jończyk 2003, S. 6.

167 Verfassung der Republik Polen Art. 68 Abs. 2: Die öffentliche Gewalt gewährt den Bürgern, unabhängig von ihrer materiellen Situation, einen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen, die aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Voraussetzungen und den Umfang der Leistungserbringung regelt ein Gesetz. Eigene Übersetzung, IMR. Polnisch: Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

168 Gespräch mit Prof. Włodarczyk am 22. April 2004 in Warschau.

gleichen Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung für alle Einwohner auf ihrem Gebiet.<sup>169</sup>

Die neu geschaffene Sozialversicherung (Allgemeine Gesundheitsversicherung 1999-2003, Nationaler Gesundheitsfonds seit 2003) erstreckt sich in Form einer Volksversicherung auf die beitragspflichtigen polnischen Einkommensbezieher, wobei der Staat die Beitragszahlungen und zum Teil auch die Finanzierung der Versorgung für bestimmte Bevölkerungsgruppen, die keine Beiträge zahlen können bzw. müssen, übernimmt. Allen Bürgern wird, unabhängig von ihrem Beitrag zur Finanzierung, eine umfassende Gesundheitsversorgung in Form von Sachleistungen nach Maßgabe des medizinischen Bedarfs gewährt.

Verantwortlich für die Gewährleistung und Organisation der Gesundheitsversorgung sind (u.a.) die Wojwodschaften, Kreise und Gemeinden, die öffentliche, aber selbständig wirtschaftende, Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäuser und Gesundheitszentren) mit angestellten Ärzten und Pflegern unterhalten. Die Gesundheitsversorgung wird außerdem durch private Gesundheitseinrichtungen und Leistungsanbieter (vor allem der primären Versorgung) ergänzt, die teilweise Verträge mit der Sozialversicherung abgeschlossen haben und teilweise auf privater Basis Patienten versorgen. Entsprechend der dezentralisierten Verwaltungsgliederung ist auch die Verantwortung für Gesundheitseinrichtungen der Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung auf die verschiedenen lokalen, regionalen und nationalen Ebenen nach dem Prinzip zunehmender Spezialisierung verteilt.<sup>170</sup> Das Gesundheitsministerium ist dabei Träger der hochspezialisierten, tertiären Kliniken und Institute geblieben. Ein Schwerpunkt liegt nach wie vor auf der Akutversorgung, auch wenn Gesundheitsförderung und Prävention ein neues gesundheitspolitisches Ziel darstellen.

Die Krankenversorgung ist sowohl beitrags- als auch steuerfinanziert. Die Gesundheitsleistungen werden aus einkommensproportionalen Beiträgen der Einkommensbezieher über die Krankenversicherung (Nationaler Gesundheitsfonds) und aus Steuermitteln für die Beiträge bestimmter Bevölkerungsgruppen und für bestimmte hochspezialisierte Leistungen finanziert.

Die Gesundheitseinrichtungen werden wiederum von der öffentlichen Hand aus nationalen, regionalen und lokalen (Einkommen-)Steuergeldern unterhalten. Zusätzlich leisten Patienten private Zuzahlungen in Form von Tagegeldern für Krankenhausaufenthalte, von Zuzahlungen für Medikamente oder auch von sog. Dankesgeldern an die behandelnden Ärzte in öffentlichen Gesundheitszentren. Auch private Behandlungen tragen sie selbst.

Als Allokationsmechanismen wirken im gegenwärtigen polnischen Gesundheitssystem Preise, Verhandlungen und Budgets: Arznei- und Hilfsmittel werden auf Angebotsseite über den Markt- bzw. Preismechanismus koordiniert, die Finanzierung von Gesundheitsleistungen wird in Verhandlungen zwischen den regionalen Abteilungen des Gesundheitsfonds und einzelnen Versorgungseinrichtungen bzw. selbständigen Leistungserbringern abgestimmt, während die

---

169 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 8, Abs. 1 u. 2. Rudynek 2000, S.15.

170 Płoskonka 2000, S.12-15; Włodarczyk 1999, S.85-86; Rudynek 2000, S.15.

Krankenhausfinanzierung über staatlich-administrative Planung und Budgets gewährleistet wird.

### Gesundheitspolitik

Polen ist ein Einheitsstaat mit einer zentralen Gesetzgebungskompetenz, einer dezentralisierten Verwaltung und Elementen einer territorialen Selbstverwaltung.<sup>171</sup> Nach wie vor dominiert im polnischen Gesundheitswesen die (zentral-)staatliche bzw. öffentliche Regulierung der Versorgungsleistungen. Zwar wurden den in den 1990er Jahren geschaffenen territorialen Selbstverwaltungen auf regionaler und lokaler Ebene (Wojewodschaften, Kreise und Gemeinden) staatliche Aufgaben bei der Gewährleistung der Gesundheitsversorgung übertragen, doch bleibt die zentralstaatliche Aufsicht über die Gesundheitssicherung durch Gesundheitsministerium und Wojewoden erhalten. Und auch die nominell als selbständige Wirtschaftseinheiten agierenden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen können nicht völlig frei handeln, da sie letztlich doch durch ihre Träger (Gemeinden, Kreise und Wojewodschaften) und deren Vertreter dominiert sind. Die Krankenversicherung (Nationaler Gesundheitsfonds) bildet eine staatliche Organisationseinheit<sup>172</sup> mit Selbstverwaltungsbefugnissen unter staatlicher Aufsicht.

Es überwiegen insgesamt öffentliche bzw. politisch-administrative und fachliche Verantwortlichkeiten im polnischen Gesundheitssystem.

Leitprinzipien der polnischen Gesundheitspolitik sind die Sicherung eines gleichen Zugangs aller Bürger zu Gesundheitsleistungen, die soziale Solidarität bei der Finanzierung der Versorgung, die gleiche Behandlung aller und die freie Wahl der Gesundheitseinrichtungen und Ärzte.<sup>173</sup>

Die wichtigsten Akteure in der polnischen Gesundheitspolitik sind Parlament und Regierung bzw. das Gesundheitsministerium auf nationaler Ebene. Weitere Akteure mit Entscheidungskompetenzen in begrenzten Bereichen sind die Krankenversicherung (Nationaler Gesundheitsfonds) mit ihren regionalen Abteilungen, Wojewodschaftsparlamente, Bezirksräte, Gemeinderäte und die jeweiligen Verwaltungen.

Verschiedene Vereinigungen (bzw. Kammern) vertreten die Interessen der Ärzteschaft, der Krankenschwestern und Hebammen in der Gesundheitspolitik und im Versorgungssystem.

Ebenso wie das Krankenversorgungssystem ist auch das gesundheitspolitische Entscheidungssystem seit 1990 einem Wandel unterworfen gewesen. Das politische System der III. Polnischen Republik erscheint im Rahmen der Verfassung und fester Regeln insofern instabil, als die Regierungsmacht bei Wahlterminen regelmäßig zwischen Regierungs- und Oppositionsparteien wechselt und

171 Kleb 2002, S. 9-10.

172 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 96 Abs.1: „... Narodowy Fundusz Zdrowia będący państwową jednostką organizacyjną posiadający osobowość prawną“.

173 Verfassung der Republik Polen Art. 68; Gesundheitsleistungsgesetz Art. 65.

---

bestehende Regierungskoalitionen häufig personell verändert werden.<sup>174</sup> Politische Entscheidungen werden – wie insbesondere im Gesundheitswesen noch zu zeigen sein wird – oft hierarchisch-zentralistisch und intransparent gefällt. Die Einflussnahme von Interessengruppen auf Entscheidungsprozesse in der Gesundheitspolitik scheint an Machtressourcen bzw. Mobilisierungsfähigkeit und Beziehungen gebunden zu sein.

## **Gesundheitssystemmodelle im Vergleich**

Die Ausführungen bestätigen und vertiefen die in Kapitel 2 vorgestellten Differenzierungsmerkmale zwischen verschiedenen Typen von Gesundheitssystemen, für die Deutschland, Finnland und Polen stehen.

---

174 Ziemer 1999; Ziemer/Matthes 2002.

Tabelle 3-1: Zuordnung von Länderfällen zu Gesundheitssystemtypen

Länderfall	Finnland	Polen	Deutschland
Organisationstypus	Öffentlicher Gesundheitsdienst	Volksversicherung	Sozialversicherung
Organisationsprinzipien	Versorgung	Versorgung & Versicherung	Versicherung & Versorgung
Kreis der Bezugspersonen	Staatsverwaltungsprinzip Gemeindeinwohner	Staatsverwaltungsprinzip Arbeitende Bevölkerung und übrige Einwohner	Selbstverwaltungsprinzip Arbeitnehmer und Äquivalente
Dominierender Steuerungsmodus	Staatliche Intervention	Staatliche Intervention	Selbstverwaltung durch Verbände, Verhandlung
Leistungsgewährleister/ Auftraggeber	Territoriale Selbstverwaltung: Gemeinden	Territoriale Selbstverwaltung: Gemeinden, Bezirke, Wojwodschaften & Versorgungseinrichtungen/ Leistungsbringer	Funktionale Selbstverwaltung: Verband der (ambulanten) Leistungserbringer (Krankenkassen in zweiter Instanz); Bundesländer für stationäre Versorgung
Finanzierungsträger	Staat: Gemeinden (Gemeindehaushalt) und Zentralstaat (Staatszuschüsse aus Staatshaushalt)	Staatliche Verwaltungseinheit: Nationaler Gesundheitsfonds mit regionalen Abteilungen & Staat: Zentralstaat, Gemeinden, Bezirke, Wojwodschaften (Haushalte)	Öffentlich-rechtliche Körperschaften: gesetzliche Krankenkassen
Finanzierungsarten	Steuern (und Beiträge <sup>o</sup> )	Beiträge und Steuern	Beiträge (und Steuern*)
Träger der Leistungserbringung	öffentlich	öffentlich und privat/gemischt	öffentlich und privat/gemischt
Formen der Leistungserbringung	vertikal integriert	gemischt	vertikal getrennt

<sup>o</sup> für Arzneimittel

\* für Krankenhausfinanzierung

## **4. Einbindungs- und Beteiligungsformen in Deutschland, Finnland und Polen**

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den individuellen und kollektiven Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten und Bürger, die in der indirekten und direkten Einflussnahme auf Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem, in Meinungsäußerungen (voice), Auswahl (choice) und Abwanderung (exit) bestehen können.

Während das vorherige Kapitel einen Überblick lieferte über die Grundstrukturen und Entwicklung der für bestimmte Systemmodelle typischen Gesundheitssysteme Deutschlands, Finnlands und Polens und ihrer Gesundheitspolitik, werden in diesem Kapitel zunächst die institutionellen und politischen Steuerungsstrukturen in den drei Gesundheitssystemtypen vorgestellt, in denen sich Einfluss- und Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten und Bürger entwickeln konnten bzw. können.

Untersucht werden Formen der Einflussnahme von Patienten und Bürgern auf Entscheidungsprozesse, die die Gesundheitsversorgung der Patienten und Bürger im Krankheitsfall entscheidend prägen. Das sind insbesondere Definitionen des Leistungsumfangs der öffentlichen oder beitragsfinanzierten Gesundheitsversorgung (Leistungskatalog), die Art und Qualität der Behandlung und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung. Damit stehen zugleich Beziehungen zwischen Patienten und Bürgern und anderen Akteuren auf allen Ebenen des Gesundheitswesens im Visier der Untersuchung. Anhand des im zweiten Kapitel vorgestellten Untersuchungsrahmens zur Patienten- und Bürgerbeteiligung wird abschließend das Ergebnis vergleichend resümiert.

## Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Deutschland

### Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Das deutsche Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch eine Mischung staatlich-hierarchischer, korporatistisch-verbandlicher und marktlicher Steuerung. Der Staat bzw. die Politik steuert die Ressourcenallokation und das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen<sup>175</sup> mittels gesetzlicher Regelungen und einiger interventionistischer Instrumente sowie über die Beauftragung der Selbstverwaltung und indirekte Steuerung.<sup>176</sup> Im Rahmen gesetzlicher Vorgaben regelt die funktionale Selbstverwaltung im Gesundheitswesen weitgehend autonom die Details der Allokation und Leistungserbringung. Diese Form der Steuerung gilt als versorgungsnäher und flexibler und birgt für die Politik den Vorteil, nicht die direkten Kosten unpopulärer Verteilungsentscheidungen tragen zu müssen, ohne gänzlich auf ihren Einfluss zu verzichten.<sup>177</sup>

Die Selbstverwaltungseinrichtungen im deutschen Gesundheitswesen sind parastaatliche, autonome Organisationen, die im öffentlichen Auftrag, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, handeln. Zu ihnen zählen die Verbände der Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung auf Landes- und Bundesebene und die Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene. Auch die Ärztekammern sind Selbstverwaltungsorganisationen mit öffentlichen Aufgaben, sie sind allerdings nicht involviert in die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten und damit auch nicht Teil der Gesetzlichen Krankenversicherung. Als intermediäre Organe zwischen Staat und einzelnen Finanzierern und Leistungserbringern wirken die Verbände der Selbstverwaltung im Policy-Prozess mit und führen gesetzliche Vorgaben aus.<sup>178</sup> Selbstverwaltung bezieht sich im deutschen Gesundheitswesen konkret auf vier Formen der Selbstregulierung, wobei zu unterscheiden ist zwischen der Selbstregulierung durch autonome Verbände (1), zwischen interorganisatorischen Gruppenverhandlungen (2) und inter-organisatorischer Zusammenarbeit (3) und der gemeinsamen Selbstverwaltung in anteilig besetzten gemeinsamen Entscheidungs- und Steuerungsgremien (4).<sup>179</sup>

Der Gesetzgeber hat besonders seit Ende der 1980er Jahre in verschiedenen Reformgesetzen die institutionellen Strukturen und Kompetenzen der Akteure in der GKV zu verändern versucht. So verstärkte er zum einen die direkte staatliche Regulierung (Regelungskompetenzen, Zustimmungsvorbehalte und Umsetzungskontrollen). Zum anderen wurden aber auch die Kom-

---

175 Diese Ausführungen beziehen sich in erster Linie auf die ambulante Versorgung. Die stationäre Versorgung ist weitaus stärker durch staatliche Regulierung gekennzeichnet, die Selbstverwaltung bzw. korporatistische Steuerung dort sehr viel schwächer.

176 Deppe 2000; Alber 1992.

177 Urban 2001; Heberlein 2005, S.67; Köster 2005, S. 79.

178 Kania/Blanke 2000, S. 568.

179 Vgl. Alber 1992, S. 157.

petenzen der Selbstverwaltungsorganisationen und -gremien zur Regelung (politisch schwer durchsetzbarer) Details der Versorgung ausgeweitet. Seit den 1990er Jahren sollte schließlich das Verhalten der Einzelakteure (Versicherte und Patienten, Krankenkassen, Leistungserbringer) durch wettbewerbliche und interventionistische Anreizstrukturen (Kassenwettbewerb, Zuzahlungen, Budgets, Einzelverträge) gesteuert werden.<sup>180</sup>

Die Entwicklung der Selbstverwaltung seit 1989 ist insbesondere gekennzeichnet durch folgende Tendenzen:

- den Ausbau der Kompetenzen und die Vereinheitlichung der Krankenkassenverbände,
- die Stärkung der Kompetenzen der Krankenhausgesellschaften als Interessenvertreter der Krankenhäuser bzw. ihrer Träger,
- die Erweiterung der Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung (Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen bzw. der Gemeinsame Bundesausschuss, Bewertungsausschuss) auf Kosten der Regulierungskompetenzen durch die KVen.<sup>181</sup>
- Zugleich ist jedoch auch der Gestaltungsspielraum für die Selbstverwaltungsinstitutionen durch zunehmende und detailliertere staatliche Regulierungskompetenzen, gesetzliche Vorgaben und zusätzliche Institutionen (Qualitätsbeurteilung) eingeschränkt worden.<sup>182</sup>

### Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversicherung

Im deutschen Gesundheitssystem entscheiden das Parlament (Bundestag und zum Teil auch der Bundesrat) und das Gesundheitsministerium über die Rahmenregelung der Gesundheitsversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Gesetze und Verordnungen zu ihrer Organisation und Finanzierung und zur Leistungserbringung.<sup>183</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium bereitet Gesetzesentwürfe vor und plant die Weiterentwicklung der Sozialversicherung, es erlässt Verordnungen zu Details der Gesundheitsversorgung und beaufsichtigt die Institutionen der funktionalen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Auf Länderebene sind die dort angesiedelten Sozialministerien zuständig für die Aufsicht über die Institutionen der Selbstverwaltung. Weitere Behörden auf Bundesebene sind das Bundesarzneimittelinstitut, das die Zulassung von Arzneimitteln prüft, und die Bundesversicherungsanstalt.

Die Bundesländer gewährleisten die stationäre Versorgung, indem sie den Bau und den Erhalt von Krankenhäusern finanzieren und zu diesem Zweck Krankenhaus(investitions)pläne aufstellen. Im Rahmen dieser stationären

180 Einen detaillierten Überblick geben Rosenbrock/Gerlinger 2004, S. 246-260; außerdem: Gerlinger 2002, S. 136-138, 140, Brandhorst 2003, Kania/Blanke 2000, Altenstetter 1999.

181 Deppe 2000, S. 69-70; Döhler/Manow-Borgwardt 1992, S. 72; Alber 1992, S. 163-164; Döhler/Manow 1995a, 1994b; Döhler 2002.

182 Gerlinger 2002, S. 136; Murswieck 1990, S. 153; Alber 1992, S. 160.

183 Ein guter Überblick über die Verteilung von Entscheidungskompetenzen zu Leistungsumfang, Finanzierung und Qualität der Versorgung findet sich in Health Care Systems in Transition 2004, S. 30-51. Vergleiche auch die Überblickstabelle zu Deutschland im Anhang.

Bedarfspläne schließen die Kassenverbände auf Landesebene mit den einzelnen Krankenhausträgern Verträge über Bedingungen, Art, Umfang und Vergütung der stationären Versorgung. Generell wird über diese Verträge und ihren Inhalt auch mit den Krankenhausgesellschaften auf Landes- und Bundesebene verhandelt.<sup>184</sup> Die Kassenverbände und die KVen stellen gemeinsam regionale ambulante Versorgungsbedarfspläne auf und verhandeln über Verträge zum Umfang der (ambulanten) medizinischen Versorgung und über die Vergütung der Ärzte.

Wichtige Detailentscheidungen zu Versorgungsleistungen und ihrer Finanzierung sind an die funktionale Selbstverwaltung von Kassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) delegiert worden, wobei – grob definiert – die Verbände der Selbstverwaltung auf Bundesebene Entscheidungen über die Versorgungsleistungen treffen und die Verbände der Selbstverwaltung auf Landesebene über die Finanzierung entscheiden. Entscheidungsbefugnisse sind vertikal so verteilt, dass auf Bundesebene Rahmenvereinbarungen getroffen und Richtlinien vereinbart werden, die die Inhalte von ambulanten und stationären Versorgungs- und Vergütungsverträgen zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Kassen auf Landes-, Regional- und Krankenhausebene anleiten und binden, welche ihrerseits wiederum die Entscheidungen der Leistungserbringer steuern sollen.

Zentrales Gremium der (gemeinsamen) Selbstverwaltung auf Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), in dessen Unterausschüssen Verbände der Kassenärzte und Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und (beratend) Vertreter von Patientenorganisationen auf Bundesebene zusammenwirken.<sup>185</sup>

### Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie und Nachsorge) und der Arzneimittel, die die Gesetzliche Krankenversicherung absichert

Der Katalog medizinischer Versorgungsleistungen, den die Gesetzliche Krankenversicherung für ihre Versicherten abdeckt, wird per Gesetz im Sozialgesetzbuch (V) umrissen. Unter die aufgeführten Leistungsarten fallen Leistungen zur Krankheitsvorsorge, zur Früherkennung und zur Behandlung von Krankheiten sowie zur Wiederherstellung der Gesundheit (Rehabilitation).<sup>186</sup> Diese Leistungsarten werden teilweise noch genauer gesetzlich definiert, wenn nicht

---

184 Bislang sind die Krankenhausgesellschaften auf Landes- und Bundesebene zwar nicht als Selbstverwaltungsorgane im staatlichen Auftrag anerkannt, doch sind sie seit 1997 stärker in Versorgungsvereinbarungen involviert. Sie wirken insbesondere bei neuen Reformprogrammbestandteilen (seit 2000) und der Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung mit, ebenso bei der Qualitätssicherung der stationären Versorgung und der Schaffung integrierter Versorgungsangebote. Seit 2004 ist die Deutsche Krankenhausgesellschaft auch im neuen Gemeinsamen Bundesausschuss vertreten.

185 Zum GBA als Instanz zur Konkretisierung des Leistungsanspruchs genauer: Heberlein 2005. Ausführlich zu den Unterausschüssen und ihren Aufgaben berichtet Health Care Systems in Transition 2004, S. 45-49.

186 SGB V §11.

der funktionalen Selbstverwaltung weitere Bestimmungen überlassen werden. Im SGB V werden zum Beispiel zur Krankenbehandlung allgemein ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie, zahnärztliche Behandlung inklusive Zahnersatz, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitation gezählt<sup>187</sup>, die nachfolgend noch genauer eingegrenzt werden. Hinsichtlich der zahnärztlichen Behandlung, der Arznei- und Verbandmittel und der Heil- und Hilfsmittel sind schon im Gesetzbuch Einschränkungen, Ausschlüsse und Zuzahlungen vorgesehen. Bezüglich der ärztlichen Behandlung und der Krankenhausbehandlung<sup>188</sup> bleibt es – im Rahmen von Richtlinien und Verträgen (s.u.) – grundsätzlich im Ermessen der Ärzte, über die medizinisch notwendigen Leistungen zu entscheiden.

Die tatsächlich zur Verfügung stehenden Leistungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung werden konkretisiert durch:

- die Bestätigung oder den Ausschluss von medizinischen Leistungen (wie Diagnose- und Therapiemethoden),
- Listen von verordnungsfähigen, verschreibungspflichtigen und vergüteten (und damit auch von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlten) Behandlungsleistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- die Zulassung von Ärzten und Krankenhäusern,
- Versorgungs- und Vergütungsverträge.

Der GBA konkretisiert ärztliche und zahnärztliche Leistungen aus dem Leistungskatalog in so genannten Richtlinien aufgrund von Nutzen-, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsbeurteilungen und entscheidet über die Einführung und den Ausschluss von Untersuchung- und Behandlungsmethoden.<sup>189</sup> Unterstützt wird der GBA seit 2004 vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Das vom GBA in Form einer privaten Stiftung gegründete Institut bewertet Behandlungsleitlinien<sup>190</sup> und Arzneimittel hinsichtlich ihres medizinischen Nutzens, ihrer Qualität und ihrer Wirtschaftlichkeit und gibt wissenschaftliche Empfehlungen ab.<sup>191</sup> Auftraggeber des IQWiG sind der GBA und das Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Das BMG kann (mit Zustimmung des Bundesrates) Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aus dem Leistungskatalog ausschließen.<sup>192</sup> Der GBA entscheidet über festbetragsfähige Arzneimittel und über verordnungsfähige Heilmittel, während allein die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Verzeichnis leistungspflichtiger Hilfsmittel aufstellen.<sup>193</sup>

Die Zulassung von Ärzten und Krankenhäusern ist grundsätzlich im Gesetzbuch geregelt und wird im Fall der Ärzte genauer per Zulassungsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums (mit Zustimmung des Bundesrates) und

---

187 SGB V § 27 Abs. 1.

188 SGB V § 28 Abs.1, § 39 Abs. 1.

189 SGB V § 92 Abs. 1, § 135 Abs. 1 Satz 2 u. 3.

190 Mehr zu Leitlinien im nachfolgenden Abschnitt.

191 SGB V § 139a.

192 SGB V § 34.

193 SGB V 140f Abs. 2, § 92 Abs. 6, § 128.

schließlich in Zulassungsausschüssen auf Landesebene, bestehend aus Vertretern der Landesverbände der Kassen und der Ärzte, entschieden, im Fall der Krankenhäuser durch die Landesregierung (Krankenhausplan) und die Landesverbände der Krankenkassen (Versorgungsvertrag).

Verträge zwischen den Bundesverbänden der Kassen und Ärzte geben Rahmen, aber auch z.T. den Inhalt der Gesamtverträge auf Landesebene vor. Die so genannten Bundesmantelverträge listen abrechnungsfähige, durch die gesetzliche Krankenversicherung abgedeckten Leistungen auf und bewerten ihre Vergütung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Auch Richtlinien des GBA und Verordnungen sind Bestandteil der Bundesmantelverträge.<sup>194</sup>

In Verträgen zwischen den Landesverbänden der Kassen und Ärzte und durch Vereinbarung von Budgets für Arznei-, Verband- und Hilfsmittel zwischen ihnen wird der Leistungsumfang der ambulanten ärztlichen Versorgung (Arztzahlen, Leistungsumfang der ärztlichen Behandlung und medizinischer Verordnungen) genauer bestimmt.

Für die Krankenhausbehandlung erstellen die Landesverbände der Krankenkassen (unter Mitwirkung der Krankenhausverbände und der Ärzteverbände) ein Leistungsverzeichnis.

#### *Einflussnahme von Patienten, Versicherten und Bürgern*

Die Einflussnahme von Bürgern und Patienten auf die Gesetzgebung bzw. die gesundheitspolitische Steuerung bezieht sich zunächst auf die Beteiligung im politischen System und auf das Wirken von Interessenverbänden im Policyprozess. Jenseits des direkten Engagements als Abgeordnete einer Partei, können Bürger grundsätzlich indirekt über Wahlen die Gesundheitspolitik mitbestimmen, in dem sie Vertreter politischer Parteien als Abgeordnete in Bundestag und Länderparlamente wählen, die dann als Parlamentarier oder als Regierungsmitglieder und -vertreter über Gesundheitsgesetze beraten und abstimmen oder Verordnungen erlassen.

Auf den Gesetzgebungsprozeß können Bürger in Interessenverbänden (Selbsthilfegruppen, Sozialverbände, Verbraucherverbände, Gewerkschaften etc.) schon im Vorfeld beim Gesundheitsministerium und bei den Parteifraktionen im Bundestag durch Lobbying und nicht verfasster Verfahrens- und Beratungsbeteiligung, das heißt: bei Anhörungen, durch Stellungnahmen und in Beiräten Einfluss nehmen. So wurden zum Beispiel in die Vorbereitung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes auch Patientenvertreter am Runden Tisch im Gesundheitswesen beim Gesundheitsministerium einbezogen. Außerdem wirken Selbsthilfegruppenvertreter über bereichsspezifische Stellungnahmen an der Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV mit. Im Bundestag finden Patientenvertreter ebenfalls als Verbandssprecher oder als einzelne Sachexperten Gehör bei Anhörungen im Gesundheits- und Sozialausschuss.

Ogleich es in diesem Abschnitt vor allem um Patienten- und Bürgerbeteiligung an der Auswahl medizinischer Leistungen auf Kosten der GKV geht, soll Patienten- und Bürgerbeteiligung an der Zielsetzung und Ausrichtung von

---

194 SGB V § 87, § 92.

Gesundheitspolitik nicht unerwähnt bleiben. Zwei interessante Bereiche sind hier zu nennen, einer ist auf Länderebene, einer auf Bundesebene angesiedelt.

Exkurs: Patientenbeteiligung an der Gesundheitspolitik (Gesundheitsziele und Gesundheitskonferenzen)

*gesundheitsziele.de* ist eine vom BMG geförderte Kooperation zwischen ihm und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG), in deren Rahmen seit Ende 2000 mehr als 70 Organisationen im Gesundheitswesen und etwa 200 Experten an Definition und Umsetzungsplänen von Gesundheitszielen für Deutschland mitgewirkt haben. Diese akteursübergreifende Initiative wurde insbesondere in den 1990er Jahren angestoßen durch die Programme der WHO „Health for All by the Year 2000“ und „Health21“, 1999 in einer Anregung der Gesundheitsminister der Länder auf der 72. GMK-Konferenz aufgenommen und von der GVG im Ausschuss ‘Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen’ zusammen mit Sozialversicherungen und Leistungserbringern vorbereitet.<sup>195</sup> Auch Patientenvertreter sind an der Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in allen Gremien (Steuerungskreis, Arbeitsausschuss und verschiedenen Arbeitsgruppen) beteiligt. In der Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ stellen sie sogar etwa die Hälfte der Teilnehmer. Patienten- und Bürgerorientierung bildet insgesamt einen von vier Querschnittsbereichen mit Relevanz für alle gesundheitszielbezogenen Maßnahmen.<sup>196</sup>

*Gesundheitskonferenzen* sind koordinierende lokale und regionale Gremien, in denen Vertreter staatlicher und privater Organisationen des Gesundheitswesens über Defizite in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung und integrierte Programme, über gesundheitsbezogene und gesundheitspolitische Themen beraten. Umgesetzt werden ihre Entscheidungen dann – auf Basis einer freiwilligen Selbstverpflichtung – durch die zuständigen Träger und die Beteiligten.<sup>197</sup> In Nordrhein-Westfalen sind 1998 mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) die Voraussetzungen für Gesundheitskonferenzen geschaffen worden. Daran werden als Vertreter von Patienten- und Bürgerinteressen auch Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Patientenvorsorge und des Patientenschutzes beteiligt (§ 3 ÖGDG). Sie werden auf Vorschlag der zu beteiligenden Verbände und Organisationen von Stadträten oder Kreistagen berufen und dürfen mitentscheiden (Entscheidungsbeteiligung).<sup>198</sup>

Die oben genannten oft informellen und nicht fest institutionalisierten Einflusskanäle werden seit 2004 ergänzt um eine neue, institutionalisierte Einflussform in Gestalt einer Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten, die an Rechtssetzungsvorhaben aller Bundesministerien, die Patientenrechte und den Patientenschutz berühren, beteiligt werden soll. Sie soll gerade auch die

195 BMGS (Hrsg., 2003), S. IX, VII. Mehr im Internet unter <http://www.gesundheitsziele.de>.

196 GBE 32, S. 12; BMGS (Hrsg., 2003), S.205: Mitglieder der AG.

197 Francke/Hart 2001, S.277.

198 GBE 32, S. 11.

Berücksichtigung von Patientenanliegen bezüglich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung einfordern.<sup>199</sup> Allerdings ist nicht quantifizierbar, inwieweit die Patientenbeauftragte Patientenanliegen sowohl bei Verordnungen des Gesundheitsministeriums als auch bei Gesetzesinitiativen der Regierung tatsächlich durchsetzen kann.

Auf Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Leistungskatalog der GKV können in Verbänden organisierte (und vom Gesundheitsministerium ausgewählte und anerkannte) Vertreter von Patienten und Bürgern seit 2004 Einfluss nehmen über die Mitberatung in den Ausschüssen, in denen sie in gleicher Zahl wie die Vertreter der Krankenkassenverbände vertreten sind.<sup>200</sup> Auf Landesebene sind Patientenvertreter beratend tätig in Zulassungs- und Berufungsausschüssen, die die Ärztedichte regeln.<sup>201</sup>

Beispiel: Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)

Der GBA tagt und entscheidet in Ausschusssitzungen zu unterschiedlichen Fachbereichen bzw. Themen. Neben dem so genannten Plenum gibt es Ausschüsse zum Beispiel zu ärztlichen Angelegenheiten oder zu Vertragsarztfragen. Im GBA bzw. in den Ausschüssen sitzen 21 entscheidungsberechtigte Mitglieder (neun Vertreter der Krankenkassen, neun Vertreter der KBV und drei unparteiische Mitglieder inklusive des Vorsitzenden) und neun mitberatende Patientenvertreter. Ausschuss-Entscheidungen werden in 25 Unterausschüssen in Form von Beschluss-Empfehlungen vorbereitet. Die Unterausschüsse beauftragen wiederum zeitlich befristete Arbeitsgruppen mit Vorarbeiten. Dem Ausschuss „Vertragsärztliche Versorgung“ arbeiten zum Beispiel 13 Unterausschüsse zu, u.a. zu den Schwerpunkten „Ärztliche Behandlung“, „Arzneimittel“, „Krankenhausbehandlung/Krankentransport“, oder „Qualitätsbeurteilung und -sicherung“. In den Unterausschüssen sind bis zu fünf Patientenvertreter entsprechend der Anzahl der Kassenvertreter Mitglied. Der Unterausschuss „Ärztliche Behandlung“ befasst sich mit der Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Seine Arbeiten flossen zum Beispiel in die Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“<sup>202</sup> ein, die im April dieses Jahres in Kraft trat.

In einer Patientenbeteiligungsverordnung hat das Bundesgesundheitsministerium geregelt, welche Voraussetzungen Verbände und Organisationen erfüllen müssen, um als Interessenvertreter anerkannt zu werden: dazu zählen Zielsetzung, demokratische Organisation, Mitgliederkreis, dauerhaftes Bestehen, Leistungsfähigkeit, finanzielle Unabhängigkeit und Gemeinnützigkeit.<sup>203</sup>

Derzeit sind im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Unterausschüssen Vertreter folgender Organisationen bzw. Verbände aktiv: des Deutschen

199 SGB V §140h Abs.2 u. 3.

200 SGB V § 140f Abs. 1 u. 2. Heberlein 2005, S. 71-72; Köster 2005.

201 SGB V §§ 90, 96, 97; Wöllenstein 2004, S. 24.

202 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, in der Fassung vom 17.01.2006.

203 Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.12.2003, § 1.

Behindertenrates (DBR), der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP), des Bundesverbandes der Verbraucherzentralen (vzbv) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG).<sup>204</sup> Im Deutschen Behindertenrat haben sich 40 Organisationen zu einem Aktionsbündnis zusammengeschlossen, darunter die großen Sozialverbände VdK und der Sozialverband Deutschland, Verbände der Selbsthilfe wie z.B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und das Forum chronisch Kranker im Paritätischen Wohlfahrtsverband, sowie so genannte autonome Verbände für bestimmte Anliegen.<sup>205</sup> Beteiligt sind in der GKV damit Vertreter von Patientengruppen, die chronisch Kranke, Medizingeschädigte sowie Patienten mit Problemen repräsentieren.<sup>206</sup> Nicht vertreten sind allgemeine Patienteninteressen, wie sie zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP)<sup>207</sup>, der Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V. (VKVD)<sup>208</sup> und der Allgemeine Patientenverband e.V. (APV)<sup>209</sup> zu repräsentieren versprechen. Mit Interesse ist zu erwarten, wo und wie sich der Modellverbund „Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH“ positionieren wird. Er wurde im laufenden Jahr gegründet, wird getragen von der Verbraucherzentrale Bundesverband, vom Sozialverband VdK und dem Verbund unabhängige Patientenberatung und gefördert von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen.<sup>210</sup>

Die im GBA beteiligten Patientenvertreter haben sich mittlerweile informell organisiert. Die in den Ausschüssen sitzenden Personen bilden einen Koordinierungskreis, in dem sie Informationen aus den Unterausschüssen sammeln, ihr Vorgehen koordinieren und die Beschlussfassungssitzungen vorbereiten.<sup>211</sup>

Die Beteiligung von Patientenvertretern im GBA und den Unterausschüssen hat sich nach Meinung aller positiv auf dessen Arbeit ausgewirkt. Die Patientenvertreter werden akzeptiert und effektiv eingebunden. Veränderungen werden darin deutlich, dass Entscheidungen in den Gremien genauer begründet und Vorgehensweisen transparent gemacht werden müssten. Patientenvertreter

---

204 Informationen unter <http://www.deutscher-behindertenrat.de>, <http://patientenstellen.de>, <http://www.vzbv.de>, [www.dag-selbsthilfegruppen.de](http://www.dag-selbsthilfegruppen.de).

205 Stötzner 2004. Einen Überblick über die Entwicklung, das Aufgabenspektrum und die Lage der Patientenorganisationen (Selbsthilfe) gibt Matzat 2003.

206 Einteilung nach Stefan Etgeton, Vortrag im Gesundheitspolitischen Kolloquium am 08.02.2006 in Bremen.

207 Die DGVP wurde 1989 gegründet, ihr Präsident ist Wolfram-Arnim Candidus. Mehr unter <http://www.dgvp.de>.

208 Der VKVD wird von Heinrich Windisch geleitet. Mehr unter <http://www.vkvd.de>.

209 Der APV wurde 1975 mit Sitz in Marburg gegründet; sein Präsident ist Christian Zimmermann. Mehr unter <http://www.patienten-verband.de>.

210 G+G Blickpunkt, Mai 2006, S.4.

211 Nach Aussage von Stefan Etgeton beim Gesundheitspolitischen Kolloquium am 08.02.2006 in Bremen.

klagen allerdings über fehlende personelle und finanzielle Ressourcen, die ihre Beteiligung erschwerten.<sup>212</sup>

Die Beteiligung von Patientenvertretern in den Landesausschüssen funktioniert gegenüber der im GBA schlechter, wie Patientenvertreter bemängeln. So behinderten einige KV-Vertreter eine effektive Patientenbeteiligung.<sup>213</sup>

Den genannten Problemen soll auch das geplante neue Gesundheitsreformgesetz begegnen helfen. Der Entwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom Mai 2006 sieht bereits eine Qualifizierung des Mitberatungsrechts (Anwesenheit bei Beschlussfassung) in den Entscheidungsgremien sowie höhere Aufwandsentschädigungen vor.<sup>214</sup>

Mitberatend wirken Patienten- und Bürgervertreter auch mit an Entscheidungen der Spitzenverbände der Krankenkassen über neue Rahmenempfehlungen zur Verhütung, Vorsorge, Rehabilitation, zur stationären Versorgung, zur Zulassung von und Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie.<sup>215</sup>

Seit Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung sind die Versicherten an Entscheidungen der Krankenkassen und ihrer Verbände über die Wahl von Versichertenvertretern alle sechs Jahre in den Verwaltungsrat (Sozialwahlen) beteiligt. In den Allgemeinen Ortskrankenkassen setzt sich der Verwaltungsrat je zur Hälfte aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammen, in den Ersatzkassen werden nur Versichertenvertretern in den Verwaltungsrat gewählt.<sup>216</sup> Aus dem Verwaltungsrat heraus wird auch der Vorstand der Krankenkassen gewählt.<sup>217</sup> Auch die Verwaltungsräte der Landesverbände und der des Bundesverbandes werden aus Versichertenvertretern (der Mitgliedskassen) gebildet.<sup>218</sup> Die Landes- und Bundesverbände werden von den Mitgliedskassen bevollmächtigt, Verträge mit anderen Trägern der Sozialversicherung abzuschließen.<sup>219 220</sup>

Beispiel: Sozialwahlen 2005

Bei den Sozialwahlen 2005 waren insgesamt 46 Millionen Versicherte und davon rund 29 Millionen bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

212 Interview mit Rainer Hess im Deutschen Ärzteblatt 103.19 (12.05.2006), S.A-1263; Etgeton et al. 2005; Heberlein 2005, S.75-76; Köster 2005, S.82-89; Rühmkorf 2004; Vgl. auch GBE 32, S. 10; Laschet 2005, S.6.;

213 Beispiel Hamburg: Kranich 2004; GBE 32, S.10.

214 Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 26.05.2006 bzw. 30.08.2006. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (VÄndG). Pkt. 15.

215 SGB V § 140f Abs. 4.

216 SGB IV § 44, dort auch mehr zur Bundesknappschaft und zu den Betriebskrankenkassen.

217 SGB IV § 35a.

218 SGB V § 209 Abs. 2, § 215 Abs. 1.

219 SGB V § 211 Abs. 2, § 217 Abs. 2.

220 Zu Organisation und Wahlen in den gesetzlichen Krankenkassen: Beske/Hallauer 1999, S. 83-74; Murswieck 1990, S. 153-156; Neubauer 1986.

(BfA)<sup>221</sup> wahlberechtigt. Die Wahlbeteiligung lag bei durchschnittlich 30 Prozent. Eine echte Wahl durch Stimmabgabe hat außer bei der BfA stattgefunden bei vier Ersatzkassen (KKH, Barmer, DAK und TK), zwei Betriebskrankenkassen (Brose BKK, BKK exklusiv) und der LBG Mittel- und Ostdeutschland.<sup>222</sup> Die geringe Wahlbeteiligung verdeutlicht, dass die Versichertenbeteiligung nur in geringem Maße als Beteiligungschance gesehen wird.<sup>223</sup>

Kritiker betrachten die Versichertenbeteiligung über Sozialwahlen an den Entscheidungen der Krankenkassen und ihrer Verbände inzwischen als ausgehöhlt, da die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsorgane per se eine eindeutige Versicherteninteressenrepräsentanz ausschließt. Es wird eingewandt, daß die wesentlichen (Vertrags-)Entscheidungen durch nur indirekt bestimmte Verbände getroffen würden, insbesondere die Gewerkschaften die Vertretung der Versicherten übernommen und für ihre Interessen funktionalisiert hätten, echte Wahlen durch Absprachen (so genannte Friedenswahlen) abgelöst worden seien, die Tätigkeit der hauptamtlichen Kassenvorstände praktisch unbeeinflussbar geworden wäre, und nicht zuletzt eine fehlende Wahlbeteiligung der Versicherten auch fehlende Legitimation und Akzeptanz verdeutlichen würden.<sup>224</sup> Es gab und gibt jedoch immer wieder Vorschläge und Ansätze einer Stärkung der Versichertenbeteiligung und der Kassenselbstverwaltung.<sup>225</sup>

Versichertenbeteiligung kann aufgrund des Charakters der heutigen Krankenkassen als Fremdorganisationen mit sekundärer Interessenwahrnehmung für die Versicherten kaum noch als direkte Beteiligung bewertet werden.<sup>226</sup>

Abseits der (kollektiven) Einflussnahme auf Entscheidungsträger und Entscheidungsprozesse über den Umfang des Leistungskatalogs und der ärztlichen Versorgung gibt es für den einzelnen Patienten, Bürger und Versicherten zur Mitgestaltung der eigenen Gesundheitsversorgung schließlich noch Möglichkeiten, unter den (zugelassenen) Leistungserbringern (Ärzten, Krankenhäusern) auszuwählen<sup>227</sup>, im Arzt-Patienten-Gespräch über (bevorzugte) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mitzuzentscheiden<sup>228</sup> und rechtlich zu klagen, wenn ihm bestimmte Leistungen durch Krankenkassen und Ärzte vorenthalten werden. Die freie (Fach-)Arztwahl wird in Deutschland jedoch zunehmend realiter eingeschränkt. Die Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 und die durch sie

221 Seit dem 01.10.2005 bildet sie den Trägerausschuss der Deutschen Rentenversicherung Bund.

222 RV aktuell Oktober/November 2005, S.489-492, Siems 2005.

223 Vgl. GBE 32, S.18.

224 U.a. Badura 1980, S. 374; Oppermann 1980, S. 4; Murswieck 1990, S. 153-156; Deppe 2000, S. 75; Schmidt-Abmann 2001, S. 81-82; Groser 1999; S. 81; Greß/Tophoven/Wasem 2002, S. 33, 3; aktuell: Siems 2005.

225 Bogs/Ferber 1977; Badura/Hart/Schellschmidt 1999, S. 266-270, 411; Schellschmidt 2001, S. 154; Evers 2002, S. 10; Rupprecht/Weller 2002.

226 Siehe Kapitel 2, S. 50.

227 SGB V § 76.

228 „Der Patient hat das Recht, Art und Umfang der medizinischen Behandlung selbst zu bestimmen. ... Der Patient kann die anzuwendende Behandlung wählen. ... Alle medizinischen Maßnahmen setzen eine wirksame Einwilligung des Patienten voraus.“ – Patientenrechte in Deutschland S.9.

geförderte Überweisungspflicht beschränken den freien Arztwechsel ebenso wie neue Hausarztmodelle der Krankenkassen. Auch die Patienten-Mitentscheidung bei Diagnosen und Therapien wird faktisch beschränkt durch Richtlinien und medizinische Leitlinien. Dazu mehr im Folgenden.

### Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität

Die Auswahl medizinischer Therapiemethoden und Arzneimittel für den garantierten Leistungskatalog der GKV und deren Art und Qualität hängen eng miteinander zusammen. Zum einen haben die Versicherten ein Recht auf eine qualitative hochwertige, d.h. dem aktuellen medizinischen Wissen entsprechende Versorgung.<sup>229</sup> Und zum anderen beeinflussen auch die wissenschaftlich bewiesene Wirksamkeit und Qualität medizinischer Leistungen die Entscheidung darüber, ob diese Aufnahme in den Leistungskatalog finden. Wie Diagnose- und Therapiemethoden normiert werden und wie die Qualität ihrer praktischen Anwendung gesichert wird, ist Gegenstand dieses Abschnittes. Dabei soll es zunächst um die Ausarbeitung und Bewertung von Therapie-Leitlinien gehen, bevor auf Qualitätssicherung eingegangen wird.

Die Pflege aktueller und wissenschaftlich belegbarer Erkenntnisse in der Medizin und die Sicherung der Versorgungsqualität ist bis zum Ende der 1990er Jahre alleinige Aufgabe der ärztlichen Fachgesellschaften und -gremien gewesen. Per Gesetz werden seit der GKV-Gesundheitsreform 2000 und mit der Entwicklung so genannter strukturierter Behandlungsprogramme nun auch Krankenkassen und andere nicht-medizinische Akteure in diese Aufgaben mit einbezogen.<sup>230</sup>

Medizinische Leitlinien geben Orientierungshilfen für behandelnde Ärzte. Sie basieren auf dem unter Experten anerkannten aktuellen Wissen über Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen bestimmter Methoden und Arzneimittel und zielen ab auf eine einheitliche Qualität medizinischer Leistungen. In umfassenden wissenschaftlichen Studien geprüfte Behandlungsmethoden und Medikamente werden in so genannte evidenzbasierte Leitlinien aufgenommen. Es handelt sich um Behandlungsempfehlungen, über deren letztendliche Anwendung bzw. Umsetzung der Arzt im Einzelfall entscheiden muss.

Leitlinien für Diagnose, Therapie und Nachsorge wurden zunächst durch Mediziner in wissenschaftlichen Fachgesellschaften oder berufsständischen Gremien (z.B. Ärztekammern) erarbeitet und bewertet. So entwickelt seit Jahrzehnten der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer (BÄK) in deren Auftrag Leitlinien für die fachübergreifende Behandlung bestimmter Krankheiten. Andere interdisziplinäre Leitlinien werden von medizinischen Fachgesellschaften unter der Koordination der Landesärztekammern erstellt. Therapeutische Leitlinien für Krankheiten, die in ein spezielles medizinisches Fachgebiet fallen (so genannte „Klinische Leitlinien“ oder „Praxisleitlinien“), werden von den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften im Rahmen der Arbeitsge-

---

229 SGB V § 70 Abs.1.

230 Sell 2005, S.13, Hansen 2005, S.20.

meinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), ein wissenschaftlicher Fachausschuss der Bundesärztekammer, erarbeitet bereits seit 1911 Therapieempfehlungen für die Anwendung von Arzneimitteln.<sup>231</sup> Seit 2002 unterhalten die BÄK, die AWMF und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) außerdem ein Nationales Versorgungsprogramm für Versorgungsleitlinien, in dessen Rahmen Nationale Versorgungsleitlinien für chronische Krankheiten im Rahmen einer integrierten und fachübergreifenden („strukturierten“) medizinischen Versorgung aufgestellt werden.<sup>232</sup>

Die Anzahl und Heterogenität der Leitlinien unterschiedlicher Herkunft wurde Mitte der 1990er Jahre im Rahmen der Diskussion um Qualitätsmanagement und die Steuerung des Gesundheitssystems als Problem erkannt. Seit 1995 finanzierte das BMG den Aufbau einer Datenbasis für die Evaluation von medizinischen Verfahren und Technologien, das als Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (HTA) mit der Gesundheitsreform 2000 beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) institutionalisiert wurde. Das DIMDI selbst ist dem BMG unterstellt. DAHTA@DIMDI bewertet die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Verfahren und Prozessen sowie deren vielfältigen Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung und vermittelt seine Ergebnisse in HTA-Berichten als Grundlage von Versorgungsentscheidungen. Seit 2004 erhält es auch Arbeitsaufträge des IQWiG.<sup>233</sup> Zeitgleich im Jahre 1995 gründeten und beauftragten die BÄK und die KBV die Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) (seit 2003: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) mit der Aufgabe, Leitlinien kritisch zu bewerten und Empfehlungen abzuleiten.<sup>234</sup> Diese Aufgabe wurde in einem so genannten Leitlinien-Clearingverfahren unter der Koordination des ÄZQ in den Jahren 1999 bis 2004 als gemeinsames Projekt von BÄK, KBV, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der gesetzlichen Krankenversicherung, der Privaten Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung realisiert. Gemeinsam gaben die genannten Akteure Empfehlungen aufgrund der Berichte ab, die wissenschaftliche Experten aus Fachgesellschaften und Berufsverbänden, von wissenschaftlichen Instituten und anderen Organisationen in Projektgruppen erarbeitet hatten. Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 übertrug der Gesetzgeber die bisher der Ärzteschaft überlassene Aufgabe der Leitlinien-Bewertung dem neu gegründeten IQWiG. Seit 2005 begutachtet das vom GBA gegründete Institut Leitlinien und gibt Empfehlungen ab, während das ÄZQ nunmehr die Erstellung so genannter nationaler Versorgungsleitlinien koordiniert. Das IQWiG wird beraten durch ein Kuratorium mit 30 Mitgliedern (aus verschiedenen Organisationen) und einen Wissenschaftlichen Beirat aus

---

231 Informationen unter <http://www.leitlinien.de>, [www.leitlinien.net](http://www.leitlinien.net), [www.akdae.de](http://www.akdae.de).

232 Informationen unter <http://www.versorgungsleitlinien.de>.

233 GMG Art. 33; Informationen unter <http://www.dimdi.de>.

234 Informationen unter <http://www.aezq.de>.

ausgewählten Experten. Stellungnahmen der Kuratoriumsmitglieder sollen in wissenschaftliche Empfehlungen einfließen.<sup>235</sup>

Evidenzbasierte Leitlinien bilden auch die Basis von so genannten strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme, DMP), die seit der Jahrtausendwende diskutiert und entwickelt werden, um chronische Krankheiten besser kontrollieren („managen“) zu können. DMP sind insbesondere Teil einer Offensive zur Qualitätssicherung und -verbesserung in der Gesundheitsversorgung.<sup>236</sup> Ein weiterer wichtiger Aspekt der DMP ist die Gewährleistung einer ununterbrochenen Versorgungskette zwischen ambulanten und stationären, primärer und sekundärer bzw. haus- und fachärztlicher Behandlung und Betreuung chronisch Kranker. In Deutschland sind DMP außerdem mit dem finanziellen Ausgleich für unterschiedliche Risikogruppen zwischen verschiedenen Krankenkassen(typen) verbunden. So bildet ihre Rechtsgrundlage das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs aus dem Jahr 2001.

Die Auswahl von Indikationen und die Konzeption der DMP ist seit 2002 Aufgabe des Koordinierungsausschusses, seit 2004 des neuen Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. ihrer entsprechenden Arbeits- und Unterausschüsse.<sup>237</sup> Der Unterausschuss Disease-Management-Programme<sup>238</sup> erarbeitet aufgrund von Vorarbeiten des IQWiG<sup>239</sup> Empfehlungen für das Bundesgesundheitsministerium, das diese wiederum als Rechtsverordnung – Änderungen der Risikostrukturausgleichsverordnung – erlässt. Als erste wurden Mitte Juni 2002 DMP-Empfehlungen für die Indikationen Brustkrebs und Diabetes vom Koordinierungsausschuss vorgelegt. Weitere Empfehlungen und anschließende Verordnungen folgten später für die koronare Herzkrankheit und chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma und COPD). Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen, der KVen und der Krankenhäuser handeln daraufhin regionale Verträge aus, die dem Bundesversicherungsamt (BVA) zur Akkreditierung vorgelegt werden müssen. Im Bezirk Westfalen-Lippe wurde im Oktober 2002 ein erster Vertrag über DMP-Brustkrebs abgeschlossen und im März 2003 zugelassen.

Der GBA ist durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz auch mit der Beurteilung, Prüfung und Weiterentwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Versorgung betraut worden.<sup>240</sup> Das IQWiG leistet dabei nicht nur die notwendige Vorarbeit für den GBA, sondern ist darüber hinaus mit der Information der Bürger über die Versorgungsqualität beauftragt.<sup>241</sup>

---

235 Informationen unter <http://www.iqwig.de>.

236 Einen Überblick zu DMP gibt BMG 2005.

237 SGB V § 137f, § 137g.

238 Er arbeitet dem Ausschuss „Ärztliche Angelegenheiten“ zu.

239 SGB V § 139a.

240 SGB V § 137b.

241 SGB V § 139a.

*Einflussnahme von Patienten und Bürgern*

Patientenvertreter werden erst seit wenigen Jahren auch an der Entwicklung und der Bewertung von Leitlinien sowie an der Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung beteiligt.

Da Leitlinien in erster Linie durch medizinische Fachgesellschaften und ärztliche Gremien entwickelt werden, muss sich eine Beteiligung von Patienten daran zunächst auf eine Einbindung in ärztliche Fachgremien beziehen. Aus juristischer und ordnungspolitischer Sicht ist eine solche Nutzerbeteiligung in berufsständischen Kammern und vertragsärztlichen Körperschaften problematisch.<sup>242</sup> Aus der Patientenperspektive erscheint diese Möglichkeit, Einfluss auf die Versorgungsqualität zu nehmen, aber vielversprechend. Von Seiten der Ärzteschaft hofft man darauf, durch kooperative Zusammenarbeit gute Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten(organisationen) auf allen Ebenen – in Zeiten eines Ansehensverlustes der Ärzte – zu erhalten.<sup>243</sup>

Beispiel: Patientenbeteiligung an der Entwicklung Nationaler Versorgungsleitlinien

An der Entwicklung von so genannten Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) – unter der Ägide von AWMF, BÄK und KBV – sind Patientenvertreter als Mitglieder des so genannten Patientenforums beteiligt.<sup>244</sup> Das Patientenforum wurde auf Initiative der BÄK im Jahr 2002 gegründet und ist ein Zusammenschluss einiger Patientenverbände sowie der BÄK und der KBV zwecks Austausches und Zusammenarbeit bei bestimmten Anliegen. Zu den Patientenorganisationen gehören die Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE e.V.), Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG e.V.) und das Forum chronisch Kranker und behinderter Menschen im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.<sup>245</sup>

In der Regel werden sechs Patientenvertreter<sup>246</sup> aus dem Patientenforum an der Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien auf zweierlei Weise beteiligt. Zum einen werden sie in einem fortlaufenden Review-Feedback-Prozess über die Inhalte der von Medizinern entwickelten Leitlinien informiert und um Stellungnahmen gebeten, die in die Weiterentwicklung der Leitlinien einfließen. Zum anderen entwickeln sie auf Grundlage der Expertenversion eine Patientenversion der Versorgungsleitlinie (Patientenleitlinie).

242 GBE 32, S. 24.

243 Auerswald 2002, S. 20-21; Manfred Richter-Reichhelm auf dem KBV Kontext-Symposium „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ am 25./26.10.2001 in Königswinter (Einführungreferat, <http://www.kbv.de/publikationen/2357.htm>).

244 Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien, Patienteneinbeziehung, Jan. 2006, S.4; [www.versorgungsleitlinien.de](http://www.versorgungsleitlinien.de).

245 NVL Asthma, Leitlinienreport, S.7; Sängler et al. 2001, Auerswald et al. 2003, Auerswald 2002. Weitere Informationen unter <http://www.patienten-information.de>.

246 Drei von den Dachverbänden benannte Vertreter und drei von der jeweiligen Krankheit betroffene Personen.

An der Entwicklung der NVL Asthma waren Vertreter der DAG SHG, der BAG SELBSHILFE e.V. und der Deutschen Aidshilfe e.V. (PARITÄTISCHER) für die Dachverbände beteiligt, außerdem drei Vertreter des Deutschen Allergie- und Asthmabundes (DAAB) als Interessenvertreter der von der Erkrankung betroffenen Personen.<sup>247</sup> Dem Nationalen Programm für Versorgungs-Leitlinien zufolge, ist es „die wichtigste Aufgabe der Patientenvertreter im Patientengremium [...], ihre Expertise und Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankungen selbst und bei der Erstellung entsprechender Materialien in das Verfahren einzubringen.“<sup>248</sup>

Seit 2005 sind Patientenvertreter auch an der Bewertung von Leitlinien beteiligt (Beratungsbeteiligung).

Beispiel: Patientenbeteiligung im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und in der Deutschen Agentur für HTA des DIMDI (DAHTA@DIMDI)

Die Aufgaben des IQWiG bestehen u.a. in der Aufarbeitung und Bewertung des medizinischen Wissensstandes zu Therapien ausgewählter Krankheiten, in der Begutachtung der Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungen der GKV, der Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für so genannte Volkskrankheiten und der Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen.<sup>249</sup> Das DAHTA bewertet u.a. im Auftrag des IQWiG medizinische Verfahren und Methoden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Patientenvertreter sind an der Arbeit des IQWiG insofern beteiligt, als fünf Repräsentanten von Patientenorganisationen Mitglieder des beratenden Kuratoriums sind. Sie können als solche zu Berichten und Empfehlungsvorschlägen Stellung nehmen. Auch im Kuratorium des DAHTA werden Patientenvertreter an der Festlegung und der Prioritätensetzung von Fragestellungen für HTA-Berichte beteiligt.<sup>250</sup> Inwieweit die Patientenvertreter in den Kuratorien tatsächlich Entscheidungen zu ihren Gunsten beeinflussen können, ist nicht qualifizierbar.

Auf die Entwicklung von Disease-Management-Programmen können Patientenvertreter Einfluss nehmen durch Beteiligung (Beratung) in den Ausschüssen und Unterausschüssen des GBA, im IQWiG und in den Verbänden der Krankenkassen. So sind die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, Selbsthilfe-Organisationen anzuhören und deren Stellungnahmen in ihren Entscheidungen über die Ausgestaltung von DMPS zu berücksichtigen.<sup>251</sup>

Durch ihre Mitberatungskompetenz im Gemeinsamen Bundesausschuss sind Patienten- und Bürgervertreter auch an der Beurteilung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität beteiligt. Sie können außerdem Anträge zur

247 NVL Asthma, Leitlinienreport, S.7.

248 Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien, Patienteneinbeziehung, Jan. 2006, S.4.

249 SGB V § 139a.

250 Informationen unter: <http://www.iqwig.de>, [www.dimdi.de/static/de/hta/dahta/kuratorium.htm\\_1431306691htm](http://www.dimdi.de/static/de/hta/dahta/kuratorium.htm_1431306691htm).

251 SGB V § 137, Abs. 2.

---

Bewertung der Qualität in bestimmten Versorgungsbereichen durch das IQWiG stellen.<sup>252</sup>

In der Versorgungspraxis ermöglicht schließlich die Beteiligung an allgemeinen Umfragen und an Fragebogenaktionen von Leistungserbringern Patienten und Bürger, die Qualität der Versorgung mitzubestimmen.

Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Beitragssätze, der Zuzahlungen und Gebühren

Gesetzlich geregelt werden die Versicherungs- und Beitragsbemessungsgrenzen (und damit der Kreis der versicherungspflichtigen Arbeitnehmer) sowie die Höhe der von den Patienten zu leistenden Zuzahlungen und Gebühren. Das Parlament entscheidet dabei in der Regel aufgrund eines im Bundesgesundheitsministerium vorbereiteten Vorschlags der Regierung.

Weitere preisliche Regelungen wie die Festlegung der Beitragssätze und der Festbeträge für Hilfs- und Arzneimittel unterliegen allein der Entscheidung durch die gesetzliche Krankenversicherung, d.h. der Krankenkassen und ihrer Verbände. Der Verwaltungsrat der gesetzlichen Krankenkassen bestimmt die Höhe der von Versicherten (und Arbeitgebern) zu tragenden Beitragssätze. Die von der GKV zu tragenden Kosten für Arznei- und Hilfsmittel werden als so genannte Festbeträge von den Landes- bzw. Bundesverbänden der Krankenkassen bestimmt. Höhere Preise der Hersteller sind darüber hinaus von den Patienten selbst zu zahlen.

Die Vergütungen für ärztliche Leistungen werden generell zwischen den Bundesverbänden der Ärzte und Krankenkassen im gemeinsamen Bewertungsausschuss und durch Rahmenvereinbarungen und konkreter durch Verträge zwischen den Landesverbänden der Ärzte und Krankenkassen vereinbart und schließlich von den KVen zugewiesen. Das BMG legt in der Bundespflegeverordnung die Vergütung für die Krankenhausversorgung fest, die in die Versorgungsverträge zwischen Kassenverbänden und Krankenhausträgern eingehen.

#### *Einflussnahme von Patienten, Versicherten und Bürgern*

Versicherte, Patienten und Bürger können indirekt über politische Wahlen und über Sozialwahlen (siehe oben) Einfluss nehmen auf Finanzierungsparameter. So entscheiden gewählte Vertreter der Versicherten in den Verwaltungsräten der gesetzlichen Krankenkassen mit über die Höhe der Beiträge. Auch die Entscheidungen des Gesetzgebers über Zuzahlungen und Gebühren zur Finanzierung und Steuerung der Gesundheitsversorgung können Patienten und Bürger über Wahlen versuchen zu beeinflussen, zusätzlich noch direkt, aber mittelbar über die Aktivitäten von Interessengruppen im politischen Prozess. Seit 2004 sind Patientengruppenvertreter beratend an der Auswahl der Hilfsmittel, der

---

252 SGB V §139b Abs. 1.

Bestimmung der Festbetragsgruppen und der Festsetzung der Festbeträge für sie durch die Bundes- und Landesverbände der Krankenkassen beteiligt.<sup>253</sup>

Eine weitere Möglichkeit, die Beitragssatzentscheidungen der Krankenkassen zu beeinflussen (und die persönlich relevante Abgabenhöhe zu variieren), besteht seit 1996 in der (Ab)Wahl der Krankenkassen durch Abwanderung und Wechsel. Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 ermöglicht den Versicherten inzwischen auch eine Auswahl zwischen unterschiedlichen Finanzierungsmodellen (z.B. Kostenerstattung).

## Resümee und Analyse

Die Einflussnahme von Patienten und Bürgern auf Umfang, Ausgestaltung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung in der GKV zeigt insgesamt folgendes Bild: In Deutschland können Bürger zunächst nur indirekt über die Wahl von Abgeordneten auf gesundheitspolitische Entscheidungen des Parlaments und des Gesundheitsministeriums einwirken. Über die Wahl von Versichertenvertretern (Sozialwahlen) können sie als Versicherte Entscheidungen der Krankenkassen zur Finanzierung und zum konkreten Leistungsumfang beeinflussen. Eine Art indirekter Beteiligung von Patienten und Bürgern an gesundheitspolitischen Entscheidungen ist seit 2004 auch gegeben in Person der Patientenbeauftragten beim Gesundheitsministerium, die sich als Sprachrohr für Patienten Anliegen in der Politik versteht. Diese Möglichkeit wird ergänzt und verstärkt durch direkte, meist nicht institutionalisierte und unsichere Einflussmöglichkeiten mit mittelbarer Wirkung für Patienten- und Bürgerorganisationen: durch eigeninitatives Lobbying, Umfragebeteiligung sowie Verfahrensbeteiligung in Form von Stellungnahmen und Anhörungen auf Anfrage des Gesundheitsministeriums oder des Gesundheitsausschusses des Parlaments, und schließlich durch Beratungsbeteiligung wie zum Beispiel am Runden Tisch im Gesundheitswesen.

Mit dem Regierungswechsel von 1998 hat auch ein politischer Mentalitätswandel im Gesundheitswesen hin zu einer direkten kollektiven Einbindung von Patienten in Entscheidungsprozesse in der funktionalen, gemeinsamen Selbstverwaltung Fuß gefasst. Eine Zusammenarbeit mit Patientenselbsthilfegruppen und Patientenorganisationen wurde zunächst von den Kassen<sup>254</sup>, den Ärzteverbänden<sup>255</sup> und auch der gemeinsamen Selbstverwaltung<sup>256</sup> initiiert, während eine gesetzliche Regelung noch auf sich warten ließ. Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 sind Patienten als Akteure im Gesundheitswesen offiziell „entdeckt“ worden, wird seitdem die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen und von Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung durch die Krankenkassen gefördert.<sup>257</sup> Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz führte 2004 schließlich auch erstmalig eine kollektive Beratungsbeteiligung in den Bundes- und Lan-

---

253 SGB V § 140f Abs.4.

254 SGB V § 20 Abs. 3 ließ schon früher ein Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu.

255 Koordinationsstelle für Selbsthilfeorganisationen in der KBV seit 1999, Patientenforum seit 2001.

256 Beschluss des Bundesausschusses vom 16.10.2000 zur Entwicklung und Prüfung von Formen der Patientenbeteiligung. Genannt in Francke/Hart 2001, S. 242.

257 SGB V § 20 Abs. 4, § 65b.

desausschüssen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten ein. Die Patientenvertreter in den Ausschüssen sind zwar nur beratend tätig, aber ein erster Schritt ist getan, dem weitere Schritte bis hin zu einer echten Entscheidungsbeteiligung folgen könnten.<sup>258</sup> Infolge der neuen Gesundheitsreform (GKV-Wirtschaftlichkeitsgesetz) steht mit der Umgestaltung des GBA in ein Gremium aus wenigen hauptamtlichen Experten indessen auch die bisherige Patientenbeteiligung und ihre Wirksamkeit zur Diskussion.<sup>259</sup>

Individuell können Patienten, Versicherte und Bürger über die freie Auswahl und den Wechsel von Krankenkassen, (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern und durch Mitentscheidung im Arzt-Patienten-Gespräch Entscheidungen zur Versorgung beeinflussen. Wie erwähnt, werden die freie Arztwahl und die Mitentscheidung bei Diagnosen und Therapien allerdings zunehmend reguliert, gelenkt und beschränkt.

### Schlaglicht

Der einzelne Patient und Bürger kann in Deutschland seinen Hausarzt oder Facharzt frei wählen und sich von ihm für eine stationäre Behandlung in ein Krankenhaus eigener Wahl, möglichst in Wohnortnähe, überweisen lassen. Dort ist ihm allerdings keine freie Wahl unter den behandelnden Ärzten möglich. Der Besuch eines Arztes oder eines Krankenhauses ist zuzahlungspflichtig (Praxisgebühr, Tagegeld). In der Regel soll es keine Wartezeiten für Behandlungstermine geben, faktisch gibt es sie allerdings. Mitentscheiden kann der einzelne Patient bei Diagnosen und Therapie insofern, als er unter Optionen wählen kann, die medizinische Leitlinien oder auch strukturierte Behandlungsprogramme, an denen er teilnimmt, vorgeben. Bestimmte Diagnose- und Behandlungsverfahren werden grundsätzlich nicht von der GKV bezahlt, das heißt, sie stehen nicht zur Auswahl und sind gegebenenfalls privat selbst zu zahlen.

Als Wahlbürger und als Mitglied einer Patientenorganisation kann ein Patient in Deutschland in gewissem Maße Einfluss nehmen auf die Festlegung des Leistungskatalogs, d.h. auf die Gesetzgebung sowie auf Richtlinien des GBA und die Nutzenbewertung von Diagnose- und Behandlungsmethoden durch das IQWiG und das DAHTA.

Als Versicherter kann ein Patient und Bürger in Deutschland (noch) Einfluss nehmen auf die Höhe der Beitragssätze seiner Krankenkasse durch die Wahl von Versichertenvertretern in die Vertreterversammlung der Kasse (Versichertenbeteiligung) und durch Kassenwechsel.

Entscheidungsschwerpunkte und Beteiligungsmöglichkeiten für Patienten, Versicherte und Bürger fallen seit 2004 im deutschen Gesundheitswesen endlich zusammen, wo besonders die Makro-II- und Meso-I-Ebenen der gemeinsamen Selbstverwaltung (GBA) und auch der jeweiligen Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten von herausragender Bedeutung für Versorgungsentscheidungen sind. Allerdings gewinnt mit der Rückübertragung von Entscheidungskompe-

258 Vgl. Hart 2005, S. 11; Heberlein 2005, S.72; Köster 2005, S.85.

259 GBA 2006.

tenzen zu Details der Leistungserbringung auch die Makro-I-Ebene vermehrt an Bedeutung, so dass es konsequent ist, mit der Position eines/einer Patientenbeauftragten einen Ansprechpartner für Patienten und Bürger zu schaffen.

In Deutschland dominiert nach wie vor eine partikularistische Rollenperspektive – der Patient und seine Krankheit stehen im Vordergrund. Entsprechend werden spezifische Patientenorganisationen in Entscheidungsprozesse auf Makro- und Meso-Ebenen eingebunden. Das bedeutet, dass organisierbare Patienteninteressen wie die von dauerhaft und nicht akut Kranken und von Behinderten mit häufiger anzutreffenden Erkrankungen und Beeinträchtigungen Mitsprache erlangt haben. Allgemeinere und Bürger spezifische Interessen von Patienten sind nicht vertreten in den Beratungs- und Entscheidungsgremien des deutschen Gesundheitswesens. Von mehr Bürgerbeteiligung kann im deutschen Gesundheitssystem daher keine Rede sein.

Aus einer Metaperspektive ist zu fragen, wie sich die Erweiterung des Akteurskreises im Gesundheitswesen durch Patientenvertreter auf die Zusammenarbeit der Akteure ausgewirkt hat und wie sich die Positionen der Akteure im Gesundheitssystem verändert haben. Gibt es neue Formen der Zusammenarbeit? Wer hat an Einfluss gewonnen oder verloren?

Zu den neuen Formen der Zusammenarbeit zählt die Beratung im Gemeinsamen Bundesausschuss ebenso wie der Austausch mit der Patientenbeauftragten der Bundesregierung, aber auch die Kooperation auf Meso-Ebene zwischen Ärztenverbänden, Kassenverbänden und Selbsthilfegruppen.

Seit dem Jahr 2000 hat der Bundesausschuss an Bedeutung im Gesundheitswesen gewonnen. Entsprechend haben auch die ausgewählten Patientenorganisationen durch (Beratungs)Beteiligung in diesem entscheidenden Gremium Einfluss erlangt. Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden Patientenvertreter mittlerweile akzeptiert und in den Informationsaustausch eingebunden. Die Perspektive von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern auf die Gesundheitsversorgung erweitert sich, Patienten Anliegen finden stärkere Berücksichtigung bei der Beratung, wenn nicht auch bei Entscheidungen.<sup>260</sup>

Auch außerhalb des Bundesausschusses bemühen sich die Akteure um eine Kooperation mit Patientenorganisationen. Patientenorientierung ist ihr neues Leitbild.

Die Ärzteschaft hat schnell erkannt, wie wichtig die Zusammenarbeit mit Patientenvertretern, das heißt mit Selbsthilfegruppen ist. Sie bindet diese als Berater ein in einem Patientenforum bei der BÄK, in Round Tables bei einzelnen KVen (z.B. der KV Nordrhein), in Patientenbeiräte bei der KBV oder der KV Hessen, beteiligt diese an der Erstellung von nationalen Versorgungsleitlinien oder an speziellen Versorgungskonzepten („Vertragswerkstatt der KBV“) und bringt regionale und lokale Ansprechpartner beider Seiten (in so genannten Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte) zusammen.<sup>261</sup> Offiziell zielen die Ärztenverbände dabei auf eine Optimierung der medizinischen Versorgung in Zusammenarbeit mit kompetenten Patienten. Inoffiziell steht dahinter die Sorge um eine Distanzierung des wichtigsten Partners und

---

260 Köster 2005; Heberlein 2005, S.72.

261 KBV Kontakt 1/2006 und 2/2006.

Klienten. Die gute Arzt-Patienten-Beziehung auf der Mikro-Ebene und die anerkannte medizinische Kompetenz der Ärzte bildeten bislang wichtige Legitimations-Fundamente ärztlicher Versorgungsentscheidungen auf Meso- und Makro-Ebenen des Gesundheitswesens. Informierte und selbständige („mündige“) Patienten und die Anerkennung einer spezifischen Patientenkompetenz bei der Beurteilung der Versorgungsqualität stellen heute alte Beziehungsmuster und Legitimationsschemata in Frage. Ärzte müssen sich stärker um die Zufriedenheit ihrer Patienten bemühen und mit dem Unmut von Patienten und Versicherten als Folge von Gesundheitsreformen mit ihren Folgen rechnen. Indessen kann von einer Frontstellung zwischen Patienten und Ärzten nicht die Rede sein. Patienten sind, wie auch jüngste Umfragen<sup>262</sup> zeigen, mit ihren Ärzten zufrieden. Noch trägt die Basis einer guten Arzt-Patienten-Beziehung auf Mikro-Ebene eine Zusammenarbeit auch auf Meso- und Makro-Ebenen. Aber Unsicherheiten auf Mikro-Ebene und auch eine kollektive Patientenbeteiligung auf der Makro-Ebene haben die Ärzteschaft veranlasst, die organisierte Patientenschaft bereits auf Meso-Ebene anzusprechen und für eine Zusammenarbeit und als Partner zu gewinnen.

Die Krankenkassen haben gegenüber den Patientenorganisationen eher zögerlich reagiert, sind ihre Klientel doch eher die Versicherten, die guten Risiken und nicht die Patienten. Seit der Gesundheitsreform 2000 sind sie jedoch gesetzlich verpflichtet, Selbsthilfegruppen und Einrichtungen der Patientenberatung finanziell zu unterstützen.<sup>263</sup> Aus den ersten 30 zwischen 2001 und 2004 geförderten Modellprojekten ist im Frühjahr 2006 ein Modellverbund, die Unabhängige Patientenberatung Deutschlands gGmbH, hervorgegangen. Der Verbund basiert auf einem Konzept, das die Spitzenverbände der Krankenkassen zusammen mit der Verbraucherzentrale Bundesverband, dem Sozialverband VdK und dem Verbund unabhängige Verbraucherberatung erarbeitet haben. Die letzten drei sind Träger des Modellverbunds.<sup>264</sup>

Eine Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und Patientenorganisationen ist seit 2004 jedoch auch bei Versorgungsentscheidungen verpflichtend: Anhörungen und Stellungnahmen von Patientenorganisationen wie zum geplanten Hilfsmittelkatalog können den Weg zu einem weitergehenden Austausch ebnen.

Auch der Gesetzgeber setzt sich seit der Jahrtausendwende explizit für Patienten ein: Die Patientenbeteiligung in der gemeinsamen Selbstverwaltung ist politisch entschieden worden. Zugleich hat der Staat jedoch immer mehr Entscheidungskompetenzen an sich gezogen und greift stärker regulierend in die Gesundheitsversorgung ein. Die im Januar 2004 eingesetzte Patientenbeauftragte ist gleichermaßen Ansprechpartnerin und politische Fürsprecherin für Patientenorganisationen mit ihren Anliegen. Offen bleibt allerdings, was sie tatsächlich für die Patienten bewirken kann.

Ebenso wie zugleich korporative Gremien und der Staat seit dem Jahr 2000 größeren Einfluss auf Versorgungsentscheidungen im Gesundheitswesen haben,

---

262 Umfrage der KBV im Sommer 2006, Bericht in der Ärzte-Zeitung vom 21.08.2006.

263 SGB V § 65b.

264 AOK 2006, S. 12; GBE 32, S.23-24.

wurde auch die Patientenbeteiligung auf zwei Schienen gesetzt. Solange korporative und staatliche Seite gleichermaßen an Entscheidungsmacht besitzen, erweist sich auch die Patientenbeteiligung für alle Akteure als gewinnbringend: Gewonnen haben durch mehr Patientenbeteiligung derzeit – scheinbar – alle Akteure im deutschen Gesundheitssystem. Jeder kann sich als Fürsprecher der Patienten sehen. Doch ist er es tatsächlich? Das wird sich besonders bei der Sicherung der Versorgung und ihrer Qualität zeigen. Eine stärkere Einflussnahme des Staates und der Krankenkassen, z.B. auf indikationsbezogene Behandlungsprogramme wie die DMP, bedeutet einen Einflussverlust für die Ärzteverbände. Kann Patientenbeteiligung bei den Kassenverbänden, im IQWiG oder im GBA jedoch die praktischen Versorgungsanliegen der Patienten ebenso zur Geltung bringen, wie die Ärzte dies bislang aus medizinischer Sicht konnten?

In der Gesamtschau ist schließlich noch danach zu fragen, ob Patienten in Deutschland im Zuge der Gesundheitsreformen der letzten Jahre generell mehr Einfluss erlangt haben. Das ist zu bezweifeln. Problematisch bleibt die verbreitete Unkenntnis über Patientenbeteiligung in der Bevölkerung. Zudem sind nur bestimmte Interessen (Krankheiten, Behinderungen und Anliegen) organisierbar und sind im GBA und in der Gesundheitspolitik vertreten. Die ausgewählten und geförderten Patientenorganisationen werden zu korporativen Akteuren – mit allen Gefahren der Clubbildung. Verlierer könnten damit die „gemeinen“ Patienten und Bürger sein.

*Fazit: In Deutschland wird Patientenbeteiligung verwirklicht, doch entscheiden Patientenorganisationen tatsächlich nicht mit. Die Versichertenbeteiligung hat an Bedeutung verloren.*

## Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Finnland

### Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung im öffentlichen Gesundheitsdienst

Das finnische Gesundheitssystem wird in erster Linie öffentlich durch den Staat auf nationaler Ebene und die kommunale Selbstverwaltung gesteuert. Das private Leistungsangebot und zum Teil auch die Arzneimittelversorgung sind marktförmig geregelt.

Staatliche Politik und Verwaltung regulieren das Versorgungsgeschehen durch gesetzliche Rahmenvorgaben, nationale Gesundheitsziele und über Zuweisungen aus dem Staatsbudget; die kommunale Selbstverwaltung steuert mittels Finanzierungsplänen, Budgetzuweisungen und Rahmenversorgungsverträgen.<sup>265</sup> Die Gemeinden sind seit 1993 unabhängig von zentralstaatlicher Kontrolle bei ihren Entscheidungen zur Ressourcenverteilung und den dabei festzulegenden Prioritäten zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen. Von

---

<sup>265</sup> STM 1997, S. 21-22; Rauhala/Simpura/Uusitalo 2000, S. 199; Sinkkonen/Kinnunen 1995, S. 23.

zentralstaatlicher Ebene aus wird heute weniger durch hierarchische Vorgaben als über – meist gemeinsam mit dem Gemeindeverband erarbeitete – (Qualitäts-)Empfehlungen und programmatische Ziele versucht, eine einheitliche Gesundheitsversorgung der finnischen Bevölkerung zu sichern. Auch die Provinzialregierungen fungieren als Kontrollinstanzen zur Sicherung einer einheitlichen Versorgung der finnischen Gesamtbevölkerung. Als Reaktion auf Differenzierungstendenzen in den Gemeinden haben nationale Aktivitäten besonders seit Ende der 1990er Jahre wieder zugenommen.

### Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversorgung

Im finnischen Gesundheitssystem<sup>266</sup> wird auf zentraler Staatsebene im Parlament über die Rahmengesetzgebung bezüglich der Organisation, der garantierten Versorgungsleistungen und der Finanzierung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung entschieden.

Das Gesundheitsministerium bereitet Gesetzesentwürfe vor und beaufsichtigt die Umsetzung von Gesetzen, es entwickelt Ziele und Leitlinien für die Gesundheitsversorgung, über die dann die Regierung entscheidet. So fixieren Gesundheitsministerium und Regierung in einem Vierjahresplan (TATO, Ziel- und Maßnahmenplan für Soziale Wohlfahrt und Gesundheitsversorgung) allgemeine organisatorische und inhaltliche Ziele zur Gesundheitsversorgung sowie Maßnahmen zu ihrer Umsetzung. Bei der Vorbereitung des Gesundheitsplans arbeitet das Gesundheitsministerium zusammen mit dem Gemeindeverband, den Verbänden der medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen und mit Wohlfahrtsorganisationen.

Die fünf Provinzialverwaltungen mit ihren Abteilungen für Gesundheit und Soziales besorgen die Rechtsaufsicht über die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben, leiten die Umsetzung nationaler Gesundheitsziele auf regionaler Ebene und in den Gemeinden an und wachen über eine ausreichende medizinische Primärversorgung der Bevölkerung. So gehen sie zum Beispiel (Verwaltungsrechts-)Klagen der Bürger und Patienten über eine mangelhafte ärztliche Behandlung in den Gesundheitszentren nach. Neben den Provinzialverwaltungen kontrollieren weitere Ämter die Sicherung einer ausreichenden und guten Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten. So überwacht das staatliche Rechtsschutzamt für Gesundheitsfragen (TEO) die ärztliche Tätigkeit, während der Rechtsbeauftragte im Parlament ebenfalls Beschwerden von Bürgern und Patienten über eine mangelhafte Versorgung mit Gesundheitsdiensten entgegennimmt. Wichtige staatliche Institutionen sind außerdem das Forschungs- und Entwicklungsinstitut für Soziales und Gesundheit (STAKES), welches Expertisen zur Weiterentwicklung des Gesundheitsversorgung erarbeitet, und das Sozialversicherungsinstitut (KELA).

Die Gemeinden sind verpflichtet, die gesetzlich vorgegebenen Leistungsarten der Gesundheitsversorgung in Gesundheitszentren und Krankenhäusern zu gewährleisten. Sie genießen im Rahmen jener Vorgaben Entscheidungsfreiheit bezüglich der Organisation, der Mittelverteilung, der Planung und der Konkretei-

---

266 Einen Überblick bietet eine Tabelle zu Finnland im Anhang.

sierung der Leistungen. Entscheidungskompetenzen haben auf Gemeindeebene der Gemeinderat (Abgeordnetenversammlung) und der von ihm bestellte Ausschuss für Gesundheit und Soziales, dem nicht selten auch die Entscheidungsbefugnis in seinem Arbeitsbereich übertragen wird. So schließen die Ausschüsse zum Beispiel Verträge mit Gesundheitszentren, privaten Anbietern medizinischer Leistungen, mit den Gewerkschaften der Angestellten im Gesundheitsdienst und mit den Krankenhausbezirken. In den durch Gemeindeverbände gebildeten Krankenhausbezirken entscheidet ein Bezirksrat aus Gemeindevertretern über Verträge mit den Krankenhäusern.

Per Rahmenversorgungsvertrag werden in den kommunalen Ausschüssen Budgets (Preise und Mengen) für die Leistungsbereiche der kommunalen Gesundheitsversorgung festgelegt, deren Aufteilung und Nutzung innerhalb der Leistungsbereiche im Einzelnen in Verträgen mit den Versorgungseinrichtungen (Gesundheitszentren) und den Krankenhausbezirken bzw. den Krankenhäusern geregelt wird.<sup>267</sup>

Auch ärztliche Behandlungsentscheidungen sind durch Budgets beschränkt, bleiben aber grundsätzlich den behandelnden Ärzten selbst überlassen. Hauptsächlich von Medizinern entwickelte Behandlungsleitlinien sind als Empfehlungen für eine gute Versorgung, aber nicht normgebend, formuliert.

Die meisten Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sind als so genannte Amtsärzte im öffentlichen Angestelltenverhältnis eingestellt, über deren Vergütung zwischen den Arbeitnehmergewerkschaften und dem Kommunalen Arbeitsmarktinstitut verhandelt wird.

### Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie) und der Arzneimittel, den die öffentliche Versorgung abdeckt

Grundprinzip des finnischen Gesundheitssystems ist die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten, d.h. den (medizinisch) notwendigen Versorgungsleistungen für alle Einwohner gleichermaßen.<sup>268</sup> Der Katalog der medizinischen Leistungen, die das finnische öffentliche Gesundheitssystem gewährt, wird in der Gesetzgebung allerdings nur sehr allgemein definiert. Aufgeführt werden zentrale Grund- und Spezialversorgungsleistungen wie die (zahn-)medizinische Grundversorgung (Primärversorgung), die (zahn-)medizinische Spezialversorgung (Sekundär- und Tertiärversorgung) einschließlich lebensrettender Maßnahmen und medizinischer Rehabilitation, Psychotherapie, Früherkennung und Screeningprogramme, Notfallversorgung und anderes.<sup>269</sup> Hinzu kommen klassische öffentliche Aufgaben wie die

---

267 Beispielhaft seien der Aufwendungsplan für das Sozial- und Gesundheitszentrum der Stadt Jyväskylä und der Vertrag über spezielle Gesundheitsleistungen zwischen der Stadt Jyväskylä und dem Krankenhausbezirk von Mittelfinnland genannt: Jyväskylän kaupunki, Kuntatoimisto 2005a, b.

268 Grundgesetz Finnlands § 19 Abs. 3, Spezialkrankenversorgungsgesetz § 3 Abs.1.

269 Diese Leistungen stehen im Prinzip allen Bürgern zu, werden jedoch z.T. getrennt aufgeführt für unterschiedliche Gruppen, d.h. für Arbeiter und Arbeitnehmer (sog. Arbeitsgesundheitsversorgung), für Studenten und Schüler sowie für Seeleute.

Gesundheitsaufklärung und die Gesundheits- bzw. Hygieneaufsicht.<sup>270</sup> Das Gesundheitsministerium kann per Verordnung festlegen, welche Untersuchungen, Maßnahmen und Pflegeleistungen zur tertiären Versorgung in den Universitätskliniken zählen.<sup>271</sup>

Die Gemeinden bzw. die in Krankenhausbezirken zusammengeschlossenen Gemeindeverbände entscheiden über die Aufteilung des Budgets (aus Staatszuschüssen und Gemeindesteuern) auf die einzelnen Versorgungsbereiche und Versorgungseinrichtungen sowie über ihre Ausstattung mit medizinischem und pflegerischen Personal und schließen (Rahmenversorgungs-)Verträge mit den Krankenhausbezirken bzw. Krankenhausträgern und Gesundheitseinrichtungen, die auch Preise und Leistungsmengen beinhalten. Damit wird jedoch weder eine genauere Definition des medizinischen Leistungskatalogs noch eine Ausgrenzung von ärztlichen Leistungen, Arznei-, Hilfs- oder Heilmitteln explizit vorgenommen.

Es bleibt letztendlich im Ermessen der Gesundheitszentren, der Krankenhäuser und der behandelnden Ärzte im Rahmen des ihnen per Vertrag zur Verfügung stehenden Budgets über den Umfang der medizinisch notwendigen Leistungen zu entscheiden. Dieser Ressourcenvorbehalt bedingt explizit die Versorgung und ist auch rechtlich verankert.<sup>272</sup>

Die ärztliche Behandlung ist in bestimmten Bereichen praktisch durch Wartezeiten begrenzt, die seit März 2005 gesetzlich auf drei (Grundversorgung) bis sechs (Spezialversorgung) Monate begrenzt ist.<sup>273</sup>

### *Einflussnahme von Bürgern und Patienten*

Die Einflussnahme von Patienten und Bürgern auf Entscheidungen über den Umfang der Gesundheitsversorgung, das Gesamtbudget und seine Aufteilung auf Gesundheitseinrichtungen, ihre Ausstattung mit Personal und materiellen Ressourcen geschieht zunächst in der Form von Beteiligung an Wahlen von Abgeordneten ins nationale Parlament und in den Gemeinderat. Mittelbar können Bürger und Patienten kollektiv Einfluss auf den politischen Prozess nehmen über die Aktivitäten von bzw. in Interessenverbänden und Bürgerorganisationen, das heißt durch Lobbying. Beteiligen können sich Patienten- und Bürgerorganisationen auch direkt an der Gesetzesvorbereitung über nicht-verfasste Verfahrensbeteiligung in Form von Stellungnahmen und Anhörungen durch das Gesundheitsministerium oder auf in Einladung des parlamentarischen Sozialausschusses. Beratend nehmen sie auch teil an Arbeitsgruppen und in Beiräten im Gesundheitsministerium.

---

270 Volksgesundheitsgesetz § 14 (u. § 14a), Spezialkrankenversorgungsgesetz § 1 Abs. 1. Zur tertiären Versorgung Spezialkrankenversorgungsgesetz § 11.

271 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 11 Abs. 3.

272 Z.B. im Patientenrechtsgesetz § 3 Abs. 1.

273 Volksgesundheitsgesetz § 15b Abs. 2, Spezialkrankenversorgungsgesetz § 31 Abs. 3.

### Beispiel: Finnische Patientenorganisationen

In Finnland gibt es eine Vielzahl von Verbänden, die im Gesundheitssektor, als Patienten- und Bürgerorganisationen oder Selbsthilfegruppen tätig sind. Allein der 1978 gegründete Dachverband der Wohlfahrts-, Sozial- und Gesundheitsorganisationen, YTY, umfasste 2003 122 nationale Mitgliedsverbände.<sup>274</sup> Der 1970 gegründete Finnische Patientenverband vereinigt außerdem mehrere kleine krankheitsbezogene Patienten- und Selbsthilfegruppen. Er ist selbst wiederum Mitglied des Verbraucherverbandes.<sup>275</sup>

Zum Entwurf des Patientenrechtsgesetzes wurden 1990 von Seiten des Gesundheitsministeriums Stellungnahmen erbeten vom Finnischen Patientenverband und außerdem eingereicht von der Finnischen Gesellschaft für Psychisch Kranke, der Vereinigung für Psychisch Kranke, dem Nationalen Behindertenrat, der Finnischen Krebsvereinigung und vom Volksverband.<sup>276</sup>

Auf kommunaler Ebene stehen den Bürgern noch weitere, direkte Wege offen, auf die Politik einzuwirken. Das Gemeindegesetz von 1995 nennt ein Initiativrecht<sup>277</sup>, das Volksbegehren und die (beratende) Volksabstimmung.<sup>278</sup> Darüber hinaus ist der Gemeinderat verpflichtet, Voraussetzungen für die Beteiligung und Einflussnahme an der Gemeindearbeit für die Bürger und Nutzer der öffentlichen Dienste zu schaffen.<sup>279</sup> Er entscheidet über die Realisierung weiterer Beteiligungsmöglichkeiten.<sup>280</sup>

### Beispiel: Direkte Bürgerbeteiligung in den Gemeinden

Im Gemeindegesetz werden unter anderem folgende Möglichkeiten für eine weitere Bürgerbeteiligung genannt: die „Wahl von Nutzervertretern in die Gemeindeorgane“<sup>281</sup>, Information der Bürger und Organisation von Anhörungen und Meinungsumfragen im Vorfeld von Entscheidungen, die Zusammenarbeit mit Bürgern in bestimmten Aufgabenbereichen sowie die Organisation von kommunalen Volksabstimmungen.<sup>282</sup> Mit der Wahl spezieller Vertreter in Gemeindeorgane ist Sutela<sup>283</sup> zufolge nicht die Entsendung von Vertretern von Betroffenen in die Sozialausschüsse gemeint, sondern eher die Kooptation einer auf Vorschlag von Nutzern ernannten Person in den Vorstand oder

274 Informationen im Internet unter <http://www.sosteryty.fi>. YTY 1999.

275 Informationen im Internet unter: <http://www.potilasliitto.net>.

276 STM, Akte 94/011/1990.

277 Gemeint ist die Anregung einer Maßnahme. Der Initiateur hat ein Recht zu erfahren, welche Maßnahmen auf seine Initiative hin ergriffen wurden. Der Gemeinderat muss sich mit der Initiative innerhalb eines Monats beschäftigen, wenn mindestens zwei Prozent der Gemeindebürger dahinterstehen.

278 Gemeindegesetz §§ 28, 31, 30.

279 Gemeindegesetz § 27 Abs. 1.

280 Niiranen 1997b, S.246.

281 „... valitsemalla palvelujen käyttäjien edustajia kunnan toimielimiin.“ (Gemeindegesetz § 27, Abs. 2, Satz 1).

282 Gemeindegesetz § 27 Abs. 2.

283 Sutela 2001, S. 284.

den Verwaltungsrat einer kommunalen Einrichtung, d.h. z.B. eines Pflegeheims oder evtl. eines Krankenhauses. Nach einem Bericht der Regierung von 2002 waren die genannten, gesetzlich vorgesehenen Einfluss- und Beteiligungsmöglichkeiten für Bürger und Patienten bis dato allerdings kaum umgesetzt und genutzt worden.<sup>284</sup> Daher wurde die Aktivierung der Bürger zu mehr politischer Beteiligung auf kommunaler und zentraler staatlicher Ebene das Ziel verschiedener Projekte, die Ende der 1990er Jahren begonnen und seit 2003 forciert wurden (siehe unten).

Der Staat ist laut finnischer Verfassung von 1999 angehalten, die Beteiligung der Bürger und der Betroffenen an öffentlichen, politischen und administrativen Entscheidungen zu fördern.<sup>285</sup> Voraussetzungen für die Einflussnahme von Bürgern wurden durch Transparenzregelungen und Informationsverpflichtungen der öffentlichen Verwaltung, Beteiligungspflichten im Verwaltungsverfahren und ein öffentliches Projektregister im Internet geschaffen.<sup>286</sup> Entsprechend ist auch ein Ziel der Reform der Zentralverwaltung seit 2000, Bürger über deren Interessenverbände und Selbsthilfegruppen stärker in die (administrative) Vorbereitung sozialpolitischer Programme zu involvieren.<sup>287</sup> Konsultative Volksbefragungen sind bereits im Grundgesetz verankert.<sup>288</sup>

#### Beispiel: Bürgerbeteiligungsprojekte

Verschiedene Projekte wie das seit 1997 laufende Beteiligungsprojekt des Innenministeriums oder das im Jahr 2000 begonnene Projekt „Hör den Bürger an“ des Justizministeriums werden seit Herbst 2003 im so genannten Bürgerbeteiligungsprogramm<sup>289</sup> zusammengefasst und koordiniert.<sup>290</sup> In seinem Rahmen befasst sich ein weiteres Projekt mit der Weiterentwicklung der kommunalen Demokratie und insbesondere mit den Auswirkungen kommunaler Zusammenschlüsse und marktwirtschaftlicher Entwicklungstendenzen wie Outsourcing und Vertragsabschlüsse mit privaten Leistungsanbietern auf Einflussmöglichkeiten von Bürgern und Volksvertretern auf Entscheidungsprozesse.<sup>291</sup>

Am Beispiel einer der Modellstädte des lokalen Demokratieprojekts, der Stadt Imatra, ist untersucht worden, in welcher Weise Bürgerbeteiligung effektiv gefördert werden kann. So haben zum Beispiel in den Jahren 2000 bis 2004 der Stadtrat und seine Ausschüsse vermehrt öffentliche Anhörungen der Bürger

284 Valtioneuvosto 2002, S. 12.

285 Grundgesetz Finnlands § 14 Abs.3: „Es ist Aufgabe der öffentlichen Gewalt, die Möglichkeiten des Einzelnen zu fördern, sich an gesellschaftlicher Tätigkeit zu beteiligen und auf die Beschlussfassung einzuwirken, die ihn selbst betrifft.“ Deutsche Fassung im Internet. Finnisch: „Julkisen vallan tehtävänä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa häntä itseään koskevaan päätöksentekoon.“

286 Öffentlichkeitsgesetz von 1999, Verwaltungsgesetz von 2003; Projektregister unter <http://www.hare.vn.fi>.

287 VM 2001, S. 8-10, 26-27; als Strategie: STM 2003.

288 Grundgesetz Finnlands § 53.

289 VNK 2004, S.49-54.

290 OM 2004. Einen Überblick auf Englisch gibt Nyholm 2006, S. 12-15.

291 SM 2003; SM 2005.

veranstaltet. Diese wurden jedoch sowohl von Abgeordnetenseite als auch von Seiten der Bürger als enttäuschend bewertet. Die Bürger bemängeln, dass es sich um rein formale Veranstaltungen zu einem Zeitpunkt handle, wenn der Entscheidungsprozess in Verwaltung und Politik schon weitgehend abgeschlossen sei und nur noch Detailfragen zu klären wären. Auf die endgültige Entscheidung könnten die Bürger bei Anhörungen somit nur geringen Einfluss nehmen.<sup>292</sup> Die genannte Studie zeigt auch, dass lokalpolitische Entscheidungen traditionell von einem kleinen Kreis von Politikern und hohen Verwaltungsbeamten getroffen werden.<sup>293</sup>

Im Zusammenhang mit dem genannten Bürgerbeteiligungsprogramm steht auch eine Initiative des Justizministeriums zur Einführung von Volksinitiativen und Volksabstimmungen als direkte Beteiligungsmittel auf nationaler Ebene.<sup>294</sup>

Explizit bezogen auf die Gesundheitsversorgung verfolgte bereits der Vierjahresplan von 2000-2003 das Ziel einer verstärkten Bürger- und Nutzerbeteiligung. Entsprechende Umsetzungsmaßnahmen bezogen sich auf eine bessere Information über die Zugänglichkeit zu den Leistungen, die Organisation, Kosten und Finanzierung der Leistungen; die Verbreitung von so genannten Leistungsverpflichtungen (*pahvelusitoumus*) der Versorgungseinrichtungen<sup>295</sup>, den Ausbau der Ombudsmantätigkeiten im Krankenhausbezirk; und die verstärkte Nutzung von Patientenbefragungen und deren gezieltere Auswertung und Umsetzung.<sup>296</sup> Der aktuelle Vierjahresplan (2004-2007) nimmt erneut die Voraussetzungen für Patientenbeteiligung ins Visier, indem unter anderem ein elektronisches Informationssystem in Betrieb genommen und die Position und Tätigkeit der Ombudsleute gefördert werden soll.<sup>297</sup>

Je weniger die Gesundheitsleistungen auf politischer Ebene konkretisiert werden, desto wichtiger wird letztlich die Möglichkeit der Bürger und einzelnen Patienten, Versorgungseinrichtungen und Ärzte selbst wählen und in den Versorgungseinrichtungen und in der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung mit-sprechen zu können.

Das in vielen Gemeinde verwirklichte Hausarztssystem ermöglicht prinzipiell die Wahl eines Allgemeinmediziners in den Gesundheitszentren.<sup>298</sup> Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sind die Krankenhausbezirke bzw. die Krankenhäuser selbst angehalten, den Patienten eine Wahl des behandelnden Arztes im Krankenhaus zu gewähren.<sup>299</sup> Die Wahl eines privat tätigen Arztes wird begünstigt durch eine teilweise Kostenerstattung durch die Krankenversicherung, ist aber dennoch abhängig von der finanziellen Lage des einzelnen Patienten.<sup>300</sup> Die Verteilung

292 SM 2005a, S. 27,42-43.

293 SM 2005a, S. 44.

294 OM 2005.

295 Es handelt sich um eine Art Versorgungsversprechen, das auch auf das Feedback der Patienten baut, um das Angebot den Bedürfnissen besser anzupassen.

296 TATO 2000-2003, S.20-21.

297 TATO 2004-2007, S. 12-14.

298 Pekurinen/Punkari/Pokka 1997, S. 2.

299 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 33 Abs. 2.

300 Pekurinen/Punkari/Pokka 1997, S. 22.

von so genannten Leistungskupons (*palveluseteli*) durch die Gemeinden soll den Bürgern und Patienten die Wahl von (privaten) Leistungsanbietern ermöglichen, bezieht sich aber wohl zunächst auf Heimpflegedienste und bleibt im Ermessen der Gemeinden.<sup>301</sup> Wahlfreiheiten sind kommunal bedingt also durchaus möglich, doch besteht auf die freie Wahl des Krankenhauses und die Arztwahl im Gesundheitszentrum kein rechtlich verfasster Anspruch.<sup>302</sup> Immerhin ist angesichts einer voraussichtlichen Überschreitung der Wartefristen die Wahl eines anderen Krankenhauses seit März 2005 auch außerhalb des zuständigen Krankenhausbezirks möglich.<sup>303</sup>

Trotz individueller Mitspracherechte von Patienten bei der Behandlung<sup>304</sup>, bleibt die medizinische Entscheidungsverantwortung letztlich dem Arzt vorbehalten, weswegen die ärztliche Behandlungsentscheidung weder rechtlich angefochten noch eine Änderung eingeklagt werden kann. Nur die völlige Vorenthaltung bzw. Ablehnung einer Behandlung kann vor dem Verwaltungsgericht beklagt werden.<sup>305</sup> Entsprechend können auch Beschwerden der Bürger und Patienten über eine unzureichende und mangelhafte Gesundheitsversorgung durch die Gemeinden bei der Provinzialverwaltung oder beim Rechtsbeauftragten des Parlaments als ein Weg der Einflussnahme auf den Versorgungsumfang betrachtet werden, wenngleich diese Möglichkeit nur im Nachhinein offensteht und kaum zielgerichtet und mitgestaltend einsetzbar ist.

### Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität

Patienten haben ein Recht auf eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung.<sup>306</sup> Die Versorgungsqualität (der Leistungen) im Gesundheitswesen ist im Detail allerdings nicht gesetzlich geregelt. Für die Qualitätssicherung bzw. die Sicherung einer einheitlichen medizinischen Standards entsprechenden Gesundheitsversorgung sind in erster Linie die Gemeinden zuständig.

Das Gesundheits- und Sozialministerium versucht, über allgemeine Qualitäts(management)empfehlungen (*laatusuosituksia*) die Reformierung der Arbeitsweise der öffentlichen Sozial- und Gesundheitseinrichtungen anzuleiten und dadurch ein einheitliches Versorgungsniveau in Finnland zu fördern. 1995 und 1999 haben das Gesundheitsministerium, STAKES und der Gemeindeverband gemeinsam eine nationale Empfehlung für die Qualitätsentwicklung in der Sozialpflege und der Gesundheitsversorgung verabschiedet.<sup>307</sup> Weitere Empfehlun-

301 Planungs- und Staatszuschußgesetz § 4; STM 1998, S. 23.

302 Pekurinen/Punkari/Pokka 1997, S. 13, 55.

303 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 31 Abs. 4, § 31a.

304 Laut Patientenrechtsgesetz sollen Behandlungsentscheidungen im Einvernehmen zwischen Arzt bzw. Pfleger und Patient getroffen werden: § 6 Abs. 1 („Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan.“).

305 Ahvenainen 2001, S.18.

306 Patientenrechtsgesetz § 3 Abs. 2 Satz 1.

307 Pressemitteilung von STAKES Nr. 45 vom 23.4.1999; STM/ STAKES/ Suomen Kuntaliitto 1999.

gen sind seit 2001 gefolgt.<sup>308</sup> In ihnen wird eine kunden- und patientenorientierte Entwicklung der öffentlichen Dienste angemahnt und zu einer Mitbeteiligung der Kunden und Patienten an der Qualitätsarbeit aufgerufen.<sup>309</sup> Qualitätssicherung ist ein Programmpunkt des Vierjahresplans der Regierung zur Entwicklung der Gesundheitsversorgung (TATO) gewesen, demzufolge seit 2001 Empfehlungen zur Entwicklung von Maßnahmen und Kriterien für die Qualitätssicherung der Versorgung bestimmter Bevölkerungs- und Patientengruppen (u.a. Versorgung psychisch Kranker, Pflege und Versorgung von Senioren, Gesundheitsversorgung für Schüler) vorgelegt konnten.<sup>310</sup>

Qualitätsrichtlinien und Behandlungsleitlinien, die eine einheitliche und aktuellen medizinischen Erkenntnissen entsprechende Versorgung garantieren, werden seit den späten 1980er Jahren auch in Finnland entwickelt. Die Zuständigkeiten für ihre Erarbeitung sind nicht an einem Ort zentriert, so dass sich in der Praxis die Ärztevereinigungen, das Gesundheitsministerium und andere staatliche Behörden wie STAKES und die Gemeinden um die Entwicklung von Behandlungsstandards bemühen.

Seit 1994 werden in Zusammenarbeit mit der Ärztevereinigung Duodecim und verschiedenen Facharztgesellschaften unter dem Namen „Käypä hoito“ („Anwendbare Behandlung“) evidenzbasierte medizinische Behandlungsleitlinien für die verbreitetsten Krankheiten entwickelt. Das Projekt steht unter der Aufsicht und wird unterstützt vom Gesundheitsministerium und von der Geldautomatenvereinigung RAY finanziert. Im September 2006 lagen 70 Leitlinien vor, weitere sind in Arbeit. Sie werden entwickelt von Expertengruppen im Austausch mit Kliniken und Gesundheitszentren, mit Ärzte-, Pfleger- und Apothekerverbänden, dem staatlichen Arzneimittelinstitut, dem Sozialversicherungsinstitut, dem Nationalen Ethikrat für Medizin und dem Zentrum für Gesundheitsförderung.<sup>311</sup>

Die Praxis ärztlicher Medikamentenverschreibung wird genauer vom Gesundheitsministerium normiert, das eine rationale, auf ein gutes Preis-Leistungsverhältnis abstellende Medikamentenverordnung anmahnt.<sup>312</sup> Im dem Gesundheitsministerium unterstellten Zentrum für die Entwicklung von Arzneimitteltherapien (ROHTO) erarbeiten Sachverständige Empfehlungen für eine solche effektive, sichere, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Arzneimittelverschreibungspraxis.<sup>313</sup>

Das Institut für die Beurteilung von Medizinverfahren und -technologien (FinOHTA) erstellt, unterstützt und koordiniert Disziplin übergreifend medizinische Methodenbewertungen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit. Seine Tätigkeit erstreckt sich neben der Beurteilung neuer Medizintechnik auch auf die Untersuchung von Behandlungsleitlinien wie deren praktische

---

308 Einen Überblick gibt es auf der Homepage von STAKES unter <http://www.stakes.fi/laatusuositus/>.

309 STM/ STAKES/ Suomen Kuntaliitto 1999, S. 7, 11-14.

310 TATO 2000-2003. S.21-22.

311 Informationen auch auf englisch unter <http://www.kaypahoito.fi> sowie unter [http://www.equip.ch/flx/national\\_pages/finland/](http://www.equip.ch/flx/national_pages/finland/).

312 STM 1999, Kapitel 3.

313 Informationen unter <http://www.rohto.fi>.

Umsetzung und Auswirkungen. Die HTA-Berichte richten sich an Mediziner, Politiker und die allgemeine Öffentlichkeit. Das 1995 gegründete HTA-Büro ist Teil des STAKES, welches wiederum dem finnischen Gesundheitsministerium untersteht.<sup>314</sup>

Qualitätsmanagement wird mittlerweile in vielen Gesundheitszentren und Krankenhäusern realisiert. Gegenüber Patienten und Bürgern verpflichten sich die Versorgungseinrichtungen in so genannten Leistungsverpflichtungen (*palvelusitoumukset*) zur Gewährleistung bestimmter Leistungen hoher Qualität und zur Berücksichtigung von Patientenwünschen.<sup>315</sup>

#### *Einflussnahme von Bürgern und Patienten*

Patienten und Bürger können die Auswahl und qualitative Normierung von Versorgungsleistungen und Behandlungsmethoden vor allem individuell beeinflussen. Behandlungsentscheidungen wie die Wahl der Therapie und Medikation, sollen die Ärzte mit den Patienten gemeinsam treffen („einvernehmliche Entscheidung“), doch verfügen sie, wie beschrieben, über ein medizinisches Letztentscheidungsrecht. Nur im Schadensfall können Patienten klagen und haben Anspruch auf Entschädigung aus einem Entschädigungsfonds für Patienten.<sup>316</sup>

Bürger und Patienten haben kollektiv nur begrenzte Möglichkeiten, an der Qualitätsentwicklung der Versorgung mitzuwirken. Leitlinien für die ärztliche Behandlung werden in der Regel von Medizineren entwickelt, auch wenn der Vierjahresplan (TATO) von 2000-2003 vorsah, dass Qualitätsempfehlungen in Zusammenarbeit auch mit den Nutzern der Gesundheitsdienste erarbeitet werden sollten.<sup>317</sup> Dafür gibt es Beispiele in der Entwicklung von Leitlinien für Arzneimittelverordnungen, bei der der Vorsitzende der Finnischen Patientenliga im Beratungsausschuss des ROHTO mitwirkt, sowie beim HTA-Institut FINOHTA, in dessen Beirat die Interessen von Patienten von einer Abgeordneten des Finnischen Verbraucherverbandes vertreten werden. Eine kollektive Mitarbeit von Patienten an der Normierung von Gesundheitsleistungen ist daher in Finnland nur in Ansätzen institutionalisiert.

Bedeutung hat Patientenbeteiligung allerdings als Umfragebeteiligung in Krankenhäusern und Gesundheitszentren erlangt, in denen nach der Meinung von Patienten gefragt wird und deren Vorschläge für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität im Hause genutzt werden (Qualitätsmanagement). Auch Beschwerden von Patienten bei Ombudsleuten, beim Rechtsbeauftragten des Parlaments und der Provinzverwaltung werden zum Teil für die Verbesserung der Versorgungsqualität ausgewertet und genutzt.

---

314 Informationen unter <http://finohta.stakes.fi>.

315 STM 1998, S.22-23. Ein Beispiel eines solchen Qualitätsversprechens ist die Selbstverpflichtung des Zentralkrankenhauses von Jyväskylä unter <http://www.jyvaskyla.fi/sotepa/terveys/terveyskeskussairaalapalvelusitoumus.shtml>.

316 Patientenverletzungsgesetz von 1986.

317 TATO 2000-2003, S.22.

Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Steuersätze, des Staatszuschusses, der Behandlungsgebühren und von Zuzahlungen für Medikamente

Finanzierungsmodalitäten werden sowohl auf nationaler als auch auf kommunaler Ebene geregelt. Parlament und Gemeinderäte entscheiden über die Höhe der jeweiligen nationalen und kommunalen Steuersätze und den jeweiligen Haushaltsplan und insofern über die Ausgaben für Gesundheit und Soziales auf nationaler und kommunaler Ebene. Gesetzlich sind auch die Planung und Kriterien zur Verteilung des Staatszuschusses für die Gesundheitsversorgung an die Gemeinden, die maximale Höhe der Behandlungsgebühren (*asiakasmaksut*) für Patienten, die Höhe der Beiträge zur Sozialversicherung sowie die von der Krankenversicherung abgedeckten Kosten für Medikamente und für die (zahn)medizinische Behandlung durch private Ärzte bestimmt. Die staatlichen Zuschüsse für die kommunalen Sozial- und Gesundheitsdienste werden dagegen auf Vorschlag des Gesundheitsministeriums von der Regierung festgelegt. In den Kommunen entscheiden meistens die Gesundheitsausschüsse über die im Rahmen der zentralstaatlichen Vorgaben zu leistenden Behandlungsgebühren.

Die von den Patienten letztlich zu tragende Zuzahlung für Medikamente ergibt sich aus der nicht von der Krankenversicherung abgedeckten Erstattungsleistung. Die Versicherung erstattet die Kosten für Medikamente ab einer bestimmten Höhe, bis zu der sie von den Patienten selbst zu tragen sind, und in Abhängigkeit vom Höchstpreis und von der Schwere und der Dauer (chronische Krankheiten) der Erkrankung. Höchstpreise für Medikamente setzt dafür eine Arzneimittelpreiskommission fest, die dem Gesundheitsministerium unterstellt ist. Sie setzt sich zusammen aus Vertretern des Gesundheitsministeriums, des Finanzministeriums, des Sozialversicherungsinstituts, des Arzneimittelinstituts und von STAKES. In einem zugehörigen Sachverständigenrat beraten Experten der Medizin, der Pharmakologie, der Gesundheitswirtschaft und der Krankenversicherung.<sup>318</sup> Weitere Einzelheiten werden in einer Regierungsverordnung geregelt.<sup>319</sup>

Für die private medizinische Behandlung werden laut Krankenversicherungsgesetz Kosten bis zu 75% erstattet<sup>320</sup>, den Rest zahlen folglich die Patienten aus eigener Tasche.

### *Einflussnahme von Bürgern und Patienten*

Sowohl auf nationaler als auch auf kommunaler Ebene können die Bürger vor allem über die Wahl von Abgeordneten ins Parlament und in den Gemeinderat und über Lobbytätigkeiten von Interessenverbänden Entscheidungen über die Höhe der Steuersätze und des Sozialversicherungsbeitrags über maximale und auf kommunaler Ebene tatsächlich realisierte Behandlungsgebühren sowie über

---

318 Krankenversicherungsgesetz § 5a

319 Krankenversicherungsgesetz § 9.

320 Krankenversicherungsgesetz §§ 7 u. 8.

die Höhe der Erstattung für Medikamente beeinflussen. Da die Regierung auf Vorschlag des Gesundheitsministeriums die Höhe des Staatszuschusses für kommunale Gesundheitsdienste bestimmt, haben Bürger hier nur indirekte Mitwirkungsmöglichkeiten – etwa über ihre Gemeindevorstände und den Gemeindeverband. Wenn auf kommunaler Ebene direkte Beteiligungsmöglichkeiten wie etwa die Vertretung im Gesundheits- und Sozialausschuss realisiert würden, könnten Bürgergruppen oder Patientenvertreter auch direkt über die Höhe der Behandlungsgebühren mitentscheiden.

### Resümee und Analyse

In Finnland können Patienten und Bürger kollektiv zunächst nur indirekt über Wahlen und Interessengruppenlobbying auf Entscheidungen über den Leistungsumfang und die Finanzierung der Gesundheitsversorgung einwirken. Direkte Beteiligungsmöglichkeiten bestehen auf kommunaler Ebene (Umfrage-, Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung) und auf nationaler Ebene in Form einer nicht-verfassten Verfahrensbeteiligung. Insbesondere in den Gemeinden sind seit 1995 gesetzliche Möglichkeiten geschaffen und öffentliche Initiativen zur Stärken direkten Einbindung von Bürgern in gesundheitspolitische Entscheidungen gestartet worden. Die praktische Umsetzung dieser Vorgaben bleibt jedoch weitgehend dem Willen der Entscheider in der Kommunalpolitik und -verwaltung überlassen. So ist realiter eine direkte Beratungs- oder Entscheidungsbeteiligung von Bürgern in kommunalen Gremien nicht oder kaum anzutreffenden. Häufiger sind dagegen Stellungnahmen von Bürger- und Patientenorganisationen bei der Vorbereitung von Entscheidungen durch die lokale Sozial- und Gesundheitsverwaltung sowie öffentliche Anhörungen in so genannten Diskussionsrunden (*keskustelutilaisuudet*).

Auch von Seiten des Gesundheitsministeriums werden Patienten- und Bürgerorganisationen regelmäßig zu Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen im Vorfeld von Entscheidungen gebeten; das Parlament bestellt Patienten- und Bürgerorganisationen zu Anhörungen im Sozialausschuss.

Politisch erwünscht ist auch, dass Patientenorganisationen an der Normierung und Sicherung der Qualität von Gesundheitsleistungen beteiligt werden, doch bleiben medizinische Expertenkreise bei der Entwicklung nationaler Leitlinien weitgehend unter sich.

Eine freie Wahl des Arztes oder der Versorgungseinrichtung ist in Finnland rechtlich zwar nicht verankert, doch wurden seit Ende der 1980er Jahre, lokal und situativ bedingt, begrenzte Wahlmöglichkeiten geschaffen.

Individuell können Patienten im Arzt-Patienten-Gespräch über Therapien und den Behandlungsumfang mitentscheiden. Seit 1993 haben Patienten und Bürger bessere Möglichkeiten, um gegen die Verletzung oder Vernachlässigung der Pflicht von Gemeinden und Ärzten, eine ausreichende, qualitativ hochwertige und humane medizinische Versorgung und Behandlung zu gewähren, vorzugehen.

### Schlaglicht

Der einzelne Patient und Bürger kann in Finnland seinen Hausarzt im örtlichen Gesundheitszentrum wählen, der dann wiederum über die Überweisung zu einem Facharzt oder in das zuständige Krankenhaus entscheidet. Im Krankenhaus gibt es keine freie Arztwahl. Der Besuch eines Gesundheitszentrums oder Krankenhauses ist zuzahlungspflichtig (Behandlungsgebühr). In der Regel gibt es Wartefristen für Behandlungstermine, die nicht mehr als drei Monate (für Behandlungen im Gesundheitszentrum) beziehungsweise sechs Monate (etwa für Operationen im Krankenhaus) dauern sollen. Der einzelne Patient kann über Diagnosen und Therapien mitentscheiden, indem er unter den ihm durch den Arzt, das Gesundheitszentrum oder das Krankenhaus im Rahmen des jeweiligen Budgets und medizinischer Leitlinien angebotenen Optionen auswählt.

Als Wähler und als Mitglied einer Gemeinde kann ein Bürger in Finnland in begrenztem Maße Einfluss nehmen auf die Festlegung von Budgets und die Behandlungsgebühren.

Als Mitglied einer Patientenorganisation kann ein Patient versuchen, auf die Bewertung von Diagnose- und Behandlungsverfahren durch ROHTA und FIN-OHTA Einfluss zu nehmen.

Im finnischen Gesundheitswesen dominiert nach wie vor eine universalistische Rollenperspektive – der Bürger steht im Vordergrund; gleiche Zugänglichkeit und gleiche Gesundheitschancen für alle heißt die Devise. Kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung ist von besonderer Bedeutung – auch hinsichtlich ihres weiteren Ausbaus – auf der Makro-II-Ebene (Gemeinden). Mit der Thematisierung von Patientenrechten in den 1980er Jahren und dem Patientenrechtsgesetz von 1992, hat indessen auch eine spezifisch patientenorientierte, auf den einzelnen Patienten und Kunden gerichtete Perspektive an Einfluss gewonnen.

Eine erste Beurteilung der Auswirkung von Patienten- und Bürgerbeteiligung im finnischen Gesundheitssystem zeigt folgendes Bild:

In den Gemeinden (Makro-Ebene II) nutzen die Gemeinderäte und Ausschüsse vor allem öffentliche Anhörungen, um Bürgern Gelegenheit zur Diskussion zu geben und späteren Protestaktionen zuvorzukommen. Hierbei zeigt sich eine erste Öffnung bisher geschlossener lokaler Akteurskreise für Bürgerinteressen. Solange die Veranstaltung von Anhörungen zu bestimmten Themen und die Berücksichtigung von Bürgermeinungen jedoch im Ermessen der Gemeinderäte liegt, sind die Positionen kommunaler politischer und administrativer Akteure nicht gefährdet.

Patientenbeteiligung auf der Mikro-Ebene und Patientenorientierung in den Gesundheitseinrichtungen hat wohl die greifbarsten Auswirkungen im Gesundheitswesen gehabt: Ärzte und andere Professionen in den öffentlichen Einrichtungen müssen sich stärker auf die einzelnen Patienten und ihre Bedürfnisse einstellen; Versorgungseinrichtungen haben Patientenberater (Ombudsleute) eingesetzt, verpflichten sich den Patienten gegenüber in besonderen monierbaren Serviceverträgen und erfassen Patientenmeinungen zu ihren Leistungen. Patienten werden zu Kunden, deren Zufriedenheit zählt.

Vor allem bei der Normierung und Qualitätssicherung von Gesundheitsleistungen wird deutlich, dass Patientenbeteiligung an Entscheidungsprozessen in der Regel auf Initiative und im Rahmen staatlichen Einflusses institutionalisiert

und realisiert wird – im Institut für Arzneimittel-Richtlinien ebenso wie im HTA-Büro, jedoch nicht bei Käypä Hoito.

Der Staat bleibt letztlich der wichtigste und entscheidende Kooperationspartner für kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung in Finnland.

*Fazit: In Finnland wird auf Bürgerbeteiligung gesetzt, doch Bürger werden tatsächlich nur ad hoc an Verfahren (direkt) beteiligt und nicht an Entscheidungen.*

## Entscheidungsstrukturen und Einbindungs- und Beteiligungsformen in Polen

### Charakterisierung und Entwicklung der Steuerung im Nationalen Gesundheitsfonds

Das polnische Gesundheitssystem wird vorwiegend staatlich, in Teilbereichen aber auch über Verhandlungen und Marktmechanismen gesteuert. Mit der Zusammenfassung der Regionalkassen der öffentlichen Krankenversicherung unter der Leitung des Nationalen Gesundheitsfonds im Jahr 2003 und der Stärkung der Befugnisse des Gesundheitsministeriums ist aus der dezentralen quasi-öffentlichen Steuerung in Selbstverwaltung (seit 1999) nunmehr wieder, ähnlich wie vor 1999, eine stärker zentralisierte staatliche Steuerung geworden.

Von der nationalen Ebene aus wird das Versorgungsgeschehen mittels gesetzlicher Rahmenvorgaben und einiger Detailregelungen, nationaler Gesundheitsziele und -programme und durch direkte administrative Regulierung gesteuert. Über den Nationalen Gesundheitsfonds werden Finanzierung und Umfang der Gesundheitsversorgung mit Hilfe von Finanzierungsplänen und Rahmenvertragsvorgaben gelenkt. Über allgemeine Versorgungsziele und die Organisation der Versorgung wird allgemein politisch, über die Planung und Finanzierung hauptsächlich administrativ entschieden.

Verhandlungsformen sind dort als Allokationsmittel wirksam, wo die regionalen Abteilungen des Nationalen Gesundheitsfonds mit den einzelnen im Wettbewerb stehenden Gesundheitseinrichtungen und Leistungserbringern Versorgungsverträge aushandeln. Marktmechanismen wirken im privat finanzierten Leistungsbereich und im Arzneimittelsektor (freie Preise).

### Entscheidungsstrukturen zur Ausgestaltung der Krankenversorgung

In Polen legt das Parlament per Rahmengesetzgebung Grundlagen der Organisation, Finanzierung und Leistungserbringung fest.<sup>321</sup>

Das Gesundheitsministerium hat weitreichende Aufgaben bei der Regelung von Details zur Finanzierung und den Leistungen. Dabei ist es in vielen Fällen gehalten, die Stellungnahmen der Verbände von Ärzten und Krankenschwestern und Hebammen, des Direktors des Nationalen Gesundheitsfonds oder anderer

---

321 Einen Überblick zur Kompetenzverteilung bei Versorgungsentscheidungen im polnischen Gesundheitssystem bietet die Tabelle zu Polen im Anhang.

Experten einzuholen.<sup>322</sup> Das Gesundheitsministerium erarbeitet darüber hinaus zusammen mit dem Nationalen Gesundheitsfonds, den Wojwodschaften, Kreisen und Gemeinden Gesundheitsprogramme und bereitet den nationalen Gesundheitsplan vor, den die Regierung verabschiedet. Schließlich beaufsichtigt es zusammen mit dem Finanzministerium u.a. den Nationalen Gesundheitsfonds und dessen Tätigkeit.

Die Regierungsverwaltung auf Wojwodschaftsebene (Wojwode) kontrolliert die Umsetzung zentralstaatlicher Vorgaben und bewertet die Gesundheitssicherung auf regionaler und lokaler Ebene. Versorgungsbezogen erstellt das Gesundheitsministerium einen Krankenhausplan für das ganze Land, während die Gemeinden lokal ambulante Versorgungspläne aufstellen. Das Gesundheitsministerium entscheidet auch selbst über den Umfang der tertiären Versorgungsleistungen und über die Finanzierung der ihm unterstehenden nationalen Krankenhäuser und Institute, die die hochspezialisierten Leistungen erbringen.

Als Träger der öffentlichen, selbständigen Gesundheitseinrichtungen bestimmen die Gemeinden, Kreise und Wojwodschaften (mit) über deren Finanzausstattung, Verwaltungschefs und Satzung. Entschieden wird darüber in Gemeinde- und Kreisräten, im Wojwodschaftsparlament und in den jeweiligen Verwaltungen. Außerdem entsenden die regionalen Selbstverwaltungen Vertreter in die so genannten Sozialbeiräte ihrer Gesundheitseinrichtungen.

Der Nationale Gesundheitsfonds mit seinen 16 Regionalabteilungen ist zuständig für die Finanzierung der primären und sekundären Gesundheitsleistungen aus Beiträgen der Versicherten und Steuerzuwendungen für die Versorgungsberechtigten. Zu diesem Zweck schließt er im Zuge von Ausschreibungen und Verhandlungen und nach eingehender Prüfung Versorgungsverträge mit Gesundheitseinrichtungen und privaten Leistungserbringern (wie z.B. Hausärzten) ab.

Bestimmung des Katalogs medizinischer Leistungen (Diagnose, Therapie) und der Arzneimittel, die von der Volksversicherung finanziert werden

Über Arten, Umfang und konkrete Zuteilung von medizinischen Leistungen, d.h. ärztlicher Behandlung und Arzneimittelversorgung, wird im polnischen Gesundheitswesen allgemein im Parlament und im Gesundheitsministerium entschieden, in zweiter Linie in Verträgen zwischen dem Nationalen Gesundheitsfonds und einzelnen Versorgungseinrichtungen, schließlich in den Versorgungseinrichtungen und dort insbesondere durch den Leistungserbringer in der individuellen Patientenbehandlung.

Der Gesetzgeber definiert den Leistungskatalog der medizinischen Versorgung für Versicherte und Versorgungsberechtigte grob nach Leistungsarten und schließt auch einige Behandlungsleistungen grundsätzlich aus. Die Leistungsarten umfassen Leistungen zur Erhaltung der Gesundheit, der Verhütung, Früherkennung und Heilung von Krankheiten und der Verhinderung und Begrenzung von Behinderungen. Eingehender aufgeführt werden diagnostische

---

322 Z.B. Gesundheitsleistungsgesetz Art. 15 Abs. 3, Art. 27 Abs. 3.

Behandlungen, Früherkennungs- und Präventivleistungen, Leistungen der primären („grundlegende Gesundheitspflege“), sekundären („ambulante Spezialversorgung“) und tertiären („hochspezialisierte“), ambulanten und stationären Versorgung, zahnmedizinische Leistungen, psychotherapeutische und logopädische Behandlungen, Rehabilitation, häusliche Krankenpflege und Pflegeleistungen, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Notfallbehandlung und medizinische Transporte und insbesondere auch die Versorgung von Schwangeren, Kindern und Behinderten.<sup>323</sup>

Diese Leistungen werden teilweise – wie z.B. Präventions- und Früherkennungsmaßnahmen – noch genauer im Gesetz definiert und teilweise vom Gesundheitsministerium bestimmt. Bestimmte Leistungen werden als nicht notwendig, da nicht krankheitsbezogen, erachtet und per Gesetz ausgeschlossen, darunter fallen u.a. bestimmte Schönheitsoperationen und einige alternative oder noch nicht anerkannte Heilmethoden.<sup>324</sup>

Das Gesundheitsministerium legt weitere Details der Versorgung mit Gesundheitsleistungen fest, es definiert in bestimmten Listen die Formen und den Umfang der tertiären Versorgungsleistungen sowie die garantierten zahnmedizinischen Leistungen, Arzneimittel und Hilfsmittel, für die gestaffelte Zuzahlungen zu leisten sind oder entfallen. Bezüglich der primären Gesundheitsversorgung bestimmt der Gesundheitsminister außerdem den Aufgabenbereich (*zakres zadań*) der Ärzte und Pfleger.<sup>325</sup>

Der Nationale Gesundheitsfonds finanziert die Gesundheitsversorgungsleistungen für Versicherte und Versorgungsberechtigte auf der Grundlage von Rahmenverträgen, die eine Beschreibung (und Konkretisierung?) der Leistungen und der Bedingungen für ihre Gewährleistung erhalten. Diese Rahmenverträge werden vom Vorsitzenden des Nationalen Gesundheitsfonds zusammen mit den Verbänden der Ärzte, der Krankenschwestern und Hebammen und anderer Organisationen ausgearbeitet, vom Gesundheitsministerium geprüft und letztlich entschieden. Auf der Grundlage dieser Rahmenvorgaben handeln schließlich die Abteilungsdirektoren des Gesundheitsfonds auf Wojwodschaftebene mit den Verwaltungschefs der Gesundheitseinrichtungen oder Leistungserbringern einzelne Verträge aus, die die jeweils zu erbringenden Leistungsarten und ihren Umfang festlegen. Damit geht jedoch explizit weder eine genauere Eingrenzung des medizinischen Leistungskatalogs noch eine Ausgrenzung von ärztlichen Leistungen, Arznei-, Hilfs- oder Heilmitteln für die Versicherten und Versorgungsberechtigten einher.

Die Gesundheitseinrichtungen oder Einzelpraxen entscheiden schließlich selbst über die Aufteilung des ausgehandelten Leistungspaketes und Budgets innerhalb der Versorgungsbereiche – und damit über den realen Leistungsumfang – und über die Anstellung von medizinischem und pflegerischen Personal. Erst im konkreten Behandlungsfall entscheidet dann der behandelnde Arzt im Rahmen dieser Budget- und Planvorgaben über die zu erbringende Versorgungsleistung im individuellen Fall.

323 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 15 Abs. 1 u. 2.

324 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 17 und Liste im Anhang des Gesetzes; Art. 16.

325 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 55 Abs. 6.

Praktisch ist in Polen die ärztliche Behandlung in bestimmten spezialisierten Versorgungsbereichen durch Wartezeiten begrenzt. Per Gesetz und Verordnungen des Gesundheitsministeriums werden Regeln für die Führung, Kontrolle von und Information über sie aufgestellt, die den Patienten eine Behandlung in absehbarer Zeit ermöglichen sollen.<sup>326</sup>

### *Einflussnahme von Patienten und Bürgern*

Bürgern – und damit potentiellen – Patienten stehen zunächst die klassischen Wege in einer repräsentativen Demokratie offen über die Wahl von Abgeordneten ins Parlament und die Aktivität in bzw. von Parteien und Interessenverbänden per Lobbying. Patienten- und Bürgerorganisationen können Stellungnahmen im politischen Prozess einreichen und an Anhörungen im Gesundheitsministerium und im Gesundheitsausschuss des Parlaments (Sejm) teilnehmen, um so Einfluss auf grundsätzliche Entscheidungen über die sachliche Konkretisierung der Gesundheitsversorgung zu nehmen (nicht-verfasste Verfahrensbeteiligung). Da in erster Linie das Gesundheitsministerium mit der Politikformulierung befasst ist und viele Einzelentscheidungen auf dem Verordnungswege trifft, sind Einflusskanäle für Patienten- und Bürgeranliegen hier besonders wichtig.

Voraussetzungen für direkte individuelle und kollektive Bürgerbeteiligung bestehen in Transparenz- und Informationsverpflichtungen von Politik und Verwaltung.<sup>327</sup> Die Bürger können grundsätzlich auch direkt in Volksabstimmungen auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene über ihnen vorgelegte Anliegen mitentscheiden.<sup>328</sup>

Wurde in den letzten Jahren die Einbindung von Bürgerorganisationen in den Kommunikations- und Entscheidungsprozess im Parlament als unzureichend beurteilt<sup>329</sup>, und bemängelt, dass Patientenorganisationen nicht oder nur selten in die Vorbereitung von Gesetzesprojekten im Gesundheitsministerium einbezogen würden<sup>330</sup>, so scheint sich doch der Jahrtausendwende die Zusammenarbeit zwischen Politik, Verwaltung und Gesellschaft zu verändern.

Beispiel: Förderung von Patienten- und Bürgerbeteiligung (Verfahrensbeteiligung) im politischen Prozess

Auf die verstärkte Berücksichtigung von Bürgeranliegen in Politik und Verwaltung zielt – im Rahmen des Nationalen Entwicklungsplans 2004-2006 – ein neues Programm der Regierung zur Entwicklung der Bürgergesellschaft, zu dessen zweiten Programmpunkt unter anderem die Förderung eines Bürgerdia-

<sup>326</sup> Gesundheitsleistungsgesetz Art. 20-23.

<sup>327</sup> Verfassung Polens Art. 61.

<sup>328</sup> Verfassung Polens Art. 62, Art. 170.

<sup>329</sup> Als praktischen Verstoß gegen die demokratischen Regeln in Polen bezeichnen dies Dobrowolski und Gorywoda (2004: S. 5-6).

<sup>330</sup> Gespräch mit Adam Sandauer, Vorsitzender der Patientenvereinigung Primum Non Nocere am 24 Mai 2004 in Krakau. Auf die Mitarbeit am Gesetzentwurf über Psychische Erkrankungen (1994) verweisen Coulter/Magee 2003, S. 92.

logs als Partizipationsform zählt.<sup>331</sup> Dieses konkretisiert sich unter anderem im Ansatz des „Offenen Ministeriums“ des Gesundheitsministers und in den von ihm veranstalteten öffentlichen Anhörungen<sup>332</sup> und Treffen mit nationalen Patientenorganisationen zu bestimmten Projekten und Themen.

Die Meinungsbeiträge von Interessenverbänden und gegebenenfalls auch von Einzelpersonen sind gefragt in der Form von Stellungnahmen zu Entscheidungsprojekten des Gesundheitsministeriums im Rahmen von so genannten sozialen Konsultationen<sup>333</sup>, von öffentlichen Anhörungen und in der Form von Mitgliedschaften in ständigen beratenden Arbeitsgruppen im Ministerium. So sind zu einem Verordnungsentwurf über Krankheitsgruppen von Behinderungen und die individuelle Kostenbeteiligung im November 2004 auch die Patientenorganisation „Koalition für Patientenangelegenheiten – Recht auf Gesundheit“, die Vereinigung „Primum non nocere“ und der Nationale Behindertenrat angehört worden.<sup>334</sup> Zu einer öffentlichen Anhörung zum Gesetzesentwurf zur Drogenbekämpfung wurde im Februar 2005 unter anderem der Verbraucherverband gebeten.<sup>335</sup> Bei einem Treffen von Patientenorganisationen mit dem Gesundheitsministerium waren im Juni 2005 45 verschiedene Verbände, Vereinigungen und Stiftungen aus der Selbsthilfe, der Behindertenarbeit und der Gesundheitsförderung vertreten.<sup>336</sup>

Die in Polen existierenden Nichtregierungsorganisationen im Gesundheitssektor, zu denen neben den Selbsthilfegruppen auch größere Interessen-, Berufs- und Wirtschaftsverbände oder kirchliche Vereinigungen gezählt werden, wurden für das Jahr 2000 auf etwa 5800 Organisationen geschätzt.<sup>337</sup> Allerdings gilt auch, dass politisch aktive Betroffenenorganisationen im Gesundheitswesen erst im Entstehen begriffen sind.

Eine Zusammenarbeit mit Patienten- und Bürgerorganisationen auf regulärer Basis steht dabei noch in den Anfängen, so dass sie noch nicht in ständigen Arbeitsgruppen des Gesundheitsministeriums vertreten sind. So sind sie zum Beispiel nicht Mitglied in der Arbeitsgruppe für Vorschläge bzgl. der Rahmenverträge zwischen Gesundheitsfonds und Leistungserbringern, in der allein Vertreter des Gesundheitsfonds, Mediziner und Gesundheitsmanager sitzen.<sup>338</sup>

331 Informationen dazu im Internet unter: <http://www.npr.gov.pl> bzw.

<http://www.funduszestrukturalne.gov.pl> und <http://www.pozYTEK.gov.pl/?document=516>.

332 Informationen dazu auf der Homepage des Ministeriums unter:

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/>.

333 Die Konsultacja społeczna war in Art. 86 der alten Verfassung verankert und wurde 1987 im Gesetz über soziale Konsultationen und das Referendum genauer definiert. Ihre Durchführung liegt im Ermessen der staatlichen Organe. Dazu genauer: Rost 1993, S. 41-56.

334 <http://www.nfz-lublin.pl/legislacja/>.

335 <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/>.

336 <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/>.

337 Malinowska-Cieslik 2002, S. 244.

338 Verfügung des Gesundheitsministers vom 19.8.2004.

### Beispiel: Rat für gemeinnützige Tätigkeiten

In den Zusammenhang der Stärkung von Bürgerorganisationen im Policy-Prozess gehört auch die Einrichtung eines „Rats für gemeinnützige Tätigkeiten“, eines im November 2003 beim Minister für soziale Sicherheit bzw. für Sozialpolitik angesiedelten Rates mit Vertretern von Ministerien, der Wojwodschaften, Bezirke und Gemeinden und von Bürgerorganisationen.<sup>339</sup> Dieser Rat soll unter anderem der Interessenvertretung für seine Mitglieder dienen und über Stellungnahmen an der Politikformulierung mitwirken.<sup>340</sup>

Auf weiteren Entscheidungsebenen können Bürger und Patienten meist nur indirekt über Abgeordnete und ihrerseits von gewählten Personen ernannte Interessenvertreter Einfluss ausüben. Zwar gibt es eine formale Versichertenbeteiligung in den regionalen Räten des Nationalen Gesundheitsfonds dergestalt, dass deren Mitglieder auch Versicherte der betreffenden regionalen Abteilung des Fonds sein müssen, doch konkretisiert sich diese Beteiligung nicht in der Wahl von Versichertenvertretern durch alle Versicherten.<sup>341</sup>

### Beispiel: indirekte Bürgerbeteiligung im Nationalen Gesundheitsfonds

Mitglieder der regionalen Räte werden formal vom Wojwodschaftsparlament berufen, das wiederum von den Bürgern einer Wojwodschaft bestellt wurde. In den Räten sowohl des Nationalen Gesundheitsfonds als auch seiner regionalen Abteilungen wirken entsandte Vertreter des Bürgerbeauftragten (nationale Ebene), des Wojwodschaftsparlaments, des Bezirksverbands und der tripartistischen Kommission für den sozialen Dialog (regionale Ebene) mit.<sup>342</sup> Zusätzlich sitzen seit 2004 auch Vertreter des „Rats für gemeinnützige Aktivitäten“ in den Räten des Gesundheitsfonds. Auf verschiedene Weise können somit Bürgeranliegen Berücksichtigung in der Person eines Mitglieds der Räte finden. Diese Räte können allerdings nur Stellungnahmen abgeben und die Tätigkeit der Direktoren kontrollieren, so zum Beispiel das rechtmäßige Vorgehen bei Vertragsverhandlungen und Vertragsabschlüssen und die Umsetzung dieser Verträge.<sup>343</sup>

Auch bei den Vertragspartnern des Gesundheitsfonds, in den (öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen, sind Bürger und Patienten indirekt über den öffentlichen Träger vertreten. Die Verwaltung der Gemeinde, des Bezirks oder der Wojwodschaft ernennt nicht nur den Verwaltungschef des Gesundheitszentrums oder des Krankenhauses, sondern entsendet auch ihre Chefs in den Sozialbeirat einer Gesundheitseinrichtung – neben Vertretern des Wojwodschaftsparlaments (Sejmik), des Bezirksrats oder des Gemeinderats.<sup>344</sup> In den Gesundheitseinrichtungen beschränkt sich die Befugnis des Rats auf (Ände-

339 Gesetz vom 24.4.2003 über die Tätigkeit zum öffentlichen Nutzen und das Freiwilligenamt.

340 Informationen dazu unter <http://www.pozytek.gov.pl/?document=426>.

341 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 106 Abs. 2.

342 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 99 Abs. 1, Art. 106 Abs. 2.

343 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 100 Abs. 1 Punkt 7, Art. 106 Abs. 10 Punkt 4.

344 Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 44 u. Art. 45.

rungs-)Vorschläge und Stellungnahmen gegenüber dem Direktor, der letztlich allein über Vertragsabschlüsse entscheidet.

Einen direkteren Einflusskanal für Bürger und Patienten bietet der Kontakt zum Direktor des Nationalen Gesundheitsfonds, der angehalten ist, die Zusammenarbeit des Fonds mit Organisationen der Versicherten zu koordinieren.<sup>345</sup> Auf Antrag prüfen und entscheiden die Abteilungsdirektoren des Fonds auch in individuellen Versicherungsangelegenheiten (Kostenübernahme durch die Versicherung, Inanspruchnahme bestimmter Leistungen).<sup>346</sup>

Die dem einzelnen Patienten und Bürger im polnischen Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Gesundheitsleistungen können nicht zuletzt durch die – seit 1999 mögliche – Wahl der Gesundheitseinrichtung und des privat praktizierenden Arztes und im Gespräch mit dem Arzt bestimmt werden. Die Wahl der Gesundheitseinrichtungen, Ärzte und Pfleger beschränkt sich auf jene, die einen Versorgungsvertrag mit dem Gesundheitsfonds abgeschlossen haben. Ein Wechsel der Leistungserbringer in der Primärversorgung ist zweimal im Jahr aufgrund eines speziellen Antrags beim Gesundheitsfonds möglich, weitere Wechsel mittels der Zahlung einer Gebühr.<sup>347</sup> Für den Besuch bestimmter Fachärzte und von Krankenhäusern ist außerdem eine Überweisung notwendig.<sup>348</sup> In der individuellen Behandlung entscheidet letztendlich der behandelnde Arzt aufgrund medizinischer Erwägungen über den tatsächlichen Behandlungs- und Leistungsumfang für den einzelnen Patienten.<sup>349</sup>

Eine weitere, jedoch erst im Nachhinein sich eröffnende Möglichkeit, den Versorgungsumfang individuell zu beeinflussen, besteht in Beschwerden bei Rechtsverletzungen und in Klagen vor Gericht. Beschwerden gegen die Verletzung des Rechts auf Gesundheitsversorgung und des gleichen Zugangs zu Gesundheitsleistungen wie auch des Patientenrechts auf Information und der Zustimmung zur Behandlung können zunächst vorgebracht werden beim behandelnden Arzt und dem Direktor der Gesundheitseinrichtung, darüber hinaus aber bei der Berufsaufsicht der Ärztekammer, bei den Patientenrechtsbeauftragten oder den Beschwerdekommisionen der Abteilungen des Nationalen Gesundheitsfonds, bei Patientenrechtsbeauftragten in Krankenhäusern, beim Patientenrechtsbüro des Gesundheitsministeriums und schließlich beim Bürgerrechtsbeauftragten der Regierung.<sup>350</sup>

## Normierung der Diagnose- und Behandlungsmethoden, Sicherung ihrer Qualität

Patienten haben ein Recht auf eine Behandlung nach dem aktuellen medizinischen Wissenstand, und Ärzte sind verpflichtet, ihren Beruf im Einklang mit

345 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 102 Abs. 5 Punkt 22.

346 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 109.

347 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 28, 29, 30, 31, 56.

348 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 57, 58, 59.

349 ... wobei er verpflichtet ist, den Patienten aufzuklären und erst nach dessen Zustimmung (po wyrażeniu zgody przez pacjenta) zu handeln: Gesetz über den Arztberuf Art. 31 u. 32.

350 Erste Erfahrungsberichte von Patientenrechtsbeauftragten sind: Lipowski 2004, Kozłowska 2002, Filarski 2002a u. 2002b.

diesem Wissenstand auszuüben.<sup>351</sup> Entsprechend sind im polnischen Gesundheitswesen zunächst die Ärzte in der Pflicht, die Qualität der Behandlungsmethoden zu sichern, d.h. sich individuell das entsprechende Wissen anzueignen und kollektiv Behandlungsempfehlungen auszuarbeiten.

Erste Schritte zur Institutionalisierung von Qualitätsverbesserung in der polnischen Gesundheitsversorgung sind Anfang der 1990er Jahre gemacht worden. 1993 wurde eine Gesellschaft für Qualitätsförderung gegründet, der hauptsächlich Mediziner, Pfleger und Gesundheitsmanager angehören, und die sich zunächst – ebenso wie das 1992 gegründete Kolleg für Hausärzte – mit der Qualitätssicherung in der Primärversorgung befasst hat.<sup>352</sup> Im Polnischen Institut für evidenzbasierte Medizin (PI-EBM) werden Daten gesammelt, Methodenberichte erstellt und Behandlungsleitlinien entwickelt.<sup>353</sup>

Das Gesundheitsministerium kann genaue Behandlungsvorschriften erlassen, um ein angemessenes Qualitätsniveau der Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.<sup>354</sup> Zur Förderung und Unterstützung der Qualitätsverbesserung von Gesundheitsleistungen wurde 1994 ein dem Gesundheitsministerium unterstelltes Zentrum für Qualitätsprüfung im Gesundheitswesen (CMJ) eingerichtet.<sup>355</sup> Dessen Standardisierungsbüro (ZWS) ist sowohl mit der Bewertung medizinischer Verfahren (HTA) als auch der Vorbereitung von Behandlungsleitlinien beauftragt. Es koordiniert die Ausarbeitung, die Überprüfung der praktischen Anwendung sowie die Aktualisierung von Behandlungsleitlinien durch interdisziplinäre Expertengruppen, d.h. durch Mediziner verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Die in so genannten Konsensuskonferenzen verabschiedeten Leitlinien betreffen die häufigsten Krankheitsbilder akuter und chronischer Art in Polen.<sup>356</sup> Bis April 2005 sind sechs Behandlungsleitlinien für die Primärversorgung entstanden, während vier weitere noch unvollendet waren.<sup>357</sup>

Seit 1997 können Gesundheitseinrichtungen ein Zertifikat über die Qualität der von ihnen erbrachten Gesundheitsleistungen und ihrer Einrichtung insgesamt erwerben. Diese Zertifikate vergibt laut Gesetz ein Akkreditierungsrat nach dessen eigenen Kriterien. Er wird vom Gesundheitsministerium ernannt und setzt sich zusammen aus Vertretern von Medizinerverbänden und anderer Organisationen.<sup>358</sup> Seit 2001 ist das Polnische Akkreditierungszentrum zuständig für die Zulassung von Zertifizierungs- und Kontrollinstituten.<sup>359</sup> So prüft zum Beispiel das CMJ Arztpraxen auf ihre Qualität. Im Beirat des Akkreditierungszentrums sitzen Vertreter von Ministerien, staatlichen Institutionen und

---

351 Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 19 Abs. 1 Satz 1; Gesetz über den Arztberuf Art. 4.

352 Informationen im Internet dazu unter: <http://www.tpj.pl> und <http://www.klrwp.pl>.

353 Informationen dazu unter: <http://ebm.org.pl>.

354 Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 9 Abs. 3.

355 Informationen dazu im Internet unter: <http://www.cmj.org.pl>. Łanda 2005.

356 Bała/Pomadowski 2000.

357 Bericht von Król/Tomasik über Polen unter: [http://www.equip.ch/flx/national\\_pages/poland/](http://www.equip.ch/flx/national_pages/poland/).

358 Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 18c.

359 Informationen dazu im Internet unter <http://www.pca.gov.pl>.

medizinischen Fachgesellschaften sowie von wirtschaftlichen, technischen und sozialen Organisationen. Beteiligt sind unter anderem die Gesellschaft für Qualitätsförderung, das Hausärztekolleg, die Krankenhausgesellschaft und die Ärztekammer, aber auch der Verbraucherbund. Für Qualitätsmanagementprogramme in Gesundheitseinrichtungen und ihre Zertifizierung ist auch das Polnische Forschungs- und Zertifikationszentrum (PCBC) zuständig.<sup>360</sup>

#### *Einflussnahme von Patienten und Bürgern*

An Entscheidungen zur Auswahl und Normierung sowie der Qualitätssicherung von Gesundheitsleistungen und Methoden können Patienten und Bürger kollektiv nur begrenzt mitwirken. Sie sind weder an der Entwicklung von Leitlinien durch medizinische Fachgesellschaften beteiligt, noch im CMJ vertreten. Allerdings sitzt der Verbraucherbund als Interessenvertreter von Patienten und Bürgern im Beirat des Polnischen Akkreditierungszentrums. Darüber hinaus können Patienten und Bürger per Umfragebeteiligung auf die Qualität von Gesundheitseinrichtungen Einfluss nehmen.

Individuelle Einflussmöglichkeiten bestehen für Patienten in der Auswahl unter Gesundheitseinrichtungen (Krankenhäusern, Gesundheitszentren und Praxen) und Ärzten. Über tatsächlich im Einzelfall angewandte Behandlungsmethoden kann der Patient schließlich im Arzt-Patienten-Gespräch nach Darlegung der Möglichkeiten durch den behandelnden Arzt entscheiden bzw. er kann Methoden ablehnen und anderen, bevorzugten zustimmen.<sup>361</sup>

Zugunsten der Patienten, der Einhaltung von Patientenrechten und der Sicherung der Qualität der Versorgung wirkt seit Anfang 2002 außerdem ein beim Gesundheitsministerium eingerichtetes Patientenrechtsbüro, an das sich Patienten mit Beschwerden und Klagen wenden können. Seine Aufgabe besteht unter anderem in einer mittelbaren Kontrolle der Behandlungspraxis und ihrer Qualität. Außerdem geht es Patientenbeschwerden über den Gesundheitsfonds und die Leistungserbringer nach.<sup>362</sup>

#### Finanzierungsmodalitäten – Festlegung der Beitragssätze und der Zahlungen

Die meisten Finanzierungsparameter werden auf nationaler Ebene per Gesetz oder per Verordnung des Gesundheitsministeriums festgelegt. Über die Vergütung der Leistungen wird in Verträgen zwischen den Abteilungen des Gesundheitsfonds und den einzelnen Versorgungseinrichtungen und Leistungserbringern entschieden.

Das Parlament entscheidet zum einen über die Höhe der Steuersätze und zusammen mit dem Staatshaushalt auch über die Höhe des Budgets für Gesundheit und Soziales. Zum anderen definiert es die Höhe der Versicherungs-

360 Informationen dazu im Internet unter <http://pcbc.gov.pl>.

361 „Pacjent ma prawo do ... wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji.“ – Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 19 Abs. 1; Gesetz über den Arztberuf Art. 31 u. 32.

362 Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 8.3.2002.

beiträge<sup>363</sup> und die Regeln zur Bestimmung von Zuzahlungen für Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel, die dann ebenso wie die Höchstpreise für Arzneimittel und Hilfsmittel vom Gesundheitsministerium konkret bestimmt werden<sup>364</sup>.

Bezüglich der Tages- und Monatsätze für die Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus werden im Gesetz nur maximale Belastungsgrenzen und minimale Altersgrenzen festgelegt, wobei das Gesundheitsministerium die genauen Kriterien zur Erhebung von Zuzahlungen definiert<sup>365</sup>, in deren Rahmen sich die Festsetzung der Zuzahlungen durch die Gesundheitseinrichtungen selbst bewegen muss.

Für bestimmte Gesundheitsleistungen können die Gesundheitseinrichtungen Zuzahlungen gemäß einer amtlichen Gebührenliste verlangen.<sup>366</sup>

### *Einflussnahme von Bürgern und Patienten*

Bürger und Patienten können Entscheidungen über Beitrags- und Steuersätze, Zuzahlungen und Gebühren mittelbar beeinflussen über die Wahl von Abgeordneten ins Parlament, über Lobbying und direkter über nicht-verfasste Verfahrensbeteiligung (Stellungnahmen und Anhörungen) im Policy-Prozess. Da die meisten Entscheidungen zur Finanzierung durch Parlament und Regierung bzw. das Gesundheitsministerium getroffen werden, wirken hier wieder dieselben Mechanismen, aber auch Hindernisse in der Einbindung von Patienten- und Bürgerorganisationen, auf die bezüglich des Leistungskatalogs und Versorgungsumfangs schon eingegangen wurde.

Durch die freie (Aus-)Wahl unter verschiedenen Gesundheitseinrichtungen und Ärzten können Patienten und Bürger individuell einige Zuzahlungsleistungen, die durch die Anbieter bestimmt werden, für sich selbst variieren.

### Resümee und Analyse

Im polnischen Gesundheitswesen können Patienten und Bürger kollektiv meist nur indirekt über Abgeordnete (im weiteren Sinne) auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene auf Entscheidungen im Parlament, in den Räten des Gesundheitsfonds und den Sozialbeiräten der Versorgungseinrichtungen über den Umfang und über Finanzierungsparameter der Gesundheitsversorgung einwirken. Patienten- und Bürgerorganisationen werden auf Initiative des Gesundheitsministeriums oder des Parlaments direkt, aber nicht regulär, und mit unklarem Einfluss in die politische Entscheidungsfindung eingebunden und zwar in Form einer Verfahrensbeteiligung, d.h. in Form von Konsultationen bzw. öffentlichen Anhörungen zu bestimmten Projekten und Fragen.

Patienten- und Bürgerorganisationen sind im Polen noch in einer Entwicklungsphase. Erst seit wenigen Jahren finden Bürgerorganisationen mehr politische und staatliche Unterstützung infolge der Einberufung eines Rates aus

---

363 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 79.

364 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 36, 40, 38, 39.

365 Gesundheitsleistungsgesetz Art. 18, Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 34a.

366 Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen Art. 33 Abs. 1, Art. 34 Abs. 1.

NGOs im Jahr 2003 und im Zuge der Konzipierung eines Nationalen Entwicklungsplanes.

Individuelle Einflussmöglichkeiten von Patienten und Bürgern auf Entscheidungen zu Umfang, Ausgestaltung und Finanzierung der polnischen Gesundheitsversorgung sind vielfältig. Sie bestehen in der Auswahl zwischen öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen und Ärzten sowie in einer Art Entscheidungsbeteiligung im Arzt-Patienten-Gespräch (Zustimmung zu oder Ablehnung von Therapievorschlägen).

#### Schlaglicht

Der einzelne Patient und Bürger kann in Polen seinen Hausarzt oder Facharzt begrenzt wählen. Eine ärztliche Überweisung ist notwendig für den Besuch bestimmter Fachärzte oder die Behandlung in einem – frei wählbaren – Krankenhaus. Dort ist keine freie Arztwahl möglich. In der Regel gibt es Wartefristen und regulierte Warteschlangen für Behandlungstermine bei Spezialisten und in Krankenhäusern. Der einzelne Patient kann über Diagnosen und Therapien in begrenztem Maße durch Auswahl beziehungsweise Ablehnung bestimmter Verfahren mitentscheiden. Das Leistungsangebot wird bestimmt durch Gesetze, ministerielle Verordnungen, Verträge zwischen Nationalem Gesundheitsfonds und Leistungserbringer, durch Budgets und Entscheidungen des behandelnden Arztes, der sich auch an medizinischen Leitlinien orientiert.

Als Wähler, als Versicherter und als Mitglied einer Gemeinde kann ein Bürger in Polen in sehr begrenztem Maße Einfluss nehmen auf die Bestimmung des Leistungspakets und auf Budgets.

Als Mitglied einer Patientenorganisation stehen einem Patienten weitere ungesicherte Einflusskanäle in der Politik und noch begrenzter bei der Qualitätsbewertung offen.

Beteiligung konzentriert sich – entsprechend der Verteilung von Entscheidungskompetenzen – im polnischen Gesundheitssystem auf die Makro-I-Ebene und wird ergänzt durch Einflussmöglichkeiten auf Makro-II bzw. Meso-I-Ebenen. Es herrscht eine universalistische Rollenperspektive vor. Diese Perspektive wird wohl noch durch neue staatliche Konzepte zur Entwicklung einer Bürgergesellschaft und der Stärkung von Bürgerorganisationen in der Politik befördert werden.

Patienten und Bürger als kollektive Akteure werden in Polen gerade erst „entdeckt“. Noch stehen ihre Organisationen und Aktivitäten unter der Obhut (oder Vormundschaft?) und Förderung von Staat und Politik. Staatliche, öffentliche und private Akteure des Gesundheitswesens lernen noch in einem fortlaufenden Prozess, Betroffene und ihre Anliegen wahrzunehmen und Beteiligungsmöglichkeiten anzubieten. Und auch Patienten- und Bürgerorganisationen durchlaufen noch eine Entwicklungsphase. Ärzte sind diesem neuen Akteur gegenüber noch skeptisch. In privaten Gesundheitseinrichtungen werden Patienten als zahlungskräftige Kunden umworben, in öffentlichen Einrichtungen setzt sich dagegen eine Patientenorientierung nur langsam durch. Ärztliche Fachgesellschaften und Qualitätsgremien arbeiten noch zum größten Teil „unter sich“.

*Fazit: Bürgerbeteiligung oder Patientenbeteiligung in Polen? Beides ist möglich und im Werden begriffen, aber noch marginal realisiert. Versichertenbeteiligung ist ohne Bedeutung.*

## **Resümee: Beteiligungsformen und Beziehungsmuster im Vergleich**

Die Entdeckung des Nutzers im Gesundheitswesen seit den 1990er Jahren, seine Stärkung (Empowerment) und „Subjektivierung“ (Finnland, Polen) durch individuelle und kollektive Beteiligungsrechte und effektive Mitgestaltungsspielräume, ist ein fortlaufender Prozess, der stetig an Fahrt und Umfang gewinnt. Deutschland hat im Bereich kollektiver Patientenbeteiligung erstaunlich schnell aufgeholt, was noch in den 1990er Jahren vermisst wurde. Dabei waren für eine effektive individuelle Patientenbeteiligung insbesondere mit der freien Arztwahl bereits wichtige Ansätze etabliert. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003 ist dann ein weitreichender Wandel eingeleitet worden. Finnland hat mit seinem Patientenrechtsgesetz 1992 als erstes individuelle Patientenbeteiligung fixiert und engagiert sich seit 1995 in der Stärkung kollektiver Bürgerbeteiligung. Auch Polen ist mit seiner Erwähnung von Patientenrechten in einem Gesetz Vorläufer in Osteuropa gewesen, ist aber mit kollektiven Beteiligungsrechten noch nicht weiter vorangeschritten. Im Einzelnen zeichnet ein systematischer Vergleich folgendes Bild:

Patienten und Bürger können in den vorgestellten repräsentativen Demokratien Deutschlands, Finnlands und Polen zunächst nur indirekt über Wahlen auf die gesundheitspolitische Gesetzgebung (Makro-Ebene) Einfluss nehmen, finden aber auch auf direktem Wege mittelbar Gehör in Umfragen und über eine mehr oder weniger reguläre und nicht-verfasste Verfahrensbeteiligung (Bitte um Stellungnahmen, Konsultationen, Anhörungen) bei der Politikformulierung wie zum Beispiel bei Gesetzes- und Verordnungsprojekten, die in den Gesundheitsministerien vorbereitet werden. In allen drei Systemen sind bei der Regierung oder beim Parlament Patienten- oder Bürgerbeauftragte eingesetzt worden, an die sich Patienten und Bürger mit Beschwerden wenden können und die Patienten- und Bürgeranliegen in der Gesundheitspolitik geltend zu machen versuchen.

Wichtige Allokationsentscheidungen werden in Finnland, Deutschland und Polen auf der 2. Makro-Ebene oder der 1. Meso-Ebene – quasi den Implementationsphasen der Politik – getroffen, wo die rechtlichen und auch unmittelbaren Einflussmöglichkeiten für Patienten, Versicherte und Bürger größer sein können. In Finnland betrifft das die Entscheidungen zur Ausstattung und Mittelzuweisung für die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in den Gemeinden durch gewählte Gemeinderäte und -ausschüsse, in Deutschland die (gemeinsame) Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärzte in der GKV, und in Polen den Nationalen Gesundheitsfonds mit seinen regionalen Einheiten. Allerdings zeigen sich auf dieser Ebene auch die Unterschiede zwischen den verschiedenen Gesundheitssystemen:

- In Finnland werden Entscheidungen politisch von Abgeordneten politischer Parteien getroffen, entschieden wird insbesondere über Bud-

gets; die direkte Einbindung von Bürgern ist zwar seit 1995 im Gemeindegesetz und in Empfehlungen vorgesehen, aber nicht konkret institutionalisiert. Wenn Bürger als Nutzer in den Ausschüssen vertreten wären, könnten sie allerdings auch mitentscheiden. In Finnland wird auf Bürgerbeteiligung gesetzt, doch Bürger werden tatsächlich nur ad hoc an Verfahren (direkt) beteiligt und nicht an Entscheidungen.

- In Polen entscheidet eine öffentliche Institution mit zum Teil politisch bestellten und kontrollierten Vertretern über Versorgungspläne und Budgets. Bürger- und Patientenbeteiligung sind noch marginal realisiert.
- In Deutschland befassen sich dagegen staatlich beauftragte, aber in ihren Entscheidungen ansonsten unabhängige Experten (Finanzierungsträger und Leistungserbringer) mit weitgehenden Detailentscheidungen zur Gesundheitsversorgung. Patienten bzw. Versicherte sind traditionell indirekt eingebunden über die Wahl von Vertretern bei den Krankenkassenverbänden. Seit 2004 ist eine kollektive Patientenbeteiligung aber auch institutionalisiert als Mitberatung in den zentralen Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. In Deutschland wird Patientenbeteiligung verwirklicht, doch entscheiden Patientenorganisationen tatsächlich nicht mit.
- Sowohl in Deutschland als auch in Polen verhandeln die Krankenversicherungen mit den Leistungsanbietern (kollektiv oder einzeln) über Versorgungs- und Leistungsverträge, d.h. die konkrete Mittelallokation. Patienten und Versicherte sind auch hier allerdings nur (sehr) mittelbar involviert. In Deutschland hat die Versichertenbeteiligung an Bedeutung verloren, in Polen ist sie ohne Bedeutung geblieben.

Die Normierung von Therapien durch Leitlinien ist in allen drei untersuchten Ländern Aufgabe ärztlicher Fachgesellschaften; staatliche Institutionen sind involviert bei Therapieempfehlungen für Arzneimittel und bei der Bewertung medizinischer Verfahren (HTA). Patientenorganisationen werden in die Leitlinienentwicklung in der Regel nicht eingebunden. Eine Ausnahme bildet derzeit das Nationale Leitlinien-Programm der deutschen Ärzteschaft.

Direkte Versorgungsentscheidungen werden in allen betrachteten Systemen in den Versorgungseinrichtungen (Meso-II-Ebene bzw. Mikro-I-Ebene) und durch behandelnde Ärzte (Mikro-II-Ebene) getroffen. Diagnose- und Therapieentscheidungen der Leistungserbringer werden dabei mehr oder minder stark angeleitet durch Vorgaben (normative Regelungen bzw. Richtlinien, finanzielle Ressourcen, medizinische Leitlinien), wobei die Mediziner letztlich die (medizinische) Verantwortung für Entscheidungen tragen. Die Einflussmöglichkeiten von Patienten auf Entscheidungen der Versorgungseinrichtungen (Gesundheitszentren, Krankenhäuser) sind gering. Immer häufiger werden Patienten jedoch befragt über die Ausstattung und die Behandlungsqualität in den Krankenhäusern, um so den Service oder die Hotelleistungen verbessern zu können. Patientenombudsleute in Krankenhäusern, die in Finnland zu beschäftigen Pflicht ist, in Deutschland aber nur in einigen Bundesländern und Krankenhäusern anzutreffen sind, sind in erster Linie Anlaufstellen für Patientenrechtsbera-

tung und für Beschwerden. Diese Beschwerden werden zum Teil gesammelt, ausgewertet und für die Qualitätsverbesserung der Krankenhausbehandlung genutzt. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist hingegen inzwischen relativ genau normiert, teilweise per Gesetz wie in Finnland, zum Teil per (rechtsunverbindlicher, empfehlender) Charta wie in Deutschland, zum Teil per Gesetz und Charta wie in Polen. Patienten haben ein Recht auf eine menschenwürdige Behandlung, die Mitsprache bei Behandlungsentscheidungen und Beschwerde- und Klagemöglichkeiten im Fall von Behandlungsfehlern. In der Rechtspraxis gibt es jedoch noch Defizite bei der Etablierung einer partnerschaftlichen statt einer paternalistischen Beziehung. Am deutlichsten ist letztere noch in Polen spürbar. Tatsächlich ist die Mitsprache von Patienten bei Diagnose- und Therapieentscheidungen faktisch durch Regulierung, Budgets und medizinische Leitlinien auf die Auswahl begrenzter Optionen beschränkt.

Neben indirekter und direkter kollektiver Einbindung in Entscheidungsprozesse auf Makro- und Meso-Ebenen und individueller Beteiligung auf Mikro-Ebene bleibt den Patienten und Bürgern in unterschiedlichem Maße eine individuelle Einflussmöglichkeit auf die Versorgung durch Wahlfreiheiten und Abwanderung. Insbesondere in Deutschland und Polen ist die freie Wahl (ambulanter) Ärzte gesetzlich garantiert, auch eine Wahl des Krankenhauses ist möglich. In Finnland können Ärzte und Krankenhäuser nur unter bestimmten Umständen, aber nicht regulär frei gewählt werden. Der Wechsel von öffentlichen zu alternativen, privaten Leistungserbringern ohne Vertrag mit der Krankenkasse ist in Deutschland und Polen eine Frage der privaten Finanzmittel, aber nicht eingeschränkt, in Finnland wird darüber hinaus die Behandlung durch private Ärzte sogar teilweise von der Krankenversicherung (KELA) erstattet. In Deutschland können alle (Pflicht-)Versicherten seit 1996 die Krankenkasse frei wählen und damit auch über die eigene Beitragssatzhöhe und den Leistungsumfang (Mehrleistungen) der GKV für sich selbst entscheiden. In Polen war zwischen 1999 und 2003 eine freie Kassenwahl vorgesehen, mit der Errichtung eines Gesundheitsfonds mit regional zuständigen Abteilungen definiert sich die Zugehörigkeit jedoch regional.

Schlaglicht: Rationierung und Patienten- und Bürgerbeteiligung

Rationierung, verstanden als institutionelle Begrenzung des freien Zugangs zu Gesundheitsleistungen beziehungsweise als Zuteilungsbeschränkung von Gesundheitsgütern<sup>367</sup>, existiert in allen untersuchten Gesundheitssystemen. Angewandt werden dabei implizite und explizite, verdeckte und offene Mechanismen mit indirekter und direkter, schwacher und starker Wirkung.<sup>368</sup> Dazu zählen explizite und direkte Leistungsausschlüsse per Gesetz, Verordnung oder Richtlinie ebenso wie implizit und indirekt wirkende Budgets, Fallpauschalen, Wartefristen, Zuzahlungen und Überweisungspflichten. Auch medizinische Leitlinien wirken rationierend, wenn sie, verstanden als Behandlungsstandards, mit Fallpauschalen und Budgets verknüpft werden. Formen impliziter Rationierung nehmen in allen Gesundheitssystemen zu; explizite Rationierungsent-

367 Vgl. Moormann 1999, S.199; Obermann 2000, S.28-29; Turk 2002, S. 11.

368 Zur Typisierung: Turk 2002, S.11-13.

scheidungen sind in öffentlichen Gesundheitssystemen (Finnland, Polen) auf der Makro-Ebene seltener, im deutschen Sozialversicherungssystem dagegen deutlicher spürbar.<sup>369</sup>

Patienten und Bürger haben individuell und kollektiv nur begrenzte und kaum konkrete und wirksame Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Rationierung (Instrumente) im Gesundheitswesen. Generell können sie kollektiv als Bürger in indirekter Weise auf allgemeine Regelungen wie Grundbestandteile des Leistungskatalogs oder Gesamtbudgets Einfluss nehmen. Noch weniger Einfluss haben sie dagegen auf Konkretisierungen in Teilbudgets, Fallpauschalen, Wartefristen oder Behandlungsleitlinien. Im deutschen Gesundheitssystem können Patienten als Mitglieder von Patientenorganisationen einwirken auf die Konkretisierung des Leistungskatalogs in Richtlinien der gemeinsamen Selbstverwaltung (GBA). Inwiefern sie tatsächlich Entscheidungen zu ihren Gunsten beeinflussen können, ist indessen unklar. Patienten-Selbsthilfeorganisationen sind in der Regel nicht in die Entwicklung medizinischer Leitlinien involviert (eine Ausnahme bilden die Nationalen Versorgungsleitlinien in Deutschland). Patientenorganisationen werden in Deutschland und Finnland auch formal in die Nutzenbewertung von Behandlungsverfahren (HTA) eingebunden (IQWiG, DAHTA, ROHTA, FinOHTA). Gerade bei der Qualitätssicherung (Zertifizierung von Einrichtungen, evidenzbasierte Leitlinien) und der Nutzenbewertung medizinischer Verfahren besteht indessen die Gefahr, dass harte ökonomische und technische Kriterien humane Kriterien wie Patientenbedürfnisse dominieren. Schließlich haben Patienten individuell trotz rechtlich verankerter Entscheidungsbeteiligung auf Mikro-Ebene hier allenfalls Auswahlmöglichkeiten im durch Budgets, Pauschalen und Leitlinien vorgegebenen Rahmen.

Einen knappen Überblick über Formen direkter Patienten- und Bürgerbeteiligung in den drei untersuchten Ländern gibt die folgende Tabelle. Rechtlich verankerte, aber tatsächlich nicht realisierte Formen sind in Klammern gesetzt.

---

369 Moormann 1999, S.160.

**Tabelle 4-1: Patienten- und Bürgerbeteiligung im Überblick**

Merkmale von Beteiligung	Ausprägungen von Beteiligung	
Arten der kollektiven Beteiligung	indirekt	Wahl von politischen Abgeordneten: D, FIN, PL Bestimmung von Bürger-/Patientenbeauftragten (Ombudsleuten): D, FIN, PL
	direkt	s.u.
Formen direkter kollektiver Beteiligung/ Einflussnahme (verfasst und nicht-verfasst)	Meinung (voice)	Umfragebeteiligung: D, FIN, PL
		Verfahrensbeteiligung: D, FIN, PL
		Beratungsbeteiligung: durch Patienten in D
		Entscheidungsbeteiligung: (durch Bürger in FIN)
Formen individueller Beteiligung/Einflussnahme	Meinung (voice)	Entscheidungsbeteiligung: D, FIN, PL
	Auswahl (choice)	Wahl der Gesundheitseinrichtung (Gesundheitszentrum, Krankenhaus): D, PL
		Wahl des Arztes: Hausarzt D, FIN, PL; Facharzt: D, PL
	Abwanderung (exit)	Wahl der Versicherung: D
		alternativer, privater Anbieter: FIN (PL)

Ein revidiertes Abbild der Aufgabenverteilung und Beziehungsmuster mit Patienten- und Bürgerbeteiligung in den jeweiligen Gesundheitssystemen skizzieren die nachfolgenden Bilder.

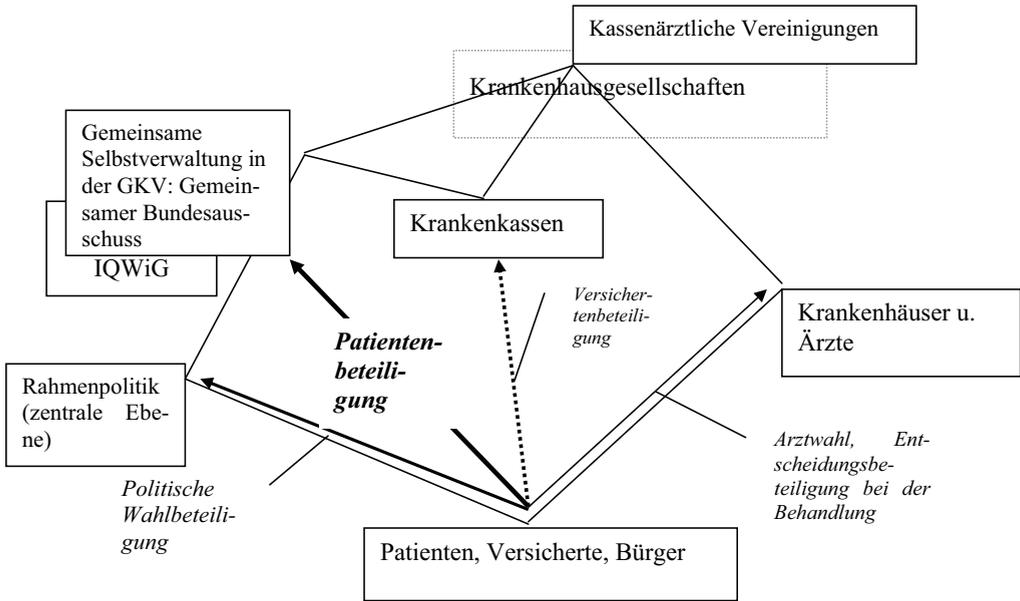


Schaubild 4-1: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Deutschland – Grundstrukturen

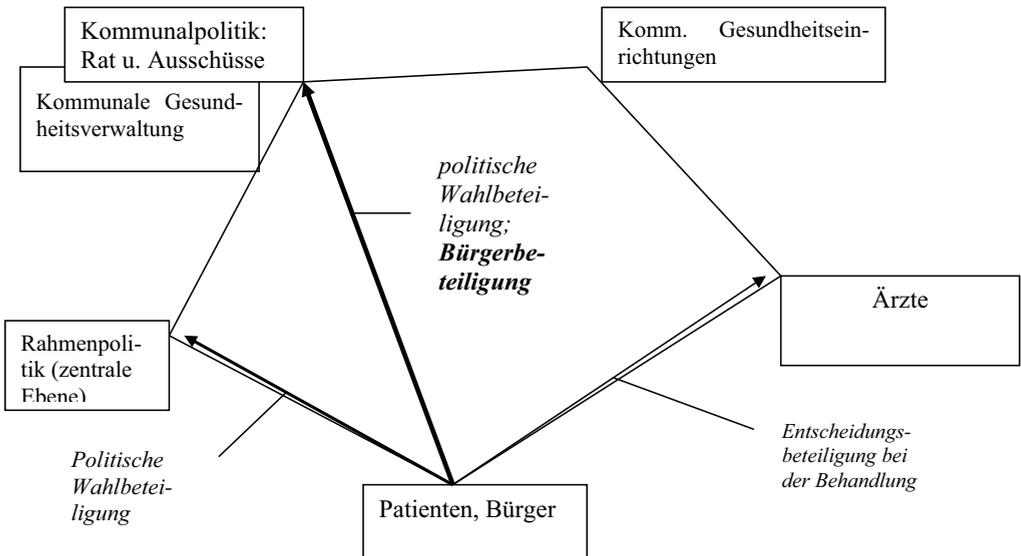


Schaubild 4-2: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Finnland – Grundstrukturen

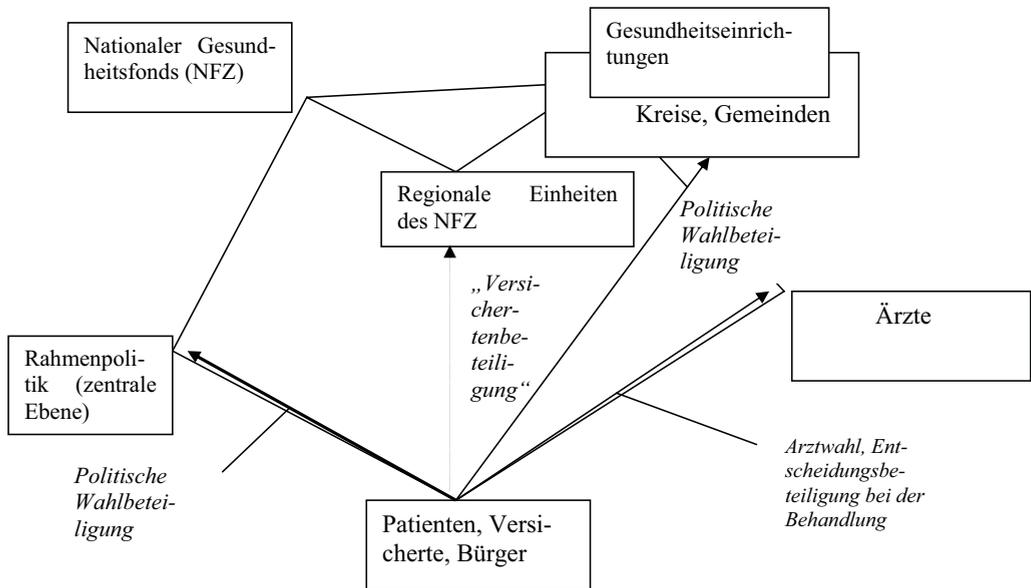


Schaubild 4-3: Patienten- und Bürgerbeteiligung in Polen – Grundstrukturen

Ein Vergleich der Auswirkungen von Patienten- und Bürgerbeteiligung auf den Kreis der Akteure, ihre Positionen und Kooperationsformen verdeutlicht, dass sich im deutschen Gesundheitssystem am meisten ändert, während im polnischen kaum ein Wandel zu verzeichnen ist. Beteiligung wirkt sich gleichsam in konzentrischen Wellen auf andere Akteure und ihr Handeln aus – abhängig von Stärke (Beteiligungsform) und Beständigkeit (Institutionalisierungsgrad) des möglichen kollektiven Einflusses von Patienten und Bürgern. So zieht besonders eine durch Statut oder Gesetz geregelte, dauerhafte Zusammenarbeit in einem Entscheidungsgremium eine Neupositionierung aller Akteure mit sich, während eine akteursabhängige ad hoc-Beteiligung kaum Folgen hat. Beratungs- oder Entscheidungsbeteiligung wirkt zudem weiter als Verfahrensbeteiligung. Generell lässt sich nicht nachweisen, dass Patienten- und Bürgerbeteiligung auf Kosten des Einflusses anderer Akteure realisiert wird. Als Reaktion ist vielmehr zunächst eine stärkere Kooperationsbereitschaft der „alten“ Akteure mit den Neulingen zu erwarten, sei es, um Koalitionspartner zu gewinnen und bisherige Positionen zu bewahren, sei es, um sich neue Perspektiven und Positionen zu erschließen.

Während in Finanzierungsfragen in keinem der Gesundheitssysteme eine effektive, direkte Beteiligung auszumachen ist, gibt es Unterschiede im Ausmaß einer neuen Nutzerbeteiligung an der Ausgestaltung des Leistungskatalogs und

der Normierung von Leistungen. Gerade in Deutschland ist eine kollektive Patientenbeteiligung an Versorgungsentscheidungen prominent geworden, wohingegen sich Patienten- und Bürgerbeteiligung in Finnland und in Polen eher zaghaft entwickeln: institutionalisierte Beratungsbeteiligung und Zusammenarbeit mit anderen Akteuren auf Meso-Ebene hier, nicht-verfasste Verfahrensbeteiligung (mit wenigen Ausnahmen) und wenig Kooperation mit anderen auf Makro-Ebene dort. Warum dies so ist, machen die folgenden Überlegungen deutlich.

Patienten- und Bürgerbeteiligung steht sowohl in Sozialversicherungs- als auch in öffentlichen Gesundheitssystemen auf der politischen Agenda. Grundsätzlich wird eine Beteiligung von Bürgern und Patienten überall dort realisiert, wo kollektive Allokationsentscheidungen versorgungsnah getroffen werden (sollen) und wo diese notwendigerweise konfliktreichen Entscheidungen auch hohe Legitimationsrisiken für die beteiligten Akteure bergen. Dies trifft sowohl auf die gemeinsame Selbstverwaltung (GBA) in Deutschland als auch auf die kommunale Selbstverwaltung in Finnland zu; der polnische Nationale Gesundheitsfonds mit regionalen Zweigen bildet dagegen eine eigene Form der Selbstverwaltung im Staat.

Bestimmte Charakteristika sowohl des Gesundheitssystems als auch der Beteiligungsvariante sind jedoch offensichtlich einer praktischen Realisierung von Beteiligung förderlicher als andere. Dazu zählen:

- Klare Verantwortlichkeiten für Versorgungsentscheidungen, insbesondere für Leistungsausschlüsse: Akteure und Ausschüsse, die Versorgungsleistungen definieren und gegebenenfalls auch ausschließen, müssen sich deutlicher rechtfertigen als solche, die „nur“ Budgets zuweisen und Versorgungseinrichtungen beauftragen. Beteiligung erleichtert es ersteren, Verantwortung zu teilen und Entscheidungen zusätzlich nach außen hin zu legitimieren.
- Staatliche Institutionen: In öffentlichen Gremien ist Beteiligung schneller verankert und wird sie häufiger realisiert als im privaten Sektor.
- Die Einbindung von Leistungserbringern und ihren Gremien in staatliche Versorgungsaufgaben: Ärzte als Angestellte im Staatsdienst und staatliche Krankenhäuser sind Teil des Staates, während selbständig tätige Ärzte als eigener Akteur auftreten und als solche mit öffentlichen Aufgaben in Eigenregie betraut werden können. Größere Unabhängigkeit vom Staat und Eigenständigkeit können Ärztegremien dann bewahren, wenn sie sich allein als Fachexperten jenseits der Politik profilieren. Dies gelingt – paradoxer Weise – besser in einem öffentlichen Gesundheitssystem als in einem Selbstverwaltungssystem. Je stärker Ärzte als korporatistische Akteure in der Öffentlichkeit präsent sind, desto notwendiger ist auch eine öffentlichkeitswirksame Kooperation mit Patienten.
- Regeln einer repräsentativen Demokratie: Elemente einer direkten Demokratie sowie die Einbindung von Minderheitenvertretern können in einer repräsentativen Demokratie, die nach dem Mehrheitsprinzip

funktioniert, nur in begrenztem Maße umgesetzt werden, ohne ihre Grundregeln ad absurdum zu führen. Problematisch bleibt stets, wie politische Entscheidungen den Interessen aller Bürger gerecht werden können und wie deren spezifisches Wissen genutzt werden kann.

- Die dauerhafte Organisationsfähigkeit von Patienten- und Bürgerinteressen:<sup>196</sup> Patientenorganisationen bilden sich häufig um Krankheitsbilder und spezielle Interessen herum. Sie entstehen in größerer Zahl und sind beständiger als Bürgerorganisationen, die ad hoc entstehen und daher kurzlebig, oder zu heterogen sind. Entsprechend ist auch Patientenbeteiligung einfacher zu organisieren als Bürgerbeteiligung.
- Die Nutzung von Sachverstand und besonderen Fähigkeiten: Besondere fachliche oder Erfahrungskompetenz ist eine Legitimationsbasis für Beteiligung. Wenn es um Sachkompetenz geht, sind krankheitsspezifische Patientenorganisationen bessere Ansprechpartner in Versorgungsfragen als allgemeine Bürgerorganisationen. Einseitige Spezialisierung kann aber auch zum Problem werden, besonders wenn in Ausschüssen über unterschiedlichste Themenaspekte und Versorgungsschwerpunkte diskutiert wird. Daher sind Dachorganisationen, die Vertreter aus verschiedenen Mitgliedsorganisationen mit je spezifischem Fachwissen entsenden können, häufigere Ansprechpartner. Eine solche Vielfalt könnten jedoch auch spezielle Bürgerorganisationen repräsentieren. Wie aber können sich Bürgerorganisationen von anderen Akteuren – wie Politikern – absetzen, um ihren Sonderstatus zu legitimieren?

Festzuhalten bleibt, dass Patientenorganisationen in Deutschland heute direkter und effektiver Einfluss auf die Ausgestaltung des Leistungskatalogs und dessen Qualität nehmen können als in Finnland und Polen. Eine Voraussetzung für eine solche Nutzerbeteiligung (Patientenbeteiligung) ist die Übertragung staatlicher Aufgaben an eine funktionale Selbstverwaltung. Dass ein korporatistisches Selbstverwaltungssystem jedoch nicht die einzige Voraussetzung für stärkere Nutzerbeteiligung (Patienten- oder Bürgerbeteiligung) an kollektiven Versorgungsentscheidungen sein muss, zeigt das Beispiel des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Ansätze in diese Richtung gibt es auch in Finnland (ROHTO, FinOHTA). Systemübergreifend gilt daher letztlich: Patientenbeteiligung wird in der Regel von staatlicher Seite initiiert und garantiert. Steht dahinter die politische Absicht, Rationierungsentscheidungen zu legitimieren?

---

196 Vgl. Geißler 2004, der sich eingehend mit der Organisationsfähigkeit und Konfliktfähigkeit von Patientenorganisationen beschäftigt hat. Interessant ist Geißlers Beobachtung, dass sich allgemeine Patientenverbände [ähnlich allgemeinen Bürgerorganisationen] schwerer organisieren lassen als Selbsthilfeorganisationen oder auch als Sozialverbände: Geißler 2004, S.268.

## 5. Vorstellungen von Patienten- und Bürgerbeteiligung in der politischen Diskussion

Dieses Kapitel wird sich mit den verkündeten Zielen und Absichten des Gesetzgebers bzw. der politischen Entscheider bei der Einführung und Erweiterung von Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen beschäftigen. Von Interesse ist in der Debatte insbesondere:

- welches Konzept sich hinter der Einführung oder Erweiterung von Patienten- und Bürgereinbindung verbirgt,
- in welchem Kontext Patienten- und Bürgerbeteiligung thematisiert und betrachtet wird,
- wie der Patient und Bürger definiert wird,
- was unter Beteiligung verstanden wird,
- welche Ziele mit der Einbindung von Patienten und Bürgern verbunden sind bzw. dadurch erreicht werden sollen.

Der Untersuchung liegen programmatische Aussagen von Mitgliedern der Regierungen und des Parlaments und von den großen politischen Parteien zugrunde.

Für Deutschland sind das: Parteiprogramme zur Gesundheitspolitik der CDU/CSU, der SPD, der FDP und von Bündnis 90/Die Grünen; Begründungen, parlamentarische Debatten und Ausschussberichte zu den Gesetzesentwürfen für das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992, die GKV-Gesundheitsreform 2000 von 1999 und das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2003; veröffentlichte Aufsätze von Parteienvertretern und anderen Akteuren im Gesundheitswesen; Pressemitteilungen des Bundesgesundheitsministeriums.

Für Finnland beziehen sich die Aussagen auf: Parteiprogramme der SDP, der Nationalen Sammlungspartei und der Zentrumspartei zur Gesundheitspolitik;

Regierungsprogramme; Berichte des Gesundheitsministeriums; Begründungen und parlamentarische Debatten zu den Gesetzesentwürfen für das Patientenrechtsgesetz von 1992 und für das Gemeindegesetz von 1994; Berichte der Regierung zu den öffentlichen Beteiligungsprojekten (Osallisuushanke, Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelma); verschiedene Pressemitteilungen.

Für Polen wurden untersucht: Parteiprogramme zur Gesundheitspolitik des Demokratischen Linksbunds (SLD), der Bürgerplattform (PO) und von Recht und Gerechtigkeit (PiS); Berichte des Gesundheitsministeriums; publizierte Interviews mit verschiedenen Gesundheitsministern und Staatssekretären im Gesundheitsministerium; Begründungen und parlamentarische Debatten zu den Gesetzentwürfen für die Änderungsgesetze zur Allgemeinen Krankenversicherung von 1998 und 2002, für das Gesetz über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds von 2003, für das Gesetz über Gesundheitsleistungen aus öffentlichen Mitteln von 2004 und für das Gesetz über gemeinnützige Tätigkeiten und die Freiwilligenarbeit von 2002; Pressemitteilungen des Ministeriums für Wirtschaft und Arbeit und Berichte des Ministeriums für Sozialpolitik zur Vorbereitung des Nationalen Entwicklungsplans 2007-2013 und zum Aktionsprogramm Bürgergesellschaft.

## **Die Diskussion von Patienten- und Bürgereinbindung in Deutschland**

### Charakteristik und Entwicklung der Diskussion

Die deutsche Diskussion um Patienten- und Bürgerbeteiligung an Entscheidungsprozessen war in den 1990er Jahren zunächst wissenschaftlich geprägt und auf individuelle Patientenrechte orientiert, bevor Patienten- und Bürgerbeteiligung quasi zusammen mit dem Regierungswechsel 1998 zum politischen Thema wurde, und die Diskussion sich auch auf kollektive Beteiligungsrechte fokussierte.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen legte mit seinem Jahrgutachten von 1992<sup>197</sup> bereits die Richtschnur in der Debatte um die Bündelung von Patientenrechten in einem Dokument, das von Seiten der Ärzteschaft schließlich 1999 als „Charta der Patientenrechte“ durch die Bundesärztekammer vorgestellt wurde und zeitgleich von der Gesundheitsministerkonferenz (der Länder) in Form einer Deklaration „Patientenrechte in Deutschland heute“ formuliert wurde. Auch die Bundesregierung legte als Ergebnis einer Arbeitsgruppe im Jahr 2002 eine so genannte Charta der „Patientenrechte in Deutschland“ vor, ein Leitfaden für Patienten und Ärzte über individuelle Patientenrechte in der Gesundheitsversorgung.

---

197 SVRKAiG 1992.

Kollektive Patientenbeteiligung an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen wurde erst später – vor allem vertreten durch Francke und Hart in ihren Gutachten von 1999 und 2001 und den Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen in den Gutachten von 2000/2001 und 2003 – wissenschaftlich und öffentlich-politisch thematisiert, und mündete dann bald in eine Institutionalisierung von Beratungsbeteiligung in der gemeinsamen Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (2003). Patienten- und Bürgerbeteiligung wurde aufgegriffen durch und knüpft auch an an die breitere Debatte um die Entwicklung einer Bürgergesellschaft, die die Enquête-Kommission des Bundestags zur „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ zwischen 1999 und 2002 initiiert hat.

Bei den großen Parteien in Deutschland ist die gesundheitspolitische Diskussion seit Anfang der 1990er Jahre relativ einheitlich von Finanzierungsfragen und marktökonomisch orientierten Lösungsansätzen geprägt. Die freie Wahl der Krankenkassen, der Kassenwettbewerb um Versicherte sowie Anreize für die einzelnen Akteure, mit Leistungen und Ausgaben sparsam umzugehen, bilden den Kern dieser Politik. Mit der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 hat ein Paradigmenwechsel in Richtung einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens stattgefunden<sup>198</sup>, der sich auch nach dem Regierungswechsel von einer konservativ-liberalen zu einer rot-grünen Koalition fortgesetzt hat. Die Verabschiedung und die Debatte bereits des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 und erneut des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes von 2003 durch eine Stimmenmehrheit der Abgeordneten von CDU/CSU und SPD unter der jeweiligen Beteiligung der Abgeordneten der FDP bzw. von Bündnis 90/Die Grünen zeugen von einer programmatischen Übereinstimmung in gesundheitspolitischen Fragen der politischen Parteien in Deutschland. Ein neuer Aspekt der rot-grünen Gesundheitspolitik ist darüber hinausgehend die Hinwendung zur konkreten Krankenversorgung: die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Stärkung der Prävention, die Unterstützung der Patientenselbsthilfe und die Stärkung bzw. Einführung von individuellen und kollektiven Patientenrechten.<sup>199</sup>

Obwohl Patienten- und Bürgerbeteiligung ihren Rückhalt ursprünglich vor allem bei den Grünen fand<sup>200</sup>, haben auch die anderen Parteien dieses Thema schnell für sich entdeckt und adaptiert.

### Konzept: „Eigenverantwortung“

Patienten- und Bürgerbeteiligung meint in der deutschen Debatte die individuelle und kollektive Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen auf

---

198 Gerlinger 2002, S. 126-129; Hartmann 2003, S. 263; Brandhorst 2003, S. 212-214; Kania/Blanke 2000; vgl. Bandelow/Schubert 1998.

199 Hartmann 2003; Gerlinger 2002; Brandhorst 2003.

200 Vgl. Bündnis 90/Die Grünen 2002, S. 66-67, 80-85.

Mikroebene und auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Sollte der Patient als *Versicherter* mit seiner Wahlentscheidung für eine bestimmte Krankenkasse in den 1990er Jahren ins Zentrum der wettbewerblichen Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung rücken, bezieht sich Beteiligung heute parteiübergreifend auf den Patienten als expliziten *Verbraucher* und Verantwortlichen für die eigene Gesundheit und auf Patientengruppenvertreter. Das Motto der rot-grünen Bundesregierung „Der Patient steht im Mittelpunkt“ markiert außerdem einen spezifischen Fokus auf Patienten: Nicht so sehr um die politische Beteiligung von potentiell kranken Bürgern, sondern um funktionelle Beteiligung an spezifischen versorgungsbezogenen Problemfeldern und nicht zuletzt um die individuelle Beteiligung an Behandlungsentscheidungen und genauer: um die Beeinflussung des Verhaltens der Nutzer geht es den Akteuren in der Debatte. Eine Verbesserung von Versichertenbeteiligung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung wird dagegen kaum noch thematisiert.

Charakteristisch für die Patientenbeteiligungsdebatte ist im deutschen Fall, dass bestehende Entscheidungsstrukturen nur marginal verändert werden sollen. Die Erweiterung der Entscheidungsträger in der Selbstverwaltung um eine so genannte dritte Bank wird abgelehnt (wenngleich sie für die Zukunft nicht ausgeschlossen ist), Patientenvertreter werden nur initiativgebend und beratend eingebunden. Charakteristisch ist auch, dass Patienten bzw. Verbrauchern mehr Auswahlmöglichkeiten zwischen Ärzten, Kassen, Krankenhäusern und nunmehr auch Versorgungsformen geboten werden sollen, während an ihre Eigenverantwortung für Gesundheitserhaltung und Krankheitskosten appelliert wird. Patientenbeteiligung ist insofern aktivierend und individualisierend konzipiert.

## Kontext

Die Debatte um die Reform des Gesundheitswesens in Deutschland, deren Bestandteil die Diskussion um Patientenbeteiligung bildet, konzentriert sich auf Maßnahmen zur Ausgabenreduzierung in der Gesundheitsversorgung, auf die Erhöhung ihrer Wirtschaftlichkeit und Effektivität durch mehr Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten bei gleichzeitiger Qualitätssicherung unter der Maßgabe, eine möglichst umfangreiche Gesundheitsversorgung für alle Versicherten zu gewährleisten. Seit der Einführung von Zuzahlungen der Patienten für Medikamente in den 1980er Jahren sollen finanzielle Anreize die Patienten als „Verbraucher“ zu einer kostenbewussten Nachfrage und seit Ende der 1990er Jahre auch (wieder) zu einem gesundheitsfördernden Verhalten anreizen, um so Gesundheitsausgaben in der Versorgung einzusparen.

## Patient und Bürger

Der Patient wird in erster Linie abstrakt betrachtet – als mehr oder weniger bereits entscheidungsfähiger und aktiver bzw. noch zu befähigender Verbrau-

cher in einem Markt für Gesundheitsversorgung, für dessen vernünftige Entscheidungen im Sinne der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit Voraussetzungen durch die Politik geschaffen werden müssen. Dazu werden vor allem objektive und zuverlässige Informations- und Beratungsangebote gezählt.

In zweiter Linie bleibt der Patient allerdings ein durch Arzt- und Patientenrecht zu schützender Kranker und Leidender in der konkreten Arzt-Patienten-Beziehung. Diesen Kranken gilt es zum Umgang mit (chronischen) Erkrankungen zu befähigen und als Partner oder Ko-Produzenten des Gesundungsprozesses einzubinden.

Patientenvertreter repräsentieren von bestimmten chronischen Krankheiten betroffene Patientengruppen oder sprechen für potentiell kranke Bürger, die sich in der Krankenbetreuung engagieren.<sup>201</sup>

## Beteiligung

Beteiligung wird sowohl individuell als auch kollektiv betrachtet.

Individuelle Patientenbeteiligungsmöglichkeiten werden gesehen in der Mitsprache bei Behandlungsentscheidungen und in Wahlmöglichkeiten bei Ärzten, Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen, Krankenkassen, Versicherungsschutz und Versorgungsprogrammen.

Unter „Mitsprache in der Gesundheitspolitik“, der „Mitbestimmung“ oder „Beteiligung“ in den Selbstverwaltungsgremien der GKV werden konkret Anhörungen, Informiertwerden oder Antragsrechte (d.h. Verfahrensbeteiligung) von Patientenorganisationen in den Bundesausschüssen verstanden. Als Patientenmitsprache gilt auch die Berufung und Tätigkeit einer Patientenbeauftragten auf Bundesebene.

## Ziele

Patientenbeteiligung und die Übernahme von Eigenverantwortung durch Patienten und Bürger implizieren in der deutschen Beteiligungsdebatte sowohl demokratische Mitsprache bei Entscheidungen als auch finanzielle Selbstbeteiligung in der Gesundheitsversorgung. Entsprechend zielt Beteiligung auch in doppelter Weise auf die Sicherung der Funktionsfähigkeit bzw. der finanziellen Basis wie auch der Akzeptanz des Gesundheitssystems bei den Patienten und Bürgern. Auch umgekehrt wird argumentiert, dass eine zunehmende finanzielle Beteiligung der Patienten per Zuzahlungen auch deren kollektive Mitsprache jenseits von Sozialwahlen notwendig mache, um Akzeptanz und Legitimität des Sozialversicherungssystems nicht zu gefährden. Individuelle und kollektive Patientenbeteiligung und Mitverantwortung an der Gesundheitsversorgung soll auch ganz konkret zur Verbesserung der Effektivität, der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Krankenbehandlung beitragen.

---

201 Gemeinsam werden alle drei Rollen Aspekte des Patienten (Verbraucher, Ko-Produzent, Bürger) nur von Bündnis 90/Die Grünen explizit angesprochen.

Rechtswissenschaftler haben darauf hingewiesen, dass eine kollektive Patientenbeteiligung in den Entscheidungsgremien der funktionalen Selbstverwaltung notwendig sei, um die bestehenden Defizite der demokratischen Legitimation in Form einer mangelhaften interessengerechten Beteiligung bzw. einer Mißachtung des Korrespondenzgebots auszugleichen.<sup>202</sup> Inwiefern diese Argumente von der Politik aufgegriffen werden, ist unklar; explizit werden sie nicht genannt.

## Die Diskussion von Patienten- und Bürgereinbindung in Finnland

### Charakteristik und Entwicklung der Diskussion

Während Patientenbeteiligung an Behandlungsentscheidungen erstmalig Ende der 1970er Jahre im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten in Lehrkrankenhäusern und von psychisch Kranken in geschlossenen Anstalten thematisiert wurde und ihre Diskussion im Patientenrechtsgesetz von 1992 kulminierte<sup>203</sup>, wurde Bürgerbeteiligung in Politik und Verwaltung einerseits schon länger diskutiert und zwar bereits in den 1980er Jahren unter den Stichworten Sozialkundenbeteiligung, Dezentralisierung und Nachbarschaftsdemokratie.<sup>204</sup> Andererseits ist Bürgerbeteiligung aber vor allem aktuell geworden in Diskussionen im Vorfeld des Gemeindegesetzes von 1994, der Grundrechtsreform von 1995 und der neuen Verfassung von 1999, an die auch die Beteiligungsprogramme (*Osallisuushanke, Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelma*) der Regierungen von Lipponen und Vanhanen anknüpfen.<sup>205</sup>

Parteiübergreifend besteht in Finnland Einigkeit hinsichtlich der Ziele und Grundprinzipien des finnischen Gesundheitssystems. Die Sicherung der gleichen Zugänglichkeit (*saataavuus*) der öffentlichen Gesundheitsdienste für alle Bürger ist ein Hauptziel aller finnischen Koalitionsregierungen.<sup>206</sup> Um das skandinavische Wohlfahrtsstaatsmodell mit seinen steuerfinanzierten und öffentlich bereitgestellten Leistungen aufrechterhalten zu können, werden jedoch Anstrengungen zur Verbesserung der Kosteneffizienz, der Qualität und einer Kundenorientierung für notwendig gehalten. Während in den Programmen der Sozial-

202 Überblick und Zuspitzung bei Schmidt-Aßmann 2001, S. 82-95; Kern/Troche/Beske 2000, S. 5, 9.

203 Kokkonen 1997, S. 70; Kokkonen 1992; Partanen 1993, S. 6-7; Partanen 1994, S. 63-64; Lah-ti 2000, S. 80.

204 „Sosiaalihuollon osallistuminen“, „alueellistaminen“ und „lähidemokratia“, z.B. bei Sipilä 1987 und Kuikka 1985.

205 Einen Überblick geben Niiranen 1997b, S. 244; Sutela 2001, S. 382; Ryyänänen 1999, S. 213-215.

206 Darunter die Mitte-links-Regierung unter Holkeri (1987-1991), die Mitte-rechts-Regierung unter Aho (1991-1995), die beiden Regenbogen-Koalitionen unter Lipponen (1995-2003), und die Mitte-rechts-Regierung unter Vanhanen seit 2003.

demokratischen Partei (SDP) die Grundvorstellungen der nordischen Wohlfahrtsstaaten am deutlichsten formuliert sind („bürgernahe öffentliche Dienste“), setzen die beiden anderen großen Parteien, die Sammlungspartei (Kansallinen Kokoomus) und die Zentrumsparlei (Keskustapuolue) auf mehr individuelle Wahlfreiheiten bei der Arzt- und Krankenhauswahl, Wirtschaftlichkeit, Wettbewerb und private Leistungsangebote im Gesundheitswesen. Einheitlich werden von allen Parteien ein Ausbau des Servicecharakters der öffentlichen Sozial- und Gesundheitsdienste und Qualitätsverbesserungen gefordert.

### Konzept: „Dialog“ im System

Beteiligung von Patienten und Bürgern im Gesundheitswesen in der finnischen Debatte bezieht sich auf zwei Ebenen und unterschiedliche Ansätze, denen im Kern ein pluralistisches Demokratiekonzept zugrundeliegt.<sup>207</sup> Unterschieden wird zwischen Bürgereinbindung in politische Entscheidungen, Patienteneinbindung in der individuellen Krankenversorgung, Kundenbeteiligung in Versorgungseinrichtungen und – weniger akzentuiert in der Gesundheitsversorgung als bei anderen Sozialleistungen – Bürgereinbindung in Verwaltungsentscheidungen.

Bürgerbeteiligung im politischen Prozess spricht unterschiedliche Auffassungen von Demokratie an. Favorisiert wird über alle Parteien hinweg die traditionelle repräsentative Demokratie, in der die Bürger über Abgeordnetenwahlen an Entscheidungen beteiligt sind. Diese Form bedürfe der Ergänzung durch direkte Einflussmöglichkeiten für betroffene Bürger, über deren Realisierung wiederum im Rahmen der repräsentativen Demokratie, wie z.B. durch den Gemeinderat, zu entscheiden sei. Aber auch die Verbindungen zwischen Bürgern und ihren Abgeordneten gelte es zu stärken. Dabei wird auf Dialog (*vuorovaikutus/vuoropuhelu*), auf Anhörungen und öffentliche Diskussionen gesetzt.

Für die Versorgungspraxis bleibt jedoch die Patientenbeteiligung in Gesundheitseinrichtungen und in der Arzt-Patienten-Beziehung von herausragender Bedeutung. Entscheidungen über die Behandlung und Pflege von Patienten sollen im gemeinsamen Einverständnis (*yhteisymmärryksessä*) zwischen Patient und Arzt oder Pfleger getroffen werden; auch hier wird der Dialog und das Interesse an guten Beziehungen in den Vordergrund gestellt.

Die Thematisierung von Bürgerbeteiligung in der Verwaltung und in öffentlichen Einrichtungen ist Ausfluss von Modernisierungsbemühungen, die seit den 1980er Jahren in Finnland Elemente des New Public Management wie Markt- und Serviceorientierung, Effektivitätsstreben, Qualitätsentwicklung und – nicht zuletzt – Kundenorientierung aufgegriffen haben. Insofern wird Bürgerbeteiligung in Behörden und öffentlichen Einrichtungen als Kundenbeteiligung (*asiakasallisuus*) verstanden, die sich insbesondere in Umfragebeteiligung und Feedback über den Verwaltungs- oder Versorgungsservice zwischen Verwaltungsbeamten bzw. öffentlichen Angestellten im Versorgungswesen auf der einen Seite und so genannten Kunden auf der anderen Seite ausdrückt. Die spezifisch ver-

207 Niiranen 1997 b, S. 245.

waltungsbezogene Diskussion um Bürgerbeteiligung an administrativen Entscheidungen bezieht sich in der Regel allerdings nicht auf die Behandlung von Kranken, sondern auf (Alten-)Pflegeleistungen, während die versorgungsbezogene Diskussion um Beteiligung dagegen hauptsächlich auf eine spezifische Beteiligung von Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung und vor allem auf Patientenrechte fokussiert. Dennoch gibt auch die Verwaltungsmodernisierungsdebatte Aufschluss über die Perspektive auf Patienten und Bürger im finnischen Gesundheitssystem.

Charakteristisch für die verschiedenen Vorstellungen von Bürger- und Patienteneinbindung ist im finnischen Fall, dass die Letztentscheidungsverantwortung und -befugnis weder der Politiker, der Beamten noch der Ärzte angefochten wird und Betroffenenbeteiligung ihrer Wissenserweiterung dient, um die Gesundheitsversorgung besser den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen. Beteiligung ist insofern aufgeklärt-paternalistisch gedacht. Diese Beobachtung deckt sich mit der These Kettunens und Kiviniemis, dass der skandinavische Wohlfahrtsstaat strukturell wenig Raum für eine aktive Beteiligung von Bürgern lasse.<sup>208</sup> Salmela erkennt im Trend zur Kunden- und Verbraucherperspektive daher auch eine gewisse Kontinuität in der Passivität.<sup>209</sup> Nicht der aktiv und kollektiv mitentscheidende politische Bürger sei gefragt, sondern eher der begrenzt und einzeln für sich entscheidende Kunde und Verbraucher.<sup>210</sup>

## Kontext

Patientenbeteiligung und Bürgereinbindung wird in unterschiedlichen Kontexten diskutiert, gemeinsam ist ihnen die Sorge um den Erhalt des finnischen Wohlfahrtsstaates, seiner Strukturen (Demokratie) und Ziele (Gleichheit).

Die Beteiligung von Patienten an Behandlungs- und Pflegeentscheidungen gilt zusammen mit dem Recht auf Gesundheitsversorgung und Beschwerderechten als grundrechtsähnliches und unanfechtbares individuelles Recht. Patientenbeteiligung wird angesprochen unter den Gesichtspunkten der Stärkung der Patientenposition, der Rechtssicherheit in den Beziehungen zwischen Ärzten, Pflegern und Patienten, aber auch der Sicherung eines gleichen Niveaus der Gesundheitsversorgung in den Gemeinden, das in Gefahr gewährt wird infolge der Staatszuschussreform von 1993. Die damit verbundene gesetzliche Stärkung der Gemeinden durch Machtdevolution von der zentralstaatlichen auf die lokale Ebene galt in den frühen 1990er Jahren zugleich einer Förderung bürgernaher Politik und der lokalen Demokratie.

208 Kettunen/Kiviniemi 2000, S. 47; Rättilä 2001, S. 197; Sutela 2001, S. 382.

209 Salmela 1996, S.137. Vgl. auch Stjernø (1998, S.126), der die Verwirklichung einer Nutzerdemokratie in den öffentlichen Sozialeinrichtungen generell verneint.

210 Kettunen/Kiviniemi 2000, S. 54; Salmela 1996, S. 165; Rättilä 2001, S. 202-203; Sutela 2001, S. 387; Niiranen 1998, S. 329.

Direkte Bürgerbeteiligung in den Gemeinden wird diskutiert im Zusammenhang einer perzipierten Krise der repräsentativen Demokratie in den Gemeinden, die sich in geringer Wahlbeteiligung ausdrückt.

Nicht zuletzt wird Bürgerbeteiligung aber auch thematisiert als eine Form der Aktivierung und Verantwortungsübertragung für Wohlfahrtsprojekte. Damit verbunden sind auch Sparpotentiale für die öffentlichen Haushalte als Antwort auf die finnische Rezession ab 1993 und unter dem Einfluss von Ökonomisierungstrends im öffentlichen Sektor seit den 1980er Jahren.<sup>211</sup>

### Patient und Bürger

In der finnischen Beteiligungsdebatte ist von Patienten in der individuellen Gesundheitsversorgung, von Kunden in Gesundheitseinrichtungen, von Gemeindebewohnern als Nutzern oder Kunden der kommunalen Versorgungsangebote und als Bürger in der Politik die Rede. Die vermehrte Verwendung des Kundenbegriffs ist Ausdruck des in den 1980er Jahren aufgekommenen Dienstleistungsgedankens in der öffentlichen Sozial- und Gesundheitsversorgung im Sinne einer stärkeren Ausrichtung der Art und Weise der Leistungserbringung an Nutzerwünschen und damit einer besseren Versorgungsqualität.

### Einbindung/Beteiligung

Bürgerbeteiligung meint im finnischen Diskurs zunächst indirekte Beteiligung an Entscheidungen über politische Wahlen und Abgeordnete sowie über die Lobbyaktivitäten von Bürgerorganisationen bzw. Wohlfahrtsverbände. Direkte Bürgerbeteiligung könne darüber hinaus, quasi in einem zweiten Schritt, innerhalb der bestehenden demokratisch-repräsentativen Ordnung oder organisationsinternen indirekte Beteiligung ergänzen. Dazu werden (beratende) Bürgerabstimmungen, Bürgerbegehren, Anhörungen, die Einbindung von Bürgerorganisationen im Planungsprozess, d.h. im administrativ geprägten Vorfeld von Entscheidungen oder Gesetzesinitiativen, und weiterhin Veranstaltungen zum Informationsaustausch oder auch die Einräumung von Meinungsforen für Bürger im Internet gezählt. Hier wird vor allem auf Umfrage-, Verfahrens- und Beratungsbeteiligung gesetzt.<sup>212</sup>

Außerdem werden Patienten und Bürger als Kunden in einer „Kundendemokratie“ (*asiakasdemokratia*) in Verwaltungen und Versorgungseinrichtungen angesprochen, in der ihnen die Möglichkeit zur Einwirkung auf Versorgungs-

---

211 Diese ökonomischen Ursachenzusammenhänge betonen insbesondere Kettunen/Kiviniemi 2000, S. 46-47. Auch Rättilä 2001, S. 197; Sutela 2001, S. 382.

212 Unterschieden werden insgesamt vier verschiedene Beteiligungsweisen, die Patienten und Bürger in bestimmten Rollen und Funktionen ansprechen (STM 1998, S. 18; VM 2001, S. 9): Wissens- und Umfragebeteiligung (tietoosallisuus), Beratungsbeteiligung (konsultaatio-osallisuus), Entscheidungsbeteiligung (päätösosallisuus), Umsetzungsbeteiligung (toimeenpano-osallisuus). Vgl. Koski 1995, S. 19-39; Mutanen 2002, S. 107-108.

modalitäten und -qualität über Beschwerdemöglichkeiten und Umfragebeteiligung (Fragebögen) gegeben werden soll.<sup>213</sup> Beteiligung an der Verwaltung wird definiert als Dialog und Informationsaustausch, indem Kunden bessere Rückmeldungen auf ihre Eingaben und Anregungen erhalten, genauer über den Stand der Entwicklung der Verwaltung und von Entscheidungsprozessen informiert werden und Antworten auf ihre Anfragen bekommen.

Eine Beteiligung von Patienten an Entscheidungsprozessen wird allein auf persönliche Fragen und die medizinische Behandlung bezogen, über die Patienten und Ärzte im „gemeinsamen Einvernehmen“ (*yhteisymmärryksesä*) entscheiden.

Auch Wahlmöglichkeiten bezüglich des Arztes oder der Versorgungseinrichtung werden immer wieder von allen Akteuren gefordert und wurden in den 1990er Jahren relativ breit diskutiert.<sup>214</sup>

## Ziele

Mit Bürgerbeteiligung sind ebenso unterschiedliche und zum Teil widersprüchliche Zielsetzungen verbunden wie es die dahinter aufscheinenden Konzepte und Rollenvorstellungen sind.<sup>215</sup>

Der Ausbau von Bürgerbeteiligung in der Politik wurde angestrebt mit dem Ziel, die repräsentative Demokratie in Finnland funktionstüchtig zu erhalten und damit zu sichern. Durch direkte Bürgereinbindung, mehr Transparenz des politischen Entscheidungsprozesses und der Stärkung der Position von Bürgerorganisationen als Mittler zwischen Gesellschaft und Politik soll dem Desinteresse der Bürger an der Kommunalpolitik begegnet werden, das sich in den 1990er Jahren in sinkender Wahlbeteiligung widerspiegelte. Die repräsentative Demokratie, so wird argumentiert, müsse sich auf eine lebendige Zivilgesellschaft und die Partizipation und Integration aller Bürger stützen, um attraktiv zu bleiben.

Die Erweiterung von Bürgereinbindungsmöglichkeiten in der Kommunalpolitik durch das Gemeindegesezt zielte auf die Sicherung der Akzeptanz und Legitimität von Entscheidungen und der politischen und administrativen Ordnung als Folge einer besseren Responsivität gegenüber Bürgerwünschen, wenn Bürger stärker in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Es gelte, eine solche Entscheidungs- und Vorbereitungskultur zu schaffen, „in der das repräsentative System vor der Entscheidungsfindung ausreichend sorgfältig und gleichgewichtig die Ansichten der unterschiedlichen Interessengruppen und Bürger ermitelt.“<sup>216</sup>

213 Vgl. Sutela (in: Spåre 2001, S. 33) zum Verhältnis zwischen direkter Bürgerbeteiligung und Kundendemokratie, wobei Beteiligung über Umfragebeteiligung hinausgeht bis hin zur Entscheidungsbeteiligung.

214 Pekurinen/Punkari/Pokka 1997, S. 1.

215 Niiranen 1997a. S. 137-138; 1997b, S. 244-245.

216 Regierungsvorlage zum Gesetzentwurf des Gemeindegeseztes, Yleisperustelut I/II, Punkt 3.6.2: „... , jossa vastuunsa kantava edustuksellinen järjestelmä selvittää ennen päätöksentekoa

Kunden- und Bürgerbeteiligung an der Planung und an Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung dient ebenso der Erhöhung des öffentlichen Interesses an Fragen zur Bereitstellung und Finanzierung der Versorgungsangebote wie auch der Verantwortung für die Erhaltung der eigenen Gesundheit. Kundenorientierung in den öffentlichen Diensten und der Verwaltung stellt darauf ab, Anregungen der Kunden aufzugreifen, um so Qualität und Effektivität der Leistungsprozesse zu verbessern.

Das Patientenrechtsgesetz zielte auf die Stärkung der rechtlichen Stellung des einzelnen Patienten in der Gesundheitsversorgung und langfristig auf einen Einstellungswandel der Ärzte und Pfleger gegenüber dem Patienten. Indem der Patient seiner Entscheidungsmitverantwortung bewusst wird, sollen die Bindung an Behandlungsentscheidungen (compliance), Behandlungserfolge und Zufriedenheit erhöht werden. Auch das explizit genannte Ziel, Rechtssicherheit sowohl für Patienten als auch für Ärzte und Pfleger zu schaffen und dadurch „vertrauensvolle Beziehungen“ zwischen Patienten und ihren Ärzten oder Pflegern zu erhalten, steht im Zeichen der Systemstabilisierung.

## Die Diskussion um Patienten- und Bürgerbeteiligung in Polen

### Charakteristik und Entwicklung der Diskussion

Die polnische Diskussion um Patienten und Bürger im Gesundheitswesen ist seit Ende der 1980er Jahre stark auf Patientenrechte und ihre – oft mangelhafte – Realisierung konzentriert. Nach der rechtlichen Festschreibung von Patientenrechten im Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen von 1991 wurden in den 1990er Jahren mehrmals erfolglose Anläufe gemacht, ein eigenes Patientenrechtsgesetz zu verabschieden, um damit zur Verbesserung der Patientenrechtssituation in den Versorgungseinrichtungen beizutragen.<sup>217</sup> Der Kampf um Patientenrechte und ihre Umsetzung in der Gesundheitsversorgung bleibt wohl weiterhin ein wichtiges Thema in der Wissenschaft und in den Medien.<sup>218</sup>

Zu den Patientenrechten wird explizit auch das Grundrecht auf Gesundheitsleistungen und auf gleichen Zugang aller Bürger zu Gesundheitsleistungen gerechnet.<sup>219</sup> Als Patientenrecht wird schließlich auch die freie Wahl des Arztes und des Krankenhauses gewertet, die schon früh politisch

---

riittävään huolellisesti ja tasapuolisesti eri intressipiiriin ja kuntalaisten näkemykset.“ (eigene Übersetzung, IMR).

217 Zgryzek 1995, S. 111; Sabbatówna/Halik 1994, S. 40; Brzeziński 1996, S. 19; Dołowska 1996.

218 Karwat 1996; Karwat 1998; Dołowska 1999; Piotrowski 2000; Halik 2001; Ostrowska 2002.

219 Halik 1997, S. 7; Halik/Sabbat 1993, S. 94; Tymowska 1993, S. 24; Ostrowska 1996, S. 89.

propagiert und zum unabdingbaren Element einer Gesundheitsreform geworden ist. Daher ist die polnische Diskussion um die Realisierung von Patientenrechten eng mit der Debatte um die Reform des Gesundheitssystems verknüpft, wird doch das Gesundheitssystem danach beurteilt, inwieweit es die Versorgungsansprüche der Bürger tatsächlich garantiert. Gerade hierbei haben sich bisher große Mängel offenbart. Nachdem auch öffentlich immer wieder auf die Nichtvereinbarkeit der Gesundheitsgesetzgebung und der Versorgungsrealität mit dem Verfassungsartikel 68 verwiesen wurde<sup>220</sup>, insbesondere wurde das Fehlen eines garantierten Leistungskatalogs bemängelt<sup>221</sup>, hat schließlich das polnische Verfassungsgericht im Januar 2004 das Gesetz über den Nationalen Gesundheitsfonds in weiten Teilen für nichtig erklärt.<sup>222</sup> Ende August desselben Jahres ist daher ein neues Gesundheitsgesetz verabschiedet worden, das die staatliche Verantwortung für eine einheitliche Gesundheitsversorgung besser gewährleisten soll und dennoch eine versicherungsförmige Finanzierung der Leistungen – neben staatlichen Hilfen – beibehält.

In der langjährigen Debatte in den 1990er Jahren um eine grundlegende Gesundheitsreform, die sich vor allem auf die Ausgestaltung der Finanzierung konzentrierte, war kollektive Patienten- und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen kein Thema. Allerdings implizierte die Idee einer Selbstverwaltung der Versicherung – gemäß des deutschen Vorbilds – auch in Polen eine wie auch immer auszugestaltende Versichertenbeteiligung in den Krankenkassen.<sup>223</sup> Im Laufe der Debatte um das Gesundheitssystem wurde aus der regionalen Kassenselbstverwaltung (*samorządność*) eine Selbständigkeit (*samodzielność*) der regionalen Fondsabteilungen. Versicherte sollten zunächst<sup>224</sup> durch von ihnen gewählte Versichertenvertreter in den entscheidungsbefugten Räten der regionalen Kassen repräsentiert werden, werden aber seit Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1999<sup>225</sup> formal repräsentiert durch von unterschiedlichen Institutionen (Wojwodenschaftsparlament, Gesundheitsminister, Kreis- und Gemeinderäte bzw. -verwaltungen) ernannte Vertreter in den seit 2003 nur mehr als Beiräte fungierenden Räten. Als Hinweis auf eine Versichertenbeteiligung ist geblieben, dass die zu ernennenden Personen zugleich Versicherte der betreffenden regionalen Kassen bzw. Abteilungen sein müssen. Eine tatsächliche Vertretung von Versicherteninteressen ist damit in Polen nie realisiert worden, auch wenn die Bezugnahme auf eine Versichertenvertretung rhetorisch präsent bleibt.

Kollektive Bürgerbeteiligung bzw. die explizite Einbindung von Bürgerorganisationen in politische und administrative Entscheidungsprozesse

---

220 u.a. Sanetra 1998; Malanowska 1999.

221 Legutko 2001; Iżycka-Rączka 2002.

222 Rzeczpospolita vom 08.01.2004, S. A1 u. C4; Jończyk 2004, S. 7-9.

223 Włodarczyk 2003, S. 183; Chmielewski 2001.

224 Gesetz über die Allgemeine Krankenversicherung von 1997.

225 Änderungsgesetze zur Allgemeinen Krankenversicherung von 1998 und 2002.

wird im postsozialistischen Polen erst seit wenigen Jahren (an)erkannt und inzwischen auch – als Teil eines staatlichen Modernisierungs- und Entwicklungsprogramms – diskutiert und gefördert.

Die gesundheitspolitische Reformdebatte zwischen 1990 und 2004 ist gekennzeichnet durch eine parteiübergreifende Einigkeit in der Befürwortung von Markt- und Wettbewerbselementen im Gesundheitswesen und ebenso der staatlichen Verpflichtung, eine gleiche Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu garantieren. Keine Partei, weder die links angesiedelten SLD (Demokratischer Linksbund) und PSL (Polnische Volkspartei), die 1993-1997 die Regierung stellten, noch die eher rechts zu verortenden AWS (Wahlbündnis Solidarność) und UW (Freiheitsunion), die zwischen 1997 und 2001 regierten, besaß ein dezidiert abgrenzbares eigenes Reformkonzept, das Kompromißlösungen im Wege stand. Dennoch mangelte es an Kompromißfähigkeit und -willen bei der gesetzlichen Verabschiedung von Reformen, so dass das 1997 verabschiedete Gesetz über die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung nach dem Regierungswechsel 1998 noch einmal novelliert wurde. Włodarczyk zufolge bestand und besteht ein Grundproblem im Fehlen klarer und konsistenter strategischer Reformziele, so dass jede Veränderung im politischen System – aber auch jegliche auftauchenden Probleme – erneute grundlegende Änderungen im Gesundheitssystem hervorbringen können und tatsächlich in den folgenden Jahren nach Einführung der Krankenversicherung auch gebracht haben.<sup>226</sup> Die im Parlament nach den Wahlen von 2001 vertretenen Parteien, die erneut eine linke Koalitionsregierung unter Führung der SLD an die Macht brachten, unterstützten zwar noch weiterhin Wettbewerbselemente auf Anbieterseite im Gesundheitswesen, votierten jedoch 2003 mehrheitlich für eine Abschaffung des Krankenkassensystems und ein erneute starke zentralstaatliche Rolle in der Gesundheitspolitik und bei der Kontrolle der Finanzierung.

### Konzept: Autonomie und „Dialog mit dem Bürger“

Patienten- und Bürgerbeteiligung im polnischen Gesundheitssystem wird diskutiert als Stärkung der Position des Patienten in der medizinischen Versorgung und als Sicherung des (gleichen) Zugangs aller Bürger zur Gesundheitsversorgung. Ersteres zielt auf die Anerkennung des Patienten als autonomes Individuum mit bestimmten Grundrechten, als Subjekt (*podmiotowość*) in Abgrenzung zur bisher in der polnischen Gesundheitspflege üblichen Rolle des Patienten als Objekt von Medizinern und Verwaltungsbeamten. Der Stärkung des Patienten in der Versorgung dient dabei nicht nur die Einführung von Patientenrechten und die institutionelle Aufsicht über deren Einhaltung durch Patientenrechtsbeauftragte und mittels Klage- und Beschwerderechten, sondern ebenso die Einführung der freien Wahl von Ärzten und Gesundheitseinrichtungen. Eine Verbesserung der Versorgungssicherheit soll auch nach dem Bruch mit der sozialistischen Vergangenheit durch ein staatlich

---

<sup>226</sup> Włodarczyk 1999, S. 28, Włodarczyk 2000, S. 167-168.

gewährleistetetes Versorgungssystem erreicht werden. Das 1999 gestartete Experiment einer Sozialversicherungsvariante mit konkurrierenden und sich selbstverwaltenden Krankenkassen drohte die Gleichartigkeit der Versorgung der Bürger zu gefährden und ist auch deshalb bereits 2003 beendet worden.

Eine neuer Bürgerbeteiligungsansatz, der auf die Einbindung von Bürgerorganisationen in politische und administrative Entscheidungsprozesse abzielt und nicht allein die Gesundheitspolitik betrifft, steht derzeit noch am Anfang. Das mit ihm verbundene Konzept lässt sich als Bürgerdialog bezeichnen. Dabei handelt es sich um eine Erweiterung der bisherigen Form des sozialen Dialogs bzw. der Konsultation von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden unter Ansprache auch von Bürgerorganisationen und prinzipiell allen interessierten Bürgern. Bürgerorganisationen sollen bei Konsultationen und öffentlichen Anhörungen zu bestimmten Projekten Stellung nehmen und Meinungen vorbringen können und dadurch die Politik und Verwaltung bei der Erkennung und Lösung von Problemen und auch der Umsetzung von Projekten unterstützen. Diese neue Zusammenarbeit, eine Art sozialer Partnerschaft zwischen Staat und Bürgern, soll die Effektivität und Effizienz von Politik und Verwaltung verbessern und zielt damit auch auf eine höhere Responsivität des staatlichen Handelns gegenüber gesellschaftlichen Vorstellungen.

Auffallend ist im polnischen System, dass sowohl Bemühungen um die Verankerung und Verbreitung von Patientenrechten als auch Bürgerbeteiligungsansätze von staatlicher Seite quasi als Aufklärungsprojekt initiiert werden, da bisher eine politisch aktive Patienten-, Konsumenten- oder Bürgerrechtsbewegung noch weitgehend fehlt.<sup>227</sup>

## Kontext

Patientenrechte bzw. das Recht auf eine menschenwürdige Behandlung und auf Gesundheitsversorgung werden diskutiert im Kontext des Wandels des polnischen Gesundheitsversorgungssystems – des Bruchs mit dem sozialistischen System und seiner Bevormundung von Patienten sowie der in den 1990er Jahren gewachsenen Differenzierung der Versorgung und faktischen Ungleichbehandlung der Patienten als Folge von Unterfinanzierung und der damit verbundenen verstärkten privaten Finanzierung. Eine grundlegende Reform der Finanzierung und Organisation der Gesundheitsversorgung sollte daher auch die tatsächliche Umsetzung von Patientenrechten fördern.

Die Entwicklung der Bürgergesellschaft mit den Aspekten Bürgerdialog und sozialer Partnerschaft steht im Kontext eines neuen Nationalen Entwicklungsplans, der allgemein auf die Modernisierung der polnischen Wirtschaft und Gesellschaft und eine Annäherung an westeuropäische Standards im Rahmen der EU abzielt. Eine Herausforderung wird dabei auch gesehen in

---

<sup>227</sup> Vgl. Halik/Sabbat 1993, S. 81; Sabbatówna/Halik 1994, S. 40; Iwanowicz-Palus 2000, S. 81; Małecka 2002, S. 15.

der Schaffung eines kostengünstigen, transparenten und bürgerfreundlichen Staates. Bereits die Verwaltungsreform von 1999, der zufolge staatliche Verwaltungsaufgaben dezentralisiert und an regionale und lokale (Selbst-)Verwaltungseinheiten übertragen wurden, sollte die Grundlagen für den Aufbau einer Bürgergesellschaft schaffen.<sup>228</sup>

### Patient und Bürger

Patienten und Bürger tauchen in der polnischen Diskussion in mehrfacher Gestalt auf.<sup>229</sup> Der Patient ist zum einen der schutzbedürftige Kranke im Arzt-Patienten-Verhältnis und in den Gesundheitseinrichtungen. Zugleich werden Patienten aber auch als Klienten und Nutzer von Serviceleistungen von im Wettbewerb um die Patienten stehenden Gesundheitseinrichtungen betrachtet. Es wird argumentiert, dass Patienten als Klienten über die Wahl des Arztes oder des Krankenhauses eine Entscheidung über die Qualität der Versorgung trafen, die wiederum die Vertragsabschlüsse der Krankenkasse bzw. des Gesundheitsfonds mit diesen Ärzten und Einrichtungen im Folgejahr anleite, so dass schließlich die Patienten darüber entschieden, wohin das Geld fließt: „Das Geld folgt dem Patienten“. Andererseits wird unter Verweis auf die Vorgaben der Verfassung regelmäßig auf den versorgungsberechtigten Bürger verwiesen, dem gegenüber der Staat zur Finanzierung und Gewährleistung der Gesundheitsversorgung verpflichtet sei. Dabei wird auch deutlich, dass Bürger als potentielle, versorgungsbedürftige Patienten betrachtet werden. Im Gesundheitsleistungsgesetz tauchen Patienten und Bürger seit 2004 als „Leistungsnehmer“ (*świadczenioborycy*) auf, wozu sie die polnische Staatsbürgerschaft und Einwohnerschaft berechtigen.

Die Rolle der Patienten als Versicherte und Beitragszahler wird hingegen nur im Kontext der Organisation der Krankenversicherung thematisiert.

### Beteiligung

Beteiligung im Gesundheitswesen bezieht sich in der polnischen Diskussion auf die individuelle Patientenbeteiligung im Arzt-Patienten-Gespräch in der Form von Zustimmung und Ablehnung bestimmter Behandlungen und auf die freie Wahl von Ärzten und Gesundheitseinrichtungen. Bürgerbeteiligung wird dagegen nicht mit Bezug auf das Gesundheitswesen diskutiert, sondern auf die Aktivität von Bürgerorganisationen bezogen, die allerdings in Gesundheitsfragen engagiert sein können und also Patienten- und Bürgergruppen gleichermaßen betreffen. Beteiligung wird dabei definiert als Verfahrensbeteiligung im Policy-Prozess, das heißt durch Stellungnahmen und Anhörungen, die von staatlicher Seite initiiert und gefördert werden.

---

228 Gilowska 2000, S. 24; Płoskonka 2000, S. 11.

229 Vgl. Jończyk 2004, S. 3; Taranowicz 2002, S. 81.

## Ziele

Die Stärkung von Patientenrechten zielt ab auf die Schaffung individueller (Rechts-)Sicherheit für die Patienten in der Behandlungssituation und in der Beziehung zwischen Patienten, Ärzten und dem Pflegepersonal. Bei Ärzten und Pflegern soll sie einen Bewusstseinswandel einleiten zugunsten einer partnerschaftlichen Beziehung zum Patienten, in der die individuellen Wünsche des Patienten – als Subjekt – ernstzunehmen und zu respektieren seien.

Eine Stärkung der Position von Patienten im Gesundheitswesen wird allerdings auch als ein Mittel betrachtet, die Rationalisierung und Qualität der Leistungserbringung zu verbessern. Insbesondere die freie Arzt- und Krankenhauswahl durch die Patienten kann, so wurde argumentiert, eine Verbesserung der Patientenversorgung befördern helfen.

Hinter dem in Gang zu bringenden Dialog zwischen Politik, Verwaltung und Bürgern steht allgemein die Vorstellung, die Position des Bürgers als Subjekt (*podmiotowość obywateli*) im Staat zu stärken. Die Aufforderung zur Meinungsäußerung von Bürgern und Bürgerorganisationen in Konsultationen und öffentlichen Anhörungen von Ministerien und anderen Behörden soll allen Bürgern Chancen zur Teilnahme am Gesetzgebungsprozess eröffnen, Verfahrenstransparenz und die soziale Kontrolle der Verwaltungsarbeit verbessern, ein breites Meinungsspektrum aufzeigen, und dadurch den politischen und administrativen Akteuren eine bessere Entscheidung im Sinne der Bürger ermöglichen. Die Modernisierung der Verwaltung und die Verbesserung der Qualität des Verwaltungshandelns wird verknüpft mit der Förderung eines Bürgerdialogs als Ausdruck einer Bürgerbeteiligung.

Insgesamt zielen die Ansätze der Patienten- und der Bürgerbeteiligung gleichermaßen ab auf die Stärkung der Position von Patienten und Bürgern im Gesamtsystem und auf eine funktionale Verbesserung der Systeme sowohl der Gesundheitsversorgung als auch von Politik und Verwaltung.

## Beteiligungsdiskussionen und Argumentationsmuster im Vergleich

Ein Vergleich der vorgestellten Diskussionen zur Patienten- und Bürgerbeteiligung in den drei Fällen zeigt Folgendes:

Direkte Bürgerbeteiligung in gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen wird nur eingeschränkt unterstützt. Die bisherige Art politischer Entscheidungsfindung auf der Makroebene durch Abgeordnete im Rahmen einer repräsentativen Demokratie wird in keinem Land in Frage gestellt.

In der Diskussion um Verwaltungsbeteiligung in Finnland und in den aktuellen Plänen zur Entwicklung der Bürgergesellschaft in Polen wird – ergänzend – explizit auch eine stärkere Einbindung von Bürger- und Patientenorganisationen in Gesetzesvorbereitungsprozesse im Gesundheitsministerium angestrebt. Eine solche Absicht stand in Deutschland unter anderem hinter dem Vorschlag der

Einsetzung einer Patientenbeauftragten durch die Regierung, die den Kontakt zu Patientenorganisationen halten soll.

Problematisiert wird in der finnischen Beteiligungsdebatte das Verhältnis von indirekter und direkter Demokratie (vor allem) auf Kommunalebene, auf der die relevanten Entscheidungen über Organisation und Finanzierung der Gesundheitsdienste gefällt werden. Diese Demokratie-Problematik wird in der deutschen Beteiligungsdebatte kaum angesprochen, zumal im deutschen Gesundheitswesen versorgungsrelevante Entscheidungen getrennt von der staatlichen Verwaltung, nämlich vorwiegend in der – funktionalen – Selbstverwaltung getroffen werden.

In allen Fällen wird der Einzelne im Gesundheitswesen nunmehr als Nachfrager betrachtet, in Finnland ist er zum betreuten Kunden öffentlicher Dienstleistungsunternehmen geworden, in Deutschland zum Verbraucher in einem Gesundheitsmarkt. In Polen wechselt die Rollenzuschreibung zwischen versorgungsbedürftigem Kranken und entscheidungsfähigem Klienten von Gesundheitseinrichtungen. Diese Sichtweise spiegelt den seit Ende der 1980er Jahren wirksamen Einfluss von marktökonomischen Ideen, die sich in Finnland im New Public Management-Ansatz der Verwaltungsmodernisierung niederschlagen, in Deutschland dagegen im Ein- und Ausbau von Wettbewerbselementen bei der Finanzierung und Leistungserbringung. Hierin wird deutlich, dass ursprünglich systemferne, aber nicht systemfremde, Ideen systemspezifische strukturelle und ideelle Anknüpfungspunkte und Ausgestaltungen finden. Schließlich ist sich in Deutschland der sozial Versicherte stets auch der Beitragshöhe seiner Versicherung bewusst gewesen; und auch der Patient konnte seine Zufriedenheit mit der Behandlung schon immer in der Arztwahl zum Ausdruck bringen. In Finnland hegte der Einwohner einer versorgenden Gemeinde bestimmte Erwartungen an Gemeindeleistungen als Gegenwert zu seinen Steuerbeiträgen und an die persönliche Behandlung als Anerkennung seines Bürgerstatus. In Polen dominiert dagegen der noch aus sozialistischen Zeit stammende und erneut rechtlich fixierte Versorgungsanspruch der Bürger gegenüber dem Staat, allerdings richten die Bürger und Patienten als beitragszahlende Versicherte inzwischen mehr Qualitätsansprüche an die Versorgung, die mittlerweile auch von privaten Ärzten und Gesundheitszentren angeboten wird.

Der einzelne Kranke, der wirkliche Patient, bleibt oftmals jedoch – quasi als Relikt überkommener Gesundheitsversorgungsstrukturen – Objekt der Versorgung, auch wenn er durch mehr Informations- und Mitspracherechte in der Behandlung und durch mehr Förderung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Gesundheit „zum Subjekt aktiviert“ werden soll.

Beteiligung zielt in den Diskussionen in Finnland und Deutschland auf die Sicherung und Stabilisierung des Gesundheitssystems mit unterschiedlichen Ansätzen und aufgrund unterschiedlicher Krisenperzeptionen.

In Deutschland wird die Bedrohung des Systems in der Finanzierungsgrundlage gesehen und auch vorwiegend zu ökonomischen Gegenmitteln gegriffen. Mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern um Versicherte und Patienten, aber auch mehr Kostenübernahme durch

Leistungserbringer und Patienten sollen seit den 1990er Jahren die Finanzierung der Ausgaben in der Gesundheitsversorgung sichern. Mehr Eigenverantwortung und mehr Mitsprache für die Patienten meint daher *in erster Linie* mehr Wahlmöglichkeiten. Erst mit sinkenden Akzeptanzwerten für die Gesundheitspolitik und mit der zunehmenden Unzufriedenheit der Patienten und Bürger mit steigenden Zuzahlungen wird auch die demokratische Legitimität der Gesundheitspolitik in den Blick genommen. Mitsprache meint daher *in zweiter Linie* seit kurzer Zeit auch die Einsetzung einer Patientenbeauftragten bei der Regierung. Die Verbindung von Rationalisierungszielen (Effizienz der Leistungserbringung, Effektivität der Versorgung) und die Sorge um den Erhalt der Qualität infolge von Einsparungen mit dem Ziel, die Akzeptanz des Versicherungssystems zu erhalten, schlägt sich schließlich *in einer dritten Form* von Mitsprache nieder: der Verfahrens- oder auch der Beratungsbeteiligung von Patientengruppenvertretern in der funktionalen Selbstverwaltung.

Kritische Anzeichen sind im finnischen Gesundheitssystem vielfältig; sie werden unter anderem gesehen im Einstellungswandel der Patienten und Bürger gegenüber der Bevormundung durch Ärzte oder gegenüber einer bürgerfernen Verwaltung und einer Politik hinter verschlossenen Türen, aber auch im Einspardruck, den die Rezession Mitte der 1990er Jahre auf die öffentlichen Haushalte ausgeübt hat. Als Gegenmittel gegen einen drohenden Akzeptanzverlust des politisch-administrativen Systems wird Kundenorientierung angepriesen; mehr Mitsprache und Beteiligung bezieht sich dabei vor allem auf Dialog, Informationsaustausch und Umfragebeteiligung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems.

Zielt man in der deutschen Beteiligungsdebatte auf den Erhalt eines solidari-schen Kerns des beizubehaltenden und (finanziell) anzupassenden Versicherungssystems, geht es in der finnischen Beteiligungsdiskussion um den Erhalt der demokratischen und egalitären Grundlagen des beizubehaltenden und qualitativ zu verbessernden Versorgungssystems.

Die Diskussion in Polen steht noch ganz im Kontext und unter dem Eindruck des postsozialistischen Wandels des Gesundheitssystems und des politischen und administrativen Systems. Patienten- und Bürgerbeteiligung ist daher sowohl funktional als auch demokratisch konzipiert – mit dem Ziel einer Verbesserung sowohl der Systeme und ihrer Leistungsfähigkeit als auch der Position von Patienten und Bürgern darin.

In allen Fällen sind normative und funktionale Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung miteinander verknüpft, wobei sich Unterschiede in den Prioritäten und bei den Schwerpunkten des funktionalen Einsatzes von Beteiligung ergeben. In Finnland und in Polen dominiert die normative Zielsetzung vor der funktionalen; und auch der funktionale Einsatz von Patienten- und Bürgerbeteiligung („Dialog“) zur Anpassung der öffentlichen Verwaltung und des Versorgungssystems geschieht im Hinblick auf die Zufriedenheit der Bürger. In Deutschland richtet sich die dominierende funktionale und auch partikularistische Patienten- und Bürgerbeteiligung auf das Gesundheitsversorgungssystem und sein Funktionieren; auf das Gemeinwohl bzw. das Wohl aller wird in der

---

Diskussion um Gesundheitsreformen hauptsächlich als Slogan ohne reale Basis („Der Patient steht im Mittelpunkt“) verwiesen. Die Positionen in Finnland und Polen könnten daher als funktional-universalistisch bezeichnet werden, der Ansatz in Deutschland als funktional-partikularistisch.

Letztendlich spiegeln die doppelt akzentuierten und in sich widerprüchlichen Beteiligungskonzepte, die in den verschiedenen Gesundheitssystemen diskutiert und realisiert werden, die Suche nach Antworten auf die allen gemeinsame Kernfrage wider, wie nämlich Zugänglichkeit zur und Bedarfsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung mit Ausgabenkontrolle, Leistungseffizienz und Versorgungsqualität miteinander vereinbart werden können.



## 6. Patienten- und Bürgerbeteiligung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen – ein Überblick

Gibt es systemspezifische Formen und Ziele von Patienten- und Bürgerbeteiligung in unterschiedlichen Gesundheitssystemen? Wie haben sie sich über die Zeit entwickelt? Lassen sich Thesen bestätigen, dass öffentliche Gesundheitssysteme kollektive und universalistische Patienten- und Bürgerbeteiligung auf Makro-Ebene favorisieren und Beteiligung aus normativen (wertbezogenen) Gründen fördern, während Sozialversicherungssysteme Patienten- und Bürgerbeteiligung individuell und partikularistisch auf Mikro-Ebene verankern und Beteiligung funktional (wirkungsbezogen) begründen?

Ja und nein. *Grob* skizziert, wird deutlich: Am einen Ende des Spektrums von Gesundheitssystemen, im deutschen Sozialversicherungssystem, werden Patienten kollektiv an spezifischen Versorgungsentscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung beteiligt. Nutzerbeteiligung folgt hier einem partikularistischen und partizipativen Ansatz: nicht Bürger, sondern chronisch kranke Patienten können über den Umfang und die Qualität von Gesundheitsleistungen mitbestimmen. Am anderen Ende des Spektrums, im öffentlichen Gesundheitssystem Finnlands, werden Bürger an gesundheitspolitischen Grundsatzentscheidungen beteiligt. Nutzerbeteiligung folgt dabei einem universalistischen und paternalistischen Ansatz: jenseits von Rahmenentscheidungen werden in Gesundheitseinrichtungen, in Behörden und medizinischen Fachgesellschaften ohne eine weitergehende Bürger- und Patientenbeteiligung Umfang und Qualität von Gesundheitsleistungen für die Bürger definiert. — Dies sind Aussagen über rechtliche Regelungen und Beteiligungsmöglichkeiten. Die tatsächlich realisierte Beteiligung bleibt hinter den Erwartungen zurück: Während Patientenorganisationen in Deutschland an Beratungen (aber nicht an Entscheidungen) beteiligt

werden, wird eine direkte Bürgerbeteiligung in den finnischen Gemeinden allenfalls als nicht-reguläre Verfahrensbeteiligung realisiert. Tatsächlich ist der wirksame Einfluss von Patienten und Bürgern auf Entscheidungen im Gesundheitswesen mangels Erhebungsmöglichkeiten schwer zu beurteilen.

*Im Detail* zeichnen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchungen das folgende Bild:

Einige der in unterschiedlichen Gesundheitssystemen realisierten *Formen* von Patienten- und Bürgerbeteiligung sind zum einen systemübergreifend anzutreffen, zum anderen aber auch in systemspezifischer Weise ausgestaltet. Wieder andere sind nur in bestimmten Gesundheitssystemen zu finden.

*Systemübergreifend* und unabhängig von den Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Versorgung waren und sind Patienten und Bürger in den europäischen Demokratien institutionell zunächst nur in indirekter Weise über Wahlen in gesundheitspolitische Grundsatzentscheidungen und in versorgungsrelevante Allokations- und Verteilungsentscheidungen im Gesundheitswesen eingebunden. Allerdings wurden – zuerst in Finnland, später in Deutschland und ansatzweise in Polen – seit Mitte der 1990er Jahre zusätzliche direkte institutionelle Einflussmöglichkeiten für Patienten und Bürger entwickelt. *Unterschiede* bestehen allerdings darin, dass die Ausgestaltung direkter Einflussmöglichkeiten für Patienten und Bürger wiederum von den Finanzierungs- und Organisationsstrukturen der Versorgung abhängt. Das bedeutet,

- dass sich direkte Einbindung in einem öffentlichen und dezentralen Gesundheitssystem wie dem finnischen auf politische Umfrage-, Verfahrens-, Beratungs- und sogar Entscheidungsbeteiligungsmöglichkeiten in finanziellen und organisatorischen Fragen auf lokaler politischer Ebene bezieht,
- und dass sich direkte Beteiligung in einem relativ zentralisierten Sozialversicherungssystem wie dem deutschen in Verfahrens- und Beratungsbeteiligungsmöglichkeiten in medizinischen, ökonomischen und qualitativen Fragen der Versorgung auf der zentralen Selbstverwaltungsebene ausdrückt.

Versichertenbeteiligung in den Verwaltungsräten der Krankenkassen ist ein *typisches Merkmal* von Sozialversicherungssystemen, die eine Kassenselbstverwaltung losgelöst von der staatlichen Verwaltung praktizieren. In Deutschland besteht sie seit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung, kann aber (inzwischen) nur noch unter Vorbehalten als eine Form direkter Nutzerbeteiligung begriffen werden. Stattdessen gibt es heutzutage Bemühungen, den Versicherten und Patienten andere, ergänzende Einflussmöglichkeiten in den Kassen zu gewähren. In Polen ist eine Versichertenbeteiligung in der Sozialversicherung im Zusammenhang mit der Institutionalisierung einer Kassenselbstverwaltung angedacht worden, jedoch nie in Form einer genuinen, von allen Versicherten ausgehenden Versichertenvertretung realisiert worden.

Ein *neuer Weg* wird im (deutschen) Sozialversicherungssystem dadurch beschritten,

- dass Patienten nicht länger nur als Versicherte, sondern als Vertreter bestimmter krankheitsbezogener Selbsthilfe- und Behindertengruppen in Entscheidungen der funktionalen Selbstverwaltung miteinbezogen werden;
- dass Patientenbeauftragte auf Makro-I-Ebene als Fürsprecher für Patienten und Bürger eingesetzt werden.

Der Einsatz von Bürgerbeauftragten und seit den 1990er Jahren von Patientenombudsleuten in öffentlichen Einrichtungen ist dagegen durchaus als *typisch* für öffentliche Gesundheitssysteme zu betrachten.

Polen bildet gegenüber den Modellbeispielen eines öffentlichen Gesundheitsdienstes und eines Sozialversicherungssystems nicht nur einen Sonderfall als postsozialistischer Mischtyp eines Volksversicherungssystems, sondern ist auch hinsichtlich der neuen Formen direkter Patienten- und Bürgerbeteiligung nicht klar zu charakterisieren. So gehen Ansätze einer Versichertenbeteiligung in der Sozialversicherung einher mit der Etablierung eines Patientenrechtsbüros auf Makro-Ebene und der stärkeren Einbindung von Patienten- und Bürgerorganisationen in Form von (nicht-institutionalisierter) Verfahrensbeteiligung auf verschiedenen Makro- und Meso-Ebenen.

Staatliche Initiativen zur direkten nicht-institutionalisierten Einbindung von Patienten- und Bürgerorganisationen in politisch-administrative Entscheidungsprozesse durch Umfrage- und Verfahrensbeteiligung sind aktuelle Erscheinungen in Polen und Finnland. Dieser neue, auch von der OECD geförderte Trend zu mehr öffentlicher Transparenz und Bürgerbeteiligung im Staat scheint in Ländern mit öffentlichen Versorgungssystemen eher aufgegriffen zu werden als in Sozialversicherungssystemen.

*Systemübergreifend* und typisch für die hierarchischen Arbeitsverhältnisse in den – meist – öffentlichen Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern und Gesundheitszentren hatten und haben Patienten (immer noch) kaum Einflussmöglichkeiten auf Versorgungsentscheidungen darin. Allerdings hat die sich seit den 1980er Jahren in öffentlichen Einrichtungen aller europäischen Länder ausbreitende, von betriebswirtschaftlichem Denken untermauerte neue Serviceorientierung auch eine neue Sicht auf den Patienten als Kunden mit sich gebracht. Patienten werden in Versorgungseinrichtungen immer öfter durch Umfragebeteiligung eingebunden. Außerdem werden ihnen verstärkt Informationen, Beratung und Beschwerdemöglichkeiten angeboten, um ihre persönliche Krankenversorgung mitgestalten zu können.

*Systemübergreifend* und typisch für das durch asymmetrische Information und durch Fürsorge (alternativ: Paternalismus, Hierarchiegefälle) geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis, wurden und werden Patienten zum Teil, auch dann, wenn sie entscheidungsfähig sind, noch immer als schutzbedürftige und passive Objekte betrachtet, die durch Rechte auf Mitentscheidung in Therapieentscheidungen und durch Klagemöglichkeiten bei Therapiefehlern abgesichert und die zur Verantwortungsübernahme für ihre eigene Gesundheit erst noch aktiviert werden müssen. So sind seit Anfang der 1990er Jahre in allen europäischen Ländern Patientenrechte aus verschiedenen Gesetzen zusammengetragen und

explizit in eigenen Dokumenten zusammengefasst und veröffentlicht worden. Auf eine Aktivierung und Verantwortungsübernahme zielen außerdem mehr oder weniger umfangreiche Strategien zur Gesundheitsförderung und -aufklärung.

*Systemübergreifend* lassen alle Gesundheitssysteme alternative private Leistungsangebote zu, die ganz (Deutschland) oder teilweise (Finnland, aber auch Polen) von den Patienten selbst bezahlt werden müssen, also nicht oder nur teilweise aus Steuern oder Sozialbeiträgen finanziert werden.

*Unterschiede* zwischen den Gesundheitssystemen verbleiben weiterhin bei der freien Ärzte- und Krankenhauswahl, jedoch entwickelt sich hier eine Annäherung: Während in Finnland traditionell keine freie Arzt- und Krankenhauswahl möglich war, können Patienten seit kurzem unter bestimmten Umständen<sup>230</sup> Krankenhäuser und die behandelnden Ärzte<sup>231</sup> selbst wählen. Die freie Arztwahl ist auch in der finnischen Beteiligungsdiskussion ein Thema. Obwohl in Deutschland die freie Arzt- und Krankenhauswahl traditionell für wichtig gehalten wird und gesetzlich garantiert ist, gibt es gegenläufige Tendenzen mit der derzeitigen Einführung von Hausarzt- und integrierten Versorgungsmodellen, die die freie Wahl einschränken. In Polen ist die freie Wahl von Ärzten und Krankenhäusern schon länger ein wichtiges Anliegen in der öffentlichen Diskussion gewesen und inzwischen auch gesetzlich garantiert. Sie beschränkt sich allerdings auf die Ärzte und Gesundheitseinrichtungen, die einen Vertrag mit der Sozialversicherung bzw. dem Gesundheitsfonds abgeschlossen haben.

Die *These* von systemtypischen Schwerpunktebenen der Patienten- und Bürgerereinbindung, nach der in öffentlichen Gesundheitsdiensten eine Bürgerbeteiligung auf Makro-Ebene favorisiert wird und in Sozialversicherungssystemen eine Patientenbeteiligung auf Mikro-Ebene, erweist sich als zu einfach. Auch die mit dieser Vorstellung verknüpfte Beobachtung einer Annäherung der Gesundheitssysteme in Gestalt komplementärer Beteiligungsmöglichkeiten<sup>232</sup> auf anderen Ebenen, trifft nicht pauschal zu: eher werden einmal eingeschlagene Bahnen fortgesetzt. Einflussmöglichkeiten hat es letztlich für Patienten, Versicherte und Bürger immer schon auf mehreren Ebenen des Gesundheitssystems gegeben: Bürger konnten indirekt gesundheitspolitische Entscheidungen auf Makro-Ebene über Wahlen beeinflussen, Patientenrechte bestanden im Arzt- und Medizinrecht und in der ärztlichen Berufsethik, ohne dass diese explizit als Patientenrechtsgesetz oder -charta zusammengestellt wurden und allgemein bekannt waren. Neu ist dagegen, dass die Beteiligung von Patienten und Bürgern an Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen explizit thematisiert wird, verstärkt (wie direkte Bürgerbeteiligung im finnischen öffentlichen Gesundheitssystem und teilweise im polnischen Mischsystem) und ergänzt wird (wie im deutschen Sozialversicherungssystem durch kollektive Patientenbeteiligung).

---

230 Bei Überschreitung der gesetzlichen maximalen Wartezeiten.

231 Eine Soll-Bestimmung.

232 Vgl. Vienonen 2000, S. 61.

Mehr Unterschiede als Gemeinsamkeiten zwischen den Gesundheitssystemen zeigen sich, wenn die *Ziele* betrachtet werden, die den Ausbau von Patienten- und Bürgerbeteiligung anleiten:

*Gemeinsamkeiten* bestehen – in Finnland und Deutschland – vor allem in dem Metaziel, durch Patienten- und Bürgerbeteiligung die bestehenden Systeme und Strukturen prinzipiell zu erhalten; in Polen geht es dabei um eine Verbesserung oder Vervollkommnung des noch nicht konsolidierten Systems. Was das „System“ ausmacht und worin seine Gefährdung besteht, wird jedoch – systemspezifisch – sehr *unterschiedlich* gesehen.

Im deutschen Sozialversicherungssystem werden vor allem Finanzierungsprobleme des Systems gesehen – Gefährdungen durch zu geringe Einnahmen und zu hohe Ausgaben. Die Stabilität der Kassen-Beitragsätze zu erhalten, ist seit den 1970er Jahren das Ziel aller Gesundheitsreformen gewesen. Die Beitragsätze sind (bis 2004) auch der einzige Einflussparameter gewesen, den die Krankenkassen im seit Mitte der 1990er Jahren bestehenden Wettbewerb um Versicherte hatten. Abhilfe gegenüber der perzipierten Finanzierungs Krise des Systems haben die deutschen Regierungskoalitionen entsprechend finanzökonomisch von der Erhöhung der Einnahmen oder der Reduzierung der Ausgaben erhofft. Insgesamt setzen sie auf eine genauere Kontrolle und Steuerung der Geldströme – unter Einschaltung von Wettbewerbsanreizen – in der Versorgung und hier vor allem bei den Patienten und den Leistungserbringern. Patienten- und Bürgerbeteiligung fügen sich in diese dominierende Handlungslogik ein: Beteiligung ist zunächst finanziell – als erhöhte Beitragszahlung und Zuzahlung – gemeint, um dadurch Patienten und Bürger zu motivieren, gegenüber der eigenen Gesundheit verantwortungsbewusst zu handeln. Beteiligung wird zweitens im Sinne von Wahlmöglichkeiten zwischen konkurrierenden Krankenkassen, Ärzten und schließlich Versorgungsangeboten verstanden, und drittens als Übernahme von Mitverantwortung – in Form von Beratungsbeteiligung – für die Reduzierung des Leistungskatalogs auf wirtschaftlich günstige Versorgungsleistungen. Mit Patienten- und Bürgerbeteiligung werden im deutschen Sozialversicherungssystem folglich in erster Linie wirkungsbezogene (funktionale) Ziele verfolgt. Zweitrangig ist, dass Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen auch Gefahren in Form einer sinkenden Akzeptanz der Gesundheitspolitik und einer wachsenden Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem in sich bergen. Drohenden Legitimationsverlusten soll daher durch Beteiligung an Entscheidungsprozessen auf Makro- und Meso-Ebenen gegengesteuert werden: Mitsprache durch Fürsprache einer Patientenbeauftragten in der Politik und durch Beratungsbeteiligung bei der Definition von Versorgungsleistungen. Beteiligung mag allerdings auch hier eher der Flankierung notwendiger Reformen dienen als der Demokratisierung des Systems.

Grundsätzlich gilt, dass eine direkte Patienten- oder Bürgerbeteiligung dort eingeführt oder verstärkt wird, wo (zunehmende) prekäre Versorgungsentscheidungen tatsächlich getroffen werden. Die Demokratisierung von Entscheidungsprozessen dient so der Stärkung ihrer Legitimationsbasis, die zu bröckeln schien. Dieses Muster zeigt sich auch im finnischen Gesundheitssystem.

Dort wird besonders auf die Einstellungen der Bürger und Patienten und ihre Zufriedenheit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst geachtet. Sinkende Wahlbeteiligung als Indikator der Unzufriedenheit mit bürgerfernen politischen Entscheidungen, Beschwerden über ärztliches Verhalten und Unzufriedenheit mit der Verwaltung werden als politische Warnzeichen wahrgenommen. Das politisch und administrativ gesteuerte Gesundheitssystem ist abhängig von der Unterstützung der Bürger, die in der Wahlbeteiligung kulminiert. Direkte Patienten- und Bürgerbeteiligung soll die Demokratie stärken; aber noch nachhaltiger soll die Zufriedenheit der Bürger durch eine verstärkte Rückbindung an Patienten- und Bürgerbedürfnisse in der Verwaltungspraxis erhöht werden. Daher wird als Gegenmittel zur perzipierten Demokratie- und Akzeptanzkrise auf allen Ebenen des öffentlichen Gesundheits- und Versorgungssystems auf Kundenorientierung und wechselseitigen Meinungs austausch gesetzt. Beteiligung wird verstanden als Umfragebeteiligung und Verfahrensbeteiligung bei der Anpassung der Organisation, des Angebots und Umfangs wie auch der Qualität der Versorgung an Bedarf und Bedürfnisse der Patienten und Bürger. Im finnischen Gesundheitssystem werden daher mit Patienten- und Bürgerbeteiligung in erster Linie wertbezogene (normative) Ziele verfolgt, die aber mit wirkungsbezogenen (funktionalen) Absichten durchaus verknüpft sind: Die Fixierung von Patientenrechten auf Mitsprache bei Behandlungsentscheidungen, von Beschwerde- und Klagemöglichkeiten wie auch die Schaffung eines Ombudsleutesystems in öffentlichen Einrichtungen erfolgten 1993 parallel zur Einführung von Behandlungsgebühren und zur Neuordnung des Staatszuschusssystem. Die Erweiterung von Möglichkeiten direkter Bürgerbeteiligung in den Gemeinden ist auch im Zusammenhang mit dem Zuwachs kommunaler Entscheidungskompetenzen bei der Ressourcenverteilung und Mittelkürzung zu sehen, die besonders in Folge der Wirtschaftsrezession Anfang und Mitte der 1990er Jahre notwendig waren. Die Verankerung und Stärkung von sozialen Grundrechten und Patientenrechten und erweiterte Beschwerdemöglichkeiten sollen einer sozialen und regionalen Differenzierung beim Versorgungsumfang entgegenwirken. Bürgerbeteiligung an administrativen und politischen Entscheidungsprozessen kann das öffentliche Interesse lenken und die Akzeptanz prekärer Entscheidungen sichern.

Anders als das deutsche und das finnische Gesundheitssystem befindet sich das polnische noch in einer Konstituierungs- und Konsolidierungsphase. Gefahren für Gesundheitssystem und Politik werden sowohl in fehlenden Finanzmitteln als auch in der Unzufriedenheit mit dem Versorgungsgeschehen gesehen. Typisch für die postsozialistische Neukonstituierung des Gesundheitssystems ist sicher der Bezug auf die Sicherung des Grundrechts auf eine ausreichende und gleiche Gesundheitsversorgung durch den Staat für alle Bürger und Patienten. Entsprechend werden auch individuelle Patientenbeteiligung und kollektive Bürgerbeteiligung in erster Linie normativ verstanden im Sinne der Stärkung der individuellen und kollektiven Autonomie der Patienten und Bürger gegenüber einer im sozialistischen System üblichen Bevormundung und Einschränkung durch Mediziner und Staatsbeamte (wertbezogene Beteiligungsziele). Eine

stärkere Einbindung von Patienten und Bürgern in Entscheidungen zielt jedoch ebenso ab auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und des politisch-administrativen Systems (wirkungsbezogene Beteiligungsziele).

Auch die *These* einer Dominanz funktionaler Ziele im Sozialversicherungssystem und einer Dominanz normativer Zielsetzung im öffentlichen Gesundheitssystem bei der Erweiterung von Patienten- und Bürgerbeteiligung trifft nur auf den ersten Blick zu. Tatsächlich mischen sich in den untersuchten Gesundheitssystemen beide Zieldimensionen mit einem funktionalen Schwerpunkt in Sozialversicherungssystemen und einem normativen in öffentlichen Gesundheitssystemen.

Die den Patienten und Bürgern zugeschriebenen *Rollen* haben sich in allen Gesundheitssystemmodellen seit den 1990er Jahren gewandelt. Patienten und Bürger werden nun vermehrt unter ökonomischen Aspekten als Nachfrager einer Dienstleistung betrachtet. Im finnischen Gesundheitssystem richtet sich die Kundenorientierung in den öffentlichen Einrichtungen auf einen virtuellen, als Kunden gedachten Kommunalbürger und Patienten. Im Volksversicherungssystem Polens dominiert (noch) der versorgungsberechtigte Bürger, der aber von Gesundheitseinrichtungen als Klient und Nachfrager von Leistung wahrgenommen wird bzw. werden soll. Dagegen wird im deutschen Sozialversicherungssystem der Versicherte von Krankenkassen als Kunde mit günstigen Beitragssätzen, Kostenerstattungstarifen und Gesundheitsförderungsboni und neuerdings auch als Patient mit neuen Versorgungsprogrammen umworben.

Aus dieser Perspektive bestätigt sich auch die *These*, dass im öffentlichen Gesundheitsdienst der Bürger und Einwohner im Vordergrund stehe und im Sozialversicherungssystem der Versicherte, nur vordergründig: Bürger des öffentlichen Gesundheitssystems und die Versicherten des Sozialversicherungssystems werden gleichermaßen zu Kunden und Konsumenten. Mit Blick auf die jüngste (Reform-)Entwicklung in Deutschland tritt der Versicherte sogar gegenüber dem von bestimmten, chronischen Krankheiten gefährdeten und dem tatsächlich erkrankten Patienten zurück. Nicht nur im öffentlichen Gesundheitssystem, sondern auch im Sozialversicherungssystem wird (wieder) auf Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt. Auch eine ganz spezielle Gesundheitsversorgung Behinderter und chronisch Kranker wird jetzt im Sozialversicherungssystem Deutschlands konzipiert. Vorrangig mag es dabei darum gehen, Finanzmittel bei Kranken effektiv einzusetzen und bei den Kostenverursachern einzusparen, aber zugleich geht damit auch eine Aufwertung des nicht mehr nur für passiv gehaltenen Patienten im Sozialversicherungssystem und dessen Selbstverwaltungsorganisation einher.

Schließlich kann der Ausbau von *Patienten- und Bürgerbeteiligung* auch explizit als ein *Instrument staatlicher Steuerung* betrachtet werden. Dann zeigt sich, dass Nutzerbeteiligung in einem Gesundheitssystem, in dem der Staat selbst für die Organisation der Gesundheitsversorgung verantwortlich ist und Leistungen in eigenen Einrichtungen anbietet, als Unterstützung einer Dezentralisierung der Organisation und einer Delegation der Leistungserbringung dienen kann. In

einem Gesundheitssystem, in dem der Staat die Organisation und Leistungserbringung schon frühzeitig an (funktionale) Selbstverwaltungseinheiten delegiert hat und nur durch direkte oder indirekte Steuerung beeinflusst, sind Patienten- und Bürgerbeteiligung als zusätzliche prozedurale Steuerungsinstrumente zu begreifen.

Hinter der Anwendung neuer oder anderer staatlicher Steuerungsinstrumente, von denen Patienten- und Bürgerbeteiligung zusammen eines unter vielen bilden, stehen zum einen ein gewandeltes Staatsverständnis, das zum Ausdruck kommt im Übergang vom „Interventionsstaat zum kooperativen Staat“<sup>233</sup>, und zum anderen ein damit verbundenes sich wandelndes gesellschaftliches Zielverständnis, zusammengefasst: ein umfassender Paradigmenwechsel.

Mehr Raum für gesellschaftliche Selbstorganisation und Betroffenenbeteiligung im Gesundheitswesen heißt dabei jedoch keineswegs weniger Staat, vielmehr kommt der Staat durch die Verankerung und Sicherung von individuellen und kollektiven Patienten- und Bürgerbeteiligungsrechten erneut – regulierend – ins Spiel. Neben bestimmten Systemcharakteristika ist politische beziehungsweise staatliche Initiative entscheidend dafür, wie weitreichend Patienten- und Bürgerbeteiligung umgesetzt wird.<sup>234</sup> Zudem sichern staatliche Eingriffsvorbehalte im angenommenen Notfall die Einheitlichkeit der Versorgung und Grundversorgung für alle Bürger oder Versicherten. Absicherung gegen Niveauverluste sollen zudem Qualitätsstandards, Beschwerdemöglichkeiten und rechtliche Klagewege bieten, über die der Staat wacht.

---

233 Braun/Giraud 2003, S.158-161.

234 Siehe Kapitel 4.4.

## 7. Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziales
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BT	Bundestag
CDU	Christlich-demokratische Union
CSU	Christlich-soziale Union
CMJ	(poln.) Zentrum für Qualitätsprüfung im Gesundheitswesen ( <i>Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia</i> )
DMP	Disease Management Programm, strukturiertes Behandlungsprogramm
FDP	Freie Demokratische Partei
FinOHTA	Finnish Office for Health Technology Assessment
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	(deutsches) Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KELA	(finnisches) Sozialversicherungsinstitut ( <i>Kansaineläkelaitos</i> )
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MZIOS	(polnisches) Ministerium für Gesundheit und Soziales ( <i>Ministerstwo Zdrowia i Polityki Społecznej</i> )
NFZ	Nationaler Gesundheitsfonds ( <i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i> )
OM	(finnisches) Justizministerium ( <i>Oikeusministeriö</i> )
ROHTO	(finn.) Zentrum für die Entwicklung von Arzneimitteltherapien
SDP	Sozialdemokratische Partei Finnlands ( <i>Suomen Sosialidemokratian Puolue</i> )
SGB	Sozialgesetzbuch

SLD	(polnische) Demokratische Linksallianz ( <i>Sojusz Lewicy Demokratycznej</i> )
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
STAKES	(finnisches) Forschungs- und Entwicklungsinstitut für Soziales und Gesundheit ( <i>Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus</i> )
STM	(finnisches) Ministerium für Soziales und Gesundheit ( <i>Sosiaali- ja terveysministeriö</i> )
UW	(polnische) Freiheitsunion ( <i>Unia Wolności</i> )
VM	(finnisches) Finanzministerium ( <i>Valtiovarainministeriö</i> )
VNK	(finnische) Staatsratskanzlei ( <i>Valtioneuvoston kanslia</i> )
WHO	Weltgesundheitsorganisation ( <i>World Health Organization</i> )
YTY	(finnischer) Verband freiwilliger Gesundheits-, Sozial- und Wohlfahrtsorganisationen ( <i>Sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyöyhdistys</i> )

## 8. Dokumentenverzeichnis

Deutschland

Rechtsquellen

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

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999 (BGBl. I. S.2626).

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz, KHG) in der Neufassung vom 10.04.1991 (BGBl. I S. 886).

Grundgesetz (GG). Sonderausgabe, 36., neubearb. Aufl., Stand: 15.10.2000. München: dtv.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliches Krankenversicherung – vom 20.12.1988 (BGBl. I S.2477).

Sozialgesetzbuch (SGB) Viertes Buch (IV) – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – vom 23.12.1976 (BGBl. I S.3845).

Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung – PatBeteiligungsV) vom 19.12.2003 (BGBl. I. S. 2753).

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) (Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen) vom 25.11.1997 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen Nr. 58 vom 17.12.1997, S. 430-440).

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, in der Fassung vom 17.01.2006 (Bundesanzeiger 2006, Nr. 48, S.1523).

### Parlamentaria

Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG). BR Drucksache 353/06. 26.05.2006. // BT Drucksache 16/2474. 30.08.2006.

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT Drucksache 14/1425. 23.06.1999.

Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000). BT Drucksache 14/1721. 06.10.1999.

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm [...] und der Fraktion der CDU/CSU „Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen statt Staatsmedizin und Bevormundung“, Gesundheitspolitik neu denken und gestalten. BT 15/1174. 17.06.2003.

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz). BT Drucksache 15/1525. 08.09.2003.

Bericht des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (13. Ausschuss). BT Drucksache 15/1600. 25.09.2003.

1. Beratung des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz). BT Plenarprotokoll 12/117, 05.11.1992. S.0018B-9943C.

### Dokumente

AOK (2006). Bilanz 2005/2006. Bonn.

Auerswald, Ursula (2002). Das Patientenforum – eine Form institutionalisierter Patientenbeteiligung. In: KBV (Hrsg.). Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Die Dokumentation zum Symposium der KBV am 25./26. Oktober 2001 in Königswinter. KBV-Kontext 18 (Febr. 2002). S.19-23.

Auerswald, Ursula / Englert, Gerhard / Nachtigäller, Christoph / Hansen, Leonhard / Balke, Klaus (2003). Arzt & Selbsthilfe: Im Dienste des Patienten. In: Deutsches Ärzteblatt vom 16.05.2003. S. A-1332.

BMG (2005). Strukturierte Behandlungsprogramme – Anforderungen und Ziele. Redaktionsbüro Gesundheit, 16.12.2005. Artikel unter [http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft\\_entwickeln/strukt\\_behandlungsprogramme/grundlagen/index.html](http://www.die-gesundheitsreform.de/zukunft_entwickeln/strukt_behandlungsprogramme/grundlagen/index.html) <10.01.2006>.

- 
- (Hrsg., 2003). gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht vom 14.02.2003. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Berlin.
  - (2003a). Gesundheitswesen: Patienten sollen Partner sein. Ulla Schmidt auf dem „Forum Patientenrechte“. 24.02.2003. Artikel unter: <http://www.pflegen-online.de/homepage/ulla-schmidt-forum-patientenrechte.htm>.
  - (2003a). „Patienten werden verstärkt auf Qualität achten“. Redaktionsbüro Gesundheit, 28.10.2003. S.1-4.
  - (2003c). Interview: Im Mittelpunkt stehen die Menschen. Sozialpolitische Informationen 5/2003. S.3.
  - (2003d). Pressemitteilung vom 27.11.2003. Staatssekretär Schröder: Gesundheitsreform fördert den Wettbewerb unter den Krankenkassen.
  - (2003e). Pressemitteilung vom 02.12.2003. Ulla Schmidt: Mehr Mitsprache von Patientinnen und Patienten steigert Effizienz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.
  - (2003f). Pressemitteilung vom 09.12.2003. Staatssekretär Schröder: Die Gesundheitsreform bringt mehr Wahlmöglichkeiten und eine bessere Qualität für Patientinnen und Patienten.
  - (2003g). Pressemitteilung vom 10.12.2003. Ulla Schmidt: Endlich können Patientinnen und Patienten richtig mitbestimmen.
  - (2004a). Pressemitteilung vom 02.01.2004. Patientenbeauftragte Helga Kühn-Mengel tritt Amt an.
  - (2004b). Pressemitteilung vom 05.04.2004. 100 Tage Patientenbeauftragte: „Gäbe es eine solche Einrichtung nicht, müsste sie erfunden werden“.
  - (2005a). Pressemitteilung vom 02.02.2005. Kabinett beschließt Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention: Prävention stärken – Gesundheit erhalten.
  - (2005b). Pressemitteilung vom 08.02.2005. Bundessozialministerin Ulla Schmidt sprach vor London School of Economics: „Trend zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ist unumkehrbar“.
- BMJ (2002). Pressemitteilung vom 16.10.2002. Nur wer seine Rechte als Patient kennt, kann sie auch nutzen.
- Bundesregierung (2002). Pressemitteilung vom 31.07.2002. Neue Charta soll Patientenrechte stärken. Artikel unter: [http://www.bundesregierung.de/dokumente/Artikel/ix\\_89308.htm](http://www.bundesregierung.de/dokumente/Artikel/ix_89308.htm).
- Deutscher Bundestag (2002). Bürgerschaftliches Engagement: Auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft. Bericht der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“, BT Drucksachen 14/8900. Bonn. (= Schriftenreihe Verhandlungen des Deutschen Bundestags).
- Etgeton, Stefan / Oldiges, Franz-Joseph / Faber, Brigitte / Balke, Klaus / Schafberger, Armin / Storf, Judith / Nachtigäller, Christoph (2005). Zwischenbilanz nach einem Jahr. In: Zeitschrift Selbsthilfe 1/2005.  
<http://www.bag-selbsthilfe.de/veroeffentlichungen/zeitschrift-selbsthilfe/2005-01/patientenrechte-zwischenbilanz/<05.10.2006>>

- GBA (2006). Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses zum GKV-WStG.  
[http://www.g-ba.de/cms/front\\_content.php](http://www.g-ba.de/cms/front_content.php) <02.11.2006>  
<http://www.die-gesundheitsreform.de/reform/mitsprache>.
- KBV (2006a). KBV Kontakt 1/2006. Der Patienten-Newsletter der KBV.
- (2006b). KBV Kontakt 2/2006. Der Patienten-Newsletter der KBV.
- Kranich, Christoph\* (2004). Die neue Patientenbeteiligung in Deutschland.  
[http://www.verdi.de/gesundheitspolitik/gesundheit\\_von\\_a-z/patientenrechte\\_beteiligung/die\\_neue\\_patientenbeteiligung\\_in\\_deutschland](http://www.verdi.de/gesundheitspolitik/gesundheit_von_a-z/patientenrechte_beteiligung/die_neue_patientenbeteiligung_in_deutschland) <05.10.2006>. [\* Verbraucherzentrale Hamburg]
- Kuhn, Fritz/Göring-Eckhard, Katrin (2002). Bürgerbeteiligung – Reformmotor für das Gesundheitswesen. In: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen* 15 (2002) 3. S.18-22.
- Nationales Programm für Versorgungs-Leitlinien. Patienteneinbeziehung. Hrsg. v. Patientenforum bei der Bundesärztekammer. Januar 2006.
- Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma. Leitlinienreport. Hrsg. v. BÄK, AWMF u. KBV. August 2005.
- Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzte. Hrsg. vom BMGS und BMJ. 2. Aufl. Berlin/Bonn, 2003.
- Patientenrechte in Deutschland heute. Beschluss der 72. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen, Minister, Senatorinnen und Senatoren vom 9./10. Juni 1999 in Trier. Hrsg. Behörde für Umwelt und Gesundheit der Freien und Hansestadt Hamburg. Hamburg, 2002.
- Richter-Reichhelm, Manfred (2001). Einführungsreferat. Kontext-Symposium der KBV zu „Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen“ am 25./26.10.2001 in Königswinter.  
<http://www.kbv.de/publikationen/2357.htm> <10.08.2005>.
- RVaktuell (Oktober/November 2005). Mitteilungen der Deutschen Rentenversicherung Bund. Nach der Sozialwahl 2005. Ergebnisse und Analysen. Von René Braun. S.489-492.
- Sänger, Sylvia / Engelbrecht, Justina / Litschel, Adela / Englert, Gerhard / Hagelskamp, Joachim / Nachtigäller, Christoph (2001). Mehr Power für Patienten: Patientenforum – Gemeinsame Plattform von Ärzteschaft und Patientenselbsthilfe. In: *Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung u. Qualitätssicherung* 95 (2001). S. 531-533.
- Schmidt, Ulla (2002). Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen. In: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen* 15 (2002) 3. S.13-17.
- Smigielski, Edwin\* (2002). Patientenrechte und Patientenbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: KBV (Hrsg.). *Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Die Dokumentation zum Symposium der KBV am 25./26. Oktober 2001 in Königswinter.* KBV-Kontext 18 (Febr. 2002). S.9-18. [\* Leiter der Abt. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMGS]
- Schröder, Gerhard (2002). Die zivile Bürgergesellschaft. Anregungen zu einer Neubestimmung der Aufgaben von Staat und Gesellschaft. In: Meyer, Thomas/ Weil, Reinhard (Hrsg.). *Die Bürgergesellschaft. Perspektiven für Bürgerbeteiligung und Kommunikation.* Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: Dietz. S.185-194.

## Publizierte Interviews

Gemeinsamer Bundesausschuss: „Wir wollen die Ärzte früh informieren“. Interview mit Rainer Hess\*. In: Deutsches Ärzteblatt 103.19 (12.05.2006). S. A-1263. [\*Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses]

## Parteiprogramme

Bündnis 90/Die Grünen (2002). Grundsatzprogramm von Bündnis 90/Die Grünen, beschlossen auf der Bundesdelegiertenkonferenz am 15.-17.3.2002 im Berliner Tempodrom.

CDU (1994). Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands: „Freiheit in Verantwortung“. 5. Parteitag, 21.-23.02.1994, Hamburg.

CSU (1993). Grundsatzprogramm der CSU in Bayern: „In Freiheit dem Gemeinwohl verpflichtet“.

FDP (1997). Wiesbadener Grundsätze. Für die liberale Bürgergesellschaft, beschlossen auf dem Bundesparteitag am 24.05.1997 in Wiesbaden, wie von der Redaktions-Kommission überarbeitet.

— (2002). Bürgerprogramm der FDP zur Bundestagswahl 2002, beschlossen auf dem 53. Ordentlichen Bundesparteitag vom 10. bis 12. Mai 2002 in Mannheim.

SPD (1998). Grundsatzprogramm der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands, beschlossen vom Programm-Parteitag der SPD [...] am 20. 12.1989, geändert auf dem Parteitag in Leipzig am 17.04.1998.

## Informationen im Internet zur Qualitätssicherung

<http://www.iqwig.de>

<http://www.dimdi.de>

<http://www.aezq.de>

<http://www.akdae.de>

<http://www.leitlinien.de>

<http://www.leitlinien.net>

<http://www.versorgungsleitlinien.de>

## Informationen zu Patientenorganisationen

<http://www.dag-selbsthilfegruppen.de>

<http://www.deutscher-behindertenrat.de>

<http://patientenstellen.de>

<http://www.vzbv.de>

<http://www.bagh.de>

<http://www.paritaet.org>

<http://www.gdvp.de>

<http://www.vkvd.de>

<http://www.patienten-verband.de>

## Finnland

### Rechtsquellen

Gemeindegesezt – Kuntalaki. 17.03.1995 (365/1995).

Grundgesezt Finnlands – Perustuslaki. 11.06.1999 (731/1999). Nicht autorisierte deutsche Fassung im Internet unter <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/1999/de19990731.pdf> <10.08.2005>.

Krankenversicherungsgesezt – Sairausvakuutuslaki. 04.07.1963 (364/1963).

Kundengebührengesezt – Asiakasmaksulaki. 03.08.1992 (734/1992).

Öffentlichkeitsgesezt – Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (Julkisuuslaki). 21.05.1999 (321/1999).

Patientenrechtsgesezt – Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki). 17.08.1992 (785/1992).

Patientenverletzungsgesezt – Potilovahinkolaki. 25.07.1986. (585/1986).

Planungs- und Staatszuschußgesezt/Gesezt über die Planung der Sozial- und Gesundheitsversorgung und den Staatszuschuß – Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta. 03.08.1992 (733/1992).

Spezialkrankenversorgungsgesezt – Erikoissairaanhoitolaki. 01.12.1989 (1062/1989).

Statut des Arbeitsbereichs Soziales und Gesundheit, Jyväskylä – Sosiaali- ja terveystoimialan johtosääntö, 2005.

Statut des Stadtrats von Jyväskylä – Kaupunginhallituksen johtosääntö, 2005.

Verwaltungsgesezt – Hallintolaki. 06.06.2003 (434/2003).

Volksgesundheitsgesezt – Kansanterveyslaki. 28.01.1972 (66/1972).

### Parlamentaria

Regierungsvorlage zum Geseztentwurf des Gemeindegeseztes – Hallituksen esitys Eduskunnalle kuntalaiksi. HE 192/1994.

Regierungsvorlage zum Geseztentwurf des Geseztes über die Stellung und die Rechte des Patienten – Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. HE 185/1991.

Protokolle der Lesungen des Patientenrechtsgeseztes im Parlament. PTK 79/1992 vp; PTK 82/1992 vp; PTK 84/1992 vp.

Stellungnahme des Sozial- und Gesundheitsausschusses – Sosiaali- ja terveystoimikunnan mietintö n:o 15 hallituksen esityksestä laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista. 10.06.1992. StVM 15/1992vp.

## Akten

Sozial- und Gesundheitsministerium (1990). Akte 94/011/1990. [Patientenrechtsgesetz]

## Dokumente

STM (1986). Asiakkaiden asema ja osallistuminen sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1986:3. Helsinki.

— (1991). Kohti Hyvää Suomea 2030. Sosiaalipolitiikka valintojen edessä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1991:1. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

— (1997). Guidelines on Health Care in Finland. Ministry of Social Affairs and Health. Publications 1997: 14. Helsinki.

— (1998). Terveystenhuollon kehittämissuunnitelma. Selvitysmiesraportti 1. Asiakkaan asema terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1998:1. Helsinki.

— (1999). Ohjeita terveydenhuollon ammattilaisille. Lääkkeiden määrääminen. Määräyskoelma 1999:51. Helsinki.

— (2001a). Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esite 2001:1. Helsinki.

— (2001b). Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Opas 2001: 11. Helsinki.

— (2002a). Statutory Social Welfare and Health Care Services. Brochures 2001: 7 eng. Helsinki: Edita Prima Oyj.

— (2002b). Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esite 2002: 8. Helsinki.

— (2003). Järjestöt sosiaali- ja terveystalouden toimijoina. Kansalaisjärjestötoiminnan strategia. STM. Moniste 2003:4. Helsinki.

— (2004). Terveystenhuolto Suomessa. Esite 2004:11. Helsinki.

STM/ STAKES/ Suomen Kuntaliitto (1999). Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Jyväskylä: Gummerus.

TATO 2000-2003. = Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. STM. Julkaisu 1999:16. Helsinki.

TATO 2004-2007. = Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004-2007. Julkaisu 2003:20. Helsinki.

SM (2000). Valtion hallinnon osallisuushankkeen raportti. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 9/2000.

— (2002). Pressemitteilung vom 09.04.2002. Osallisuusselontekoa koskeva lähetekeskustelu Eduskunnassa.

— (2003). Kansalaisvaikuttamisen politiikkaohjelman kunnallisen demokratian kehittämishanke. Kunnallisen demokratian kehittämishankkeen asettamiskirje 18.12.2003. Als PDF-Dokument unter <http://www.intermin.fi/intermin/hankkeet/demokratiahanke/home.nsf/pages/6790936E3B126919C2256E300042B815?opendocument> (16.08.2005).

- (2005). Kuntademokratian vihreä kirja. Kunnallisen demokratian kehittämishankkeen väliraportti. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 2/2005. Helsinki.
- (2005a). Kuuleko kunta kansalaista? Paikallinen julkisuus ja kunnallinen demokratia Imatralla. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 30/2005. Helsinki.
- VM (2001). Kuule kansalaista-hankkeen loppuraportti. Valtiovarainministeriön työryhmämuistioita. Helsinki.
- OM (2004). Pressemitteilung vom 04.02.2004. Kansalaisvaikuttaminen politiikkaohjelma käynnistynyt.
- (2005). Pressemitteilung vom 28.01.2005. Selvitys kansanäänestyksestä ja kansanaloitteesta valmistunut.
- Hallitusohjelmat (1987-2003): Pääministerin Harri Holkerin hallituksen ohjelma 30.04.1987; Pääministerin Esko Ahon hallituksen ohjelma 26.04.1991; Pääministerin Paavo Lipposen hallituksen ohjelma 13.04.1995; Pääministerin Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 1999; Pääministerin Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.06.2003. – im Internet unter: <http://www.valtioneuvosto.fi/vn/liston/base>.
- VNK (2004). Hallituksen strategia-asiakirja 2004. Hallituksen poikkihallinnolliset politiikkaohjelmat ja politiikat. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 11/2004. Helsinki: Edita Oyj.
- Valtioneuvosto (2002). Valtioneuvoston selonteko Eduskunnalle kansalaisten suoran osallistumisen kehittymisestä. (04.04.2002).
- STAKES (1999). Pressemitteilung Nr. 45 vom 23.4.1999. Uusi valtakunnallinen sosiaali- ja terveyden laatusuositus 2000-luvulle: Tiedon merkitys keskeinen, toiminnan läpinäkyvyys, yhteistyö ja ehkäisevä toiminnan laatu merkittäviä. <http://www.stakes.fi/tiedote/vuosi99/45.htm> <08.02.2005>.
- Jyväskylän kaupunki, Kuntatoimisto (2005a). Sosiaali- ja terveyslautakunnan esityslista. 10.2.2005, 15.00 Uhr: Sosiaali- ja terveystalokeskuksen käyttösunnitelma vuodelle 2005. <http://www.jyvaskyla.fi/paatos/stlk/2005/10021500.1/htmtxt26.htm> <04.02.2005>.
- (2005b). Sosiaali- ja terveyslautakunnan pöytäkirja. 20.01.2005, 15.00 Uhr: Erikoissairaanhoidon palvelusopimus vuodelle 2005. <http://www.jyvaskyla.fi/paatos/stlk/2005/20011500.0/htmtxt17.htm> <04.02.2005>.

### Informationen im Internet zur Qualitätssicherung

- <http://www.stakes.fi/laatusuositus/>.
- <http://www.kaypahoito.fi>.
- <http://www.rohto.fi>
- <http://finohta.stakes.fi>
- [http://www.equip.ch/flx/national\\_pages/finland/](http://www.equip.ch/flx/national_pages/finland/).

### Informationen zu Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen

<http://www.sosteryty.fi>

<http://www.potilasliitto.net>

YTY (1999). *Social Welfare and Health Care Organisations in Finland*. Helsinki: Erweko Painotuote Oy.

## Öffentliche Informations- und Beteiligungsseiten im Internet

<http://www.otakantaa.fi>

<http://www.hare.vn.fi>

## Parteiprogramme

Kansallinen Kokoomus (Nationale Sammlungspartei) (1979). *Kansallisen kokoomuksen tavoitteet 1980-luvun politiikassa*.

— (1981). *Kansallisen kokoomuksen periaatteet*.

— (1988). *Terveyspoliittinen ohjelma 1988-*. Helsinki.

— (1987). *Perusturvan takaaminen yhteiskunnan vastuulla*.

— (1993). *Periaateohjelma*.

— (1994). *Tavoiteohjelma 1995-1999*. 1994.

— (1998). *Tavoiteohjelma 1999-2003*.

Keskustapuolue (Zentrumspartei) (1978). *Keskustapuolueen terveyspoliittinen periaateohjelma*. Kemi.

— (1980). *Ihmisyden vuosikymmenelle. Keskustapuolueen tavoitteet 1980-luvun alkupuoliskolle*. Lappeenranta.

— (1986). *Suomalainen suunta. Keskustapuolueen tavoiteohjelma 1980-luvun loppupuoliskolle*. Lappeenranta.

— (1990). *Keskustan tavoiteohjelma 1990-luvulle "Kestävän kehityksen ja vapaan ihmisen vuosikymmen"*. Pori.

— (1994). *Oikeudenmukaiseen hyvinvointiin [– Kannustava keskustalainen malli.]* Helsinki.

— (1996). *Suomen keskustan kunnallispoliittinen keskusteluasiakirja 1996*.

Perho-Santala, Maija (1993). *Sosiaalinen turvaverkko käytännössä*. In: Suksia, Ismo (Hrsg.) *Aatteet käytännössä – periaateohjelman konkretisointia*. Kansallinen Sivistysliitto/Kansallinen Kokoomus. Helsinki. S. 5-8.

SDP (1978). *Sosialidemokratian suunta. SDP:n tienviitat 1980-luvulle*.

— (1987). *Periaateohjelma*. Oulu.

— (1984). *Terveyspoliittinen ohjelma*. Oulu.

— (1988). *Kohti palveluyhteiskuntaa – SDP:n kunnallispoliittinen ohjelma*. Joensuu.

— (1990). *Sosiaali- ja terveystieteiden suuntaviivoja - Suomalainen hyvinvointiyhteiskunta 2000-luvulla*.

— (1993). *Kannanotto sosiaali- ja terveystieteistä*. 36. puoluekokous. Pöytäkirja.

— (1996). *Sosiaali- ja terveystieteiden kannanotto*. 37. Puoluekokous. Pöytäkirja.

---

## Polen

### Rechtsquellen

- Gesetz über den Arztberuf und den Zahnarztberuf – Ustawa a zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996r. (Dz.U. z 1997r. Nr. 28 poz. 152).
- Gesetz über die Ärztekammern – Ustawa o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989r. (Dz. U. Nr. 30, poz. 158).
- Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen [und spätere Änderungen] – Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr. 91, poz. 408); Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 20 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr. 104, poz. 661).
- Gesetz über die lokale Selbstverwaltung auf Kreisebene – Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. Nr. 91, poz. 578).
- Gesetz über die regionale Selbstverwaltung auf Wojwodtschaftsebene – Ustawa o samorządzie wojewódzwa z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz.U. Nr. 91, poz. 576).
- Gesetz über die Selbstverwaltung auf Gemeindeebene – Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r.
- Gesetz über die zentralstaatliche Verwaltung in der Wojwodtschaft – Ustawa o administracji rządowej w województwie z dnia 5 czerwca 1998 r.
- Gesetz über gemeinnützige Aktivitäten und über das Freiwilligenamt – Ustawa o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie z dnia 24 kwietnia 2003 r. (Dz.U. Nr. 96, poz. 873).
- Gesundheitsleistungsgesetz – Gesetz über die Leistungen der Gesundheitspflege, finanziert aus öffentlichen Mitteln = Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2004 Nr. 210, poz. 2135).
- Kommuniqué des Gesundheitsministers zur Veröffentlichung einer Patientenrechtscharta – Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 grudnia 1998 r. w sprawie przekazania do publicznej informacji Karty Praw Pacjenta.
- Verfassung der Republik Polen – Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997r. (Dz. U. Nr. 78, poz. 483). – Deutsche Fassung unter: <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/niemiecki/kon1.htm>.
- Verfügung des Gesundheitministers vom 19.08.2004 über die Arbeitsgruppe für Vorschläge bzgl. der Rahmenverträge zwischen Gesundheitsfonds und Leistungserbringern – Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2004 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Opracowania Propozycji Określających Ogólne Warunki Umów o Udzielaniu Świadczeń Opieki Zdrowotnej.
- Verordnung des Gesundheitsministers zur Schaffung eines Patientenrechtsbüros – Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2001 r. w sprawie utworzenia Biura Praw Pacjenta.
- Verordnung des Gesundheitsministers zwecks Änderung der Verordnung zur Schaffung eines Patientenrechtsbüros – Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 08.03.2002 r. zmieniające zarządzenie w sprawie utworzenia Biura Praw Pacjenta.

Vorschriften zur Einführung des Gesetzes zur Reform der öffentlichen Verwaltung – Ustawa – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną z dnia 13 października 1998r. (Dz. U. Nr. 133, poz. 872).

### Parlamentaria

Regierungsvorlage zum Gesetzentwurf über das Gesundheitsleistungsgesetz – Rządowy projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Druk nr. 2976 (11.06.2004).

Regierungsvorlage zum Gesetzentwurf über das Gesetz über gemeinnützige Tätigkeiten ... – Rządowy projekt ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Druk nr. 263 (15.02.2002).

Regierungsvorlage zum Gesetzentwurf über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. – Rządowy projekt ustawy o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Druk nr. 932 (01.10.2002).

Protokolle der Lesungen des Gesetzes über die Versicherung im Nationalen Gesundheitsfonds. Pos. nr. 31 dn. 10.10.2002; pos. nr. 37 dn. 03.12.2002.

Protokolle der Lesungen des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Pos. nr. 17 dn. 06.05.1998; pos. nr. 23 dn. 01.07.1998.

Protokolle der Lesungen des Gesetzes über die Änderung des Gesetzes zur Allgemeinen Gesundheitsversicherung. Pos. nr. 22 dn. 22.05.2002.

### Dokumente

Ministerstwo Gospodarki i Pracy (2005a). Pressemitteilung vom 20.01.2005. Wstępny Projekt Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013.

— (2005b). Pressemitteilung vom 20.01.2005. Cele strategiczne i priorytety Narodowego Planu Rozwoju na lata 2007-2013.

Ministerstwo Polityki Społecznej, Departament Pożytku Publicznego (2005). Strategia wspierania rozwoju społeczeństwa obywatelskiego na lata 2007-2013. Wstępna wersja w zarysie, maj 2005. Warszawa.

MZiOS (1994). Strategia dla Zdrowia. In: Antidotum 9/10 (1994). S. 3-11.

— (1996). Narodowy Program Zdrowia. Programm przyjęty przez Radę Ministrów 3 września 1996 r. jako dokument rządowy, określający cele i kierunki zdrowotnej polityki publicznej w Polsce do 2005 r.  
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=6&mx=0&ma=243<16.08.2005>>.

— (1998). Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: Biuro Informacji i Promocji Reform w Ochronie Zdrowia.

— (2004). Polityka Lekowa Państwa 2004-2008 r. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 23 marca 2004 roku. Als PDF-Dokument unter:  
<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=13&mx=0&ma=2318<16.08.2005>>.

Rada Ministrów (1996). Reformy z ludźmi i dla ludzi. Trzy lata rządów Koalicji Polskiego Stronnictwo Ludowego i Sojuszu Lewicy Demokratycznej. Warszawa.

— (2004). Zestawienie najważniejszych zadań przewidzianych do realizacji w okresie kadencji rządu. Als PDF-Dokument unter: <http://www.kprm.gov.pl/391.htm> <16.08.2005>.

#### Publizierte Interviews

Chorzy na reformę. Gespräch mit Władysław Szkop\*. In: Przegląd tygodniowy 39 (29.09.1999). S.9. [\*Mitglied des Gesundheitsausschusses im Sejm, Abgeordneter der SLD]

Łamiesz, płacisz. Gespräch mit Marek Balicki\*. In: Prawo i Życie 24 (01.06.1996). S. 4. [\* Abgeordneter der UW]

O pacjenta trzeba zabiegać. Gespräch mit Wiktor Masłowski\*. In: Przegląd Tygodniowy 29 (16.07.1997), dodatek „Zdrowie”. S.I-III. [\* Direktor des Büros für die Umgestaltung des Gesundheitssystems im Gesundheitsministerium]

Problem dobrze funkcjonującej opieki zdrowotnej widzę jako zagadnienie praw obywatelskich. Z Andrzejem Zollem\* – Rzecznikiem Praw Obywatelskich – rozmawia Henryk Sulek. In: Zdrowie i zarządzanie 3 (2001) 2. S.7-11. [\*Bürgerrechtsbeauftragter]

Przemiję się chorymi, nie aptekarzami. [Gespräch mit Mariusz Łapiński\*] In: Przegląd 36 (09.09.2002). S.17-19. [\*Gesundheitsminister]

Przychodzi pacjent do ministra. Ochrona zdrowia jest dziedzina, w której nie da się wszystkiego na „try, cztery” wyrzucić do góry nogami. [Gespräch mit Ewa Kralkowska\*] In: Przegląd 7 (18.02.2002). S.22-23. [\* Staatssekretärin im Gesundheitsministerium]

Rewolucja w imię pacjenta. [Gespräch mit Ryszard Jaciek Żochowski\*] In: Przegląd Tygodniowy 21 (21.05.1997). S.9. [\*Gesundheitsminister]

Spółceństwo nie przeżyłoby kolejnej reformy. [Gespräch mit Mariusz Łapiński\*] In: Rzeczpospolita 261 (08.11.2001). S.A4. [\*Gesundheitsminister]

„To państwo, rząd ponoszą odpowiedzialność za kreowanie i realizowanie polityki zdrowotnej”. Wywiad z Mariuszem Łapińskim\*, Ministrem Zdrowia. In: Zdrowie i zarządzanie 4 (2002) 6. S.8-10. [\*Gesundheitsminister]

Z większą troską o pacjenta. [Gespräch mit Wojciech Maksymowicz\*] In: Tygodnik Solidarność 2 (09.01.1998). S.11. [\*Gesundheitsminister]

Zwykle uciemnienie pacjenta. [Gespräch mit Anna Knysok\*] In: Gazeta Wyborcza 40 (17.02.2000). S.14-15. [\* Beauftragte der Regierung für die Gesundheitsversicherung]

#### Informationen im Internet zur Qualitätssicherung

<http://www.tpj.pl>

<http://www.klrwp.pl>

<http://ebm.org.pl>

<http://www.cmj.org.pl>

[http://www.equip.ch/flx/national\\_pages/poland/](http://www.equip.ch/flx/national_pages/poland/).

<http://www.pca.gov.pl>.

<http://pcbc.gov.pl>.

### Informationen zur Beteiligung von Bürgerorganisationen in Politik und Verwaltung

<http://www.npr.gov.pl> (02.05.2005); <http://www.fundusze-strukturalne.gov.pl>;  
<http://www.efs.gov.pl>

<http://www.pozYTEK.gov.pl/?document=516> <02.05.2005>.

<http://www.pozYTEK.gov.pl/?document=426> <02.05.2005>.

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=155&mx=0&mt=&my=26&ma=3805> <02.05.2005>.

### Beispiele zur Beteiligung

[http://www.nfz-lublin.pl/legislacja/projekty\\_aktow\\_prawnych/24\\_11\\_04/04\\_11\\_24\\_01.html](http://www.nfz-lublin.pl/legislacja/projekty_aktow_prawnych/24_11_04/04_11_24_01.html). <03.05.2005>.

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=155&mx=0&mt=&my=26&ma=3874> <03.05.2005>.

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=39&mx=0&mt=&my=39&ma=4370> <16.08.2005>.

### Parteiprogramme

Prawo i Sprawiedliwość (Recht und Gerechtigkeit) (2003). Odpowiedzialność państwa za zdrowie Polaków. Program przebudowy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa.

SLD (Demokratischer Linksbund) (1999). Nowy wiek – nowy Sojusz Lewicy Demokratycznej. Manifest programowy – I Kongress 18-19 grudnia 1999.

Platforma Obywatelska (Bürgerplattform) [2004]. Tezy do programu platformy obywatelskiej w zakresie systemu ochrony zdrowia. Autorstwa Prof. Zyty Gilowskiej.

### Internationale Organisationen

Europarat (1996). Fifth Conference of Health Ministers: "Equity and Patients' Rights in the context of health reforms", 7-8 November 1996. Warschau.

[http://www.coe.int/T/E/Social\\_Cohesion/Health/Conferences/05%20Conference.asp#P74\\_5213](http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/Conferences/05%20Conference.asp#P74_5213) <16.08.2005>.

- (2000a). Recommendation No. R(2000)5 on the Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision-Making Process Affecting Health Care of the Committee of Ministers to Member States on the Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision-Making Process Affecting Health Care, Adopted by the Committee of Ministers on 24 Febr. 2000 at the 699<sup>th</sup> Meeting of the Ministers' Deputies.
- (2000b). Explanatory Memorandum to Recommendation Rec(2000)5 of the Committee of Ministers to Member States on the Development of Structures for Citizen and Patient Participation in the Decision-Making Process Affecting Health Care.
- WHO (1994). Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe. Regionalbüro für Europa, Health Services Management, Health Care Systems. Kopenhagen.
- (1996). Die Charta von Ljubljana über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa.
- (1999). Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa. (= Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6).

## 9. Literaturverzeichnis

- 31 tez ekspertów. Projektowany system opieki zdrowotnej. In: Nowe Życie Gospodarcze 7 (11.04. 2004). S.7-10.
- Abromeit, Heidrun (2001). Ein Maß für Demokratie. Europäische Demokratien im Vergleich. Wien: Institut für Höhere Studien. (= Reihe Politikwissenschaft, 46).
- Ahvenainen, Taisto (2001). Kuntien sosiaali- ja terveystalveluja säätelevät lait. In: Sosiaaliturva 2/2001. S.18.
- Aksman Ewa (2000). Przekształcenia sektora publicznego i prywatnego w brytyjskiej i w polskiej opiece zdrowotnej. Warschau: Uniwersytet Warszawski.
- (1999). Towards a Quasi-Market in Health Care: The Early Experience of Poland. Economic Discussion Papers No. 46. Warschau.
- Alber, Jens (1988). Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. In: Schmidt, Manfred G. (Hrsg.). Staatstätigkeit. International und historisch vergleichende Analysen. PVS Sonderheft 19/1988. Opladen: Westdt. Verlag. S.116-150.
- (1992). Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Alber, Jens/ Behrendt, Christina (2002). Wohlfahrtsstaat/Sozialstaat. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 2. Aufl. München: C.H.Beck. S. 580-588.
- Alber, Jens/ Bernardi-Schenkluhn, Brigitte (1992). Westeuropäische Gesundheitssystem im Vergleich. Bundesrepublik Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien, Großbritannien. Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Alemann, Ulrich von (1975). Partizipation, Demokratisierung, Mitbestimmung – Zur Problematik eines Gegenstandes. In: Alemann, Ulrich von (Hrsg.). Partizipation – Demokratisierung – Mitbestimmung. Problemstellung und Literatur in Politik, Wirtschaft, Bildung und Wissenschaft – Eine Einführung. Opladen: Westdt. Verlag. S. 13-40.

- (1977). Partizipation. Überlegungen zur normativen Diskussion und zur empirischen Forschung. In: Bürgerbeteiligung und Bürgerinitiativen. Legitimation und Partizipation in der Demokratie angesichts gesellschaftlicher Konfliktsituationen. Wissenschaftl. Red. von Otthein Rammstedt. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag. (=Argumente in der Energiediskussion, Bd.3). S.245-281.
- Altenstetter, Christa (1999). From Solidarity to Market Competition? Values, Structure, and Strategy in German Health Policy, 1883-1997. In: Powell, Francis D./ Wessen, Albert F. (Hrsg.). Health Care Systems in Transition. An International Perspective. Thousand Oaks u.a.: SAGE. S.47-88.
- Angerhausen, Susanne (2004). Wirksame Patientenbeteiligung oder „Logik des Misslingens“? – Die neuen Möglichkeiten der Mitsprache im Gesundheitswesen. In: Soziale Sicherheit 53.1. S.13-17.
- Arnold, Michael (2003). Gesundheitssystemforschung. In: Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Hrsg. v. Klaus Hurrelmann u. Ulrich Laaser. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa. S. 851-873.
- Arnstein, Sherry R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. In: American Institute of Planners Journal 35 (1969) 4. S. 216-224.
- Badura, Bernhard (1980). Partizipation in der Gesundheitssicherung: Dimensionen, Ebenen, Potentiale. In: Nelles, Wilfried/ Oppermann, Reinhard (Hrsg.). Partizipation und Politik. Beiträge zur Theorie und Praxis politischer Partizipation. Göttingen: Otto Schwartz. S. 367-379.
- (1999). Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. In: Gewerkschaftliche Monatshefte 50 (1999) 6. S. 349-356.
- (2000). Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten – eine Einführung. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ... Köln: BZgA. S. 34-40.
- (2001). Thesen zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. In: Reibnitz, Christine von/ Schnabel, Peter-Ernst/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität. Weinheim/München: Juventa. S. 61-69.
- (2002a). Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Vom Anbieter zum Verbraucherschutz 2002. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45.1 (Jan. 2002). S. 21-25.
- (2002b). Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Vom Anbieter- zum Verbraucherschutz. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (2002) 3. S.39-46.
- Badura, Bernhard/ Hungeling, Germanus (1999). Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Forum Public Health 7 (1999) 26. S.2-3.
- Badura, Bernhard/ Schellschmidt, Henner (1998). Die zukünftige Rolle von Bürgern, Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen. In: Forum Public Health 6 (1998) 20. S.15-16.

- (2000 a). Zusammenfassung der Ergebnisse. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ... Köln: BZgA. S. 216-230.
- (2000b). Schlussfolgerungen und Empfehlungen. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ... Köln: BZgA. S. 231-234.
- Badura/ Hart/ Schellschmidt (1999). = Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Mit Beiträgen von Bernhard Badura, Robert Francke, Winfried Göpfert, Dieter Hart, Ellis Huber, Germanus Hungenling, Christoph Kranich, Henner Schellschmidt und Franz Stuchlik. Baden-Baden: Nomos, 1999.
- Bała, Małgorzata/ Pomadowski, Jacek (2000). Jak powstają wytyczne postępowania w praktyce lekarskiej. In: Służba zdrowia 36-37 (4.-5.5.2000). Artikel unter: <http://www.sluzbazdrowia.com.pl/html/more2929c.php>.
- Balicki, Marek (1996). Prawa pacjenta – wybrane zagadnienia. In: Szkoła praw człowieka. Teksty wykładów. Helsińska Fundacja Praw Chłowieka. Warschau: EXIT. S.315-333.
- Bandelow, Nils C./ Schubert, Klaus (1998). Wechselnde Strategien und kontinuierlicher Abbau solidarischen Ausgleichs. Eine gesundheitspolitische Bilanz der Ära Kohl. In: Wewer, Göttrik (Hrsg.). Bilanz der Ära Kohl. Christlich-liberale Politik in Deutschland 1982-1998. Ein Sonderband der Zeitschrift Gegenwartskunde. Gewidmet Hans-Hermann Hartwich zum 70. Geburtstag. Opladen: Leske u. Budrich. S.113-127.
- Beek, Kornelia van der/ Weiss, Peter (1995). Das Gesundheitswesen der Republik Polen: Funktionsweise und Entwicklungsperspektiven. In: Dies. (Hrsg.). Sozialpolitik im Transformationsprozeß. Ordnungs- und sozialpolitische Reformen in Polen. Berlin/New York: Walter de Gruyter. S.59-85.
- Behrens, Maria (2003). Quantitative und qualitative Methoden in der Politikfeldanalyse. In: Schubert, Klaus/ Bandelow, Nils C. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München/Wien: Oldenbourg. S.203-236.
- Berg-Schlosser, Dirk/ Stammen, Theo (2003). Einführung in die Politikwissenschaft. 7., durchgesehene u. erweiterte Aufl. München: C.H. Beck.
- Beske, Fritz/ Hallauer, Johannes F. (1999). Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung. 3., völlig neu bearb. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verlag.
- Beyme, Klaus von/ Helms, Ludger (2004). Interessengruppen. In: Helms, Ludger/ Jun, Uwe (Hrsg.). Politische Theorie und Regierungslehre. Eine Einführung in die politikwissenschaftliche Institutionenforschung. Frankfurt/New York: Campus. S.194-218.
- Białynicki-Birula, Paweł (2000). Samorząd terytorialny w systemie polskiej administracji publicznej. In: Zdrowie i zarządzanie 2 (2000) 3-4. S.7-12.
- Biefang, Marc/ Lübberstedt, Jens (2001). Bürgerbeteiligung und Beteiligungsverfahren. Eine Antwort auf die Steuerungskrise der modernen Gesellschaft und ein Rahmen für Lernchancen und Qualifikationserfordernisse moderner Bürger. München/Mering: Rainer Hampp.

- Birle, Peter/ Wagner, Christoph (1994). Vergleichende Politikwissenschaft: Analyse und Vergleich politischer Systeme. In: Mols, Manfred/ Lauth, Hans-Joachim/ Wagner, Christian (Hrsg.). Politikwissenschaft: Eine Einführung. Paderborn u.a.: Schöningh. S.102-135.
- Böcken, Jan (2002). Gesundheitsreform auf dem Prüfstand. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (2002) 3. S.52-55.
- Bogs, Harald/ Ferber, Christian von/ Tennstedt, Florian (1977). Soziale Selbstverwaltung. Bd. 1: Aufgaben und Funktionen der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Infas. Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Bönker, Frank/ Wollmann, Hellmut (2000). Sozialstaatlichkeit im Übergang: Entwicklungslinien der bundesdeutschen Sozialpolitik in den Neunzigerjahren. In: Czada, Roland/ Wollmann, Hellmut (Hrsg.). Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit. Leviathan Sonderheft 19/1999. Wiesbaden: Westdt. Verlag. S.514-538.
- Brandhorst, Andreas (2003). Gesundheitspolitik zwischen 1998 und 2003: Nach der Reform ist vor der Reform. In: Gohr, Antonia/ Seeleib-Kaiser, Martin (Hrsg.). Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün. Wiesbaden: Westdt. Verlag. S.211-228.
- Braun, Dietmar/ Giraud, Olivier (2003). Steuerungsinstrumente. In: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils C. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München/Wien: Oldenbourg. S.147-174.
- Brownlea, Arthur (1987). Participation, Myths, Realities and Prognosis. In: Social Science and Medicine 25 (1987) 6. S.605-614.
- Brzeziński, Tadeusz (1996). Karta praw pacjenta – spodziewanie korzyści i niebezpieczeństwa. In: Prawa pacjenta a postawa lekarza: posiedzenie wspólne Komisji Etyki Medycznej PAU, Komisji Etyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Katowicach, Oddziału Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w Katowicach, Katowice 25 lutego 1995 r./ [red t. Anna Wiekłuk]. Polska Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisja Etyki Medycznej. Kraków : PAU. S.19-24.
- Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4.-5. Februar 1999 in Bonn von Bernhard Badura und Henner Schellschmidt. Eine Konferenz in Zusammenarbeit mit dem WHO-Regionalbüro für Europa Kopenhagen. Köln: BzGA, 2000.
- Burke, Edmund M. (1977). Citizen Participation Strategies. In: Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg.). The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives. New York u.a.: Spectrum. S.217-233.
- Burkhardt, Rainer (2001). Neuorientierung des Gesundheitswesens. Skizze eines assoziativen Konzepts. Frankfurt/Main: VAS. (Perspektiven – Schriften zur Pluralität in der Medizin).
- Buse, Michael J./ Nelles, Wilfried. (1975). Formen und Bedingungen der Partizipation im politisch/administrativen Bereich. In: Alemann, Ulrich von (Hrsg.). Partizipation – Demokratisierung – Mitbestimmung. Problemstellung und Literatur in Politik, Wirtschaft, Bildung und Wissenschaft. – Eine Einführung. Opladen: Westdt. Verlag. S.41-111.

- Calnan, Michael/ Halik, Janoz/ Sabbat, Jolanta (1998). Citizen Participation and Patient Choice in Health Reform. In: Saltman, Richard B./ Figueras, Josep/ Sakellarides, Constantino (Hrsg.) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. WHO. Buckingham/Philadelphia: Open University Press. S. 325-338.
- Charles, Cathy/ DeMaio, Suzanne (1993). Lay Participation in Health Care Decision Making: A Conceptual Framework. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18 (1993) 4. S.881-904.
- Chmielewski, Robert (2001). Realizacja zasady samorządności w Kasach Chorych. In: *Przegląd ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych* 11/2001. S.20-21.
- Cichocka, Elżbieta (2000). Główne założenia. In: *Kolarska-Bobińska, Lena (Hrsg.). Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji*. Instytut Spraw Publicznych. Warschau: Oficyna naukowa. S.139-144.
- (2004). Za co państwo nie zapłaci. In: *Gazeta Wyborcza* Nr. 122 (26.05.2004). S.6.
- Clients or co-producers? The changing role of citizens in social services. The National Board of Social Welfare in Finland. Helsinki, 1989.
- Contandriopoulos, André-Pierre/ Lauristin, Marju/ Leibovich, Ellen (1998). Values, Norms and the Reform of Health Care Systems. In: Saltman, Richard B./Figueras, Josep/Sakellarides, Constantino (Hrsg.) *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. WHO. Buckingham/Philadelphia: Open University Press. S. 339-361.
- Coulter, Angela/ Magee, Helen (Hrsg., 2003). *The European Patient of the Future*. Maidenhead/Philadelphia: Open Univ. Press.
- Dahrendorf, Ralf (1995). Über den Bürgerstatus. In: *Bürgergesellschaft, Recht und Demokratie*. Hrsg. v. Bert van den Brink u. Willem van Reijen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S.29-43.
- Dankowski, Wulf/ Rösener, Anke (2003). *Auf dem Weg zum Aktivierenden Staat. Vom Leitbild zum umsetzungsreifen Konzept*. Berlin: Edition Sigma. (Modernisierung des öffentlichen Sektors, Sonderbd.18).
- Danner, Martin (2000). Wann ist die Mitwirkung von Patientenvertretern in Entscheidungsgremien „demokratisch legitimiert“? In: *MedR* 10/2000. S.468-471.
- Decker, Hans-Heiner (2001). Konsumenten- und Patientensouveränität im Gesundheitswesen. Statement der Ärztekammer Westfalen-Lippe. In: *Reibnitz, Christine von/ Schnabel, Peter-Ernst/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität*. Weinheim/München: Juventa. S. 274-281.
- Deppe, Hans-Ulrich (2000). *Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems: Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland*. Frankfurt a.M.: VAS. (= Reihe psychosoziale Aspekte der Medizin).
- Dercz, Maciej/ Izdebski, Hubert/ Włodarczyk, Cezary (2002). W poszukiwaniu sprawiedliwości. Pomiedzy opiekuńczo-socjalnym i liberalno-konserwatywnym modelem ochrony zdrowia. In: *Rzeczpospolita* 281 (03.12.2002). S. A8.
- Derz, Maciej/ Izdebski, Hubert (2001). *Organizacja ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej w świetle obowiązującego ustawodawstwa*. Warschau/Poznań: Polskie Wydawnictwo Prawnicze IURIS.

- Diercks, Marie-Luise (2001). Empowerment und die Nutzer im deutschen Gesundheitswesen. Habilitationsschrift. Hannover: Medizinische Hochschule.
- Diercks, Marie-Luise/ Schwartz, Friedrich Wilhelm (2002). Public Health und die Diskussion um neue Rollen des Patienten im Gesundheitswesen. In: Fisch, Uwe (Hrsg.). Innovation durch New Public Health. Göttingen u.a.: Hogrefe. S.137-153.
- Dobrowolski, Paweł/ Gorywoda, Łukasz (2004). Publiczne Wysłuchanie. Kontrola stanowienia prawa przez obywateli. Raport Instytutu Sobieskiego. Warszawa.
- Döhler, Marian (2002). Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie. In: Gellner, Winand/ Schön, Markus (Hrsg.). Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden: Nomos. S. 25-40.
- Döhler, Marian/ Manow, Philip (1995a). Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor. In: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W. (Hrsg.). Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt a.M./New York: Campus. S.140-168.
- (1995b). Formierung und Wandel eines Politikfeldes – Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer. MPIFG DP 95/6 (Okt. 1995).
- Döhler, Marian/ Manow-Borgwardt, Philip (1992). Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie. In: Staatswissenschaften und Staatspraxis 3 (1992) 1. S.64-106.
- Dołowska, Alicja (1996). Wszyscy jesteśmy pacjentami. In: Tygodnik Solidarność 2 (09.01.1996). S. 17.
- (1999). Pacjencie – obroń się sam? In: Tygodnik Solidarność 16 (16.04.1999). S.18.
- (2004). Koszyk z trudem gwarantowany. In: Tygodnik Solidarność 7 (13. 02. 2004). S.6-7.
- Easton, David (1979). A Systems Analysis for Political Life. Chicago: Chicago University Press.
- Eder, Klaus (1995). Die Dynamik demokratischer Institutionenbildung. Strukturelle Voraussetzungen deliberativer Demokratie in fortgeschrittenen Industriegesellschaften. In: Nedelmann, Birgitta (Hrsg.). Politische Institutionen im Wandel. Opladen: Westdt. Verlag. S. 327-345.
- Eklund, Leena (1999). From Citizen Participation Towards Community Empowerment. An Analysis on Health Promotion from Citizen Perspective. Diss. Tampere: University of Tampere (= Acta Universitatis Tamperensis 704).
- Esping-Andersen, Gösta (1990). The Three Worlds of Welfare Capitalism. Cambridge: Polity.
- Evers, Adalbert (1998). Consumers, Citizens and Coproducers – A Pluralistic Perspective on Democracy in Social Services. In: Flösser, Gaby/ Otto, Hans-Uwe (Hrsg.). Towards More Democracy in Social Services. Models and Culture of Welfare. Berlin/New York: Walter de Gruyter. S.43-52.
- (2002). Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im Gesundheitswesen. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (2002) 3. S.8-12.

- Fallberg, Lars (1999). Patient Rights in the Nordic Countries. In: Patients' Rights and Citizens' Empowerment: through Visions to Reality. Joint Consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. Copenhagen, Denmark, 22-23 April 1999. S. 10-21.
- (2000). Patients' Rights in the Nordic Countries. In: *European Journal of Health Law* 7. S. 123-143.
- Feingold, Eugene (1977). Citizen Participation: A Review of the Issues. In: Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg.). *The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives*. New York u.a.: Spectrum. S.153-160.
- Ferber, Christian von (1973). Soziologische Aspekte der Gesundheitsplanung. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.). *Gesellschaftliche Planung. Materialien zur Planungsdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland*. Stuttgart: F.Enke. S. 312-333.
- Filarski, Tomasz (2002a). Działalność i efekty funkcjonowania Biura Rzecznika Praw Pacjenta. In: *Antidotum* 12/2002. S.36-40.
- (2002b). Działalność Rzecznika Praw Pacjenta – próba oceny i perspektywy funkcjonowania. In: *Antidotum* 12/2002. S.77-81.
- Fisahn, Andreas (2002). *Demokratie und Öffentlichkeitsbeteiligung*. Tübingen: Mohr u. Siebeck. (=Jus publicum, Bd. 84).
- Francke, Robert/ Hart, Dieter (1999). Charta der Patientenrechte. Rechtsgutachten zur Vorbereitung einer Charta der Patientenrechte gemäß dem Beschluß der 70. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren am 20. und 21. November 1997 in Saarbrücken ... Baden-Baden: Nomos.
- (2001). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Freeman, Richard (1999). Institutions, States and Cultures: Health Policy and Politics in Europe. In: Clasen, Jochen (Hrsg.). *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*. Oxford: Blackwell. S.80-94.
- Freidson, Eliot (1975). *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. München u.a.: Urban & Schwarzenberg.
- Fundusz niekonstytucyjny. Trybunał zakwestionował wiele przepisów ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. In: *Rzeczpospolita* (08.01.2004). S. A1, A3.
- G+G Blickpunkt (Mai 2006). *Der aktuelle gesundheitspolitische Newsletter der AOK*. Bonn.
- Gabriel, Oscar W. (Hrsg., 1983). *Bürgerbeteiligung und kommunale Demokratie*. München: minerva.
- Galiher, Claudia B./ Needleman, Jack/ Rolfe, Anne J. (1977). Consumer Participation. In: Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg.). *The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives*. New York u.a.: Spectrum. S.251-265.
- GBE 32 = Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 32. *Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen*. Hrsg. v. Robert Koch-Institut. Berlin, 2006.

- Geißler, Jens (2004). Organisierte Vertretung von Patienteninteressen. Patienten-Organisationen als gesundheitspolitische Akteure in Deutschland, Großbritannien und den USA. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Gellner, Winand/ Schön, Markus (2002). Gesundheitspolitische Alternativen: Ein internationaler Vergleich gesundheitspolitischer Strukturen und Prozesse. In: Dies. (Hrsg.). Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden: Nomos. S. 9-23.
- Gerlinger, Thomas (2002). Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen. In: Gellner, Winand/ Schön, Markus (Hrsg.). Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden: Nomos. S. 123-151.
- Gilowska, Zyta (2000). Reforma samorządowa a reforma finansów publicznych. In: Kolarska-Bobińska, Lena (Hrsg.). Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa: Oficyna naukowa. S.21-38.
- Girouard, Nathalie/ Imai, Yutaka (2000). The Health Care System in Poland. OECD Economics Department Working Papers No. 257. ECO/WKP(2000)30.
- Göhler, Gerhard (1997a). Einleitung. In: Ders. (Hrsg.). Institutionenwandel. Leviathan Sonderheft 16/1996. S.7-17.
- (1997b). Wie verändern sich Institutionen? Revolutionärer und schleichender Institutionenwandel. In: Ders. (Hrsg.). Institutionenwandel. Leviathan Sonderheft 16/1996. S.21-56.
- Goodin, Robert E. (1996). Institutions and Their Design. In: Ders. (Hrsg.). The Theory of Institutional Design. Cambridge: Cambridge University Press. S. 1-53.
- Göpel, Eberhard (2002). Gesundheit fördern durch bürgerschaftliches Engagement. Aktuelle Ziele und Voraussetzungen für eine Neuordnung öffentlicher Gesundheitspolitik. In: WechselWirkung Nov./Dez. 2002. S.16-26.
- Görlitz, Axel (1995). Politische Steuerung. Ein Studienbuch. Opladen: Leske u. Budrich.
- Greiffenhagen, Martin (1997). Politische Legitimität in Deutschland. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung.
- Greß, Stefan/ Tophoven, Christina/ Wasem, Jürgen (2002). Exit und Voice – Steuerungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten. In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (2002) 3. S.29-38.
- Groser, Manfred (1999). Sozialverwaltungen in Bund und Ländern. Zwischen Bürger-Orientierung und Bürger-Wille. In: Weinacht, Paul-Ludwig (Hrsg.) Bürokratie und Demokratie. Beiträge zur Praxis der Bürgergesellschaft. Würzburg: Ergon. S.75-90.
- Habermas, Jürgen (1976). Legitimationsprobleme im modernen Staat. In: Kielmannsegg, P. Graf (Hrsg.). Legitimationsprobleme politischer Systeme. PVS-Sonderheft 7. Opladen. S. 39-61.
- Halik, Janusz (1997). Wprowadzenie. In: Sonderheft „Prawa pacjenta“. Zdrowie publiczne, Supplement 2/1997. S.5-9.
- (2001). Prawa pacjenta w Polsce – teoria a problemy praktycznego przestrzegania. In: Zdrowie i zarządzanie 3 (2001) 2. S. 23-29.

- Halik, Janusz/Sabbat, Jolanta (1993). *Możliwości instytucjonalnej ochrony praw pacjenta w Polsce*. In: *Prawo do opieki zdrowotnej w systemie gospodarki rynkowej* : [seminarium] Warszawa 15-16 października 1993. [red. nauk. Marek Safjan, Eleonora Zielińska].  
Warschau: Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Exit. S.80-85.
- Hall, Peter A. (1997). *The Role of Interests, Institutions, and Ideas in the Comparative Political Economy of the Industrialized Nations*. In: Lichbach, Mark Irving/ Zuckerman, Alan S. (Hrsg.). *Comparative Politics. Rationality, Culture, and Structure*. Cambridge/New York: Cambridge University Press. S. 174-207.
- Hall, Peter A./ Taylor, Rosemary C.R. (1996). *Political Science and the Three New Institutionalisms*. MPIFG Discussion Paper 96/6 (June 1996).
- Hanika, Heinrich (1999). *Patientencharta. Stärkung der Rechte der Patienten bei der Reform der Gesundheitssysteme in Europa – Herausforderungen für Deutschland ?!* In: *MedR* 4/1999. S.149-161.
- Hansen, Leonhard (2005). *Einführung in die Thematik DMP – vom Gesetz zum ersten Vertrag*. In: Tophoven, Christina/Sell, Stefan (Hrsg.). *Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. S. 19-30.
- Hansson, Aino-Inkeri (1996). *Liturgiasta käytäntöön. Perusoikeuksista perusturvaan*. In: *Socius* 2 (1996) 8. S. 4-7.
- Hart, Dieter (1999). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen: Rechtliche Analyse und Perspektiven*. In: *Forum Public Health* 7 (1999) 26. S. 7-9.
- (2000a). *Patientenrechte und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen*. In: *Der Onkologe* 3/2000. S. 261-267.
- (2000b). *Bürgerbeteiligung: Zum Konzept und seinen rechtlichen Rahmenbedingungen*. In: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ...* Köln: BZgA. S. 73-80.
- (2001). *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Professionelle Entscheidungskompetenzen und strukturelle Veränderungen*. In: *Zeitschrift für Rechtssoziologie* 22.1 (Juli 2001). S.79-100.
- (2005). *Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Befunde und Perspektiven 2004*. In: *GGW* 5 (2005) 1. S.7-13.
- Hart, Dieter/ Francke, Robert (2002). *Patientenrechte und Bürgerbeteiligung. Bestand und Perspektiven*. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 45.1 (Jan. 2002). S. 13-20.
- Hartmann, Anja K. (2003). *Patientennah, leistungsstark, finanzbewusst? Die Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung*. In: Egle, Christoph/ Ostheim, Tobias/ Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.). *Das rot-grüne Projekt. Eine Bilanz der Regierung Schröder 1998-2002*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S.259-281.
- Health Care Systems in Transition* (1999). Poland. WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems. Kopenhagen.
- (2002). Finland. Järvelin, Jutta; Rico, Ana/Cetani, Teresa. WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems. Kopenhagen.

- (2004). Germany. Busse, Reinhard/Riesberg, Annette. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Kopenhagen.
- Heberlein, Ingo (2005). Die Aufgabenstellung des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Rolle der Patientenvertretung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 42. S. 64-77.
- Heissel, Arne (2002). Konsumentensouveränität als Leitbild im deutschen Gesundheitswesen. Eine evolutische Analyse. Bayreuth: P.C.O. (= Schriften zur Gesundheitsökonomie, Bd. 35).
- Helms, Ludger (2004). Einleitung: Politikwissenschaftliche Institutionenforschung am Schnittpunkt von Politischer Theorie und Regierungslehre. In: Helms, Ludger/ Jun, Uwe (Hrsg.). *Politische Theorie und Regierungslehre. Eine Einführung in die politikwissenschaftliche Institutionenforschung*. Frankfurt/New York: Campus. S.13-44.
- Herriger, Norbert (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Hetemaa, Tiina/ Vuorenkoski, Lauri/ Keskimäki, Ilmo (2003). Priorisointi ja jonoasettamisindikaattorit – kirjallisuuskatsaus. *STM:n monisteita* 2003:6. Helsinki.
- Hogg, Christine (1999). *Patients, Power & Politics. From Patients to Citizens*. London u.a.: SAGE.
- Howlett, Michael/ Ramesh, M. (2003). *Studying Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems*. 2. Aufl. Oxford u.a.: Oxford University Press.
- Iliev, Dimo/ Vienonen, Mikko (1998). *Patients' Rights Development in Europe*. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa (Health Service Management, Health Care Systems).
- Immergut, Ellen M. (1992). *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Iwanowicz-Palus, Grażyna (2000). Prawa pacjenta w Polsce In: *Prawo i Medycyna* 8/2000. S. 80-92.
- Izycka-Rączka, Małgorzata (2002). Zakres prawa na świadczeń zdrowotnych. In: *Przegląd ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych* 10/2002. S. 31-34.
- Jann, Werner (1994). Politikfeldanalyse. In: *Lexikon der Politik*. Bd. 2: *Politikwissenschaftliche Methoden*. Hrsg. v. Jürgen Kriz, Dieter Nohlen, Rainer-Olaf Schultze. München: C.H. Beck. S.308-314.
- Jann, Werner/ Wegrich, Kai (2003). Phasenmodelle und Politikprozesse: Der Policy Cycle. In: Schubert, Klaus/ Bandelow, Nils C. (Hrsg.). *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*. München/Wien: Oldenbourg. S. 71-104.
- Jończyk, Jan (2003). Ubezpieczenie zdrowotne. In: *Praca i Zabezpieczenie społeczne* 4/2003. S.2-8.
- (2004a). Podmioty ubezpieczenia zdrowotnego. In: *Praca i Zabezpieczenie społeczne* 1/2004. S.2-7.
- (2004b). Wybrane problemy ochrony zdrowia (po wyroku Trybunału Konstytucyjnego w sprawie K. 04/03). In: *Prawo i Medycyna* 1/2004. S. 7-23.

- Kania, Helga/ Blanke, Bernhard (2000). Von der „Korporatisierung“ zum „Wettbewerb“. Gesundheitspolitische Kurswechsel in den Neunzigerjahren. In: Czada, Roland/ Wollmann, Hellmut (Hrsg.). Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit. Leviathan Sonderheft 19/1999. Wiesbaden: Westdt. Verlag. S.567-591.
- Karisto, Antti (1990). Hyvinvointivaltio ja uusi palvelukulttuuri. In: Riihinen, Olavi (Hrsg.). Suomi 2017. Jyväskylä: Gummerus. S. 355-380.
- Karkowska, Dorota (2004). Prawa Pacjenta. Warschau: Polskie Wydawnictwo Profesjonalne.
- Karwat, Renata (1996). Szpital bezprawa. W polskiej służbie zdrowia nagminnie łamane są prawa pacjentów. In: Wprost 8 (25.02.1996). S.56.
- (1998). Samoobrona chorych. In: Wprost 45 (08.11.1998). S. 86-88.
- Kaschytza, Jörg (1999). New Public Management in der Großstadt – Chance oder Risiko für Bürgerbeteiligung und repräsentative Demokratie? In: Weinacht, Paul-Ludwig (Hrsg.) Bürokratie und Demokratie. Beiträge zur Praxis der Bürgergesellschaft. Würzburg: Ergon. S.39-54.
- Katzenmeier, Christian (2000). Patientenrechte in Deutschland heute. In: MedR 1/2000. S. 24-25.
- Kern, Axel Olaf/ Troche, Clemens J./ Beske, Fritz (2000). Beteiligungsrechte – Der Patient im Mittelpunkt? – Tagungsbericht Eltville VIII, 13./14. August 1999. Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel. Würzburg: Triltsch.
- Kersting, Norbert (1997). Bürgerinitiativen und Verwaltungsmodernisierung. In: Bogumil, Jörg/ Kießler, Leo (Hrsg.). Verwaltungsmodernisierung und lokale Demokratie. Risiken und Chance eines Neuen Steuerungsmodells für die lokale Demokratie. Baden-Baden: Nomos. S.73-92.
- Kettunen, Pekka/Kiviniemi, Markku (2000). Osallistumisen tutkimus ja kansalaisten muututuva toimintaympäristö. In: Poliitikka 1/2000. S. 45-56.
- Kevenhörster, Paul (2003). Politikwissenschaft. Bd. 1: Entscheidungen und Strukturen der Politik. 2., überarbeitete Aufl. Opladen: Leske u. Budrich.
- Kiewel, Angelika (2002). Nehmen Sie Ihre Medikamente selbst? Neue Wege der Patientenbeteiligung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Weinheim/München: Juventa.
- Kinnunen, Juha (1997). Kuntalaisnäkökulman kohdistuvan tutkimuksen perusteet. In: Kivinen, Tuula et al. (Hrsg.). Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalveluihin. Kuopio: Kuopion yliopisto. (Kuopio University Publications E. Social Sciences 45) S. 16-29.
- Kießler, Leo (1997). „Kundenorientierung“ der Kommunalverwaltung – eine dritte Säule der lokalen Demokratie? In: Bogumil, Jörg/ Kießler, Leo (Hrsg.). Verwaltungsmodernisierung und lokale Demokratie. Risiken und Chance eines Neuen Steuerungsmodells für die lokale Demokratie. Baden-Baden: Nomos. S.95-112.
- Kleb, Stefan (2002). Direkte Demokratie in der Republik Polen. DHV Speyer. (= Speyerer Arbeitsheft Nr. 142).
- Kochmiss, Bodo (2003). Aktive Bürgerschaft. Über die Rollen des Bürgers im Verhältnis zur Verwaltung. Münster u.a.: LIT.

- Köster, Gudrun (2005). Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 42. S. 78-90.
- Kohl, Jürgen (1999). Leistungsprofil wohlfahrtsstaatlicher Regimetypen. In: Flora, Peter/ Noll, Heinz-Herbert (Hrsg.). Sozialberichterstattung und Sozialstaatsbeobachtung. Individuelle Wohlfahrt und wohlfahrtsstaatliche Institutionen im Spiegel empirischer Analysen. Frankfurt/New York: Campus. S.111-139.
- (2000). Der Sozialstaat: Die deutsche Version des Wohlfahrtsstaates – Überlegungen zu seiner typologischen Verortung. In: Leibfried, Stephan/ Wagschal, Uwe (Hrsg.). Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven. Frankfurt/New York: Campus. S.115-152.
- Koivisto, Jari (Hrsg., 1994). Potilaan oikeudet ja potilasasiamiestöiminta. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntakoulutus.
- Kokkonen, Paula (1992). Potilaan oikeudet vahvistumassa. In: Dialogi 2 (1992) 1. S. 20-21.
- (1993). Potilaan oikeudet. In: Kuluttaja ja terveyspalvelut. Suomen Kuluttajaliitto ry. Helsinki: Painatuskeskus. S. 47-52.
- (1994). The New Finnish Law on the Status and Rights of a Patient. In: European Journal of Health Law 1. S. 127-135.
- (1997). Terveystienhuollossa tarvitaan lainsäädäntöä ja eettisiä normeja. In: Salmela, Tuula (Hrsg.). Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta? Jyväskylä: Atena. S. 66-76.
- König, Klaus (1999) Verwaltungsstaat im Übergang. Transformation, Entwicklung, Modernisierung. Baden-Baden: Nomos.
- Korbanka, Christian (1992). Staatsbürgerversorgung oder Sozialversicherung im Gesundheitswesen. Effizienz alternativer Steuerungsmechanismen am Beispiel von National Health Service und Gesetzlicher Krankenversicherung. Regensburg: transfer. (= Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Bd.22).
- Kornai, János/ Eggleston, Karen (2001). Welfare, Choice, and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- Koronkiewicz, Andrzej (1997). Historia projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. In: Zdrowie publiczne 107, Suppl. 1. S.7-8.
- Korte, Karl-Rudolf (1994). Das politische System der Bundesrepublik Deutschland. In: Mols, Manfred/ Lauth, Hans-Joachim/ Wagner, Christian (Hrsg.). Politikwissenschaft: Eine Einführung. Paderborn u.a.: Schöningh. S.71-101.
- Koski, Heikki (1995). Kansalainen, kunta ja kansalaisyhteiskunta. Kunnallissalan kehittämissäätö. Jyväskylä: Gummerus.
- Kozłowska, Krystyna Barbara (2002). Doświadczenia i wnioski z pracy Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia. In: Antidotum 11/2002. S.47-53.
- Kranich, Christoph/ Böcken, Jan (Hrsg.) (1997). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos.
- Lääninhallitukset ovat kuntalaisten asialla. In: Socius 6 (2000) 1. S. 12-14.

- Lahti, Raimo (1997). Finland: Perspektiven der Patientenrechtspolitik. In: Kranich, Christoph/ Böcken, Jan (Hrsg.). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos. S. 21-30.
- (2000). Demokratie im Kleinen – Erfahrungen aus Finnland. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ... Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. S. 180-183.
- Lampert, Heinz/ Althammer, Jörg (2001). Lehrbuch der Sozialpolitik. 6., überarb. Aufl. Heidelberg etc.: Springer.
- Lamping, Wolfram (2002). Aktivierung des Institutionensystems – Qualitätssicherung als Versuch intelligenter Institutionenpolitik. In: Gellner, Winand/ Schön, Markus (Hrsg.). Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik. Baden-Baden: Nomos. S. 41-64.
- Laschet, Helmut (2005). Patienten im GBA – ein Korrektiv zur KV-Kassen-Koalition. In: Ärzte Zeitung (26.10.2005). S. 6.
- Lassey, Marie L./ Lassey, William R./ Jinks, Martin J. (1997). Health Care Systems Around the World. Characteristics, Issues, Reforms. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Lauterbach, Karl W./ Lünen, Markus (2002). Mehr Patientenrechte im Gesundheitswesen. Echte Reformoption im korporatistisch verfassten Gesundheitswesen? In: Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen 15 (2002) 3. S.47-51.
- Lecher, Silke/ Satzinger, W./ Trojan, Alf/ Koch, Uwe (2002). Patientenorientierung durch Patientenbefragungen als ein Qualitätsmerkmal der Krankenversorgung. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45.1 (Jan. 2002). S. 3-12.
- Leenen, Henk J.J. (1994). The Rights of Patients in Europe. In: European Journal of Health Law 1. S. 5-13.
- Leenen, Henk/ Gevers, Sjeff/ Pinet, Geneviève (1993). The Rights of Patients in Europe. A Comparative Study. WHO-Regionalbüro für Europa. Deventer/Boston: Kluwer.
- Legitimität. Stichwort in: Sachwörterbuch der Politik. Von Reinhart Beck. 2., erweiterte Aufl. Stuttgart: Kröner, 1986. S.550-551.
- Legutko, Piotr (2001). Pacjent niereformowalny. Prawa pacjenta łamane są w Polsce przez wszystkich: politików, urzędników, koncerny farmaceutyczne, pielęgniarki i lekarzy. In: Nowe Państwo 5 (02.02.2001). S. 22-23.
- Lehto, Juhani (1993). Paternalistinen hyvinvointivaltio. In: Riihinen, Olavi (Hrsg.). Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Porvoo u.a.: WSOY u. SITRA.S. 169-182.
- (1996). Perusoikeusnäkökulma palvelujen kehittämiseen. In: Dialogi 6 (1996) 3. S. 10-11.
- Lehto, Juhani/ Blomster (1999). 1990-luvun alun lama ja sosiaali- ja terveystalouseläinpolitiikan suunta. In: Yhteiskuntapolitiikka 64 (1999) 3. S. 207-221.
- Lehto, Juhani/Kananoja, Aulikki/Kokko, Simo/Taipale, Vappu (2001). Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY u. STAKES.
- Lenaghan, Jo (1997a). Introduction. In: Lenaghan, Jo (Hrsg.). Hard Choices in Health Care: Rights and Rationing in Europe. London: BMJ. S.1-6.

- (1997b). Health Care Rights in Europe: A Comparative Discussion. In: Lenaghan, Jo (Hrsg.). *Hard Choices in Health Care: Rights and Rationing in Europe*. London: BMJ. S.177-200.
- Lepsius, M. Rainer (1995). Institutionenanalyse und Institutionenpolitik. In: Nedelmann, Birgitta (Hrsg.). *Politische Institutionen im Wandel*. Opladen: Westdt. Verlag. (=Kölner ZS f. Soziologie u. Sozialpsychologie, Sonderheft 35). S.392-403.
- (1997). Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien. In: Göhler, Gerhard (Hrsg.). *Institutionenwandel*. Leviathan Sonderheft 16/1996. S.57-69.
- (1990). *Interessen, Ideen und Institutionen*. Opladen: Westdt. Verlag.
- Lessenich, Stephan (2003). *Dynamischer Immobilismus. Kontinuität und Wandel im deutschen Sozialmodell*. Frankfurt/New York: Campus.
- Lipowski, Paweł (2004). *Działalność rzecznika praw pacjenta w szpitalu – pierwsze doświadczenia*. Paper präsentiert auf der Konferenz „Ochrona praw pacjenta w systemie zdrowia publicznego” am 24.05.2004 in Krakau.
- Lueschen, Guenther/ Cockerham, William/ van der Zee, Jouke/ et al. (Hrsg., 1995). *Health Systems in the European Union. Diversity, Convergence, and Integration*. München: Oldenbourg.
- Łanda, Krzysztof [2005]. *Wytyczne i standardy kliniczne – Aktualna wiedza medyczna*. Veröffentlicht im Internet unter <http://www.hta.pl/php/publikacje>, Dokument vom 02.02.2005.
- Mabbett, Deborah/ Bolderson, Helen (1999). Theories and Methods in Comparative Social Policy. In: Clasen, Jochen (Hrsg.). *Comparative Social Policy. Concepts, Theories and Methods*. Oxford: Blackwell. S. 34-56.
- Malanowski, Andrzej (1999). Ubezpieczenia zdrowotne – znaki zapytania i wątpliwości. In: *Przegląd ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych* 5/1999. S.13-15.
- Małecka, Dorota (2002). Prawa pacjenta - ważny problem społeczny i prawny In: *Praca i Zabezpieczenie Społeczne* 3/2002. S. 13-17.
- Malinowska-Cieślak, Marta (2002). Miejsce i rola organizacji pozarządowych w infrastrukturze zdrowia publicznego w Polsce. In: *Zdrowie publiczne* 2/2002. S.242-247.
- Markenstein, Loes F. (2000). Verbesserung der Bürger- und Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen – Konzepte und Schlüsselthemen. In: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ...* Köln: BZgA. S. 82-89.
- Marrée, Jürgen/ Groenewegen, Peter P. (1997). *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot u.a.: Avebury.
- Marshall, Thomas H. (1950). *Citizenship and Social Class*. Cambridge, Mass.
- Martikainen, Tuomo/ Mattila, Mikko/ Uusikylä, Petri (1993). *Hyvinvointivaltioista kilpailuvaltion – Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa*. In: Mattila, Mikko/ Saukonen, Riikkamari/ Uusikylä, Petri (Hrsg.). *Hyvinvointivaltioista kilpailuvaltion. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystalouden ohjauksessa*. STM:n julkaisuja 1993:4. Helsinki. S.1-16.

- Martikainen, Tuomo/ Uusikylä, Petri (1997). Reforming Health Policy in Finland. A Critical Assessment. STM:n julkaisuja 1997: 13. Saarijärvi.
- Mattila, Mikko (1993). Sosiaali- ja terveystieteiden päätöksenteon organisaatioverkosto. In: Mattila, Mikko/ Saukonen, Riikkamari/ Uusikylä, Petri (Hrsg.). Hyvinvointivaltiota kilpailuvaltion. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystieteiden. STM:n julkaisuja 1993:4. Helsinki. S. 17-103.
- Mattila, Mikko/ Uusikylä, Petri (1997). The Politics of Scarcity: Social Welfare and Health Care Cutbacks in Finland, 1991-1995. In: West European Politics 20.4 (October 1997). S. 146-163.
- Mayring, Philipp (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz.
- McMenamin, Iain/ Timonen, Virpi (2002). Poland's Health Reform: Politics, Markets and Informal Payments. In: Journal of Social Policy 31 (2002) 1. S. 103-118.
- Metsch, Jonathan M./ Vene, James E. (1977). Consumer Participation and Social Accountability. In: Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg.). The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives. New York u.a.: Spectrum. S. 83-98.
- Mikkola, Taru/ Bergström, Monica (Hrsg., 1994). Terveystieteiden valinnat. Lääketieteelliset perusteet. Seminaari 4.-6.10.1993 Hanasaarella. Suomen Akatemia, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki. (= STAKES Raportteja, Nr. 133).
- Moormann, Thomas (1999). Rationierung im deutschen Gesundheitswesen? Entwicklung, Status Quo und Perspektiven. Stuttgart: ibidem. (= Gesundheitspolitik, Bd. 1).
- Mosebach, Kai (2005). Patienten-Empowerment und rot-grüne Gesundheitspolitik: zwischen Patientenbeteiligung, Konsumentensouveränität und Privatisierung. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 42. S.47-63.
- Mossialos, Elias/ Le Grand, Julian (1999). Cost Containment in the EU: An Overview. In: Dies. (Hrsg.). Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot u.a.: Ashgate. S. 1-154.
- Mullen, Penelope M. (2000). Public Involvement in Health Care Priority Setting: Are the Methods Appropriate and Valid? In: Ham, Chris/ Coulter, Angela (Hrsg.). The Global Challenge of Health Care Rationing. Buckingham/Philadelphia: Open Univ. Press. S.163-174.
- Müller, Rainer (1992). Gesundheitswesen. In: Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. Hrsg. v. Rudolph Bauer. München/Wien: Oldenbourg. S.831-835.
- Murswieck, Axel (1990). Politische Steuerung im Gesundheitswesen. In: Beyme, Klaus von/ Schmidt, Manfred B. (Hrsg.). Politik in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen: Westdt. Verlag. S.150-176.
- (1992). Gesundheitspolitik. In: Lexikon des Sozial- und Gesundheitswesens. Hrsg. v. Rudolph Bauer. München/Wien: Oldenbourg. S.819-523.
- (2002). Gesundheitspolitik. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 2. Aufl. München: C.H. Beck. S.165-167.

- Mutanen, Anu (2002). Kansalaisten suoran osallistumisen ja vaikuttamisen kehittäminen. In: Miettinen, Tarmo (Hrsg.). Kansanvalta. Joensuu: Joensuun yliopisto (University of Joensuu, Publications in Law N:01). S. 90-112.
- Narikka, Jouko (2001) (Hrsg.). Sosiaali- ja terveystalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Helsinki: Tietosanoma.
- Naschold, Frieder (1995). Ergebnissteuerung, Wettbewerb, Qualitätspolitik. Entwicklungspfade des öffentlichen Sektors in Europa. Berlin: sigma. (= Modernisierung des öffentlichen Sektors, Sonderbd. 1).
- Naschold, Frieder/ Bogumil, Jörg (2000). Modernisierung des Staates. New Public Management in deutscher und internationaler Perspektive. 2., vollständig aktualisierte u. stark erweiterte Aufl. Opladen: Leske u. Budrich (= Grundwissen Politik, Bd.22).
- Naschold, Frieder/Riegler, Claudius H. (1997). Einleitung: Die Modernisierung des öffentlichen Sektors in Skandinavien im Kontrast zu Deutschland. In: Riegler, Claudius H./Naschold, Frieder (Hrsg.). Reformen des öffentlichen Sektors in Skandinavien. Eine Bestandsaufnahme. Baden-Baden: Nomos (= Nordeuropäische Studien, Bd. 9). S.15-25.
- Nesterowicz, Mirosław (2001). Prawo medyczne : prawa pacjenta i obowiązki lekarza, odpowiedzialność cywilna lekarza, odpowiedzialność cywilna pielęgniarki, położnej, personelu medycznego, odpowiedzialność cywilna zakładu opieki zdrowotnej, odpowiedzialność Kasy Chorych, odpowiedzialność gwarancyjna i ubezpieczeniowa, akty prawne/Mirosław Nesterowicz .-Wyd. 5 uaktual. i rozsz. Toruń: Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora".
- Neubauer, Günter (1986). Wahlen als Steuerungs- und Kontrollinstrument der gemeinsamen Selbstverwaltung. In: Gäfgen, Gerhard (Hrsg.). Ökonomie des Gesundheitswesens. Berlin: Duncker u. Humblot. (= Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. 159). S.223-240.
- (1998). Die Rolle des Patienten aus der Sicht des Sachverständigenrates. In: Neubauer, Günter/ Schenk, R. (Hrsg.) Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Erfahrungen und Perspektiven. München etc.: Zuckschwerdt. S. 1-10.
- Niiranen, Vuokko (1997a). Kuntalaisten osallistuminen ja kunnallinen demokratia. In: Kivinen, Tuula et al. (Hrsg.). Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveystalveluihin. Kuopio: Kuopion yliopisto. (Kuopio University Publications E. Social Sciences 45) S. 137-188.
- (1997b). Kuntalaisten osallistuminen – puheteema vai toimintateema? In: Kunnallistieteellinen aikakauskirja 3/97. S. 244-253.
- (1998). Kuntalaisten asiakkuus ja osallisuus. Kooptatiota, säästöjä, osallisuutta – vai jotain muuta? In: Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/98. S. 326-336.
- Nohlen, Dieter (1994). Vergleichende Methode. In: Lexikon der Politik. Bd. 2: Politikwissenschaftliche Methoden. Hrsg. v. Jürgen Kriz, Dieter Nohlen, Rainer-Olaf Schultze. München: C.H. Beck. S.507-517.
- (2003). Legitimität. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 3. Aufl. München: C.H.Beck. S. 283-282.

- North, Nancy/ Werkö, Sophie (2002). Widening the Debate? Consultation and Participation in Local Health Care Planning in the English and Swedish Health Services. In: *International Journal of Health Services* 32 (2002) 4. S. 781-798.
- Nowicka, Wanda (2002). Prawa pacjenta: konflikt interesów czy wspólna sprawa? In: Choluż, Bożena (Hrsg.). *System opieki zdrowotnej – efekty zmian w Polsce i Krajach sąsiednich*. Warschau: Scholar. S. 33-37.
- Nyholm, Inga (2006). Project for Developing Local Democracy. In: *DEMO. Journal for Local Democracy Development* 2006. S.12-15.
- Oberender, Peter O./Zerth, Jürgen (2001). *Gesundheitspolitik in Deutschland*. Bayreuth: P.C.O. (= Bayreuther Gesundheitsökonomie, Studentexte 1).
- Obermann, Konrad (2000). *Public Participation in the Rationing of Health Care*. Diss. Univ. Hannover. Aachen: Shaker.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Prepared by Jeremy Hurst. Paris. (= *Health Policy Studies*, Nr. 2).
- (1999). *Economic Surveys: Poland*. Paris.
- (2001). *Citizens as Partners. Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making*. Paris.
- Offe, Claus (1973). *Demokratische Legitimation der Planung*. In: Schäfers, Bernhard (Hrsg.). *Gesellschaftliche Planung. Materialien zur Planungsdiskussion in der BRD*. Stuttgart: Ferdinand Enke. S. 202-227.
- Oppermann, Reinhard (1980). Einführung in die Bestandsaufnahme bisheriger Partizipationsforschung in vier Politikbereichen. In: Nelles, Wilfried/ Oppermann, Reinhard (Hrsg.). *Partizipation und Politik. Beiträge zur Theorie und Praxis politischer Partizipation*. Göttingen: Otto Schwartz. S.1-25.
- Ostrowska, Aurelia (1996). Prawa pacjenta. In: *Antidotum* 6-8/1996. S.86-90.
- (2002). *Oczekiwania i realizacja wyraźnych potrzeb zdrowotnych pacjentów w świetle rozwiązań ustawowych*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius.
- Pardo, Italo (2000). Introduction. *Morals of Legitimacy: Interplay between Responsibility, Authority and Trust*. In: Ders. (Hrsg.). *Morals of Legitimacy. Between Agency and System*. New York/Oxford: Berghahn. S. 1-26.
- Partanen, Marja-Liisa (1993). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. In: *Sosiaalinen Aikakauskirja* 87 (1993) 2. S. 4-9.
- (1994). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista – tausta ja periaatteet. In: Koivisto, Jari (Hrsg.). *Potilaan oikeudet ja potilasasiainhoito*. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntakoulutus. S. 62-70.
- Pekurinen, Markku/ Punkari, Mika/ Pokka, Marja (1997). Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. *STM:n monisteita* 1997: 16. Helsinki.
- Pesonen, Pertti/ Riihinen, Olavi (2002). *Dynamic Finland. The Political System and the Welfare State*. Finnish Literature Society. Tampere: Tammer-Paino. (= *Studia Fennica, Historica* 3).

- Petersson, Olof (1989). Die politischen Systeme Nordeuropas. Eine Einführung. Baden-Baden: Nomos.
- Piotrowski, Maciej. Wszyscy jesteśmy pacjentami. In: Tygodnik Solidarność 23 (09.06.2000). S.11.
- Płoskonka, Józef (2000). Główne założenia. In: Kolarska-Bobińska, Lena (Hrsg.). Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji. Instytut Spraw Publicznych. Warschau: Oficyna naukowa. S.11-20.
- Pohjola, Anneli (1992). Asiakas kohteesta kumppaniksi. In: Haverinen, Riitta/ Maanittu, Maisa (Hrsg.). Ihminen ja hyvinvointivaltio, valta ja osallisuus. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 79. Helsinki: VAPK-kustannus. S.25-33.
- (1993). Asiakasnäkökulma ja kulman takaa. In: Sosiaalivakuutus 1/1993. S. 20-21.
- Pollitt, Christopher (1998). Improving the Quality of Social Services: New Opportunities for Participation? In: Flösser, Gaby/ Otto, Hans-Uwe (Hrsg.). Towards More Democracy in Social Services. Models and Culture of Welfare. Berlin/New York: Walter de Gruyter. S.339-356.
- Powell, Francis D. (1999). Patterns of Health Care System Change. In: Powell, Francis D./ Wessen, Albert F. (Hrsg.). Health Care Systems in Transition. An International Perspective. Thousand Oaks u.a.: SAGE. S.393-413.
- Póździej, Stefan (2004). Prawa pacjenta – polskie rozwiązania prawne w perspektywie doświadczeń międzynarodowych. Paper präsentiert auf der Konferenz „Ochrona praw pacjenta w systemie zdrowia publicznego” am 24.05.2004 in Krakau.
- Preker, Alexander/Feachem, Richard G.A. (1994). Health and Health Care. In: Barr, Nicholas (Hrsg.). Labor Markets and Social Policy in Central and Eastern Europe. The Transition and Beyond. Oxford u.a.: Oxford University Press. S. 288-321.
- Preusker, Uwe K. (1996). Gesundheitssysteme in Skandinavien. Eine aktuelle Darstellung des schwedischen, norwegischen und finnischen Gesundheitswesens. Bergisch-Gladbach: Herder. (= Schriftenreihe des Marburger Bundes, Bd. 2).
- Rappaport, Julian (1985). The Power of Empowerment Language. In: Social Policy 16 (1985) 2. S. 15-21.
- Rättilä, Tiina (2001). Kansalaistuva politiikka? Huomioita kuntalaisaktiivisuudessa poliittisena toimijuutena. In: Poliitikka 3/2001. S. 191-207.
- Rauhala, Pirkko-Liisa/ Simpura, Jussi/ Uusitalo, Hannu (2000). Hyvinvoinnin tutkimusperinteet, hyvinvointipoliitikka ja 1990-luvun uudet avaukset. In: Yhteiskuntapolitiikka 65 (2000) 3. S.191-207.
- Redler, Elisabeth (1980). Charakteristik und Instrumente der Gesundheitsplanung in der Bundesrepublik Deutschland. In: Nelles, Wilfried/ Oppermann, Reinhard (Hrsg.). Partizipation und Politik. Beiträge zur Theorie und Praxis politischer Partizipation. Göttingen: Otto Schwartz. S.411-435.
- Reh, Werner (1995). Quellen- und Dokumentenanalyse in der Politikfeldforschung: Wer steuert die Verkehrspolitik? In: Alemann, Ulrich von (Hrsg.). Politikwissenschaftliche Methoden. Grundriß für Studium und Forschung. Opladen: Westdt. Verlag. S.201-255.

- Rehberg, Karl Siegbert (1994). Institutionen als symbolische Ordnungen. Leitfragen und Grundkategorien zur Theorie und Analyse institutioneller Mechanismen. In: Göhler, Gerhard (Hrsg.). *Die Eigenart der Institutionen. Zum Profil politischer Institutionentheorie*. Baden-Baden: Nomos. S. 47-84.
- Rehmann-Sutter, Christoph (2003). Partizipation. In: *Wörterbuch der Sozialpolitik*. Hrsg. v. Erwin Carigiet, Ueli Mäder, Jean-Michel Bonuin. Zürich: Rotpunktverlag. S.222.
- Reibnitz, Christine von (2001). Die Rolle des Konsumenten auf dem Gesundheitsmarkt. Eine Aufforderung zu mehr Mitbestimmung. In: Reibnitz, Christine von/ Schnabel, Peter-Ernst/ Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität*. Weinheim/München: Juventa. S.265-273.
- Reibnitz, Christine von/ Litz, Dieter (1999). Konsumentensouveränität und –partizipation im Gesundheitswesen – Ein wichtiger Schritt zu mehr Demokratie und Effizienz. In: *RPG 5* (1999) 1. S. 23-29.
- Reiners, Hartmut (1987). *Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (= WIdO-Materialien, Bd. 30).
- Riege, Fritz (1999). *Kurzer Abriß der Gesundheitspolitik. Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland*. Frankfurt a.M.: Haag u. Herchen.
- Roemer, Milton I. (1991). *National Health Systems of the World. Vol. 1: The Countries*. New York/Oxford: Oxford Univ. Press.
- Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg., 1977). *The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives*. New York u.a.: Spectrum.
- Rosenbrock, Rolf (2001). Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: Reibnitz, Christine von/ Schnabel, Peter-Ernst/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.). *Der mündige Patient. Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität*. Weinheim/München: Juventa. S.25-33.
- (2003). *Gesundheitspolitik*. In: *Handbuch der Gesundheitswissenschaften*. Hrsg. v. Klaus Hurrelmann u. Ulrich Laaser. 3. Aufl. Weinheim/München: Juventa. S.707-751.
- Rosenbrock, Rolf/ Gerlinger, Thomas (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern u.a.: Huber.
- Rost, Antoni (1993). *Prawne formy udziału obywateli w rządzeniu państwem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. (= Uniwersytet im. A.M. w Poznaniu, Seria Prawo Nr. 149).
- Röttgers, Hanns Rüdiger (1999). *Probleme der Gesundheitsreform. Handlungsbedarf, Interessenpositionen und Politikstrategien in der Bundesrepublik Deutschland*. Aachen: Shaker Verlag.
- Rudynek, Urszula (2000). Uwagi o roli samorządu terytorialnego według projekty Ustawy o ustroju ochrony zdrowia. In: *Zdrowie i zarządzanie 2* (2000) 3-4. S.13-16.
- Rühmkorf, Daniel (2004). Patientenvertreter: Erste Einsätze bewältigt. In: *Deutsches Ärzteblatt 101.11* (12.03.2004). S. A-680.

- Rupprecht, Christoph J./ Weller, Michael (2002). Partizipation und Bürgerbeteiligung. Chancen für die Gesetzlichen Krankenkassen. In: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen* 15 (2002) 3. S.56-66.
- Ryynänen, Aimo (1999). Strategies for Strengthening Citizen Participation. In: *Kunnallistieteellinen aikakauskirja/Finnish Local Government Studies* 3/99. S. 211-217.
- Sabbatówna, Jolanta/Halik, Janusz (1994). Ruch na rzecz praw pacjenta w Europie. In: *Antidotum* 6/1994. S. 39-41.
- Safjan, Dorota (1993). Prawa pacjenta : raport o stanie prawnym. [Warschau] : HFPC.
- Salmela, Tuula (1996). Kuluttajakansalainen postmodernin sosiaalipolitiikan ristiaallokossa. In: *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 2/96. S. 132-142.
- Salmikangas, Anna-Katriina (1998). Osallisuus suomalaisessa yhteiskunnassa. Kokemuksia osallisuushankkeista. Sisäasiainministeriö. Helsinki.
- Salmikangas, Anna-Katriina/Veräväinen, Kristiina/Vuorela, Terho (1999). Osallisuusprojektin monet kasvot. Osallisuushankkeen arviointia. Sisäasiainministeriö. Helsinki.
- Saltman, Richard B. (1994). Patient Choice and Patient Empowerment in Northern European Health System: A Conceptual Framework. In: *International Journal of Health Services* 24 (1994) 2. S. 201-229.
- (2000). Der konzeptionelle Kontext für eine Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. In: *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ...* Köln: BZgA. S. 40-50.
- Saltman, Richard B./ Figueras, Josep (Hrsg., 1997). *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies.* WHO-Regionalbüro für Europa. Kopenhagen. (= *Regional Publications, European Series, No. 72*).
- Saltman, Richard B./ Figueras, Josep/ Sakellarides, Constantino (Hrsg., 1998). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe.* Buckingham u.a..
- Saltman, Richard B./ von Otter, Casten (1989). Voice, Choice and the Question of Civil Democracy in the Swedish Welfare State. In: *Economic and Industrial Democracy* 10 (1989). S. 195-209.
- (1992). *Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems.* Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Sanetra, Walerian (1998). Ubezpieczenie zdrowotne wobec Konstytucji RP. In: *Przegląd ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych* 10/1998. S.2.
- Sartori, Giovanni (1997). *Demokratietheorie.* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schaarschuch, Andreas (1998). Social Rights, Power and the Democratization of Social Services. In: Flösser, Gaby/ Otto, Hans-Uwe (Hrsg.). *Towards More Democracy in Social Services. Models and Culture of Welfare.* Berlin/New York: Walter de Gruyter. S.91-112.
- Scharpf, Fritz (1999). *Governing in Europe. Effective and Democratic?* Oxford u.a.: Oxford University Press.

- Schellschmidt, Henner (2001). Bürgerorientierung – Zu einigen Aspekten und Fragestellungen eines neuen Leitbilds in der Gesundheitspolitik. In: Schulz-Nieswand, Frank (Hrsg.). Einzelwirtschaften und Sozialpolitik zwischen Markt und Staat in Industrie- und Entwicklungsländern. Festschrift für Werner Wilhelm Engelhardt zum 75. Geburtstag. Marburg: Metropolis. S. 145-156.
- Schiller, Theo (1997). Verwaltungsmodernisierung und direkte Demokratie: Vorüberlegungen. In: Bogumil, Jörg/ Kißler, Leo (Hrsg.). Verwaltungsmodernisierung und lokale Demokratie. Risiken und Chance eines Neuen Steuerungsmodells für die lokale Demokratie. Baden-Baden: Nomos. S.113-122.
- Schmid, Josef (2002). Wohlfahrtsstaaten im Vergleich. Soziale Sicherungsprobleme in Europa: Organisation, Finanzierung, Leistungen und Probleme. 2. völlig überarb. u. erweit. Aufl. Opladen: Leske u. Budrich.
- Schmidt, Manfred G. (2000). Demokratietheorie. Eine Einführung. 3., überarbeitete u. erweiterte Aufl. Opladen: Leske u. Budrich.
- Schmidt-Aßmann, Eberhard (2001). Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen. Verfassungsrechtliche Anforderungen an Entscheidungsgremien in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Transplantationswesen. Vortrag gehalten vor der Juristischen Gesellschaft zu Berlin am 16. Mai 2001. Berlin/New York: de Gruyter. (= Schriftenreihe der Juristischen Gesellschaft zu Berlin, Bd. 170).
- Schmitz, Mathias (1983). Partizipation. Überlegungen zu einer historischen Rekonstruktion des Begriffs. In: Gabriel, Oscar W. (Hrsg.). Bürgerbeteiligung und kommunale Demokratie. München: Minerva Publikation Saur. (= Beiträge zur Kommunalwissenschaft 13). S.9-56.
- Schneider, Günther (2000). Patientenrechte. In: MedR 11/2000. S.497-504.
- Schneider, Markus et al. (1998). Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Übersichten 1997. Laufende Berichterstattung zu ausländischen Gesundheitssystemen. Augsburg: BASYS.
- Schneider, Markus/ Cerniauskas, Gediminas/ Murauskiene, Ljuba (2000). Gesundheitssysteme Mittel- und Osteuropas. Augsburg: BASYS.
- Schultze, Rainer-Olaf (2003a). Demokratie. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 3.Aufl. München: C.H. Beck. S.52-54.
- (2003b). Partizipation. In: Kleines Lexikon der Politik. Hrsg. v. Dieter Nohlen. 3.Auf. München: C.H. Beck. S.371-373.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm (1995). Die Sicht der Gesundheitssystemforschung. In: Haase, Ingo/ Diercks, Marie-Luise/ Schwartz, Friedrich Wilhelm (Hrsg.). Patientenbedürfnisse im Gesundheitswesen. Die Rolle von Patientenbedürfnissen in der Reformdiskussion des deutschen Gesundheitswesens. St. Augustin: Asgard Verl. Hippe. S. 81-95.
- (1999a). Der „kundige Kunde“ – sein Informationsbedarf, seine Informationsdefizite. In: Die BKK 97 (1999) 7. S.334-338.
- (1999b). Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform ?! In: Forum Public Health 7 (1999) 26. S.9-11.

- Schwartz, Friedrich Wilhelm/ Dierks, Marie-Luise (2000). Patienten- und Konsumenten-souveränität: Ein neues Leitbild?! In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2000. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. S.104-110.
- Scott, W. Richard (1995). *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks u.a.: SAGE.
- Sell, Stefan (2005). Disease-Management-Programme – von der Idee zum Gesetz. In: Tophoven, Christina/Sell, Stefan (Hrsg.). *Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 1-18.
- Siems, Dorothea (2005). Wahl ohne Wähler. Kontrollgremien der Sozialversicherer werden bestimmt – Beteiligung gering wie nie. In: *DIE WELT* (27.05.2005). S.14.
- Silver, George A. (1977). Community Participation and Health Ressource Allocation. In: Rosen, Harry/ Metsch, Jonathan M./ Levey, Samuel (Hrsg.). *The Consumer and the Health Care System: Social and Managerial Perspectives*. New York u.a.: Spectrum. S.99-118.
- Sinkkonen, Sirkka/ Kinnunen, Juha (1995). Das finnische Gesundheitssystem. In: Sinkkonen, Sirkka/ Hornetz, Klaus (Hrsg.). *Kranken- und Gesundheitspflege in Finnland und Deutschland*. Frankfurt: Mabuse. S.17-56.
- Sipilä, Jorma (1987). Sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja osallistumisesta. In: Sosiaalityön asiantija työryhmä. Seitsemän esseetä sosiaalityöstä. Helsinki. (= Sosiaalihuollon julkaisuja 16/1987). S. 102-126.
- Sjöblom, Stefan (1997). Kuntalaisten vaikuttamiskanavat. In: *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 3/97. S. 271-275.
- Sobczak, Alicja (1996). Changes in the Polish Health Care System in the 1990-1995 Transition Period. Institute of Finance WP No. 50. Warschau.
- Spannbauer, Andreas (2003). Patientenvertreter leidet an Agonie. *taz* (08.09.2003). S.8.
- Spåre, Päivi (2001). Asukkaasta asiakkaaksi. In: *Sosiaalivakuutus* 4/2001. S. 30-33.
- Stjernø, Steinar (1998). The Scandinavian Service Model. In: Flösser, Gaby/ Otto, Hans-Uwe (Hrsg.). *Towards More Democracy in Social Services. Models and Culture of Welfare*. Berlin/New York: Walter de Gruyter. S.113-126.
- Stötzner, Karin (2004). Selbsthilfeunterstützung und Patientenbeteiligung. Neue Herausforderungen für Selbsthilfe und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. In: *selbsthilfegruppenjahrbuch 2004*. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. S.136-137.
- Sundman, Eila (Hrsg., 2000). *Potilaan asema ja oikeudet*. Helsinki: Tammi.
- Sutela, Marja (2001). Kuntalaisten suora osallistuminen paikallispolitiikkaan. In: *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 4/01. S. 378-388.
- SVRKAiG (1992) = Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1992). *Jahresgutachten 1992*. Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa. Baden-Baden: Nomos.
- (2002) = Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). *Gutachten 2000/2001*. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Baden-Baden: Nomos.

- (2003) = Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Gutachten 2003. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Bd. I.: Finanzierung und Nutzerorientierung. Baden-Baden: Nomos.
- Szkop, Władisław (1997). Przygotowanie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. In: *Zdrowia publiczne* 107, Suppl. 1. S.9-10.
- Taipale, Vappu/ Lehto, Juhani/ Mäkelä, Marjukka/ Kokko, Simo/Kling, Tellervo/ Viialainen, Riitta (2001) (Hrsg.). *Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet*. Porvoo: WS Bookwell.
- Taranowicz, Iwona (2002). Rola społeczna chorego. In: Barański, Jarosław/ Piątkowski, Włodzimierz (Hrsg.). *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe. S. 75-81.
- Taupitz, Jochen (2003). Die Vertretung kollektiver Patienteninteressen. In: *MedR* 1/2003. S. 7-13.
- Thiery, Peter (1994). Moderne politische Theorie. In: Mols, Manfred/ Lauth, Hans-Joachim/ Wagner, Christian (Hrsg.). *Politikwissenschaft: Eine Einführung*. Paderborn u.a.: Schöningh. S.203-243.
- Thompson, Andrew G.H. (1999). Editorial: New Millenium, New Values: Citizen Participation as the Democratic Ideal in Health Care. In: *International Journal for Quality in Health Care* 11 (1999) 6. S.461-464.
- Titmuss, Richard Morris (1974). *Social Policy. An Introduction*. Hrsg. v. Brian Abel-Smith u. Kay Titmuss. London: George Allen & Unwin.
- Trägårdh, Lars (1999). Patientmakt i Sverige, USA och Holland. Individuella kontra sociala rättigheter. Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut. Stockholm. (=Spri förmedlar 12) – Mein Dank geht an Jenni Urponen für die Übersetzung von Teilen ins Finnische.
- Trojan, Alf (1998). Warum sollen Patienten gefragt werden? Zu Legitimation, Nutzen und Grenzen patientenzentrierter Evaluation von Gesundheitsleistungen. In: Ruprecht, Thomas M. (Hrsg.) *Experten fragen – Patienten antworten. Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsdienstleistungen – Konzepte, Methoden, praktische Beispiele*. St. Augustin: Asgard Hippe. S. 15-30.
- Trojan, Alf/ Legewie, Heiner (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt/Main: VAS (=Psychoziale Aspekte in der Medizin).
- Tuomi, Jouni/ Sarajärvi, Anneli (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Turk, Florian (2002). Bürokratisch-korporatistische Rationierung im Deutschen Gesundheitswesen – System der „barmherzigen Lüge“? In: *Arbeit und Sozialpolitik* 56 (2002) 3/4. S.10-15.
- Tymowska, Katarzyna (1993). Zmiany w systemie opieki zdrowotnej w Polsce a prawa pacjenta. In: *Prawo do opieki zdrowotnej w systemie gospodarki rynkowej*: [seminarium] Warszawa 15-16 października 1993. [red. nauk. Marek Safjan, Eleonora Zielińska]. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Exit. S.24-32.

- Uoti, Asko (1996). Perusoikeusuudistus velvoittaa. Kunnallisten palvelujen priorisointi vaikeiden valintojen edessä. In: Kunnallistieteellinen aikakauskirja 1/96. S. 58-65.
- Urban, Hans-Jürgen (2001). Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung, Arbeitsgruppe Public Health.
- Van Waarden, Frans (2003). Institutionen zur Zentralisierung und Kontrolle politischer Macht. In: Schubert, Klaus/ Bandelow, Nils C. (Hrsg.). Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München/Wien: Oldenbourg. S.257-288.
- Vienonen, Mikko (1999). Why Patients' Rights? In: Patients' Rights and Citizens' Empowerment: through Visions to Reality. Joint Consultation between the WHO Regional Office for Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. Copenhagen, Denmark, 22-23 April 1999. S. 7-10.
- (2000). Von einer Ethik der Ignoranz hin zur Bürgerbeteiligung. In: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – Eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrung. Dokumentation ... Köln: BZgA. S. 58-64.
- Vilmar, Fritz (1977). Elemente einer integralen Theorie der Partizipation. In: Bürgerbeteiligung und Bürgerinitiativen. Legitimation und Partizipation in der Demokratie angesichts gesellschaftlicher Konfliktsituationen. Wissenschaftl Red. von Otthein Rammstedt. Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag. (=Argumente in der Energiediskussion, Bd.3). S.294-315.
- Wanek, Volker (1994). Machtverteilung im Gesundheitswesen. Struktur und Auswirkungen. Diss. Frankfurt/M.: VAS. (= Reihe psychosoziale Aspekte in der Medizin).
- Waschkuhn, Arno (1998). Politiktheoretische und ideengeschichtliche Grundzüge. München/Wien: R. Oldenbourg Verl.
- Weber, Jürgen (1977). Die Interessengruppen im politischen System der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Weinacht, Paul-Ludwig. Bürger im Staat und in der Bürgergesellschaft. In: Weinacht, Paul-Ludwig (Hrsg.) Bürokratie und Demokratie. Beiträge zur Praxis der Bürgergesellschaft. Würzburg: Ergon, 1999. S.13-27.
- Welge, Bettina/Lindemann, Marcus (1997). Patientenrechte in Europa. In: Kranich, Christoph/Böcken, Jan (Hrsg.). Patientenrechte und Patientenunterstützung in Europa. Anregungen und Ideen für Deutschland. Baden-Baden: Nomos. S.104-110.
- Wendt, Claus (2003). Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. Wiesbaden: Westdt. Verlag.
- Wessen, Albert F. (1999). The Comparative Study of Health Care Reform. In: Powell, Francis D./ Wessen, Albert F. (Hrsg.). Health Care Systems in Transition. An International Perspective. Thousand Oaks u.a.: SAGE. S. 3-24.
- Westle, Bettina (1989). Politische Legitimität – Theorien, Konzepte, empirische Befunde. Baden-Baden: Nomos. (= Schriftenreihe zur gesellschaftlichen Entwicklung, Bd.3).
- Włodarczyk, Cezary (1994). Projekt ustawy o zakresie świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo ze środków publicznych w perspektywie polityki zdrowotnej. In: Antidotum 4/1994. S.67-83.

- 
- (1996). *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*. Łódź, Kraków u.a : Vesalius.
- (1998). *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce: studium polityki zdrowotnej*. Kraków : Vesalius.
- (1999a). *Droga do ubezpieczeń zdrowotnych. Wędrówka koncepcji reformatorskich w procesie polityki zdrowotnej*. In: *Zdrowie i zarządzanie 1 (1999) 2*. S.13-28.
- (1999b). *Reform opieki zdrowotnej. Próba zrozumienia procesu*. In: *Polityka społeczna wobec reform : materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej, Ustronie Wielkopolskie 26-28 czerwca 1999/red. nauk. Lucyna Frąckiewicz, Aldona Frąckiewicz-Wronka ; Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamięckiego. [Katedra Polityki Społecznej i Gospodarczej]. Katowice : AE. S.109-119.*
- (1999c). *Reforma opieki zdrowotnej*. In: *Kolarska-Bobińska, Lena (Hrsg.). Druga fala polskich reform. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa: ISP. S.51-100.*
- (2000). *Cele reformy opieki zdrowotnej*. In: *Kolarska-Bobińska, Lena (Hrsg.). Cztery reformy. Od koncepcji do realizacji. Instytut Spraw Publicznych. Warszawa: Oficyna naukowa. S.145-168.*
- (2002). *Reforma zdrowotna jako proces polityczny. Kilka uwag o wybranych wątkach*. In: *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje 4/2002. S.33-57.*
- (2003). *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Włodarczyk, Cezary/ Poździejch, Stefan (2001). *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 2001.
- Wöllenstein, Heike (2004). *Patientenvertreter. Spielfeld statt Tribüne*. In: *Gesundheit und Gesellschaft 7 (2004) 2*. S.20-25.
- Wollmann, Hellmut (2000). *Staat und Verwaltung in den 90er Jahren*. In: *Czada, Roland/Wollmann, Hellmut (Hrsg.). Von der Bonner zur Berliner Republik. 10 Jahre Deutsche Einheit. Leviathan Sonderheft 19/1999. Wiesbaden: Westdt. Verlag. S.694-731.*
- Zgryzek, Kazimierz (1996). *Prawa pacjenta – problem ciągle otwarty*. In: *Frąckiewicz, Lucyna (Hrsg.). Organizacja i finansowanie ubezpieczeń zdrowotnych. Materiały z ogólnopolskich konferencji naukowych. Bystia Śląska, 6-7 grudnia 1994, 6-8 grudnia 1995. Katowice: Akademia Ekonomiczna im. Karola Adamięckiego. S. 109-117.*
- Ziemer, Klaus (1999). *Wie konsolidiert ist Polens Demokratie?* In: *Merkel, Wolfgang/ Busch, Andreas (Hrsg.). Demokratie in Ost und West. Für Klaus von Beyme. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. S.332-360.*
- Ziemer, Klaus/ Matthes, Claudia-Yvette (2002). *Das politische System Polens*. In: *Ismayr, Wolfgang (Hrsg.). Die politischen Systeme Osteuropas. Opladen: Leske u. Budrich. S. 185-237.*
- Zimpel, Gisela (1970). *Der beschäftigte Mensch. Beiträge zur sozialen und politischen Partizipation*. München: Juventa.



## Anhang

## Übersichtstabelle Deutschland: Gesetzliche Krankenversicherung

Akteur/Gremium STAAT	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Staat: Bundesebene, Gesetzgeber/Parlament	Rahmengesetzgebung/ Rahmenrichtlinienfestlegung	Aufgabenzuweisung für Gesundheitssicherung und Prävention, Umfang der Versicherungspflicht/Personenkreise der Versicherten & Versicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze, Finanzierungsweise, <u>Leistungskatalog der GKV</u> (Regelleistungen, Leistungsarten), Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, Verbände.	SGB V
Staat: Bundesebene, Gesetzgeber/Parlament	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung	<u>Leistungsausschluss</u> bei zahnärztlicher Behandlung <u>Leistungsausschluss</u> von nicht verschreibungspflichtigen und bestimmten verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, von Heil- und Hilfsmitteln <u>Zuzahlungshöhe</u> zu Behandlung, Arznei- und Verbandsmitteln, Heilmitteln; Krankenhausbehandlung	SGB V § 28, Abs. 2 SGB V § 34, 33
Staat: Bundesgesundheitsministerium	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung	Ausschluss von verschreibungspflichtigen Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nach Nutzenbewertung durch IQWiG oder Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	SGB V §§ 29, 30, 31, 32, 39 SGB V § 34 SGB V § 35a
Staat: Bundesgesundheitsministerium	Aufsicht/Kontrolle über KBV, Spitzenverbände der GKV, GBA und andere Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene Prüfung und Zulassung der Richtlinien	<u>Richtlinien</u> : (zahn-)ärztliche Behan-	SGB V § 94, §92

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz der Bundesausschüsse, ggf. Beschluss von Richtlinien	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Staat: Bundesversicherungsamt	Prüfung und Zulassung	Zulassung strukturierter <u>Behandlungsprogramme</u>	SGB V § 137g
Staat: Bundesregierung, Bundesgesundheitsministerium	Festlegung von Einzeilen der Finanzierung der Versorgung	Bundespflegesatzverordnung	
Staat: Landesebene, Sozial-/Gesundheitsministerium	Sicherstellung/Regelung der stationären Versorgung, Finanzierung	Krankenhauspläne/ Krankenhausinvestitionspläne Rahmenversorgungsverträge	Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) § 6 SGB V § 109
Staat: Landesebene, Sozial-/Gesundheitsministerium	Regelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Finanzierung		
Staat: Landesebene, Gesetzgeber-/Parlament (?)	Regelung der ärztlichen Ausbildung	Ausbildungscurricula	
Staat: Landesebene, Sozial-/ Gesundheitsministerium	Aufsicht/Kontrolle über KVen, Landesärztekammern, Landesverbände der GKV, Landesausschüsse		

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
<b>SELBSTVERWALTUNG KRANKENKASSEN</b>			
Krankenversicherung, einzelne Krankenkasse	Selbstregulierung, Beschlüsse zur Finanzierung und zum Leistungsangebot	<u>Beitragssätze</u> , Mehrleistungen Kostenerstattungsmodelle, Bonusmodelle für gesundheitsbewusstes Verhalten, Aufbau/Durchführung von Behandlungsprogrammen	SGB V §220 SGB V §§13, 65a, 137f Abs.5
Krankenkassen, Landesverbände	Unterstützung der Krankenkassen bei der Aufgabenerfüllung und Interessenwahrnehmung; u.a. Vertragsabschlüsse und Vertretung der Mitgliedskassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden, Gerichten; Unterstützung der zuständigen Behörden bei Fragen von Gesetzgebung und Verwaltung		SGB V § 211
Krankenkassen, Landesverbände	Verhandlungen und Vertragsabschlüsse mit Kassenärztlichen Vereinigungen	Vergütung der ärztlichen Behandlung, Mengen, Qualität	
Krankenkassen, Landesverbände	Festlegung der Festbeträge für Hilfsmittel	<u>Festbeträge für Hilfsmittel</u>	SGB V § 36, Abs. 2
Krankenkassen, Spitzenverbände	Unterstützung der Krankenkassen bei der Aufgabenerfüllung und Interessenwahrnehmung; u.a. Vertragsabschlüsse und Vertretung der Mitglieder und Kassen gegenüber anderen Trägern der Sozialversicherung, Behörden, Gerichten Unterstützung der zuständigen Behörden bei Fragen von Gesetzgebung und Verwaltung		SGB V § 217

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz Treffen von Grundsatzentscheidungen für Mitgliedsverbände und -Kassen, Festsetzung bestimmter Parameter der Versorgung und Finanzierung	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Krankenkassen, Spitzenverbände	Verhandlungen und Abschlüsse auf Bundesebene über allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge	Vergütungen, Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation, Erprobung	SGB V, § 217
Krankenkassen, Spitzenverbände	Festlegung der Festbeträge für Arz- neimittel Bestimmung des Katalogs festbetrags- fähiger Hilfsmittel	<u>Festbeträge für Arzneimittel</u> <u>Hilfsmittel</u>	SGB V §§ 35, Abs. 3, 36, Abs. 1
<b>ÄRZTE</b>			
Ärztliche Selbstverwaltung: Kassen- ärztliche Vereinigung, Regionalebene	Selbstregulierung		
Ärztliche Selbstverwaltung: KVen, Lan- desebene	Selbstregulierung: Kontrolle über Ein- haltung der Verträge bei den Vertrags- ärzten, Disziplinierung, Wirtschaftlich- keitsprüfung		
Ärztliche Selbstverwaltung: KVen, Lan- desebene	Sicherstellung der ambulanten ärztli- chen Versorgung: Verhandlungen und Vertragsabschlüsse mit Kassenver- bänden		SGB V §§ 72, 75, 73
Ärztliche Selbstverwaltung: Landesärz- tekammern	Selbstregulierung: Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten und der Standesnormen; Stellungnahme zu gesundheitspolitischen Gesetzen	Ärztliche Fachausbildung, Fort- und Weiterbildung, Standesnormen, ärztli- che Alterssicherung, Berufsgerichts- barkeit	
Ärztliche Selbstverwaltung: Bundesärz- tekammer	Selbstregulierung: Koordinierung, Kommunikation, Beratung		

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Ärztliche Selbstverwaltung: KBV	Selbstregulierung; Kontrolle über Einhaltung der Verträge bei den Vertragsärzten, Disziplinierung; Festlegung der Richtlinien für Durchführung von Verträgen, Richtlinien für Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Mitgliedsverbände		SGB V § 75, Abs. 7
Ärztliche Selbstverwaltung: KBV	Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung; Verhandlungen und Abschlüsse auf Bundesebene über allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge		
<b>KRANKENKASSEN UND ÄRZTE</b>			
Krankenkassen & KVen: Gruppenverhandlungen auf Landesebene	Vertragsabschlüsse zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten	Gesamtverträge über die vertragsärztliche <u>Versorgung</u> ; <u>Arznei- und Heilmittelbudget</u> ; Gesamtvergütung der Ärzte	SGB V §§ 70, 72 SGB V §§ 82-85
Krankenkassen & KVen: Gruppenverhandlungen auf Landesebene Krankenkassen & Vertragsärzte	Vertragsabschlüsse zur Versorgung	Vernetzte Versorgungsangebote, hausarztzentrierte Versorgung	SGB V §§ 73a, 73b
Krankenkassen & KVen: Kooperation auf Landesebene	Aufstellung und Anpassung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der Versorgung	Bedarfspläne	SGB V § 99
Krankenkassen & KVen: Kooperation auf Landesebene	Wirtschaftlichkeitsprüfung	Prüfungsverfahren	SGB V § 106
Ärzte und Krankenkassen/gemeinsame Selbstverwaltung, Landesebene: Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004)	Beratung und Festlegung (in 2. Instanz) der Bedarfspläne Feststellung über Unter- oder Überversorgung Anordnung von Zulassungsbeschränkungen	Bedarfspläne Arztzahlen	SGB V §§ 99 Abs. 3, 100, 103 (SGB V § 140f, Abs. 3)

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Krankenkassen & KV: Bundesebene, Bewertungsausschüsse	Rahmenvereinbarungen zur Durchführung, Organisation und Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für (zahn-)ärztliche Leistungen; Leistungsaufstellung, Leistungsinhaltsbeschreibungen und Bewertungen	SGB V § 87
Krankenkassen & KV: Gruppenverhandlungen auf Bundesebene	Rahmenvereinbarungen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung für die Versicherten; Verhandlungen und Verträge über allgemeine Inhalte von Gesamtverträgen		SGB V § 82 Abs. 1, Satz 1
Ärzte, Krankenkassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselnden Zusammensetzung, Bundesebene: GBA (seit 2004) (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004) Ärzte und Krankenkassen/gemeinsame Selbstverwaltung, Bundesebene: Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen und Unterausschüsse (bis 2004)	Richtlinien über die Gewähr einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen, ärztlichen Versorgung der Versicherten	Richtlinien: (zahn-)ärztliche Behandlung, Maßnahmen zur Früherkennung, Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln (inklusive Katalog von festbetragsfähigen Arzneimitteln), Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, Bedarfsplanung (u.a.) Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der ambulanten Leistungen Maßnahmen der Qualitätssicherung	SGB V § 92, § 101  (SGB V § 140f, Abs.2)  SGB V § 136, 136a,b SGB V § 136a, Satz 1, § 136b

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
<p>Ärzte, Krankenkassen &amp; Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselseitiger Zusammensetzung, Bundesebene: GBA (seit 2004)            (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004)            Ärzte und Krankenkassen/gemeinsame Selbstverwaltung, Bundesebene: Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen und Unterausschüsse (bis 2004)</p>	<p>Überprüfung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der ambulanten medizinischen Leistungen, Ausschluss von Leistungen</p>	<p><u>Leistungsausschluss</u> von (zahn-) medizinischen Leistungen, ambulanten Diagnose- und Behandlungsmethoden aufgrund von Bewertungen von Nutzen und Wirtschaftlichkeit</p>	<p>SGV V § 92 Abs.1, Satz 1            SGB V § 135, Abs. 1, Satz 2 u. 3            (SGB V § 140f, Abs.2)</p>
<p>Ärzte, Krankenkassen &amp; Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselseitiger Zusammensetzung, Bundesebene: GBA (seit 2004)            (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004)</p>	<p>Überprüfung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der stationären medizinischen Leistungen, Ausschluss von Leistungen</p>	<p><u>Leistungsausschluss</u> von medizinischen Leistungen, stationären Diagnose- und Behandlungsmethoden</p>	<p>SGB V § 137c</p>
<p><b>KRANKENKASSEN, (ÄRZTE) UND KRANKENHÄUSER</b></p>			
<p>Krankenkassen, Landesverbände &amp; einzelner Krankenhausträger/Land bzw. Landessozialministerium</p>	<p>Bindender (Pilot-)Abschluss von Versicherungsverträgen, Verhandlungen über Pflegesätze</p>	<p><u>Krankenhausbehandlung</u> der Versicherten, Krankenhauspflegesätze</p>	<p>SGB V 109</p>
<p>Krankenkassen &amp; Landeskrankenhausverbände: Gruppenverhandlungen auf Landesebene</p>	<p>Sicherstellung der stationären Versorgung für die Versicherten - Vertragsabschlüsse über allgemeine Bedingungen, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung</p>	<p>Bedingungen, Art und Umfang der <u>Krankenhausbehandlung</u></p>	<p>SGB V § 112</p>
<p>Krankenkassen(verbände), Landesebene &amp; einzelne Kassenärzte &amp; einzelne Krankenhausträger</p>	<p>Vertragsabschlüsse zur Versorgung</p>	<p>Integrierte Versorgungsangebote</p>	<p>SGB V §§ 140a, 140b</p>

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Krankenkassen & KVen & Landeskrankenhausgesellschaft: Gruppenverhandlungen auf Landesebene	Vertragsabschlüsse zur Sicherstellung einer nahtlosen ambulanten und stationären Behandlung der Versicherten		SGB V § 115
Krankenkassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft: Gruppenverhandlungen auf Bundesebene	Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zum allgemeinen Inhalt der Verträge über Krankenhausbehandlung		SGB V § 112, Abs. 5
Krankenkassen & Kassenärztliche Bundesvereinigungen & Deutsche Krankenhausgesellschaft: Gruppenverhandlungen auf Bundesebene	Vereinbarung von Rahmenempfehlungen zum allgemeinen Inhalt der dreiseitigen Verträge zur ambulanten und stationären Kooperation		SGB V § 115, Abs. 5
Bundesärztekammer & GKV & Deutsche Krankenhausgesellschaft: Ausschuss Krankenhaus, Bundesebene (2000-2003)	Überprüfung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der stationären medizinischen Leistungen, Ausschluss von Leistungen	Leistungsausschluss von medizinischen Leistungen, stationären Diagnose- und Behandlungsmethoden	SGB V §137c (GVK-Reformgesetz 2000)
<b>QUALITÄTSSICHERUNG</b>			
GBA & Bundesärztekammer, Verbände der Privaten Krankenkassen, Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe (ab 2004)	Beschlüsse zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern	Maßnahmen der Qualitätssicherung, Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der Krankenhausbehandlung	SGB V §137
Krankenkassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft (& Bundesärztekammer u. Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe): Kooperation auf Bundesebene (2000-2003)	Vereinbarungen zur Sicherung der Qualität der Versorgung in Krankenhäusern	Maßnahmen der Qualitätssicherung, Kriterien zur Qualitätsbeurteilung der Krankenhausbehandlung	SGB V §137 (GVK-Gesundheitsreformgesetz 2000)

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
Ärzte, Krankenkassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselseitiger Zusammensetzung, Bundesebene: GBA(seit 2004) (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004)	Kontrolle, Beurteilung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung	Förderung der <u>Versorgungsqualität</u>	SGB V § 137b
Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser, Bundesebene: AG zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (2000-2003)	Kontrolle, Beurteilung und Weiterentwicklung der Qualitätssicherung	Förderung der <u>Versorgungsqualität</u>	SGB V §137b (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)
Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (seit 2004) (Stellungnahmen von Patientenvertretern)	Wissenschaftliche Bewertung und Information zu Qualität und Wirtschaftlichkeit von Diagnosen, Therapien, Leistungen, Arzneimitteln		SGB V §139a SGB V §35b Abs.1
Ärzte, Krankenkassen & Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselseitiger Zusammensetzung, Bundesebene: GBA(seit 2004) (Mitberatung von Patientenvertretern seit 2004)	Empfehlung von chronischen Krankheiten für Behandlungsprogramme, Empfehlungen zu Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen		SGB V 137f
Ärzte, Krankenkassen und Krankenhäuser, Bundesebene: Koordinierungsausschuss (AG)(2000-2003)	Entwicklung von u. Empfehlungen zur Umsetzung von Behandlungsprogrammen Empfehlungen in sektorenübergreifenden Angelegenheiten	Kriterien für zweckmäßige u. wirtschaftliche Leistungserbringung von <u>Behandlungsprogrammen</u> , <u>Umsetzungsverfahren</u>	SGB V § 137e (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000)

Übersichtstabelle Deutschland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle (SGB V)
<p>Ärzte, Krankenkassen &amp; Deutsche Krankenhausgesellschaft in wechselseitiger Zusammensetzung, Bundesebene: GBA (Mitberatung von Patientenvertretern)</p>	<p>Empfehlungen von für strukturierte Behandlungsprogramme geeigneten chronischen Krankheiten, von Anforderungen für die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen (an BMGS)</p>	<p>Auswahl von chronischen Krankheiten, Ausgestaltungsanforderungen für strukturierte Behandlungsprogramme</p>	<p>SGB V §137f (GMG)</p>
<p>KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN</p>			
<p>Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Berufung der Beteiligten durch BMGS (bis 2003)</p>	<p>Entwicklung von medizinischen u. wirtschaftlichen Orientierungsdaten für die Versorgung Vorschläge zur Entwicklung Empfehlungen zu Versorgungsbereichen, zur Veränderung der Vergütungen</p>		<p>SGB V § 141</p>

## Übersichtstabelle Finnland: Öffentlicher Gesundheitsdienst

Akteur/Gremium STAAT: Zentralebene	Gesetzlicher Auftrag/Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Parlament	Rahmengesetzgebung	Aufgabenzuweisung für Gesundheitssicherung und Prävention, Leistungskatalog (nach Leistungsarten); Wartefristen; Beziehungen zwischen Gemeinden und Krankenhausbezirken Finanzierungsweise: Höhe und Verteilung des Staatszuschusses, maximale Höhe der Gebühren/ Zuzahlungen	Volksgesundheitsgesetz Spezialkrankenversorgungsgesetz Gemeindegesetz Gesetz über die Planung der Sozial- und Gesundheitsversorgung und den Staatszuschuss Kundengebührengesetz
Parlament	Finanzierungsdetails, Festlegung des Staatsbudgets, Aufteilung des Staatsbudgets auf Aufgabenfelder	Steuersatzhöhe, Höhe der Staatsausgaben für Gesundheit und Soziales	
Regierung (Valtioneuvosto)	Aufstellung und Erlass eines Vierjahresplans mit Zielen und Umsetzungsmaßnahmen zur Organisation der Gesundheitsversorgung Aufstellung und Erlass des Jahresbudgets für Gesundheits- und Sozialausgaben bzw. des (zentral-)staatlichen Zuschusses und seiner Verteilung	Ziele und Umsetzungsmaßnahmen zur Organisation der Gesundheitsversorgung Zuteilung und Verteilung des (zentral-)staatlichen Zuschusses	Planungs- und Staatszuschussgesetz § 5 § 6
Gesundheits- und Sozialministerium (STM)	Allgemeine Planung, Leitung und Aufsicht der Gesundheitsversorgung Erlass von Verordnungen zur Bestimmung der Anstaltsversorgung ... (Pfleheimbewohner)		Volksgesundheitsgesetz § 2 Abs. 1 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 5 Abs. 1 Volksgesundheitsgesetz § 18 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 35a

Übersichtstabelle Finnland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag/Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Gesundheits- und Sozialministerium: Gesundheitsrat	Allgemeine Entwicklung der Gesundheitsversorgung (Politik)		Volksgesundheitsgesetz § 4 Abs. 2
Gesundheits- und Sozialministerium: Nationales Forschungs- und Entwicklungszentrum für Soziales und Gesundheit (STAKES)	Beratung, Beobachtung, Bewertung der Gesundheitsversorgung (Politik),		Volksgesundheitsgesetz § 4 Abs. 1 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 5 Abs. 3
STAAT: Regionalebene			
Provinzregierung: Abteilungen für Gesundheit und Soziales	Leitung und Aufsicht der Gesundheitsversorgung auf Regionalebene		Volksgesundheitsgesetz § 2 Abs. 2 Spezialkrankenversorgungsgesetz § 5 Abs. 2
STAAT: Kommunalebene - Gemeinde selbstverwaltung			
Städte/Gemeinden: Gemeinderat	Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung: Primärversorgung/ Volksversorgung	Gesundheitsberatung, Gesundheitsaufsicht, Organisation der primären ärztlichen Versorgung für die Einwohner: Untersuchung, Behandlung, Rehabilitation; Psychotherapie, Krankentransport, Rettungswesen, zahnärztliche Versorgung; Versorgung der Schüler, Studenten, Arbeitnehmer/Arbeiter; Früherkennung; Gruppenuntersuchungen, Notfallversorgung, Rehabilitation	Volksgesundheitsgesetz § 5, § 14

Übersichtstabelle Finnland

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag/Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Städte/Gemeinden: Gemeinderat, Gemeindevorstand, Sozial-/ Gesundheitsausschüsse	Konkrete Beschlussfassung zur Realisierung der Gesundheitsversorgung	z.B. Gründung, Ausstattung und Unterhalt eines Gesundheitszentrums, Ernennung des ärztlichen Direktors, Abschluss von Versorgungsverträgen mit Ärzten/ privaten Gesellschaften, Bestimmung der Höhe der Behandlungsgebühren, Haushaltsplan und Mittelverteilung auf einzelne Versorgungsbereiche, Versorgungsverträge zwischen Gemeinde und Krankenhausbezirk/ Gemeindeverbund	Volksgesundheitsgesetz §§ 6 (Kompetenzen), 15 (Gesundheitszentrum) Gemeindesatzungen (Bsp. Jyväskylä: Satzung für den Arbeitsbereich Soziales und Gesundheit)
Städte/Gemeinden: Gemeindeverbund als Krankenhausbezirk	Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung: sekundäre und tertiäre Krankenversorgung Verzahnung der primären und tertiären medizinischen Gesundheitsversorgung	Krankenhausbehandlung/sekundäre und tertiäre medizinische Versorgung Zusammenarbeit zwischen Gesundheitszentren und Krankenhäusern Gründung/Auflösung eines Krankenhauses	Spezialkrankenversorgungsgesetz §§ 3, 10, 11
Städte/Gemeinden – Gemeindeverbund als Krankenhausbezirk: Gemeindevorstand	Konkrete Beschlussfassung zur Realisierung der Gesundheitsversorgung, Vertragsabschlüsse mit Krankenhäusern		Spezialkrankenversorgungsgesetz § 12  Spezialkrankenversorgungsgesetz Kapitel 5

*Quellen:*

- Patientenrechtsgesetz = Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785
- Volksgesundheitsgesetz = Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
- Spezialkrankenversorgungsgesetz = Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062

- Gemeindegesetz = Kuntalaki 17.3.1995/365
- Planungs- und Staatszuschussgesetz/Gesetz über die Planung der Sozial- und Gesundheitsversorgung und den Staatszuschuss = Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 3.8.1992/733
- Kundengebührengesetz = Asiakasmaksulaki 734/1992
- Verwaltungsgesetz = Hallintolaki 6.6.2003/434
- Statut des Stadtrats von Jyväskylä = Kaupunginhallituksen johtosääntö, 2005
- Statut des Arbeitsbereichs Soziales und Gesundheit = Sosiaali- ja terveystoimialan johtosääntö, 2005

## Übersichtstabelle Polen: Volksversicherung

Akteur/Gremium STAAT: Zentralebene	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Gesetzgeber/Parlament	Rahmengesetzgebung	Aufgabenzuweisung für Gesundheitssicherung und Prävention, <u>Leistungskatalog</u> (nach Leistungsarten); Umfang der Versicherungspflicht/Personenkreis der Versicherten; Sonderberechtigungen/Personenkreis der Versorgten; Organisation und Aufgaben des NFZ; Vertragsbeziehungen zwischen Finanzierern und Gesundheitseinrichtungen bzw. Leistungserbringern; Regeln für Wartelisten Finanzierungsweise: Höhe der Beiträge, Höhe der Zuzahlungen; Einkommensbemessungsgrundlagen, Krankenhaustagegeld	Gesundheitsleistungsgesetz (G.) Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen (Z.)
Parlament	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung	Leistungsausschluss von nicht-arbeitsfähigkeitsbezogenen medizinischen Gutachten, von nicht anerkannten (nicht garantierten) Gesundheitsleistungen Leistungsausschluss von bestimmten Leistungen laut beigefügter Liste Frei (ohne Überweisung) zugängliche ambulante Fachversorgung	G. Art. 16 Abs. 1  G. Art. 17, Anhang  G. Art. 57
Parlament	Finanzierungsdetails, Festlegung des Staatsbudgets, Aufteilung des Staatsbudgets auf Aufgabenfelder	Steuersatzhöhe, Höhe der Staatsausgaben für Gesundheit und Soziales	
Regierung (Rada Ministrów)	Finanzierungsdetails	Art und Weise der Finanzierung von	G. Art. 13 Abs. 4; Art. 12

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Gesundheitsministerium (MZIOS)	<p>Bewertung der Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung; Aufstellung, Finanzierung, Überprüfung und Aufsicht über die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen;</p> <p>Finanzierung hochspezialisierter (tertiärer) Gesundheitsleistungen;</p> <p>Aufsicht über die Gesundheitsversicherung; Bestätigung des Finanzplanes des NFZ (zusammen mit Finanzministerium)</p> <p>Aufsicht über die Tätigkeit des NFZ</p> <p>Aufsicht über die Einhaltung der Verträge durch die Leistungserbringer</p> <p>Aufstellung eines Krankenhausplanes</p> <p>Weitere Aufsichtsfunktionen</p>	Gesundheitsleistungen für Kinder und Schwangere und Gesundheitsprogramme	G. Art. 11, Abs. 1
Finanzministerium	<p>Aufsicht über die Wirtschaftstätigkeit des NFZ; Bestätigung des Finanzberichts des NFZ</p>		<p>G. Art. 162 Abs.1</p> <p>G. Art. 163 Abs. 1</p> <p>G. Art. 11, Abs. 2</p> <p>G. Art. 162 Abs. 2</p>

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz Träger und Finanzierer bestimmter nationaler Krankenhäuser mit tertiären Versorgungsleistungen Verantwortlich für hochspezialisierte Versorgungsleistungen: Festlegung von Einzelheiten der Versorgung, Finanzierung und Vergütung	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
MZIOS	Aufsicht über Aufstellung und Durchführung der Wartelisten für hochspezialisierte Leistungen	Liste und Umfang hochspezialisierter Versorgungsleistungen Art der Finanzierung, Festsetzung des Preises (der Vergütung) von hochspezialisierten Versorgungsleistungen	G. Art. 15 Abs. 3  G. Art. 22 Abs. 4
MZIOS	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung	Bestimmung der medizinischen Kriterien für Wartelisten Bestimmung des Umfangs und der Dauer von präventiven und gesundheitsfördernden Untersuchungen Liste garantierter zahnärztlicher Leistungen Liste von Arzneimitteln (grundsätzlicher und zusätzlicher Art) Liste von Hilfsmitteln, Bestimmung der Bewilligungskriterien und der Anwendungsdauer	G. Art. 20 Abs. 11  G. Art. 27  G. Art. 31 Abs. 4  G. Art. 36 Abs. 5  G. Art. 40 Abs. 5
MZIOS	Festlegung von Einzelheiten der Finanzierung	Höhe der Zuzahlungen zu Arzneimitteln	G. Art. 36 Abs. 5

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
MZiOŚ	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung und der Finanzierung	Liste von Infektionskrankheiten, physischen Erkrankungen, chronischen Krankheiten, für die Arzneimittelzulassungen entfallen oder reduziert sind	G. Art. 37
MZiOŚ	Festlegung von Einzelheiten der Finanzierung	Höchstpreise für bestimmte Arzneimittel Zuzahlungshöhen für Hilfsmittel	G. Art. 38 G. Art. 40 Abs. 5
MZiOŚ	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung (Behandlung)	Umfang/Bereich der Aufgaben der Leistungserbringer (primäre Versorgung)	G. Art. 55 Abs. 6
MZiOŚ	Festlegung von Einzelheiten der Versorgung (Behandlung)	Standards der Leistungserbringung	Verordnungen zu Z. und Berufsgesetzen
MZiOŚ	Überprüfung und ggf. Ergänzung der Rahmenverträge zur Versorgung (Leistungserbringung); finale Entscheidung über Rahmenverträge	Leistungsarten/-beschreibung, Preise/Vergütung, Voraussetzungen der Leistungserbringung	G. Art. 137, Abs. 8, 9, 10 Z. Art. 35 Abs. 7 Punkt 1; Art. 35a Abs. 6 Punkt 1
MZiOŚ	Führung eines zentralen Registers medizinischer Dienstleistungen		Z. Art. 32e Abs. 2

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
STAAT: Regionalebene, regionale und lokale öffentliche Selbstverwaltung	Aufsicht über Umsetzung der zentralstaatlichen Gesundheitspolitik, Sorge um Zusammenarbeit der zentralstaatlichen Verwaltung mit der Selbstverwaltung in der Wojwodschaft		A.
Wojwode (Regierungsverwaltung auf Regionalebene)	Bewertung und Aufsicht der Gesundheitssicherung in den Wojwodschaften; Bewertung der Umsetzung zentraler Vorgaben auf regionalen und lokalen Ebenen Führung eines Zulassungsregisters für Gesundheitseinrichtungen Führung eines Registers medizinischer Dienstleistungen		G. Art. 10  Z. Art. 12, Abs. 3  Z. Art. 32e, Abs. 2
Wojwodschaft (Selbstverwaltung): Wojwodschaftsparlament, Wojwodschaftsverwaltung	Trägerschaft und Finanzierung von (selbständigen öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen: regionale Krankenhäuser, bestimmte Krankenhäuser mit tertiärer Versorgung; Gesundheitszentren Organisation des Gesundheitsschutzes in der Wojwodschaft; Gewährleistung einer gleichen Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen: Ausarbeitung, Umsetzung und Überprüfung von Gesundheitsprogrammen für die Einwohner; Ausarbeitung und Einführung von Programmen zum Gesundheitsschutz		Z. Art. 8 Abs. 1 u. 2 W. Art. 14 Pkt. 1 u. 2 und ergänzende Verordnungen G. Art. 9

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
<p>Kreis (Selbstverwaltung): Kreisräte, Kreisverwaltung</p>	<p>Finanzierung Trägerschaft und Finanzierung von (selbständigen öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen: kleinere Krankenhäuser, Gesundheitszentren Organisation des Gesundheitsschutzes im Kreis; Gewährleistung einer gleichen Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen: Ausarbeitung, Umsetzung und Überprüfung von Gesundheitsprogrammen für die Einwohner; Initiierung, Unterstützung und Überwachung des Engagements zur Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung Führung eines Registers medizinischer Dienstleistungen</p>		<p>Z. Art. 8 Abs. 1 u. 2 P. Art. 4 Abs. 1, Pkt. 2 und ergänzende Verordnungen G. Art. 8</p>
<p>Gemeinde (Selbstverwaltung): Gemeinderäte, Gemeindeverwaltung</p>	<p>Trägerschaft und Finanzierung von (selbständigen öffentlichen) Gesundheitseinrichtungen: Gesundheitszentren Organisation der primären Gesundheitsversorgung in der Gemeinde; Aufstellung eines Grundplanes für die ambulante Versorgung; Gewährleistung einer gleichen Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen: Ausarbeitung, Umsetzung und Überprüfung von Gesundheitsprogrammen für die Einwohner</p>		<p>Z. Art. 8 Abs. 1 u. 2 Gm. Art. 6 Abs. 1, Art. 7 Abs. 1 und ergänzende Verordnungen G. Art. 7</p>

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
	Finanzierung Führung eines Registers medizinischer Dienstleistungen		Z. Art. 32e, Abs. 2
<b>NATIONALER GESUNDHEITSFONDS (NFZ)</b>			
Nationaler Gesundheitsfonds	Finanzierung von Gesundheitsleistungen für Versorgungsberechtigte Bestimmung der Qualität und Zugänglichkeit und Kostenanalyse der Leistungen im notwendigen Umfang bezüglich der abzuschließenden Verträge Durchführung von Ausschreibungen und Verhandlungen, Abschluss von Verträgen über Gesundheitsleistungen mit den Leistungserbringern, Überwachung ihrer Umsetzung und der Abrechnungen Ausarbeitung, Umsetzung und Finanzierung von Gesundheitsprogrammen Gesundheitsförderung u.a.		G. Art. 97 Abs. 3
Vorsitzender des NFZ	Leitung der Finanzwirtschaft des NFZ, effektive und sichere Verwaltung des NFZ; Ausarbeitung des jährlichen Finanzplans; Ein- und Abberufung der Abteilungsdirektoren (auf Wojwodenschaftsebene); Aufsicht über die Aufgabenerfüllung der Abteilungen; Koordination der Zusammenarbeit des NFZ mit den Organen der staatlichen Verwaltung, den Institutionen der Gesund-		G. Art. 102 Abs. 5

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
	<p>heilsförderung, der Sozialversicherung und mit Berufs- und Interessenverbänden; Festlegung einheitlicher Vorgehensweisen in allen Abteilungen bei der Umsetzung gesetzlicher Vorgaben u.a.</p>		
<p>Vorsitzender des NFZ</p>	<p>Vorbereitung der Rahmenverträge zur Versorgung (Leistungserbringung); Verhandlung über Rahmenverträge mit Hauptverbänden der Ärzte, der Krankenschwestern und Hebammen und anderen repräsentativen Organisationen; Bestimmung der Verhandlungsgegenstände bei Vertragsverhandlungen, der Bewertungskriterien für die Angebote, der zu erfüllenden Voraussetzungen</p>	<p>Leistungsarten/-beschreibung, Preise/Vergütung, Voraussetzungen der Leistungserbringung</p>	<p>G. Art. 137 Abs. 1, 2, 6</p> <p>G. Art. 146</p>
<p>Abteilungsdirektoren (auf Wojwodenschaftsebene) des NFZ</p>	<p>Effektive und sichere Verwaltung der Finanzmittel der Abteilungen; Aufstellung und Durchführung des Finanzplanes der Abteilungen; Aufsicht über die ärztlichen Praxen, über die Einhaltung der Verträge; Kontrolle der Gesundheitseinrichtungen und der Apotheken; Beschlüsse über die Gesundheitsversicherung in Einzelfällen u.a.</p>		<p>G. Art. 107 Abs. 5</p> <p>G. Art. 109</p>

Übersichtstabelle Polen

Akteur/Gremium	Gesetzlicher Auftrag, Kompetenz	Entscheidungsgegenstände	Rechtsquelle
Abscheidungsdirektoren (auf Wojwodenschaftsebene) des NFZ	Leitung der Vertragsaushandlungen mit den Gesundheitseinrichtungen; Abschluss und Aufösung von Verträgen über die Leistungserbringung und über die Umsetzung von Gesundheitsprogrammen	Leistungsarten/-beschreibung, Leistungsumfang, Bedingungen der Leistungserbringung; Abrechnungsprinzipien zwischen NFZ und Gesundheitseinrichtung/Leistungserbringer	G. Art. 136
<b>GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN</b>			
Öffentliche, selbständige Gesundheitseinrichtungen (SPZOZy): Direktor, Sozialrat	Vertragsabschlüsse über Gesundheitsleistungen mit den Abteilungen des NFZ Selbstverwaltung der Finanzen, Selbstregulierung	Leistungsarten/-beschreibung, Leistungsumfang, Bedingungen der Leistungserbringung; Abrechnungsprinzipien zwischen NFZ und Gesundheitseinrichtung/Leistungserbringer	Z. Art. 35, Art. 35a
privat praktizierende Hausärzte (lekarze rodzinne), Ärzte der Primärversorgung	Vertragsabschlüsse über Gesundheitsleistungen mit den Abteilungen des NFZ. Verfügung über eigenes Budget	Leistungsarten/-beschreibung, Leistungsumfang, Bedingungen der Leistungserbringung; Abrechnungsprinzipien zwischen NFZ und Gesundheitseinrichtung/Leistungserbringer	
<b>ÄRZTE</b>			
Ärztliche Selbstverwaltung: Ärztekammern – Bezirke bzw. Ärzteräte	Selbstregulierung: Zulassung von privat praktizierenden Ärzten, Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten und der Standesnormen		L. Art. 50 I.
Ärztliche Selbstverwaltung: Nationale Ärztekammer bzw. Ärzterat	Selbstregulierung: Überwachung der Einhaltung der Berufspflichten und der Standesnormen; Stellungnahmen/Beratung u.a. zu gesundheitspolitischen Gesetzen	Standesnormen Berufsgerichtsbarkeit	I.

*Quellen:*

G. = Gesundheitsleistungsgesetz – Gesetz über die Leistungen der Gesundheitspflege, finanziert aus öffentlichen Mitteln = Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U. 2004 Nr. 210, poz. 2135)

Z. = Gesetz über die Gesundheitseinrichtungen [und spätere Änderungen] – Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. Nr. 91, poz. 408); Ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw z 20 czerwca 1997 r. (Dz. U. Nr. 104, poz. 661)

W. = Gesetz über die regionale Selbstverwaltung auf Wojwodschafsebene – Ustawa o samorządzie wojewódzwa z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz.U. Nr. 91, poz. 576)

P. = Gesetz über die lokale Selbstverwaltung auf Bezirksebene – Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 r. (Dz. U. Nr. 91, poz. 578)

Gm. = Gesetz über die Selbstverwaltung auf Gemeindeebene – Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 r.

A = Gesetz über die zentralstaatliche Verwaltung in der Wojwodschaf – Ustawa o administracji rządowej w województwie z dnia 5 czerwca 1998 r.

Vorschriften zur Einführung des Gesetzes zur Reform der öffentlichen Verwaltung – Ustawa – Przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną z dnia 13 października 1998r. (Dz. U. Nr. 133, poz. 872)

I. = Gesetz über die Ärztekammern – Ustawa o izbach lekarskich z dnia 17 maja 1989r. (Dz. U. Nr. 30, poz. 158)

L. = Gesetz über den Arztberuf und den Zahnarztberuf – Ustawa a zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996r. (Dz.U. z 1997r. Nr. 28 poz. 152)

Die Arbeit beschäftigt sich mit Formen und Zielen von Patienten- und Bürgerbeteiligung in verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen. Das Augenmerk gilt dabei insbesondere den Zusammenhängen zwischen institutionellen Strukturen und Akteurskonstellationen in unterschiedlichen Gesundheitssystemen einerseits und der Konzeption und Realisierung individueller und kollektiver Betroffenenbeteiligung als politisch-administratives Programm andererseits.

Die Studie ist als fallorientierte vergleichende Analyse mit einem Most Different Systems Design angelegt. Im Sinne der Verwendung qualitativer Methoden kommen eine Dokumentenanalyse und eine konzeptgeleitete qualitative Inhaltsanalyse zur Anwendung. Theoretische Beteiligungs- und Zielkonzepte leiten die empirische Untersuchung sowohl der tatsächlichen Einflussmöglichkeiten von Patienten und Bürgern auf Entscheidungsprozesse als auch des politischen Beteiligungsdiskurses an. Abschließend werden systemtypische Besonderheiten und systemübergreifende Entwicklungen von Nutzereinbindung in europäischen Gesundheitssystemen aufgezeigt.

#### Patient and Citizen Participation in Different Health Care Systems: The Cases of Germany, Finland and Poland

The thesis explores forms and political objectives of patient and citizen involvement in different European health care systems. In particular, it focuses on how the program of user involvement, both individually and collectively, is conceptualised and realised, depending on institutional and actor settings. For the sake of comparison have been chosen Finland (as a public health care system), Germany (as a social health insurance system) and Poland (as a post-socialist, national health insurance system). The thesis follows a case-oriented approach comparing most different systems. It adopts qualitative methods, i.e. document analysis and concept-based content analysis. After presenting theoretical concepts of patient and citizen involvement and its objectives, the analysis gives an overview on patient and citizen involvement in determining the basic health care package, modes and quality of health provision, and parameters of finance. It then sums up the political discourse on user involvement, before relating the empirical results to the basic concepts.