

DOI: 10.5771/0342-300X-2022-1-45

Starke als Fürsprecher von Schwachen?

Verbände und Patienteninteressen in der Gesundheitspolitik

In der gesundheitspolitischen Debatte gelten die Patienten und ihre Organisationen als „schwache Interessen“ – sie können sich gegen andere, mächtigere Verbände schwer durchsetzen. Gleichzeitig stehen die Patienten jedoch im Mittelpunkt des Gesundheitswesens, und viele Akteure in der Gesundheitspolitik beziehen sich positiv auf sie. Zudem sind Patientenrechte in der Vergangenheit gestärkt worden. Werden Patienteninteressen also von anderen gesundheitspolitischen Akteuren mitvertreten? Und zeigen sich bestimmte Verbände den Patienteninteressen stärker verbunden als andere?

THOMAS VON WINTER

1 Einleitung

Seit der Einführung des Begriffspaares Organisations- und Konfliktfähigkeit durch Offe (1972) in die Theorie der Interessenvermittlung ist die Debatte über „schwache Interessen“ in Deutschland geprägt durch eine Fokussierung auf das Problem des Ressourcenmangels. Als schwach gelten diejenigen Interessengruppen, denen es an den finanziellen, kognitiven oder sozialen Voraussetzungen für eine eigenständige Bildung von Verbänden sowie an den für die politische Durchsetzungsfähigkeit notwendigen Machtmitteln fehlt. Neuere Studien zu den Interessengruppen und zum Lobbying haben hingegen gezeigt, dass fehlende Organisationsfähigkeit auch andere, mit den Merkmalen von Individuen und Kollektiven zusammenhängende Ursachen haben kann. Das Ausmaß der Berücksichtigung bestimmter Interessen im Politikprozess hängt damit weder allein von der Konfliktfähigkeit noch allein von den Potenzialen einzelner Interessengruppen, sondern von der Struktur von Politikarenen und der eigendynamischen Logik politischer Willensbildungprozesse ab.

Vor diesem Hintergrund knüpft der vorliegende Beitrag an die im Kontext von Analysen zur Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik immer wieder auftauchende Frage an, inwieweit es sich bei den Patien-

teninteressen um schwache Interessen handelt (Hänlein/Schröder 2010, S. 52ff.; Köster-Steinebach 2019, S. 561) und welche Rolle diese Interessen in einer Politikarena spielen, die durch eine Vielzahl von ressourcenstarken Akteuren mit höchst unterschiedlichen Interessenlagen geprägt ist (Klenk 2018, S. 24; Heaney 2006, S. 928; Gray et al. 2013). Da sich Patienten aus allen Bevölkerungsschichten rekrutieren, verfügt die Gesamtgruppe über genügend materielle, soziale und intellektuelle Ressourcen, um kollektiv handeln zu können. Demgegenüber ist das Interessenbewusstsein bei der Mehrzahl der Patienten nur schwach ausgeprägt, weil Krankheiten für die allermeisten Betroffenen nur vorübergehender Natur sind, eher Anlass für innere Distanzierung als für Identifikation bieten und oft mit Einschränkungen der individuellen Handlungsfähigkeit verbunden sind (von Winter 2000, S. 39, 45).

Patientenverbände verfügen daher bis heute nur über geringe Mitgliederzahlen und Organisationsgrade und sind oft von einzelnen politischen Unternehmern und Sponsoren abhängig (vgl. u.a. Geißler 2004, insbesondere S. 337ff.). Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass in den letzten beiden Jahrzehnten ein Trend hin zu einer stärkeren Patientenorientierung sowohl des Gesundheitswesens als auch der Gesundheitspolitik erkennbar ist. Patienten sind zunehmend vom Objekt zum Subjekt, von passiven Behandelten zu aktiven Akteuren geworden, die ihre Bedürfnisse und Rechte gegenüber den anderen Akteuren im Gesundheitswesen zur Geltung

bringen können. Dies spiegelt sich in gesellschaftlichen Trends wider (Ewert 2013, S.135ff.), findet seinen Niederschlag aber auch in Änderungen der Rechtslage wie der Kodifizierung und Ausdehnung von Patientenrechten, der Schaffung des Amtes des Patientenbeauftragten, der Einrichtung der Unabhängigen Patientenberatungsstellen und der Beteiligung von Patientenorganisationen am Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) (Illig 2017, S.191ff.).

In diesem Beitrag geht es darum, eine von den Interessenverbänden und ihren Handlungskalkülen ausgehende These zur Erklärung dieses Trends zu entwickeln und diese empirisch zu überprüfen. Im Zentrum steht die Annahme, dass die mächtigen Interessengruppen der Finanzierungsträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen Patienteninteressen gegenüber der Politik mitvertreten. Theoretisch knüpft der Beitrag dabei an verschiedene Konzepte der Verbändeforschung zu den Mechanismen einer mittelbaren Interessenvertretung an. So hat die Pluralismustheorie Trumans mit den Begriffen *overlapping memberships* und *potential groups* zwei Kategorien in die Diskussion eingeführt, die deutlich machen, dass Verbandsführungen, wenn sie erfolgreich ihre politischen Ziele verfolgen wollen, keiner eindimensionalen Mitgliedschaftslogik folgen dürfen, sondern bis zu einem gewissen Grad auch die Interessen von Nichtmitgliedern mitvertreten müssen (Truman 1953, S.511). Umgekehrt wird im Sinne einer Top-down-Perspektive von Vertretern des Korporatismuskonzepts argumentiert, dass die Abschottung korporatistischer Arrangements nach außen durch eine begrenzte interessenpolitische Offenheit der beteiligten Organisationen kompensiert werden muss, um die Akzeptanz von Verhandlungsergebnissen zu erhöhen. Daher erheben korporatistische Verbände den Anspruch, nicht nur die Interessen ihrer Mitgliederklientele, sondern darüber hinaus auch die Interessen anderer, insbesondere der nicht oder nur schwach organisierten Gruppen zu repräsentieren (Williamson 1989, S.155f.). Ferner hat Wolfgang Streeck in der Kontroverse über die unterschiedlichen Logiken des kollektiven Handelns von Arbeitnehmern und Unternehmen, wie sie in den 1980er Jahren ausgetragenen wurde, die These entwickelt, dass Wirtschaftsverbände im Unterschied zu den Gewerkschaften, die sich auf die Vertretung der Verteilungsinteressen von Arbeitnehmern konzentrieren, die produktionsbezogenen Interessen nicht nur von Unternehmen, sondern auch von abhängig Beschäftigten vertreten (Streeck 1991, S.186f., 190f.). Vor diesem Hintergrund soll am Beispiel einer der zentralen Gesundheitsreformen in den 2010er Jahren, des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungstärkungsgesetz, GKV-VSG), untersucht werden, ob sich eine Mitvertretung von Patienten- und damit schwachen Interessen durch starke Interessengruppen in der Gesundheitspolitik beobachten lässt.

2 Zur Logik der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik

Bedingt durch die institutionelle Struktur des Gesundheitssystems bilden die Bedürfnisse und Interessen der Patienten einen zentralen Gegenstand der Interessenvermittlung im Gesundheitswesen, und zwar unabhängig davon, ob diese Interessen organisiert sind und von den Betroffenen selbst politisch repräsentiert werden. Aufgrund der Zweckbestimmung des Gesundheitswesens, die – zumindest in letzter Konsequenz – eine Orientierung aller Handlungen an den Bedarfslagen von Patienten vorsieht, stehen die Interessen von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern auf der einen Seite und der Patienten auf der anderen Seite in einem Verhältnis der wechselseitigen Abhängigkeit. Das heißt, sie sind weder deckungsgleich noch gegensätzlich, sondern interdependent. Aufgrund dieser Verknüpfung müssen die Hauptakteure im Gesundheitswesen, wenn sie ihre eigenen Interessen vertreten, immer auch Bezug auf die Interessen der Patienten nehmen. Dabei bleibt zunächst offen, ob die Patienteninteressen von den anderen gesundheitspolitischen Akteuren lediglich für ihre eigenen Interessen instrumentalisiert oder quasi advokatorisch von ihnen mitrepräsentiert werden. Kennzeichnend für all diese Akteure ist jedenfalls ein Spannungsverhältnis zwischen unterschiedlichen Interessenlagen, das sich in einer Pluralität politischer Ziele äußert, die je nach politischer Streitfrage (vgl. auch Gray et al. 2013, S.160f.) Akzentsetzungen in die eine oder die andere Richtung erfährt, die aber grundsätzlich nicht zugunsten eines einzelnen Ziels aufgelöst werden kann (Pfeiffer 2019, S.581; Hofmann/Spiller 2019, S.543, 545; Köster-Steinebach 2019, S.557). Diese Ziele bedürfen jedoch immer auch einer Deutung und Interpretation, weil sie in ein Gefüge von Wertorientierungen, *Beliefs* und Wissensbeständen eingebettet sind, das – bedingt durch Änderungen der politischen Rahmenbedingungen sowie durch Prozesse des *Policy Learning* – einem ständigen Wandel unterliegt (vgl. auch Sabatier 1993; Carboni 2009, S.32, 40).

Zunächst sollen einige theoretische Überlegungen zur Art der Verknüpfung zwischen den Interessenlagen einer Reihe von Akteurstypen in der Gesundheitspolitik, bei denen es sich nicht um Patientenverbände handelt, und den Interessenlagen der Patienten angestellt werden. Daraus werden dann Annahmen zum Potenzial der Mitrepräsentation von Patienteninteressen entwickelt. Die den folgenden Ausführungen zugrunde liegende Klassifikation in zehn Kategorien von Organisationen orientiert sich dabei an der funktionalen Differenzierung des deutschen Gesundheitswesens mit seiner spezifischen Gliederung in Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Finanzierungsträger (mit ihrer paritätschen Besetzung der Führungsgruppen durch Vertreter der Versicherten und der

Arbeitgeber) sowie in einen ambulanten und einen stationären Sektor. Die Klassifizierung erfolgt mit dem Ziel, die verschiedenen Arten von Verbänden in eine Rangfolge zu bringen, die wiedergibt, in welchem Ausmaß eine Mitrepräsentation der Belange der Patienten von den verschiedenen gesundheitspolitischen Akteuren erwartet werden kann. Den Referenzpunkt dieser Liste bilden die Patientenorganisationen, weil sie den Anspruch einer authentischen Repräsentation von Patienteninteressen erheben und damit als Maßstab dienen sollen, an dem das Mitvertretungspotenzial der anderen Verbände zu messen ist:

(1) Der Verbandszweck von *Patienten- und Verbraucherverbänden* besteht darin, Patienten entweder selbst zu organisieren und zu mobilisieren, oder diese advokatorisch zu repräsentieren und deren Bedürfnisse im Binnenverhältnis durch Dienstleistungen und nach außen durch politische Interessenvertretung zu realisieren (Geißler 2004; Hänlein/Schröder 2010). Dabei werden die gesundheitspolitischen Anliegen, die die Patienten in ihren Rollen als Empfänger von Hilfeleistungen und als Konsumenten von Gesundheitsleistungen entwickeln (Ewert 2013, S.252), in Forderungen nach patientengerechten Gesundheitsdienstleistungen transformiert.

(2) Eine enge interessenpolitische Beziehung besteht zwischen den Patienten und den *Gewerkschaften*. Denn diese vertreten in Deutschland eine umfassende Konzeption der Interessenrepräsentation, die zwar an den erwerbsbezogenen Interessen der Arbeitnehmer anknüpft, zugleich aber den Anspruch erhebt, sich auf sämtliche Lebensphasen und Soziallagen von abhängig Beschäftigten, einschließlich der Rollen des Ruheständlers und des Patienten, zu beziehen (Schroeder et al. 2010, S.329). Da die Gruppen der Beitragszahler und der Patienten Überlappungen aufweisen, aber nicht identisch sind, kann dieser Anspruch zu Zielkonflikten führen.

(3) Auch die Ärzteverbände sollten einen engen Bezug zu den Patienteninteressen aufweisen. Ärztliche Leistungen sind persönliche Dienstleistungen, die der Logik des Unocactu-Prinzips folgen (Badura/Gross 1976, S.67ff.) und dem Zweck der Behandlung von Patienten und der Heilung von Krankheiten dienen. Daher können politische Forderungen der Ärzteschaft nicht allein mit finanziellen oder Statusinteressen begründet werden, sondern müssen zugleich mit dem Anspruch verknüpft sein, dem Patientenwohl zu dienen (vgl. Köster-Steinebach 2019, S.554; Spier/Strünck 2018, S.6).¹

(4) Die wissenschaftlichen *Fachgesellschaften* werden anders als die ärztlichen Fachverbände als eigenständige Kategorie behandelt, weil bei ihnen die fachliche bzw. wissenschaftliche Orientierung den primären Verbandszweck bildet, hinter den die Vertretung von Mitgliederinteressen zurücktritt.

(5) Die *Krankenkassen* verstehen sich als Repräsentanten einer Versichertengemeinschaft, die alle Teilgruppen – Gesunde wie Kranke, Beitragszahler und beitragsfrei mitversicherte Angehörige ebenso wie Patienten – mit einschließt (Hofmann/Spiller 2019, S.545). Bei der Einlösung dieses Anspruchs stoßen die Krankenkassen jedoch an die Grenzen der eigenen Funktionslogik. Denn während dem idealtypischen Patienten an einer nur durch seine Versorgungsbedürfnisse definierten, potenziell unbegrenzten Inanspruchnahme von Leistungen gelegen ist (Köster-Steinebach 2019, S.556f.), müssen die Krankenkassen als Finanzierungsträger auch darauf bedacht sein, dass diese Leistungen wirtschaftlich erbracht werden (Pfeiffer 2019, S.581).²

(6) Die *Wohlfahrtsverbände* bewegen sich strukturell in einem Spannungsfeld zwischen Mitgliedschaftslogik, Dienstleistungslogik und Einflusslogik (Schmid/Mansour 2007, S. 256f.). Dies manifestiert sich im Rahmen der Gesundheitspolitik in einem Zielkonflikt zwischen der Rolle als Träger von Einrichtungen, insbesondere von Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen, und dem Selbstverständnis als advokatorische Repräsentanten ihrer Klienten, also der Patienten. Dabei resultiert die advokatorische Rolle wiederum aus den Erwartungen der Mitglieder bzw. der Mutterorganisationen (Kirchen).

(7) Als weiterer eigener Akteurstypus mit Blick auf die Patientenorientierung sind die *Einrichtungsträger* anzusehen. Anders als die Krankenkassen stehen sie zu den Patienten nicht in einer mitgliedschaftlichen, sondern in einer Kundenbeziehung. Charakteristisch für sie ist ein Spannungsverhältnis zwischen den organisationsbezogenen Eigeninteressen und den Interessen ihrer Kunden, also der Patienten (Simon 2017, S.8of.).

(8) Die institutionelle Basis der *Gemeinsamen Selbstverwaltung* ist die Pflichtmitgliedschaft, die die Vertragsärzte an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlich Versicherten an die Krankenkassen bindet. Durch die Zuständigkeit für die Umsetzung und die konkrete

1 In der im empirischen Teil dieses Beitrags angewandten Klassifikation werden sowohl die Verbände der nichtärztlichen Gesundheitsfachberufe (Krankenpfleger, Psychotherapeuten) als auch die ärztlichen Fachgesellschaften (Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. – SpiFa) mit den Organisationen der Ärzteschaft zu einer Kategorie zusammengefasst, weil die grundlegenden Annahmen über das Verhältnis von Ärzten und Patienten im Wesentlichen auch für die von ihnen vertretenen Berufsgruppen gelten (Gerlinger 2018, S.58).

2 In der im empirischen Teil verwendeten Klassifikation werden der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) als Instrument der Krankenkassen, aber auch die Private Krankenversicherung (PKV) in die Kategorie „Krankenkassen“ eingeordnet.

Ausgestaltung zahlreicher gesetzlicher Vorschriften verfügt die Gemeinsame Selbstverwaltung über politische Gestaltungsmacht und gebündeltes Expertenwissen. Gegenüber den Patienteninteressen nimmt die gemeinsame Selbstverwaltung daher eine fachpolitische, vor allem auf Ausgleich zwischen den beiden Hauptakteursgruppen bedachte Haltung ein.

(9) Als eigene Kategorie von Akteuren sind die *Arbeitgeberverbände* anzusehen, weil sie einerseits durch die Einbindung in die Selbstverwaltung Mitverantwortung für die Politik der Krankenkassen tragen und auf diese Weise mit den Patienteninteressen verknüpft sind, andererseits aber als Repräsentanten der Unternehmen primär die Beitragsinteressen ihrer Mitglieder vertreten (Bandelow 1998; Beck 2017).

(10) Am weitesten entfernt von den Patienteninteressen sind die *Wirtschaftsverbände*, also etwa die Verbände der Pharmaunternehmen oder der Hersteller von Medizintechnologie, weil sie mit diesen nur indirekt durch ihre Geschäftsbeziehungen mit Apotheken, Krankenkassen und Krankenhäusern in Verbindung stehen.

Vor diesem Hintergrund kann die Ausgangsthese nun in folgender Weise spezifiziert werden: Wenn Patienteninteressen nicht nur von Patientenorganisationen, sondern auch von anderen gesundheitspolitischen Akteuren – insbesondere von den Verbänden der Leistungserbringer und Finanzierungsträger – (mit)vertreten werden und wenn der Grad dieser Mitrepräsentation von der Art der Verknüpfung der primären Verbandsinteressen mit den Interessen der Patienten abhängt, dann sollte dies empirisch in einer Rangfolge zum Ausdruck kommen, die der oben dargestellten, theoretisch zu erwartenden Rangfolge in Bezug auf das Maß der Übereinstimmung dieser Akteurinteressen mit den Interessen der Patienten entspricht.

3 Methodische Konzeption

Die Überprüfung dieser Annahmen erfolgt durch eine Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen, die die zu der öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages zum GKV-VSG am 25. März 2015 eingeladenen Interessengruppen abgegeben haben. Maßgebend für die Auswahl dieses Gesetzgebungsprozesses aus der Gesamtheit der Gesetzgebungsprozesse in der Gesundheitspolitik waren die Kriterien der Aktualität und der Reichweite. Da das GKV-VSG in der 18. Wahlperiode verabschiedet wurde, den Kernbereich der Gesundheitspolitik – also das Sozialgesetzbuch V (SGB V) – berührt und eine große Zahl von Re-

gelungen enthält, erfüllt es diese Kriterien in optimaler Weise. Gemäß der Liste der Sachverständigen mit Stand vom 20. März 2015 hatte der Ausschuss für Gesundheit zu der öffentlichen Anhörung³ 43 Verbände bzw. Organisationen eingeladen. Diese gaben insgesamt 38 schriftliche Stellungnahmen ab. In drei Fällen gaben jeweils zwei Verbände eine gemeinsame Stellungnahme ab. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgte das Ziel, Unterschiede in der Versorgungssituation zwischen Ballungsräumen und strukturschwachen Regionen auszugleichen und die sektorenübergreifende Versorgung zu verbessern. Die Vorlage enthielt insgesamt 20 Artikel mit einer Vielzahl von Änderungen des SGB V, anderer Sozialgesetzbücher und weiterer Regelungsbereiche.

Die Auswertung der Stellungnahmen der Verbände erfolgt in zwei Analyseschritten. Im ersten Schritt wird der Gesetzentwurf daraufhin untersucht, welche seiner 155 Einzelregelungen (entsprechend der Zahl der Nummern des Gesetzentwurfs) unmittelbar Rechte und Leistungsansprüche der Patienten erweitern. Anschließend werden alle 38 Stellungnahmen daraufhin analysiert, welche der patientenbezogenen Regelungen von den einzelnen Verbänden unterstützt oder abgelehnt bzw. zu welchen Regelungen umfassende Änderungsvorschläge unterbreitet wurden. Den zweiten Schritt der Analyse bildet eine qualitative Auswertung der Stellungnahmen mit dem Ziel, die zentralen Argumente zu identifizieren, mit denen die Verbände ihre Positionierungen zu den patientenbezogenen Regelungen begründet haben.

4 Positionierungen der Verbände zu den im GKV-VSG enthaltenen patientenbezogenen Regelungen

Ein großer Teil der in dem Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen hat Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Gesundheitswesen und damit auch auf die Patienten. In den meisten Fällen sind die Patienten von den Regelungen jedoch nur mittelbar betroffen, d.h. es bleibt zunächst offen, ob und in welcher Weise sie am Ende von einer Regelung profitieren. Das erste Ziel dieses Teils der Untersuchung bestand daher darin, diejenigen Bestimmungen im GKV-VSG zu identifizieren, die unmittelbar eine Ausweitung der Rechte und Leistungsansprüche von

3 Gegenstand der Anhörung waren neben dem Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-VSG (Bundestags-Drucksache [BT-Drs.] 18/4095) zwei Anträge der Fraktion Die Linke (BT-Drs. 18/4699 u. 18/4187) sowie ein Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (BT-Drs. 18/4153). Die Stellungnahmen bezogen sich teils ausschließlich auf den Gesetzentwurf, teils auf alle vier Dokumente.

Patienten oder ihrer Interessenvertretungen vorsehen. Eine entsprechende Prüfung des Gesetzentwurfs ergab, dass 15 Regelungen dieses Kriterium erfüllen. Die betreffenden Regelungsinhalte sind in *Übersicht 1* knapp dargestellt.

Im nächsten Untersuchungsschritt wurde nun überprüft, ob und in welcher Weise die Verbände in ihren insgesamt 38 Stellungnahmen zu diesen Regelungen Stellung genommen haben. Als Referenzgröße für die Auswertung diente der hypothetische Maximalwert, also der Wert, der sich ergeben hätte, wenn in jeder der 38 Stellungnahmen zum GKV-VSG eine Positionierung zu allen 15 patientenbezogenen Regelungen enthalten gewesen wäre. Dieser rechnerische Wert liegt bei 570 Nennungen. Die tatsächliche Zahl der Positionierungen lag aber mit insgesamt 170 weit darunter. Neun Verbände haben zu keiner der 15 Regelungen und nur zwei – der AOK-Bundesverband und der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband SpiBu) – zu allen Stellung genommen.

Da manche Verbände einzelne Regelungen umfassend beurteilt, z. T. detaillierte juristische, sozialpolitische bzw. gesundheitspolitische Überlegungen angestellt und in vielen Fällen Änderungsvorschläge unterbreitet haben, ging es zunächst darum, ein Klassifikationsschema zu entwerfen, das eine eindeutige Zuordnung der einzelnen Positionierungen erlaubte. So wurde die Ablehnung einer patientenbezogenen Regelung naturgemäß auch als solche klassifiziert. Demgegenüber wurde jedes Votum als zustimmend gewertet, wenn die im Gesetzentwurf enthaltene patientenbezogene Regelung entweder schlicht befürwortet oder wenn darüber hinausgehende Forderungen zu Rechten und Ansprüchen von Patienten erhoben wurden. Sofern ein Verband substanzelle, also mehr als nur redaktionelle oder ergänzende Änderungsvorschläge zu einer Regelungsmaterie unterbreitet hatte, die weder als Zustimmung noch als Ablehnung eingestuft werden konnten, wurde sein Votum als unbestimmt bzw. neutral gewertet. Nach diesen Kriterien ließen sich von den insgesamt 170 Voten 125 als zustimmend, 26 als ablehnend und 19 als neutral einstufen.

Wenn man bei den Positionierungen zwischen Zustimmung, Ablehnung und (neutralem) Änderungsvorschlag unterscheidet und die Rangplätze nach der Zahl der zustimmenden Voten zuweist (*Tabelle 1*), fällt ins Auge, dass die Hälfte der Verbände, nämlich 19 auf den Rangplätzen 20 bis 38, insgesamt nur wenige Voten abgegeben hat, nämlich 17 von 285 rechnerisch möglichen, davon neun zustimmende, sechs ablehnende und zwei Änderungsvorschläge. Die restlichen 153 von insgesamt 170 abgegebenen Voten verteilen sich auf die Verbände auf den ersten 19 Rangplätzen. Dabei standen 116 zustimmenden 20 ablehnende Voten und 17 Änderungsvorschläge gegenüber.

Die folgende Auswertung konzentriert sich auf die Zahl der zustimmenden Voten und deren Anteil an der

ÜBERSICHT 1

Regelungen des Entwurfs zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Patienten

1. Anspruch von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf zusätzliche Leistungen zur zahnmedizinischen Prävention (Artikel 1 Nr. 4, § 22a Absatz 1 SGB V)
2. Anspruch auf Mutterschaftsgeld für Frauen, deren Arbeitsverhältnis unmittelbar vor Beginn der Schutzfrist nach dem Mutterschutzgesetzes endet (Artikel 1 Nr. 5, Änderung von § 24i Absatz 1 SGB V)
3. Anspruch auf Leistungen der Krankenbehandlung, Fahrkosten und Krankengeld für Spender von Organen oder Geweben oder von Blut (Artikel 1 Nr. 6, Änderung von § 27 Absatz 1a sowie Nr. 14, Änderung von § 44a Satz 1 SGB V)
4. Regelhafter Anspruch von Versicherten auf die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung bei bestimmten planbaren Eingriffen (Artikel 1 Nr. 7, Änderung von § 27b, insbesondere Absatz 1 und 5 SGB V)
5. Einführung eines Wunsch- und Wahlrechts von Versicherten für Leistungen nach § 9 SGB IX (medizinische Rehabilitation) (Artikel 1 Nr. 10, Änderung von § 40 SGB V)
6. Anspruch von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auf nichtärztliche, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen (Artikel 1 Nr. 11, Einfügung von § 43b SGB V)
7. Anspruch von Versicherten, die Krankengeld beziehen, auf individuelle Beratung durch die Krankenkasse zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (Artikel 1 Nr. 13, Einfügung von § 44 Absatz 4 SGB V sowie Artikel 8 Nr. 3, Einfügung von § 9 Absatz 4)
8. Anspruch von Versicherten auf Krankengeld von dem Tag an, an dem die ärztliche Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt ist (Artikel 1 Nr. 15, Änderung von § 46 SGB V)
9. Beitragszahlungen der Krankenkassen an berufsständische Versorgungseinrichtungen (Artikel 1 Nr. 16, Einfügung von § 47a SGB V)
10. Einrichtung von Terminservicestellen zur Verkürzung von Wartezeiten von Versicherten auf Facharzttermine (Artikel 1 Nr. 29, Änderung von § 75 sowie Nr. 31, Einfügung von § 76 Absatz 1a SGB V)
11. Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur Überarbeitung seiner Psychotherapie-Richtlinie mit dem Ziel, eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung zu erreichen (Artikel 1 Nr. 39, Ergänzung von § 92 Absatz 6a SGB V)
12. Einrichtung eines Innovationsausschusses beim GBA mit dem Ziel der Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Versorgungsforschung (Artikel 1 Nr. 40, Einfügung von § 92b Absatz 1 SGB V)
13. Einrichtung von auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepassten medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (Artikel 1 Nr. 55, Einfügung von § 119c SGB V)
14. Stärkung der Mitberatungs- und Stellungnahmerechte der auf Landesebene maßgeblichen Patientenorganisationen u. a. durch Finanzierung von Fortbildung und Schulung der Patientenvertreter (Artikel 1 Nr. 70, Einfügung von § 140f. Absatz 7 SGB V)
15. Schaffung einer „Dritten Bank“ aus Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Artikel 1 Nr. 82, Änderung von § 279 SGB V).

Quelle: Eigene Zusammenstellung

WSI Mitteilungen

Gesamtheit der möglichen Voten (15), weil nur in der Zustimmung eine eindeutige Haltung eines Verbandes zu der betreffenden gesetzlichen Regelung zum Ausdruck kommt. Denn mit dem zustimmenden Votum signalisiert der Verband, dass er einem Regelungsvorschlag genau in der Art und Weise, wie es die Formulierungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorsehen, zustimmt (bzw. darüber hinausgehende Forderungen erhebt). Aus einem ablehnenden Votum kann hingegen nicht entnommen werden, ob der Verband keine oder eine andere Regelung

wünscht respektive ob er im letzteren Falle eine Regelung anstrebt, die die Rechte und Leistungen zugunsten der Patienten weiter ausdehnt oder aber stärker einschränkt. Daher lässt sich auch nicht beurteilen, worin sich ein ablehnendes Votum von der Entscheidung unterscheidet, sich eines Votums zu einer Regelung ganz zu enthalten. Denn auch ein solcher Verzicht auf eine Stellungnahme kann unterschiedliche Gründe haben; meistens sind fehlende Kompetenz oder Zuständigkeit die Motive, und das entsprechende Votum ist daher eher als Indifferenz denn als Ablehnung zu interpretieren. Auch im Falle von Änderungsvorschlägen lässt sich eine eindeutige Zuordnung zu den beiden anderen Kategorien nicht vornehmen bzw. der Inhalt lässt sich nur qualitativ beurteilen. Daher ist davon auszugehen, dass allein schon die Gesamtzahl der Voten, unabhängig von der Positionierung, etwas über die Bereitschaft der Verbände aussagt, sich mit den Regelungen, die die Patienten unmittelbar betreffen, und damit mit deren Interessen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen. Eine hohe Zahl von Voten stammt von den Verbänden, die sich auch bei einer qualitativen Betrachtung der Stellungnahmen als die Fürsprecher der Patienten erweisen. Aus den genannten Gründen wäre es daher unangemessen, den Grad der Übereinstimmung mit den Patienteninteressen nach der Differenz zwischen zustimmenden und ablehnenden Voten zu beurteilen und die Rangfolge entsprechend zu gestalten. Denn dadurch würden Verbände, die nach der Zahl der Zustimmungen weit oben rangieren, in der Rangskala weit nach hinten fallen.

Bei der Reihung der Verbände nach der Zahl der zustimmenden Voten fällt auf, dass die beiden Betroffenenorganisationen Sozialverband SoVD und Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG Selbsthilfe) die Spalte bilden und der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) mit sieben zustimmenden Voten gleichauf mit der Caritas und dem AOK-Bundesverband liegt, während die drei Verbände der Krankenkassen (Verband der Ersatzkassen, GKV-SpiBu und AOK-Bundesverband) mit den Rangplätzen 5, 6 und 9 dicht dahinter liegen. Bemerkenswert ist ferner, dass die drei Wohlfahrtsverbände Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV), Caritas und Diakonie hohe Zustimmungswerte aufweisen und dass sowohl bei den Betroffenenverbänden als auch bei den Wohlfahrtsverbänden der hohen Zahl der zustimmenden Voten nur eine geringe Zahl von ablehnenden Voten und Änderungsvorschlägen gegenübersteht. So gaben SoVD, BAG Selbsthilfe, vzbv, DPWV, Caritas und Diakonie zusammen 58 zustimmende Voten, ein ablehnendes Votum und zwei Änderungsvorschläge ab. Im Unterschied dazu signalisierten die fünf Krankenkassenverbände GKV-SpiBu, AOK-Bundesverband, Verband der Ersatzkassen (vdek), IKK-Bundesverband und BKK-Dachverband zwar in 32 Fällen ihre Zustimmung, lehnten aber 15 Regelungen ab und schlugen in zwölf Fällen Änderungen vor.

Noch deutlicher kommen die verbandspolitischen Profile im Hinblick auf die Patienteninteressen zum Ausdruck, wenn man die 38 eingeladenen Organisationen zu Verbandstypen zusammenfasst (*Tabelle 2*). In Bezug auf die Zustimmungsraten fallen der höchste und der niedrigste Wert am stärksten ins Auge, weil sie vollständig mit den theoretischen Erwartungen übereinstimmen. Die Betroffenenverbände erreichen mit 71,1% (durchschnittlich 10,7 von insgesamt 15 möglichen Voten) die mit Abstand höchste und die Arbeitgeber- und die Wirtschaftsverbände mit 0% die mit Abstand niedrigste Zustimmungsrate. Die Wohlfahrtsverbände zeichnen sich dadurch aus, dass sie eher die Rolle von Advokaten für die Patienten als die von Einrichtungsträgern einnehmen. Nur so ist zu erklären, dass die Zustimmungsrate der Wohlfahrtsverbände insgesamt 57,8% beträgt, während die Rate für alle Organisationen, die Einrichtungen repräsentieren, nur bei 27,6% liegt. Nach den Wohlfahrtsverbänden weisen die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen⁴ mit durchschnittlich 6,4 von 15 möglichen zustimmenden Voten (das entspricht 42,7%) die dritthöchste Zustimmungsrate auf. Allerdings steht bei den gesetzlichen Krankenkassen den zustimmenden Voten eine nicht geringe Zahl von Ablehnungen (durchschnittlich 3,0) und Änderungsvorschlägen (durchschnittlich 2,2) gegenüber. Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich somit – gemessen am Umfang ihrer Stellungnahmen wie auch an der hohen Zahl der Positionierungen – nicht nur sehr intensiv mit dem GKV-VSG insgesamt sowie speziell mit den patientenbezogenen Regelungen auseinandergesetzt, sondern sie nehmen zu diesen auch eine sehr differenzierte, wenngleich überwiegend zustimmende Haltung ein. Demgegenüber ist bei den Ärzteverbänden und den Fachverbänden nur ein geringes Interesse an den patientenbezogenen Regelungen festzustellen. Unter den insgesamt neun Verbänden von Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen ist lediglich bei vier eine nennenswerte Zahl von Positionierungen zu verzeichnen, nämlich sechs bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, vier bei der Bundesärztekammer, vier bei der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und drei beim Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa). Bei den Fachverbänden sticht lediglich der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) mit seinen insgesamt fünf – ausschließlich

⁴ Die empirischen Befunde legen es nahe, PKV und MDS – anders als im Theorieteil ausgeführt – nicht der Kategorie Krankenkassen zuzuschlagen. Der Verzicht der PKV auf Positionierungen zu den patientenbezogenen Gesetzesänderungen ist vor allem darauf zurückzuführen, dass diese sich auf die gesetzliche Krankenversicherung beziehen und die privaten Krankenversicherungen davon allenfalls mittelbar betroffen sind. Ähnliches gilt für den MDS. Als Einrichtung der gesetzlichen Krankenkassen äußert er sich nur zu den Gesetzesänderungen, die sein spezifisches Aufgabenspektrum betreffen.

TABELLE 1

**Stellungnahmen der Verbände zu patientenbezogenen Gesetzesänderungen
im Entwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 nach Positionierungen**

Rang	Verband	Zustimmung	Ablehnung	Änderung	kein Votum
1	Sozialverband SoVD	13	0	0	2
2	BAG Selbsthilfe (BAG SH)	12	0	1	2
3	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)	10	1	0	4
4	Caritas	9	0	1	5
5	Verband der Ersatzkassen (vdek)	9	2	0	4
6	GKV-Spitzenverband (GKV-SpiBu)	9	3	3	0
7	Diakonie	7	0	0	8
8	Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)	7	0	0	8
9	AOK-Bundesverband	7	5	3	0
10	Deutscher Verein für öffentliche und private Vorsorge (DV)	5	0	0	10
11	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	4	0	0	11
12	Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)	4	0	0	11
13	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	4	1	1	9
14	IKK-Bundesverband	4	2	1	8
15	Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)	3	2	0	10
16	BKK-Dachverband	3	3	4	5
17	Bundesärztekammer (BÄK)	2	0	2	11
18	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)	2	0	0	13
19	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)	2	1	1	11
20	Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa)	2	1	0	12
21	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di)	2	1	0	12
22	Bundesverband Managed Care (BMC)	1	0	0	14
23	Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (BVKSV)	1	0	0	14
24	Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)	1	0	0	14
25	Deutscher Pflegerat (DPR)	1	0	0	14
26	Deutsche PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) / Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)	1	0	0	14
27	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ)	0	0	0	15
28	Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)	0	0	0	15
29	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)	0	0	0	15
30	Deutscher Hausärzteverband (DHV)	0	0	0	15
31	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	0	0	0	15
32	Spectaris – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien / ZVEI – Zentralverband Elektrotechnik und Elektroindustrie (Spectaris/ZVEI)	0	0	0	15
33	Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV)	0	0	0	15
34	Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV)	0	0	0	15
35	Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)	0	0	0	15
36	Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM)	0	1	1	13
37	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)	0	1	1	13
38	Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände (BDA)	0	2	0	13

Die Rangplätze wurden nach der Zahl der Zustimmungen, bei gleicher Zahl von Zustimmungen nach der Zahl der Ablehnungen (absteigend) vergeben.
Bei Gleichstand war das Alphabet ausschlaggebend.

Quelle: Eigene Auswertung

lich zustimmenden – Voten hervor, während die Zahl der Positionierungen des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) (2), des Bundesverbands Managed Care (BMC) (1) und des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung (DNVF) (1) kaum ins Gewicht fällt. Insgesamt ergibt sich sowohl bei den Ärzten als auch bei den Fachverbänden eine geringe Zustimmungsquote von 11,9 bzw. 11,7 %. Ferner scheint für die Gewerkschaften ähnlich wie für Arbeitgeber zu gelten, dass sie die Positionierungen zu den patientenbezogenen Regelungen zu einem erheblichen Teil ihren Vertretern in den Gremien der gesetzlichen Krankenkassen überlassen; immerhin geben die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) insgesamt acht von 30 möglichen Voten ab und kommen auf eine Zustimmungsquote von 16,7 %.

Im Ergebnis haben die patientenbezogenen Regelungen von dem guten Drittel der Verbände, die die Liste der Zustimmungen anführen, mit einer Ausnahme mehr zustimmende als ablehnende bzw. Änderungsvoten erhalten. Dies spricht ebenso wie die Tatsache, dass zwischen den verschiedenen Verbandskategorien deutliche Unterschiede bei den Zustimmungsraten bestehen, für die These, dass die Interessen der Patienten mit den Interessen ihrer vermeintlichen Gegner oder Konkurrenten in einem interdependenten Verhältnis stehen und von diesen teilweise mitrepräsentiert werden. Demgegenüber entspricht die Reihenfolge der Verbände wie der Verbandstypen im Hinblick auf die Quote der zustimmenden, der ablehnenden und der Änderungsvoten nur ansatzweise den Hypothesen, die im Theorieteil formuliert wurden. Zwar führen erwartungsgemäß die Betroffenenorganisationen die Rangliste der zustimmenden Voten an, während die Arbeitgeber- und die Wirtschaftsverbände sich mit den einschlägigen Regelungen so gut wie gar nicht auseinandersetzen. Unter den 14 Organisationen, die die Rangliste der Zustimmungen anführen, sind aber neben den drei Betroffenenorganisationen auch alle drei Wohlfahrtsverbände, drei der fünf Krankenkassen, der DV, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), die BPtK sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zu finden, während die Verbände der Ärzteschaft insgesamt einen hinteren Rangplatz einnehmen. Es bedarf daher einer Erklärung, weshalb die Rangfolge der Unterstützung von Patienteninteressen gemäß den empirischen Befunden bei einer Reihe von Verbandstypen ganz anders ausfällt, als dies gemäß den theoretischen Überlegungen der Fall hätte sein sollen.

5 Qualitative Auswertung der Stellungnahmen der Verbände

Den theoretischen Erwartungen entsprechend zeichnen sich auch in den qualitativen Analysen zum Gesetzgebungsprozess die Betroffenenorganisationen dadurch aus, dass sie die Berücksichtigung der Belange der Patienten explizit zum Maßstab für die Qualität des Gesetzesvorhabens erklären.⁵ Allerdings stehen die Wohlfahrtsverbände den Betroffenenorganisationen hier in keiner Weise nach. Von beiden Arten von Verbänden werden die patientenbezogenen Regelungen im GKV-VSG entweder explizit begrüßt oder als nicht ausreichend im Sinne der Betroffenen kritisiert. Ferner erheben beide Kategorien von Verbänden Forderungen nach weiteren, über die getroffenen Regelungen hinausgehenden Leistungsansprüchen und Rechten der Patienten (BAG Selbsthilfe, S. 3; Caritas, S. 2f.; DPVV, S. 2; Diakonie, S. 1f., 9; SoVD, S. 3, 10; vzv, S. 2f.; zu den Quellen vgl. hier und im Folgenden Fußnote 5).

Wie oben ausgeführt, werden die Patienten von den Gewerkschaften als Teilgruppe der Gemeinschaft der Krankenversicherten angesehen (DGB, S. 3). Exemplarisch wird der damit verknüpfte umfassende Repräsentationsanspruch von der Gewerkschaft ver.di formuliert: „Die Versichertenvertreter in der sozialen Selbstverwaltung vertreten die Interessen der Kassenmitglieder [...] insgesamt – auch in ihrer Rolle als Patienten [...]. Die Trennung zwischen Patienteninteressen und Versicherterinteressen gibt es so nicht.“ (ver.di, S. 12f.) Gemäß diesem Selbstverständnis beanspruchen die Gewerkschaften eine Art Repräsentationsmonopol, aufgrund dessen sie einer Ausweitung der Beteiligungsrechte von Patientenorganisationen in etablierten gesundheitspolitischen Institutionen ablehnend gegenüberstehen (ver.di, S. 4). Die Rollen- und Interessendifferenz zwischen den (gesunden) Versicherten und den Patienten wird von den Gewerkschaften zwar programmatisch negiert, sie kann aber bei der Positionierung zu konkreten gesundheitspolitischen Fragen durchaus virulent werden. Beim GKV-VSG zeigt sich dies in Form der Ablehnung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Einführung einer „Dritten Bank“ aus Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegeberufe in den Entscheidungsgremien des MDK (Änderung von § 279 SGB V, siehe unten) (DGB, S. 3; ver.di, S. 6f.).

Bei den Fachverbänden sowie bei den Verbänden von Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen hängt die

5 Die in diesem Abschnitt behandelten Stellungnahmen sind vollständig auf der Internetseite des Ausschusses für Gesundheit archiviert und direkt abrufbar (Deutscher Bundestag o.J.). Aus Platzgründen werden abweichend von der gängigen Praxis die in diesem Abschnitt zitierten

Stellungnahmen nicht einzeln in das Literaturverzeichnis dieses Beitrags aufgenommen. Die folgenden Quellenangaben (Verband und Seitenzahl) beziehen sich ohne Ausnahme auf die entsprechenden Stellungnahmen zum GKV-VSG.

TABELLE 2

**Stellungnahmen der Verbände: Mittelwerte der Positionierungen nach Verbandstyp,
Verhältnis der Zahl der zustimmenden Voten zur Gesamtzahl der Regelungen (15)**

Angaben in absoluten Zahlen und in Prozent (letzte Spalte)

Rang	Verband	Zustimmung	Ablehnung	Änderung	Anteil der zustimmenden Voten an möglichen Voten
Betroffene	BAG SH, SoVD, vzbv	10,7	0,0	0,3	71,1
Ärzte/Gesundheitsfachberufe	BÄK, BPtK, DHV, DPR, KBV, KZBV, DPtV/bvvp, SHV, SpiFa	1,8	0,2	0,3	11,9
Fachverbände	BMC, DV, DNEbm, DNVF	1,8	0,3	0,3	11,7
Krankenkassen	AOK-BV, BKK-DV, GKV-SpiBu, IKK-DV, MDS, vdek, PKV	4,6	2,3	1,7	30,5
	Mittelwert Krankenkassen ohne PKV und MDS	6,4	3,0	2,2	42,7
Gemeinsame Selbstverwaltung	GBA, IQWiG	2,0	0,0	0,0	13,3
Träger von Einrichtungen	BMVZ, DKG, Caritas, BVKSV, DPWV, Diakonie, VUD	4,1	0,3	0,3	27,6
	Mittelwert nur Wohlfahrtsverbände	8,7	0,3	0,3	57,8
Gewerkschaft	DGB, ver.di	2,5	1,5	0,0	16,7
Arbeitgeber	BDA	0,0	2,0	0,0	0,0
Wirtschaft	ABDA, BVMed, Spectaris/ZVEI	0,0	0,0	0,0	0,0

Zu den Abkürzungen siehe Tabelle 1

Quelle: Eigene Auswertung

WSI Mitteilungen

Positionierung gegenüber den Belangen der Patienten davon ab, wie sich die einzelne gesetzliche Regelung zu den Verbandszielen und den Mitgliederinteressen verhält. So nimmt die Bundespsychotherapeutenkammer die im Gesetzentwurf vorgesehene Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie durch den GBA zum Anlass, weitreichende Leistungsausweitungen wie eine eigene Sprechstunde zur Abklärung des individuellen psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs oder präventive Leistungen zu fordern. Ihre Begründung, dass man auf diese Weise den unterschiedlichen Versorgungsbedarfen der Patienten besser gerecht werden könne (BPtK, S. 4ff.), deckt sich zu einem wesentlichen Teil mit den entsprechenden Positionen der Betroffenenverbände (DPWV, S. 2; SoVD, S. 10). Ähnliches lässt sich bei den Fachgesellschaften beobachten. Um die aus der sektoralen Trennung des deutschen Gesundheitswesens resultierenden Schnittstellenprobleme zu beheben, unterbreiten die Fachgesellschaften im Zusammenhang mit dem GKV-VSG verschiedene Vorschläge zum „Abbau sektoraler Hürden“ (BMC, S. 1) und fordern eine Abkehr von der „Fokussierung auf die ärztlichen Leistungserbringer“ (DV, S. 3). Sofern Grundfragen der Gesundheitspolitik oder der Verteilung von Zuständigkeiten im Versorgungssystem tangiert sind, zeigen sich zwischen den Interessen der Ärzteschaft und der Patienten jedoch erhebliche Differenzen. So will der Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands der Knappheit der Mittel für die ambulante Versorgung unter anderem durch „eine soziale Eigenbeteiligung und die Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten“ entgegenwirken (SpiFa, S. 6f.).

Ein exemplarisches Beispiel dafür, wie auf die Belange der Patienten Bezug genommen wird, um wirtschaftliche

Interessen zu legitimieren, liefern die Wirtschaftsverbände Spectaris – Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien und ZVEI – Zentralverband Elektrotechnik und Elektroindustrie. In ihrer gemeinsamen Stellungnahme zum GKV-VSG begründen sie die Forderung, die Ingangsetzung eines Verfahrens zur Nutzenbewertung von Medizinprodukten beim GBA von der Zustimmung der Hersteller abhängig zu machen, mit dem Ziel, „eine medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten auf bestmöglichem Niveau“ erreichen zu wollen (SPECTARIS/ZVEI, S. 2), obwohl zwischen beidem kein erkennbarer Zusammenhang besteht. Im Unterschied zu diesen beiden Wirtschaftsverbänden stellt die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) in ihrer kurzen Stellungnahme zum GKV-VSG die Interessen der Arbeitgeber als Beitragszahler in den Vordergrund. Sie erkennt an, dass der Gesetzentwurf geeignete Maßnahmen enthalte, „um die medizinische Versorgung zu verbessern“, fordert aber zugleich, dass die Umsetzung kostenneutral zu erfolgen habe (BDA, S. 1).

Die Interessen der Patienten und ihrer Organisationen sind auch dann tangiert, wenn die etablierten Interessen- und Machtkonstellationen in der Gesundheitspolitik in Frage gestellt werden. Dies löst eine Konkurrenz um Beteiligungsrechte und Zuständigkeiten aus, durch die die Patientenorganisationen ins Hintertreffen geraten können. Aufschlussreich ist diesbezüglich der Disput über das Vorhaben der Bundesregierung, die Zusammensetzung der Entscheidungsgremien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu ändern und das paritätische, aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern be-

stehende Modell durch Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen in ein drittelparitätisches zu verwandeln. Diese Bestimmung wurde von allen drei zu der Anhörung eingeladenen Betroffenenorganisationen befürwortet, aber von allen fünf Verbänden der Krankenkassen, vom MDS, ver.di und dem DGB wie auch von der BDA abgelehnt. Die Krankenkassen führten gegen die Bestimmung ins Feld, dass die Schaffung einer „dritten Bank“ das Selbstverwaltungsprinzip konterkarieren und daher nicht zu legitimieren sei (GKV-SpiBu, S. 10). Da den Vertretern der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen „die demokratische Legitimation, wie sie die – durch Sozialwahlen gewählten – Selbstverwalter (aufwiesen)“, fehle, sei die Ausstattung mit einem „Stimmrecht hier systemfremd und [...] daher unverhältnismäßig.“ (IKK, S. 53) Ferner argumentierten die Gewerkschaften, „dass die Patienten bereits von den Versichertenvertretern im Verwaltungsrat repräsentiert“ würden (DGB, S. 3) und die Neuregelung als Mittel zur Stärkung der Rechte der Patienten daher nicht erforderlich sei (ver.di, S. 7). Auch aus Sicht der Arbeitgeberverbände ist die Drittelparität abzulehnen, wenn auch aus anderen Gründen. Durch die Einbeziehung von Vertretern der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen und der Pflegeberufe in die Verwaltungsräte der MDK würden „Personen in die Selbstverwaltung einbezogen, die nicht für die Kosten ihrer Entscheidungen einstehen“ müssen (BDA, S. 1). Bezeichnenderweise wurde die einschlägige Bestimmung wegen des geschlossenen Widerstandes der Krankenkassen und der sie tragenden Verbände am Ende gestrichen und durch eine Regelung mit geringerer Eingriffstiefe in die bestehenden Strukturen, nämlich durch die Einrichtung eines paritätisch mit Betroffenen und Vertretern der Pflegeberufe besetzten Beirates, ersetzt.

Auch zwei weitere Regelungen, die die Rechte der Patienten im Gesundheitswesen ausweiten – die Einrichtung von Terminservicestellen und die Schaffung eines geregelten Zweitmeinungsverfahrens – sind interessenpolitisch von besonderer Bedeutung, weil sich hierzu jeweils eine größere Zahl von Verbänden – 16 im ersten und 17 im zweiten Fall – zum Teil ausführlich geäußert haben. Die Fachgesellschaften und der GBA teilten grundsätzlich das Ziel der Bundesregierung, den Zugang der Patienten zu einer fachärztlichen Versorgung zu erleichtern und die Patientensouveränität mit Blick auf die medizinische Kompetenz von Ärzten zu stärken (GBA, S. 4). Damit bewegte sich der GBA im Wesentlichen auf einer Linie mit dem SoVD (SoVD, S. 10) und der Caritas (S. 3). Andere Verbände unterstützten zwar die Zielrichtung der Neuregelungen, forderten aber Änderungen der Regelungsinhalte mit dem Ziel, diese im Sinne der eigenen professionspolitischen bzw. institutionellen Interessen zu modifizieren. Dabei geraten vor allem Krankenhäuser und Krankenkassen in einen Konflikt um Kompetenzen und Zuständigkeiten. Während die Krankenhäuser in dem Vorhaben, Terminservicestellen einzurichten und ein ge-

regeltes Zweitmeinungsverfahren zu schaffen, die Chance erkannten, stärker als bisher in die ambulante Versorgung der Patienten eingebunden zu werden (Deutsche Krankenhausgesellschaft, DKG, S. 2f.), vertraten die Krankenkassen die Auffassung, dass es im Interesse einer sachgerechten Umsetzung der neuen Verfahren unabdingbar sei, an der bestehenden Praxis festzuhalten, den Terminvergabeservice der Krankenkassen ergänzend zu bzw. gemeinsam mit den Ärzten anzubieten.

Eine ganze Reihe von Verbänden, die zum GKV-VSG Stellung genommen haben, äußerte sich nicht nur zu einzelnen Regelungen, sondern nahm auch eine Gesamtein schätzung des Reformvorhabens vor. Diese war vielfach von ordnungspolitischen Grundorientierungen geprägt, in denen ihre Vorstellungen von einem optimalen Versorgungssystem und die diesen entsprechenden Interpretationen des Patientenwohls zum Ausdruck kommen. Auch hier zeigt sich, in welcher Weise die Verbandsziele der etablierten Akteure mit den Patienteninteressen verknüpft sind. So boten all diejenigen Regelungen im GKV-VSG den etablierten Akteuren Anlass zu grundsätzlicher Kritik, die als Eingriff in die etablierten Strukturen der Sozialen Selbstverwaltung oder als Abkehr von einer als bewährt geltenden Zuständigkeitsverteilung gewertet werden. Dabei herrschte zwischen den Standesorganisationen der Ärzte und einem Teil der Krankenkassen in einem wesentlichen Punkt Übereinstimmung: Beide Seiten kritisierten die Ausweitung staatlicher Regulierung bzw. staatlicher Kompetenzen zu Lasten des Handlungsspielraums der Selbstverwaltungsakteure. Während aber aufseiten der Krankenkassen vor allem Maßnahmen wie die Ersetzung der Parität durch die Drittelparität beim MDK oder die Ausweitung behördlicher Sanktionsinstrumente gegenüber den Krankenkassen auf Widerstand stießen (IKK, S. 3), richtete sich die Kritik der Ärzte vor allem gegen Regelungen wie „die zentral gesteuerte Terminvergabe durch behördenähnliche Strukturen“ oder den „Zwangsaufkauf“ von freien Arztsitzen (KBV, S. 5f.; Bundesärztekammer, BÄK, S. 2). Aus ärztlicher Perspektive sei die Zunahme staatlicher Kontrolle mit einer Abnahme der Versorgungsqualität für die Patienten gleichzusetzen (KBV, S. 6). Konträr zur These vom angeblich ausufernden Staatseinfluss vertraten Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbände die Ansicht, dass die Bundesregierung mit ihrem Gesetzentwurf zu stark auf die Förderung des Wettbewerbs setze (Diakonie, S. 1f.). Akzeptabel sei aus gewerkschaftlicher Sicht allenfalls ein Wettbewerb um Qualität, während „ein Wettbewerb um unterschiedliche Leistungsangebote [...] Versorgungsunterschiede in der Bevölkerung“ verschärfe (ver.di, S. 3).

6 Schlussbetrachtung

Verbände positionieren sich zu Gesetzentwürfen nach den Kriterien der wahrgenommenen Betroffenheit, Zuständigkeit und Sachkompetenz. Die Tatsache, dass die Stellungnahmen zum GKV-VSG nur 170 von 570 möglichen Positionierungen zu den patientenbezogenen Regelungen enthalten, ist daher nicht als mehrheitliches Votum gegen die Patienteninteressen zu werten. Der Verzicht auf eine Positionierung hat eher fachliche als interessenpolitische Gründe. Denn zum einen bietet die öffentliche Anhörung den Interessengruppen die letzte Chance, vor der Verabschiebung des Gesetzes noch eine Änderung zu bewirken. Zum anderen haben nicht einmal die Betroffenenorganisationen zu allen 15 patientenbezogenen Regelungen Stellung genommen. Daher kann das Resultat der quantitativen Untersuchung, wonach sich ungefähr die Hälfte der 38 Verbände in irgendeiner Weise mit den patientenbezogenen Regelungen auseinandersetzt hat und 125 von 170 Voten positiv ausgefallen sind, durchaus als Beleg für die These einer Mitrepräsentation von Patienteninteressen durch andere Verbände gewertet werden. Die Tatsache, dass dabei auch deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Verbandskategorien zu Tage treten, spricht zudem für die These, dass die Interessen der Patienten mit den Interessen ihrer vermeintlichen Gegner und Konkurrenten in einer interdependenten Beziehung stehen. Als Unterstützer der patientenbezogenen Regelungen stechen nach den Patientenorganisationen aber nicht die Ärzteverbände, sondern die Wohlfahrtsverbände, die Krankenkassen und die Einrichtungsträger hervor.

Der qualitative Teil der Untersuchung hat offengelegt, weshalb die Rangfolge der Verbände bei der Positionierung zu den patientenbezogenen Regelungen teilweise mit den theoretischen Erwartungen kollidiert. Offenbar stellen die Wohlfahrtsverbände auch in der Gesundheitspolitik einen ihrer multifunktionalen Struktur entsprechenden Akteurstyp dar, bei dem das advokatorische Engagement im Vordergrund steht, so lange dies nicht in Widerspruch zu ihren grundlegenden Belangen als Träger von Einrichtungen gerät. Von den Krankenkassen werden patientenbezogene Regelungen offenbar so weit mitgetragen, wie sie für fachpolitisch begründbar, mit der Logik des sozialen Sicherungssystems für vereinbar und für ausreichend finanziert gehalten werden. Im Übrigen scheinen die gesundheitspolitischen Kalküle und Strategien von Gewerkschaften, Arbeitgebern und Krankenkassen auf eine so komplexe Weise miteinander verflochten zu sein, dass eine Rangordnung nach der Nähe zu den Patienteninteressen, wie sie im Theorieteil angenommen wurde, nicht zu erkennen und daher auch konzeptionell in Frage zu stellen ist. Die eher schwache advokatorische Position der Ärzteschaft ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass der Gesetzgeber das etablierte Kassenarzt- system in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend aufgeweicht und damit die Konkurrenz zwischen verschiedenen Ärztegruppen verstärkt hat. Dadurch ist die Verteidigung der ärztlichen Status- und Einkommensinteressen zunehmend in den Vordergrund gerückt.

Die empirische Untersuchung des Willensbildungsprozesses zum GKV-VSG lässt den Schluss zu, dass Verbände von Leistungserbringern und Finanzierungsträgern im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer gesundheitspolitischen Interessenvertretung die Interessen von Patienten vielfach stellvertretend mitrepräsentieren. Sie gleichen damit die mangelnde Organisationsfähigkeit der Patienten ein Stück weit aus, tun dies jedoch nach Maßgabe ihrer eigenen programmatischen Ziele, ihrer Organisations-, Standes- oder beruflichen Interessen. Beim GKV-VSG fungie-

ren vor allem Wohlfahrtsverbände, Krankenkassen und Einrichtungsträger als Verbündete der Patienten und ihrer Zusammenschlüsse. Ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer verharren demgegenüber mit Blick auf ihre Kunden, die Patienten, in einer Defensivhaltung; sie nehmen zu patientenbezogenen Regelungen nur Stellung, wenn sie direkt positiv (Leistungsausweiterungen) oder negativ (Kompetenzverschiebungen) davon tangiert sind. Um die Rolle der Gewerkschaften gegenüber den Patienteninteressen genauer zu bestimmen, bedürfte es weiterer spezieller Untersuchungen, die klären helfen, inwieweit politische Positionierungen bei Gesundheitsreformen arbeitsteilig mit den Gewerkschaftsvertretern in den Krankenkassen erfolgen und ob die Gewerkschaften möglicherweise den Anstoß für advokatorische Initiativen der Krankenkassen geben haben. ■

LITERATUR

- Badura, B. / Gross, P.** (1976): Sozialpolitische Perspektiven. Eine Einführung in Grundlagen und Probleme sozialer Dienstleistungen, München
- Bandelow, N.** (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen, Opladen
- Beck, S.** (2017): Lobbyismus im Gesundheitswesen, Baden-Baden
- Carboni, N.** (2009): Advocacy Groups in the Multilevel System of the European Union: A Case Study in Health Policy Making. European Social Observatory: OSE Research Paper, No. 1, November 2009, Brüssel
- Deutscher Bundestag** (o.J.): Stellungnahmen, https://www.bundestag.de/webarchiv/Ausschusse/ausschusse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen_vsg-365318 (letzter Zugriff: 10.09.2021)
- Ewert, B.** (2013): Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen, Wiesbaden
- Geißler, J.** (2004): Organisierte Vertretung von Patienteninteressen. Patientenorganisationen als gesundheitspolitische Akteure in Deutschland, Großbritannien und den USA, Hamburg
- Gerlinger, T.** (2018): Konfliktfelder und Konfliktlinien in der Ärzteschaft, in: Spier, T. / Strünck, C. (Hrsg.): Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden, S. 47–67
- Gray, V. / Lowery, D. / Benz, J. K.** (2013): Interest Groups and Health Care Reform across the United States, Washington, DC
- Hälein, A. / Schroeder, W.** (2010): Patienteninteressen im deutschen Gesundheitswesen, in: Clement, U. / Nowak, J. / Scherrer, C. / Ruß, S. (Hrsg.): Public Governance und schwache Interessen, Wiesbaden, S. 47–62
- Heaney, M. T.** (2006): Brokering Health Policy: Coalitions, Parties, and Interest Group Influence, in: Journal of Health Politics, Policy, and Law 31(5), S. 887–944
- Hofmann, M. / Spiller, R.** (2019): Aufgabenwahrnehmung zwischen Partikularinteressen und Gemeinwohl: Steuerung des Gesundheitswesens durch die Selbstverwaltung, in: Sozialer Fortschritt 68 (6–7), S. 537–545
- Illig, F.** (2017): Gesundheitspolitik in Deutschland. Eine Chronologie der Gesundheitsreformen in der Bundesrepublik, Wiesbaden
- Klenk, T.** (2018): Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor, in: Spier, T. / Strünck, C. (Hrsg.): Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden, S. 19–46
- Köster-Steinebach, I.** (2019): Reformoptionen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Gemeinwohl und Partikularinteressen: die Rolle der Patienten, in: Sozialer Fortschritt 68 (6–7), S. 547–565
- Offe, C.** (1972): Politische Herrschaft und Klassenstrukturen. Zur Analyse spätkapitalistischer Gesellschaftssysteme, in: Kress, G. / Senghaas, D. (Hrsg.): Politikwissenschaft. Eine Einführung in ihre Probleme, Frankfurt a.M., S. 135–165
- Pfeiffer, D.** (2019): Gesetzliche Krankenversicherung zwischen Wettbewerb und Systemverantwortung, in: Sozialer Fortschritt 68 (6–7), S. 575–584
- Sabatier, P. A.** (1993): Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen: Eine Alternative zur Phasenheuristik, in: Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung, Sonderheft 24 der Politischen Vierteljahresschrift, hrsg. von Adrienne Héritier, Opladen, S. 116–148
- Schmid, J. / Mansour, J. I.** (2007): Wohlfahrtsverbände. Interesse und Dienstleistung, in: von Winter, T. / Willem U. (Hrsg.): Interessenverbände in Deutschland, Wiesbaden, S. 244–270

- Schroeder, W./ Munimus, B./ Rüdt, D.** (2010): Seniorenpolitik im Wandel. Verbände und Gewerkschaften als Interessenvertreter der älteren Generation, Frankfurt a. M. / New York
- Simon, M.** (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern
- Spier, T./ Strünck, C.** (2018): Renaissance der Mitgliederlogik? Ärzteverbände im Wandel, in: Dies. (Hrsg.): Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden, S. 1–18
- Streeck, W.** (1991): Interest Heterogeneity and Organizing Capacity. Two Class Logics of Collective Action, in: Czada, R. M. / Windhoff-Héritier, A. (Hrsg.): Political Choice. Institutions, Rules and the Limits of Rationality, Frankfurt a. M., S. 161–198
- Trumann, D.** (1951): The Governmental Process. Political Interests and Public Opinion, New York
- Williamson, P.J.** (1989): Corporatism in Perspective. An Introductory Guide to Corporatist Theory, London

von Winter, T. (2000): Soziale Marginalität und kollektives Handeln. Bausteine zu einer Theorie schwacher Interessen, in: Willem, U. / von Winter, T. (Hrsg.): Politische Repräsentation schwacher Interessen, Opladen, S. 39–59

AUTOR

THOMAS VON WINTER, Dr., außerplanmäßiger Professor für Politikwissenschaft an der Universität Potsdam, Regierungsdirektor in der Verwaltung des Deutschen Bundestages im Ruhestand. Forschungsschwerpunkte: Interessengruppen, Lobbying, Gesundheitspolitik.

@ thomas.von-winter@gmx.de