

Heinrich-Böll-Stiftung (Berlin) (Ed.)

Research Report

Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland: Dokumentation einer Tagung

Schriften zu Wirtschaft und Soziales, No. 9

Provided in Cooperation with:

Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Berlin

Suggested Citation: Heinrich-Böll-Stiftung (Berlin) (Ed.) (2012) : Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland: Dokumentation einer Tagung, Schriften zu Wirtschaft und Soziales, No. 9, ISBN 978-3-86928-077-6, Heinrich-Böll-Stiftung, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/125845>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de>

BAND 9

Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland



**HEINRICH BÖLL STIFTUNG
SCHRIFTEN ZU WIRTSCHAFT UND SOZIALES
BAND 9**

Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland

Dokumentation einer Tagung

**Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung
in Zusammenarbeit mit MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit,
Fürstenberg Institut und KKH Allianz**



Diese Publikation wird unter den Bedingungen einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>

Eine elektronische Fassung kann heruntergeladen werden. Sie dürfen das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen. Es gelten folgende Bedingungen: Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt). Keine kommerzielle Nutzung: Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden. Keine Bearbeitung: Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland

Dokumentation einer Tagung

Band 9 der Reihe Wirtschaft und Soziales

Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung 2012 (in Zusammenarbeit mit MetaForum, Fürstenberg Institut und KKH Allianz)

Gestaltung: graphic syndicat, Michael Pickardt (nach einem Entwurf von blotto Design, Berlin)

Druck: agit-druck

ISBN 978-3-86928-077-6

Heinrich-Böll-Stiftung, Schumannstraße 8, 10117 Berlin

T +49 30 28534-0 **F** +49 30 28534-109 **E** buchversand@boell.de **W** www.boell.de



Vorwort	7
Einführung	9
Birgitt Bender Gesundheitskompetenz – Mündigkeit braucht die Hilfe der Politik	11
Ilona Kickbusch Bürgerorientierte Gesundheit – Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert Zusammenfassung des Vortrags	19
Plenumsdiskussion und Zwischenfazit	23
Workshop-Berichte	26
Workshop 1: Prävention	26
Workshop 2: Integration	33
Workshop 3: Partizipation	36
Workshop 4: Transparenz	40
Fazit: Aufgaben für Politik und Selbstverwaltung Plenumsdiskussion und Thesen: Wege zu einem bürgerorientierten Gesundheitswesen	44
Stimmen aus dem Publikum	47
Personenregister	50
Veranstalter	52

VORWORT

Im deutschen Gesundheitswesen kommen Bürgerinnen und Bürger im Prinzip nur als willige Beitragszahler und als gefügte Patienten vor. Die Ausgestaltung des Systems und der Versorgungsstrukturen obliegt dem Staat und der Selbstverwaltung von Kassen und Ärzteschaft. Die Verantwortung für die Bewahrung und die Wiederherstellung der Gesundheit wird vor allem den Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen zugeschrieben. Dagegen werden die System- und die Gesundheitsverantwortung von Versicherten und Patienten nur sehr unzureichend eingefordert – und können individuell auch kaum eingebracht werden. Die «Bürgerpotenziale» für Gesundheit gehen dem deutschen Versorgungssystem weitgehend ungenutzt verloren.

Zugleich wächst die Unzufriedenheit der «Health Professionals». Sie fühlen sich vom Gesundheitswesen vielfach mehr behindert als unterstützt. Das Gesundheitssystem erscheint ihnen als anonymer bürokratischer Apparat, der vor allem daran interessiert ist, sich selbst und seine zahlreichen Privilegien zu erhalten. Damit bindet eine überbordende Kontrollbürokratie wertvolle Ressourcen und zieht die eigentlichen Gesundheitsversorger von den Bürgern, den Patienten und allen anderen Hilfebedürftigen ab.

Darüber hinaus vergeudet das deutsche Gesundheitswesen große Potenziale durch eine Kultur des Misstrauens, der Überbürokratisierung, der Intransparenz und der vielfachen Bevormundung. Was fehlt, ist eine bürgerorientierte, transparente und qualitätsorientierte Steuerung der Gesundheitsversorgung, bei der Versicherte, Patient/innen, Ärzt/innen, Pflege- und andere Gesundheitsberufe ihre individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse einbringen können und eingelöst sehen.

Wege zu einem solchen System wurden auf der Tagung «Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland» diskutiert. Den Teilnehmenden war es darum zu tun, Lösungsansätze konsequent von den Bürgerinnen und Bürgern her zu denken. Denn an ihren Bedürfnissen – ob als Versicherte, Patienten oder Gesundheitsdienstleistende – hat ein Gesundheitssystem sich zu orientieren.

Mit der vorliegenden Publikation werden die Arbeitsergebnisse der Tagung «Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland» zusammengefasst. Die Veranstaltung fand im September 2011 in der Heinrich-Böll-Stiftung in Berlin statt und wurde von folgenden Kooperationspartnern organisiert: MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V., Fürstenberg-Institut GmbH, KKH Allianz und der Heinrich-Böll-Stiftung.

Berlin, im Januar 2012

Dr. Andreas Poltermann
Heinrich-Böll-Stiftung

Dr. Albrecht Kloepfer
*MetaForum – Innovation für
mehr Gesundheit*

EINFÜHRUNG

Der Leiter der Abteilung Politische Bildung Inland der Heinrich-Böll-Stiftung, *Dr. Andreas Poltermann*, kritisierte im Rahmen seiner einleitenden Begrüßung die fehlende Bürgerorientierung des deutschen Gesundheitswesens im Alltagsbetrieb, die sich in den Steuerungsgremien und Entscheidungsabläufen manifestiere. Als Beispiel nannte er den Gemeinsamen Bundesausschuss, in dem zwar seit dem Jahr 2004 Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen an der Arbeit beratend beteiligt sind, die jedoch mit den Entscheidungen über die konkrete Ausgestaltung der lokalen und regionalen Versorgungsstrukturen auch weiterhin nichts zu tun haben. Zum Bedauern Poltermanns finden diese Entscheidungen nach wie vor in exklusiven Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern statt, denn ein systematisches Einspeisen der Patientenperspektive und auch Patientenverantwortung in die Verhandlungen ist noch immer nicht vorgesehen.

Wie fremd der Gesundheitspolitik und den einschlägigen Verbänden in Deutschland Bürgerorientierung ist, machte Poltermann an der aktuellen Diskussion über das Versorgungsstrukturgesetz fest. Zu ihren wichtigsten Themen gehört die Zukunft der ärztlichen Bedarfsplanung, bei deren Weiterentwicklung sich Bund, Länder und Verbände in den Grundzügen durchaus einig zu sein scheinen. Unstrittig ist, dass die Bedarfsplanung künftig integriert erfolgen soll. Diskussionsbedarf gibt es jedoch bei der konkreten Ausgestaltung. «Völlig außen vor bleibt, ob und wie die Bürger stärker in die Versorgungsplanung einbezogen werden könnten», bemängelte Poltermann angesichts eines Themas, bei dem ständig mit Patienteninteressen argumentiert wird.

Poltermann kritisierte die unzureichende Nutzung der Bürgerpotenziale im deutschen Gesundheitswesen sowohl in der konkreten Versorgung als auch bei der Systemsteuerung. Er sieht darin einerseits ein gesellschaftliches Problem, zum anderen aber auch eine Beschränkung für die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens selbst, denn Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit auch die langfristige Finanzierbarkeit des Systems hängen wesentlich davon ab, ob die Nutzer des Gesundheitssystems tatsächlich in die Produktion von Gesundheit und in die Systemsteuerung einbezogen werden.

Damit sprach Poltermann den Grundgedanken der Tagung an: Bürgerorientierte Gesundheit will die herrschende Ausrichtung des Gesundheitswesens auf Kostenträger und Leistungserbringer der Krankenversorgung überwinden und mit ihr das Bild der Versicherten und Patienten als Beitragszahler, Anspruchsberechtigte, Leistungsempfänger. Das System ist ein Versorgungs- und Krankensystem, bemängelte Poltermann: «Die Bürger werden nur in Ausnahmefällen

angesprochen und das, obwohl sie – wenn Vorbeugung, Behandlung und Rehabilitation gelingen sollen – den wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit selber leisten müssen.»

Poltermann wünschte sich als Ergebnis der Tagung vielversprechende Lösungsansätze, die künftig Wege zu einem bürgerschaftlichen Gesundheitssystem abstecken können.

Der Bürger ist mehr als der Patient und der Bürger ist auch mehr als der Versicherte, unterstrich Moderator *Dr. Albrecht Kloepfer*, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Mitglied im wissenschaftlich-strategischen Lenkungskreis des MetaForums – Innovation für mehr Gesundheit e.V., im Anschluss an Poltermanns Ausführungen. Auch Kloepfer wollte den Ist-Zustand des Gesundheitssystems nicht rühmen. Das Gesundheitssystem kann seine Innovationsfähigkeit momentan nicht erfüllen. Dabei ginge es bei Innovation im Gesundheitswesen nicht nur um die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr sei ein grundlegender Perspektivwechsel erforderlich, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitswesens erkennen und realisieren zu können, zeigte sich Kloepfer überzeugt. Dies sei nötig, um die Gesundheitsversorgung in Deutschland nachhaltig zukunftsfest zu machen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der nicht nur Bürger, Patienten und Versicherte betrifft, sondern in gleichem Maße auch die Leistungsanbieter und anderen Akteure des Gesundheitswesens, käme dieser Herausforderung eine besondere Bedeutung zu.

Co-Moderator *Thomas Hegemann*, ebenfalls Mitglied im Lenkungskreis des MetaForums und Geschäftsführender Partner der CGC GbR, Heidelberg, fügte hinzu: «Bürgernah heißt nicht, dass man es für den Bürger macht, sondern mit ihm.» Er lenkte zur Überleitung die Aufmerksamkeit auf die Frage, welche gesundheitspolitische Ausrichtung diesbezüglich bei Bündnis 90/Die Grünen zu erkennen sei.

Gesundheitskompetenz – Mündigkeit braucht die Hilfe der Politik

Im deutschen Gesundheitswesen dominieren zwei Patientenbilder. Zum einen das Bild vom Patienten oder der Patientin als passiver Hilfeempfängerin, die die Anweisungen ihres Arztes ergeben entgegennimmt, zum anderen die Stilisierung als Kunde, der selbstbewusst Wahlentscheidungen auf dem Gesundheitsmarkt trifft.

Dass das althergebrachte paternalistische Patientenbild nicht mehr zu den Anforderungen vieler – allerdings längst nicht aller – Patientinnen und Patienten passt, ist inzwischen weithin bekannt. Aber auch die Reduzierung der Arzt /Patienten-Beziehung auf ein bloßes Dienstleistungsverhältnis geht in die Irre. Akut Erkrankte sind auf schnelle Hilfe angewiesen und können nicht erst zwischen verschiedenen Angeboten abwägen.

Patientinnen und Patienten wünschen sich ein Vertrauensverhältnis zu ihren Ärztinnen und Ärzten, das sich dann nicht einstellen kann, wenn die Praxis zur Dienstleistungsagentur wird. Das macht unter anderem die immer wieder aufflammende Debatte über die «Individuellen Gesundheitsleistungen» und die Auswirkungen des «IGeLns» auf die Atmosphäre in den Praxen deutlich.

Die beiden Patientenbilder scheinen weit auseinanderzuliegen. Vom Bild des Patienten als unmündigem Kind bis hin zu seiner Wahrnehmung als selbstbestimmtem, auf Augenhöhe mit dem Arzt verkehrendem Verbraucher von Gesundheitsdienstleistungen ist es in der Tat ein weiter Weg.

Trotzdem ist beiden Bildern etwas gemeinsam – nämlich die Auffassung, dass der Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit eher durch andere Personen als durch die Patientinnen und Patienten erfolgt. Ich halte diese Auffassung für falsch. Selbstverständlich ist die Gesundheit immer auch von Zufällen abhängig.

Unfälle und schwere Krankheiten lassen sich auch durch eine noch so umsichtige und gesundheitsförderliche Lebensweise nicht zuverlässig vermeiden. Dazu kommen die Auswirkungen von Lebensumständen, die das Individuum nicht ändern kann.

Trotzdem – Gesundheit und Krankheit sind in den wenigsten Fällen ausschließlich Schicksal. Die Wahrscheinlichkeit, ernsthaft zu erkranken, lässt

sich durch eine entsprechende Lebensweise erheblich verringern oder zumindest in ein höheres Lebensalter verschieben. Und auch dann, wenn eine Krankheit aufgetreten ist, sind ihr Verlauf und ihre Auswirkungen stark vom individuellen Verhalten des Erkrankten abhängig.

Vor diesem Hintergrund wird in den letzten Jahren zunehmend darüber diskutiert, welche Voraussetzungen eigentlich dafür erforderlich sind, dass eine Person Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen kann. Dabei wird häufig der Begriff der «Health-Literacy» verwendet. Gemeint sind damit die Kompetenzen für eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Zu ihnen gehören ausreichende Lese- und Schreibfähigkeiten genauso wie soziale und kommunikative Kompetenzen und die Fähigkeit, Informationen aus dem Gesundheitssystem kritisch zu bewerten.

Zu den profiliertesten Vertretern dieses Ansatzes, der den Blick auf die Individuen richtet, ohne die gesellschaftlichen Bedingungen für eine gute Gesundheit zu missachten, gehört Frau Prof. Kickbusch.

In den USA wird die «Health-Literacy» schon längere Zeit thematisiert und untersucht. In Europa findet sie seit einigen Jahren in der Schweiz und in Großbritannien die ihr zukommende Beachtung. Deutschland hinkt der internationalen Diskussion noch hinterher. Wenn hierzulande von der «Health-Literacy» die Rede ist, wird häufig von der Gesundheitsbildung oder Gesundheitskompetenz gesprochen.

Ich würde einen Begriff wie Gesundheitsmündigkeit bevorzugen, weil an ihm deutlich wird, dass es nicht nur um mehr Wissen, sondern auch um mehr Autonomie, Selbstbestimmung und auch Selbstverantwortung geht. Um nicht schon wieder einen neuen Begriff einzuführen, bleibe ich einstweilen bei der «Gesundheitskompetenz» oder «Gesundheitsverantwortung».

Studien deuten darauf hin, dass Personen mit einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz weniger empfänglich für Prävention sind, eher erkranken, eine geringere Therapietreue aufweisen und häufiger ins Krankenhaus eingewiesen werden. Und sie verursachen weitaus höhere Ausgaben im Gesundheitssystem.

So werden die Kosten fehlender oder unzureichender Gesundheitskompetenz in Deutschland allein im Arzneimittelbereich auf 7 bis 10 Milliarden Euro geschätzt – verursacht durch Notfalleinweisungen, unnötige Krankenhausaufenthalte und vermeidbare Pflegeleistungen. Dabei sind die indirekten Kosten durch Produktivitätsverluste, Fehlzeiten usw. noch nicht einmal einberechnet.

Gesundheitskompetenz ist also nicht nur für die Vermeidung und Behandlung von Erkrankungen, sondern auch gesamtwirtschaftlich von größter Bedeutung. Im 21. Jahrhundert wird die Leistungsfähigkeit von Industriegesellschaften wesentlich davon abhängig sein, ob und in welchem Ausmaß es ihnen gelingt, die Fähigkeit zur Eigenverantwortung ihrer Bürgerinnen und Bürger zu stärken.

Investitionen in die Gesundheitskompetenz – Anforderungen an das Gesundheitswesen

Wer sich dem Thema Gesundheitskompetenz in Deutschland zuwendet, muss zwei Aspekte beachten:

Erstens lässt sich Gesundheitskompetenz nicht allein im Gesundheitswesen schaffen. Die Vermittlung guter Lese- und Schreibfähigkeiten sowie der Fähigkeiten, mit anderen kommunizieren und Informationen kritisch bewerten zu können, findet zu einem erheblichen Teil in anderen gesellschaftlichen Systemen statt. Dabei kommt dem Bildungssystem eine besondere Bedeutung zu. In den Kindertagesstätten und vor allem in den Schulen ist diese Erkenntnis aber noch nicht angekommen. Das ist umso bedauerlicher, als vor allem Jugendliche über Themen wie Sport, Fitness oder Sexualität durchaus für Gesundheitsthemen ansprechbar wären. Doch in der bildungspolitischen Debatte wird vor allem über Strukturfragen geredet – und weniger über Bildungsinhalte.

Zweitens ist bei der Beschäftigung mit der Gesundheitskompetenz zu beachten, dass Gesundheitschancen hierzulande sozial höchst ungleich verteilt sind.

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen hat schon vor Jahren darauf hingewiesen, dass in Deutschland Menschen, die von ihrer Ausbildung, ihrem Einkommen und ihrer Stellung im Beruf her zum untersten Fünftel der Bevölkerung gehören, über ihr gesamtes Leben ein ungefähr doppelt so hohes Risiko zu erkranken oder vorzeitig zu sterben tragen wie Menschen aus dem obersten Fünftel.

Männer aus dem untersten Fünftel leben im Durchschnitt zehn Jahre kürzer als Männer aus dem obersten Fünftel, bei Frauen beträgt der Unterschied im Durchschnitt fünf Jahre. Sicher sind diese eklatanten sozialen Unterschiede bei Krankheitsrisiko und Lebenserwartung zu einem erheblichen Teil sozialen Problemen wie den gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit, einseitiger körperlicher Arbeit oder auch schlechten Wohnverhältnissen geschuldet.

Sie sind aber auch Ausdruck fehlender oder eingeschränkter Gesundheitskompetenzen. Eine Politik für mehr Gesundheitsverantwortung wird deshalb einen Schwerpunkt auf den Abbau dieser Ungleichheiten legen müssen. Doch auch hiermit liegt es im Argen. Das lässt sich unter anderem am Thema Prävention festmachen.

Prävention

Für die Schaffung von mehr Gesundheitskompetenz ist die Primärprävention besonders wichtig. Gute Primärprävention beschränkt sich nicht auf die Vermittlung von Informationen, sondern setzt am Verhalten der Bürgerinnen und Bürger und ihren Gesundheitsmotivationen an.

Wenn Primärprävention aber auch sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erreichen soll, die nicht von sich aus nach Angeboten der Gesundheits-

förderung suchen, muss sie mehr als das sein. Sie muss aufsuchend sein und ihre Zielgruppen in deren Lebenswelten ansprechen.

Genau dieser «lebensweltliche Ansatz» stand im Zentrum des Präventionsgesetzes, das im Jahr 2005 noch von der rot-grünen Koalition beschlossen wurde. Das Gesetz sah unter anderem die Gründung einer Bundespräventionsstiftung sowie Regelungen zu einer verstärkten Zielorientierung und Qualitätssicherung der Primärprävention vor.

Vor allem aber sollten lebensweltorientierte Präventionsmaßnahmen gefördert werden, um sozial Benachteiligte in ihrer Gesundheitskompetenz zu stärken. Es handelte sich also um ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsverantwortung.

Ich halte es nach wie vor für eine Tragödie, dass dieser Anlauf damals im Bundesrat gestoppt und nach den Bundestagswahlen wegen des Widerstands der CDU/CSU von der großen Koalition auch nicht wieder aufgenommen wurde.

Damit wurde das Thema sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten wieder von der Tagesordnung genommen. Die lebensweltbezogene Gesundheitsförderung ist auch weiterhin eine «Spielwiese» für einzelne Krankenkassen und engagierte Sozialprojekte. Von einer flächendeckenden Ausweitung ist sie weit entfernt.

Dass eine andere Bundesregierung mit grüner Beteiligung einen erneuten Anlauf unternehmen müsste, versteht sich von selbst. Allerdings wird man dabei nicht einfach wieder zum Stand von 2005 zurückkehren können.

So war die damals vorgesehene Finanzierung zu «krankenkassenlastig». Bund und Länder waren unzureichend beteiligt. Damit hat man damals auch den Protest der Krankenkassen provoziert, was der Durchsetzbarkeit des Projekts enorm geschadet hat.

Darüber hinaus wird man sich nach meinem Dafürhalten auch darüber unterhalten müssen, ob und wie man die Tertiärprävention berücksichtigt. In deren Fokus steht das Verhindern der Verschlimmerung bereits bestehender Erkrankungen.

Deren Förderung muss nicht über dasselbe Gesetz erfolgen wie die der Primärprävention. Doch angesichts des demografischen Wandels und des zunehmenden Anteils chronisch Kranker wird für die Bildung von Gesundheitskompetenz vor allem Älterer die Tertiärprävention immer wichtiger werden. Das muss sich auch in der politischen Diskussion niederschlagen.

Transparenz

Die Erkenntnis, dass es im deutschen Gesundheitswesen ein Transparenzproblem gibt, ist inzwischen Allgemeingut. Und dass Transparenz und Gesundheitskompetenz viel miteinander zu tun haben, versteht sich von selbst.

Gesundheitsbewusst entscheiden können Menschen nur dann, wenn sie Zugang zu den erforderlichen Informationen haben. Das gilt für die Auswahl eines Lebensmittels im Supermarkt oder eines ergonomischen Schreibtisch-

stuhls genauso wie für die Wahl eines geeigneten Arztes oder Krankenhauses. Bemerkenswert ist aber, dass es an Transparenz fehlt, obwohl der Zugang zu Gesundheitsinformationen noch nie so einfach war wie heute.

Jede Person, die über einen Internet-Zugang verfügt – und das sind inzwischen 70 Prozent der Bundesbürgerinnen und -bürger – kann auf eine schier unübersehbare Menge an Informationen zugreifen. Offensichtlich geht es also nicht um die schiere Quantität von Gesundheitsinformationen, sondern um ihre Qualität und um Kriterien für ihre Auswahl.

Und es geht auch um die Art der Informationen. Selbstverständlich interessieren sich Bürgerinnen und Bürger besonders für die Qualität solcher Anbieter von Gesundheitsleistungen, denen sie ihre Gesundheit bei schweren Erkrankungen oder auch bei Pflegebedürftigkeit anvertrauen. In diesem Bereich hat sich in den letzten 12 Jahren einiges im deutschen Gesundheitswesen getan.

Im Jahr 2000 wurden die Krankenhäuser verpflichtet, regelmäßig Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Sie bilden die Grundlage für die Krankenhausvergleiche, die wir heute in Zeitungen und im Internet studieren können.

Auch die Gründung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Jahr 2004 war ein ganz wichtiger Schritt in Richtung einer Qualitätskultur, etwa bei der Arzneimittelbewertung.

Das sind aber nur Ansätze. Was fehlt, sind zentrale Informationsangebote, auf deren Qualität und Neutralität sich die Nutzerinnen und Nutzer verlassen können. Wie solche Angebote aussehen könnten und wer sie betreiben soll, wird heute sicher diskutiert werden. Erörtert werden muss auch, wer an der Bewertung von Qualität beteiligt ist.

Wie wichtig diese Frage ist, zeigen die Auseinandersetzungen über die Arbeit des IQWiG. Bisher reklamieren vor allem die Pharmaunternehmen eine stärkere Beteiligung an dessen Qualitätsbewertungen.

Ich halte mit Blick auf die Schaffung von Gesundheitsverantwortung eine Diskussion über die stärkere Bürgerbeteiligung an diesen Prozessen für wichtiger. Damit verbunden ist auch die Frage nach der Definition von Qualität. Denn die könnte aus der Perspektive einer Patientin anders aussehen als aus der eines Gesundheitsökonomen.

Integration

Für die Forderung nach einer stärkeren Integration der Gesundheitsversorgung werden vor allem zwei Argumente vorgebracht:

1. Integrierte Versorgung ermöglicht mehr Qualität. Insbesondere die Zahl chronisch und mehrfach Erkrankter braucht aufeinander abgestimmte Behandlungsprozesse.
2. Integrierte Versorgung verspricht mehr Wirtschaftlichkeit. So verhindert sie beispielsweise Doppeluntersuchungen und unnötige Krankenhauseinweisungen.

Dagegen spielt die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten in der Diskussion bisher keine besondere Rolle.

Ganz im Gegenteil wird von Kritikerinnen und Kritikern häufig vorgebracht, dass die integrierte Versorgung die Patientensouveränität einschränken würde. Denn die Patientinnen und Patienten würden ihr Recht auf freie Arztwahl verlieren und durch vorgegebene Behandlungspfade Einschränkungen in der Behandlungsvielfalt hinnehmen müssen.

Derzeit sind diese Befürchtungen gegenstandslos. Die existierenden Ärztenetze und Gesundheitsverbände stehen durchweg im Wettbewerb mit anderen Anbietern, so dass die Versicherten nirgendwo gezwungen sind, sich in ein bestimmtes Netz einzuschreiben. Aber auch dann, wenn sich diese Verbände ausbreiten sollten – worauf ich hoffe – halte ich die Risiken für beherrschbar und die Chancen für groß.

So kann die integrierte Versorgung die Gesundheitskompetenz insbesondere sozial Benachteiligter verbessern. Diese leiden besonders unter der unzureichenden Ausrichtung unseres Gesundheitssystems auf die Bedürfnisse chronisch Kranker. Die fehlende Integration der verschiedenen Versorgungsebenen macht vor allem ihnen zu schaffen. Sie können diese nicht anderweitig ausgleichen.

Menschen mit geringer Bildung, begrenztem Durchsetzungsvermögen und eingeschränktem Selbstwertgefühl haben anders als Menschen mit Bildungs- und Sozialkapital nicht die Möglichkeiten, sich ihr Versorgungsarrangement selber zusammenzustellen. Fehl- und Unterversorgung sind die Folge.

So betrifft beispielsweise die große Mehrzahl der jährlich mehr als 20.000 vermeidbaren Fußamputationen bei Diabetikerinnen und Diabetikern Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen. Hier könnte die Integrierte Versorgung einen großen Beitrag zur Vermeidung von Irrwegen und zur Schaffung von Selbstbestimmung leisten.

Darüber hinaus sind Gesundheitsverbände aber auch von ihrer Konstruktion her wesentlich «partizipationsfreundlicher» als das herkömmliche System der Kleinpraxen. So verfügt zum Beispiel das «Gesunde Kinzigtal» in Baden-Württemberg als derzeit größter Gesundheitsverbund in der Bundesrepublik neben einem Ombudsmann über einen eigenen Patientenbeirat.

Dieser gibt den beteiligten Krankenkassen, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Anbietern direktes Feedback und beteiligt sich so an der Weiterentwicklung des Gesundheitsverbundes. Solche Formen geregelter Patientenbeteiligung sind in den herkömmlichen, von Kleinpraxen dominierten Strukturen der ambulanten Versorgung kaum denkbar. Zu überlegen wäre, ob man solche Beiräte auch für andere Gesundheitsverbände verpflichtend macht.

«Kollektive» Gesundheitskompetenz

Und nicht zuletzt muss ein Bekenntnis zur Gesundheitskompetenz und -verantwortung auch dort deutlich werden, wo zentrale Entscheidungen über die Entwicklung der Gesundheitsversorgung fallen.

Das ist auf der Bundesebene mit der Beteiligung der Patientenvertreterinnen und -vertreter an der Arbeit des Gemeinsamen Bundeausschusses seit 2004 der Fall. Deren Mitarbeit hat sich aus meiner Sicht sehr bewährt, einzelne Verbesserungen halte ich jedoch für möglich. So sollten die Patientenvertreterinnen und -vertreter bei Verfahrensfragen nicht nur ein Mitberatungs-, sondern auch ein Mitentscheidungsrecht haben.

Eine stärkere Bürgerbeteiligung könnte es möglicherweise – das hatte ich angedeutet – an der Arbeit des IQWiG geben. Und auch bei der Schaffung einer Bundespräventionsstiftung, zu der es hoffentlich in der nächsten Wahlperiode kommt, wäre eine wirksame Patientenbeteiligung vorzusehen.

Großen Handlungsbedarf sehe ich hinsichtlich der Selbstverwaltung in den Sozialversicherungsträgern.

Unser selbst verwaltetes Sozialversicherungssystem ist eigentlich ein Glücksfall für eine Politik, die sich bürgergesellschaftlichen Zielen verpflichtet sieht. Seltsamerweise ist das überhaupt kein öffentliches Thema. Die Selbstverwaltung auch der Krankenkassen hat sich in ihrer Zusammensetzung und in ihren Routinen derart weit von der gesellschaftlichen Wirklichkeit entfernt, dass sie bei den meisten nur noch Gleichgültigkeit erzeugt.

Insofern ist die Beteiligung von 29 Prozent bei den diesjährigen Sozialwahlen fast noch als gut zu bezeichnen. Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat im letzten Jahr noch für diese Wahlperiode die Vorlage von Eckpunkten für eine Reform der Selbstverwaltung angekündigt. Ich bezweifle, dass es dazu kommt. Auf jeden Fall liegt hier ein wichtiges Feld für mehr «kollektive» Gesundheitskompetenz.

Und last but not least sehe ich mögliche Ansätze bei der Versorgungsplanung in den Regionen und Kommunen.

In der Diskussion über das Versorgungsstrukturgesetz ist eines der zentralen Themen die Zukunft der ärztlichen Bedarfsplanung. Es gibt Ansätze in dem Gesetzesentwurf, die ich durchaus für richtig halte.

Dazu zählt, dass ein – wenn auch sehr vorsichtiger – Akzent auf die sektorenübergreifende Versorgungsplanung gesetzt wird. Völlig ausgeblendet wird allerdings die Frage der Bürgerbeteiligung an der Versorgungssteuerung. In der Praxis gibt es Ansätze dafür. So finden inzwischen in den verschiedensten Bundesländern regionale oder kommunale Gesundheitskonferenzen statt.

Gesetzlich verankert sind sie in Nordrhein-Westfalen und seit dem letzten Jahr in Hessen. Allerdings beschränkt sich ihre Rolle fast überall darauf, Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene zu beraten und ggf. Empfehlungen abzugeben. An der regulären Versorgungsplanung im ambulanten und stationären Bereich sind sie üblicherweise aber nicht beteiligt.

Das ist in Frankreich beispielsweise anders. Dort hat vor drei Jahren der Gesetzgeber die Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen veranlasst, die sich seitdem mit Empfehlungen an der Versorgungsplanung beteiligen. Auch hier wäre ein wichtiger Ansatz für mehr «kollektive» Gesundheitsverantwortung.

Fazit

Gesundheitsrelevante Fragestellungen begegnen uns heute nahezu täglich – von der Zusammenstellung des Speiseplans über die morgendliche Entscheidung «Fahrrad oder Auto» bis hin zur Wahl von Ärzten, Therapien und Krankenhäusern.

Vor diesem Hintergrund werden Gesundheit und auch der Umgang mit langwieriger Krankheit immer mehr als individuell zurechenbare Lebensleistungen verstanden. Das birgt erhebliche Risiken wie die Diskriminierung passiver Kranker, die zusätzliche Benachteiligung sozial ohnehin Schwacher und weitere.

Es sind damit aber auch große Chance auf mehr Autonomie und Selbstbestimmung verbunden. Voraussetzung dafür ist daher eine Politik, die soziale Ungleichheiten im Blick hat und die dem Gerechtigkeitsziel einen hohen Stellenwert zumisst.

Bürgerorientierte Gesundheit – Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert

Zusammenfassung des Vortrags

«Wenn wir über bürgerorientierte Gesundheitspolitik sprechen, dann müssen wir als erstes einen etwas weiteren Blick haben», führte *Prof. Dr. Ilona Kickbusch*, Sprecherin des Lenkungskreises im MetaForum und Direktorin des Global Health Programms, Graduate Institute for International and Development Studies, Genf, in ihren Vortrag ein, dessen zentrales Thema Überlegungen zu prinzipiellen Veränderungen hin zu einer neuen Gesundheitspolitik waren.

Kickbusch zeigte auf, dass Gesundheitspolitik im 21. Jahrhundert nicht nur gesundheitspolitische Ziele, sondern auch Verankerungen in der Sozialpolitik, neue strategische Partnerschaften und vor allem Bürgerpartizipation braucht. Gesundheit in der modernen Gesellschaft kann mit alten Denkmodellen nicht mehr ausreichend gefasst werden, erläuterte die Expertin, denn Gesundheit sei nicht mehr nur Ergebnis anderer gesellschaftlicher Prozesse, sondern ist selbst zur treibenden Kraft geworden.



Quelle: Ilona Kickbusch; MetaForum

Wie schon Bender legte auch Kickbusch einige Gedanken zum Leitbild bürgerorientierter Gesundheit dar. Dabei war ihr ein Aspekt besonders wichtig: das politische Verständnis von Bürgerorientierung. Kickbusch betonte: «Wenn wir von Bürgern sprechen, reden wir von Demokratie und Politik.» Somit gehe es hier vor allem um die Rechte der Bürger. In der internationalen Diskussion sind nach Kickbuschs Schilderung in diesem Kontext derzeit zwei Themen zentral: die Rechte, die mit Gesundheit zusammenhängen – «right to health» –, und Gesundheit als öffentliches Gut – «public good». Einen weiteren Schwerpunkt setzte Kickbusch auf das «lebensweltliche Verständnis von bürgerorientierter Gesundheitspolitik», wie sie sagte. Damit meint sie die Fragen, wo Gesundheit eigentlich hergestellt wird und wie Menschen dort konkret mitsprechen können – etwa am Arbeitsplatz, aber auch im Fußballverein.

Kickbusch unterschied zwei Formen der Partizipation. Zunächst ging sie auf die soziale Teilhabe ein, die Unzahl der Beteiligungsmöglichkeiten, die sich dem Individuum in verschiedensten Gruppen der Gesellschaft bieten, um Gesundheitsressourcen zu entwickeln, wie zum Beispiel der Gesangsverein, die Selbsthilfegruppe oder die Wohlfahrtsorganisation. Kickbusch wies darauf hin, dass die soziale Partizipation immer über rein private Belange hinausreicht und Sozialkapital schafft. Im Hinblick auf eine bürgerorientierte Gesundheit empfiehlt Kickbusch nachdrücklich die Stärkung der sozialen Partizipation. Gleichzeitig müssten ihres Erachtens Wege und Mittel gefunden werden, auch die politische Partizipation der Bürger in Hinblick auf Gesundheit zu stärken, um die explizite Beeinflussung von Entscheidungen oder Entscheidungsträgern auf unterschiedlichen politischen Ebenen zu ermöglichen. «Für eine bürgerorientierte Gesundheit brauchen wir beides, die soziale und die politische Partizipation», fasste Kickbusch zusammen.

Aber: Für die Teilhabe der Bürger bedarf es Strukturen und Kompetenz. Bezugnehmend auf die Empfehlungen der Enquete-Kommission 2002 «Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements» gilt es im Gesundheitsbereich auch weiterhin bürgerschaftliches Engagement als Element des Leitbilds vom Patienten als Partner und vom kompetenten Bürger zu stärken, die vorhandenen korporatistischen Strukturen und Blockaden aufzulösen, das Machtungleichgewicht abzubauen, gemeinschaftliche Strukturen aufzubauen sowie Akzeptanz und Anerkennung walten zu lassen.

«Es geht um eine neue Rechtsgrundlage des Systems, in der der Bürger, der Patient, der Versicherte das Recht auf Mitbestimmung hat.» Kickbusch forderte, dass Bürger Anspruch auf Mitsprache und Mitentscheidung haben, sowie ein Recht auf ihre Gesundheitsdaten. Sie müssen Angebote, Dienstleistungen und Politikfolgen vergleichen können – entsprechend muss Transparenz zum grundlegenden Prinzip des Gesundheitswesens und einer bürgerorientierten Gesundheit werden. Kickbusch präsentierte einige internationale Beispiele, die diesem Prinzip gerecht werden (siehe folgende Seite).

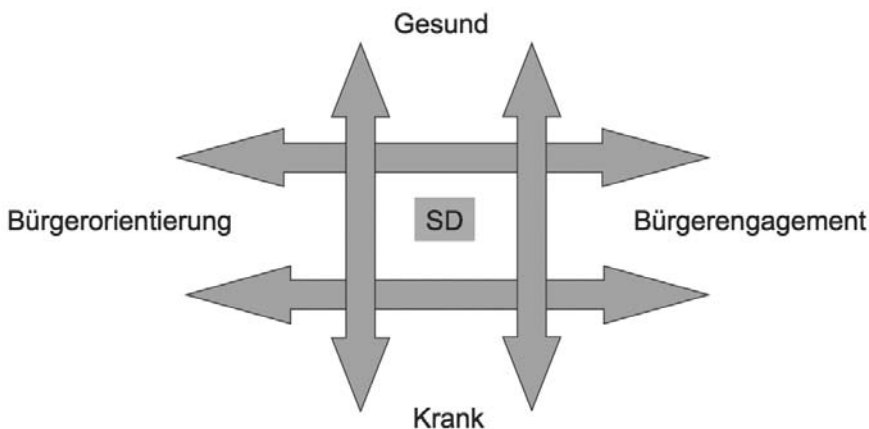
Für die Referentin ist ein entscheidendes Moment nicht nur die Überlegung, wie man mehr Demokratie in die Gesundheit bringen kann, sondern vor allem

- **Exploring public perceptions of emerging policy areas** – ‘Testing Our Genes’ Consensus Conference – Denmark 2002.
- **Aiding the implementation of existing policies** – support of civil society in the development and implementation of the national strategies – AIDS Tobacco etc.
- **Gathering public feedback on service quality** – ‘Social Support Act Boards’ Netherlands 2008 onwards. The 2007 Dutch Social Support Act requires that citizens be involved by municipalities in the delivery of social care services. Many municipalities have established a “**Social Support Act Board**” (In Dutch: WMO-raad) that provide municipalities with – solicited and unsolicited – advice on policy in relation to the Social Support Act.
- **Empowering Citizens to assess health services themselves** – ‘Civic Audit’ methodology has been applied in numerous European countries to evaluate the quality of health performance from citizen perspectives, led by the Italian NGO Cittadinanzattiva.
- **Citizens allocating funding and making spending priorities** – ‘Participatory Budgeting’ Seville, Spain 2004

Quelle: Iлона Kickbusch; MetaForum

auch, wo Gesundheit helfen könnte, Demokratie zu lernen. Es muss soziale Umfeldler geben, in denen man lernt, was man als Bürger wissen muss, verdeutlichte Kickbusch mit Blick auf die Frage, was Bürgerkompetenz ist.

Bürgerorientierte Gesundheit steht für Kickbusch in einem Fadenkreuz von einerseits Bürgerorientierung und dem Engagement der Bürger selber, gleichzeitig auch zwischen Gesund und Krank. In der Mitte sieht sie die sozialen Determinanten für Gesundheit, die es künftig gemeinsam zu gestalten gilt.



Quelle: Iлона Kickbusch; MetaForum

Kickbusch verwies auf internationale Ansätze, durch deren Umsetzung es gelingt, das System transparenter zu gestalten. Dabei benannte sie Strategien wie die Rechenschaftspflicht der Ministerien und eine neue Form der Gesund-

heitsberichte. Beispielhaft sei hier Neuseeland zu erwähnen. Dort ist es vorgeschrieben, die Ergebnisse der Gesundheitsberichte in den größten Tageszeitungen zu publizieren.

Zusammenfassend erläuterte Kickbusch, unter welchen drei Bedingungen künftig eine bürgerorientierte Gesundheit möglich sein werde:

- wenn Gesundheit in allen Politikbereichen verankert ist,
- wenn die Bürger diese unterstützen
- und wenn dafür eine rechtliche Verankerung vorliegt.

Plenumsdiskussion und Zwischenfazit

Das Vormittagsplenum gliederte sich in zwei Diskussionsbereiche. Zunächst widmete sich der Meinungsaustausch dem Themenfeld, wie der Bürger an dem herrschenden Gesundheitssystem stärker partizipieren kann. Ein weiteres Themenfeld beschäftigte sich mit einem Blick in die Zukunft: Ist die Forderung nach einer bürgerorientierten Gesundheitsgesellschaft realistisch und welche Mechanismen könnten dazu beitragen, eine flächendeckende Bewegung der gesundheitsorientierten Bürger zu initiieren?

In der ersten Runde des Plenums gaben die Diskutanten ganz unterschiedlich Antworten auf die Frage nach mehr Bürgerbeteiligung im System:

Birgitt Bender erklärte, in einem nationalen, staatlich organisierten Gesundheitssystem habe man einen hohen politischen Einfluss, der Partizipation organisieren könne. In einem korporativen System jedoch, wie wir es in Deutschland haben, ist es viel komplizierter, den Druck, der an der Basis von sehr engagierten Bürgern zum Beispiel in den Kommunen aufgebaut wird, auch tatsächlich in einen wirkungsvollen Veränderungsdruck umzuwandeln. Das Problem sieht Bender vor allem in den zwar schon organisierten Patienteninteressen, die jedoch bisher noch nicht in eine Bewegung übergegangen seien. Des Weiteren kritisierte Bender die aktuelle Finanzstruktur des Gesundheitssystems, die mit dem GKV-Finanzierungsgesetz alle künftigen Kostensteigerungen einseitig zu Lasten der Versicherten festgeschrieben habe. Grundidee der Bürgerversicherung sei es dagegen, anders als heute, alle Bürger in die Finanzierung des Systems einzubeziehen (also auch Selbstständige und Beamte) und darüber hinaus alle Einkommensarten zu erfassen (also auch Mieteinnahmen und Zinsen). Gutverdiener sollen sich nicht mehr wie heute privat versichern können. Die Beitragsbemessungsgrenze – also die Einkommensobergrenze für die Berechnung der Kassenbeiträge – soll angehoben werden. «Die Kassen könnten dann ihre Beitragsätze wieder selbst bestimmen und müssten transparent zeigen, welche Angebote sie dafür machen», betonte Bender.

Iлона Kickbusch überzeugte mit der These, vor allem Konflikte würden eine nicht zu unterschätzende Hebelwirkung auf bestehende Strukturen ausüben. Am Beispiel der politischen Diskussion um die Managed-Care-Vorlage in der Schweiz demonstrierte sie, wie in diesem Diskussionsprozess die Beteiligten gezwungen sind, ihre Interessen klar zu formulieren und nach Instrumenten für deren Durchsetzung zu suchen. Diese Interessenskonflikte führten unwei-

gerlich zu mehr Transparenz, worin Kickbusch Bender zustimmt und ebenfalls eine Strategie sieht, Veränderungsdruck im System aufzubauen. Sie plädierte für eine Pflicht zur Transparenz, die eingefordert werden müsse, sofern sie rechtlich noch nicht verankert sei. «Das Output des Gesundheitssystems muss auf Grundlage von veröffentlichten Daten vergleichbar sein», sagte Kickbusch. Sie verwies dabei beispielhaft auf die Messbarkeit von Gesundheitskompetenz, Gesundheitsressourcen und Gesundheitsmanagement. Einen dritten Zugewinn für eine Systemveränderung sah Kickbusch in der Interessenbündelung der Patienten, um als Organisation eine politische Stimme und Mitbestimmung erzwingen zu können.

Alf Trojan, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, schloss sich der Forderung nach mehr Transparenz an und sah vor allem in der Berichterstattung ein Mittel zu deren Verwirklichung. In diesem Zusammenhang bemängelte er ausdrücklich die wenig greifbaren Angaben zur Patientenorientierung in den Qualitätsberichten vieler Krankenhäuser. Trojan forderte, auch Selbsthilfe-freundlichkeit als einen wichtigen Teilbereich von Patientenorientierung in der Berichterstattung stärker zu berücksichtigen. Dies könne nicht nur von Krankenhäusern, sondern auch von Praxen und Rehakliniken mit Qualitätsmanagement geleistet werden.

Stefan Etgeton, Bertelsmann Stiftung, vertrat die Überzeugung, Identifikation sei in unserem korporatistisch geprägten System nur dann zu erreichen, «wenn wir aus dem Konkurrenzsystem aussteigen». Er sprach sich für den so genannten «Berufspatienten» im Sinne eines politisch professionellen Patienten aus, denn wenn Partizipation auf Bundesebene in einem hochkomplexen System gewünscht sei, werden Menschen mit Systemkompetenz gebraucht, die über einzelnen Interessen hinaus Zusammenhänge herstellen könnten. Bezugnehmend auf die Wortmeldung eines anderen Gastes, der sich Arztbewertungssysteme wünschte, gab Etgeton den Hinweis auf die «Weisse Liste». Das Projekt biete Patienten Unterstützung bei der Suche nach dem für sie am nächsten gelegenen oder geeignetsten Krankenhaus, sowie – seit Mai 2011 – auch zur Online-Arzt-suche. Hinter dem Projekt stehen die Bertelsmann Stiftung, die Dachverbände von Patienten- und Verbraucherorganisationen sowie die Krankenkassen AOK, Barmer GEK und Techniker Krankenkasse.

Der zweite Teil des Vormittagsplenums wurde durch eine Frage *Thomas Hegemanns* eingeleitet: Ist die Forderung nach einer bürgerorientierten Gesundheitsgesellschaft realistisch und welche Mechanismen könnten dazu beitragen, eine flächendeckende Bewegung der gesundheitsorientierten Bürger zu initiieren?

«Ich komme aus Stuttgart», betonte *Birgitt Bender* und spielte damit auf das umstrittene Bahnprojekt Stuttgart 21 an, bei dem die Bürger sich von der Landespolitik überfahren fühlten und mit Nachdruck Mitsprache an einem der größten Verkehrsprojekte Europas forderten. Bürger engagieren sich gegen ein bestimmtes Projekt und entwickeln dann auch Alternativen zum Bestehenden.

Das heißt, sie professionalisieren sich in diesem Prozess. Das könnte auch im Gesundheitssystem so sein, wobei die schon bestehenden Organisationen zur Professionalisierung beitragen könnten, sagte Bender. Dennoch müsse man klarstellen: Die Menschen in Deutschland fordern nicht mit einem großen Aufschrei eine Beteiligung an der Steuerung des Gesundheitswesens. «Ich sehe keine geschlossene Bewegung der bürgerorientierten Gesundheit», so Bender. Jedoch sehe sie eine Chance, den Bürger zum Beispiel mit kommunalen Gesundheitskonferenzen stärker in die Entscheidungsprozesse zu integrieren. Das Thema Gesundheit und Krankheit spielt in der Alltagskommunikation eine große Rolle, nun bedarf es nach Benders Überzeugung eines öffentlichen Forums mit der Zielsetzung, das System zu verbessern und an einer stärkeren Bürgerorientierung auszurichten.

«Die sich engagierenden Bürger erleben in Deutschland ständig die Erfahrung begrenzter Einflussmöglichkeiten, weil ihre Stimme nicht laut genug ist und nicht gehört wird», sagte *Ilona Kickbusch*. Sie berief sich auf Erfahrungen in der Schweiz, Dänemark sowie den Niederlanden, um zu verdeutlichen, dass «Bürgervertreter für Gesundheit» deshalb die Unterstützung eines sich aktiv für ihre Belange einsetzenden Staates brauchen. Wo von der Politik neue Partizipationsvorgaben gemacht werden, dort engagieren sie die Bürger auch. Kickbusch fasste zusammen: Die Aufgabe der Politik ist es, auf allen Ebenen des Handelns einen aktiv bürgerorientierten Staat zu garantieren und bürgerschaftliche Partizipation zu ermöglichen.

Zwischenfazit

Das bestehende Gesundheitssystem ist nicht bürgerorientiert ausgerichtet. Veränderungen von Seiten der Bürger können jedoch herbeigeführt werden, indem politischer Druck auf das System ausgeübt wird. Dafür bedarf es allerdings der Interessenbündelung und der Gründung von Organisationen. Ausgangspunkt könnten die Kommunen oder auch Parteien sein. Die Bürger benötigen zur Durchsetzung ihrer Interessen System- und Gesundheitskompetenzen, die erworben werden müssen. Mittel dafür könnten öffentliche Foren wie Zukunftswerkstätten und Gesundheitskonferenzen sein. Widersprüche und Konflikte im Gesundheitssystem zwingen die Interessengruppen zur Auseinandersetzung und zur Darstellung ihrer Ziele und Mittel. Dieser Prozess hätte als Ergebnis mehr Transparenz zur Folge. Auf der anderen Seite müssen die Bürger mehr Transparenz in Form von Berichterstattung einfordern und eine Pflicht zur Transparenz rechtlich anstreben. Die Politik ist aufgefordert, den Bürgern, Patienten und Beitragszahlern unabhängige, zuverlässige und umfassende Information zugänglich zu machen. Der aktiv ermöglichende Staat macht den Bürgern Partizipationsvorgaben, bei denen die Bürger ihre Fähigkeiten einbringen können und ihre Bedürfnisse eingelöst sehen. Diesen Vorgaben muss ein lebensweltliches Verständnis von bürgerorientierter Gesundheitspolitik zu Grunde liegen.

Workshop-Berichte

Workshop 1: Prävention

Der Workshop 1 zum Thema Prävention widmete sich der Frage, inwieweit Prävention ein Einfallstor in die Gesundheitsgesellschaft beziehungsweise zur bürgerorientierten Gesundheit in Deutschland sein kann.

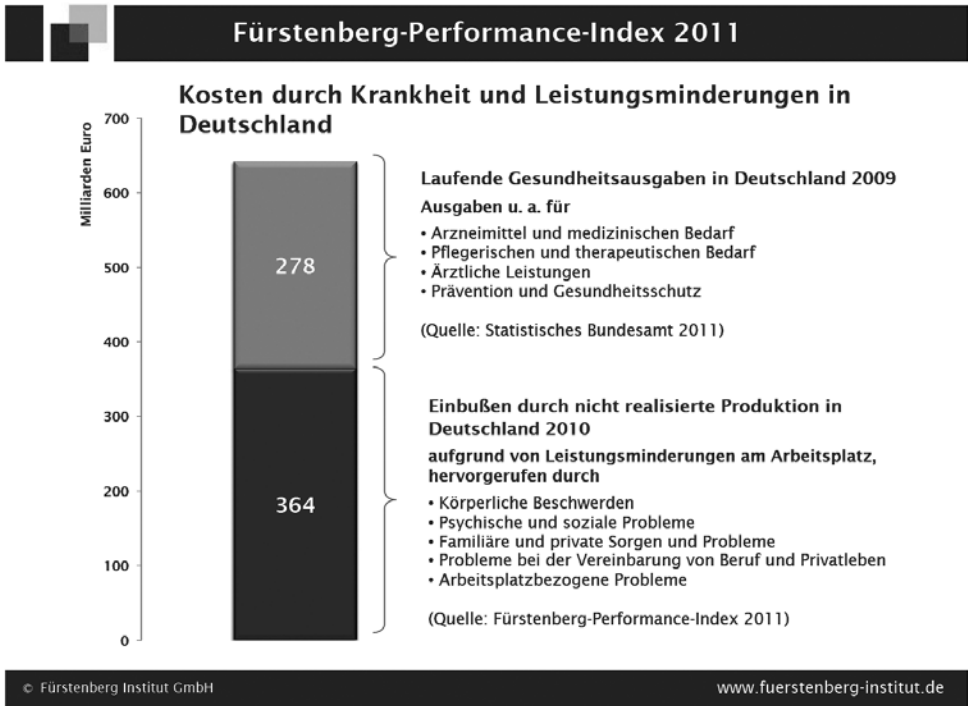
Die Impulsreferate hielten die Referenten Werner Fürstenberg, Geschäftsführer der Fürstenberg Institut GmbH, und Friedrich Wilhelm Schwartz vom Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover und stellvertretender Sprecher des Lenkungskreises im MetaForum. Der Workshop wurde von Thomas Hegemann moderiert.

Werner Fürstenberg konnte aufgrund der langjährigen Arbeit seines Instituts im Bereich Gesundheitsmanagement und Externe Mitarbeiterberatung konkrete Beispiele aus der Praxis einbringen. Er setzte bei der Beschreibung des Ist-Zustands des heutigen Gesundheitssystems drei Schwerpunkte:

1. Das Gesundheitssystem in Deutschland ist – ökonomisch gesehen – ein Krankheitssystem. Solange mit Krankheit und nicht mit Gesundheit Geld verdient wird, können Prävention und eine bürgerorientierte Gesundheit (wirtschaftlich) nicht gewollt sein.
2. Das Gesundheitssystem ist noch immer vorrangig auf körperliche Erkrankungen ausgerichtet. Durch gesellschaftliche Veränderungen entstehen aber wachsende psychosoziale Belastungen, die sich in Wechselwirkung zwischen familiären und arbeitsplatzbedingten Einflüssen zu Krankheitsbildern wie Depression, Stress, Burnout usw. auswachsen.
3. Interesse an wirksamer Prävention haben neben den Bürgern selbst nur diejenigen Institutionen, die Krankheit etwas kostet. Das sind vor allem die Unternehmen, denen durch verminderte Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ein Großteil möglicher Produktivität verlorenght und die über ihre Arbeitgeberanteile Krankheit mitfinanzieren.

Auf die Frage, welche zielorientierte Einflussnahme aus seiner Sicht möglich wäre, antwortete Fürstenberg: «Unternehmen können den neuen psychosozialen Belastungen der Mitarbeiter mit niedrigschwelligen Beratungs- und Therapiemaßnahmen wirksam und wirtschaftlich erfolgreich begegnen, bevor die Menschen ernsthaft und dauerhaft krank werden und hohe volkswirtschaft-

liche Kosten entstehen.» Fürstenberg bezog sich dabei auf eine repräsentative Forsa-Studie, die von der Fürstenberg Institut GmbH konzipiert und in Auftrag gegeben wurde. Die Befragung von 2000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in Deutschland ergab ein beunruhigendes Bild: 62 Prozent leiden an körperlichen Beschwerden, 69 Prozent haben psychische und soziale Probleme, 48 Prozent haben private oder familiäre Sorgen. Das Hamburgische Weltwirtschaftsinstitut (HWWI) hat errechnet, welcher volkswirtschaftliche Schaden 2010 durch die nicht realisierte Produktion der Arbeitnehmer aufgrund der Leistungsminderung (20 Prozent) entstanden ist: rund 364 Mrd. Euro. Das entspricht ca. 16 Prozent des realen Bruttoinlandsprodukts von 2010.

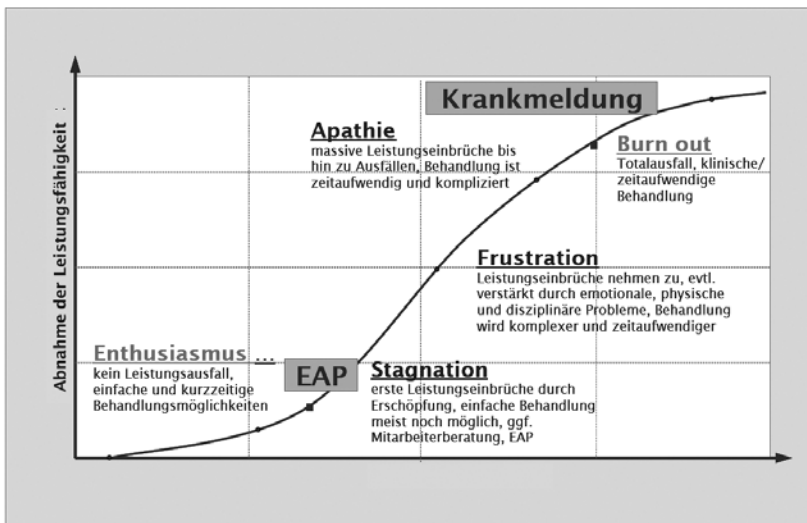


Fürstenberg betonte, «mit nur vier Prozent der Gesundheitsausgaben ist der Ausgabenteil des Bundes für Prävention nach wie vor zu gering», zumal der volkswirtschaftliche Schaden in Höhe von ca. 364 Mrd. Euro gemindert werden könnte, wenn wirksame Präventionsmaßnahmen gemeinsam mit Unternehmen gestaltet würden. Ein effektives Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt ist zum Beispiel durch eine «Externe Mitarbeiterberatung» (Employee Assistance Program – EAP) zu leisten. Dabei handelt es sich um ein institutionalisiertes, betriebliches Angebot, um berufliche und private Probleme- und Konfliktsituationen frühzeitig und professionell zu bearbeiten. Im Mittelpunkt steht der offensive, präventive Umgang mit Themen wie psychische Erkrankungen und Suchterfahrungen, aber auch die Lösung schwieriger Führungssituationen. Das Fürstenberg Institut betreut mit diesem Beratungsservice aktuell 72 Kunden mit

insgesamt mehr als 80.000 Mitarbeitern. Je nach Größe des Unternehmens kostet EAP drei bis vier Euro im Monat pro Mitarbeiter, dafür haben alle Mitarbeiter des Unternehmens Zugang zu den EAP-Dienstleistungen.

Prävention im Unternehmen sollte frühzeitig ansetzen. Fürstenberg zeigte eine Folie, die gut nachvollziehbar machte, warum die Hilfsangebote den Arbeitnehmern niedrigschwellig, unbürokratisch, unternehmensbezogen und lösungsorientiert zugänglich gemacht werden müssen. Ein gut geführtes EAP, so die Erfahrung des Fürstenberg Instituts, wird im Durchschnitt von acht bis zwölf Prozent der Belegschaft genutzt und befähigt die Mitarbeiter, in eigener Verantwortung für ihre Gesundheit und ihre Leistungsfähigkeit zu sorgen.

Warum EAP Kosten bereits frühzeitig verhindert



Quelle: EuPD Research

www.fuerstenberg-institut.de

Fürstenberg legte seine Prognose wie folgt dar: Viele Unternehmen werden künftig ihre Mitarbeiter immer weniger ausschließlich als Kostenfaktor sehen. Immer mehr Unternehmen werden versuchen, Wertschätzung, Achtsamkeit und Transparenz in ihrer Unternehmenskultur zu verankern. Damit erhalten Führungskräfte und Mitarbeiter zunehmend die Möglichkeit, für sich selbst und für ihre eigene Arbeitsfähigkeit Verantwortung zu übernehmen. In naher Zukunft werden nur die Unternehmen erfolgreich sein, die ihre humanen Ressourcen wertschätzen und entsprechend handeln.

Fürstenberg schlug am Ende seines Vortrags den Bogen zum Thema der Tagung: «Für die Konzeptionierung einer bürgerorientierten Gesundheit könnten Unternehmen hervorragende Modelle sein: In beiden Fällen geht es um die Schaffung von Win/Win-Situationen im Bereich Prävention.» In den Unter-

nehmen werden diese durch Produktivitätseinbußen und demografischen Wandel ökonomisch erzwungen. Der Geschäftsführer des Fürstenberg Instituts bemängelte genau diesen fehlenden Druck auf der politischen Bühne.

Friedrich Wilhelm Schwartz näherte sich dem Workshop-Schwerpunkt «Prävention» aus Sicht des Epidemiologen, Sozialmediziners und Gesundheitsforschers. Schwartz hob, neben eher episodischen großräumigen Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen, die chronischen Erkrankungen hervor, die weitgehend das Krankheits- und Sterbe geschehen in industrialisierten Ländern dominieren. Sie stellen gleichzeitig ein erhebliches gesundheitsökonomisches und allgemeinwirtschaftliches Risiko dar, führte Schwartz aus. Zu chronischen Erkrankungen zählen vor allem Folgeerkrankungen von qualitativer und quantitativer Fehlernährung und Bewegungsmangel sowie von exzessivem Genussmittelkonsum (Alkohol, Tabak), die sehr große und auch junge Bevölkerungsgruppen betreffen: Zu den entsprechenden gesundheitlichen Auswirkungen gehören u. a. Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diabetogene Stoffwechselstörungen sowie Gelenk- und Rückenerkrankungen. Hinzu kommen Krebserkrankungen sowie psychische Erkrankungen. Neben hohen individuellen Krankheitslasten bewirkt ihre Zunahme Belastungen der Gesellschaft und der sozialen Systeme. Nach Schwartz ist eine steigende Belastung der Kranken- und Pflegeversicherungssysteme die prognostizierbare Konsequenz dieser dramatischen Fehlentwicklung.

Der Referent betonte: «Prävention und Gesundheitsförderung kommt angesichts dieser chronischen Erkrankungen eine entscheidende Bedeutung zu.» Sie können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, den Risiken für eine Erkrankung vorzubeugen, das Auftreten von Krankheiten zu verhindern oder um Jahre hinauszuschieben (demografische «Krankheitskompression») sowie den Verlauf eines Leidens positiv zu beeinflussen.

Für viele präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen liegen belastbare und anwendbare Erfolgskriterien vor. «Allerdings», kritisierte Schwartz, «fehlen aufgrund mangelnder Forschungs- und Entwicklungsmittel für viele spezifische Gesundheitsthemen und Zielgruppen noch Best-practice-Modelle, deren Effektivität und Effizienz belegt ist». Allein die Bundesländer und einschlägigen Verbände auf Landesebene sowie die Institutionen der Krankenkassen bieten über 400 verschiedene Programme an. Schwartz wies darauf hin, dass in der Anwendung fast aller Programme das Problem der diskontinuierlichen und zu knappen Finanzierung besteht, mit der Folge, dass dadurch auch die Entstehung professionell leistungsfähiger Anbieterstrukturen und neuer partizipativer interaktiver und bürgerorientierter Programme behindert würde.

Der anschließenden Gesprächsrunde gab Schwartz eine entscheidende Richtung mit dem Hinweis, bei erfolgreicher Prävention spielten gesundheitsförderliche Ansätze in Lebenswelten (Settings), die die sozialen und materiellen Rahmenbedingungen für Gesundheitsverhalten beeinflussen, eine Schlüsselrolle. Derartige Maßnahmen in Lebenswelten – Familien, Gemeinden, Schulen oder Betrieben – erfordern die Zusammenarbeit vieler Akteure und Ressorts.

Struktur der Präventionsforschung BMBF, 2004-2012 (mod. n. Walter, U.2011)



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Quelle: Friedrich Wilhelm Schwartz; nach Bundesministerium für Bildung und Forschung

Schwartz schlug folgende Handlungsansätze zur Verbesserung der aktuellen Situation in Deutschland vor:

- **Übersicht:** Für eine stärker an gesundheitsbezogenen Zielen, Prozessen und Ergebnissen orientierte Gesundheitspolitik sollte eine kontinuierliche Übersicht über die bundesweiten Aktivitäten geschaffen werden. Sie sollten, wo sinnvoll, zusammengeführt werden. Bislang ungenützte Potenziale, die sich durch die Einbindung neuer sowie die bessere Vernetzung bewährter Akteure ergeben, müssen erschlossen werden.
- **Nachhaltigkeit:** Institutionen und Akteure tragen bereits in vielen Bereichen dazu bei, Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen. Viele Einzelaktivitäten und Programmansätze sind aber z. T. kleinteilig und oft auch nicht nachhaltig angelegt.
- **Evaluation:** Zudem vermisst man bei vielen einzelnen Projekten die Ausrichtung auf gemeinsame Leitideen und bewährte, extern evaluierte Erfolgskriterien.

Schwartz schlussfolgerte aus diesen Beobachtungen: Die Aktivitäten einzelner Institutionen und Akteure sowie die Prävention insgesamt könnten erheblich davon profitieren, wenn Strukturierung sowie Vernetzung und Koordinierung dieser Maßnahmen sowohl politisch wie organisatorisch-fachlich ausgebaut würden. Darüber hinaus seien weitere Ansätze nötig, um abgeschottete Milieus

oder solche mit Migrationshintergrund in Präventionsaktivitäten zu integrieren. Schwartz hob hervor, dass Nachholbedarf in Entwicklung, Vermittlung und Anwendung interaktiver und partizipativer, milieunaher, den menschlichen Lebenszyklus berücksichtigender Denkansätze und Konzepte einer gesundheitsorientierten Zivilgesellschaft bestehe.

Die anschließende Diskussion gestaltete sich auf der Suche nach «politischen Hebeln» vielschichtig. Patient, Krankenkassenvertreter, Mitarbeiter eines Pharmaunternehmens, Achtsamkeitstrainerin, Physiotherapeutin, Personalrätin sowie politisch- und ehrenamtlich engagierte Bürgerinnen und Bürger – die jeweiligen Erfahrungen mit Prävention und Bürgerorientierung waren im Publikum sehr unterschiedlich.

Aus den einzelnen Strängen konnten nach ausführlichem Meinungsaustausch diese Punkte herausgearbeitet werden:

- Die Arbeitnehmer in Deutschland leiden nachweislich unter einer Vielzahl gesundheitlicher Beschwerden und Probleme. Damit handelt es sich bei der Forderung nach einem klugen und nachhaltigen Gesundheitsmanagement nicht um einen marginalen, sondern um einen breiten Bedarf innerhalb der Bevölkerung.
- Ziel muss eine frühzeitige, stigmafremde Beratung der Arbeitnehmer sein, um einen hohen volkswirtschaftlichen Schaden zu mindern beziehungsweise zu vermeiden.
- Eine Entstigmatisierung der Beratung kann dazu führen, dass die Gemeinschaft im Nahbereich des Betroffenen stärker involviert und eine Vereinzelung verhindert wird.
- Am Beispiel des EAP-Ansatzes des Fürstenberg Instituts zeigt sich, dass Hilfsangebote unter einem Dach zu verschiedenen Fragestellungen sinnvoll sind.
- Hilfestellungen für Kleinbetriebe und Selbstständige sind in Deutschland noch nicht vorhanden, für diesen Bereich der Wertschöpfung müssten Coaching- bzw. Achtsamkeitsseminare zum Beispiel von der Steuer absetzbar sein.
- Die Finanzierung dieser Berater-Hilfeleistung soll nicht den Krankenkassen zugewiesen werden, solange diese nur für ein Hilfsangebot zahlen, wenn ein Krankheitsetikett aufgedrückt werden kann.
- Deshalb müssen Krankenkassen entweder zu Gesundheitskassen umgewandelt werden oder die Kostenträger, die in der Vergangenheit Gesundheit finanziert haben, sollen wieder in die Pflicht genommen werden.
- Zeitnah muss geklärt werden, wer bzw. welche Institution in Deutschland für Gesundheitsförderung und Prävention zuständig ist.
- Der Bürgerwillen zur Gesundheit muss mehr in die Parteien getragen werden. Die Parteien wiederum sollen ihren Willen zur Gesundheit öffentlich mehr präsentieren.

Schwartz ergänzte die Thesen der Diskussion noch durch weitere Eckpunkte:

- Strukturen und Instrumente für eine partizipative Programmgestaltung und für befähigende, zur Selbstgestaltung ermächtigende Ansätze müssen zwar auch politisch «von oben», insbesondere aber im Sinne von mehr direkter Demokratie nachhaltig «von unten» diskutiert werden.
- Als wesentliche Voraussetzung muss dafür auf allen Ebenen sehr viel mehr Transparenz des Wissens, der administrativen Abläufe und der glaubwürdigen Umsetzung von partizipativ gefundenen Entscheidungen geschaffen werden.
- Das setzt eine schrittweise Änderung des rechtlichen Rahmens im Sozialrecht, in der Selbstverwaltung in ihrer bisherigen Form sowie im Landes- und Kommunalrecht voraus.

Die Workshop-Teilnehmer waren sich weitestgehend darin einig, dass das Ringen um Vorbeugen von Krankheiten, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten dem einzelnen Bürger und der einzelnen Bürgerin auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ein großes Potenzial an Beteiligung ermöglicht – und das vielleicht sogar im Sinne Heinrich Bölls: «Einmischung ist die einzige Möglichkeit realistisch zu bleiben.»



Workshop 2: Integration

Am Workshop zum Thema «Integration» nahmen neben den Referenten 13 Personen teil. Er wurde moderiert von Andreas Brandhorst, Referent für Gesundheitspolitik in der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Einführende Referate zu zwei wichtigen Teilaspekten von Integration im Gesundheitswesen hielten Alf Trojan, ehemaliger Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und Klaus Böttcher, Hauptabteilungsleiter Leistungs- und Vertragsmanagement, Beiträge, Pflege bei der KKH Allianz, einer gesetzlichen Krankenkasse.

Alf Trojan berichtete von Initiativen zur Integration von Bürger- und Patientenorientierung ins Gesundheitswesen. Ein gutes Beispiel sei die Patienteninitiative in Hamburg, die Medizingeschädigte unterstützt. Von einer reinen Protestgruppe ist sie zu einem anerkannten Teil des Systems der Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen geworden (<http://www.patienteninitiative.de/seiten/geschPI.html>). Trojan führte aus, dass Partizipation der Schlüssel für die allseits geforderte Nutzerorientierung ist. Die Patientinnen und Patienten fordern eine gemeinsame Entscheidungsfindung bei der Therapiewahl ein, gleichzeitig ist die Zufriedenheit mit den vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten aber auf allen Ebenen immer noch gering.

Mehr Integration kann auf drei Ebenen erreicht werden:

- Auf der Mikroebene findet Patientenbeteiligung in Form der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt/Ärztin und Patient/in statt.
- Auf der (politischen) Makroebene ist die Repräsentation von Patientinnen und Patienten in Gremien (z. B. im Gemeinsamen Bundesausschuss) anzustreben.
- Auf der Mesoebene der Leistungserbringung existieren einerseits verschiedene Modelle zur integrierten Versorgung wie das «Gesunde Kinzigtal». Patientenorientierung wird dort gefördert, indem alle Patientinnen und Patienten eine Erklärung der Patientenrechte ausgehändigt bekommen. Der informelle Sektor (Vereine, bürgerschaftliche Gruppen etc.) ist beteiligt, was auf der kommunalen Ebene besonders leichtfällt. Es existieren Unterstützer, ein Patientenbeirat und ein Ombudsmann für strittige Fragen. Die Gesundheitsdienstleister bekennen sich zu einem «patientenorientierten» Denken. Wichtig ist, dass aus der verstärkten Patientenorientierung ein merklicher ökonomischer Nutzen resultieren kann.

Zweites wichtiges Instrument auf der Mesoebene ist die Selbsthilfefreundlichkeit von Einrichtungen. Die Kriterien für ein «Selbsthilfefreundliches Krankenhaus» sind in wichtigen Qualitätsmanagementsystemen der Krankenhäuser entwickelt (z.B. KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, www.ktq.de). Daneben existieren selbsthilfefreundliche Praxen, Selbsthilfefreundlichkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst und in der Rehabilitation sowie ein

Ergebnis des Modellprojekts: 8 Qualitätskriterien Selbsthilfefreundliches Krankenhaus

- **Zurverfügungstellung von Räumen, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten**
- **Regelmäßige Information der Patienten über Selbsthilfe**
- **Unterstützung der Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen**
- **Benennung eines Selbsthilfebeauftragten**
- **Regelmäßiger Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern**
- **Einbeziehung von Selbsthilfegruppen in die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern im Krankenhaus**
- **Mitwirkung der Selbsthilfegruppen in Qualitätszirkeln, Ethikkommissionen u. ä.**
- **Kooperation ist formal beschlossen und dokumentiert**



Quelle: Alf Trojan; Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Als drittes Beispiel auf der Mesoebene lassen sich Myasthenie-Zentren bereits direkt durch eine Selbsthilfeorganisation zertifizieren. Trojan wies dabei auf explizite Vorteile dieses Beteiligungsverfahrens hin. Selbsthilfegruppen haben sich insgesamt zu eigenständigen und unverzichtbaren «Qualitätsagenten» entwickelt.

Aus Sicht einer gesetzlichen Krankenkasse verstand *Klaus Böttcher* Integration insbesondere als verbesserte Kooperation der Leistungsträger (Krankenkassen) mit den Leistungserbringern.

Unkoordinierte Versorgung führt zu Schnittstellenproblemen, Drehtüreffekten und unnötigen Veränderungen in der Medikamentenverordnung beim Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Um die Sektorengrenzen durchlässiger zu machen, hat die KKH Allianz mit Versorgungspartnern mehrere Modellprojekte durchgeführt.

In Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Essen wurde ein gemeinsames Versorgungsmodell Migräne entwickelt, bei dem Therapeuten, Ärzte und Krankenhaus vernetzt zusammenarbeiteten. Besonderes Augenmerk liegt auf der zentralen Rolle der Patientinnen und Patienten, realisiert v. a. über eine ausführliche Bestandsaufnahme ihrer Krankheits- und Behandlungsgeschichte. Beim Modell «Aktiver Rücken», einer Kooperation mit der Kassenärztlichen

Vereinigung Berlin, erhalten die nichtärztlichen Leistungserbringer, vor allem Physiotherapeuten, eine aktive und eigenständige Rolle. Das Angebot «Frauenherz», bei dem Frauen mit koronarer Herzkrankheit Gespräche mit anderen betroffenen Frauen vermittelt werden (Selbsthilfeförderung), wird bisher noch relativ zurückhaltend in Anspruch genommen. Bei einem Gesundheitscoaching für ältere multimorbide Versicherte geht es um die Förderung der Therapietreue (Compliance). Die Patientinnen und Patienten sollen durch speziell ausgebildete Gesundheitscoaches vor dem Arztbesuch sprechfähiger gemacht werden.

Insgesamt sollen solche Angebote helfen, im Wettbewerb um die beste Versorgung diejenigen Ansätze herauszufinden, die am meisten Nutzen stiften. Wichtige Rahmenbedingungen für ein Funktionieren von mehr Integration wurden im Vortrag von Böttcher angesprochen.

Integration durch Zusammenarbeit: Anpassung der Rahmenbedingungen erforderlich

Versorgung	Politik
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Erste Ansätze einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Akteure sind erkennbar. ▪ Integration ist nur möglich, wenn diese auf allen Ebenen weiter ausgebaut wird. <p>Neue Spielregeln erforderlich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gleiche Entscheidungskompetenzen von ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern bei geeigneten Indikationen. ▪ Voraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klare ökonomische Rahmenbedingungen ▪ Qualifizierte ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Welche Rahmenbedingungen sind notwendig, um das Zusammenwirken aller Akteure zu verbessern? ▪ Wo bestehen Mängel in der Versorgung? ▪ Wie muss z. B. ein wirksames Arzneimittelmanagement aufgebaut sein? <p>Gesetzliche Vorgaben notwendig: Beispiel Pflegeheim</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sind strukturelle Vorgaben wie der Einsatz von Fachpersonal für die Medikamentengabe sinnvoll, um die Qualität der Versorgung zu verbessern?

▶ Gesetzliche Verpflichtungen können die Zusammenarbeit aller Akteure verbessern.

Quelle: Werner Fürstenberg; Fürstenberg Institut

Die Diskussion drehte sich zunächst darum, inwiefern Patientinnen und Patienten schon an der Entwicklung der KKH-Allianz-Programme beteiligt waren. Hier wurde noch Verbesserungsbedarf gesehen. Neben der gleichberechtigten Beteiligung der Betroffenen schon bei der Konzeptionierung solcher Initiativen fehlt es aber auch an Forschung zur Ermittlung der Patientenbedürfnisse. Nützlich könnte ein «Innovationsfonds» für die Vorbereitung und Begleitung innovativer Modelle sein, evtl. verbunden mit der gemeinsamen Auswahl förderungswürdiger Projekte. Um die gesamte Lebenswelt der Bürgerinnen und Bürger zu kennen, sei auch aufsuchende Arbeit notwendig.

Nachgefragt wurde die Bedeutung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs für die Krankenkassen bei der Gestaltung von Angeboten für ihre

Versicherten. Böttcher erläuterte, dass Kassen vor allem aus wirtschaftlichen Gründen ein besonderes Interesse an ihren chronisch Kranken und den entsprechenden Versorgungsprogrammen haben. Ausgewählt würden dabei Indikationen mit besonders komplexen Versorgungspfaden, bei denen die optimierte Kooperation der vielen Beteiligten einen besonderen Nutzen verspricht.

Die integrierte Versorgung bietet den Patientinnen und Patienten eine Alternative zur rein ärztlichen Behandlung. Die Patientinnen und Patienten wollten verschiedene Wege aufgezeigt bekommen, um für sich entscheiden zu können, welcher für sie der beste ist. Der Wettbewerb zwischen den Kassen solle dann darüber erfolgen, welche Gesundheitsergebnisse mit den verschiedenen Versorgungsarten erreicht werden. Krankenkassen und Leistungserbringer brauchten aber mehr Anreize für das Generieren von Nutzen für ihre Versicherten bzw. PatientInnen.

Eine Teilnehmerin unterstrich, dass neue Versorgungsformen nicht nur das Bestehende korrigieren sollten (z. B. eine zusätzliche Beratung für die Bürgerinnen und Bürger als Ersatz für mangelnde Zeit bei den Ärzten), sondern die Strukturen sollten gleich «richtig», also von Grund auf tragfähig gemacht werden. Eine Teilnehmerin wies darauf hin, dass Patientenorientierung nicht am ärztlichen Versorgungssystem haltmachen darf, sondern dass z. B. auch die Information über die Hilfsmittelversorgung für Betroffene problematisch und die Qualität und Unabhängigkeit der Sanitätshäuser fraglich sei.

Die Diskussion beschäftigte sich weiterhin mit der Rolle der Selbsthilfe. Trojan mahnte an, auch die Steigerung von Gesundheitskompetenzen für den Umgang mit chronischen Krankheiten durch Selbsthilfe außerhalb des professionellen Behandlungssystems nicht zu vergessen. Es wurde anerkannt, dass Selbsthilfegruppen eine wichtige Rolle für die Qualität und Gestaltung der Strukturen hätten. Es wurde aber auch die Frage nach der Repräsentativität der dort Aktiven gestellt, wenn sie andere Betroffene in Gremien vertreten sollen. Im «Gesunden Kinzigtal» ist die Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen auch im Bereich chronische Krankheit und Behinderung fest installiert.

Zur Verbesserung der Patientenorientierung wurde darüber hinaus vorgeschlagen, diese explizit in die ärztliche Ausbildung aufzunehmen, beispielsweise über die Beteiligung von PatientInnenvertretern im Medizinstudium. Die Patientinnen und Patienten sollten aktiv dabei unterstützt werden, Kontakt mit Selbsthilfegruppen aufzunehmen. Ein Teilnehmer wies in diesem Zusammenhang auf das Komitee für Grundrechte und Demokratie e.V. hin, das eine Arbeitsgruppe zum Gesundheitswesen habe.

Workshop 3: Partizipation

Partizipation ist ein wichtiges Anliegen. Daher widmete sich dieser Workshop etwa der Frage: Wie ist dieser Anspruch im Gesundheitswesen umzusetzen? Gefragt wurde auch, auf welche Aktivitäten wir positiv Bezug nehmen können oder wo es konkreten Verbesserungsbedarf gibt.

Hannelore Loskill stellte als Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ihre Sichtweise dar. Ihre Organisation ist über die BAG Selbsthilfe, die wiederum Mitglied im Behindertenrat ist, seit Beginn der Patientenbeteiligung im G-BA dabei.

Was verstehen wir unter Partizipation? Geht es um Mitwirkung oder Einbeziehung oder Beteiligung an der Entscheidungsfindung? Auch im G-BA gebe es regelmäßig genau über diese Aspekte Diskussionen darüber, was in den konkreten Situationen Partizipation bedeute. Etwa, ob das Einreichen einer schriftlichen Stellungnahme schon Partizipation ist, da man sich und seine Position im Rahmen der Entscheidungsfindung vortragen könne, oder ob man an der Entscheidungsfindung – etwa zu den relevanten Endpunkten einer Studie – beteiligt ist.

Eine aus ihrer Sicht zentrale Weiterentwicklung der Beteiligung von Patientenvertreter/innen ist die Forderung nach einem Stimmrecht in Verfahrensfragen, etwa bei der Formulierung der Tagesordnung. Ein Stimmrecht bei der inhaltlichen Entscheidungsfindung ist aus ihrer Sicht eher schwierig, da die eigene Betroffenheit, die gerade in den Beratungen die Stärke der Patientenbeteiligung ausmache, bei einer Entscheidung im Interesse des Gesamtsystems eher hinderlich sei. Es bestehe die Befürchtung, als Patientenvertreter/in überfahren oder instrumentalisiert zu werden.

Auf die Frage, ob im G-BA wirklich Partizipation stattfinde oder ob dort nicht nur wenige Verbände bzw. deren VertreterInnen mitreden, antwortet Frau Loskill, dass etwa zehn Prozent der behinderten Menschen organisiert seien und sich gerade auch im Blick auf eine stärkere Öffentlichkeit der Entscheidungen des G-BA einiges Positive getan habe, das allen zugutekomme.

Mit der Zeichnung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) steht Deutschland nun vor der Aufgabe, diese umzusetzen. Dazu sei ein neues, ein inklusives Denken, das sich etwa an der Frage des Zugangs orientiert, notwendig. Die UN-BRK fordert dazu auf, innerhalb der Strukturen radikal neu zu denken, und warnte davor, Parallelstrukturen aufzubauen. Ein Aktionsplan reiche dafür nicht aus.

Ilona Kickbusch griff das Stichwort UN-BRK auf und stellte dar, dass sie das Ergebnis eines historisch sehr jungen Zusammenschlusses und dessen Aktivitäten sei. In sehr kurzer Zeit sei es gelungen, mit der Verabschiedung der Konvention sehr viel zu erreichen. Nun müssten die Regierungen reagieren und die Aktivisten sich auf einen langwierigen Umsetzungsprozess einlassen, der hohe Kompetenzen erfordere. Nichtregierungsorganisationen (NGO) benötigen, um politische Wirkung zu entfalten, hochprofessionelle (ehren- oder hauptamtliche) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Forderung der Patientenvertreterinnen und -vertreter im G-BA in Verfahrensfragen unterstütze sie, da die stärkste Macht in der Regel über Vorgehensweisen ausgeübt werde. Eine wichtige Frage sei aber auch, wer sich in der Politik für die Interessen der Bürgerinnen und Bürger einsetzt bzw. für die Interessen

anderer. In der Schweiz habe die *Berner Zeitung* aufgedeckt, in welchem hohen Maße die (ehrenamtlichen) Politikerinnen und Politiker mit der Medizinindustrie verflochten seien. Im Diskurs müsse öffentlich präsent sein, wer welche (finanziellen) Interessen habe. Man solle sich von vielen oft beschworenen Pseudokonsensen verabschieden und die bestehenden Konflikte offenlegen.

In der sich anschließenden Diskussion wurden die folgenden Punkte angesprochen:

Nirgends werde so viel geheuchelt wie im Gesundheitssystem und alles – auch die Bürgerbeteiligung – instrumentalisiert. Warum orientiert man sich nicht an harten Kriterien wie Ressourcen oder Geld? Sind Ärzte und Apotheker nicht die größten Störer auf dem Weg zu einer besseren Gesundheit? Dem wurde von einem Vertreter der Selbsthilfe entgegnet, dass man bei der Umsetzung aber gerade auf diese Berufsgruppen angewiesen sei und es ohne sie nicht gehe. Ebenso dürfe man die positiven Veränderungen bei diesen Berufsgruppen nicht übersehen, wie beispielsweise die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren oder das Projekt AGNES. Auch innerhalb der Selbsthilfe gebe es interne Unterschiede und Debatten darüber, wie Beteiligung umgesetzt werden solle. So wurde der Ansatz der Regionalisierung befürwortet, der Entscheidungen stärker vor Ort statt «von oben» ermögliche. Dem stand die Äußerung gegenüber, dass Bürgerbeteiligung mühsam sei und oft an fehlenden Informationen und mangelnder Bildung scheitere.

Ilona Kickbusch forderte dazu auf, die Effizienz und Evidenz zu berücksichtigen. Hier lägen oftmals harte Daten vor, die Vor- oder Nachteile von Behandlungs- und Vorgehensweisen belegen. Dennoch gebe es selbst bei Win-win-Situationen Umsetzungsblockaden, da wir es immer wieder mit Verlustängsten zu tun hätten. Als einen zentralen Ansatzpunkt für Veränderungen und die Umkehr im Gesundheitssystem sieht sie die chronischen Erkrankungen. Diese würden sich besser als die Prävention als Hebel zur Systementwicklung eignen, da hier viele evidenzbasierte Informationen vorliegen. Auf den Hinweis, dass wir dann aber wieder bei der Krankheit und den Gesundheitsberufen ansetzen würden, konterte sie, dass dies nicht so sein müsse. Die Befähigung zum Umgang mit chronischen Erkrankungen müsse nicht im Gesundheitssystem erfolgen. Die «dänische BZgA» setze in ihren Programmen nicht auf Ärzte, sondern kooperiere mit den Kommunen.

Dies wurde von einer Mitarbeiterin des Berliner Gesundheitsamtes bestätigt. Zum Thema Kindergesundheit gäbe es ressortübergreifende Zielsetzungen, an denen Jugend und Bildung als für Prävention zuständige Ressorts beteiligt seien. Der Abstimmungsbedarf sei hoch und gleichzeitig stelle man fest, dass ohne eine Beteiligung des Ressorts Soziales kaum etwas wirklich umgesetzt werden kann.

Auffällig sei, dass in (Selbsthilfe-)Verbänden, NGOs und den Systemstrukturen kaum Migrant/innen oder Nichtakademiker/innen zu finden seien. Wie könnten diese adressiert werden, um selbst in Entscheidungen eingebunden zu werden? Dazu brauche es Zeit: Zeit zum Zuhören, Zeit, um auf Augenhöhe zu

kommunizieren. Nicht nur die Partizipation brauche Zeit, sondern auch Veränderungen im Gesundheitssystem. Das Setzen von Rahmenbedingungen dürfe dabei jedoch nicht aus dem Blick geraten, so hätten DMP oder Rauchverbote sehr schnelle Erfolge bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen bzw. bei der Prävention gezeigt.

Als Ideen, wie soziale Partizipation und das ressortübergreifende Denken und Handeln befördert werden könnten, wurden die folgenden Vorstellungen eingebracht:

- «Beauftragte/r für das *andere* Gesundheitswesen» mit der Aufgabe, gesundheitsfördernde Aspekte in Kitas, Selbsthilfe etc. öffentlich zu machen.
- In Österreich gibt es an Kliniken angebundene Frauengesundheitszentren, die einen sozialen Gesundheitsansatz vertreten.
- Bürgerkonferenzen seien in den USA, Großbritannien oder Kanada beteiligt, wenn über soziale Infrastruktur oder die Frage, wer bei SARS prioritär zu versorgen sei, entschieden werde. Bürgerkonferenzen könnten inzwischen auch mit Hilfe des Internets stattfinden.
- Eine breite Debatte über Gesundheitsziele könne man sich von Großbritannien, Kanada und Schweden anschauen.
- Patienten aus dem Bereich der seltenen Erkrankungen vernetzen sich, tauschen sich etwa über Medikamente und deren (Neben-)Wirkungen aus und betreiben damit selbst Gesundheitsforschung.
- Jedes Krankenhaus solle einen Patientenbeirat einführen. Hilfreich sind dabei Manuale, die dessen Tätigkeit evaluieren.
- Krankenkassen könnten Mitgliederversammlungen vor Ort durchführen.

Bei der Partizipation gibt es kein «richtig» oder «falsch». Partizipation hat viele gute und sinnvolle Formen, unterschiedliche Ziele und unterscheidet sich je nach Ebene. Viele Instrumente bestehen und müssen nicht erst neu erfunden werden. Sie sind viel zu oft jedoch nicht bekannt und werden deshalb zu wenig genutzt und angewendet.

Es schloss sich eine Diskussion an, in der der Frage nachgegangen wurde, wie und welche Informationen notwendig sind, um Partizipation bei der Behandlungsentscheidung zu erhöhen (shared decision making). Notwendig seien Informationen, die auf die Adressaten – etwa Nichtakademiker/innen oder Migrant/innen – abgestimmt seien. Als hilfreich wurde der Ansatz einer Bewegung «take a friend with you» aus den USA oder das Stellen dreier vorab festgelegter Fragen dargestellt, was die Sicherheit der Patient/innen deutlich erhöhe. Hier gäbe es tatsächlich noch viel zu tun.

GOVERNANCE FOR HEALTH IN THE 21ST CENTURY

Health and Well Being

Social Determinants of Health

21st Century Determinants of Health – TRANSNATIONAL

WHOLE OF SOCIETY

SMART GOVERNANCE

Whole of
Government
Health in All Policies

Shared Value – Corporate
Social Responsibility

Community and
Consumer
Engagement

Government Action

Business Action

Citizen Action

HEALTH is created in the context of everyday life – where people live, love, work, play, shop, google, travel...

Quelle: Ilona Kickbusch; MetaForum

Workshop 4: Transparenz

Wie kann Transparenz zu einem bürgerorientierten Gesundheitswesen in Deutschland beitragen? Von welchen Formen von Transparenz sprechen wir dabei eigentlich? Wie können und müssen diese gewichtet werden? Und welche Forderungen ergeben sich daraus an die Politik? Diese Fragen standen im Mittelpunkt der Workshop-Arbeit, die durch Impulsvorträge von Erik Meinhardt (MSD Sharp & Dohme GmbH) und Stefan Etgeton (Bertelsmann Stiftung) eingeleitet und von Albrecht Kloepper (MetaForum) moderiert wurde. Als entscheidend für die Debatte um Transparenz wurde die Rolle und Position innerhalb des Gesundheitswesens erkannt: Geht es um die Transparenz für Bürgerinnen und Bürger oder um die für Patientinnen und Patienten oder gar um die der im Gesundheitsbereich Beschäftigten? Zentrale Transparenzforderungen sind dabei:

- Qualitätstransparenz,
- Systemtransparenz,
- Transparenz von Kosten und Vergütung,
- Angebotstransparenz.

Systemtransparenz, Effizienztransparenz (Kosten) und nachgeordnet Angebots-
transparenz stehen für Bürgerinnen und Bürger im Zentrum ihrer Interessen. Für
Patientinnen und Patienten sind dies Qualitätstransparenz sowie nachgeordnet
Angebotstransparenz und Entscheidungstransparenz. Als Forderungen an die
Politik wurden formuliert:

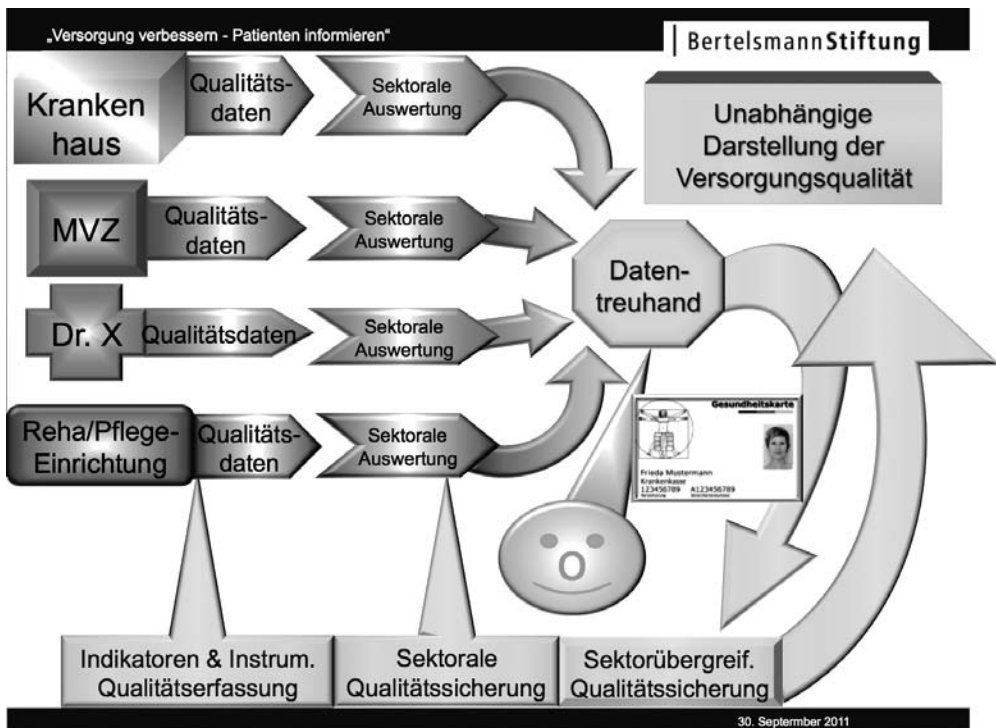
- Gesundheitserziehung für Bürgerinnen und Bürger,
- Einrichtung einer legitimierten Transparenz-/Qualitätsplattform,
- Ausbau der Versorgungsforschung,
- Anstöße und Impulse im Blick auf Angebotstransparenz.

Erik Meinhardt plädierte für die Entwicklung eines Transparenzgefühls bei
Bürgerinnen und Bürgern und deren wirklicher Teilhabe an den Entscheidungs-
prozessen im Gesundheitswesen. Für ihn bedeutet Transparenz, Entscheidungs-
prozesse offenzulegen, Entscheidungen nachvollziehbar zu machen, Verantwort-
liche für Entscheidungen zu benennen, Zugang zu Informationen zu bekommen,
mit allen Beteiligten im Dialog zu stehen und vorhandene Expertise zu nutzen.
Transparenz ließe sich konkret erreichen durch Kriterienkataloge, auf deren
Grundlage Entscheidungen getroffen werden. Wichtig sei dabei die Anwendung
des Informationsfreiheitsgesetzes auf die Entscheidungsprozesse im Gesund-
heitswesen. Darüber hinaus müsse ungehinderter Zugang zu objektiven Sachin-
formationen über Vor- und Nachteile von Medikamenten und Behandlungen
sowie Chancen und Risiken von medizinischen Produkten gewährleistet sein.
Denkbar sei hier der Aufbau von öffentlichen Plattformen, auf denen Entschei-
dungen getroffen und/oder getroffene Entscheidungen transparent gemacht
werden.

Für *Stefan Etgeton* ist vor dem Hintergrund der zunehmenden Wahloptionen für
Versicherte und Patienten der Bedarf an unabhängiger, sachgerechter und nutzer-
orientierter Information über die Qualität von Einrichtungen und Leistungen
im Gesundheitswesen gewachsen. Er plädierte deshalb für den Ausbau und die
öffentliche Legitimierung von Transparenzplattformen. Denn nur durch eine
informierte Auswahl seien Versicherte und Patienten in der Lage, den Wettbe-
werb im Gesundheitswesen in Richtung auf mehr Qualität und Effizienz mit zu
steuern. Im Sozialgesetzbuch seien bereits Anforderungen an die Qualitätssiche-
rung formuliert und verbunden mit Informationspflichten der Krankenkassen
oder der jeweils verantwortlichen Institutionen. Weitere Informationsrechte
bzw. -pflichten im Sinne einer verbesserten Transparenz und Mündigkeit der
Versicherten seien an anderen Stellen der Sozialgesetzgebung festgeschrieben:
unabhängige Information und Beratung von Patientinnen und Patienten, Infor-
mation über zugelassene Leistungserbringer, Auskünfte an Versicherte über
erbrachte Leistungen (Patientenquittung).

Seit Jahren bemühten sich Krankenkassen, aber auch zivilgesellschaftliche,
Verbraucher- und Patientenorganisationen, den Versicherten gesicherte, objek-
tive Informationen über das Angebot und die Qualität zugelassener Leistungser-

bringer sowohl der ambulanten wie auch der stationären Versorgung in Medizin und Pflege (bisher noch nicht im Bereich Rehabilitation) in nutzergerechter Form durch eine unabhängige Institution zur Verfügung zu stellen. Den bestehenden Initiativen, wie z. B. den Klinik- und Pflegelotsen der Ersatzkassen, dem AOK-Navigator oder der «Weissen Liste», fehle bisher jedoch eine dem niederländischen Modell vergleichbare öffentliche Legitimation. Diese sei indes auf Dauer notwendig, um gegenüber Krankenkassen und Leistungserbringern, aber auch den übergreifenden Institutionen der Selbstverwaltung die Informationsansprüche der Verbraucher, Versicherten und Patienten durchsetzen und den Zugang zu den vorhandenen und für die Information der Versicherten und Patienten geeigneten Daten rechtfertigen zu können. Wesentlich für die Akzeptanz des Informationsangebotes sei allerdings, dass dessen Unabhängigkeit von Interessen der Akteure im Gesundheitswesen glaubwürdig vermittelt werden kann.



Quelle: Stefan Etgeton; Bertelsmann Stiftung

Ein mögliches zentrales Transparenzportal sollte daher folgende Merkmale erfüllen:

- Unabhängigkeit der Trägerschaft von Anbietern im Gesundheitswesen,
- Werbefreiheit und Nichtkommerzialität,
- Bundesweite Erstreckung der Suchfunktion,
- Verbindung unterschiedlicher Leistungssektoren (stationär, ambulant, Pflege ...),

- Erfassung aller zugelassenen Einrichtungen,
- Objektive Datengrundlage (z. B. Qualitätsberichte der Krankenhäuser),
- Konzeptionelle und strukturelle Einbeziehung der Patientenperspektive,
- Verknüpfung der Entscheidungshilfe mit Gesundheitsinformationen,
- Hohe Nutzeradjustierung in der Navigation,
- Anwendbarkeit in der Patientenberatung.

Probleme, Ziel- und Interessenskonflikte bei der Forderung nach Transparenz sind dabei offensichtlich. Wie viel Zeit investiere ich in die Auswahl von medizinischen Angeboten? Wie viel Zeit investiere ich in Transparenz, die heute schon möglich ist – beispielsweise durch Patientenquittungen und Arzt-Bewertungen? Welche Kompetenz habe ich überhaupt, die richtigen Fragen zu stellen? Wie steht es mit der Transparenz in der Arzt/Patienten-Kommunikation? Wie umgehen mit der Überlast an Daten und Informationen? Wie können Komplexität reduziert und gleichzeitig die Forderungen nach Objektivität und Transparenz erfüllt werden? Gleichzeitig ist allerdings in der Workshop-Diskussion auch klargestellt worden, dass Transparenz die im Gesundheitswesen vorhandenen und gewachsenen Systemfehler nicht beseitigen kann – aufzeigen allerdings schon.

Fazit: Aufgaben für Politik und Selbstverwaltung

Plenumsdiskussion und Thesen: Wege zu einem bürgerorientierten Gesundheitswesen

Das Ziel dieses Teils der Veranstaltung am Nachmittag war es, aus dem bereits Erarbeiteten des Vormittagsplenums und der vier Workshops Prävention, Integration, Partizipation und Transparenz konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen und diese – wenn möglich – in eine Roadmap einfließen zu lassen. Die folgenden Thesen sollen dazu dienen, langfristige Projekte in der Gesundheitspolitik zu identifizieren und in einzelne, leichter zu bewältigende Schritte einzuteilen.

Im Nachmittagsplenum wurde offensichtlich, dass sich in Zeiten der wirtschaftlichen Rezession der Reformdruck auf das Gesundheitswesen erhöht. Konzepte und Maßnahmen sollen einerseits Kosten senken, gleichzeitig jedoch eine optimale Behandlung gewährleisten und dabei den Patienten als Mitverantwortlichen in das Geschehen einbeziehen. Mit der notwendigen Umgestaltung des Gesundheitssystems und durch Einführung neuer Versorgungsformen und Modellvorhaben werden Worte wie informierter, mündiger und autonomer Patient zu Schlagworten. Forderungen, die im Widerspruch zu einer anderen Entwicklung stehen: Dem Bürger fällt im deutschen Gesundheitswesen vor allem eine passive Rolle zu, denn die Ausgestaltung des Systems obliegt dem Staat und der Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern.

Das Plenum beschäftigte sich mit drei Kernfragen:

- Woran hat sich ein künftiges Gesundheitssystem zu orientieren, wenn sich darin die individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse der Bürger wiederfinden und erfüllt sehen sollen?
- Welche fachlichen, sachlichen und politischen Schritte sind notwendig, um eine Neuorientierung des Systems zu ermöglichen?
- Welche unmittelbaren Aufgaben ergeben sich daraus für die Politik, die Selbstverwaltung und die Bürger?

Thesen: Wege zu einem bürgerorientierten Gesundheitswesen

- Es bedarf einer neuen Definition des Patientenbegriffs, der sich sowohl als Leidender, als abwägender Konsument wie auch als Hersteller, Verwalter und Gestalter der eigenen Gesundheit im Sinne von Eigenverantwortung beschreiben lässt.
- Die Leistungsfähigkeit von Industriegesellschaften wird künftig auch von der gesundheitlichen Selbstkompetenz der Bürger abhängen, mit der Folge, dass sich die Gesundheitspolitik in Deutschland umorientieren muss.
- Die Politik muss sich zu Gesundheit als einem Wert für die Gesamtbevölkerung bekennen.
- Finanzielle Fehlsteuerungen im System – wie etwa eine unzureichende Mittelbereitstellung für Prävention – müssen benannt und behoben werden.
- Es bedarf eines neuen Anlaufs zu einem Präventionsgesetz in Deutschland.
- Überlegungen, wie Bürger in der Selbstverwaltung (GBA, IQWiG, Krankenkassen/Sozialwahl) und Patienten (Patientenbeiräte in Krankenhäusern) besser beteiligt werden können, müssen mit dem Ziel hin zu einer «Kultur der Beteiligung» weitergeführt werden.
- Bürgerbeteiligung setzt Transparenz des Gesundheitssystems und Kompetenz auf Seiten des Bürgers voraus.
- Es müssen Rahmenbedingungen für weniger Staat und mehr Bürgerorientierung geschaffen werden. Eine Möglichkeit dafür sind regionale Gesundheitskonferenzen.
- Krankenkassen müssten verpflichtet werden, gesundheitsbezogene Fortschrittsberichte zu liefern, um damit die Transparenz zu erhöhen und den Versicherten/Patienten die Wahlmöglichkeit zu erleichtern.
- Das System muss weg von einer Krankenkassenpolitik hin zu einer gesundheitsorientierten Gesamtpolitik.
- Die Zweiteilung von Solidarsystem einerseits und Privatversicherung andererseits muss neu überdacht werden.
- Es bedarf in Deutschland einer Aufwertung der anderen Gesundheitsberufe in Ergänzung zum Arztberuf.
- Veränderungen im deutschen Gesundheitssystem können weder durch viele kleine Schritte noch durch einen großen Sprung herbeigeführt werden, sondern nur durch flächendeckende Partizipation mit öffentlicher Präsenz sowie durch die sinnvolle Bündelung der einzelnen Initiativen zu einem großen Sozialkapital der Gesellschaft.
- Die Parteien brauchen den Mut, jenseits von politischem Macht- und Selbsterhalt die Vision eines anderen Gesundheitssystems für Deutschland zu entwickeln. Eine Umsetzungsstrategie dafür wäre ggf. die Einrichtung eines Gesundheitskabinetts oder die Gründung einer Gesundheits- bzw. Präventionsstiftung.

- Die innerstaatliche Machtfrage, wer Geld an die richtige Stelle verteilen kann, damit im Gesundheitssystem Umorientierung stattfindet, muss trotz der Konfrontation mit der Realpolitik angegangen werden.
- Es bedarf in der deutschen Gesundheitspolitik einer neuen, effizienten und interdisziplinären Streitkultur, deren Konsequenz mehr Transparenz ist und die eine Weiterentwicklung möglich macht.

Stimmen aus dem Publikum

Corinna Cohnen, BKK im Unternehmen e.V. (BKKiU), Leiterin Büro Berlin

Mich hat die Veranstaltung wegen des Begriffs «Bürger» interessiert. In der Gesundheitspolitik zerfällt der Mensch normalerweise immer in zwei Teile: Patient oder Versicherter. Das sind die beiden Rollen, die dem Bürger im Gesundheitssystem zugewiesen werden. Mit völlig gegenläufigen Interessen. Der Patient möchte gute und hochwertige Leistungen haben, und der Versicherte möchte gern möglichst wenig dafür bezahlen. Für mich war die Idee interessant, es könnte da vielleicht noch etwas Drittes geben: nämlich den Bürger selbst. Das zeichnete sich im Laufe der Veranstaltung ab, dass der Bürger eine übergeordnete Interessenslage hat, die sich am Gemeinwesen orientiert. Die Tagung hieß «Bürgerorientierte Gesundheit», aber sie hätte auch «Gesundheitsorientierte Bürger» heißen können, denn genau das wurde immer mitgedacht.

Ich war von der Tagung sehr angetan, weil ich den Eindruck hatte, man versucht über den Tellerrand hinaus zu denken. In der Regel geht es oft nur darum, wer bekommt wie viel Geld von wem, aber bei dieser Veranstaltung in der Heinrich-Böll-Stiftung ging es um die Suche nach strukturellen Veränderungen. Es wurden viele unterschiedliche Aspekte angerissen. Das habe ich jedoch nicht als Defizit empfunden, eher im Gegenteil. Die Beteiligten waren sehr ernsthaft bei der Sache, auch wenn sie nicht immer über das Gleiche geredet haben. Das ist eine gute Ausgangslage für eine ernsthafte Diskussion, mit deren Ergebnissen man künftig weiter arbeiten kann.

Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG

Mich hat das Programm der Tagung angesprochen, denn die Ausrichtung an den Bürgerinteressen kommt in der gesundheitspolitischen Diskussion viel zu kurz. Im Grunde wird das Gesundheitswesen von einem Verteilungskampf um Ressourcen beherrscht. Diese Ressourcen werden nach einem System ausgegeben, das nicht zielorientiert ist auf Patienten- und Bürgerinteressen hin. Die Vergütung erfolgt nicht nach dem Ergebnis, was bei den Patienten in Form von Verbesserung der Gesundheits-Outcomes erreicht wird. Das ist das dahinterliegende Problem. Das führt dazu, dass nicht darüber gestritten wird, was wir brauchen, was also die beste und effektivste Methode ist, um ein positives

Gesundheits-Outcome zu erreichen. Der Bürger hat das stärkste Interesse an diesen «Outcomes». Aber der Bürger ist bei dieser Diskussion draußen, denn sie wird auf der Expertenebene *über ihn*, aber nicht in ausreichendem Maße *mit ihm* geführt.

Den zentralen Punkt der Tagung sehe ich darin: Wie können die Anreize im Gesundheitswesen so gesetzt werden, dass Krankenkassen als die Institution zur Interessenwahrung ihrer Patienten einen ökonomischen Anreiz bekommen, in Qualität zu investieren? Dazu ist auf der Tagung ein Vorschlag gemacht worden: Die Krankenkassen müssen in eine Berichtspflicht gebracht werden. Eine Pflicht, nicht nur über ihre wirtschaftlichen Zahlen, sondern auch über Outcome-Veränderungen in ihrer Versichertenschaft zu berichten. Dadurch entstünden für den Bürger eine Vergleichbarkeit der Kassen sowie die Möglichkeit, die Kasse danach zu wählen, was für Gesundheitsergebnisse sie produziert. Das hätte den indirekten Effekt, dass Krankenkassen sich über Bürgerorientierung Gedanken machen müssten. Bürgerorientierung heißt bei den Kassen momentan, die Leute mit Marketingmaßnahmen zu überhäufen und zu versuchen, den Zusatzbeitrag zu verhindern. Was im Rahmen der Tagung deshalb sicherlich hilfreich gewesen wäre, ist eine noch stärkere Einbeziehung von Krankenkassenvertretern, insbesondere auch aus der Selbstverwaltung der Krankenkassen.

Die Tagung hat erste Überlegungen und Aspekte herausgestellt, die jetzt in einem Entwicklungsprozess fortgeführt werden müssen. An dem Thema «Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland» sollte unbedingt weitergearbeitet werden.

Dr. Susanne Deininger, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

Das Tagungsthema wird so deutlich in der aktuellen Diskussion um Gesundheit selten bis gar nicht angesprochen. Ich habe die Veranstaltung «Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland» besucht, weil ich mich für den Aspekt der Partizipation besonders interessiere. Gerade im Bereich Gesundheitsförderung ist das ein wichtiges Thema. Der Workshop Partizipation war für mich anregend. Ich hätte mir allerdings gewünscht, die Frage, was denn gelungene Partizipation ist, ausdiskutieren. Wie gelingt es, Bürger möglichst weitreichend in Entscheidungsprozesse einzubeziehen? Ist zum Beispiel Partizipation schon gewährleistet, wenn Interessensvertreter irgendwo in Entscheidungsgremien sitzen? Wie müssen diese legitimiert sein? Wie erfolgt die Rückkopplung zu ihrer Basis? Das ist ein Punkt, der meines Erachtens noch weiter gedacht werden muss.

Für mich ist gelungene Partizipation, wenn man gerade auch die schwer erreichbaren Bevölkerungsgruppen einbezieht und nicht nur für sie denkt, sondern gemeinsam mit ihnen. Mir ist auch klar geworden, dass der Begriff «Bürger» ein Konstrukt ist, in das sozial benachteiligte Menschen nicht unbedingt passen und bei dem sie nur allzu oft gar nicht mitgedacht werden. Die unterschiedlichen Vorstellungen von «Bürger» waren auf der Tagung schon sehr breit

gefasst. Ich habe für meine Arbeit in der Senatsverwaltung Berlin auf jeden Fall eine Bestätigung holen können, dass ich mit dem, was ich mir vorstelle, auf dem richtigen Weg bin.

Karsten Köhler, Leiter Öffentlichkeitsarbeit, Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Brandenburg e.V.

Ich habe die Tagung «Bürgerorientierte Gesundheit» besucht, weil ich im Vorstand der Rheumaliga Brandenburg für die Öffentlichkeitsarbeit zuständig bin. Und nicht nur das: Für die Rheumaliga arbeite ich in der Deutschen Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement (DGbV e.V.) – bis 2010 Deutsche Gesellschaft für bürgerorientierte Gesundheitsversorgung – mit. Die DGbV hat sich zur Aufgabe gemacht, die Gesetzesvorhaben, die im gesundheitspolitischen Bereich auf den Weg gebracht werden, auf Bürgerorientierung zu prüfen. Dabei ist uns aufgefallen, dass die ersten Papiere zum Versorgungsstrukturgesetz – das sogenannte Spahn-Papier der CDU – in die richtige Richtung gingen, aber die Details fehlten. Daraufhin haben wir in der Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement einige Vorschläge gemacht, wie wir Bürgerorientierung verstehen und wie sie unserer Meinung nach im Gesetz stehen sollte. Diese Vorschläge wurden den Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Bundestages zugeschickt. Insofern ist Bürgerorientierung sowohl in der DGbV als auch in der Rheumaliga eines der wesentlichsten Anliegen.

Vor diesem Hintergrund habe ich die Veranstaltung in der Heinrich-Böll-Stiftung besucht, die bei mir folgenden Eindruck hinterlassen hat: Ich habe von den Grünen erwartet, dass sie in Richtung Bürgerorientierung im Gesundheitswesen etwas tun werden. Die Vorschläge der Referenten und aus dem Publikum waren interessant. Meiner Meinung nach kommen diese Überlegungen allerdings ein halbes Jahr zu spät. Ich bin seit 18 Jahren im Bereich der Gesundheitspolitik tätig und traue mir ein Urteil zu.

Im Vorstand der Rheumaliga Brandenburg habe ich über die Tagung berichtet. In meiner Zusammenfassung habe ich vorgetragen: Erstens sollten wir im Gesundheitswesen die Entwicklung zur Privatisierung kritisch sehen. Zweitens muss für chronisch Kranke mehr getan werden, denn sehr viele von ihnen stammen aus dem sozial unteren Bereich. Drittens sollten die Bessersituierten nicht auch noch bessergestellt werden. Davon kann ich aufgrund meiner Tätigkeit in der Rheumaliga ein Lied singen.

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen ist kein Selbstzweck, sondern eine Notwendigkeit, wenn wir uns am Bedarf und den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten sowie deren entscheidenden Rolle bei der Erreichung von Gesundheitszielen orientieren. Die Bürger müssen als aktiv Handelnde zentral eingebunden und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden. Sie sollen als selbstbestimmte und informierte Nutzer des Gesundheitssystems gefördert und aktiviert werden.

PERSONENREGISTER

Referentinnen und Referenten

Birgitt Bender, MdB

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Gesundheitspolitische Sprecherin

Klaus Böttcher

KKH Allianz, Hauptabteilungsleiter Leistungs- und Vertragsmanagement, Beiträge, Pflege

Andreas Brandhorst

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Referent für Gesundheitspolitik

Dr. Stefan Etgeton

Bertelsmann Stiftung

Werner Fürstenberg

Fürstenberg Institut GmbH

Prof. Dr. Ilona Kickbusch

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, Direktorin des Global Health Programms, Graduate Institute for International and Development Studies, Genf

Hannelore Loskill

Vorstand BAG-Selbsthilfe

Erik Meinhardt

MSD Merck Sharp & Dohme GmbH, Direktor Market Access

Dr. Andreas Poltermann

Heinrich-Böll-Stiftung, Leiter der Abteilung Politische Bildung Inland

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizin-Soziologie,
Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

Moderatoren

Thomas Hegemann

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, Geschäftsführender Partner der
CGC GbR, Heidelberg

Dr. Albrecht Kloepfer

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, Büro für gesundheitspolitische
Kommunikation

Berichterstatter und Berichterstatterinnen

Dr. Bernhard Bührlen

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit, Universitäre Psychiatrische
Kliniken Basel

Ulrike Hempel

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation,
Freie Mitarbeiterin Dr. Albrecht Kloepfer

Annette Rausch

Büro Birgitt Bender MdB, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Michael Stognienko

Heinrich-Böll-Stiftung, Projektmanager Gesellschaftspolitik

VERANSTALTER

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.

Innovation im Gesundheitswesen ist nicht nur die Entwicklung und Einführung neuer Produkte, Prozesse und Strukturen. Vielmehr wird ein grundlegender Perspektivenwechsel erforderlich sein, um grundsätzlich neue Potenziale zur Verbesserung des Gesundheitswesens erkennen und realisieren zu können. In Kooperation mit relevanten Gruppen arbeitet das MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit daran, Hebel für Innovationsansätze im deutschen Gesundheitswesen zu entwickeln und diese sowohl politisch zu kommunizieren als auch praktisch umzusetzen.

www.metaforum-innovation.de

Fürstenberg Institut GmbH

Im Jahr 1989 von Reinhild und Werner Fürstenberg gegründet, verfügt das Institut mittlerweile über ein breites Spektrum an Beratungsangeboten für ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement: Externe Mitarbeiterberatung (EAP), Familienservice und Fürstenberg Akademie stehen für ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen.

www.fuerstenberg-institut.de

KKH Allianz

Die KKH Allianz ist Deutschlands viertgrößte bundesweite Krankenkasse mit rund zwei Millionen Versicherten. Sie gilt als Vorreiterin für innovative Behandlungsmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit über 4.000 Mitarbeiter/innen entwickelt die Kasse zukunftsweisende Gesundheitsprogramme und unterstützt die Versicherten bei der Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensstile.

www.kkh-allianz.de

Heinrich-Böll-Stiftung

Die Heinrich-Böll-Stiftung ist eine Agentur für grüne Ideen und Projekte und ein internationales Netzwerk mit 28 Auslandsbüros und Partnerprojekten in rund sechzig Ländern. Demokratie und Menschenrechte durchsetzen, gegen die Zerstörung unseres globalen Ökosystems angehen, patriarchale Herrschaftsstrukturen überwinden, in Krisenzonen präventiv den Frieden sichern – das sind die Ziele der Heinrich-Böll-Stiftung.

www.boell.de



Im deutschen Gesundheitswesen kommen Bürgerinnen und Bürger meist nur als willige Beitragszahler und gefügte Patienten vor. Ihre System- und Gesundheitsverantwortung wird kaum eingefordert. So gehen «Bürgerpotenziale» für die Gesundheit weitgehend ungenutzt verloren. Gleichzeitig wächst die Unzufriedenheit der «Health Professionals»: Sie fühlen sich vom Gesundheitswesen vielfach mehr behindert als unterstützt. Eine

überbordende Kontrollbürokratie bindet wertvolle Ressourcen und zieht Aufmerksamkeit von den Hilfebedürftigen ab. Was fehlt, ist eine bürgerorientierte, transparente und qualitätsorientierte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Wege zu einem solchen System wurden auf der Tagung «Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland» vorgestellt und diskutiert. Die vorliegende Publikation fasst die Ergebnisse zusammen.

Heinrich-Böll-Stiftung e.V.
Die grüne politische Stiftung

Schumannstraße 8, 10117 Berlin
Tel. 030 285340 Fax 030 28534109 info@boell.de www.boell.de

ISBN 978-3-86928-077-6

