

Tagung **Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland**  
Berlin, Freitag, 30. September 2011, 10.30-18.00 Uhr  
Heinrich-Böll-Stiftung, Schumannstraße 8, 10117 Berlin

In Kooperation mit dem MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit  
Unterstützt vom Fürstenberg Institut GmbH und KKH Allianz

# **Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland**

## **Thesen der Workshop-Referent\_Innen zu den Themenfeldern Bürgerorientierter Gesundheit**

### **W 1 – Prävention**

**Impuls: Werner Fürstenberg und Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz**

### **W 2 – Integration**

**Impuls: Klaus Böttcher und Prof. Dr. Dr. Alf Trojan**

### **W 3 – Partizipation**

**Impuls: Prof. Ilona Kickbusch PhD und Hannelore Loskill**

### **W 4 – Transparenz**

**Impuls: Erik Meinhardt und Dr. Stefan Etgeton**

Im deutschen Gesundheitswesen kommen Bürgerinnen und Bürger nur als willige Beitragszahler und 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 wird die System- und die Gesundheitsverantwortung von Versicherten und Patienten nur sehr unzureichend eingefordert - und kann 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 anonymen 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.

Das deutsche Gesundheitswesen vergeudet 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, Pflegeberufe und andere Gesundheitsberufe ihre individuellen Fähigkeiten und Bedürfnisse einbringen können und eingelöst sehen.

Wege zu einem solchen System möchten wir mit der Tagung „Bürgerorientierte Gesundheit in Deutschland“ diskutieren. Lösungsansätze werden dabei konsequent von den Bürger/innen her gedacht. Denn an ihren Bedürfnissen – ob als Versicherte, Patient/innen oder „Gesundheitsdienstleistende“ – hat ein künftiges Gesundheitssystem sich zu orientieren.

Aus den Arbeitsergebnissen wird eine Dokumentation entstehen.

## **W 1 – Prävention : Werner Fürstenberg, Fürstenberg Institut GmbH**

1. Das heutige Gesundheitssystem ist – ökonomisch gesehen – ein Krankheitssystem. Krankheit steigert das Bruttosozialprodukt, denn solange mit Krankheit und nicht mit Gesundheit Geld verdient wird, kann 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 psycho-soziale Belastungen, die sich in Wechselwirkung zwischen familiären und arbeitsplatzbedingten Einflüssen zu Krankheitsbildern wie Depression, Stress, Burnout usw. auswachsen.
3. Den neuen psycho-sozialen Belastungen könnte mit niedrighwelligen Beratungs- und Therapiemaßnahmen wirksam und wirtschaftlich begegnet werden, bevor die Menschen ernsthaft und dauerhaft krank werden, bevor also hohe volkswirtschaftliche Kosten entstehen.
4. Interesse an wirksamer Prävention haben neben den Bürgern selbst aber nur diejenigen Institutionen, die Krankheit etwas kostet. Das sind vor allem die Unternehmen, denen durch verminderte Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ein Großteil möglicher Produktivität verloren geht und die über ihre Arbeitgeberanteile Krankheit mit finanzieren.
5. Wegen dieser Interessengleichheit kann bürgerorientierte Gesundheit, die zu großen Teilen auf innovativen und wirksamen Präventionsmaßnahmen beruht, gemeinsam mit Unternehmen gestaltet werden. Diese werden vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des „War for Talents“ zu Vorreitern einer präventionsorientierten Gesundheitssystems werden.

### **Was macht ein Unternehmen für Mitarbeiter attraktiv, was macht Mitarbeiter für ein Unternehmen attraktiv?**

**Unternehmen:** Immer mehr Unternehmen rüsten sich, insbesondere angesichts der demografischen Entwicklung, um als Arbeitgeber in dem stärker werdenden Wettbewerb um gute Fachkräfte noch attraktiver zu werden.

**Mitarbeiter:** Immer mehr Mitarbeiter übernehmen Eigenverantwortung und rüsten sich, um den zunehmenden Herausforderungen in der Arbeitswelt und den damit verbundenen Leistungsanforderungen gerecht zu werden.

Entscheidende Fragen werden in naher Zukunft sein: Was können Unternehmen tun, um im Wettbewerb um kompetente, gesunde und motivierte Mitarbeiter zu bestehen? Und: Was können Mitarbeiter selbst tun, damit sie den zunehmenden Anforderungen gerecht werden und dabei gesund und leistungsfähig bleiben.

### **Meine Prognose ist folgende:**

Viele **Unternehmen** werden die Mitarbeiter immer weniger nur als Kostenfaktor sehen. Die Erkenntnis wird um sich greifen, dass Mitarbeiter die wichtigste Quelle der Wertschöpfung sind. Immer mehr Unternehmen werden deshalb versuchen, Wertschätzung, Achtsamkeit, und Transparenz in ihrer Unternehmenskultur zu verankern. Eine solche Kultur werden die umworbenen kompetenten Mitarbeiter auch zunehmend einfordern. Sie werden sich kritisch

mit der Differenz von gewollter und gelebter Unternehmenskultur auseinandersetzen und als Führungskräfte kontinuierlich an der Verbesserung des Betriebsklimas und der Teamkultur arbeiten. Die Unternehmen werden ihre Personalentwicklung künftig noch stärker darauf ausrichten, die Potenziale und Talente der Mitarbeiter aufzubauen und zu entfalten. Die Zahl der Unternehmen, die ein professionelles Gesundheitsmanagement aufbauen und die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf anstreben, wird rasant wachsen. Damit erhalten Führungskräfte und Mitarbeiter zunehmend die Möglichkeit, für sich selbst und die eigene Arbeitsfähigkeit Verantwortung zu übernehmen.

**Führungskräfte** werden mehr und mehr unter dem Gesichtspunkt ihrer sozialen und emotionalen Kompetenz ausgewählt werden, die fachliche Qualifikation allein wird nicht mehr im Vordergrund stehen. Die Persönlichkeitsentwicklung und damit verbunden eine kritische Auseinandersetzung mit sich selbst sowie eine von Wertschätzung geprägte Haltung werden die entscheidenden Kriterien sein, um Führungsverantwortung übernehmen zu können. Die wichtigste Aufgabe von Führungskräften wird es sein, die Mitarbeiter in die Selbstverantwortung zu führen. Dazu gehört neben fördernden Maßnahmen auch die Forderung, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen. Führungskräfte werden aktiv bei der Gesundheitsförderung mitwirken und damit die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter steigern.

Die **Mitarbeiter** werden sich Unternehmen als Arbeitgeber auswählen, die eine attraktive Gesundheitsförderung anbieten. Gesundheits-Zertifikate und -Awards werden am Arbeitsmarkt eine wachsende Rolle spielen. Sehr gut im Wettbewerb um kompetente Arbeitnehmer werden Unternehmen dastehen, die weitgehende Regelungen zur Vereinbarkeit von Berufs- und Familienleben anbieten. Beratungs- und Präventionsangebote werden von den Arbeitnehmern immer mehr geschätzt werden, insbesondere, wenn sie frei und ohne Kontrolle durch den Arbeitgeber wahrgenommen werden können.

In dem Maße, wie Gesundheit als hohes Gut auch durch das Unternehmen anerkannt und mitfinanziert wird, werden auch Führungskräfte und Mitarbeiter bereit sein, ihren Beitrag zur unternehmerisch gewollten gesunden Belegschaft zu leisten. Abteilungsleiter werden auf rigide Maßnahmen des Leistungsdrucks verzichten und Mitarbeiter werden stärker auf ihre Gesundheit achten.

Ich gebe zu, dass ich hier wahrscheinlich ein allzu harmonisches Bild des Arbeitslebens male. Ich bin aber sicher, dass sich wesentliche Teile davon verwirklichen lassen. Denn es herrscht hier ein großer ökonomischer Druck zur Produktivität, der durch den demographischen Wandel noch verschärft wird. Den Unternehmen entgehen jährlich Hunderte von Milliarden Euro an Produktivitätsgewinnen durch körperliche und psychosoziale Probleme ihrer Arbeitnehmer. (siehe Forsa-Studie, Fürstenberg-Performance-Index FPI-2011). Der Krankenstand steigt trotz Angst vor Arbeitsplatzverlust seit kurzem wieder rapide an und die Folgen des Präsentismus - Menschen gehen krank zur Arbeit - lassen sich nur erahnen. Nur ein Bruchteil der Beschäftigten fühlt sich heute dem eigenen Unternehmen verbunden. Ein Viertel befindet sich in der inneren Kündigung und arbeitet durchaus auch schon mal gegen die Interessen des Unternehmens. Entsprechend gering ist die Leistungsbereitschaft der Arbeitnehmer in Deutschland ausgeprägt. Immer mehr Unternehmen wissen, dass diesen gravierenden Problemen nicht mehr mit dirigistischen Maßnahmen beizukommen ist. Die Einsicht setzt sich durch, dass Win-Win-Situationen geschaffen werden müssen. Ein wesentliches Feld dazu sind Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement.

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 Unternehmen werden diese durch Produktivitätseinbußen und demographischen Wandel ökonomisch erzwungen. Auf der politischen Bühne fehlt aber offenbar ein solcher ökonomischer Druck, zumal wesentliche Industriezweige davon leben, dass Menschen krank sind. Und letztlich zahlen Bürger und Unternehmen die Krankheitskosten.

Ich bin mir sicher: In naher Zukunft werden nur die Unternehmen erfolgreich sein, die ihre humanen Ressourcen wertschätzen und entsprechend handeln. Manager werden nicht mehr nur einseitig an Renditezielen gemessen, sondern daran, wie es ihnen gelingt, eine Unternehmenskultur und -Ethik zu schaffen, in der eine positive Führungskultur gelebt wird, die sich durch Achtung, Respekt und Wertschätzung auszeichnet. Praktische, innovative Gesundheitsmanagementkonzepte werden ein unverzichtbarer Bestandteil der Unternehmen sein, die sich im Wettbewerb um motivierte, gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter befinden und diese an ihr Unternehmen binden wollen.

## W 1 – Prävention: Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz

Chronische Erkrankungen dominieren heute, neben eher episodischen großräumigen Ausbrüchen übertragbarer Erkrankungen, weitgehend das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern. Sie stellen gleichzeitig ein erhebliches gesundheitsökonomisches und allgemeinwirtschaftliches Risiko dar. 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 gesundheitlichen Auswirkungen gehören u.a. Adipositas, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, diabetogene Stoffwechselstörungen, Gelenk- und Rückenerkrankungen. Hinzu kommen Krebserkrankungen sowie psychische Erkrankungen. Neben hohen individuellen Krankheitslasten bewirkt ihre Zunahme Belastungen der Gesellschaft und der sozialen Systeme. Eine steigende Belastung der Krankenversicherungs- und der Pflegesysteme ist zu erwarten. Die Erwartungen einer in hinreichender Gesundheit bis an den Rand des 8. Lebensjahrzehnt arbeitenden Gesellschaft werden in Frage gestellt.

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 (demographische „Krankheitskompression“), sowie den Verlauf eines Leidens positiv zu beeinflussen. Sie haben damit wesentlichen Einfluss auf gesunde Lebensverlängerung („Gesundheitserwartung“ oder „Zahl der Jahre in Gesundheit“) und Lebensqualität. Für viele präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen liegen belastbare und anwendbare Erfolgskriterien vor. Allerdings fehlen aufgrund mangelnder Forschungs- und Entwicklungsmittel für viele spezifische Gesundheitsthemen und Zielgruppen noch Best-practice-Modelle, deren Effektivität und Effizienz belegt ist.

Für erfolgreiche Prävention spielen gesundheitsförderliche Ansätze in Lebenswelten (sog. „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. Der Setting-Ansatz ist zudem wichtig für die Reduktion des – wie in anderen Industrienationen – auch in Deutschland existierenden sozialen Gradienten für Gesundheitsrisiken. Dieser Gradient bedeutet, dass bei sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen ein um das 1,5-2,5fach erhöhter relativer Erwartungswert besteht, dass chronische Erkrankungen auftreten.

In Deutschland gibt es eine Vielzahl von Anbietern sgn. gesundheitsförderlicher Maßnahmen. Allein die Bundesländern und einschlägige Verbände auf Landesebene, sowie die Institutionen der Krankenkassen bieten über 400 verschiedene -oft selbst entwickelte und nicht hinsichtlich ihrer sozialen Reichweite und ihrer Wirksamkeit hinreichend überprüfte- Programme an. Abgesehen davon gibt es viel, aber keineswegs immer oder nicht angemessen genutztes Programmwissen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für diese Anbieter.

In der Anwendung fast aller Programme besteht das Problem der diskontinuierlichen und zu knappen Finanzierung (beispielhaft: 4% der Krankenkassenmittel wurden 1993 für Pr. eingesetzt, dieser Anteil ist bis heute gleich geblieben)

Diese Kultur von Mangel und Diskontinuität in der Programm- und Projektfinanzierung hindert auch die Entstehung professionell leistungsfähiger Anbieterstrukturen, und nicht zuletzt die neuer partizipativer interaktiver und bürgerorientierter Programme.

Vielfältige sonstige Anbieter zu Prävention und Gesundheitsförderung ; derzeit vor allem, aber keineswegs flächendeckend ( s. Beitrag Herr Fürstenberg), im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung.

## **Handlungsansätze**

Für eine stärker an gesundheitsbezogenen Zielen, Prozessen und Ergebnissen orientierte Gesundheitspolitik eine kontinuierlichen Übersicht über diese vielfältigen Aktivitäten zu schaffen und sie, wo sinnvoll, zusammenzuführen und zu koordinieren sowie bislang ungenützte Potenziale zu erschließen, die sich durch die Einbindung neuer sowie die bessere Vernetzung bewährter Akteure ergibt.

Institutionen und Akteure tragen bereits in vielen Bereichen dazu bei, Prävention und Gesundheitsförderung umzusetzen und zu verbreiten. Viele Einzelaktivitäten und Programmansätze sind aber z. T. kleinteilig und oft auch nicht nachhaltig angelegt. Zudem vermisst man bei vielen einzelnen Projekten die Ausrichtung auf gemeinsame Leitideen und bewährte, extern evaluierte Erfolgskriterien. Diese Beobachtungen führen zu dem Eindruck, dass die Aktivitäten einzelner Institutionen und Akteure sowie die Prävention insgesamt erheblich davon profitieren könnten, wenn die Strukturierung sowie die Vernetzung und Koordinierung dieser Maßnahmen sowohl politisch wie organisatorisch-fachlich ausgebaut würden.

Mehr Ansätze sind nötig, die abgeschottete Milieus oder solche mit Migrationshintergrund berücksichtigen  
Bisher auch kaum Anbieter und Ansätze in Arztpraxen und Kliniken. Dass dies geht, hat das Programm „Gesundheitsförderliche Krankenhäuser“ der WHO in vielen Ländern gezeigt.

Als weitere wichtige strukturelle Maßnahme sollte Gemeinde- und Stadtteil-bezogene Gesundheitsförderung über geeignete Gremien auf kommunaler Ebene verankert werden nach dem Vorbild des „gesunde Städte“ – Programms der WHO.

In Deutschland sind positiv: präventive Ansätze in der Umwelt, der Arbeit (Nachholbedarf psychische Belastungen), in der Rehabilitation, in Mutterkindkuren; negativ: zu wenig in der Allgemeinbildung, in Schulen aller Zweige, in der Vermittlung einer positiven Kultur des Körper und der Psyche, in den gesundheitlichen, pflegerischen, sozialen und administrativen professionellen Ausbildungen; in Kliniken und Arztpraxen, in der Pflege, in Stadtteilen, in städtischen und ländlichen Milieus.

Insbesondere besteht jedoch Nachholbedarf in der Entwicklung , in der Vermittlung und der Anwendung interaktiver und partizipativer, milieunaher, den menschlichen Lebenszyklus berücksichtigender Denkansätze und Konzepte einer gesundheitsorientierten Zivilgesellschaft .

Die aktive Einbindung von Bürgern (Partizipation) sowie ihre Befähigung zum selbstbestimmten Handeln in Gesundheitsbelangen (Gesundheitskompetenz und Empowerment) sind zentrale Voraussetzung für erfolgreiche präventive und gesundheitsförderliche Bemühungen. Strukturen und Instrumente für eine partizipative Programmgestaltung und befähigende, und zur Selbstgestaltung ermächtigende Ansätze müssen politisch von oben aber insbesondere im Sinne von mehr direkter Demokratie nachhaltig von unten diskutiert und als wesentliche Voraussetzungen 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 auch eine schrittweise Änderung des rechtlichen Rahmens im sgn. Sozialrecht, i der Selbstverwaltung in ihrer bisherigen Form, sowie im Landes- und Kommunalrecht voraus, ein Prozess, der, sofern er gelingt, nicht episodisch sondern eher als eine neue Epoche gesehen werden sollte.

Lit. Beim Verf.

## **W 2 – Integration:** Klaus Böttcher

### **Integration erfordert die Einbindung aller Akteure**

#### **Rolle des Patienten:**

Die Versicherten müssen auf ihre aktive Rolle im Versorgungsprozess vorbereitet werden, um das Shared-Decision-Making in Deutschland nachhaltig verankern zu können.

#### **Rolle der Kassen:**

Nur langfristig ausgerichtete integrierte Versorgungskonzepte ermöglichen Stabilität und Planbarkeit.

#### **Rolle der Politik:**

Die Politik ist gefordert Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine Zusammenarbeit aller Leistungserbringer auf Augenhöhe ermöglichen.

## W 2 – Integration: Prof. Dr. Dr. Alf Trojan

1. Für bürgerorientierte Gesundheit sind „**grundlegend**“:

- Strukturelle **Integration von Nutzern** (Bürgern, Versicherten, Patienten) **in die Prozesse** des Gesundheitswesens („partizipative Weiterentwicklung“),
- strukturelle **Integration von Nutzer-Orientierung in das Gesundheitswesen**, d. h. die strukturelle Öffnung des Systems für Partizipation.

2. Auf der Mikro-Ebene der **Behandler-Patienten-Interaktion** sind zu stärken:

- Alle Initiativen zur Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation und –Interaktion,
- partizipative Entscheidungsfindung als Element evidenzbasierter Medizin und Ansatz zur Verringerung der Arzt-Patient-Asymmetrie.

3. Auf der Meso-Ebene von **Einrichtungen der Gesundheitsversorgung** sind zu stärken:

- **Integrierte** bürgerorientierte **Versorgungsmodelle** (Beispiel: IV **Kinzigtal**),
- Die **Beteiligung der Nutzer** an der einrichtungsinternen **Qualitätsverbesserung** (Beispiel: **Selbsthilfefreundlichkeit** als Qualitätskriterium).

(Die Beispiele auf der Meso-Ebene werden mit ihren Instrumenten im Impulsreferat näher vorgestellt.)

4. Auf der Makro-Ebene des deutschen **Gesundheitssystems** sind zu stärken:

die **Patienten-Beteiligung** in den Gremien des **G-BA**, eine obligatorische **Patienten-Beteiligung** an allen Steuerungsinstrumenten des kontinuierlichen bundesweiten **Qualitätsmanagements**.

5. Die strukturelle Verankerung bürgerorientierter Gesundheit in Deutschland, d. h. die Integration von Nutzern der Gesundheitsversorgung, bedarf selbst schon intensiver Patienten-Beteiligung, da nur mit ihnen zusammen die Gratwanderung zwischen Überforderung mit neuen Aufgaben und der Unterforderung im Sinne paternalistischer Verhätschelung gelingen kann.

### **W 3 – Partizipation:** Prof. Ilona Kickbusch PhD

1. Der Ansatz *bürgerorientierte Gesundheit* versteht Partizipation sowohl als staatsbürgerliche Partizipation wie als Partizipation in Projekten und Initiativen, oder als Konsument, Nutzer oder Patient. Sie stellt das Grundrecht der Bürger\* auf eine gesundheitsförderliche Lebenswelt über das Recht auf uneingeschränkten 24/7 Konsum. Diesen Grundsatz gilt es in einem Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention festzuhalten.

2. Gesundheit wird dort nachhaltig hergestellt wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Das bedeutet, dass die Mitsprache der Bürger besonders auf der lokalen und kommunalen Ebene (auch der *Zivilgesellschaft*) aber auch am Arbeitsplatz gewährleistet sein muss. Partizipation ist besonders in Hinblick auf die sozialen und umweltbezogenen Determinanten von Gesundheit von höchster Bedeutung. Es gilt vor Ort Partizipationsstrukturen einzurichten und zu ermöglichen. Ansätze liegen in Gesunde Städte Programmen, Gesundheitsplattformen und Gesundheitsnetzwerken vor, sie gilt es auf nachhaltige Weise zu institutionalisieren und sicherzustellen. Dies bedarf sowohl rechtlicher Grundlagen wie auch des Einsatzes von Steuermitteln.

3. *Bürgerorientierte Gesundheit* basiert auf dem Primat der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik, des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsförderung, der Prävention und des Public Health. *Bürgerorientierte Gesundheit* bedeutet dass Gesundheit auf neue Weise Teil des öffentlichen und politischen Diskurses ist. Bürger müssen durch ihr politisches Engagement dieses Primat von den politischen Handlungsträgern (Parteien, Selbstverwaltung usw.) einfordern – z.B. durch Gesundheitsziele, die eine politische Rechenschaftspflicht (neue bürgernahe Formen der Gesundheitsberichterstattung) beinhalten.

4. Gesundheit ist ein ko-produziertes individuelles und kollektives Gut – sie wird nicht verordnet, sie wird partizipativ gelebt. *Bürgerorientierte Gesundheit* heißt stets auch dass Bürger selbst aktiv werden – sie tun dies durch das freiwillige Engagement in unzähligen Projekten vor Ort – dies gilt es auf neue Weise zu fördern und zu würdigen. Sie tun dies auch indem sie selbst auf ihre Gesundheit achten und für andere Sorge tragen.

5. Teilhabe der Bürger bedarf der Strukturen und der Kompetenz. Soziale Ungleichheit wirkt sowohl der Partizipation wie auch der Gesundheit entgegen – Möglichkeiten der Partizipation (besonders auch der sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen) schaffen durch Empowerment nicht nur mehr individuelle Gesundheit sondern auch mehr gelebte Demokratie.

6. Bürger müssen auch bei Eintritt in das Versorgungssystem Bürger bleiben. Sie müssen Anspruch auf Mitsprache und Mitentscheidung haben, sowie ein Recht auf ihre Gesundheitsdaten. Sie müssen Angebote und Dienstleistungen vergleichen können – entsprechend muss Transparenz zum grundlegenden Prinzip des Gesundheitswesens und einer bürgerorientierten Gesundheit werden.

\* Bürger sind alle gesellschaftlichen, also nichtstaatlichen Akteure (*Zivilpersonen*) – nicht nur Staatsbürger.

### **W 3 – Partizipation:** Hannelore Loskill (wird nachgereicht)

#### W 4 – Transparenz: Erik Meinhardt

1. Im deutschen Gesundheitswesen gibt es ein System selbstreferenzieller Institutionen: KVen, GKV-Spitzenverband, Kassenverbände, G-BA, die nach Art von Zünften abgeschlossen und ihren Mitgliedern verantwortlich sind und zugleich wissen, was Bürger brauchen.
2. Bürger, Versicherte bzw. Patienten sind in diesem System eher Statisten. Sie haben darin nur eine untergeordnete Beteiligung, weil sie keine wirklichen Entscheidungsrechte besitzen.
3. Eine Dialogkultur zwischen allen Beteiligten: Leistungsträger (Krankenkassen), Leistungserbringer, Zulieferer, Patienten mit gleichberechtigter Teilhabe muss sich erst noch entwickeln. Dies geht nicht ohne Transparenz.
4. Transparenz bedeutet
  - a. Entscheidungsprozesse offen legen
  - b. Entscheidungen nachvollziehbar machen
  - c. Verantwortliche für Entscheidungen benennen
  - d. Zugang zu Informationen haben
  - e. mit allen Beteiligten im Dialog stehen
  - f. vorhandene Expertise nutzen
5. Transparenz lässt sich konkret erreichen durch
  - a. Kriterienkataloge, auf deren Grundlage Entscheidungen getroffen werden
  - b. Anwendung des Informationsfreiheitsgesetzes auf die Entscheidungsprozesse
  - c. Ungehinderten Zugang zu objektiven Sachinformationen über Vor- und Nachteile, Chancen und Risiken von medizinischen Produkten, Leistungen und Angeboten
  - d. Öffentliche Plattformen, auf denen Entscheidungen getroffen werden
  - e. Individuelle Verantwortlichkeit für Entscheidungen
6. Konsequenz der Transparenz ist Partizipation
  - a. Entwicklung vom Betroffenen zum Beteiligten
  - b. Verständnis für Entscheidungen
  - c. Wahlmöglichkeit zwischen Entscheidungsalternativen
  - d. Stärkung der bürgerschaftlichen Verantwortung und der Selbstverantwortung
7. Was bedeutet das für MSD?
  - a. AMNOG = Impuls für grundlegend neue Ansätze in der Industrie im allgemeinen und für MSD im besonderen
  - b. Wichtig ist für uns einen Beitrag zu leisten zu einem gesellschaftlichen Verständnis für Innovationen und das Gut "Gesundheit". Wir wollen mit den Bürgern reden. Deshalb sind wir hier.
  - c. Wir suchen nach komplett neuen Lösungen,
    - die es uns erlauben, weiterhin profitable zu sein
    - für die bürgerschaftliches Verständnis darüber besteht, dass Profite legitim und notwendig sind
    - die beitragen, gegenseitiges Misstrauen abzubauen. Das Versorgungskonzept "Schizophrenie" von I3G (Jansen-Cilag) ist eigentlich kein schlechter Ansatz, wenn man bereit ist, sich ihm vorurteilsfrei zu nähern. Viele Vorurteile rühren aus einem interessegeleiteten Misstrauen her.

## W 4 – Transparenz: Dr. Stefan Etgeton

Vor dem Hintergrund der zunehmender Wahloptionen für Versicherte und Patienten ist der Bedarf an unabhängiger, sachgerechter und nutzerorientierter Information über die Qualität von Einrichtungen und Leistungen im Gesundheitswesen gewachsen. Nur durch eine informierte Auswahl sind Versicherte und Patienten in der Lage, den Wettbewerb im Gesundheitswesen in Richtung auf mehr Qualität und Effizienz mit zu steuern. Zugleich eröffnet das Internet neue Möglichkeiten, komplexe Daten nutzeradjustiert und nachvollziehbar aufzubereiten und so Informationen, die zuvor weder für Fachpersonal (z.B. Ärzte oder Patientenberater) noch für Versicherte nutzbar waren, leicht verfügbar zu machen. Die Sozialgesetzbücher V und XI formulieren an unterschiedlichen Stellen Anforderungen an die sektorspezifische (§§ 135, 137, 137d SGB V; § 115 SGB XI) und -übergreifende (§ 137a SGB V) Qualitätssicherung und verbinden dies zum Teil mit Informationspflichten der Krankenkassen oder der jeweils verantwortlichen Institutionen:

- Qualitätsberichte der Krankenhäuser: § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V
- Sektorübergreifende Qualitätssicherung (AQUA): § 137a Abs. 2 Satz 1 Nr.4 SGB V
- Vergleichbare Veröffentlichung der MDK-Prüfergebnisse für Pflegeeinrichtungen: § 115 Abs. 1a SGB XI

Weitere Informationsrechte- bzw. -pflichten im Sinne einer verbesserten Transparenz und Mündigkeit der Versicherten werden an anderen Stellen des Sozialgesetzbuches festgeschrieben:

- Information und Beratung von Verbrauchern und Patienten – Unabhängige Patientenberatung: § 65b SGB V
- Information über zugelassene Leistungserbringer: § 305 Abs. 3 SGB V
- Auskünfte an Versicherte über erbrachte Leistungen (Patientenquittung): § 305 Abs. 1+2 SGB V analog § 108 SGB XI

Die Erfahrung zeigt allerdings, dass die Segmentierung und Zersplitterung der Daten und Informationsangebote weder unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten noch mit Blick auf die Nutzerfreundlichkeit zielführend ist. Viel spricht daher dafür, der Transparenz im Gesundheitswesen einen auch gesetzlich klar definiert Ort zuzuschreiben, um bestehende Aktivitäten zu bündeln, um so eine aussagefähige Basis für die objektive, unabhängige Information der Versicherten und Patienten zu erhalten. Der Wettbewerb der Portale ist gut, solange man noch auf der Suche nach besseren Lösungen für Transparenz ist. Für den Nutzer dürfte es aber verwirrend sein, bei der Wahl eines Arztes oder Krankenhauses zuvor noch vor die Entscheidung nach der richtigen Navigationshilfe gestellt zu werden. In den Niederlanden hat mit der Einführung von mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen der Staat die Aufgabe übernommen, für Transparenz zu sorgen; dort betreibt das „Reichsinstitut für Volksgesundheit“ im Auftrag des Ministeriums für Volksgesundheit das Portal *kiesbeter.nl* (= „besser wählen“).

Seit Jahren bemühen sich Krankenkassen, aber auch zivilgesellschaftliche, Verbraucher- und Patientenorganisationen, den Versicherten gesicherte, objektive Informationen über das

Angebot und die Qualität zugelassener Leistungserbringer sowohl der ambulanten wie 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, fehlt bisher jedoch eine dem niederländischen Modell vergleichbare öffentliche Legitimation. Diese erscheint indes auf Dauer notwendig, um gegenüber Krankenkassen und Leistungserbringern, aber auch den übergreifenden Institutionen der Selbstverwaltung (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss oder Institution nach § 137a SGB V) 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 ist allerdings, dass dessen Unabhängigkeit von Interessen der Akteure im Gesundheitswesen glaubwürdig vermittelt werden kann.

Ein mögliches zentrales Transparenzportal sollte daher folgende Merkmale erfüllen:

- Unabhängigkeit der Trägerschaft von Anbietern im Gesundheitswesen
- Werbefreiheit und Nicht-Kommerzialität
- Bundesweite Erstreckung der Suche
- 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