

2. ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSKONFERENZ

Prof. Dr. Bernhard Badura

Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik

Das Gesundheitswesen der BRD:

In der Bundesrepublik Deutschland befindet sich das Gesundheitswesen nach einer langen Phase teilweise stürmischen Wachstums in einem Stadium der Selbstreflexion und einer eher tastend experimentierenden Weiterentwicklung. Im Zentrum stand bisher das Ziel der Kostendämpfung, standen der Staat (Bund und Länder) und die Selbstverwaltung der Kassen und Ärzteschaft. Ob die angebotenen Leistungen dem Bedarf entsprechen, interessierte kaum, auch nicht ihre Qualität. Auch die Verbraucher spielten politisch bisher keine Rolle. Gefragt war der willige Beitragszahler und der gefügte Patient. Die gesundheitspolitische Diskussion wurde von einem ordnungspolitischen Schlagabtausch nach dem altbekannten Muster "Staat" vs. "Markt" beherrscht - obwohl doch nirgendwo in Europa eine Privatisierung des Gesundheitswesens droht und selbst in den USA der Staat in maßgeblicher Weise an der Finanzierung des Leistungsgeschehens beteiligt ist. Tatsächlich haben wir es heute mit zwei eng miteinander zusammenhängenden Fragen zu tun, auf die bisher weltweit offenbar noch keine überzeugenden Antworten gefunden wurden: Gibt es einen dritten Weg zwischen Markt und Staat? Und wie lässt sich eine Arbeitsplätze schaffende Gesundheitswirtschaft zugleich bürgerorientiert und wirtschaftlich steuern? Der deutsche Weg einer allgemeinen Sozialversicherung Bismarck'scher Provenienz ist heute in Europa eine Minderheitenposition. Europa ist auf dem Weg zur Verstaatlichung seiner Gesundheitswesen - ohne die damit verbundenen Organisations- und Steuerungsprobleme überzeugend gelöst zu haben. Sollen wir uns diesem Trend in Richtung einer wechselnden politischen Mehrheiten unterworfenen Verteilungswirtschaft anschließen oder sollen wir uns, gestützt auf die Stärken und die Zukunftsfähigkeit unserer Sozialversicherungsidee, diesem Trend entgegenstellen? Solidarprinzip und Selbstverwaltung haben eine Chance. Sie müssen allerdings den veränderten Rahmenbedingungen angepasst und bürgerorientiert weiterentwickelt werden.

Anders als zur Bismarck-Zeit bezieht sich heute Solidarität nicht mehr nur auf die Solidarität der wirtschaftlich Stärkeren gegenüber den wirtschaftlich Schwächeren, bezieht sich Selbstverwaltung nicht mehr nur auf Autonomie gegenüber einem übermächtigen Staat. Nicht alles, was medizinisch möglich ist, ist auch wirksam und von subjektivem Nutzen. Wirksamkeit und Nutzen einer gesundheitsförderlichen, akutmedizinischen, rehabilitativen oder pflegerischen Leistung hängen ab von der Qualität der Anbieter, der Wissensbasis ihrer Leistungen und der biographischen Situation, von Geschlecht, körperlichem Zustand, seelischem Befinden derer, die Leistungen im Gesundheitswesen nachfragen. Solidarität sollte also Differenz, und sie sollte unterschiedliche Wahlmöglichkeiten beinhalten. An die Stelle des autoritären ist der demokratische Staat getreten. Selbstbestimmung wurde zu einem Grundwert für alle Bürger. Selbstverwaltung ohne oder gegen Selbstbestimmung der Bürger lässt sich also keinesfalls mehr rechtfertigen. Auch wird die Autonomie der Selbstverwaltung heute nicht mehr nur vom Staat, sondern auch von der Macht einer globalisierten Industrie bedroht.

Von alledem bleibt die Arzt-Patienten-Beziehung ebenso wenig unberührt wie das Verhältnis zwischen Kostenträgern, Anbietern und Bürgern. Der Bürger befindet sich heute in einer hochkomplexen Lage, in der er, je nach Situation, primär als Staatsbürger, als Versicherter oder als Patient bzw. als Angehöriger handeln muss. Als gesunde **Bürger** haben wir Interesse an der Sicherstellung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen und an ausreichender Versorgung in einem möglichen Krankheitsfall. Als **Versicherte** haben wir in erster Linie ein Interesse an geringen Beitragssätzen, einem möglichst weitgehenden Versicherungsschutz und an guter Servicequalität der Krankenversicherung. Als **Patienten** haben wir in erster Linie Interesse an einer umfassenden, wirksamen und auch subjektive Prioritäten berücksichtigenden Versorgung.

Dies alles berührt schließlich die Rolle des Sozialstaats. Seine Rolle als großzügiger Gewährer von Dauerleistungen verliert an Bedeutung. Gefragt wird der Staat als Hüter sozial gerechter Rahmenbedingungen. Gefragt wird der Staat als Befähiger, Entwickler und Moderator, der sich je nach Bedarf verstärkt "einmischen" aber auch wieder "zurücknehmen" können muss. Gefragt ist der Staat, der nach der Maxime "Hilfe zur Selbsthilfe" arbeitet und der in erster Linie für die Selbstregulierungsfähigkeit einer demokratischen und sozial gerechten Gesellschaft zuständig ist. Das gilt insbesondere auch für ein Gesundheitswesen unter Kosten- und Wettbewerbsdruck.

Schwerpunkte der Gesundheitsreform liegen heute international betrachtet bei der Erschließung neuer Finanzierungsmöglichkeiten und einer effizienten Verwendung der vorhandenen Mittel; bei der Erschließung von Rationalisierungsreserven durch verbessertes Gesundheitsmanagement und bei Anstrengungen zur Erhöhung der Qualität durch evidenzbasierte Medizin und kontinuierliche Verbesserung der Leistungsorganisation (z.B. Saltman et al. 1998). Politisch zielen diese Reformstrategien entweder auf Veränderungen in den Rahmenbedingungen oder auf Änderungen in den Machtverhältnissen zwischen Kostenträgern und Anbietern. Eine Neubestimmung der Rolle der Bürger, Versicherten und Patienten als notwendige Ergänzung eines auf mehr Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitswesens und ein sich daraus ergebender Entwicklungsbedarf werden bisher eher selten oder gar nicht in Erwägung gezogen.

Die Bürger befinden sich in einer Situation, die sie einerseits zwingt, immer größere Teile ihres Einkommens in Form von Steuern, Sozialabgaben und Zuzahlungen für soziale Sicherung aufwenden zu müssen und die ihnen andererseits immer weniger Einfluss auf Art, Volumen und Gestaltung der dadurch finanzierten Leistungen gewährt. Je mehr der Bürger finanziell belastet wird, umso intransparenter erscheint ihm gleichzeitig die Verwendung dieser Mittel und umso weniger Mitsprache hat er als Versicherter und Patient. Diese Fehlentwicklungen gilt es zu korrigieren (Badura/Hart/Schellschmidt 1999). Im folgenden sollen Elemente einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik skizziert werden.

Der unbekanntes Verbraucher:

In unserem unerschütterlichen Glauben an die Werte und Präferenzen der Gesundheitsexperten haben wir es über Jahrzehnte hinweg versäumt, verlässliche Informationen über die Präferenzen und Erwartungen der Bürger, Versicherten und Patienten gegenüber dem Gesundheitswesen zu sammeln. Expertendominanz statt Kundenorientierung - wird das noch lange akzeptiert werden? Was wir wissen ist, dass sich die Nutzungsmuster der Verbraucher in den einzelnen Ländern Europas z.T. deutlich unterscheiden. Die Deutschen neigen zu einem sehr hohen Konsum von Leistungen niedergelassener Ärzte. Die Engländer, Holländer und Spanier sind demgegenüber sehr viel zurückhaltender und kommen mit durchschnittlich sehr viel weniger Arztkontakten aus als die Bürger unseres Landes (Kutzin 1998). Warum das Verhalten der Bürger so unterschiedlich ist und welche Folgen dies für ihre Gesundheit

hat, darüber wissen wir so gut wie gar nichts. Wir benötigen dringend Informationen über Verhalten, Präferenzen und Erwartungen der Bürger, aufgeschlüsselt nach Schicht, Geschlecht, Alter und besonderer Lebenssituation. Und wir benötigen international vergleichende Studien dazu. Wie lässt sich beispielsweise das verbreitete Interesse an der therapeutischen Gegenkultur alternativer Heilmethoden erklären? Wer bevorzugt diese Verfahren und warum? Haben wir es hier mit irrationaler Sektiererei zu tun oder mit Bedürfnissen und Verfahren, die durch eine ausschließlich somatisch orientierte und technikfixierte Medizin nahezu zwangsläufig vernachlässigt werden?

Aufwertung der Gesundheitsförderung:

Vorliegende Daten zeigen, dass in Nordamerika und Europa das reichste Fünftel der männlichen Bevölkerung eine um 6,3 Jahre längere Lebenserwartung und eine um 14,3 Jahren längere Erwartung an behinderungsfreien Lebensjahren hat als das ärmste Fünftel, die entsprechenden Werte für Frauen sind 2,8 bzw. 7,6 Jahre (Robine/Ritchie 1991). Diese Daten und alles übrige, was wir gegenwärtig über den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit wissen, sprechen dafür, dass das Potential wirksamer Gesundheitsförderung und gezielter Prävention erheblich ist, insbesondere wenn dazu bei den einkommensschwächeren Teilen der Bevölkerung und vor allem dort eingesetzt wird, wo durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung vorzeitigem Verschleiß und durch wirksame Rehabilitation einer krankheitsbedingten Frühberentung der Erwerbstätigen entgegengewirkt werden kann. Im deutschen Gesundheitswesen besonders auffällig ist ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung, beispielsweise eine deutliche Überversorgung mit Akutkrankenhausbetten und Reparaturleistungen und eine Unterversorgung mit problemvermeidenden und Gesundheitspotentiale fördernden Maßnahmen. Aufwertung verdient nicht nur, aber insbesondere die betriebliche Gesundheitsförderung. Unser Wissen über die Möglichkeiten wirksamer betrieblicher Gesundheitsförderung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verbessert. Dieses Wissen ist aber in den Betrieben bisher noch kaum angekommen. Betriebliche Gesundheitsförderung, die bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich ist, ist im Interesse der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Gleichwohl wissen Betriebe wenig darüber, wie Arbeitsbedingungen, wie Führungs- und Organisationsstrukturen den Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen beeinflussen, sind sich die Betriebe nur wenig bewusst, welche Möglichkeiten und Instrumente wirksamer Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen, erschöpft sich betriebliche Gesundheitsförderung in verhaltenspräventiven Maßnahmen, statt gezielt zur gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung beizutragen (Badura/Ritter/Scherf 1999). Ausgangspunkt sollte das Leitbild der gesunden Organisation sein. Gesund ist eine Organisation, deren Führungsstil in Arbeitsorganisation und Organisationskultur gleichermaßen kunden- wie beschäftigtenorientiert ist, die ihre Ziele wirksam und effizient verfolgt, damit zugleich aber auch die ihr eigenen Gesundheitspotentiale optimal zu entfalten bestrebt ist und dies bereits bei den Prinzipien der Arbeits- und Organisationsgestaltung berücksichtigt. Soll betriebliche Gesundheitsförderung wirklich durchschlagende Wirkungen entfalten, dann müssen insbesondere die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein: Die Führung muss ein nachhaltiges und ernsthaftes Interesse daran zeigen. Das gelingt durch nichts so überzeugend wie durch eine Institutionalisierung betrieblicher Gesundheitsförderung, d.h. durch feste Zuweisung von Aufgaben, Personal und Budgets und durch schrittweise Einbeziehung des gesamten Unternehmens. Was immer die ergriffenen Maßnahmen im einzelnen sind, sie sollten sich in Form eines Lernzyklus, bestehend aus Diagnose, Interventionsplanung und Interventionsdurchführung sowie Evaluation verstetigen. Die Beschäftigten müssen von Anfang an in alle Aktivitäten mit einbezogen werden. Ausreichende Aufklärung, Information und Motivation der Beschäftigten ist, neben dem Engagement der Führungskräfte und Experten, der wichtigste Erfolgsfaktor betrieblicher Gesundheitsförderung.

Intelligente Nutzung des Gesundheitswesens:

Solange die Qualität der immer umfangreicheren Leistungsangebote in Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege nicht ausreichend dokumentiert und in verständlicher Form den Bürgern, Versicherten und Patienten zugänglich gemacht wird, werden wir kaum von ihnen ein intelligenteres Nutzerverhalten erwarten dürfen. Die Qualität der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte gehört hierzulande zu den am besten gehüteten Geheimnissen. Zu lange haben sich dafür weder die zuständigen Politiker noch die Kostenträger ernsthaft interessiert. Bei der die Patienten am meisten interessierenden Frage: Wo bin ich mit meinen Problemen in meiner Region am besten aufgehoben? bleiben sie und ihre Angehörigen heute weitgehend sich selbst überlassen. Schutz und Information der Verbraucher setzt eine verlässliche Dokumentation und Berichterstattung über die Qualität der erbrachten Leistungen voraus. Im einzelnen bedeutet das, dass einerseits der Zugang zu entsprechenden Informationen über Patientenrechte zu sichern ist und dass andererseits die Leistungserbringer zur Dokumentation und Veröffentlichung entsprechender Informationen verpflichtet werden. Eine Qualitätsberichterstattung, die gezielt auf die Bedürfnisse und Probleme der Bürger, Versicherten und Patienten zugeschnitten ist, erscheint eine unverzichtbare Voraussetzung für eine bürgerorientierte Gesundheitspolitik. Internationale Erfahrungen zeigen, daß das Potential der Bürger, Versicherten und Patienten zur Qualitätsentwicklung hierzulande noch längst nicht ausgeschöpft ist. Wesentliche Bedingungen für Qualitätssteigerung durch Bürgerbeteiligung scheinen die folgenden drei zu sein: Informationen, Mitwirkungsrechte, Dezentralisierung der Entscheidungskompetenzen.

Intelligente, d.h. bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung eines Gesundheitswesens durch seine Bürger, Versicherten und Patienten hängt zunächst einmal ab von den ihnen zur Verfügung stehenden **Informationen** über Gesundheitsförderung, Prävention, Krankheitsursachen, Symptome, Behandlungsmöglichkeiten und über die Qualität der Organisationen, Experten und ihrer Angebote. Wenn das Geld der Leistung folgen und die Leistung dort erbracht werden soll, wo sie am relativ preisgünstigsten und wirksamsten angeboten wird, dann setzt dies einen entsprechenden Informationsstand der Leistungsnachfragenden über die Qualität der Anbieter und Angebote voraus: mit anderen Worten, eine verlässliche Qualitätsberichterstattung. Auch die Anbieter - soweit sie von der Qualität ihrer eigenen Leistungen überzeugt sind - müssten daran interessiert sein. Auch Anbieter (z.B. Hausärzte) benötigen zur rationalen Beratung und Überweisung ihrer PatientInnen verlässliche Informationen über die Qualität der Leistungsangebote in ihrer Nachbarschaft. **Mitwirkungsrechte** sind neben leicht zugänglichen und verlässlichen Informationen eine zweite wesentliche Bedingung für eine Qualitätssteigerung durch Bürgerbeteiligung: Mitwirkungsrechte durch partnerschaftliche Arzt-Patienten-Interaktion, durch Teilnahme am Design von Leistungen (Leitlinienentwicklung) und an der Weiterentwicklung einzelner Einrichtungen sowie schließlich durch Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungen. Eine dritte Voraussetzung liegt in der **Dezentralisierung** von Entscheidungskompetenzen, d.h. in ihrer zumindest teilweisen Verlagerung von der zentralstaatlichen auf die regionale/lokale Ebene. Bürger sollten mitwirken können bei der Bedarfsfestlegung "vor Ort" und bei der Entwicklung von Versorgungsnetzen zur Befriedigung des festgelegten Bedarfs.

Patienten als Koproduzenten:

Die in der Gesundheitspolitik grundsätzlich von allen Akteuren akzeptierten Ziele der Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit lassen sich nicht ohne oder gegen die Bürger, Versicherten und Patienten erreichen, sondern nur gemeinsam mit ihnen. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von der Koproduktionsthese, weil sich bei der genaueren Betrachtung einzelner Kernprozesse im Gesundheitswesen, z.B. in der Akutversorgung und Rehabilitation chronisch Kranker, aber auch in den Bereichen

Gesundheitsförderung und Pflege zeigt, wie sehr die Experten zur rechtzeitigen und erfolgreichen Hilfeleistung auf die Mitarbeit der betroffenen Bürger, Beschäftigten und Patienten angewiesen sind. Für alle personenbezogenen Dienstleistungen, egal ob im Bildungswesen, im Bereich sozialer Dienste oder eben auch im Gesundheitswesen gilt: Erfolgreiche Durchführung einzelner Kernprozesse ist nur bei physischer Präsenz und aktiver Mitarbeit der Schüler, Klienten und Patienten möglich. Deren soziale, psychische und physische Voraussetzungen sind für das angestrebte Ergebnis einer Dienstleistung von oft ebenso großer Bedeutung wie Qualifikation und Berufserfahrung der in Anspruch genommenen Experten. Für den Erfolg therapeutischer Kernprozesse in der Krankenversorgung von grundlegender Bedeutung sind wissenschaftlich fundierte Leitlinien, hohe Qualifikation der Gesundheitsexperten und ihre praktische Berufserfahrung. Dies alleine reicht jedoch nicht aus, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und sie zur aktiven Mitarbeit im therapeutischen Prozess zu motivieren. Dafür erforderlich sind eine hohe soziale Kompetenz und ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Experten und Hilfesuchenden, eine Abkehr von der bisher verbreiteten paternalistischen Arzt/Patientenbeziehung. In einem partnerschaftlich gestalteten Arzt/Patientenverhältnis wirken beide, Arzt und Patient, grundsätzlich gleichberechtigt mit an der Festlegung der Therapieziele, der Auswahl der Therapieschritte, ihrer Ausführung und Evaluation. Im Vordergrund stehen hier neben Ärzten auch eine Reihe anderer Berufsgruppen: Pflegekräfte, Bewegungstherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter, um nur einige beispielhaft zu erwähnen. Dies gilt insbesondere für die Versorgung chronisch Kranker, bei denen interaktionsintensive Leistungen wie Information, Beratung und Schulung wesentliche Voraussetzung für eine Befähigung für ein Leben mit einer chronischen Krankheit bilden.

Verbesserter Schutz vor vermeidbaren Risiken und schlechter Versorgungsqualität:

Die OECD behauptet, dass zwischen 5 und 10% aller Patienten, die in den Industriestaaten in ein Krankenhaus aufgenommen werden, sich eine oder mehrere Infektionen zuziehen (OECD 1995). Kosten entstehen dabei auf Seiten der Patienten durch unnötiges Leiden und späte Rückkehr in Familie und Arbeitswelt. Sie entstehen auf Seiten der Krankenhäuser durch erforderliche Mehrbehandlungen, lange Verweildauer und steigende Haftpflichtversicherungsprämien. Die OECD lokalisiert die Intensivstation als Ort mit der höchsten Inzidenz. In einer neueren deutschen Studie betrug die Prävalenz nosokomialer Infektionen 3,5% einer ausgewählten Krankenhauspopulation (Rüden et al. 1995). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die von ihnen berichteten Zahlen deutlich höher liegen würden, gäbe es ein verbindliches Erfassungssystem.

Auch das Thema unerwünschter Arzneimittelwirkungen bedarf erhöhter Aufmerksamkeit. Die Autoren einer jüngst im Journal of the American Medical Association veröffentlichten Studie schätzen für das Jahr 1994 insgesamt 2.216.000 solcher schwerwiegender Behandlungsfolgen, 106.000 davon mit tödlichem Ausgang (Lazarou et al. 1998). Je mehr Medikamente einem Patienten verschrieben werden, je länger er bzw. sie sich im Krankenhaus aufhält und je älter er oder sie ist, umso größer die Wahrscheinlichkeit einer unerwünschten Arzneimittelwirkung. Je nach Schätzverfahren, so das Fazit der Autoren, bilden unerwünschte Arzneimittelwirkungen heute die viert- bis sechsthäufigste Todesursache in den USA. Eine im vergangenen Jahr veröffentlichte deutsche Studie kommt zum Ergebnis, dass bei 7,8% der Studienpopulation unerwünschte Arzneimittelwirkungen auftreten (Schoenemann et al. 1998). Hier besteht allerdings noch erheblicher Forschungsbedarf.

Ein weiteres bekanntes Qualitätsproblem bildet die Versorgung chronisch Kranker. In Deutschland leben nach neuesten Schätzungen 4 - 5 Mio. Diabetiker. Diese Krankheit wird oft zu spät erkannt, und sie wird zu häufig falsch behandelt, obwohl die dazu vorliegende Wissensbasis vergleichsweise sehr gut entwickelt ist und auch die daraus

abzuleitenden Behandlungsleitlinien offenbar weitgehend konsensfähig sind. Offenkundige Mängel in der Infrastruktur, Qualifikation und Organisation bestehen auch in der Versorgung von Schlaganfallpatienten. Insbesondere die Schnittstellen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation bedürfen zukünftig erhöhter Aufmerksamkeit. Rehabilitation hat sich in Deutschland - bedingt auch durch unterschiedliche Zuständigkeiten der Träger - zu einer eigenen Versorgungswelt verselbständigt - obwohl eine angemessene und wirksame Versorgung chronisch Kranker eine nahtlose Verflechtung gerade von Akutversorgung und Frührehabilitation, aber auch von ambulanter und stationärer Versorgung gebietet (z.B. Stillfried 1998; Badura et al. 1995).

Die aufgezeigten Probleme deuten darauf hin, dass die bisherigen Qualitätskontrollen moderner Gesundheitswesen die Patienten nicht ausreichend vor vermeidbaren Risiken schützen. Bessere Aufklärung der Patienten und Versicherten alleine werden da auch nicht weiterhelfen. Vielmehr müssen wir - auch im wohlverstandenen Interesse der Industrie - über eine Verbesserung der nachmarktlichen Kontrolle von pharmazeutischen Produkten, über ein verbessertes Risiko- und Qualitätsmanagement im Krankenhaus unter Einbeziehung der Patientenrückmeldungen und auch über eine kontinuierliche wissenschaftliche Beobachtung und Förderung der Versorgungsqualität nachdenken.

Dezentralisierung durch ortsnahe Koordinierung:

Die Angebote unseres Gesundheitswesens entwickelten sich bisher in Abhängigkeit von den vorhandenen Budgetmitteln und den Erwartungen und Zielen der Anbieter. Versicherte und Patienten hatten auf die Definition des Bedarfs und auf die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen so gut wie keinen Einfluss. Welcher Versicherte und welcher Patient wurde gefragt, ob er mit der 1996 vollzogenen drastischen Kürzung der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung einverstanden war zur Sicherung der Überkapazitäten in der Akutversorgung? Der Bedarf nach Gesundheitsleistungen ändert sich von Ort zu Ort, von Region zu Region in Abhängigkeit von Altersstruktur, Krankheitspanorama und besonderen Problemstellungen der Bevölkerung. Auch die Prioritäten der Bevölkerung mögen z.T. erheblich variieren in Abhängigkeit von Einkommen, Schicht und Berufsstatus. Bedarf nach Gesundheitsleistungen lässt sich nur begrenzt objektivieren, bleibt eine stets auch normativ zu bestimmende Größe. Eben weil dies so ist, muss er zugleich durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung und durch Konsensus der Betroffenen ermittelt werden, d.h. durch Konsensus der Bürger, Versicherten und Patienten einerseits und der Anbieter und Kostenträger andererseits. Festlegung des Bedarfs wie auch die Feinabstimmung zwischen Bedarf und Leistungsangeboten bedürfen dezentraler Dialogmöglichkeiten zur ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung als einer notwendigen Bedingung zur Einbeziehung auch der Bürger in gesundheitspolitische Entscheidungen. Nordrhein-Westfalen hat dazu einen ersten Schritt gemacht durch Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen (Badura/Siegrist et al., in Vorbereitung).

Es wird erheblich vom Verhalten der Berufsgruppen und Krankenkassen abhängen, wie weit sie selbst noch als "Vertreter" der Interessen der Versicherten und Patienten akzeptiert werden oder wie weit sich unabhängige Patienten- und Verbraucherorganisationen diese Aufgabe zu eigen machen. Und es wird erheblich vom Verhalten der Bundes- und Länderpolitik abhängen, welche Informationen zukünftig den Bürgern über ihre Versorgungseinrichtungen zur Verfügung stehen, wie weit Versicherte und Patienten zur intelligenten Nutzung dieser Einrichtungen befähigt und welche Rechte ihnen eingeräumt werden, an der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens mitzuwirken. Ernsthaft erwogen werden sollte die Förderung eines bundesweiten Dachverbandes von Selbsthilfegruppen und -organisationen. Ernsthaft erwogen werden sollte auch die Einrichtung eines Bundesinstituts für die

Qualitätsförderung im Gesundheitswesens. Wenn die Ziele der Gesundheitspolitik einer demokratischen Kontrolle der Bürger, Versicherten und Patienten unterliegen, werden auch Wettbewerb und Leistungsdifferenzierung der Kostenträger keine negativen, sondern eher positive Folgen haben - solange der Staat seine Rolle als Hüter sozialer Rahmenbedingungen verlässlich wahrnimmt.

Literatur:

Badura, B., Grande, G., Janßen, H., Schott, T. (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ambulante und stationäre Rehabilitation im Vergleich. Juventa, Weinheim und München.

Badura, B., Schellschmidt, H.. (Hrsg.) (1999): Ergebnisse der von der Hans Böckler Stiftung mitgesponsorten Tagung "Citizen Participation. A Challenge to Different Health Care Systems" (erscheint in der Fachbuchserie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA).

Badura, B., Hart, D., Huber, E., Francke, R., Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung des Gesundheitswesens - Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Nomos, Baden-Baden.