

# Alle Macht dem Patienten?

*Bürgernähe und demokratisch legitimierte Vertretungen im Gesundheitswesen waren Themen auf dem Kongreß für solidarische Gesundheitspolitik*

von Jürgen Brenn

Die zeitliche Nähe zum Deutschen Ärztetag in Köln ist rein zufällig“, versichert Thomas Isenberg. Als geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Forums für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V. hat er maßgeblich an der Organisation des „Kongresses für solidarische Gesundheitspolitik“ mitgewirkt. Zu dem Symposium fanden nach Angaben der Veranstalter eine Woche vor dem Deutschen Ärztetag rund tausend Teilnehmer den Weg in die Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität.

## Kongreß in der Tradition der Gesundheitstage

Zwar möchte Isenberg den Kongreß nicht als Nachfolger der Gesundheitstage von Berlin verstanden wissen, aber an der Tradition wolle man doch anknüpfen. Der Veranstalter, das Forum für kritische Sozial- und Gesundheitspolitik e.V., ist ein im Aufbau befindliches Netzwerk, das als Scharnier zwischen verschiedenen Organisationen im Gesundheitswesen fungieren soll. Immerhin 62 Verbände, Institutionen und Organisationen vom DGB bis zum Mabase-Verlag entsandten ihre Vertreter zu dem Kongreß und dem dazugehörigen „Markt der Möglichkeiten“.

Thematisch richtete der Kongreß seinen Blick in die Zukunft des Gesundheitswesens. Die Diskussionsrunden machten sich zum Beispiel Gedanken darüber, wie ein sozial finanziertes Gesundheitssystem überleben und verbessert werden kann und wie Ungleichheit zu ver-

meiden ist. Auch die Ethik in der Medizin und die Prävention waren Gegenstand der Debatten.



Monika Knoche, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, will Regionalisierung vorantreiben. Foto: Meike Scholz

Ein weiterer Schwerpunkt war das Thema bürgernahe Gesundheitspolitik, deren Ist-Zustand und Pläne, wie das Gesundheitswesen näher an die Bevölkerung herangerückt werden könnte. Bürgernähe könne nicht mittels einer zentral vom Bund und den Ländern gelenkten Gesundheitspolitik erreicht werden, sondern nur über die Regionalisierung des Gesundheitswesens, hieß es auf dem Forum. „Es geht um die Gestaltung einer regionalen Ebene im Gesundheitswesen und nicht um die Regionalisierung der Kosten“, rückte allerdings Heinrich Sydow von der Bundesarbeitsgemeinschaft Soziales, Arbeitsmarkt und Gesundheit das Thema zurecht. Mit der Diskussion um die Regionalisierung der Krankenkassenbeiträge, wie sie von Bayern und Baden-Württemberg losgetreten wurde, habe dies nichts zu tun, betonte er.

„Der Ausgleich zwischen den einzelnen Ländern muß bleiben“, betonte auch die gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Monika Knoche: „Wir wollen in keiner Weise die Beiträge regionalisieren.“ Im Gegenteil: eine

Regionalisierung des Gesundheitswesens müsse unter den Vorzeichen Qualität und Preis der erbrachten Leistungen vonstatten gehen. „Nicht alles kann der Wettbewerb regeln. Er ist im Gesundheitswesen nur an der richtigen Stelle sinnvoll“, meinte die Politikerin.

Unter Regionalisierung des Gesundheitswesens stellt sie sich unter anderem folgendes vor: Die Gesundheitsberichte müßten kleinräumig ausgerichtet sein. Die kurative Seite könne mit der präventiven besser verknüpft werden, sagte Knoche. Auch sollte der staatliche und der private Bereich effektiver aufeinander abgestimmt werden.

## „Bund und Länder müßten Kompetenzen abgeben“

Würde zum Beispiel die ambulante Versorgung mit dem staatlichen Gesundheitsdienst und der Krankenhausbedarfsplanung enger koordiniert, so könnten die Ressourcen wirtschaftlicher eingesetzt werden. Auch die Krankenkassen sollten an den Beratungen vor Ort beteiligt werden. Damit die Regionalisierung wirksam werden könne, müßten Bund und Länder Kompetenzen und Zuständigkeiten an die untere Ebene abtreten. Als Idealzustand sieht die Bündnispolitikerin die Verschränkung und Verknüpfung der zuständigen Stellen in Bund, Ländern und Kommunen mit den Krankenkassen an. Damit sich aber die jeweiligen Länderregierungen nicht mit jeder Kommune einzeln befassen müssen, soll nach Knoches Vorstellung

gein „Regionalbeirat“ als Koordinationsstelle gebildet werden.

Soviel zur Theorie. Wie es im Jahre 1998 wirklich um die regionale Kompetenzen im Gesundheitswesen steht, beschrieb Klaus D. Plumer von der Akademie des öffentlichen Gesundheitswesens. Die staatlichen Gesundheitsdienste sind Teil der kommunalen Verwaltung und daher regionale Einrichtungen des Gesundheitswesens. Sie spielten eine sehr geringe Rolle im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Nur 0,8 Prozent der Gesamtkosten des Gesundheitssystems entfallen auf sie, sagte Plumer. Der Betrag stagniere seit 1980. Aus diesem „stiefmütterlichen Dasein“ kämen die Gesundheitsdienste auch nicht heraus, was teils politisch gewollt sei, so Plumer.

## Gesundheitsämter leiden unter ihrer Vergangenheit

Er nannte vier Hauptgründe dafür: Die Gesundheitsämter hätten um das zu kümmern, was die ärztliche Selbstverwaltung und die Krankenkassen nicht selbst regeln könnten, so die allgemeine Auffassung der Aufgabenverteilung. Auch resultiere die geringe Wertschätzung der Arbeit der Gesundheitsdienste aus dem „Hygiene-Paradigma“, das sie während des Nationalsozialismus „aufgedrückt“ bekommen. „Diese Hypothek lastet immer noch schwer“, sagte Plumer. Zwar seien die Aufgaben der Dienste gesetzlich verankert, aber der Anspruch, sich an regionalen Prioritäten auszurichten, entwickle sich erst langsam. Das könne am Beispiel der medizinischen Berichterstattung gut abgelesen werden. Letztlich behindere das Bild des Amtsarztes und dessen Nähe zum Staat den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Bürgern. Auch beklagte Plumer die „Resistenz gegen Veränderungen“, die in den Behörden anzutreffen sei.

Seit dem 1. Januar diesen Jahres ist die „ortsnahe Koordinierung“ im Gesetz über den öffentlichen Ge-

sundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen verankert. Wilhelm Schröder, Vertreter des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung Berlin (IGES), entwickelte anhand der Gesetzesvorgaben Vorstellungen, wie die „ortsnahe Koordinierung“ der gesundheitlichen Versorgung, die „kommunalen Gesundheitskonferenzen“ und die „örtliche Berichterstattung“ aussehen könnten. Dabei setzt er auf eine sinnvolle Aufgabenteilung innerhalb der föderalen Strukturen. „Funktion eines regionalen Instrumentariums kann es nicht sein, die Aufgaben, die gesamtstaatlich gelöst werden müssen und die im solidarisch finanzierten und wettbewerblich geprägten Versicherungs- und Versorgungssystem wahrgenommen werden, konkurrierend zu behandeln.“ Nach Schröder sollte die kommunale Ebene vor allem zwischen den verschiedenen regional präsenten Akteuren koordinieren sowie die Krankenversorgung bei der Entwicklung und Umsetzung von Lösungen vor Ort unter den gegebenen Rahmenbedingungen unterstützen.



*Marina Steindor, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, will das System der Mitgestaltung ändern. Foto: Gabriele Kircher*

Neben dem Aufbau einer regionalen Ebene spielt in der Diskussion die Frage eine Rolle, wie Bürger bzw. Patienten in bestehende Organisationsstrukturen integriert oder besser in die Entscheidungsgremien mit eingebunden werden können. Das Instrumentarium der Mitgestaltung sei vorhanden, es werde nur nicht richtig genutzt, halten Birgit Nickley vom Deutschen Gewerkschaftsbund und Heiner Boegler vom Verwaltungsrat der AOK Rheinland-Pfalz solchen Überlegungen entgegen. Die über die Sozialwahlen zusammengesetzten Selbstbestimmungsgremien würden

als klassische Instrumente der Selbstverwaltung gute Arbeit leisten. „Ich sehe mich als Anwalt des Versicherten im Dialog mit den Sozialversicherungsträgern“, beschrieb Heiner Boegler seine Funktion, die er durch Sozialwahl bekam.

## „System der Verwaltungsräte ändern“

Marina Steindor, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundesfraktion Bündnis 90/Die Grünen, will zwar die Verwaltungsräte nicht zum alten Eisen werfen, aber doch einiges an dem derzeitigen System ändern: So schlägt sie vor, die Sozialwahlen zu politisieren, damit sie spannender und attraktiver werden. „Nicht die Vertretungen sind das Problem, sondern deren Bildung“, sagte die Politikerin. Sie forderte ein „duales System“, bei dem Patienten und Vertreter des Gesundheitssystems an einem Tisch sitzen. Auch die Krankenkassen seien einmal eine Selbsthilfebewegung gewesen. Allerdings ist dies bereits 150 Jahre her. Die Kassen sollten sich auf ihre Tradition besinnen und die Initiative für den Aufbau einer Patientenvertretung ergreifen, meinte Steindor.

## Patientenvertretungen sind in Deutschland kaum vorhanden

Auch Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg will das deutsche Gesundheitswesen weg vom Paternalismus und hin zur „Partnerschaft“ bewegen. Dazu schwebt ihm ein „trilateraler Sozialpakt“ vor, geschmiedet von den Patienten, den Leistungserbringern und Kostenträgern. Hierzu sei erforderlich, neue Patientenvertretungen aufzubauen, die in engem Kontakt zu ihrer Klientel stehen. Diese unabhängigen und kooperationsbereiten Vertretungen, die sich professionell in den Dienst des Patienten stellen sollten, könnten sowohl „anwaltschaftlich“ den anderen Akteuren im Gesundheitswesen gegenüberreten wie gleichzeitig den Patienten als Anlaufstellen zur Verfügung stehen.