

GESUND HEITS DEMO KRATIE



Zukunftsfähigkeit eines
verantwortungsbewussten
sozialen Gesundheitswesens

Die Vision

Deutschland hat im Jahr 2049 ein partizipatives Gesundheitssystem, das auf die Bedürfnisse der Bürger, Versicherten und Patienten eingeht. Die demokratische Legitimation und Partizipation der Akteure hat dazu beigetragen, dass das Gesundheitssystem transparenter und effektiver geworden ist und die Gesundheitsversorgung auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen ausgerichtet ist. Die Bürgerinnen und Bürger sind befähigt, an gesundheitsdemokratischen und digitalisierten Prozessen teilzunehmen und Einfluss auf die Nutzung und Gestaltung des Gesundheitswesens zu nehmen. Die Einbeziehung in die Entscheidungsprozesse des Gesundheitswesens und damit die Übernahme von individueller Verantwortung haben von der Passivität zu einer verantwortungsvollen Aktivierung von gesundheitsbewussten Bürgern geführt und damit auch die Ausgaben im Gesundheitswesen positiv beeinflusst.¹

¹ In dem gesamten vorliegenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Prolog und Kernfragen an uns selbst

Bereits im 18. Jahrhundert formulierte der britische Politiker und Philosoph Henry St. John: „*Freiheit ist für die Gesellschaft, was Gesundheit für die einzelnen ist.*“²

Sind wir aktuell dabei, die Gesundheit des Einzelnen und damit die Freiheit der Gesellschaft zu verspielen? Wenn Gesundheit heute ein globaler Megatrend ist – welche Auswirkungen hat dies auf die Freiheit des Individuums und der Gesellschaft?

Die WHO bezeichnete etwa 200 Jahre nach St. John in ihrer Verfassung von 1948 Gesundheit als „*einen Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Die informierte Meinung und die aktive Mitarbeit der Öffentlichkeit sind von größter Bedeutung für die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung. Die Regierungen haben eine Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker, die nur durch die Bereitstellung angemessener Gesundheits- und Sozialmaßnahmen erfüllt werden kann.*“³

Mittlerweile haben 2021 die Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO), die Weltorganisation für Tiergesundheit (OIE), das Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine operationelle Definition von One Health ihres Beratungsgremiums, des „One Health High Level Expert Panel (OHHLEP)“, verabschiedet, dessen Mitglieder ein breites Spektrum an Disziplinen aus Wissenschaft und politikrelevanten Bereichen vertreten, die für One Health von Bedeutung sind.

Die vier Organisationen arbeiten gemeinsam daran, One Health zu verankern, damit sie besser darauf vorbereitet sind, globalen Gesundheitsbedrohungen vorzubeugen, sie vorherzusagen, zu erkennen und darauf zu reagieren und eine nachhaltige Entwicklung zu fördern.

Die Ziele von One Health lauten:

„One Health ist ein integrierter, vereinheitlichender Ansatz, der darauf abzielt, die Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystemen nachhaltig auszugleichen und zu optimieren.“

Es erkennt an, dass die Gesundheit von Menschen, Haus- und Wildtieren, Pflanzen und der weiteren Umwelt (einschließlich der Ökosysteme) eng miteinander verbunden und voneinander abhängig sind.

Der Ansatz mobilisiert mehrere Sektoren, Disziplinen und Gemeinschaften auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft, um gemeinsam das Wohlbefinden zu fördern und Gefahren für die Gesundheit und die Ökosysteme zu bekämpfen und gleichzeitig den kollektiven Bedarf an sauberem Wasser, Energie und Luft, sicheren und nahrhaften Lebensmitteln zu decken, Maßnahmen gegen den Klimawandel zu ergreifen und zu einer nachhaltigen Entwicklung beizutragen.“⁴

Die Entwicklungen in vielen Ländern der Erde zeigen, dass ähnliche gesellschaftliche Fragestellungen fokussiert und erörtert werden – dies betrifft insbesondere die „alternierenden Gesellschaften“ und deren Herausforderungen, ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Die Leistungsfähigkeit unseres deutschen Gesundheitssystems steht auf dem Spiel und echte Veränderungen sind zwar eklatant notwendig, aber nicht in Sicht. Wir leisten uns seit über zwanzig Jahren Debatten über die Einführung von digitalen Produkten und Prozessen im Gesundheitswesen, jedoch werden nur selten Entscheidungen getroffen. Die Einführung einer dringend notwendigen elektronischen Patientenakte oder das elektronische Rezept sind beschämende Beispiele eine mit sich und ihrer Historie beschäftigten Gesundheitspolitik. Der Blick über den nationalen Tellerrand hinaus sollte einigen der Verhinderungsakteure die Schamröte in's Gesicht steigen lassen. Keine der aktuellen Probleme, Entwicklungen und Notwendigkeiten sind über Nacht oder überraschend entstanden – COVID hat viele von ihnen unter dem Brennglas erst sichtbar gemacht. Die Probleme sind vielfältig bekannt, aber die Besitzstandsverlust- und Berührungängste scheinen häufig zu einer Verweigerungshaltung zu führen und behindern damit kreative und innovative Lösungen.

² Henry St. John, 1. Viscount Bolingbroke (1667-1751)

³ <https://www.who.int/about/governance/constitution>

⁴ <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohhleps-definition-of-one-health>

Demographisch bedingte, steigende Nachfrage einerseits und schrumpfende Leistungsangebote andererseits, sowie eine schrumpfende Arbeitnehmerschaft, an welcher die Einzahlungen in die Sozialversicherungsträger hängen, um die steigenden Kosten zu bewältigen, führen zu einem Mißverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage.

Ein gesellschaftlicher Diskurs und die Mitverantwortung der Bürgerinnen und Bürger an Neu- und Umgestaltungen ist akut notwendig, um eine gesellschaftliche Akzeptanz von dringenden Veränderungen herzustellen. Dies ist die Basis der Demokratie und reflektiert das Verhältnis der Gesellschaft zum Individuum und umgekehrt. Da Gesundheit eines der wenigen Themen ist, welches jeden Bürger im Laufe des Lebens direkt oder indirekt betrifft, ist es eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, im Gesundheitswesen demokratische Gestaltung und Verantwortung zu verankern. Frei nach dem Motto von J.F.Kennedy: „Frage nicht, was die Gesellschaft für Deine Gesundheit, sondern Deine Gesundheit und Du für die Gesellschaft tun kannst!“

Die gesellschaftlich und solidarisch finanzierten Ausgaben im deutschen Gesundheitswesen belaufen sich derzeit auf rund 1 Milliarde EURO **am Tag** – Grund genug, um gesamtgesellschaftlich darüber zu diskutieren, wie diese Gelder in sinnvolle und gerechte Ressourcenverteilung ausgegeben werden sollen. Diese Diskussionen finden derzeit jedoch nur auf politischer Ebene und in Gremien der Selbstverwaltung statt.

Das Vorhandensein und die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems wird selten hinterfragt und häufig als Selbstverständlichkeit wahrgenommen. Für den Steuer- und Beitragszahler setzt eine Krankenversicherungspflicht ein funktionierendes Gesundheitssystem voraus. Es besteht gesellschaftlich eine große Übung darin, die Verantwortung auf Leistungen der Daseinsvorsorge auf staatlicher Seite zu verorten. Ist diese Verortung der Verantwortung auf den Staat noch zeitgemäß und passt sie zum Prinzip einer solidarischen Gesellschaft? Wie stellen wir das Verhältnis zwischen Staat auf der einen Seite und Flexibilität, Eigenverantwortung und Individualisierung auf der anderen Seite in Zukunft sicher? Wie gestalten wir Anreizsysteme und Einsichten für die Übernahme von Eigenverantwortung des Individuums in Bezug auf Erhaltung und Wiederherstellung von **Gesundheit**?

Wenn Bürger besser informiert sind und damit zunehmend aktiv in die Entscheidungsprozesse ihrer Gesunderhaltung und -werdung einbezogen sind, übernehmen sie damit nicht zunehmend auch mehr Verantwortung für sich?

Welche Bedeutung hat ein solcher Wandel für die Qualität der Versorgung, denn wenn wir heute bereits wissen, dass derzeitige Leistungsangebote in der Fläche nicht mehr aufrecht zu erhalten sind, benötigen wir dann nicht für die Durchführung der Veränderungen umso mehr den demokratischen Rückhalt der regionalen Bürgerinnen und Bürger, um Ressourcen neu zu allokkieren, stationäre Versorgung herunter- und digitale, sowie ambulante Versorgungsangebote vor Ort zu stärken?

Führt der Wille zur Übernahme von individueller Entscheidungsverantwortung dann nicht auch zu dem Bedürfnis, die Grundlagen und Bestandteile eines Gesundheitssystems mitzugestalten? Ist das nicht umso mehr der Fall, wenn es um die Verwendung von Steuer- und Beitragszahlermitteln geht, welche im Rahmen der Daseinsvorsorge allen Bürgerinnen und Bürgern im Land gleichermaßen zur Verfügung stehen sollen?

Ist das ein fundamentaler demokratischer Prozess einer Gesellschaft und wenn ja, sind wir in Deutschland ausreichend gerüstet, um dieses Bedürfnis und diesen Prozess umzusetzen?



Abb. 1

INHALT

Einleitung	8
I Die Teilnehmer und Perspektiven	9
II Patienten- oder Gesundheitsdemokratie – Strukturierung von Begrifflichkeiten	10
1 Bedürfnisse von Menschen im Gesundheitskontext	10
1.1 Patienten und Bürger	10
1.2 Gesundheitsdemokratie	10
2 Gesundheitsbedürfnisse und demokratische Legitimation	11
3 Solidargemeinschaft und Verantwortung	12
4 Gesundheit als Bestandteil der Daseinsvorsorge	14
5 Gesundheit und Solidarprinzip als Grundlage der Gesundheitsversorgung und -demokratie	15
III Die Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Bürger und Patienten	16
1 Patientenbeirat als Basis der Gesundheitsdemokratie?	16
2 Wechselseitige Informationspflicht von Bürger und Staat	17
3 Gesundheits-Bürgerbeirat als Lösung?	17
IV Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Heilberufe und Gesundheitsdienstleister – Vom Paternalismus zur Partnerschaft	18
1 Gesundheitskompetenz als Schlüssel zu partizipativer Entscheidung	18
2 Fokus auf Gesunde und Gesunderhaltung als Chance	19
2.1 Gesundheit als Eigenverantwortung der Bürger	19
2.2 Angebote und Geschäftsmodelle der Gesundheitsberufe ändern sich	19
3 Daten und Digitalisierung fördern die Partnerschaft mit der Ärzteschaft	20
4 Vom „Datengenerier“ zum „Datenauswerter“ und Berater	21
5 Digitale Diagnose - Bedeutungsverlust der Ärzteschaft zu befürchten?	22
6 Erkenntnisgewinn durch Datenaustausch – eine solidarische Verantwortung?	23
7 Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen	24

V	Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für die Selbstverwaltung	26
1	Kernprinzipien der Selbstverwaltung	26
2	Anforderungen an die Rahmenbedingungen	27
3	Überlappung Bürger- und Sozialversicherungsträgerinteressen zu Gesundheitsthemen	28
4	Stärkung der Selbstverwaltung durch mehr Gesundheitsdemokratie	29
VI	Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Gesellschaft und Staat	30
1	Ethische und gesellschaftliche Aspekte	30
2	Politische Aspekte und Beispiele der Gesundheitsdemokratie	31
2.1	Föderalismus	31
2.2	Einbeziehung der Bürgerinteressen und -bedürfnisse	32
2.3	Bürgerbeirat Gesundheit– ein praktiziertes Modell in Bayern	32
3	Das Schöffenamts als demokratisches Vorbild für einen Gesundheits- Bürgerbeirat?	33
VII	Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Gesundheitsdienstleister und Industrie	36
1	Wandel der Geschäftsmodelle	36
2	Bürgerhoheit über Gesundheitsdaten	37
3	Versorgungsinnovation durch gesundheitsgebildete Bürger fördern	37
	Zusammenfassung	38
	Teilnehmer	39
	Nachwort	42
	Danksagung	43

Einleitung

Gesundheit entwickelt sich zu einem der bedeutendsten globalen Megatrends. Der demographische Wandel in Gesellschaften führt zu erhöhter Nachfrage, was den Bestand, die Struktur, sowie die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen hinterfragt. Eine Vielzahl von Innovationen flutet den Gesundheitsmarkt – sowohl für die Fachwelt, als auch für die Verbraucher. Die Bürger wandeln sich von Patienten zum Gesundheitskonsumenten.

Noch nie war der Zugang der Allgemeinheit zu Gesundheitsinformationen so einfach, allerdings stellt die Flut und Vielfalt der Informationen die Suchenden vor die Herausforderung, nach Validität und Relevanz zu filtern. Der Umgang mit Gesundheitsinformationen und -angeboten stellt generationsübergreifend eine Herausforderung dar, die Auswirkungen auf die Gesellschaft sowie die Leistungsfähigkeit von Solidargemeinschaften hat. Die Digitalisierung eröffnet außerdem völlig neue Möglichkeiten für eine individualisierte und präzise Diagnostik und Therapie.

Die zunehmende Digitalisierung zeigt, dass Daten der Schlüssel zur Medizin der Zukunft und zur Gesundheit des Einzelnen sind. Dabei stellen Datenerhebung, Datenanalyse, sowie Umgang mit Gesundheitsdaten und die daraus ergebenden Handlungsempfehlungen Bürger, Heilberufe, Gesundheitseinrichtungen, Gesundheitsindustrie, Krankenversicherungen, Gesellschaft und Staat vor völlig neue Fragen und Herausforderungen. Die am 09. März 2023 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte „*Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege*“⁵ unterstreicht dies mit hoher Priorität. Bedauerlicherweise beinhaltet diese Digitalisierungsstrategie keinen Ansatz zu mehr Bürgerverantwortung und -gestaltung, ebenso wenig wie die Frage nach der Befähigung der Bürgerinnen und Bürgern im Umgang mit Gesundheitsdigitalisierung.

Gesundheit ist eines der wenigen Themen, denen sich kein Mensch entziehen kann, da jeder Bürger einen Bezug dazu hat – mittelbar oder unmittelbar.

Wenn Gesundheit damit ein stetig wachsendes gesellschaftliches Thema ist, steigt einerseits der Bedarf nach Informationen zu Inhalt, Qualität, Kosten, Verfügbarkeit etc. von Leistungsangeboten. Andererseits ist zu hinterfragen, ob die Informations- und Leistungsangebote bedarfs- und interessengerecht sind und dem aktuellen Wandel standhalten.

Dies bedingt die Frage der Einflussnahme von Bürgern und Gesellschaft auf die Rahmenbedingungen von Gesundheitsinformationen und -leistungsangeboten. Damit stellt sich innerhalb eines Gesundheitssystems die Frage, wer für Mitbestimmung und Mitverantwortung zuständig ist und Einfluss nehmen kann und soll.

Insbesondere für Deutschland, dessen Gesundheitssystem auf einem über 100 Jahre alten Solidarmodell basiert, stellt sich die Frage, wie dieses in Zukunft aufgestellt sein muss, um bedarfsgerecht, bedürfnisorientiert, aber auch leistungsfähig zu bleiben. Die Defizite der Versorgung, die insbesondere in der Pandemie deutlicher sichtbar geworden sind, zeigen die Notwendigkeit für Veränderungen innerhalb des Gesundheitssystems auf, nicht zuletzt die Leistungsfähig- und Finanzierbarkeit betreffend.

Der Umbau des bestehenden Gesundheitssystems setzt einen gesellschaftlichen Diskurs über Ziele, Verantwortung und Leistungsfähigkeit voraus, was wiederum einen demokratisch legitimierten Prozess fordert. Die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger in einen solchen Diskurs hat bislang nicht begonnen – von demokratischen Entscheidungsprozessen ganz zu schweigen. Wir sind ein paternalistisches System gewohnt, dass jedoch die Antworten auf bestehende und künftige Herausforderungen nicht mehr allein bewältigen können, ohne das Vertrauen und den Rückhalt der Bürger zu verlieren. Daher ist ein partizipativer Prozess zwingend notwendig, um die Mitverantwortung der Bürgerinnen und Bürger im Wege der Gesundheitsdemokratie zu etablieren, gemeinsame Antworten auf die Herausforderungen des Wandels im Gesundheitssystem zu geben und einen solchen demokratischen Prozess zu gestalten.

Diese Entwicklungen stellen nicht nur Geschäftsmodelle der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen und -produkten, sondern auch die Verantwortungen von Bürgern, Krankenversicherungen, Leistungserbringern, Industrie und Staat vor neue Herausforderungen.

Aus diesem Grund haben sich im Januar 2023 Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitswirtschaft in Frankfurt am Main unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Schlegel zu einem Workshop zusammengefunden, um gemeinsam über die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu diskutieren. Die Diskussion hat zu den nachfolgenden Erkenntnissen und Grundlagen eines gesellschaftlich notwendigen Diskurses geführt, der einen Beitrag zur Gestaltung der Zukunft der Gesundheitsdemokratie leistet.

⁵ https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/D/Digitalisierungsstrategie/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf

Die Teilnehmer und Perspektiven

Teilnehmer des Workshops:

- Herr Rechtsanwalt Professor Dr. Thomas Schlegel (Leiter des Workshops)
- Frau Birgit Bauer (Social Media, Digital Health Expertin & Patient Expert)
- Herr Dr. Max Tischler (Arzt)
- Frau Dr. Julia Inthorn (Director of the Center for Health Care Ethics, Hannover)
- Herr Professor Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher
(Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, IGVresearch)
- Herr Dr. med. Gerald Loos (Managing Director Mehiläinen)
- Herr Bernhard Seidenath. MdL (Gesundheitspolitischer Sprecher der CSU Landtagsfraktion)

(s. Lebensläufe ab S. 39)



Abb. 2

II Patienten- oder Gesundheitsdemokratie – Strukturierung von Begrifflichkeiten

Die sorgfältige Unterscheidung von Begrifflichkeiten und Bedürfnissen lässt erst einen qualifizierten Diskurs über die Verteilung und Wahrnehmung von Verantwortung und deren demokratische Allokation und Legitimation zu.

1 Bedürfnisse von Menschen im Gesundheitskontext

1.1 Patienten und Bürger

Wenn es um die Frage der Einflussnahme auf Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems geht, sind zunächst die begrifflichen Grundlagen zu sortieren, um nicht zuletzt die Allokation von Verantwortung präzisieren zu können.

Der Begriff der „Patientendemokratie“ ist unscharf und gelegentlich irreführend. In einer Gesellschaft, in der zunehmend die Gesunderhaltung und Prävention an Bedeutung gewinnen, ist der Kontext „Patient“ bereits unpassend. Gesunde Bürger haben andere Gesundheitsbedürfnisse als kranke. Akut kranke Patienten haben wiederum zumeist andere Bedürfnisse als chronisch und schwerkranke Menschen und deren Angehörige. Gesunde Angehörige kümmern sich um familiäre Patienten und identifizieren sich mit deren Bedürfnissen.

Gesunde und Patienten sind Bürger der Gesellschaft – eine Eingrenzung der Begrifflichkeit auf Patienten erscheint daher allein aufgrund der Überlappung von Interessen und Bedürfnissen nicht angebracht.

1.2 Gesundheitsdemokratie

Wenn es bei der Demokratie („Herrschaft des Volkes“) um die Teilhabe aller an der politischen Willensbildung geht, kann es daher bei der Einflussnahme und Mitgestaltung der Bürger auf Gesundheitsfragen im gesellschaftlichen Kontext nur um „Gesundheitsdemokratie“ gehen. Das setzt freilich voraus, dass die Bedürfnisse von Patienten mitgedacht und berücksichtigt werden und ebenso einen Teil der demokratischen Willensbildung darstellen, wie die von Gesunden. Das schließt im Übrigen die Patientendemokratie als Teil der Gesundheitsdemokratie nicht aus, jedoch gälte es die Gruppe der Patienten und deren Interesse und Bedürfnis jeweils zu konkretisieren.

2 Gesundheitsbedürfnisse und demokratische Legitimation

Das Bedürfnis nach Gesundheitsinformationen ist von solchen nach Leistungs- und Produktangeboten abzugrenzen, wiederum Präventions- von kurativen Informationen und Leistungen. Das Bedürfnis nach Informationen ist außerdem vom Bedürfnis der Mitgestaltung und -bestimmung zu unterscheiden.

In Zeiten von Socialmedia besteht zudem eine begriffliche Verwechslungsgefahr zwischen sogenannten „Followern“ und demokratischer Legitimation zur Mitgestaltung und -bestimmung von gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen. Meinungsbildung ist dabei von demokratischen Entscheidungsprozessen zu unterscheiden. Ein demokratischer Entscheidungsprozess unterliegt einer strukturierten Legitimation derer, welche letztlich Entscheidungen für die Mehrheit treffen dürfen. Dem geht in der Regel ein Wahlprozess und eine repräsentative Übertragung der Macht voraus. Diese Grenzen verwischen im Rahmen digitaler Möglichkeiten, dass der Einzelne seine Zustimmung zu Meinungen anderer treffen kann. Eine Ableitung einer demokratischen Legitimation kann daraus jedoch nicht getroffen werden, vielmehr kann die Bündelung von Zustimmungen zu Meinungen eher als „Barometer“ für die Konsensfähigkeit einer Meinung betrachtet werden.

„Hinter mir als Patientenvertreterin stehen 80 Millionen Menschen, jedoch verfügen Patienten nicht über dieselben Netzwerke und Gremien, wie die Leistungserbringer und Industrie.“

~ Birgit Bauer

Die Bündelung von Patienten- und Bürgerinteressen durch Frau Birgit Bauer, sowie deren Reichweite und Vernetzung kann erheblichen und konstruktiven Einfluss auf Entscheidungsprozesse nehmen und den demokratischen Willensbildungsprozess unterstützen. Die institutionelle demokratische Legitimation ist hiervon gegebenenfalls zu unterscheiden.

„Wir sollten die Begriffe „Demokratie, Selbstbestimmung und Mitbestimmung“ sorgfältig trennen. Nur wenige Personen und Institutionen im Gesundheitswesen sind momentan demokratisch legitimiert.“

~ Prof. Dr. Herbert Rebscher

Ein demokratischer Prozess setzt die Organisation und Umsetzung eines strukturierten Legitimationsprozesses voraus. Auf die Gesundheitsdemokratie bezogen stellt sich die Frage, in welchem Maße solche Prozesse bereits existieren und gegebenenfalls einer Neustrukturierung bedürfen.

Dabei geht es zunächst einmal um den wertfreien Umgang mit den entsprechenden Begrifflichkeiten und der Schaffung eines Konsenses, wie die Basis von Gesundheitsdemokratie gestaltet und deren Ziele erreicht werden können.

3 Solidargemeinschaft und Verantwortung

Für die richtige Allokation von Verantwortung im Kontext der Gesundheitsdemokratie ist sie zunächst auch als Bestandteil der Solidargemeinschaft zu betrachten.

„Eine Gesellschaft braucht die Gemeinschaft, um ihre Ziele zu erreichen. Solidarität und Gerechtigkeit sind kein Widerspruch, sondern müssen miteinander in Verbindung gebracht werden.“

~ Dr. Julia Inthorn

Die Verankerung der Solidargemeinschaft im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist ein wichtiges Element der sozialen Verantwortung und des Zusammenhalts innerhalb der Gesellschaft. Im Artikel 20 des Grundgesetzes wird die Verpflichtung des Staates zur Schaffung eines solidarischen Gemeinwesens festgeschrieben.

Artikel 20 Grundgesetz

- (1) Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.
- (2) Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt.

Das Solidarprinzip besagt, dass die Mitglieder einer Gesellschaft solidarisch füreinander eintreten und Verantwortung füreinander übernehmen. Dies gilt auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Auf der Basis dieses Prinzips zahlen daher auch gesunde Menschen in die Solidargemeinschaft ein, um eine finanzierbare Krankenversorgung für alle und damit auch die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft sicherzustellen.

Die Idee dahinter ist, dass jeder Mensch ein Recht auf eine angemessene Gesundheitsversorgung hat und es nicht von seiner finanziellen Situation abhängen darf, ob er sich diese leisten kann oder nicht. Das Solidarprinzip ermöglicht es somit, dass diejenigen, die mehr Geld verdienen, mehr in die Solidargemeinschaft einzahlen und dadurch dazu beitragen, dass auch weniger finanzstarke Menschen eine gute Gesundheitsversorgung erhalten. Das Solidarprinzip ist somit ein wichtiger Baustein für ein soziales Gesundheitssystem, das allen Menschen unabhängig von ihrer finanziellen Situation eine angemessene Gesundheitsversorgung ermöglicht. Die Basis einer funktionierenden Solidargemeinschaft ist das Recht des Einzelnen auf Inanspruchnahme der Gemeinschaft im Falle der Bedürftigkeit und Ermangelung der eigenen Leistungsfähigkeit. Daher funktioniert das Solidarprinzip nur dann, wenn sich der Einzelne seiner Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft bewusst ist und deren Leistungsfähigkeit immer im Kontext der eigenen Bedürftigkeit und Leistungsfähigkeit sieht. Die Solidargemeinschaft darf daher nicht als „kollektiver Selbstbedienungsladen“ missverstanden werden, da sonst die Gefahr der Unfähigkeit der Leistung droht.

Die Verankerung im Grundgesetz zeigt, dass es sich hierbei um ein grundlegendes verfassungsgemäßes Prinzip handelt, das in der Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland demokratisch legitimiert und damit konsentiert ist.

„Der Patient und GKV-Versicherte ist bereits im SGB V adressiert.“

~ Bernhard Seidenath

Der Solidargedanke, sowie die Verantwortung der Versicherten ist im SGB V ganz am Anfang klar definiert:

§ 1 Solidarität und Eigenverantwortung

Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten. Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Die Krankenkassen haben den Versicherten dabei durch Aufklärung, Beratung und Leistungen zu helfen und unter Berücksichtigung von geschlechts-, alters- und behinderungsspezifischen Besonderheiten auf gesunde Lebensverhältnisse hinzuwirken.

Bemerkenswert ist, dass die ausdrückliche Eigen- und solidarische Verantwortung seinen Niederschlag zwar im Kontext der gesetzlichen Krankenversicherung gefunden hat, nicht aber in einem für alle Bürger der Bundesrepublik geltenden Gesetzes. Insoweit könnte der Eindruck entstehen, das Solidarprinzip gelte – entgegen seiner Verankerung im Grundgesetz – im Gesundheitskontext nur für gesetzlich Versicherte. Dies ist ein häufig geäußerter Kritikpunkt des Nebeneinanders von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung, welcher eine Ungleichheit in der solidarischen Verantwortung und damit einhergehenden Ungerechtigkeit im Hinblick auf Leistungen und Finanzierung thematisiert. Auch hier ist dringender Handlungsbedarf zu sehen, um nicht zuletzt einen gesellschaftlichen Konsens über die Sinnhaftigkeit und den Nutzen einer solchen Dualität zu erzielen und gegebenenfalls auch gesellschaftlich legitimierte Konsequenzen umzusetzen. Es ist davon auszugehen, dass die Spannung der Zweiklassenmedizin steigt, wenn die Versorgung schlechter wird, da bereits heute das Thema der Terminvergabe eine Bevorzugung von Privatpatienten nach sich zieht. Ob dies an der Ressourcenknappheit von Terminen oder daran liegt, dass häufig Quartalspauschalen von GKV-Versicherten einen wirtschaftlichen Malus für häufigeres Erscheinen innerhalb des Quartals darstellt, mag dahinstehen.⁶

Tatsache ist, dass die Vergrößerung der Schere zwischen gesetzlich und privat Versicherten zu einer Vergrößerung der Ungleichbehandlung führt, was im Rahmen der Daseinsvorsorgepflicht des Staates kaum mit dem Grundgesetz vereinbar ist.

Bislang erschöpft sich diese Diskussion darin, dass sie pünktlich zur Bundestagswahl aus den Schubladen geholt und plakativ im Wahlkampf instrumentalisiert wird, nach der Wahl jedoch keinerlei Handlungen oder Maßnahmen erfolgen, eine grundlegende Reform der (Kranken-)Versicherungsverhältnisse in Angriff zu nehmen.

⁶ s. auch den Beitrag zum Zustand des deutschen Gesundheitswesens im FOCUS Online vom 06.02.2023: https://www.focus.de/gesundheit/das-beste-gesundheits-system-der-welt-hoert-endlich-auf-damit_id_184183772.html

4 Gesundheit als Bestandteil der Daseinsvorsorge

Der Begriff der Daseinsvorsorge bezieht sich auf die Versorgung der Bevölkerung mit lebenswichtigen Gütern und Dienstleistungen. Dazu gehören beispielsweise die Bereitstellung von Wasser, Energie, Verkehr, Bildung und auch Gesundheitsversorgung.

Im Kontext der Gesundheitsversorgung bedeutet Daseinsvorsorge unter anderem, dass jeder Mensch Zugang zu medizinischer Versorgung haben sollte. Eine angemessene Gesundheitsversorgung wird als grundlegende Voraussetzung für die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit eines jeden Einzelnen angesehen. Es geht dabei nicht nur um die Behandlung von Krankheiten, sondern auch um die Vorbeugung und die Förderung von Gesundheit.

Das Prinzip der Daseinsvorsorge ist im Grundgesetz verankert. Art. 20 Abs. 1 GG verpflichtet den Staat dazu, das Wohl der Allgemeinheit zu fördern und zu schützen. Hierzu gehört auch die Sicherstellung einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Nimmt

man die im Prolog dargestellte Definition der WHO, ergibt sich daraus ein weitgefasser Gesundheitsbegriff, der sich nicht nur darauf versteht, einen „Reparaturanspruch“ zu haben, sondern der (individuelle) Prävention und Ausbalancierung der Lebensverhältnisse mit einschließt. Spannt man diese Definition weiter, ist das abgeleitete Ziel der Erhalt oder die Steigerung der Zufriedenheit der Bürger, was auch eine Auswirkung auf den sozialen Frieden innerhalb einer Gesellschaft hat.

Darüber hinaus ist in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG das Recht auf körperliche Unversehrtheit verankert, welches eine staatliche Verpflichtung zur Gewährleistung eines angemessenen Gesundheitsschutzes beinhaltet. Dies umfasst auch die Bereitstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung und die Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung, die als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu betrachten ist. Unter heutigen Gesichtspunkten ist damit auch eine langfristige gesicherte Versorgung der Lebensverhältnisse einzubeziehen.



Abb. 3

5 Gesundheit und Solidarprinzip als Grundlage der Gesundheitsversorgung und -demokratie

Das Zusammenspiel zwischen Solidarprinzip und Daseinsvorsorge spielen bei der Gesundheitsversorgung eine entscheidende Rolle. Denn die Gesundheit eines jeden Einzelnen ist von besonderer Bedeutung für das Gemeinwohl und somit für die Daseinsvorsorge.

Das Solidarprinzip gewährleistet, dass die notwendigen finanziellen Mittel zur Versorgung kranker Menschen von der Solidargemeinschaft getragen werden.

Die Daseinsvorsorge wiederum stellt sicher, dass eine ausreichende und angemessene Versorgung mit Gesundheitsleistungen für alle Menschen in einer Gesellschaft gewährleistet ist. Dazu gehört nicht nur die Verfügbarkeit von medizinischen Einrichtungen, sondern auch die Sicherstellung von qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung und deren Finanzierung. Die öffentliche Hand trägt hierbei eine besondere Verantwortung, um eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Es ist insoweit erwähnenswert, dass die Verantwor-

tung der Daseinsvorsorge für alle Bürger gilt und nicht nur aus der gesetzlichen Krankenversicherung abgeleitet werden kann. Der Auftrag zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung ist daher auch immer losgelöst von der sogenannten „Selbstverwaltung“ zu sehen, da diese im Wesentlichen dem Kontext der GKV entspringt.

Zusammenfassend können wir daher sagen, dass das Solidarprinzip und die Daseinsvorsorge indirekt die Verankerung einer Gesundheitsdemokratie darstellen und dafür sorgen, dass jeder Bürger unabhängig von seinem sozialen Status oder seiner finanziellen Situation eine angemessene medizinische Versorgung erhält. Die Gesundheitsversorgung wird somit als grundlegendes Gut der Gesellschaft verstanden, welches für das Wohl aller Menschen von entscheidender Bedeutung ist.

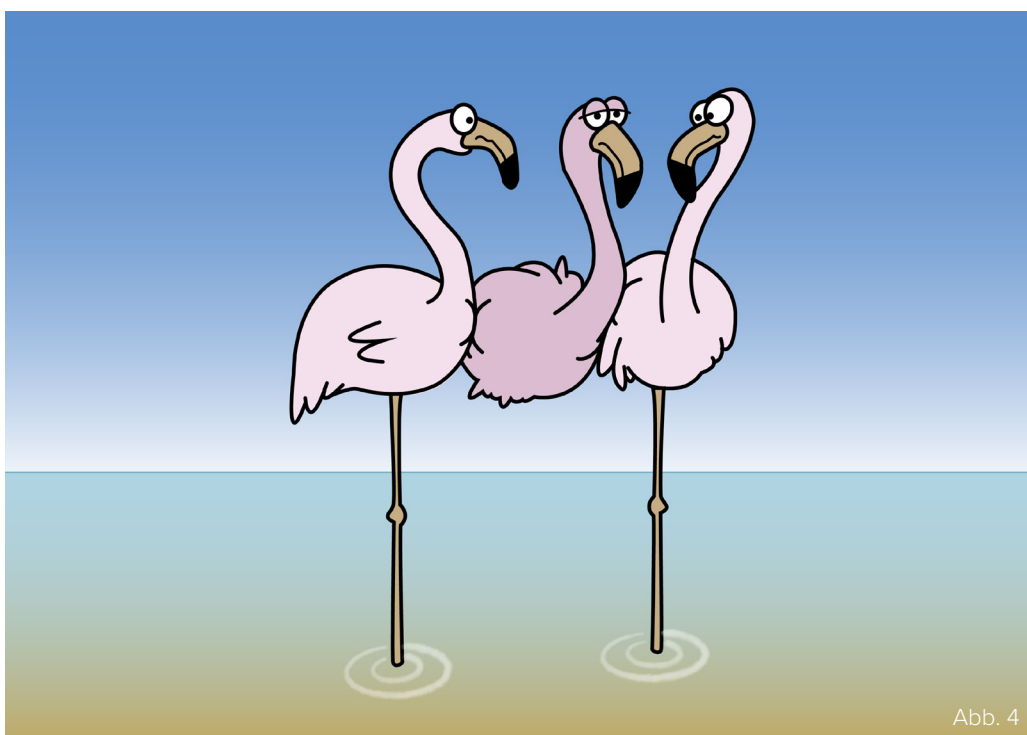


Abb. 4

Die Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Bürger und Patienten

Das Gesundheitssystem steht vor zahlreichen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung der Bürger und Patienten.

„Die Bedeutung einer aktiven Beteiligung der Patienten und Bürger im Gesundheitsgeschehen muss und wird erheblich zunehmen. Es sind neue Strategien erforderlich, um die Menschen zu erreichen und Mitgestaltung und Wahrnehmung von Bürger- und Patientenverantwortung zu ermöglichen. Die Patienten und werden in der Zukunft noch vielfältiger werden.“

~ Birgit Bauer

1 Patientenbeirat als Basis der Gesundheitsdemokratie?

Ein Patientenbeirat auf Bundes- und Landesebene könnte eine bessere Zusammenarbeit zwischen Patienten- und Bürgerorganisationen gewährleisten. Diese Beiräte können mit Influencern und Social-Media-Persönlichkeiten zusammenarbeiten, um die „digital literacy“ der Bürger zu stärken und sie zu motivieren, sich zu beteiligen.

„Patienten müssen sich zu bewussten Nutzern des Gesundheitssystems entwickeln, um Lücken im Gesundheitssystem zu erkennen und zu bewerten, aber auch um diese adressieren zu können!“

~ Birgit Bauer

Bürger und Patienten benötigen infolgedessen ein Mitspracherecht, sind bislang jedoch nicht ausreichend repräsentiert und in demokratische Entscheidungsprozesse einbezogen. Da es um gesellschaftlich allgemeine Bürgerbelange geht und nicht nur Patienten betrifft, handelt es sich bei der Einbeziehung um eine grundlegende Frage der Gesundheitsdemokratie.

Die Schaffung eines Patientenbeirates mit strukturiertem Legitimationsprozess könnte eine wichtige Grundlage für die Übernahme von Verantwortung für Patientenbelange und Vertretung auf Entscheidungsebene sein (siehe ausführlicher unten unter VI 2.c).

Die gesetzliche Verankerung von Patienteninteressen sind derzeit nur im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen, nämlich in § 140f SGB V. Tatsächlich haben Patientenvertreter beispielsweise im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) lediglich ein Mitberatungs- und Anwesenheitsrecht bei der Beschlussfassung, jedoch kein eigenes Stimmrecht, sodass eine Mitbestimmung im Rahmen der Entscheidungsprozesse gar nicht möglich ist. Dasselbe betrifft die Einbeziehung von Patientenvertretern in Landesausschüsse (§ 140f Abs. 3 SGB V).

2 Wechselseitige Informationspflicht von Bürger und Staat

Das Gesundheitssystem ist zu komplex, um sich ohne vertiefte Kenntnisse als Bürger und Patient darin zurechtzufinden.

„Es herrscht mitunter ein Konkurrenzdenken zwischen Patientenorganisationen, zudem ist das Wissensgefälle in den Patient-Communities und in der Bevölkerung groß. Es müsste eine Bürgerpflicht geben, sich zu informieren, zudem ist es nötig, bereits in der Schule mit Themen wie dem Gesundheitswesen zu beginnen um Gesundheitskompetenz zu fördern. Zudem ist auch der Staat verpflichtet, seine Bürger umfassend und verständlich zu Informieren.“

~ Birgit Bauer

Diese gegenseitige Verpflichtung von Bürger und Staat erfordert eine aktive Beteiligung der Bürger und Patienten. Es geht darum, die Bedürfnisse und Interessen der Bürger und Patienten zu berücksichtigen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und das Gesundheitssystem nachhaltig und effektiv zu gestalten. Bürger und Patienten müssen zu bewussten „Gesundheitskonsumenten“ werden, die sich aktiv an der Gestaltung des Gesundheitssystems beteiligen und Missstände aufdecken.

Das setzt vor allem Informationen und Kenntnis über die Zusammenhänge im Gesundheitswesen sowie den Zugang hierzu für Bürger und Patienten voraus.

3 Gesundheits-Bürgerbeirat als Lösung?

Kommt es bei Mitbestimmung zu Gesundheitsfragen nicht nur auf Patienten- sondern Bürgerbelange an, wandelt sich die Forderung nach Patientenbeiräten in Gesundheitsbeiräte.

„Als Pilotprojekt wurde im Landkreis Dachau seit 2021 ein ‚Bürgerbeirat für Gesundheit‘ eingerichtet.“

~ Bernhard Seidenath

Offene Fragen

Eine zunehmende Zentralisierung der Gesundheitspolitik erschwert die Umsetzung einer lokalen und föderalistisch angelegten lokalen Einflussnahme auf die Belange der Bürger und Patienten vor Ort. Hier gilt es, die demokratische Einflussnahme der Bürger und Patienten über die Landespolitik für die Umsetzung der Daseinsvorsorge zu gewährleisten.

Steht die Installation demokratisch legitimierter Bürgerbeiräte mit Patienteninteressen im Konflikt oder sind beide eine ideale Ergänzung zur demokratischen Vielfalt und ermöglichen in der Struktur die notwendigen Diskurse zur Willensbildung und Entscheidungsfindung in Gesundheitsfragen?

Lösungsangebote

Herr Seidenath berichtete von einem Bürgerbeirat in Dachau⁷, in welchem zufällig ausgewählte Bürger über die Zukunft des Gesundheitssystems diskutieren und in Entscheidungsprozesse einbezogen worden sind. Ein Ergebnis sei beispielsweise gewesen, dass Bürger lieber einen längeren Weg in Kauf nehmen würden, um einen schnelleren Termin zu bekommen. Durch den Bürgerbeirat sei lokal ein erhöhtes Interesse an der Gesundheitspolitik erreicht worden. Durch solche Institutionalisierungen könne man auch gegebenenfalls eine Vernetzung von „Playern“ in „Gesundheitsregionen“ erreichen.

⁷ <https://nexusinstitut.de/buergerbeirat-gesundheit-im-landkreis-dachau/>

IV Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Heilberufe und Gesundheitsdienstleister – Vom Paternalismus zur Partnerschaft

In den letzten 30 Jahren hat sich das Bild des Arztes in Deutschland stark gewandelt.

„Der Gott in Weiß in seiner Einzelpraxis wird zunehmend vom flexiblen Teamplayer in Gemeinschaftskonstrukten abgelöst.“

~ Dr. Max Tischler

Die Patienten sind heute informierter und haben mehr Kenntnis über ihre Gesundheit, was zu einem partizipativen Entscheidungsprozess zwischen Arzt und Patient führt.

1 Gesundheitskompetenz als Schlüssel zu partizipativer Entscheidung

Die Gesundheitskompetenz der Patienten wird immer wichtiger und sollte zukünftig verpflichtend werden, um Verantwortung für die eigene Gesundheit tragen zu können – in jedem Gesund- und Krankheitszustand.

„Eine Zusammenarbeit in Form von Interprofessionalität und Interdisziplinarität muss in allen Ausbildungsschritten der Ärzteschaft und Heilberufe mitgedacht und berücksichtigt werden. Für die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürger sind niederschwellige Angebote und eine Integration in die „schulische“ Laufbahn notwendig. Die Ärzteschaft muss zudem den Umgang mit gut informierten und kompetenten Patienten erlernen.“

~ Dr. Max Tischler

Die Betonung der Patientenbeteiligung und Eigenverantwortung im Gesundheitssystem ist für eine Umsetzung der Gesundheitsdemokratie von entscheidender Bedeutung, da Patienten immer mehr Zugang zu digitalen Hilfsmitteln haben und dadurch besser informiert sind.

Es ist daher aus der Perspektive der Leistungserbringer wichtig, dass Ärzte und Gesundheitsdienstleister die sich verändernde Rolle von Patienten im Gesundheitssystem anerkennen und eine Partnerschaft zwischen Ärzten und Patienten aufbauen, um gemeinsam Entscheidungen im Gesundheitswesen zu treffen. Das paternalistische Modell hat damit ausgedient.

Durch eine verbesserte Gesundheitskompetenz und Systemkenntnis können Bürger und Patienten die Verantwortung für ihre eigene Gesundheit besser übernehmen und ihre Entscheidungen treffen.

„Die frühzeitige Einbeziehung der Gesundheitsbildung in Kindergärten und Grundschulen hat sich allein im Bereich Prävention in der Dentalprophylaxe bewährt und sollte entsprechend ausgebaut werden“.

~ Dr. Gerald Loos

Eine frühzeitige Erlernung von Gesundheitskompetenzen wurde beispielsweise in den Grundschulen über das bereits 1991 ins Leben gerufene Programm „Klasse 2000“⁸ etabliert und hat bis heute ca. 2 Millionen Kinder in den Grundschulklassen 1-4 in Deutschland erreicht. Da es sich jedoch um ein fakultatives und privat finanziertes Angebot handelt, sind natürliche Grenzen in der Reichweite gesetzt. Es ist daher zu überlegen, derartige Konzepte (im Übrigen mit integriertem Spaßfaktor für die Schüler) obligatorisch in die Lehrpläne einzubauen und auch altersübergreifend anzubieten.

2.2 Angebote und Geschäftsmodelle der Gesundheitsberufe ändern sich

In einem partizipativen Modell und einem Fokus auf Eigenverantwortung des Bürgers zur Gesunderhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit wandelt sich damit auch die Rolle und das Selbstverständnis der Ärzteschaft und Gesundheitsberufe.

„Die Unterstützung zur Gesunderhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit erweitert das Geschäftsmodell der Ärzteschaft und Heilberufe vom „Reparaturbetrieb“ zum „Kümmerer“ und „Gesundheitscoach“. Dies eröffnet völlig neue Möglichkeiten der Angebote von Leistungen und wird insbesondere durch digitale Instrumente unterstützt.“

~ Dr. Gerald Loos

2 Fokus auf Gesunde und Gesunderhaltung als Chance

2.1 Gesundheit als Eigenverantwortung der Bürger

Der Fokus auf die Gesunderhaltung hat erheblichen Einfluss auf die Einstellung der Bürger zum Thema Gesundheit, was eine veränderte Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsberufe nach sich zieht. Bislang ist die überwiegende Inanspruchnahme ärztlicher Leistung durch den akuten oder chronischen Krankheitsfall veranlasst. Vorsorge und Prävention spielen eine untergeordnete Rolle. Das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe und der Ärzteschaft wird über die Vergütung gesteuert. Eine Fehl- und Unterversorgung wird jedoch nicht vom Orientierungsrahmen der Vergütungsregelungen erfasst.

⁸ www.klasse2000.de

3 Daten und Digitalisierung fördern die Partnerschaft mit der Ärzteschaft

Die Digitalisierung treibt diesen Wandel weiter voran und bietet zahlreiche Möglichkeiten des „Home-Monitorings“ durch Wearables, was die Prävention in den Fokus des Patienten rückt. Die Ärzteschaft braucht Unterstützung in der Auswertung der Informationen und um den Patientenerwartungen gerecht zu werden. Dr. Alexandra Widmann stellte unlängst hierzu fest: *„Als Ärztin oder Arzt ist die wichtigste Aufgabe für Patientinnen und Patienten, die beste Behandlung bzw. Lösung zu finden – dazu gehören auch digitale Anwendungen. Die Transformation hat längst begonnen und verändert jetzt das Arzt-Patienten-Verhältnis. Ärztinnen und Ärzte müssen sich auch mit Datengenerierung, -verarbeitung und -schutz auskennen und das alles in patientengerechte Sprache übersetzen können.“*⁹ Hierbei können Automatisierung und weiterqualifizierte Gesundheitsfachberufe ihren Teil dazu beitragen.

In jüngerer Zeit hat sich das Rollenverständnis bereits gegenüber Gesundheitsberufen gewandelt, was auch auf Entwicklungen bei der Datengenerierung zurückzuführen ist.

„Die Generierung von Gesundheitsdaten durch und beim Bürger – beispielsweise im Wege des „Home-Monitorings“ nimmt deutlich zu und kann für die ärztliche Tätigkeit bedeutsam unterstützend sein. Es gibt derzeit hinsichtlich der Daten jedoch weder eine standardisierte Zentralisierung noch entsprechende Schnittstellen, was den sinnvollen Umgang mit Gesundheitsdaten derzeit noch erschwert.“

~ Dr. Max Tischler

⁹ <https://www.docsdigital.de> – Dr. Alexandra Widmann, Fachärztin für Neurologie und Psychotherapie, Video- und Podcast-Host

Für die Ärzteschaft stellt sich die Frage, wie man mit „informierten Patienten“ umgehen soll. Generell braucht es mehr Zeit für das Arzt-Patienten-Gespräch, was derzeit weder im Fokus der Versorgungs- noch Vergütungssystems steht, was jedoch auch über den weiteren Ausbau von Gesundheitsberufen und eine interprofessionelle Zusammenarbeit erreicht werden kann. Die Patienten müssen eine bessere Selbsteinschätzung hinsichtlich der Validität der von Ihnen gesammelten Daten, Fehlern in diesen Daten, Freigabe von Daten und den Umgang mit Daten entwickeln. Dies setzt eine bessere Qualifikation auf Patientenseite voraus, die wünschenswerterweise bereits in der Schule vermittelt werden sollte.

„Es brauche ein erhöhtes Angebot an die Bürger, aber auch die Wahrnehmung durch die Bürger muss sich ändern. Beispielsweise wird das Hautkrebscreening von Bürgern viel zu wenig wahr- und damit auch viel zu gering in Anspruch genommen.“

~ Dr. Max Tischler

Die Ärzte werden auf der anderen Seite künftig nicht mehr die einzigen Ansprechpartner der Patienten sein. Es bedarf daher künftig Gesundheitsteams, welche den Patienten im Team integrieren und unterstützen, denn der Patient und die Erkrankungen werden nicht mehr isoliert betrachtet, sondern als Teil eines Ganzen verstanden.¹⁰

¹⁰ siehe auch: Gesundheitswelt 2049: <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/trendreport-gesundheitswelt-2049/>

4 Vom „Datengenerierer“ zum „Datenauswerter“ und Berater

Die Daten liegen zunehmend nicht mehr nur beim Arzt, sondern Bürger und Patienten erheben sie selbst über Wearables und Eigenmessungen und entscheiden dann, ob und wem sie zugänglich gemacht werden, je nachdem, wie sensibel die Daten sind – beispielsweise bei sexuell übertragbaren oder psychischen Erkrankungen. Daher stellt sich mit zunehmenden Datenerhebungen der Bürger und Patienten die Frage, wie sie diese Daten mit ihren Ärzten teilen können. Dies setzt selbstverständlich auch die Digitalisierungskompetenz der Ärzteschaft und anderer Heilberufe voraus. Die hierfür notwendigen Schnittstellen und Automatisierungen sind dringend erforderlich, um einen effektiven und qualitativ hochwertigen Umgang mit Gesundheitsdaten zu ermöglichen. Die elektronische Patientenakte (ePA) ist damit längst überfällig und der Mangel an Entscheidungsfähigkeit des Gesetzgebers hierzu beklagenswert. Die in der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege vom Bundesgesundheitsministerium bis 2025 in Aussicht gestellte ePA ist insoweit sehr zu begrüßen. Bedauerlich ist, dass die Datenintegration von Daten, die Bürger und Patienten erheben (z.B. Wearables u.ä.) in der Digitalisierungsstrategie gar nicht vorkommt und damit die Gefahr besteht, dass sich aus der Datenerhebung abzuleitende Handlungsempfehlungen eher durch Algorithmen, denn durch Ärztinnen und Ärzte erfolgen. Der EHDS (European Health Data Space) geht von einer Integration von Datenschnittstellen zugunsten des Bürgers und Patienten aus, um Daten von Wearables auch zu integrieren und verfügbar zu machen.

Wenn Gesundheitsdaten zunehmend beim Bürger und Patienten erhoben und gespeichert werden, stellt sich die Frage, welche Handlungsempfehlungen und Maßnahmen sich aus der Datenerhebung ableiten lassen. Dies hat eine bedeutsame Auswirkung auf die Datenanalyse und gegebenenfalls Diagnostik, sowie auf eine neue Rolle und veränderte Aufgabe der Ärzte im Selbstverständnis: sie werden in der Zukunft eher die durch die Patienten zur Verfügung gestellten Daten aus und treffen dann entsprechende abgestimmte Therapieentscheidungen.

Dieses Konzept hat erhebliche Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Die Daten liegen nun nicht mehr beim Arzt, sondern beim Bürger, Versicherten und Patienten und es stellt sich daher die Frage, wie der Patient die Daten mit dem Arzt und anderen Gesundheitsberufen teilen kann, denn: Ein digitales Gesundheitssystem braucht mündige Bürger¹¹. Daraus wird auch eine neue Rolle der Ärzte folgen. Arzt und Patient stellen – gegebenenfalls zusammen mit anderen Gesundheitsberufen - ein Team dar, wenngleich der Patient künftig die Daten selbst vorhalten muss.

¹¹ Achim Halfmann: Digitale Privatheitskompetenz - <https://pressbooks.pub/cm38/chapter/ein-digitales-gesundheitssystem-braucht-mundige-burger>

5 Digitale Diagnose - Bedeutungsverlust der Ärzteschaft zu befürchten?

Die Verlagerung der Datenhoheit von der Ärzteschaft zum Bürger und Patienten stellt ganz neue Fragen, die nicht zuletzt auch regulatorischer Natur sind.

Digitale Datenerhebung und -auswertung sind bereits heute nahe Vorstufen der Diagnostik. Die Diagnose hingegen ist eine höchstpersönliche und nicht delegierbare ärztliche Leistung, für die der Arzt auch haftet. Die Unterstützung von künstlicher Intelligenz (KI) und die Möglichkeit des steigenden Zugriffs auf qualitative Gesundheitsdaten(banken) ermöglichen in vielen Fachbereichen eine digitale Diagnose in Verbindung mit Handlungsempfehlungen für Patienten. Dieses Thema wird von vielen Ärzten als bedrohlich empfunden, da sie befürchten, die Hoheit über die Diagnose zu verlieren. Die 2018 von der Bundesregierung eingesetzte Datenethikkommission hat sich vielfältig mit den Erfordernissen KI-gestützter Werkzeuge auseinandergesetzt und daraus auch entsprechende Leitgedanken abgeleitet¹².

Diese Sorge ist dann jedoch unbegründet, wenn das Selbstverständnis der ärztlichen Rolle erweitert und digitale Datenerhebung und Vorauswertung in den Diagnoseprozess eingebunden werden. Denn ärztliche Kompetenz wird zunehmend in der Datenanalyse und den sich daraus ableitenden Handlungsempfehlungen benötigt.

„Insoweit ist es für die Ärzteschaft ratsam, die innovativen Möglichkeiten der Datengenerierung und (Vor-)Auswertung für das eigene Geschäftsmodell zu nutzen und zur Erweiterung des Beratungs- und Leistungsspektrums (z.B. Gesundheitscoaching) einzusetzen. Darüber hinaus kann die digitale Datenauswertung erheblich zur Effektivität der Prozesse der Ärzteschaft beitragen und damit auch die Wirtschaftlichkeit der Praxen verbessern.“

~ Dr. Max Tischler

¹² Gutachten der Datenethikkommission 2019: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/it-digitalpolitik/gutachten-datenethikkommission.pdf;jsessionid=182EB98E55105754D9D4802D45988DCA.1_cid332?__blob=publicationFile&v=7

Im Übrigen ist anzumerken, dass der gesetzliche Rahmen für die zunehmende digitale Erhebung und Auswertung von individuellen Gesundheitsdaten beim Bürger und Patienten komplex ist und derlei Produkte in der Regel eine Anerkennung als Medizinprodukt voraussetzen. Dies ist eine erhebliche Hürde für Innovatoren und verschiebt gerade im Hinblick auf den Ort der Datenerhebung (durch „Wearables“ direkt am Bürger – Smartwatch, Smarterschmuck¹³) und Datenauswertung die Produktangebote von der traditionellen Arztpraxis in Richtung Verbraucher. So ersetzt beispielsweise die „smarte Toilette¹⁴“ mit Möglichkeit der ad-hoc Urinanalyse einiger Vitaldaten in Teilen das ärztliche Labor, was jedoch auch selten im gesunden Zustand in Anspruch genommen wird. Damit verschiebt sich der Markt der digitalen Datenerhebungs- und Auswertungsangebote ebenfalls in Richtung Verbraucher – dennoch bleiben Ärzte in der diagnostischen Verantwortung für die Ableitungen der Daten und Verhaltens-/Therapieempfehlungen.

„Wie schaffen wir es, die Ärzteschaft hinsichtlich der sich verändernden Datenströme und damit einhergehende Transparenz von Daten künftig „mitzunehmen“? Transparenz ist für Ärzte heute eher negativ besetzt, da es keine entsprechende Fehlerkultur im Umgang mit Transparenz von Fehlern und Erkenntnissen bei Ärzten gibt. Transparenz sollte aber positiv besetzt sein und auch incentiviert werden.“

~ Dr. Gerald Loos

¹³ Siehe beispielsweise Uhren mit integrierten Sensoren für die kontinuierliche Erhebung und Auswertung von Vitaldaten – <https://www.apple.com/de/watch/> oder <https://www.samsung.com/de/support/apps-services/samsung-health-monitor-verwenden/>, auch bereits in als Alternative in Schmuck integriert – <https://ouraring.com/de>

¹⁴ Siehe als Beispiel: <https://www.medipee.com>

6 Erkenntnisgewinn durch Datenaustausch – eine solidarische Verantwortung?

Durch die zunehmende Verlagerung der Verantwortung von Gesundheitsdaten beim Bürger bricht die traditionelle Trennung zwischen Forschungs- und Versorgungsdaten auf und ermöglicht das Potential dauerhaften Erkenntnisgewinns.

In einem Zeitalter der dauerhaften Erhebung und Auswertung von Gesundheitsdaten und den Zu- und Abfluss dieser Daten im Falle einer Erkrankung zu Gesundheitseinrichtungen und -angeboten, entsteht die Möglichkeit, durch die Nutzung dieser Daten einen breiten und mit unterschiedlichsten Fragestellungen ausgerichteten Erkenntnisgewinn entstehen zu lassen. Dabei ist die gesamte Bandbreite der Erkenntnisse in Medizin und Gesundheit, bezogen auf Diagnostik und Therapie ebenso einbezogen, wie epidemiologische Erkenntnisse auf gesellschaftlicher Ebene. Dies ermöglicht beispielsweise weitere Innovationen, die Durchführung und Beschleunigung von Studien, frühzeitiges Erkennen und gegebenenfalls Ergreifen von Maßnahmen bei Epidemien und Pandemien, sowie ein zielgerichtetes Vorgehen gegenüber erkennbaren Gesundheits- und Krankheitstrends beispielsweise in der Onkologie, wie auch im Bereich der Lifestyle-Erkrankungen wie Fettleibigkeit, Typ II Diabetes, usw. Die stetige Zunahme an verfügbaren und auswertbaren Datenmengen ermöglicht dabei eine immer präzisere Aussage patientenindividueller Erkrankungen („Präzisionsmedizin“), was an sich bereits ein Ergebnis solidarischer Verantwortung im Hinblick auf die Erhebung und Nutzung von Gesundheitsdaten darstellt.

Die Einigkeit der Individuen innerhalb der Gesellschaft, Gesundheitsdaten zum Wohle des Einzelnen als auch der Allgemeinheit zu erheben, auszuwerten und nutzbar zu machen, ist Merkmal eines solidarischen und demokratischen gesellschaftlichen Miteinander. Dabei sollte die individuelle Weigerung der Teilnahme an diesem Prozess ebenso demokratisch respektiert werden, wie die freizügige und individuelle Zurverfügungstellung von Daten – hierüber wird ein gesellschaftlicher Diskurs notwendig sein.

„Wir benötigen einen Diskurs auf Augenhöhe. Ausgangspunkt dabei sind die Menschenwürde und liberale Grundrechte, die durch ethische Überlegungen flankiert werden.“

~ Dr. Julia Inthorn

Die Förderung der Gesundheitskompetenz schließt eine Debatte hierüber jedoch ein und ermöglicht damit auch eine fundierte und kompetente Entscheidung jedes Bürgers, wie mit seinen Gesundheitsdaten umgegangen werden soll. Auch hier wird Ärzten und anderen Gesundheitsberufen eine besondere Rolle zuteil, indem sie auch den individuellen Diskurs mit Gesunden und Kranken über dieses Thema beherrschen – auch dies stellt einen Teil der oben erwähnten Teambildung zwischen Patienten und Arzt dar.

7 Glaubwürdigkeit von Gesundheitsinformationen

Die Forderung nach dem gesundheitsgebildeten Bürger setzt inhaltlich auch die Befähigung voraus, die Qualität und Validität von Gesundheitsinformationen filtern und erkennen zu können.

Der Aufbruch des traditionellen Informations- und Wissensgefälles zwischen Patienten und Arzt durch Online-Verfügbarkeit und dem Zugang zu globalen Wissens- und Informationsdatenbanken versetzt Patienten und Angehörige grundlegend in die Lage, sich selbst umfassend zu informieren – vor, ohne oder nach Aufsuchen eines Arztes. Die Herausforderung besteht nicht mehr darin, Informationen zu suchen und zu finden, sondern darin, sie zu filtern und einen individuellen Nutzen daraus zu ziehen. Damit setzt das Filtern insbesondere die Bedeutung der Qualität und Validierung der Informationen voraus. Verlagsmarken galten früher als Indikator für die Qualität der Informationen, die sie verkauften. Dies hat sich durch Social-Media, Influencer-Marketing, kostengünstige Verbreitung sowie Nutzung von Online-Informationen grundlegend geändert. Insoweit ist eine frühe Förderung der Gesundheitskompetenz auch in Verbindung mit dem Aspekt Filtern und Validieren von Informationsangeboten zu sehen. Hier ist allein schon die Qualifizierung einer Information mit einem Siegel von Bedeutung, um die Authentizität und Urhebererschaft der Information zu gewährleisten¹⁵.

¹⁵ siehe auch: https://www.bundesnetzagentur.de/EVD/DE/Uebersicht_eVD/Dienste/2_Siegel.html?nn=1048898

Offene Fragen

Wann werden gesetzliche Vorgaben für die zwingend notwendigen Schnittstellen des Austausches von Gesundheitsdaten verbindlich vorgegeben?

Wenn die Datenhoheit zunehmend beim Bürger und Patienten angesiedelt wird, wie, wo und wem stellen diese ihre Daten zur Verfügung und wer zieht aus den Daten individuell und auch gesellschaftlichen Nutzen?

Wie gehen Ärzteschaft und Gesundheitsberufe mit dem „informierten Patienten“ um und welche (gesellschaftlichen) Maßnahmen sind erforderlich, um die Gesundheitskompetenz von Bürgern zu etablieren?

Wie erkennen Informationssuchende die wahren, richtigen und für sie passenden Gesundheitsinformationen? Welche Mechanismen und Befähigungen sind hierfür notwendig?

Wie können individuelle Gesundheitsdaten verantwortungsvoll für den Einzelnen, sowie solidarisch nutzbar gemacht werden und wie wird ein gesellschaftlicher Diskurs hierüber geführt?

Lösungsangebote

1. In Zeiten zunehmenden Ärzte- und Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist der Ausbau von kooperierenden und interprofessionellen Strukturen zwingend, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dies ist auch im Wege der Delegation ressourcensparend umsetzbar und bietet gleichzeitig die Chance, Bürger und Patienten in das Begleitungs- und Behandlungsteam zu integrieren.

2. Die zunehmende Erhebung und Auswertung von Gesundheitsdaten auf Bürgerseite erweitert das Leistungsangebot der Ärzteschaft, um bei der Beratung im Umgang mit diesen Daten und der richtigen Ableitung von Maßnahmen, sowie Validität von Informationen zu unterstützen. Die Rolle der Ärzte und Gesundheitsberufe erweitert und ändert sich bereits zunehmend.

3. Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bürger und Patienten bietet damit auch die Chance einer besseren Entscheidungseinbindung in den Beratungsprozess. Die Digitalisierung in der Gesundheit unterstützt und fördert diese Prozesse und bietet gleichzeitig eine Chance zu einer Beschleunigung und Verbesserung eines individuellen, sowie auch solidarischen Erkenntnisgewinns sowohl für den individuellen Bürger, als auch die Gesellschaft in der Gesundheitsforschung, sowie -versorgung.

● - - - **GLAUBWÜRDIGKEIT**

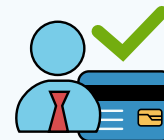
● - - - **SERIOSITÄT** - - - ●



● - - - **VERTRAUEN** - - - ●



● - - - **ZUVERLÄSSIGKEIT** - - - ●



● - - - **AUTHENTIZITÄT** - - - ●



● - - - **ENGAGEMENT** - - - ●



● - - - **BEACHTUNG** - - - ●



● - - - **RENOMMEE** - - - ●



Abb. 5

V Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für die Selbstverwaltung

1 Kernprinzipien der Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung ist ein wichtiges Ordnungsprinzip des Sozialstaates und wird von der Politik als gesellschaftspolitisch wertvoll angesehen. Die Arbeit von selbstverwalteten Institutionen wird durch den rechtlich definierten Rahmen geregelt, wobei das Primat der Politik gewahrt bleibt. Die Gestaltungskompetenz der Akteure leitet sich aus demokratischen Wahlhandlungen ihrer Mitglieder ab. Ohne eine demokratische Legitimation sind individuelle oder Gruppeninteressen kaum umsetzbar.

„Der Kerngedanke der Selbstverwaltung ist es, betroffene Menschen und Institutionen in den Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Der Grundsatz der Einheit von Handeln und Haften wird idealerweise umgesetzt. Wettbewerb kann dazu beitragen, die Suche nach den besten Versorgungslösungen für Patienten und Krankheitsverläufe zu fördern. Dieses Konzept wird seit Jahrzehnten in gesellschaftspolitischen Debatten diskutiert und ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems. Eine Abkehr von diesem Prinzip würde einen Bruch mit der ordnungspolitischen Grundausrichtung des Systems bedeuten und weitreichende Folgen haben.“

~ Prof. Dr. Herbert Rebscher

2 Anforderungen an die Rahmenbedingungen

In einem solidarischen, aber dennoch wettbewerbsorientierten Gesundheitssystem zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern müssen politische Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Umfang der gesetzlich definierten Regelungen zum Mitgliedschaftsrecht, zum Leistungsrahmen, zum Wettbewerbsrecht, zum Vertragsrecht, zu den Grundprinzipien der Finanzierung und Honorierung sowie die Selbstverwaltungsautonomie der Beteiligten für die inneren Angelegenheiten und Vertragsbeziehungen (Versorgungskonzepte, Honorierungsregeln, Qualitäts- und Evidenzkriterien usw.) berücksichtigen. Marktwirtschaftliche Instrumente und wettbewerbliche Freiheit sind dabei wichtig, jedoch muss das Spannungsverhältnis zwischen den Prinzipien fair ausgeglichen werden.

Die Beteiligung an demokratischen Wahlhandlungen ist ein elementares Recht in selbstverwalteten Institutionen und trägt zur Umsetzung der Rahmenbedingungen bei. Eine der grundlegenden und größten Wahlen mit etwa insgesamt 52 Millionen Wahlberechtigten ist die sogenannte „Sozialwahl“¹⁶. Die Sozialwahl ist eine wichtige Form der demokratischen Mitbestimmung in Deutschland, die alle sechs Jahre stattfindet. Sie betrifft die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung und der Unfallversicherung. Im Rahmen der Sozialwahl werden die Vertreter der Versicherten und Rentner in die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen sowie in die Vertreterversammlungen der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungen gewählt.

¹⁶ <https://www.sozialwahl.de>

Die Wahl wird per Briefwahl durchgeführt, bei der alle Mitglieder der betreffenden Sozialversicherungsträger wahlberechtigt sind. Gewählt werden können Personen, die selbst Mitglied der betreffenden Sozialversicherung sind oder eine gesetzliche Vertretung für das Mitglied ausüben (z.B. Ehepartner, Eltern für Kinder unter 18 Jahren). Die gewählten Vertreter sind für die Überwachung der Geschäftsführung der Sozialversicherungsträger zuständig und nehmen wichtige Entscheidungen zu den Belangen der Versicherten und Rentner wahr. Sie haben zum Beispiel Einfluss auf die Gestaltung der Leistungen, die Finanzierung und die Organisation der Sozialversicherung. Die Sozialwahl ist ein wichtiges Instrument der demokratischen Mitbestimmung und trägt dazu bei, die Interessen der Versicherten und Rentner in der Sozialversicherung zu vertreten. Die Wahlbeteiligung liegt in den vergangenen Jahren bei durchschnittlich etwa 30%.

Eine direkte Beteiligung der Bürger und Versicherten in den Gremien der Selbstverwaltung ist nicht vorgesehen, sodass die Implementierung eines Bürgerbeirates – wie oben beschrieben – die demokratische Grundlage der Selbstverwaltung durchaus stärken könnte.

„Der Gesetzgeber greift zunehmend zentralistisch in die Versorgung und Selbstordnung zu Lasten selbstverwalteter oder wettbewerblicher Entscheidungen ein. Die staatliche Regulierung nimmt spürbar zu und belastet das System mit Milliarden, wobei sie häufig mit populistischen Konnotationen versehen ist. Die Maßnahmen während der Pandemie wurden beispielsweise ohne Einbindung der eigentlich zuständigen Institutionen durchgeführt.“

~ Prof. Dr. Herbert Rebscher

3 Überlappung Bürger- und Sozialversicherungsträgerinteressen zu Gesundheitsthemen

Im Rahmen der Sozialwahl wird deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Bürger in Deutschland wahlberechtigt – und damit betroffene Versicherte – eines Sozialversicherungsträgers sind. Vordergründig mag der Eindruck entstehen, dass Gesundheitsinteressen nur in der Gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) angesiedelt sind und andere Sozialversicherungsträger hierzu keinen Bezug aufweisen. Das ist jedoch ein Irrtum.

Um nur die wesentlichen gesetzlichen Kosten zu nennen: Die gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI) zahlt im Bedarfsfall eine krankheitsbedingte Erwerbsminderungsrente und ist daher an der gesundheitsbedingten Aufrechterhaltung/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit interessiert. Die gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) ist an der Vermeidung von Unfällen mit gesundheitlichen Folgen, der Behandlung von unfallbedingten Folgen, sowie der Wiederherstellung der Gesundheit interessiert und betreibt hierfür zahlreiche eigene medizinische ambulante und stationäre Einrichtungen. Die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) überlappen alters- und morbiditätsbedingt immer mehr mit dem medizinischen Versorgungsbedarf von stationär-, sowie ambulant versorgten Menschen. Es ist daher allein auf der Basis dieser ausgewählten Sozialversicherungsträger erkennbar, dass die Schnittmenge der Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und der sozialen Pflegeversicherung sehr groß ist, da fast alle Erwerbstätigen in Deutschland in diesen Versicherungssystemen pflichtversichert sind.

Dennoch fehlt es bislang an interessenverbindenden Elementen, um die Schnittmenge der Gesundheitsbereiche zu verbinden und effektiver auszugestalten. Das mag auch an fehlenden gesetzlichen Grundlagen liegen, die keine bis wenig Anreize einer gemeinsamen Ausrichtung in der Versorgung setzen.

Ein interessenverbindendes Element hingegen ist der versicherte Bürger. Die Einbeziehung eines Bürgerbeirates in sozialversicherungsträgerübergreifende Überlegungen und Versorgungsstrukturen kann den Tunnelblick der Zuständigkeit der jeweiligen Selbstverwaltungsorgane und -institutionen überwinden und bedarfsgerechte Lösungen adressieren.

Auch hiermit ginge eine Stärkung sowohl der Selbstverwaltung, als auch der Gesundheitsdemokratie einher.

„Der Erfolg des Systems hängt von einem fairen Gleichgewicht zwischen Regulierung und Autonomie, sowie von der aktiven Beteiligung der Mitglieder ab.“

~ Prof. Dr. Herbert Rebscher

4 Stärkung der Selbstverwaltung durch mehr Gesundheitsdemokratie

Wenn sich die Rolle der Gesundheitsberufe, insbesondere der Ärzteschaft, aufgrund der oben beschriebenen Trends und Entwicklung dahingehend verändert, mit dem Patienten ein Team zu bilden, dann ist die Einbeziehung der Bürgerbeiräte in die Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltungsinstitutionen berufsständische Kammer, sowie der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zwangsläufig notwendig und sinnvoll.

Diese Einbeziehung ist notwendig, um die Grundlagen der Teambildung und gemeinsamen Entscheidungsfindung und -tragung zu schaffen. Eine einseitige Forderung und Etablierung von Gesundheits-Bürgerbeiräten würde Gefahr laufen, in den Kammern und K(Z)Ven keine Akzeptanz und Einbindung zu finden. Die Rollenveränderung der Gesundheitsanbieter hingegen muss bereits bedarfsorientiert in der Aus- und Weiterbildung angelegt sein. Das Vertrauen in die Selbstverwaltungsinstitutionen durch die Bürger und Versicherten muss reziprok bestehen. Die gemeinsame Rolle eines Teams bedingt Vertrauen und gemeinsame Verantwortung für gemeinsam getroffenen Entscheidungen.

Aus diesem Grunde ist eine Erweiterung gesundheitsdemokratischen Selbstverständnisses im Hinblick auf die Einbeziehung der demokratisch legitimierten Gesundheits-Bürgerbelange wünschenswert.

Im Übrigen würde eine solche Einbeziehung auch die Existenz, Bedeutung und Akzeptanz dieser Institutionen der Selbstverwaltung, sowie deren demokratische Grundlage stärken.

Offene Fragen

Welche Strategien sind für die Selbstverwaltung notwendig, um die Leistungsfähigkeit der bestehenden und gegebenenfalls benötigten Institutionen auch künftig zu gewährleisten?

Wie können Bürger-, Versicherten- und Patientenbelange demokratisch legitimiert in diese Entscheidungsprozesse aktiv und mit Gestaltungsmacht ausgestattet eingebunden werden?

Ist eine Reform der Sozialversicherungsträger im Hinblick auf die größte gemeinsame Zielschnittmenge Gesundheit möglich und welche Rolle spielen dabei die Versicherten und deren Gesundheitsbedürfnisse, welche die Mehrheit der Bürger darstellen?

Lösungsangebote

Interaktion der gesundheitsdemokratischen Instrumente für Bürger-, Versicherten- und Patientenbelange in die Rahmenbedingungen des SGB V und anderer gesundheitsrelevanten SG-Bücher, sowie in die Entscheidungsfindungsprozesse der Selbstverwaltung.

Verbindlichkeit demokratischer Wahlakte bei den beteiligten Institutionen unter Einbeziehung demokratisch legitimer Gesundheits-Bürgerbeiräte und regelmäßigem Turnus – vorzugsweise an die jeweiligen regionalen Ebenen (Amtsdauer von Bürgermeistern, Landräten, Landtagsabgeordneten) orientiert.

Stärkung eines versorgungsorientierten und wettbewerblichen Vertragsrechts unter einheitlicher Rechts- und Fachaufsicht auf Landesebene.

VI Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Gesellschaft und Staat

1 Ethische und gesellschaftliche Aspekte

Der tiefgreifende Wandel der Gesundheitsbedürfnisse und -angebote, der von verschiedenen Prozessen angetrieben wird, erfordert einen klugen Ansatz zur Steuerung des komplexen Gesundheitssystems. Die Fortschritte in Technologie und wissenschaftlicher Forschung schaffen neue Chancen, aber auch Risiken in der spezialisierten Versorgung, die sorgfältig abgewogen werden müssen, um sicherzustellen, dass die Zukunft der Gesundheitsversorgung mit den Bedürfnissen der Bürger und Patienten übereinstimmt.

In dieser Hinsicht müssen die Beteiligten einen individuellen, demokratischen Ansatz entwickeln, um sicherzustellen, dass jeder Zugang zur notwendigen Versorgung hat. Die ethische Dimension ist von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, die Einbeziehung von Patienten und Bürgern in das Gesundheitssystem zu bewerten, wo neue Herausforderungen entstehen.

„Bei der Solidarität im Gesundheitswesen geht es um die gemeinsame Menschlichkeit, die betont, dass die Gesellschaft eine Gemeinschaft braucht, um ihre Ziele zu erreichen. In diesem Sinne muss die Gesellschaft Solidarität und Gerechtigkeit miteinander in Einklang bringen und ein faires und ethisches Gesundheitssystem anstreben. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, eine stärkere Beteiligung der Öffentlichkeit am Gesundheitssystem zu fördern, die es ihr ermöglicht, Teil des Gesundheitsteams zu sein.“

~ Dr. Julia Inthorn

Damit die Vision eines mündigen Bürgers im Gesundheitswesen verwirklicht werden kann, muss es einen Dialog auf Augenhöhe zwischen Patienten und Ärzten geben. Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens ist es von entscheidender Bedeutung, die Privatsphäre der Patientendaten zu berücksichtigen. Auch der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und die neuen Möglichkeiten der Robotik erfordern langfristige und nachhaltige Lösungen. Bei der Einführung neuer Technologien im Gesundheitswesen müssen unbedingt ethische Grundsätze berücksichtigt werden.

Bei der Beteiligung von Bürgern an Prozessen des Gesundheitswesens ist es wichtig, dass die Teilnahme freiwillig bleibt, um unangemessenen Druck zu vermeiden. Ein offener Informationsfluss sollte nicht als Wettbewerbsgedanke missverstanden werden. Dies ist besonders wichtig angesichts der im Gesundheitssystem vorherrschenden Machtdynamik, die zu Interessenkonflikten zwischen den Beteiligten führen kann.

Veränderungen in den Gesundheitssystemen bedürfen daher sorgfältiger ethischer Überlegungen sowohl hinsichtlich des Prozesses als auch der angewandten Kriterien.

„Die Gesundheitssysteme erfordern eine Doppelstrategie: einen ethischen Dialog, der wiederum eine Reflexion über moralische Positionen und Argumente beinhaltet und damit verbunden, politisch-strategische Debatten.“

~ Dr. Julia Inthorn

Bei dieser Form des Dialogs tauschen die Teilnehmer auf gleicher Augenhöhe Ideen aus, reflektieren gemeinsam ethische Positionen und versuchen, möglichst integrative Lösungen zu entwickeln. Außerdem dienen politische Foren dazu, strategische Interessen auszugleichen, Kompromisse zu schmieden und Positionen auszuhandeln. Beide Formen des Dialogs erfordern die Fähigkeit, die eigenen Werte und Annahmen zu artikulieren und andere in Diskussionen einzubeziehen, die eine kritische und ethische Reflexion erfordern. Schließlich verdeutlichen die anthropologischen Grundlagen der Gesundheitsversorgung die Bedeutung von Solidarität und Verletzlichkeit, die für die Gestaltung der Zukunft des deutschen Gesundheitssystems von zentraler Bedeutung sind.

„Solidarität ist entscheidend für den Erfolg des Gesundheitssystems und nur durch einen offenen Dialog können wir ein nachhaltiges Gesundheitssystem entwickeln.“

~ Dr. Julia Inthorn

2 Politische Aspekte und Beispiele der Gesundheitsdemokratie

2.1 Föderalismus

Der grundgesetzlich verankerte Föderalismus im deutschen Gesundheitswesen ermöglicht einerseits die Dezentralisierung und eine stärkere Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Bedürfnisse. Es können spezifische Maßnahmen und Lösungen auf Landesebene entwickelt werden, die besser auf die jeweilige Bevölkerung und Situation zugeschnitten sind. Dies führt zu einer größeren Flexibilität und Anpassungsfähigkeit des Systems. Zudem kann durch den Wettbewerb der verschiedenen Bundesländer um die besten Lösungen eine gewisse Dynamik und Innovation im Gesundheitswesen entstehen.

Auf der anderen Seite führt der Föderalismus auch zu Nachteilen und Herausforderungen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern können zu einer Ungleichheit in der Versorgung und zu einem Flickenteppich an unterschiedlichen Regelungen und Strukturen führen. Insbesondere bei der Umsetzung von bundesweiten Reformen und Maßnahmen kann es zu Verzögerungen und Problemen kommen, da jeder Landesregierung ein Mitspracherecht zusteht und diese oft unterschiedliche Interessen und Prioritäten hat. Auch die Verteilung der Finanzmittel und Ressourcen ist aufgrund des föderalen Systems häufig schwierig und kann zu Ungerechtigkeiten führen.

Eine weitere Herausforderung ist die fehlende Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen politischen Akteure im Gesundheitswesen. Durch die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen Bund und Ländern, aber auch innerhalb der Länder, kann es zu Konflikten und Abstimmungsproblemen zwischen den verschiedenen Institutionen und Organisationen kommen. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern, wie Renten-, Kranken-, Unfall- und Pflegeversicherung ist oft nicht optimal.

Es ist daher wichtig, dass die Vorteile durch eine gute Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Akteure maximiert und die Nachteile minimiert werden. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern sowie zwischen den verschiedenen Sozialversicherungsträgern und die stärkere Einbeziehung und Mitgestaltung der Bürger kann dazu beitragen, die Effizienz und Wirksamkeit des Gesundheitssystems insgesamt zu verbessern.

„Die politischen Entscheidungsträger haben erkannt, dass ein partizipativer Ansatz für die Gestaltung des Gesundheitssystems unerlässlich ist, um die Bedürfnisse und Erwartungen der Bürger, Versicherten und Patienten zu berücksichtigen.“

~ Bernhard Seidenath

2.2 Einbeziehung der Bürgerinteressen und -bedürfnisse

Die Gesundheitspolitik hat erkannt, dass ein aufgeklärter und einbezogener Patient bei einer Mitentscheidung in eigenen Gesundheitsfragen eher adhärent (compliant) ist und dies erhebliche Auswirkungen auf die Heilungschancen und die Lebenserwartung haben kann.

„Man benötigt einen Prozess des „Shared-Decision-Making“ zwischen Arzt und Patient, in welchem auch die Compliance des Patienten Grundlage sein muss.“

~ Bernhard Seidenath

Der sogenannte „Bürgerrat“ könnte ein Vorbild für einen demokratischen Weg sein, Bürgerinnen und Bürger aktiv in Erkenntnis- und Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Allerdings gibt es keine auf das Thema Gesundheit fokussierte Bürgerräte, sondern sie setzen sich gegebenenfalls mit allen relevanten Themen auseinander, welche projektähnlich fokussiert werden. Letztlich haben Bürgerräte auch kein aktives Mitgestaltungs- und Entscheidungsrecht, sondern nehmen an thematischen Diskussionen teil. So wurde am 10.05.2023 der erste vom Bundestag beauftragter Bürgerrat zum Thema „Ernährung im Wandel – zwischen Privatangelegenheit und staatlichen Aufgaben“ beschlossen. Dem Bürgerrat gehören 160 nach dem Zufallsprinzip ausgewählte Bürgerinnen und Bürger an.¹⁷

¹⁷ <https://www.buergerrat.de/aktuelles/bundestag-beschliesst-buergerrat-zu-ernaehrung/>

2.3 Bürgerbeirat Gesundheit – ein praktiziertes Modell in Bayern

2021 wurde in der Gesundheitsregion Plus im Landkreis Dachau ein Pilotprojekt initiiert, um ein Gremium zur aktiven Mitgestaltung der regionalen Gesundheitsversorgung zu schaffen und zu erproben.

„Der Bürgerbeirat hat ein erhöhtes regionales Interesse an der Gesundheitspolitik erreicht. Durch solche Veranstaltungen kann man auch gegebenenfalls eine Vernetzung von „Playern“ in „Gesundheitsregionen“ erreichen. Das ist gelebte Gesundheitsdemokratie.“

~ Bernhard Seidenath

Ziel des Bürgerbeirates ist es: „die Gesundheitsregion Plus Dachau mit Empfehlungen zu Gesundheitsthemen zu beraten“.¹⁸ Dabei wurde Bürgern per Zufallsprinzip aus dem gesamten Landkreis randomisiert und nach repräsentativer Auswahl der demographischen regionalen Gegebenheiten die Möglichkeit gegeben, aktiv ihre Bedürfnisse, Idee und Erfahrungen in die Gestaltung der regionalen Gesundheitsangebote einzubringen. So konnten die unterschiedlichen lokalen Interessen und Bedürfnisse aus allen Gemeinden berücksichtigt und die Bürger aktiv in die

Gestaltung durch Beratung einbezogen werden. Der Bürgerbeirat tagte dabei im Wechsel von Online- und Präsenzsitzungen, sprach mit Gesundheitsexperten und Stakeholdern und entwickelte konkrete Empfehlungen zu wichtigen Fragen der regionalen Gesundheitsversorgung, welche entsprechend veröffentlicht¹⁹ und an die regionale Gesundheitspolitik herangetragen wurde. Bei diesem Projekt handelt es sich bislang um einen Gesundheits-Bürgerbeirat mit primär beratender Funktion – eine Mitbestimmung wäre der nächste Schritt.

„Ein Ergebnis der Einbringung des Bürgerbeirates war, dass Bürger lieber einen längeren Weg für einen schnelleren Arzttermin in Kauf nehmen, anstatt länger auf einen Arzttermin zu warten.“

~ Bernhard Seidenath

Dieses Beispiel zeigt, welchen wertvollen Beitrag eine solche Institutionalisierung von regionalen Gesundheits-Bürgerinteressen leisten und welchen Einfluss dies auf die Gestaltung und Lenkung lokaler Versorgungsprozesse haben kann. Dabei hat in Dachau zwar ein randomisiertes Auswahlverfahren, nicht aber ein demokratischer Prozess

¹⁸ <https://nexusinstitut.de/buergerbeirat-gesundheit-im-landkreis-dachau/>

¹⁹ <https://nexusinstitut.de/wp-content/uploads/2022/07/Empfehlungen-des-Buergerbeirats-Gesundheit.pdf>

der Wahl der Mitglieder in den Bürgerbeirat stattgefunden. Auch wurde dem Beirat kein Stimmrecht zuteil, sondern „nur“ eine Beratungsfunktion. Dennoch ist dieses Modell ermutigend und kann eine Vorstufe für eine demokratische legitimierte Institutionalisierung und Partizipation von Bürgern an Entscheidungsprozessen der Gesundheitsversorgung darstellen.

Dies würde auch dem Prinzip des Föderalismus entsprechen, wenn aus den regionalen Beiräten per demokratischer Wahl Delegierte auf Landes- und von dort auf Bundesebene entsandt werden.

Ein solches Stufenmodell würde auch die Versorgungsnähe gewährleisten, da Entscheidungen sich auf den jeweiligen Ebenen in beide Richtungen beeinflussen. Eine solche Institutionalisierung wäre als Teil der Selbstverwaltung zu begreifen und würde diese inhaltlich, wie auch demokratisch stärken.

3 Das Schöffenamts als demokratisches Vorbild für einen Gesundheits- Bürgerbeirat?

Alles Neue ist erst einmal kritisch zu hinterfragen und auf Risiken und Nebenwirkungen abzuklopfen.

Ein Gesundheits-Bürgerbeirat ist im deutschen Gesundheitswesen weder etabliert und schon gar nicht gesetzlich verankert. Bevor man sich daher die Mühe macht, darüber nachzudenken, ob und gegebenenfalls wie eine solche gedankliche Pflanze möglich und zu etablieren wäre, lohnt sich oft ein Blick in benachbarte Gärten. So hat das Schöffenamts eine Tradition bereits aus dem 19. Jahrhundert und ist in der Bundesrepublik seit 1950 im Gerichtsverfassungsgesetz verankert.

Das Schöffenamts trägt wesentlich zur Verwirklichung des Grundsatzes der Volkssouveränität und damit zur Stärkung der demokratischen Kultur in Deutschland bei, ist gesetzlich verankert und damit ein fester Bestandteil der Bürgerverantwortung in Bezug auf die Funktionsfähigkeit „gesellschaftlicher Spielregeln“.

Schöffen sind ehrenamtliche Richter in Deutschland und spielen eine wichtige Rolle im deutschen Rechtssystem. Sie werden vom Gericht bestellt und nehmen an Gerichts-

„Im Spannungsverhältnis von Freiwilligkeit, Verbindlichkeit und Eigenverantwortung ist der Bürgerbeirat eine Möglichkeit, sowohl die Eigenverantwortung als auch die Verbindlichkeit zu erhöhen.“

~ Bernhard Seidenath

verhandlungen teil, in denen sie gemeinsam mit den Berufsrichtern über Schuld und Strafe entscheiden.

Die Rechtsgrundlagen für die Tätigkeit von Schöffen sind in der Strafprozessordnung (StPO) sowie in den Landesgesetzen über die Geschäftsordnung der Gerichte festgelegt. Die Aufgaben der Schöffen bestehen darin, an Verhandlungen und Entscheidungen in Strafverfahren teilzunehmen und gemeinsam mit den Berufsrichtern das Urteil zu fällen. Damit haben Schöffen in der Ausübung ihrer Funktion nicht nur beratende, sondern mitentscheidende Funktion und tragen damit ein hohes Maß an Verantwortung. Schöffen haben das Recht, Fragen an Zeugen und Sachverständige zu stellen und an der Beratung des Gerichts teilzunehmen.

Schöffen haben die gleichen Rechte und Pflichten wie Berufsrichter, müssen jedoch nicht unbedingt juristisch ausgebildet sein. Sie müssen jedoch bestimmte Anforderungen erfüllen, wie z.B. mindestens 25 Jahre alt sein, die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, über eine gewisse Bildung und Persönlichkeitseignung verfügen und dürfen keine Vorstrafen haben.

Schöffen haben auch Pflichten, wie z.B. die Pflicht zur Verschwiegenheit und die Pflicht zur Neutralität und Unabhängigkeit. Sie müssen unvoreingenommen und unabhängig von politischen oder persönlichen Interessen handeln. Schöffen sind an die Geheimhaltungspflicht gebunden und dürfen keine Informationen über den Verlauf der Verhandlung oder die Urteilsfindung preisgeben.

Selbstverständlich gibt es auch Kritikpunkte am Schöffenwesen, wie z.B. die ungleiche Verteilung der Schöffenämter zwischen Stadt und Land oder die Tatsache, dass Schöffen oft nicht ausreichend auf ihre Aufgabe vorbereitet werden. Dennoch erscheint ein Vergleich zur Schaffung eines Gesundheits-Bürgerbeirates geeignet, grundlegende demokratische Prinzipien und gegebenenfalls auch Verantwortlichkeiten daraus abzuleiten.

Hierüber ist zweifellos ein Diskurs erforderlich, jedoch könnte die Tatsache, dass unser Rechtssystem Mitentscheidungsgewalt in die Mitverantwortung von Bürgern legt, bei der es um strafrechtliche Folgen von Mitbürgern und -menschen geht und damit gegebenenfalls existentielles Entscheidungsgewicht hat, eine gedankliche Anregung dafür sein, eine institutionalisierte Mitverantwortung in Gesundheitsbelangen ebenfalls in die Mitverantwortung von Bürgern zu legen.

Offene Fragen

Wie wird ein gesellschaftlicher Diskurs zur Gesundheitsdemokratie initiiert? Welche Maßnahmen und Gremien sind auf regionaler, Landes- und Bundesebene notwendig, um einen Gesundheits-Bürgerbeirat zu etablieren?

Lösungsangebote

Das Beispiel des Bürgerbeirats in Dachau kann als Vorbild für einen demokratischen Prozess der Willensbildung der Bürger zu Gesundheitsthemen dienen. Die gesetzliche Verankerung, sowie die Strukturen der Mitverantwortung des Bürgers im Schöffenamt könnte für die regulatorische Etablierung eines demokratisch legitimierten Gesundheits-Bürgerbeirates lehrreich sein. Gesetzliche Verankerung von zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern nach definierten Kriterien mit Stimmrecht in Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung. Dies würde eine Erstarkung der Rechte der bisherigen „Patientenvertreter“ darstellen.



Abb. 6

VII Bedeutung der Gesundheitsdemokratie für Gesundheitsdienstleister und Industrie

„Das Gesundheitssystem in Deutschland ist nicht solidarisch ausgerichtet, was allein durch die getrennte Existenz der PKV und GKV ersichtlich ist. Der Staat kann sich zunehmend weniger kümmern, daher ist es ratsam, dass sich die Gesellschaft mehr um sich selbst kümmert.“

~ Dr. Gerald Loos

1 Wandel der Geschäftsmodelle

Dienstleister und Gewerbetreibende in der Gesundheitsbranche haben zunehmend erkannt, dass die tradierten Geschäftsmodelle angepasst werden müssen. Sind Leistungs- und Produktanbieter in der Vergangenheit stark von einem passiven Bürger ausgegangen, welchem Leistungen und Produkte durch ambulante und stationäre Einrichtungen angeboten werden, ändert sich dieser Fokus. Damit stand bislang insbesondere für das Geschäftsmodell der Industrie der sogenannte „Leistungserbringer“ im Vordergrund. Das Geschäftsmodell war demnach als „B2B“ (business to business) ausgerichtet und nicht „B2C“ (business to consumer), auf den Verbraucher und Konsumenten.

Diese Sichtweise verändert sich stark, da mit einem gesundheitsmündigen Bürger diesem auch mehr Verantwortung und Entscheidungskompetenz zuteil wird und sich die Gesundheitsbranche an diese Bürgerbedürfnisse anpassen muss.

2 Bürgerhoheit über Gesundheitsdaten

Soweit die Bürger zunehmend ihre Gesundheitsdaten selbst verwalten, können sie im Umgang damit auch verantwortungsvoller und beweglicher werden. Da jedoch nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich Bürger und Patienten diese Kompetenzen kurzfristig und einheitlich werden aneignen können, entstehen hiermit auch neue Aufgaben- und Angebotsfelder, welche bei der Übernahme von Verantwortung und Gesundheitskompetenz unterstützen. Das können tradierte Unternehmen der Gesundheitsbranche sein, ebenso wie staatliche Anlaufstellen - es sind aber auch Quereinsteiger und neue Berufsbilder mit Lotsencharakter vorstellbar.

„Die Bürger stimmen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunehmend mit den Füßen ab.“

~ Dr. Gerald Loos

3 Versorgungsinnovation durch gesundheitsgebildete Bürger fördern

Die Förderung der Möglichkeit der individuellen Übernahme von Verantwortung setzt eine Digitalisierung der Gesellschaft, der Gesundheitsbranche und eine digitale Kompetenz des Einzelnen voraus. Insoweit ist die am 09. März 2023 vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte „Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege“²⁰ ein wichtiges Fundament für die Umsetzung der Gesundheitsdemokratie, um Daseinsvorsorge auch in einem solidarischen Kontext der Gesellschaft leben zu können.

Der Zugang zu Gesundheitsinnovationen wird zunehmend durch den gesundheitsgebildeten Bürger – und damit durch die Marktnachfrage - gesteuert, immer weniger durch das Leistungsangebot. Das Leistungsangebot wird sich daher zunehmend an den Kriterien der Nachfrage orientieren, was Qualität und Preis einschließt. Dabei ist

zu erwarten, dass die Frage zunehmend in den Fokus des Einzelnen rückt: „Was ist mir diese Leistung wert?“ Diese Frage fordert einen gesellschaftlichen Diskurs über die Finanzierbarkeit von Innovationen heraus und die damit verbundene Frage der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems. Dabei geht es nicht nur um Produkt-, sondern bereits um Prozessinnovationen in der Versorgung. Gerade hier sind digitale Abstimmungen und Vernetzungen der Versorgungsbeteiligten untereinander, sowie die Einbeziehung des zustimmenden und verantwortungsübernehmenden Bürgers ein Grundstein verbesserter und kosteneffektiver Versorgung.

„Social Media und Digitalisierung dürfen uns bei der Gestaltung des Gesundheitswesens nicht in den Rücken fallen. Insoweit sind aktive und verantwortungsvolle Bürger der Schlüssel zu einer effektiveren Gesundheitsversorgung.“

~ Dr. Gerald Loos

²⁰ s. o.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich für die Umsetzung der Gesundheitsdemokratie folgende Erkenntnisse und Forderungen ableiten:

- Die Rolle der Patienten verändert sich im Gesundheitssystem. Patienten sind besser informiert und nehmen eine aktivere Rolle bei ihren Gesundheitsentscheidungen ein. Die traditionelle hierarchische Arzt-Patienten-Beziehung muss durch eine Partnerschaft ersetzt werden.
- Damit tragen Patienten eine zunehmende Verantwortung für ihre Gesundheit, welche die Basis für die aktive Gestaltung der Gesundheitsversorgung darstellt.
- Informierte und verantwortungsvolle Bürgerinnen und Bürger, sowie Patientinnen und Patienten sind geeignet, die Kosten des Gesundheitswesens positiv zu beeinflussen, während sie sich bewußt sind, dass sie solidarisch für alle Kosten aufkommen.
- Voraussetzung hierfür ist die kompromisslose Akzeptanz des Wandels durch Digitalisierung und die kritische Aufarbeitung und Anpassung der Rahmenbedingungen.
- Staat und Selbstverwaltung sitzen in demselben Boot und haben die Aufgabe der Daseinsvorsorge gemeinsam zu bewältigen. Dabei ist die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger von hoher Bedeutung, da nur die Teilung der Verantwortung zu aktiven Gesundheitsbürgern zugunsten solidarischen Handelns führt. Gleichwohl ist dringend Handlungsbedarf gegeben und keine Zeit für das Festhalten an überkommenen gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche die Herausforderungen der Leistungsfähigkeit des Solidarsystems nicht meistern können. Daher ist auch seitens der Selbstverwaltung und der Kostenträger „kreativer Input“ gefordert.
- Es besteht derzeit jedoch ein Legitimationsproblem bei Vertretern von Gesundheitsinteressen von Bürgern und Patienten, da diese nicht immer demokratisch legitimiert sind. Eine Möglichkeit der Legitimation ist die Schaffung von Bürgerbeiräten zu Gesundheitsthemen auf regionale, Landes- und Bundesebene. Das Schöffenamtsamt, sowie die bestehenden Bürgerräte mit der Ausstattung von mehr Entscheidungskompetenzen können hierfür als Vorbild dienen.
- Bürger und Patienten sollen in Zukunft mündiger und eigenverantwortlicher handeln. Bürger und Patienten sollten die Verwaltung ihrer eigenen Gesundheitsdaten übernehmen. Dies würde zu einem mündigen Kunden führen, der in der Lage ist, selbst zu entscheiden.
- Patienten sollten stärker in Entscheidungsprozesse und Mitbestimmung im Gesundheitssystem eingebunden werden, um eine höhere Compliance und damit bessere Heilungschancen zu erreichen.

Insgesamt zeigt sich, dass das Gesundheitssystem einem ständigen Wandel unterworfen ist und es notwendig ist, die Rolle der Patienten stärker zu betonen und sie in Entscheidungsprozesse im Gesundheitssystem einzubeziehen. Dabei ist es wichtig, klare Strukturen und eine demokratische Legitimation zu schaffen, um Unsicherheiten zu vermeiden. Gleichzeitig sollte auch die Eigenverantwortung der Patienten gestärkt werden, um bessere Ergebnisse und eine höhere Compliance zu erreichen.

Teilnehmer

Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel

**Rechtsanwalt und Partner der Kanzlei für
Gesundheitsrecht
Prof. Schlegel Hohmann Diarra & Partner PartmbB**



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

Beratung von niedergelassenen Ärzten, ambulanten und stationären Einrichtungen, Pharma-, Medizinprodukte-, MedIT-/-technikindustrie, Healthcare-Startups, insbesondere Market-Access-Beratung, sowie Projektentwicklung und Investoren von Gesundheitsimmobilien.

Professor für Arzt- und Medizinrecht an der Hochschule Fresenius, Idstein/Ts. im Masterprogramm: International Pharmacoeconomics and Health Economics. Autor zahlreicher Wirtschafts- und Rechtspublikationen im Gesundheitswesen, sowie Referent zahlreicher Vorträge hierzu.

- Member Investment Committee www.aescuvest.eu
- Beirat der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung e.V.
- Mitglied der Frankfurter Gesellschaft für Handel, Industrie und Wissenschaft

Akademischer Werdegang

- Promotion Dr. jur.
- Spezialisierung Medizinrecht
- Studium der Rechtswissenschaften
- Universität Passau and Frankfurt/Main

Birgit Bauer

**Social Media & Digital Health Expertin,
Journalistin, Speaker, Patient Expert**



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Gründung „Manufaktur für Antworten UG“
- Expertin für Kommunikation für Menschen mit Erkrankungen
- @Birgitpower auf Twitter, eine der einflussreichsten Patient Experts in Europa
- Führt einen Blog „Fast normal-mein Leben mit MS“ und unterstützt die European Multiple Sklerose Plattform
- Gründung „european digital health academy“ gGmbH (edha),
- gemeinnützige Organisation um Patienten über Digitalisierung im Gesundheitswesen zu informieren
- Projekt „Data Saves Lives Deutschland (DSL DE) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Akademischer Werdegang

- ausgebildete Journalistin

Dr. med. Max Tischler

Facharzt für Dermatologie und Venerologie,
Hautärzte am Markt Dortmund



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Medical Director OnlineDoctor
- Stv. Vorsitzender des Arbeitskreises Junge Ärzte der Ärztekammer Westfalen-Lippe
- Mitglied des Vorstandes des Deutschen Facharztverbandes
- Vorstand/Leitungsgremium der Assistenzärzte des Hartmannbundes
- Sprecher des Bündnis Junge Ärzte (BJÄ)
- Stv. Vorsitzender des Landesverbandes Westfalen-Lippe des Hartmannbundes

Akademischer Werdegang

- Famulatur Hochgebirgsklinik Davos-Wolfgang / Schweiz / Dermatologie-Allergologie
- Famulatur Universitätsklinik Bologna / Italien /
- Studium der - Humanmedizin und Staatsexamen an der JLU Gießen

Dr. Julia Inthorn

Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik an der
Evangelischen Akademie Loccum



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Direktorin des Zentrums für Gesundheitsethik
- Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin des Masterstudiengangs Medizinethik am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Mainz

Akademischer Werdegang

- Promotionsstudium des Freistaats Bayern
- Aufbaustudium der Erwachsenenbildung (Akademisches Zertifikat) und Philosophie, Hochschule für Philosophie München
- Diplom in Mathematik und Statistik, Universität München

Prof. Dr. rer. pol. h.c. Herbert Rebscher

Leiter des Institut für Gesundheitsökonomie und
Versorgungsforschung



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Vorsitzender des „Frankfurter Forums für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen“
- Präsident der „Deutsch- Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik“
- Vorsitzender des wissenschaftlichen Beirats „Versorgungsforschung“ der DAK-Gesundheit
- Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (IGV research)

Akademischer Werdegang

- Offizierslaufbahn Bundeswehr München
- Universität der Bundeswehr München studierte er Wirtschafts- und Organisationswissenschaften

Dr. med. Gerald Loos

**Geschäftsführer, Mehiläinen
Verantwortlich für den deutschen Gesundheitsmarkt,
Plan zum Aufbau eines ambulanten Netzwerks
EBITDA in den nächsten 3 Jahren für dieses
CVC-Portfoliounternehmen.**



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Head of M&A and Clinical Development, PEKKIP Oncology Alliance AG, Heidelberg
Führungsrolle in der Forschung: Verantwortlich für die Entwicklung von Onkologie-Medikamenten, Auftragsforschung mit Universitäten und CROs, Verhandlung und Beauftragung von CDMOs
- McKinsey & Company
Betreuung mehrerer Projektteams, Schwerpunkt auf kommerziellen Ansätzen für Specialtypharma/Medtech und Big-Data-Analytics in der Kostenoptimierung für deutsche Krankenkassen.
Kernteam-Mitglied des Pharma- & Healthcare-Sektors, Wissensschwerpunkte: Payer-Strategie, Payer-Pharma-Verhandlungstaktik, Pharma-Marketing & Vertrieb, Frontline Services, Big-Data-Vorhersagemodelle

Akademischer Werdegang

- Dissertation an der Universität Frankfurt
Abteilung für Interdisziplinäre Radiologie, Prof. Vogl. Thema: Experimentelle Studie zur Softwareanwendung zur Vorbereitung der Stentimplantation bei thorakalen Aortenaneurysmen
- Medizinstudium an der Johann Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main

Bernhard Seidenath, MdL

Jurist, Pressesprecher, Ministerialrat a.D.



Berufliche und ehrenamtliche Tätigkeit

- Vorsitzender des BRK-Kreisverbandes Dachau
- Landesvorsitzender des GPA
- gesundheits- und pflegepolitischer Sprecher der CSU-Landtagsfraktion
- Vorsitzender des CSU-Kreisverbandes Dachau

Akademischer Werdegang

- Studium der Rechtswissenschaften Universität Erlangen und Bonn

Nachwort der Roche Pharma AG

Als Weiterführung des Trendreports "Gesundheitswelt 2049"²¹, bei der die Gesundheitsdemokratie als essentieller Teil erkannt wurde, haben sich detaillierte Ausarbeitungen möglicher Umsetzungen ergeben. Wir danken allen Beteiligten dafür.

„Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist gefährdet.“ Sehr oft ist diese Aussage zu lesen. Die Gründe sind vielfältig genauso wie die Lösungsansätze:

Die Idee, das aus Bismarckschen Zeiten geschaffene Sozialgesetzbuch wenigstens iterativ anzupassen, wird als *eine* Lösung postuliert. Dabei vergisst man, dass bei diesem Denkansatz die bisherigen Strukturen beibehalten werden. Die vorliegende Monografie wagt einen anderen Ansatz: die Schaffung einer Gesundheitsdemokratie, bei der das Individuum in Bezug auf Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit Eigenverantwortung übernimmt. Diese Entscheidungsverantwortung fördert wiederum den Wunsch an einer Mitgestaltung unseres Gesundheitssystems und erhöht damit die gesellschaftliche Akzeptanz von dringend notwendigen Veränderungen dieses Systems. Ein demokratischer Prozess also.

Doch wie gelingt es, diese Eigenverantwortung eines jeden Bürgers in Bezug auf seine Gesundheit zu "triggern"?

Lassen Sie uns auf einen wichtigen Aspekt fokussieren, den Bürger, der im Falle einer Erkrankung gezwungen wird, eine für ihn richtige Entscheidung zu einer Therapie zu finden:

Unsere Erfahrungen im jahrelangen Austausch mit Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen (SHG) haben uns deutlich gemacht, dass die Kompetenz, medizinische Entscheidungen zu bewerten, in diesen Gruppen vorhanden ist. Eine stringente Wissensaufnahme über neue, innovative Therapien findet stetig statt.

Jedoch wenden sich Patienten nicht immer an eine Patientenorganisation oder SHG, auch sind diese bei manchen Krankheitsbildern nicht existent.

Die Frage, die sich daraus ergibt: Wie machen wir diese Bürger "fit", die bestmögliche Therapie für sich zu erkennen, um gemeinsam mit dem Arzt die richtige Entscheidung auf Augenhöhe zu treffen?

Medizin ist komplex geworden. Früher verdoppelte sich das medizinische Wissen 1950 alle 50 Jahre, so sind es heute 5 Jahre - zumindest auf die "Halbwertszeit" von Leitlinien oder medizinischen Reviews bezogen.²²

Trotz zweier Jahre mit Covid-19, bei der täglich Gesundheit in den Medien vertreten war, hat die Gesundheitskompetenz nochmals abgenommen.^{23, 24}

Die Industrie wird sich nicht verschließen, ihren Beitrag zu leisten, um diesen Trend aufzuhalten. Doch alleine wird das kaum für ein Outcome sorgen. Weitere Akteure, wie die Kassen, tragen schon die Last, die elektronische Patientenakte zu erklären, allerdings mit dem Vorteil, dass sie schon im direkten Kontakt mit Patienten stehen.

Die Ärzteschaft klagt über fehlende Ressourcen und eine nötige Honorierung des erhöhten Zeitaufwandes, komplexe Therapien darzulegen.

Der Bund hat begonnen, webbasierte Gesundheitsportale aufzubauen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung musste sich auf wenige Themen konzentrieren.

Wir sehen daher weitere Stakeholder, wie von den Bundesländern gefordert, mehr über Gesundheit in den Schulen, aber auch an Universitäten (Studium generale) zu lehren und entsprechende Curricula zu schaffen.

Richtig. Sie haben gelesen, auch wir rufen nach dem Staat. Allerdings ohne das Elternhaus aus seiner Pflicht zu entlassen, den ersten Keim einer Gesundheitserziehung zu säen.

Wenn wir uns selbst beobachten, hat die Schule uns stark geprägt, welche Interessenschwerpunkte wir später haben werden. In Anbetracht von Ganztagschule haben die Bildungseinrichtungen einen größeren Anteil an der Erziehung erhalten als jemals zuvor. Der Begriff des "lebenslangen Lernens" ist Wirklichkeit geworden. Und wo nimmt man Wissen am bereitwilligsten auf, als in der Schule²⁵ oder Universität?

Kurzum: Lassen Sie uns alle gemeinsam die Health Literacy verbessern, damit die Gesundheitsdemokratie auf gesunden Füßen steht und eine Einbeziehung gesundheitsbewusster Bürger in die Entscheidungsprozesse des Gesundheitswesens Realität wird! Wir sind dabei.

Annette Dünninger

Manager Health System & Governmental Affairs, Roche Pharma AG

Dr. Marina Schehlmann

Manager Health System & Governmental Affairs, Roche Pharma AG

Thomas Hugendubel

Head Health System & Governmental Affairs, Roche Pharma AG

²¹ <https://www.zukunftsinstitut.de/artikel/trendreport-gesundheitswelt-2049/>

²² https://www.ebm-netzwerk.de/de/medien/pdf/ebm-6-18_kvh-journal_halbwertszeit-wissen.pdf

²³ <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-f%C3%BCr-deutschland/>

²⁴ <https://www.jmir.org/2022/5/e36835>

²⁵ Übrigens, es sei an dieser Stelle erwähnt, dass hierbei auch Formate wie Gamification in Frage kommen. Roche hat einen beachteten Piloten (www.escape-the-unknown.de) geschaffen, der die Digitalisierung und deren Benefit in der Medizin einer jüngeren Zielgruppe erklärt.

Danksagung

An dieser Stelle bedanke ich mich sehr herzlich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, welche sich mit großem Engagement dieses Themas gewidmet und sich, ihre wertvolle Zeit und ihre Überlegungen und Erfahrungen eingebracht haben. Das ist bei einem solchen Thema keineswegs selbstverständlich und bedarf daher besonderer Erwähnung. Darüber hinaus bedanke ich mich sehr herzlich bei der Roche Pharma GmbH, ohne deren Unterstützung dieses Projekt nicht möglich gewesen wäre. Mein Dank gilt hierbei namentlich Frau Annette Dünninger und Frau Dr. Marina Schehlmann, welche sich mit großem persönlichen Engagement in das Projekt eingebracht haben.

Darüber hinaus darf ich mich sehr herzlich bei der Agentur Boldt für die Kreativität und Gestaltung, sowie bei Herrn Kollegen Jan Rausch und Frau Annabel Schuckmann für Ihre tatkräftige Unterstützung bei der Entstehung dieses Werkes bedanken.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1, Seite 5: "Spechblasen", Freepik.com
- Abb. 2, Seite 9: "Roundtable", Freepik.com
- Abb. 3, Seite 14: "Grundgesetz", MJB Design
- Abb. 4, Seite 15: "Flamingos", Adobe Stock Library
- Abb. 5, Seite 25: "Glaubwürdigkeit", Freepik.com
- Abb. 6, Seite 35: "Demokratie", von rawpixel.com auf Freepik

Impressum

©2023 CuraControl GmbH
MedizinRecht.de Verlag
Hanauer Str. 30, 63755 Alzenau
E-Mail: info@medizinRecht.de
www.MedizinRecht.de

Autor: Institut für Gesundheitsökonomie, -ethik und -recht (IGÖ)
ISBN: 978-3-936844-19-1
Grafik, Satz und Layout: Moritz Boldt (MJB Design)

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Photokopie, Mikrofilm oder ein andres Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.