

Viola Schubert-Lehnhardt

Zur Notwendigkeit von Demokratisierung und Teilhabe von BürgerInnen an gesundheitspolitischen Entscheidungen

Die demokratische Beteiligung von PatientInnen bzw. Versicherten an den Entscheidungen und Entwicklungen im Gesundheitswesen hat drei Dimensionen, die in einem linken Politikverständnis ausgebaut werden müssen:

1. die individuellen Rechte der BürgerInnen als Versicherte und Patientinnen müssen gestärkt werden
2. die Teilhabe an institutionellen Entscheidungen ist durch eine verbesserte Einbeziehung von Patientenvertretungen und Patientenfürsprechern zu verbessern
3. die Orientierung auf die PatientInnen als zentrales Anliegen der Gesundheitspolitik muss gestärkt werden.

Patientenrechte sind Ausdruck der Menschenrechte. „Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet.“ heißt es in der Erklärung der Allgemeinen Menschenrechte der UNO vom Dezember 1948. In Deutschland gibt es eine Vielzahl individueller Patientenrechte¹. Diese einzelnen Rechte sind bisher jedoch nicht (im Gegensatz zu anderen Ländern) in einem Gesetz übersichtlich zusammenfassend geregelt. Dies ist eine Ursache dafür, dass PatientInnen diese Rechte oft nicht wahrnehmen können. Eine wichtige Forderung ist es daher, eine solche gesetzliche Grundlage zu schaffen.

¹ Patienten in Deutschland können sich auf folgende 4 zentrale Rechte berufen:

1. das generelle Recht auf Gesundheitsfürsorge und den gleichen Zugang zur Gesundheitspflege (inkl. das Recht auf freie Arztwahl)
2. das Recht auf Achtung, Würde und Integrität (dies beinhaltet insbesondere
 - das Recht auf Privatsphäre
 - das Recht auf Vertraulichkeit und Verschwiegenheit
 - das Recht auf würdevolle und sorgfältige Behandlung (lege artis).
3. das Recht auf Selbstbestimmung (dies beinhaltet
 - das Recht auf Partizipation als Patient und Konsument
 - das Recht auf einen würdevollen Tod
 - das Recht auf Behandlungsabbruch, -verzicht, und -verweigerung
 - das Recht auf alternativmedizinische Behandlung
4. das Recht auf Information über Diagnose, Prognose und Behandlung
 - das Recht auf Einsicht und Kopie der Krankenunterlagen
 - das Recht auf Schadensregulierung bei Behandlungsfehlern.

Voraussetzung für die Wahrnehmung von Patientenrechten ist weiterhin, dass jeder Bürger seine Rechte als Patient und Versicherter kennt und weiß, wie er sie im Streitfall durchsetzen kann: außergerichtlich oder gerichtlich. Dazu bedarf es in der Regel fachlicher Unterstützung – in Form eines differenzierten Systems von Einrichtungen und Angeboten.

Die Einrichtung entsprechender Stellen und Angebote gehört zu den unabdingbaren Aufgaben des Gesundheitswesens und sollte daher künftig über eine staatliche Regelfinanzierung gewährleistet werden.

Bereits existierende anderweitige Formen (ehrenamtliche, auf Spendenbasis ect.) sind in eine staatliche Regelfinanzierung überzuleiten. Grundlage der Arbeit dieser Einrichtungen müssen folgende Prinzipien sein:

- Nutzerorientierung
- Professionelle Arbeit
- Ausstattung mit rechtlichen Kompetenzen
- Anbieterunabhängigkeit.

In ihrer Arbeit haben sie zwei grundlegende Orientierungen:

1. Befähigung im Sinne von Aufklärung, Ermutigung und Empowerment
2. Vertretung im Sinne anwaltschaftlicher Vertretung.

Beide Orientierungen erfordern unterschiedliche Kompetenzen. Zu diesen gehören (abgestuft nach der jeweiligen Einrichtung) die

- Rechtsberatungsbefugnis
- Klagebefugnis
- Kompetenz zur Abmahnung.

Die Arbeit dieser Einrichtungen bedarf einer übergreifender Systematik und bundesweiten Ausrichtung. *Die Vision* dazu ist die Schaffung einer Akademie für Patientenrechte. Diese sollte sowohl zur Forschung als auch zur Schulung von Patientenfürsprechern und –vertretern dienen. *Gegenwärtig ist zu fordern, dies mit als Aufgabe des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu verankern.* Ein weiteres Aufgabenfeld dieses Institutes unter den hier dargestellten Aspekten muss die schnellere Überführung der Ergebnisse von Modellversuchen in verbindliche Standards auf Bundesebene werden.

Gleichfalls sinnvoll ist es bis zur Verwirklichung o.g. Vision die Rolle der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen (BAGP) als Ort des Erfahrungsaustausches, der Schulung der MitarbeiterInnen und ehrenamtlichen VertreterInnen und der Koordination von Forderungen weiter auszubauen. Deren Aufgaben müssen dann ebenfalls staatlicherseits finanziell abgesichert werden.

Außerdem sind Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Instituten und freier bzw. zeitweiser Mitarbeit zu schaffen.

Die Forderung nach stärkerer Partizipation von PatientInnen und Versicherten beinhaltet auch die *regelmäßige öffentliche Berichterstattung* über die Arbeit aller Gremien auf diesem Gebiet (Patientenfürsprecher, Beschwerde- und Schlichtungsstellen, Gutachterkommissionen, Selbstverwaltungsgremien auf den verschiedenen Ebenen etc.) sowie über laufende Modellversuche und deren Ergebnisse (insbes. nach § 65b SGB V). Dafür ist ein eigener Fond zu schaffen.

Über die Arbeit der verschiedenen Beschwerde- und Schlichtungsstellen sowie Gutachterkommissionen und Schiedsstellen wäre dann künftig ebenfalls regelmäßig öffentlich zu berichten. Dazu ist es notwendig, die Beteiligung von Patientenvertretern in diesen Gremien verbindlich vorzuschreiben. Sinnvoll wäre es auch, die Regelung einer „erweiterten materiellen Unterstützung“² wieder einzuführen (d.h. bei einem eingetretenem Schaden nach Behandlung die Unterstützung des betroffenen Patienten unabhängig von der Klärung der „Schuldfrage“ zeitnah zu gewährleisten).

Demokratische Mitwirkungsmöglichkeiten erweitern und finanziell absichern!

Das GKV-Modernisierungsgesetz hat im SGB V mit den §§ 140 f und § 140 g zum 01. Januar 2004 die Beteiligung von Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA oder Gemba) nach § 91, im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b, in den Landesausschüssen nach § 90, den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97 geregelt. Diese Organisationen sollen insbesondere für die verschiedenen Ausschüsse einvernehmlich „sachkundige Personen“ benennen, von denen mindestens die Hälfte Betroffene sein müssen. Ungenügend verankert und daher „nachfordern“ sind hierzu:

² zur Regelung in der DDR siehe GBl.I, Nr. 4, 1987, S. 34

- die Finanzierung der Tätigkeit der Patientenvertreter
- entsprechende Schulungen dieser
- Gesetzliche Regelung des Mitentscheidungsrechts.

Diese Forderungen gelten analog für entsprechende Gremien auf Länderebene. Weiterhin sind zu Fragen der Partizipation in einzelnen Bundesländern bereits vorliegende Erfahrungen zur Arbeit von Patientenbeauftragten, von Landesgesundheitskonferenzen etc.

schnellstmöglichst zu verallgemeinern, öffentlich zu machen und entsprechend den vorliegenden Bedingungen in anderen Bundesländern dort ebenfalls umzusetzen. Dabei ist sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene die parteipolitische Unabhängigkeit der entsprechenden Beauftragten zu gewährleisten bzw. herzustellen.

Einer dringenden bundeseinheitlichen Regelung bezogen auf die Beteiligung von PatientInnen bedarf die Arbeit der Ethik-Kommissionen auf den verschiedenen Ebenen.

Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen durchsetzen!

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung muss heute ganz selbstverständlich die Geschlechterperspektive beinhalten. Dies beginnt bei der Berücksichtigung von geschlechterspezifischen Normen und Wertvorstellungen in der Ausbildung bei allen medizinischen Berufen; beinhaltet die Entwicklung von entsprechend differenzierten Forschungsszenarios und darauf aufbauenden geschlechtergerechten Leitlinien für Behandlungen sowie die schrittweise Einführung von quotierten Zusammensetzungen von Entscheidungsgremien.

Die multikulturelle Struktur der Bevölkerung als Aufgabe und Chance wahrnehmen!

Dem ethnisch und kulturell gemischten Aufbau der Bevölkerung in Deutschland muss bei der Entwicklung von Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungskonzepten entsprochen werden. Dies bedingt sowohl die Aufnahme entsprechender Lebensvorstellungen und Handlungsweisen in Forschung und Ausbildung des medizinischen Personals, die Schaffung der Bedingungen für eine entsprechende Umsetzung (z.B. Dolmetscher, Abrechnungsmodalitäten für eine kultursensible Pflege etc.). Außerdem ist dieser Multikultur auch bei der Besetzung von o.g. Gremien dieser Bevölkerungsstruktur verbindlich Rechnung zu tragen.

Gleichzeitig bietet diese multikulturelle Struktur die Chance andere prophylaktische, therapeutische und rehabilitative Vorgehensweisen verstärkt kennenzulernen, zu erforschen und in das deutsche Gesundheitswesen einzubeziehen.