

NEU & START!

Reformwerkstatt für
unser Gesundheitswesen



Bürgerreport 2020

Reformschritte aus Bürgersicht

Hinweis: Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Nennung weiblicher und männlicher Formen von personenbezogenen Substantiven. Wenn nicht anders erwähnt, sind beide Geschlechter gemeint.

Inhalt

- 04 Einführung: Visionen für das Gesundheitswesen der Zukunft**
- 06 Die Initiative Neustart!: Mut zu Reformen**
 - 06 Das Ziel: Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem
 - 06 Die Bestandteile: Experten und Bürger im Dialog
- 08 Die Bürgerdialoge: Die Bürgerinnen und Bürger bestimmen**
 - 08 Die Zufallsauswahl: Gelebte Beteiligung
 - 09 Die Herausforderung 2020: Online debattieren
 - 09 Online-Einladung an alle: Ideen sind gefragt
- 10 Die Forderungen der Bürgerinnen und Bürger: Mehr Transparenz, Prävention und Beteiligung**
 - 12 Solidarische Krankenversicherung: Ein System für alle
 - 14 Patientenpartizipation: Mehr Raum für die Patienten
 - 16 Primärversorgungszentren: Verlässliche Lotsen für die Gesundheit
 - 18 Erziehung und Bildung: Gesundheitskompetenz gehört in Kitas und Schulen
 - 20 Kommunale Planung: Die Bürger beteiligen
 - 22 Verhältnis- und Verhaltensprävention: Krankheiten vermeiden
 - 24 Berücksichtigung der Vielfalt: Barrieren abbauen
 - 26 Medial vermittelte Gesundheitskompetenz: Aufklärung statt Fake News
 - 28 Caring Community: Nachbarschaftliche Fürsorge stärken
- 30 Der Bürgerdialog 2020: Online-Beteiligung in sieben Schritten**
 - 32 Schritt 1: Vorbereitungsworkshop
 - 34 Schritt 2: Zufallsauswahl der Teilnehmenden
 - 36 Schritt 3: Tag des virtuellen Bürgerdialogs
 - 40 Schritt 4: Online-Plattform Neustart!
 - 40 Schritt 5: Redaktionssitzung der Bürgerbotschafter
 - 41 Schritt 6: Virtueller Bürger-Experten-Workshop
 - 41 Schritt 7: Neustart!-Gipfel
- 42 Anhang**
 - 42 Die Grundlage der Debatte: Die Themenposter
 - 54 Feedback aus dem Bürgerforum im Wortlaut
- 76 Impressum**

Einführung: Visionen für das Gesundheitswesen der Zukunft



Wie muss unser Gesundheitssystem reformiert werden, um den Herausforderungen der Zukunft gerecht zu werden? Diese Frage steht im Mittelpunkt der **Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“**, 2018 von der Robert Bosch Stiftung gestartet. Gemeinsam mit Bürgern und Experten will Neustart! Impulse für eine Neuordnung der Gesundheitsversorgung in Deutschland setzen. Bis zur Bundestagswahl 2021 sollen konkrete Empfehlungen für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems entwickelt werden.

Im Fokus stehen dabei die Menschen und ihre Bedürfnisse. Deshalb ist **eine umfassende Bürgerbeteiligung** Kern der Initiative. Dazu hat die Robert Bosch Stiftung 2019 und 2020 zwei Bürgerdialoge mit mehreren hundert zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern durchgeführt. Interessierte konnten und können zudem auf der Website der Initiative www.neustart-fuer-gesundheit.de eigene Vorschläge einbringen.

Der **Bürgerreport 2020** fasst die Ergebnisse des zweiten Bürgerdialogs vom November 2020 zusammen und stellt die Initiative sowie den Prozess der Bürgerbeteiligung vor. Während im ersten Bürgerdialog 2019 die Beteiligten ihre Erwartungen an Reformen im Gesundheitssystem formulierten, führten die Bürger des zweiten Bürgerdialogs die Reformdebatte fort, bezogen Stellung zu konkreten Vorschlägen und gaben eigene Empfehlungen ab.

Grundlage für die Debatte der Teilnehmenden waren die **Reformvorschläge**, die Ende 2019 in einem gemeinsamen Bürger-Experten-Dialog diskutiert wurden und die sowohl die Kernbotschaften aus dem ersten Bürgerdialog als auch die von Gesundheitsexperten in Think Labs entwickelten Lösungsvorschläge mit einbeziehen.

Die Palette der Vorschläge ist vielfältig. Barrieren sollen abgebaut werden und die Gesundheitsversorgung für bislang eher benachteiligte Menschen verbessert werden. Es geht um verständliche, sachliche Informationen, um mehr Transparenz und um eine bessere Beteiligung der Patienten. Eine solidarische Krankenversicherung für alle oder die Einrichtung von Primärversorgungszentren als erste Anlaufstelle für Patienten gehören ebenso zu den Vorschlägen wie die Vermittlung von Gesundheitskompetenz bereits in Kitas und Schulen, zielgruppenspezifische Angebote oder Maßnahmen und das Eindämmen von Fake News zum Thema Gesundheit durch sachliche Aufklärung.

Eine besondere Herausforderung für den Bürgerdialog 2020 war, dass er aufgrund der Corona-Pandemie ausschließlich online stattfinden konnte. Während 2019 die Bürger in verschiedenen Foren vor Ort diskutierten, musste der Diskurs 2020 im Internet geführt werden. Die in diesem Report dokumentierten Prozesse und Ergebnisse zeigen: **Bürgerbeteiligung ist auch online machbar.**

Die per Zufallsverfahren ausgewählten Bürgerinnen und Bürger kamen 2020 aus dem Umkreis von Bremerhaven, Magdeburg, Trier und Rosenheim sowie aus ländlichen Regionen in Sachsen und Brandenburg. Der Bürgerreport 2020 dokumentiert, **wie die Bürger die Themen, gegliedert in neun Reformbereiche, bewerten.** Das umfangreiche Bürgerfeedback der rund dreihundert Teilnehmenden des Bürgerforums zu den neun Reformbereichen wurde anschließend von gewählten Bürgerbotschaftern Ende Dezember zusammengefasst. Ergänzend wurden alle Teilnehmer des Bürgerforums online zu ihrer Einschätzung zu den zentralen Reforminhalten befragt.

Der Diskurs mit den Bürgerinnen und Bürgern im Rahmen der Initiative Neustart! ist noch nicht beendet. Geplant ist, dass die Bürgerbotschafter auf der **Neustart!-Gipfelkonferenz** in Berlin im Juni 2021 die Debatte zur Zukunft der Gesundheitsversorgung mit Gesundheitspolitikern, Verbandsvertretern, Expertinnen und Experten und weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen fortführen. Im Vorfeld der Bundestagswahl im September 2021 wird der Gipfel bestimmt von den Vorschlägen für notwendige Entwicklungsschritte in Richtung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems.

Die Initiative Neustart!: Mut zu Reformen

Seit Beginn der Corona-Pandemie steht der **Zustand der Gesundheitsversorgung** in Deutschland ganz besonders **im Fokus der öffentlichen Debatte**. Ihre Schwächen und Stärken wurden offensichtlich. Gesundheitsreformen sind überfällig – davon ist eine große Mehrheit der Bevölkerung überzeugt. 85 Prozent aller Deutschen sehen Reformbedarf im Gesundheitssystem. Das ist das Ergebnis einer repräsentativen forsa-Befragung im Auftrag der Robert Bosch Stiftung vom Mai 2020.

Die Umfrage entstand im Rahmen der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“.

Das Ziel: Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem steht in vielerlei Hinsicht unter großem Druck: Der Fachkräftemangel, die wachsende Kluft in der Versorgung zwischen Städten und ländlichem Raum, die Digitalisierung oder die künftige Finanzierung und Qualität unserer Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft verlangen nach Lösungen, die weiter reichen als bisherige Reformbemühungen.

Die Bestandteile: Experten und Bürger im Dialog

Neustart! will erreichen, dass auch in Zukunft alle Bürgerinnen und Bürger Zugang zu einer bedarfsgerechten und dem Menschen zugewandten Gesundheitsversorgung haben. Auf drei parallelen Handlungsebenen – **Bürgerdialoge, Expertenarbeit in einer Serie von Think Labs und gesundheitspolitische Podien** – hat Neustart! eine ergebnisoffene Diskussion angestoßen. Losgelöst von herkömmlichen Denkschemata sollen auf diese Weise innerhalb von drei Jahren Empfehlungen für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems entwickelt werden. Experten und Bürger bestimmen im gemeinsamen Diskurs die Richtung.

Neustart! macht die Bürgerinnen und Bürger zu aktiven Mitgestaltern. In den **Bürgerdialogen** haben sie ihre Vorstellungen und Ideen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung formuliert und die Reformthesen aus dem Bürger-Experten-Workshop 2019 sowie den Think Labs der Experten der Initiative bewertet.

In insgesamt sieben **Think Labs**, durchgeführt in Kooperation mit der Hertie School, konkretisierten Experten den Handlungsbedarf, entwickelten Reformvorschläge für die Gesundheitsversorgung von morgen und bezogen die Bürgervorstellungen mit ein.

Mehrere **gesundheitspolitische Podien** boten ergänzend den Raum, öffentlich und fachöffentlich Aspekte einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in einem erweiterten Kreis, auch unter Beteiligung der Politik, offen, mutig und kontrovers zu diskutieren.

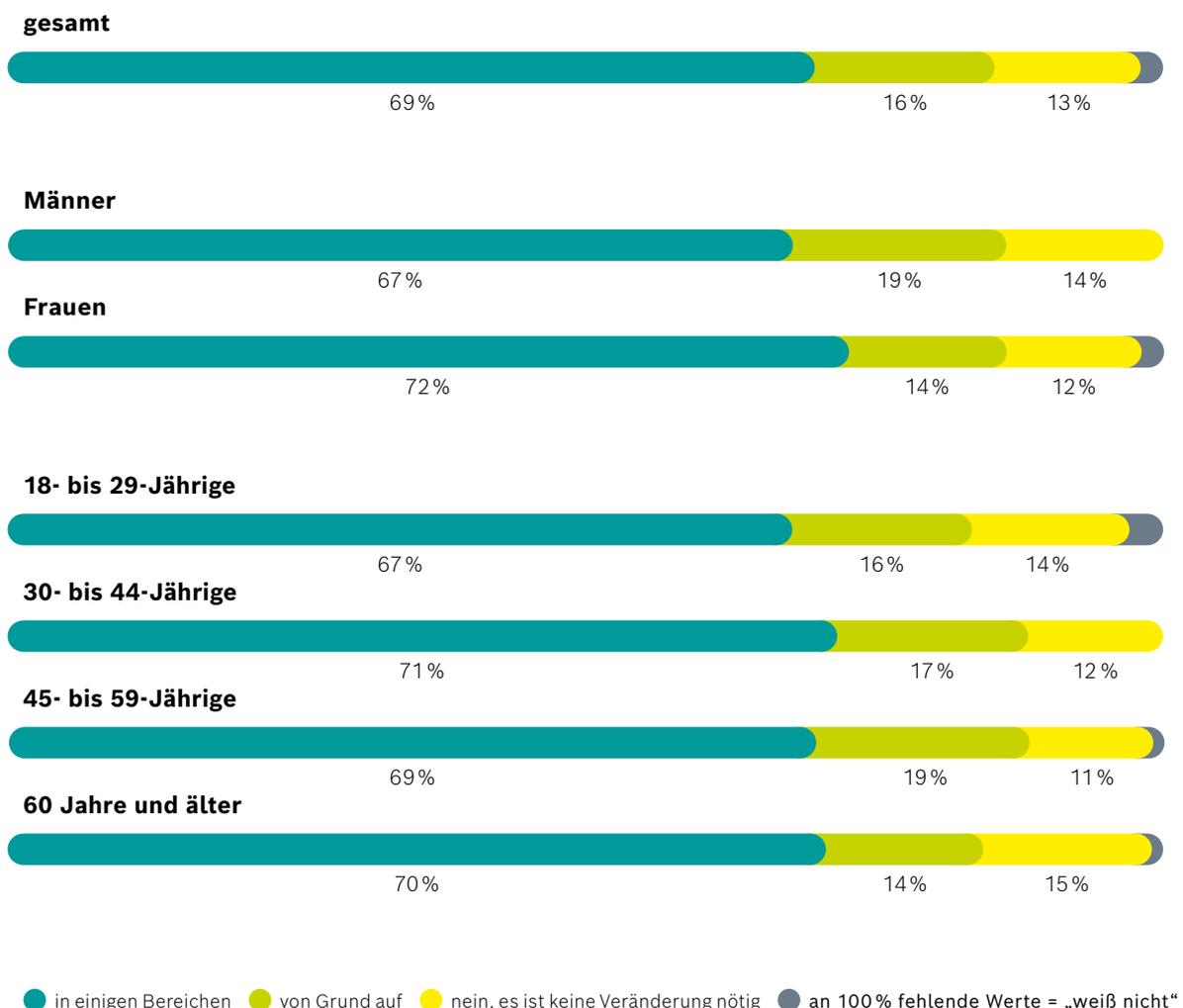
Die Robert Bosch Stiftung fördert außerdem den 2019 neu eingerichteten Lehrstuhl „Health Governance“ an der Hertie School in Berlin. Er ergänzt die fachliche Expertise der Think Labs.

Es wird deutlich, wie wichtig den Bürgerinnen und Bürger die Gesundheit ist und sie auch für die Zukunft ein System unterstützen, das dem Menschen zugewandt, patientenorientiert, multiprofessionell, qualitätsgeprägt und offen für Innovationen ist. Menschen sollen auch in verletzlichen Momenten und Lebenslagen darauf vertrauen können, dass sie gut versorgt werden.“

Dr. Bernadette Klapper, Bereichsleiterin Gesundheit der Robert Bosch Stiftung.

Reformbedarf beim deutschen Gesundheitssystem

Wenn Sie an unser Gesundheitssystem denken, wie es heute ist: Müsste das Gesundheitssystem in Deutschland Ihrer Meinung nach in einigen Bereichen verändert werden, müsste es von Grund auf verändert werden oder sind im Großen und Ganzen keine Veränderungen nötig?



Quelle: Repräsentative forsa-Umfrage zur Haltung der Deutschen zu Reformen im Gesundheitswesen im Auftrag der Robert Bosch Stiftung, Mai 2020, www.neustart-fuer-gesundheit.de

Die Bürgerdialoge: Die Bürgerinnen und Bürger bestimmen

Alle reden von Bürgerbeteiligung. Nicht bei jedem Projekt steht Partizipation tatsächlich im Fokus. Anders sieht das bei der Initiative Neustart! aus: Die Meinung der beteiligten Bürgerinnen und Bürger und ihre Vorschläge stehen im Zentrum der „Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“.

Verschiedene Bürgerdialoge mit insgesamt mehreren hundert Teilnehmenden boten Raum für den Austausch von Erfahrungen, Meinungen und Reformvorstellungen. Ergänzt wurden die Dialoge vor Ort und online durch zusätzliche Möglichkeiten, sich online an der Debatte und an der Entscheidungsfindung zu beteiligen.

Die Zufallsauswahl: Gelebte Beteiligung

Per Zufallsauswahl wurden die Bürger vom Sozialforschungsinstitut der Universität Bamberg nach Kriterien wie Alter, Geschlecht und Bildung angesprochen und zu den Bürgerdialogen 2019 und 2020 eingeladen. Die Beteiligten **bildeten einen Querschnitt der Gesellschaft ab und repräsentierten die zahlreichen Perspektiven der Bevölkerung auf das Gesundheitswesen**. Moderiert wurde der gesamte Dialogprozess von der Dortmunder Agentur IKU_DIE DIALOGGESTALTER.

Der **erste Bürgerdialog** fand **2019** statt. Am 25. Mai 2019 kamen rund 400 Bürger in Kiel, Rostock, Köln, Nürnberg/Fürth und Freiburg zu Dialogveranstaltungen vor Ort zusammen. Zu den von den Bürgern selbst festgelegten Themenfeldern Prävention und Bildung, Finanzierung, Qualität und Versorgung, Digitalisierung, Organisation des Gesundheitswesens sowie dem Spannungsfeld Gemeinwohl versus

Geschäftsmodell entwickelten die Teilnehmenden beim Bürgerdialog **Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems** – von einem neuen Schulfach Gesundheitsbildung über ein innovatives Berufsbild von Präventionsberatern bis hin zu einer solidarischen Krankenversicherung für alle.

Online hatten danach alle Interessierten die Chance, die Ergebnisse zu kommentieren, zu bewerten sowie eigene Ideen für Reformen im Gesundheitswesen einzubringen. Insgesamt 20 bei den einzelnen Veranstaltungen gewählte Bürgerbotschafter fassten die Ideen und Anregungen, sowohl aus den Dialogveranstaltungen als auch aus dem Online-Dialog, zusammen und verdichteten sie zu sechs Kernbotschaften, dokumentiert im Bürgerreport 2019.

Im Dezember 2019 diskutierten die Bürgerbotschafter mit Experten in einem gemeinsamen Workshop die Ergebnisse. Die in diesem Diskurs entstandenen Empfehlungen für Reformen in verschiedenen Themenfeldern bildeten die Grundlage für die weitere Debatte im Rahmen der Think Labs.

Erstmals öffentlich diskutiert wurden die Reformvorstellungen der Bürger bei einer **Online-Debatte mit dem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn** am 2. Juli 2020. Vor allem die Themenfelder Qualität der Versorgung, Prävention und das Spannungsfeld Gemeinwohl versus Geschäftsinteressen bewegen die Bürgerinnen und Bürger.



Die Herausforderung 2020: Online debattieren

Fortgeführt wurde die Debatte in den Bürgerdialog-Runden 2020 – anders als geplant konnten sie 2020 aufgrund der Kontaktbeschränkungen wegen der Corona-Pandemie nur online stattfinden. Das stellte die Organisation der Bürgerbeteiligung vor neue Herausforderungen und Fragen – technologisch, organisatorisch und in der Dialogführung. Gelingt es, beim zentralen digitalen Bürgerforum eine offene Debatte mit rund 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu organisieren, die sich vorher zum größten Teil nicht kannten? Wie lässt sich eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre erreichen, wenn wichtige informelle Elemente einer Konferenz wie das Gespräch in der Kaffeepause fehlen? Ist es möglich, den Austausch in über 50 Kleingruppen online zu organisieren?

Der Bürgerreport 2020 dokumentiert, **dass das Konzept des Bürgerdialogs** im Rahmen der Initiative Neustart! **auch online funktioniert**. Das große digitale Bürgerforum am 14. November 2020 war **ein großer Erfolg** – über 80 Prozent der rund 300 Teilnehmenden bewerteten die Online-Debatte mit den Schulnoten „gut“ oder „sehr gut“.

Die per Zufallsverfahren ausgewählten Bürgerinnen und Bürger kamen 2020 aus dem Umkreis von Bremerhaven, Magdeburg, Trier und Rosenheim sowie aus ländlichen Regionen in Sachsen und Brandenburg. Im Bürgerforum bewerteten sie die Reformvorschläge, gliedert in neun Bereiche. Wie im Jahr zuvor fassten auch **2020 gewählte Bürgerbotschafter die Kernaussagen der Debatte zusammen**. Ergänzend wurden im Anschluss an das Bürgerforum alle Teilnehmer online zu ihrer Einschätzung zu zentralen Reforminhalten befragt.

Online-Einladung an alle: Ideen sind gefragt

Die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ bietet über die Bürgerdialoge hinaus allen Interessierten auf ihrer Website die Möglichkeit, mitzumachen und eigene Ideen für das Gesundheitssystem der Zukunft einzubringen. Eigene Ideen können unter www.neustart-fuer-gesundheit.de/ mitmachen eingereicht werden.

Die Beteiligung ist rege – bis Anfang Februar 2021 haben knapp 300 Menschen eigene Vorschläge eingebracht. Die Themenpalette ist vielfältig – sie reicht von A wie „Ausbildung in Gesundheitsberufen“ bis W wie „Weiterbildung“ und „Wissenschaft“. Viele Bürgerideen setzen sich etwa mit Themenbereichen wie Finanzierung, Kassenleistungen, Prävention oder Organisation und Vergütungen im Gesundheitssystem auseinander.

Die Forderungen der Bürgerinnen und Bürger: Mehr Transparenz, Prävention und Beteiligung

Auf den folgenden Seiten präsentiert der Bürgerreport 2020 die Empfehlungen der Bürgerinnen und Bürger **zu neun verschiedenen Reformbereichen im Gesundheitswesen**. Grundlage der Diskussion beim großen digitalen Bürgerforum am 14. November 2020 waren Reformvorschläge zu neun Themenbereichen, zusammengeführt aus der bisherigen Debatte von Bürgern und Experten im Rahmen der Reformwerkstatt Neustart!. Im Wortlaut werden die Themenposter im Anhang dokumentiert (Seite 44).

Erstmals wurden die Reformvorstellungen Ende 2019 in einem gemeinsamen Bürger-Experten-Dialog diskutiert. Das Vorschlagspapier bezieht sowohl die **Kernbotschaften aus dem ersten Bürgerdialog als auch die von Gesundheitsexperten in den Think Labs entwickelten Lösungsvorschläge** mit ein.

Die während des Bürgerforums gewählten Bürgerbotschafter haben die Empfehlungen und Debatten des Bürgerforums zu diesen Vorschlägen zusammengefasst. Ergänzt werden die Empfehlungen durch grafisch aufbereitete **Ergebnisse einer Online-Befragung der beteiligten Bürgerinnen und Bürger** zu den zentralen Reformbereichen.

Die Reihenfolge der Vorschläge richtet sich nach der Beteiligung der Bürger bei der Online-Befragung zu den einzelnen Themenbereichen. Mehr Informationen zum gesamten Beteiligungsprozess gibt es ab Seite 30.



Solidarische Krankenversicherung

Ein einheitliches Krankenversicherungssystem für alle ist aus Sicht der Bürger überfällig.



Patientenpartizipation

Das Gesundheitssystem muss nutzerfreundlich und transparent gestaltet werden.



Primärversorgungszentren (PVZ)

Mit PVZ lässt sich die medizinische Erstversorgung der Patienten entscheidend verbessern.



Erziehung und Bildung

Gesundheitskompetenz sollte bereits in Kitas und Schulen vermittelt werden.



Kommunale Planung

In der regionalen Gesundheitsplanung sollten Kommunen und Bürger mehr eingebunden werden.



Verhältnis- und Verhaltensprävention

Es braucht eine Balance zwischen staatlicher Steuerung und der Förderung der Eigenverantwortlichkeit.



Berücksichtigung der Vielfalt

Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz müssen unterstützt und Barrieren abgebaut werden.



Medial vermittelte Gesundheitskompetenz

Transparente Informationen helfen, Fake News zum Bereich Gesundheit zu entlarven.



Caring Community

Nachbarschaftliche Hilfe und Solidarität müssen gefördert werden.



Solidarische Krankenversicherung: Ein System für alle

Die Einführung einer solidarischen Krankenversicherung für alle ist aus Sicht der großen Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger eine zentrale Forderung. Sie soll das bisherige deutsche Zwei-Säulen-Modell aus gesetzlicher Krankenkasse (GKV) und privater Krankenkasse (PKV) ersetzen.

Ein einheitliches Krankenversicherungssystem muss eine medizinische Grundversorgung für alle auf hohem Niveau gewährleisten. Eine Mehrheit spricht sich zudem für die Möglichkeit aus, weitere Versicherungsbausteine mit Wahl- und Zusatzleistungen anzubieten. Das darf aber keinesfalls dazu führen, das Niveau der Grundversorgung für alle abzusenken.

Die Mehrheit befürwortet bei der Finanzierung ein Modell, das **bei der Berechnung der Beiträge alle Einkommensarten mit einbezieht**, also neben Lohn und Gehalt auch Erträge aus Vermögen oder Mieteinnahmen.

Uneinig sind sich die Bürger, ob die **Beitragsbemessungsgrenze** in der Krankenversicherung für eine solidarische Finanzierung nach Leistungsfähigkeit lediglich erhöht oder gänzlich abgeschafft werden sollte.

Diskussionsbedarf besteht auch in Hinblick darauf, welche Auswirkungen die Einführung einer solidarischen Krankenversicherung für alle auf die **Anzahl der Krankenkassenunternehmen** haben sollte. Während sich knapp die Hälfte der beteiligten Bürger für eine einzige Kasse für alle aussprechen, halten es fast ebenso viele für notwendig, dass weiterhin verschiedene Krankenkassen existieren, um den Wettbewerb zu erhalten.

„Mich stört die Zwei-Klassen-Medizin. Früher war ich privat versichert, bin aber zu einer gesetzlichen Krankenkasse gewechselt. Ich kenne also beide Seiten. Ich habe nichts dagegen, wenn jemand eine private Zusatzversicherung abschließt. Aber ich kann nicht einsehen, dass ein Arzt für die Behandlung eines Privatversicherten mehr Geld bekommt als für einen gesetzlich Versicherten – das finde ich ungerecht. Ich bin für eine solidarische Krankenkasse, in die alle einzahlen.“

Timo Beck, Bürgerbotschafter

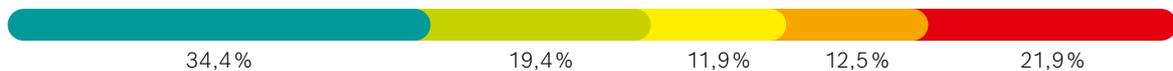
Ergebnis Onlineumfrage – 159 Teilnehmende

Eine solidarische Krankenversicherung für alle

Das deutsche Zwei-Säulen-Modell aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll durch eine solidarische Krankenversicherung für alle ersetzt werden.



Solidarische Krankenversicherung bedeutet, dass es in Zukunft nur eine Krankenkasse geben sollte – Wettbewerb zwischen Krankenkassen ist nicht erforderlich.



Für eine solidarische Krankenversicherung soll die Beitragsbemessungsgrenze deutlich höher liegen, um die Finanzierung nachhaltig zu sichern und gerecht zu gestalten.



Es sollen alle Einkommen zur Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung herangezogen werden – ohne Beitragsbemessungsgrenze nach oben.



Die solidarische Krankenversicherung soll die medizinisch notwendige Grundversorgung für alle sichern. Darüber hinaus gewünschte Zusatz- und Wahlleistungen können auch von privaten Versicherungen angeboten werden.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Patientenpartizipation: Mehr Raum für die Patienten

Um die Partizipation der Patienten im Gesundheitswesen zu verbessern, ist es aus Sicht der Bürgerinnen und Bürger eine wichtige Voraussetzung, dass Ärzte sowie das weitere Gesundheitspersonal **mehr Zeit haben, um die Patienten bei Diagnose und Behandlung besser beraten zu können.**

Es braucht **mehr personelle Ressourcen** und ein **anderes Abrechnungssystem** der Gesundheitsleistungen, um eine intensivere Betreuung der Patienten zu ermöglichen. Die derzeit üblichen Fallpauschalen in der stationären Versorgung berücksichtigen den notwendigen Beratungsbedarf der Patienten eher selten.

Das Gesundheitspersonal muss **von Verwaltungsarbeit entlastet** werden, um mehr Zeit für die Arbeit mit den Patienten zu erhalten.

Mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen für alle Gesundheitsberufe sind notwendig, um die Patienten **transparent informieren** zu können.

Die durchgängige Ökonomisierung der Krankenhäuser soll durch eine stärkere **Orientierung auf das Gemeinwohl** ersetzt werden – vergleichbar dem Bildungssystem, das nach wie vor überwiegend in öffentlicher Hand ist.

Die Transparenz in der persönlichen Krankenakte muss erhöht werden. **Allgemeinverständliche Befunde und Berichte** in der Hand der Patienten sind Voraussetzung für deren bessere Mitwirkung an der Behandlung.

Die **Digitalisierung** kann Zeit für eine ausführlichere Beratung schaffen. Digitale Techniken sollen eingesetzt werden, **um Abläufe zu optimieren**, ohne das persönliche Verhältnis zwischen den Patienten und den Ärzten zu beeinträchtigen.

Mindestens genauso wichtig ist es, dass die **Patientenakte** allgemein verständlich ist (leichte Sprache) und eine analoge Kopie der Akte den Patienten ausgehändigt wird (Ordner).

Die Patienten sollten **transparente Arzt- und Krankenhausrechnungen** erhalten, um die Leistungen selbstständig überprüfen zu können. So können sie kontrollieren, ob die abgerechneten Leistungen ihnen auch angeboten wurden. Umgekehrt erfahren die Patienten auch, was die Leistungen, die erbracht wurden, kosten. Eine **verbesserte Transparenz schafft Vertrauen.**

Unabhängige **Online-Rankings** werden von Teilen des Bürgerforums befürwortet, rund die Hälfte der beteiligten Bürgerinnen und Bürger wünschen sich **ein transparentes Rankingsystem aller Ärzte und Krankenhäuser.** Sie fordern allerdings auch: Die Seriosität der Plattform muss gewährleistet sein, die Manipulationsgefahr bei den Bewertungen ausgeschlossen werden. Private Anbieter müssten gekennzeichnet werden.

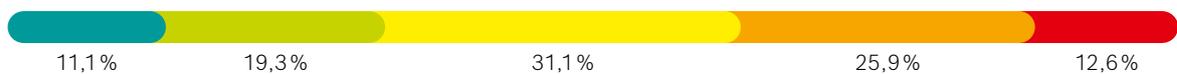
„Ich erlebe es häufig so, dass der Arzt in der Sprechstunde mit lateinischen Begriffen um sich schmeißt, ohne sich die Zeit zu nehmen, sie zu erklären. Die google ich dann zu Hause.“

Martin Eisenführer,
Teilnehmer Bürgerforum

Ergebnis Onlineumfrage – 135 Teilnehmende

Patientenpartizipation stärken: Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und transparent gestalten

Das deutsche Gesundheitssystem ist unübersichtlich – ich weiß oft nicht, an wen ich mich wenden muss, wenn ich krank oder verletzt bin.



Ein unabhängiges, vertrauenswürdiges Online-Ranking-System aller Ärzte und Krankenhäuser stärkt Patientinnen und Patienten über medizinische Behandlungen zu entscheiden.



Das A & O für mehr Patientenpartizipation sind Ärzte und Gesundheitspraktiker, die sich genug Zeit nehmen können, ihre Befunde verständlich zu erläutern.



Patienten sollten transparente Arzt- und Krankenhausrechnungen erhalten, um Leistungen selbstständig überprüfen zu können.



Eine digitale, allgemeinverständliche Krankenakte ist eine notwendige Voraussetzung für eine aktive Mitwirkung von Patientinnen und Patienten an Behandlungsentscheidungen.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Primärversorgungszentren: Verlässliche Lotsen für die Gesundheit

Primärversorgungszentren (PVZ) sollten künftig **eine tragende Säule im Gesundheitswesen in Deutschland** werden. Davon waren mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden am Bürgerforum überzeugt. PVZ sollen einen niederschweligen Zugang zu einer qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Erst- und Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung gewährleisten.

Als **erste medizinische Anlaufstelle mit umfassender allgemeiner Erst- bzw. Grundversorgung** sollen sich die PVZ aus Bürgersicht durch folgende Merkmale auszeichnen:

- Sie verfügen über **ein breites interdisziplinäres Angebot** – von Haus- und Fachärzten über Labor und Physiotherapie bis hin zu verschiedenen Beratungsangeboten und psychosozialer Unterstützung.
- Maßnahmen zur **Prävention und Gesundheitsförderung** sollen ebenfalls angeboten werden.
- Eine **digitale Krankenakte** sorgt für Transparenz und Einheitlichkeit in einem PVZ.

Erste Kontaktperson in einem PVZ sollte eine Person mit **interdisziplinärer Kompetenz** sein. Alle Patienten sollten außerdem eine feste persönliche Vertrauensperson haben. Das könnten Ärzte oder andere gut ausgebildete medizinische Fachkräfte sein.

Die PVZ können insbesondere **im ländlichen Raum** die ärztliche Versorgung verbessern. Sinnvoll wäre es dort, ein **mobiles Angebot** (eine mobile Einheit) zu schaffen. Damit alle Patienten, auch die ohne einen eigenen PKW, das PVZ gut erreichen können, wäre eine **Ansiedlung an ÖPNV-Knotenpunkten** eine Möglichkeit. Zusätzlich könnten **Bürgerbusse** oder ein **On-Demand-Service** eingerichtet werden.

Zu Gründung und konkreter Organisation der PVZ diskutierten die Bürger unterschiedliche Ideen und Vorschläge. Einig waren sich die meisten, dass regionale Unterschiede berücksichtigt werden sollten.

„Mir gefällt die Idee von lokalen medizinischen Versorgungszentren, in denen die verschiedenen Gesundheitsberufe zusammenarbeiten. Die Fachkräfte dort sollten auch eine Anlaufstelle für Fragen zur Gesundheit sein.“

Jan Choschzick, Teilnehmer Bürgerforum

Ergebnis Onlineumfrage – 135 Teilnehmende

Hand in Hand zum Wohl der Bürgerinnen und Bürger:
Primärversorgungszentren als erste Anlaufstelle für
Patientinnen und Patienten

PVZ verbessern die Versorgung der Patientinnen und Patienten.



Die freie Wahl eines Hausarztes hat Vorrang gegenüber der Lotsenfunktion im PVZ.



PVZ sollen flächendeckend zur tragenden Säule in der Gesundheitsversorgung werden.



Durch PVZ kann der Ärztemangel in ländlichen Gebieten ausgeglichen werden.



Ein Versorgungsnetzwerk mit ortsnahen Gesundheitsanbietern ist eine gute Alternative zum PVZ.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Erziehung und Bildung: Gesundheitskompetenz gehört in Kitas und Schulen

Je früher, desto besser: Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung sollten bereits in Kitas und Schulen vermittelt werden, darin sind sich die Bürgerinnen und Bürger einig.

Beim Bürgerforum debattierten sie über eine ganze Reihe von **altersgerechten Angeboten zur Gesundheitsförderung**. Dazu zählen Maßnahmen zur **physischen Gesundheit** wie der Förderung von Bewegung im Alltag, etwa zu Fuß oder mit dem Rad zur Schule kommen, aber auch Angebote, die auf den Erhalt der **psychischen Gesundheit** abzielen wie Trainings zur Achtsamkeit oder zur „digitalen Entgiftung“ durch handyfreie Phasen im Tagesablauf.

Vorrangige Zielgruppe der Maßnahmen sollten die Kinder selbst sein. Um die Eltern mit einzubeziehen und die Inhalte nachhaltiger in die Familien zu tragen, sollten nach Möglichkeit auch **Angebote für Eltern** geschaffen werden – von Elternabenden über geleitete Eltern-Kind-Kochabende bis hin zu spezifischen Online-Angeboten.

Die Einführung eines verpflichtenden **neuen Unterrichtsfaches „Gesundheit“** ist unter den Bürgern eher strittig. Wesentlich breiter ist die Zustimmung zu dem Vorschlag, attraktive und spielerische Angebote **in bestehende Strukturen** – Unterrichtsfächer, AGs oder Projektwochen – **zu integrieren**.

Lehrerinnen und Lehrer bzw. Erzieherinnen und Erzieher können **nicht die alleinigen Vermittler von Gesundheitskompetenz** in Schulen und Kitas sein. Die Bürger schlagen stattdessen vor, gezielte **Fortbildungen** für Lehrer und Erzieher mit **externen professionellen Angeboten** durch Köche, Psychologen, Pädagogen oder Ernährungswissenschaftler zu ergänzen und zu kombinieren.

Nicht nur an den Lernorten Schule und Kita wünschen sich die Bürger mehr altersgerechte Angebote, um Gesundheitskompetenz zu fördern, sondern auch in den von Kindern und Jugendlichen **in der Freizeit bevorzugten Online-Medien**, von YouTube über Podcasts und Websites bis zu Spielen.

Gesundheitsbildung ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag. Darin sind sich die Bürger einig.

Ergebnis Onlineumfrage – 128 Teilnehmende

Je früher, desto besser: Mehr Gesundheitskompetenz über Erziehung und Bildung

Die Eltern müssen das vorrangige Ziel für die Vermittlung von Gesundheitskompetenz sein, nicht Kitas und Schulen.



Grundlegende Kenntnisse zur Erhaltung der eigenen Gesundheit zu vermitteln ist eine Pflichtaufgabe, die frühzeitig in Kindertagesstätten und Kindergärten beginnen sollte.



Die Bundesländer sollten sich darauf einigen, ein verpflichtendes eigenes Schulfach „Gesundheit“ einzuführen.



Gesundheitskompetenz kann am besten durch die Intergration in bestehende Schulfächer und Lernformen wie Projektwochen und AGs vermittelt werden.



Freiwillige und spielerische Formen – wie z. B. Erste-Hilfe-Kurse, gemeinsames Kochen – sind wichtiger für das Erlernen von Gesundheitskompetenz als verpflichtender Unterricht.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Kommunale Planung: Die Bürger beteiligen

Über Planung, Steuerung und Finanzierung des **Gesundheitssystems wird in der Regel auf Bundes- und Länderebene entschieden**. Und das ist gut so und sollte so bleiben, hat das Bürgerforum mit großer Mehrheit festgestellt. Gleichzeitig wünschen sich die Beteiligten aber eine stärkere **Einbindung der Kommunen und Mitbestimmung der Bürger vor Ort**.

Befürchtet wird von den Bürgern, dass mehr gesundheitspolitische Entscheidungskompetenz die Kommunen **überfordern** könnte und zudem **große Qualitätsunterschiede** zwischen einzelnen Regionen entstehen könnten.

Im Bürgerforum haben die Beteiligten eine Reihe Vorschläge diskutiert, wie kommunale Belange besser in die Gesundheitsplanung vor Ort einfließen könnten und welche Möglichkeiten der Bürgerbeteiligung in Sachen Gesundheit sich anbieten.

Kommunale „Bürgerdialoge Gesundheit“ sind aus Sicht der Mehrheit der Bürger eine gute Möglichkeit, in regelmäßigen Abständen, z. B. einmal jährlich, bei der Bedarfsplanung auch die Bürgersicht aus der Region einzubringen und Stärken und Nachholbedarf vor Ort festzustellen.

Eine Aufgabe der Kommunen wäre es, in Verbindung mit den Krankenkassen und den Akteuren im Gesundheitswesen vor Ort **eine „Gesundheits-Basisstruktur“ für alle Bürgerinnen und Bürger** zu schaffen.

Dazu gehört zum Beispiel, mehr **Anreize für Mediziner** zu schaffen, sich **im ländlichen Raum** niederzulassen.

Um die Ärzte zu entlasten, muss die **Ausbildung von Arzthelfern** gestärkt werden.

Digitale Anwendungen können die Gesundheitsversorgung verbessern.

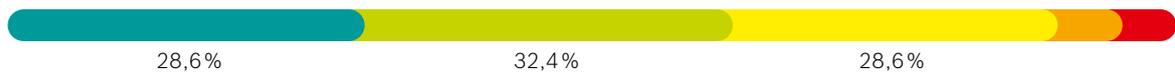
Zentrale Versorgungszentren können eine wertvolle Ergänzung sein, um Kompetenzen zu bündeln und besser planen zu können (siehe Seite 16 Primärversorgungszentren).

Auch finanziell sollten die Kommunen gestärkt werden. Gefordert wird von den Bürgern eine **bedarfsgerechte Mittelverteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen**. Die Finanzierung der Grundversorgung soll weiterhin Bundesache bleiben. Vorstellbar ist aus Sicht der Bürger eine **Art „Solidarausgleich“ zwischen armen und reichen Regionen**. Grundlage für dessen Berechnung könnte das regionale Pro-Kopf-Steueraufkommen sein.

Ergebnis Onlineumfrage – 105 Teilnehmende

Fokus Kommune: Gesundheitsversorgung vor Ort planen

Die kommunale Ebene sollte eine stärkere Rolle bei der Anpassung der medizinischen Versorgung auf lokale Bedarfe einnehmen.



Eine Stärkung der Kommunen führt zu Qualitätsunterschieden und Ungleichheit in der medizinischen Versorgung – die Qualität der medizinischen Versorgung hängt vom „Glück“ oder „Pech“ des eigenen Wohnorts ab.



Die Grundversorgung sollte weiter zentral von Bund und Ländern geplant werden, Kommunen sollen darüber hinaus ein Budget für die individuelle Ausgestaltung erhalten.



Bürgerinnen und Bürger sollten die Möglichkeit haben, sich über Bürgerdialoge und Bürgerbeiräte vor Ort in den Prozess zur Gesundheitsplanung einbringen zu können. Über eine Zufallsauswahl könnte eine Vielfalt an Sichtweisen abgebildet werden.



Kommunen sollten mit ihrem Vor-Ort-Wissen an der Planung beteiligt werden, die finanziellen Entscheidungen für die Gesundheitsversorgung sollten weiter bei Bund und Ländern bleiben.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Verhältnis- und Verhaltensprävention: Krankheiten vermeiden

Gesundheitsvorsorge ist den Bürgerinnen und Bürgern sehr wichtig – das schließt präventive Maßnahmen, die auf **individuelles Gesundheitsverhalten** (Verhaltensprävention) zielen, ebenso mit ein wie Strategien, die **gute Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben** fördern (Verhältnisprävention).

Eine **Balance zwischen staatlicher Steuerung und der Förderung der Eigenverantwortlichkeit** halten die Bürger dabei für sinnvoll.

Der Staat sollte **Anreize für eine gesunde Lebensweise setzen**. Dazu gehören eine **höhere Besteuerung** ungesunder Lebensmittel (Zucker, Tabak, Alkohol) sowie die **Subventionierung** gesunder Lebensmittel.

Die **Eigenverantwortlichkeit** hat aus Bürgersicht bei der Gesundheitsfürsorge, einer gesunden Ernährung und anderen Präventionsmaßnahmen einen hohen Stellenwert. Hier zählen vorrangig **Aufklärung, Information und Transparenz**.

Gefordert werden von den Bürgern etwa **gute Informationen und Transparenz zur Qualität von Lebensmitteln**. Dies kann durch eine verpflichtende Kennzeichnung der Produkte erfolgen, etwa durch einen **Nutri-Score** zum Nährwert oder eine **Lebensmittelampel**. Zudem sollten **Werbestrategien** den Aspekt Gesundheitsvorsorge berücksichtigen, irreführende Werbung für ungesunde Produkte sollte eingeschränkt werden – vor allem, wenn deren Zielgruppe vorrangig Kinder sind.

Eher unentschlossen sind die Bürger, ob eine neue **Nationale Agentur für Gesundheit** notwendig ist, um effizient Prävention zu fördern. Die Forderung, eine solche unabhängige Agentur zur Gesundheitsvorsorge einzurichten, war im Rahmen der Initiative Neustart! gestellt worden.

Gesundheitsbildung ist eine Generationenaufgabe: Bereits **früh in Kindergarten und Schule** mit Verhaltensprävention zu beginnen, halten die Bürger für wichtig. Dazu gehören **kostengünstige Sportangebote** für Kinder und Jugendliche sowie die **Vermittlung von gesundem Ernährungsverhalten** in Schule und Kindergarten einschließlich der nötigen staatlichen Subventionierung, etwa mit kostenlosen gesunden Mittagessen.

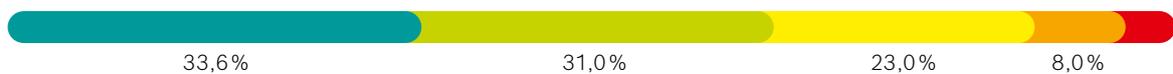
Die Bürger erwarten außerdem eine **regionale, kommunale Verbesserung ihres Lebensumfeldes** im Sinne der Verhältnisprävention. Dazu gehört beispielsweise, die Infrastrukturen für den öffentlichen Nahverkehr, für den Radverkehr oder zur Vermeidung von Plastikmüll durch die Einrichtung von Refill-Stationen zu stärken.

Alle Präventionsmaßnahmen sollten **auf einer wissenschaftlichen Grundlage** – möglichst lobbyunabhängig – erfolgen.

Ergebnis Onlineumfrage – 113 Teilnehmende

Verhältnis und Verhaltensprävention – ein starkes Gleichgewicht

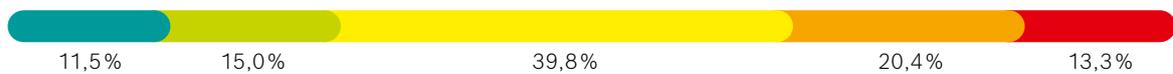
Es liegt in erster Linie in der Verantwortung des Einzelnen, ein gesundes Leben zu führen und auf sich zu achten.



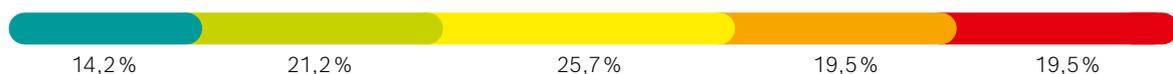
Um Krankheiten besser eigenverantwortlich vorbeugen zu können, brauchen Menschen staatliche Informationsangebote wie z. B. die Lebensmittelampel.



Steuern und Verbote für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen sind wirksamer als Förderprogramme und Aufklärung.



Maßnahmen wie eine Steuer auf zuckerhaltige Lebensmittel, Steuererhöhungen auf Tabakprodukte oder Alkohol stoßen in der Bevölkerung auf Ablehnung, weil sie die persönliche Freiheit einschränken.



Eine unabhängige „Nationale Agentur für Gesundheit“ ist nötig, um Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitssystem zu verankern.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Berücksichtigung der Vielfalt: Barrieren abbauen

Alle Menschen sollen **die gleiche Chance** haben, Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen. Doch es gibt Barrieren, die den gleichen Zugang für benachteiligte Gruppen verhindern. Mit großer Mehrheit setzen sich die Teilnehmenden des Bürgerforums dafür ein, **Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz zu unterstützen und Barrieren abzubauen.**

Wenn Menschen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz verfügen, sind sie schlechter in der Lage, sich ausreichend über Gesundheitsvorsorge und -leistungen **zu informieren und sich mit dem Gesundheitspersonal zu verständigen.** Die Gründe für den begrenzten Zugang sind vielfältig – dazu gehören etwa Einschränkungen durch Sprache, kulturelle Sozialisation, Bildungsniveau, sozioökonomischer Status, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen. Diese benachteiligten Gruppen benötigen **einen barrierefreien Zugang zu Gesundheitsinformationen** – in einfacher und verständlicher Sprache, eventuell ergänzt durch geeignete Übersetzungsmedien.

Zum Abbau von besonderen Barrieren für diese Gruppen halten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Bürgerforums folgende Empfehlungen für zentral:

- Um die **Kommunikation** zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten zu verbessern, sollten bereits **in der Ausbildung** des Fachpersonals **Unterrichtsinhalte im Bereich Kommunikations- und Sozialkompetenz verpflichtend** sein.
- Für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Patienten und den Behandelnden braucht es **mehr Zeit für deren Gespräche.** Das sollte sich in einer besseren Vergütung, in einer einfacheren Dokumentation und in der Entlastung von Aufgaben, die nichts mit der Behandlung zu tun haben, widerspiegeln. Hier sehen die Bürger eine Diskrepanz zwischen dem Reformvorschlag und den Realisierungschancen.

Weitere Maßnahmen schlagen die Bürger vor, um die Gesundheitskompetenz aller Patientinnen und Patienten zu verbessern:

- **Gesundheitsaufklärung** und -bildung **vom Kindesalter an,**
- **kostenlose Bildungsangebote für die Allgemeinheit** und die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle,
- **umfangreiche, dennoch leicht verständliche und gut erreichbare Informationsangebote,**
- Förderung der **medialen Gesundheitskompetenz.**

Ziel ist es, die **Mündigkeit** der Patienten bei Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit zu **stärken.** Unabhängige Strukturen können das Gesundheitssystem entlasten und die Patienten in ihrer Entscheidungsfähigkeit unterstützen:

- **Selbsthilfegruppen,** die von Fachpersonal (Honorierung) unterstützt werden,
- **spezielle Unterstützung für einzelne Gruppen** durch ehrenamtliches Engagement, ambulante Hilfen, Begleitpersonen (siehe auch Seite 28, „Caring Community“),
- **Einbeziehung von Vertretern anderer Gesundheitsberufe,** von Sozialarbeitern, von ehrenamtlich Engagierten oder Patientenbetreuern in Arztpraxen **in die Kommunikation zwischen Patienten und Arzt.**

Ergebnis Onlineumfrage – 94 Teilnehmende

Berücksichtigung der Vielfalt: Gesundheitskompetenz in einer diversen Gesellschaft stärken

Ältere Menschen, Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit Fluchterfahrung, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus und Menschen mit Migrationshintergrund sollten besondere Unterstützung beim Navigieren durch das Gesundheitssystem erhalten.



Es sollte mehr Angebote in Fremdsprachen und leichter Sprache geben, um das Gesundheitssystem für alle Menschen in Deutschland besser zugänglich zu machen.



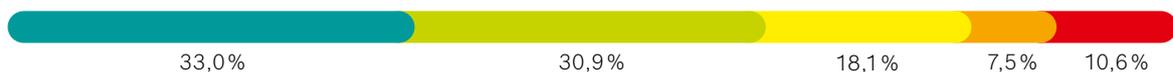
Ärztliches Fachpersonal, Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc. sind aktuell oft nicht in der Lage, ihre Kommunikation an die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Patienten anzupassen.



Sozialkompetenz und Kommunikationsfähigkeit sollten zu einem festen Bestandteil der pädagogischen Aus-, Weiter- und Fortbildung in medizinischen Gesundheitsberufen werden.



Damit Ärzte mehr Zeit für Patientengespräche einsetzen, braucht es finanzielle Anreize.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Medial vermittelte Gesundheitskompetenz: Aufklärung statt Fake News

Fake News gefährden die Gesundheit und den richtigen Umgang mit Erkrankungen. Darüber waren sich die Teilnehmenden des Bürgerforums einig. Gemeinsam entwickelten sie Strategien gegen die Fake-Flut im Netz.

Transparente Informationsvermittlung: Bei vielen Themen fehlt es an einfach erkennbaren, zuverlässigen Informationsquellen. Eine Hilfe könnte ein **bundeseinheitliches Siegel für verlässliche Quellen** (Gesundheitssiegel) sein, welches von Fachpersonal vergeben wird und verlässliche Inhalte kennzeichnet. Des Weiteren empfehlen die Bürger die Offenlegung von Quellen, Finanzierung und Kontroversen bei Berichten zu gesundheitsrelevanten Themen (z. B. Lebensmittel, Medikamente, Impfungen).

Gesundheitsportale und Anlaufstellen: Das bisherige Beratungsangebot erreicht viele Bürger nicht angemessen. Das Bürgerforum empfiehlt eine **Aufklärungskampagne** (sowohl digital als auch analog) über Gesundheitsportale und Notfallnummern.

Barrierefreier Zugang: Gesundheitsinformationen müssen barrierefrei zugänglich sein. Um das zu erreichen, schlagen die Bürger folgende **Strategien und Maßnahmen** vor: Multilingualität, Videos, leichte Sprache und sowohl digitale als auch analoge Informationszugänge.

Medien- und Gesundheitskompetenz: Die Förderung von Medienkompetenz ist aus Sicht des Bürgerforums eine wichtige Voraussetzung für eine gute Gesundheitskompetenz. Dazu gehört auch, dass die Bürger dabei unterstützt werden, **Informationen aus verschiedenen Quellen** gegeneinander abzuwägen. Darüber hinaus sollten Bildungseinrichtungen und Arbeitgeber weiter in die gesundheitliche Aufklärung und Prävention eingebunden werden.

„Wenn ich ein Problem habe, warte ich nicht bis zum Arzttermin. Ich mache mich im Internet schlau, da findet man häufig nützliche Infos. Leider stößt man aber auch oft auf Fake News, die Menschen verunsichern können oder die sogar gefährlich sind.“

Theda von Graeve, Teilnehmerin Bürgerforum

Ergebnis Onlineumfrage – 101 Teilnehmende

Die Übersicht behalten: Massenmedial kommunizierte Gesundheitsinformationen besser einschätzen

Falschinformationen und „Fake News“ stellen eine Gefahr für die eigene Gesundheit dar.



Öffentliche Kampagnen können die Verbreitung von „Fake News“ einschränken.



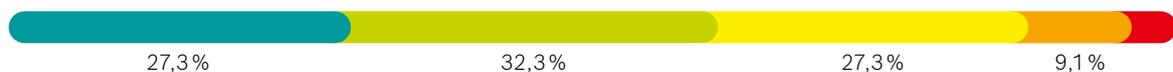
Es fehlen transparente, glaubwürdige und wissenschaftlich fundierte Aufklärungsangebote im Internet. Dies betrifft insbesondere die Chancen und Risiken von Medikamenten, Impfungen und Behandlungsmethoden.



Die Einführung eines unabhängigen „TÜV-Gesundheit-Label“ für Gesundheitsseiten im Internet wäre sinnvoll, um seriöse von unseriösen Informationen zu unterscheiden.



Das „Nationale Gesundheitsportal“ des Bundesgesundheitsministeriums stellt einen wichtigen Beitrag zur öffentlichen Aufklärung dar.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu



Caring Community: Nachbarschaftliche Fürsorge stärken

Nachbarn helfen Nachbarn – nichts anderes meint der Begriff „Caring Community“. In Zeiten einer steigenden Zahl von Single-Haushalten und wachsender Anonymisierung in den Städten soll mit diesem Konzept **gegenseitige Fürsorge, bürgerschaftliches Engagement und Solidarität mit Benachteiligten** gefördert werden.

Aus Sicht des Bürgerforums können Caring Communities eine **wertvolle ehrenamtliche Ergänzung** zur bestehenden professionellen Pflege- und Gesundheitsversorgung sein. Die Bürger setzen sich deshalb dafür ein, solche **Ansätze und Netzwerke zu stärken und zu fördern**.

Gleichzeitig betonen die meisten Bürger, dass diese Communities **keinesfalls Aufgaben der Pflege übernehmen** sollten. Die Communities sollen sich vielmehr **auf die sozialen Aspekte fokussieren**. Dabei geht es nicht nur um Hilfen für Ältere und Hilfsbedürftige, sondern auch um die **Vernetzung aller Haushalte**.

Die Bürger sind sich einig – **Helfen muss wieder attraktiver gemacht werden**. Intensiv diskutierte das Bürgerforum verschiedene Möglichkeiten, dieses ehrenamtliche Engagement besser zu fördern:

- **Freistellungen im Beruf** oder **steuerliche Vorteile** für ehrenamtlich Engagierte werden überwiegend positiv bewertet.
- Befürchtet wird, mit der Einführung von **finanziellen Anreizen** die **intrinsische Motivation des Ehrenamts zu schwächen**. Insbesondere „Punktesysteme“ werden skeptisch gesehen. Monetäre Anreize sollten deshalb nicht im Mittelpunkt stehen, können aber in Betracht gezogen werden.
- Geachtet werden sollte darauf, dass die Care-Arbeit in den Nachbarschaften **von allen Gruppen, von Männern wie Frauen**, geleistet wird. Kontrovers wird diskutiert, ob es eines speziellen Anreizsystem für Männer bedarf. Es sollte **keine Stigmatisierung** entstehen.
- Ein Teil der Bürger sieht in einem **verpflichtenden sozialen Jahr** eine Möglichkeit, Bewusstsein für Caring Communities, für Solidarität und ehrenamtliches Engagement zu schaffen.
- Die Teilnehmenden sind davon überzeugt, dass eine **frühe Sensibilisierung** für das Thema, beispielweise bereits während der Schulzeit, ein wichtiges Fundament für späteres ehrenamtliches Engagement sein kann.
- Weitere Formen der Förderung könnten die Bereitstellung von **Netzwerken** für den Austausch, Fortbildungen für **ehrenamtlich Engagierte** oder auch die Schaffung einer **zentralen Anlaufstelle** in der Kommune sein.
- Um ein niederschwelliges Angebot zu erzeugen, sollten **Rahmenbedingungen** wie etwa Regelungen zum Versicherungsschutz oder zur Notwendigkeit von Führungszeugnissen **vorab geklärt** werden.

Ergebnis Onlineumfrage – 96 Teilnehmende

Von der Ausnahme zur Regel: Gegenseitige Fürsorge in der Caring Community

Caring Communities sollen die fachlich-medizische Pflege nicht ersetzen, sie können sie aber ergänzen.



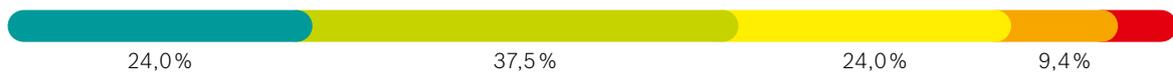
Ein soziales Pflichtjahr nach dem Schulabschluss ist erforderlich, um gegenseitige Fürsorge in Caring Communities zu fördern und das Bewusstsein für das Gemeinwohl zu stärken.



Ein Punktesystem als finanzielle Belohnung für die ehrenamtliche Tätigkeit schwächt die Eigenmotivation für die Arbeit in Caring Communities.



Ohne Freistellungen im Arbeitsleben, die arbeits-, steuer- und sozialversicherungsrechtlich gefördert werden, fehlt eine wichtige Voraussetzung für das Engagement in Caring Communities.



Männer brauchen besondere Anreize, damit Caring Communities nicht allein von Frauen getragen werden.



● stimme voll und ganz zu ● stimme zu ● stimme teilweise zu ● stimme eher nicht zu ● stimme überhaupt nicht zu

Der Bürgerdialog 2020: Online-Beteiligung in sieben Schritten

Die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ **befindet sich im Endspurt**. Im Juni 2021 will die Robert Bosch Stiftung die **verdichteten Ergebnisse der Neustart! Initiative für ein zukunftsfähiges, bürgerorientiertes Gesundheitssystem** vorlegen – rechtzeitig vor der Bundestagswahl im September 2021.

Auch in der finalen Phase 2021 **behält die Bürgerbeteiligung ihren hohen Stellenwert** im Rahmen der Initiative.

Die Grafik auf Seite 31 stellt **den chronologischen Ablauf der Bürgerbeteiligung** 2020 und 2021 vor – beginnend im Oktober 2020 mit dem Vorbereitungsworkshop über das große digitale Bürgerforum im November 2020 bis zum Bürger-Experten-Workshop im März 2021 und der abschließenden Gipfel-Konferenz im Juni 2021.

Der Dialogprozess 2020/21 ist analog zum Bürgerdialog 2019 organisiert worden – mit einem fundamentalen Unterschied: Bis auf den Vorbereitungsworkshop trafen sich die Bürgerinnen und Bürger in sämtlichen Foren, Meetings und Arbeitsgruppen nun online im Netz.





Schritt 1: Vorbereitungsworkshop

Wie 2019 waren auch beim Bürgerdialog 2020 die beteiligten Bürgerinnen und Bürger bereits **intensiv in die Vorbereitung und in die Planung** des großen Bürgerforums am 14. November 2020 **mit einbezogen**.

20 zufällig ausgewählte Bürger aus den Regionen rund um Bremerhaven, Magdeburg, Trier und Rosenheim sowie aus ländlichen Gegenden Sachsens und Brandenburgs trafen sich am 9. und 10. Oktober 2020 zu einem zweitägigen Vorbereitungsworkshop in Fulda. Dieser Workshop war im Übrigen der einzige Schritt im Beteiligungsprozess des Bürgerdialogs, der im Corona-Jahr 2020 tatsächlich vor Ort stattfinden konnte und nicht nur online im Internet.

Grundlage der Diskussionen im Vorbereitungsworkshop waren die Reformvorschläge. Die Vorschläge, gegliedert in neun Themenschwerpunkte, beziehen sowohl die Kernbotschaften der Bürgerinnen und Bürger aus dem Bürgerdialog 2019 mit ein als auch die Lösungsvorschläge, die die Expertinnen und Experten in den Think Labs der Initiative Neustart! entwickelt haben. Für das Bürgerforum 2020 wurden dazu von der Miller & Meier Consulting GmbH neun Themenposter erstellt.

Unterstützt von Expertinnen und Experten überprüften die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops, ob die Themenposter mit den Reformvorschlägen **plausibel sind und als Diskussionsgrundlage für den Bürgerdialog verständlich aufbereitet** wurden. Außerdem formulierten sie zu den neun vorgeschlagenen Reformbereichen jeweils drei bis fünf Leitfragen als Einstieg und Leitlinien für die Bürgerdebatte am 14. November 2020.



Robert Bosch
Stiftung

**NEU &
START!**
Rehabilitationskita für
unser Gesundheitswesen

Herzlich Willkommen
zum
Vorbereitungsworkshop
Bürgerdialog 2020

Robert Bosch
Stiftung

**NEU &
START!**



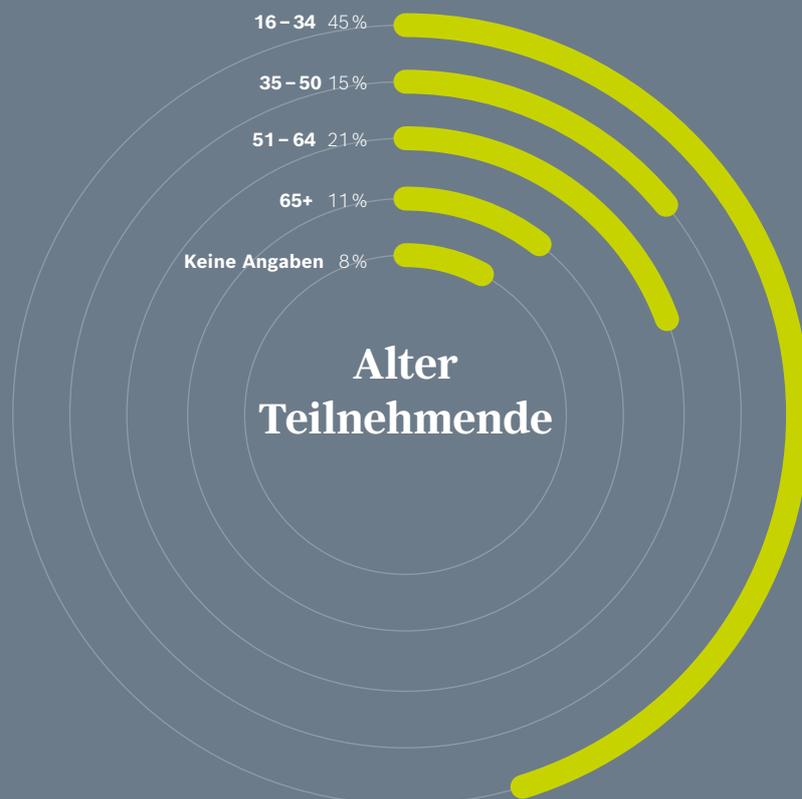
Schritt 2: Zufallsauswahl der Teilnehmenden

Das sozialwissenschaftliche Institut BACES an der Universität Bamberg hat die Bürger durch eine Zufallsauswahl für die Teilnahme gewonnen. Diese wurde auf zwei verschiedenen Wegen umgesetzt:

- eine telefonische Zufallsauswahl mit Festnetz- und Mobilfunknummern und
- eine Zufallsauswahl mit Postwurfsendungen an zufällig gezogene Stichproben aus den Einwohnermelderegistern.

An beide Verfahrenswege wurden soziodemografische Kriterien angelegt, **um eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Teilnehmenden nach Geschlecht, Alter, Bildungsstand und Regionen im Umkreis der ausgewählten Orte zu erreichen.** Ziel war ein Querschnitt der Bevölkerung. Es sollten möglichst viele Blickwinkel in den Dialogen vertreten sein. BACES hat insgesamt über 15.000 Menschen auf einem der beiden Wege zum Bürgerforum eingeladen.

Insgesamt gab es gut 500 Zusagen, letztendlich haben dann 285 Bürgerinnen und Bürger am Online-Bürgerforum im November 2020 teilgenommen, davon waren 139 Frauen und 146 Männer. Die beiden Grafiken auf Seite 35 zeigen die Zusammensetzung der Teilnehmenden im Forum nach Herkunftsregion und Alter. Bemerkenswert ist der große Zuspruch der jüngeren Generation zur Thematik: 45 Prozent der Teilnehmenden sind zwischen 16 und 34 Jahre alt.





Schritt 3: Tag des virtuellen Bürgerdialogs

Mit Spannung wurde das virtuelle Bürgerforum am 14. November 2020 – auch von den Organisatoren – erwartet, schließlich war ein solcher **beteiligungsorientierter Event im Netz** für fast alle **eine Premiere**.

Rund 300 der zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürger aus Bremerhaven, Magdeburg, Trier, Rosenheim sowie aus verschiedenen Regionen Sachsens und Brandenburgs **diskutierten engagiert**. Zur Vorbereitung konnten die Teilnehmenden exklusiv auf der Online-Plattform die im Rahmen von Neustart! vorgeschlagenen Reformideen lesen oder sich auch vorlesen lassen.

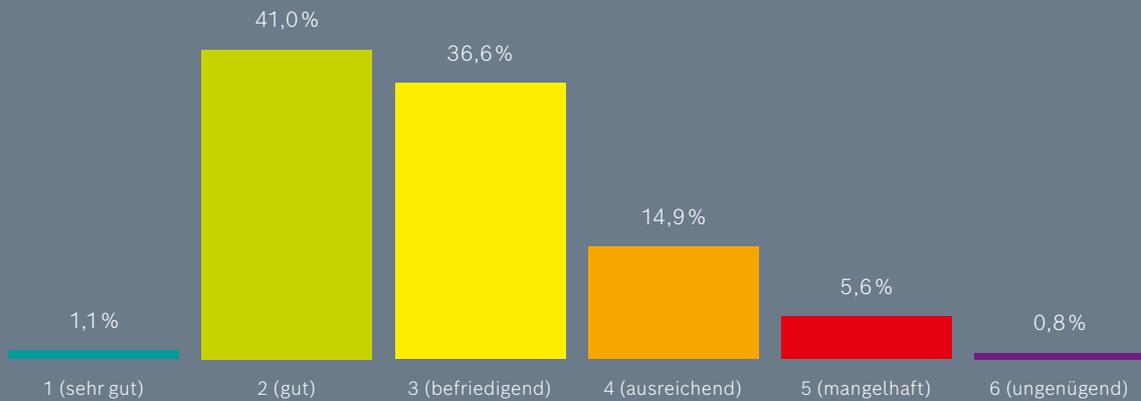
Einstieg in die Debatte war die Frage an alle, wie sie insgesamt das Gesundheitswesen hierzulande beurteilen. Gut bis befriedigend urteilten fast 80 Prozent der Teilnehmenden (siehe Grafik Seite 37). Herzstück der gemeinsamen Arbeit der Bürger waren die **54 digitalen Kleingruppen mit je fünf zufällig zugeordneten Personen**. Ihre Aufgabe war es, über die neun Reformbereiche zu diskutieren und gemeinsame Empfehlungen aufzuschreiben. Ein Redaktionsteam im Hintergrund fasste die Ergebnisse der Kleingruppen zusammen und strukturierte sie.

Die 285 zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürger haben fundierte Dialogarbeit geleistet. Zu allen neun Reformbereichen von der solidarischen Krankenversicherung über die Prävention bis zur Patientenpartizipation sind umfangreiche gemeinsame Empfehlungen aus Bürgersicht formuliert worden. Anschließend tauschten sich die Bürger in neun parallelen Themenforen über die Empfehlungen aus, diskutierten die Ergebnisse und ergänzten.

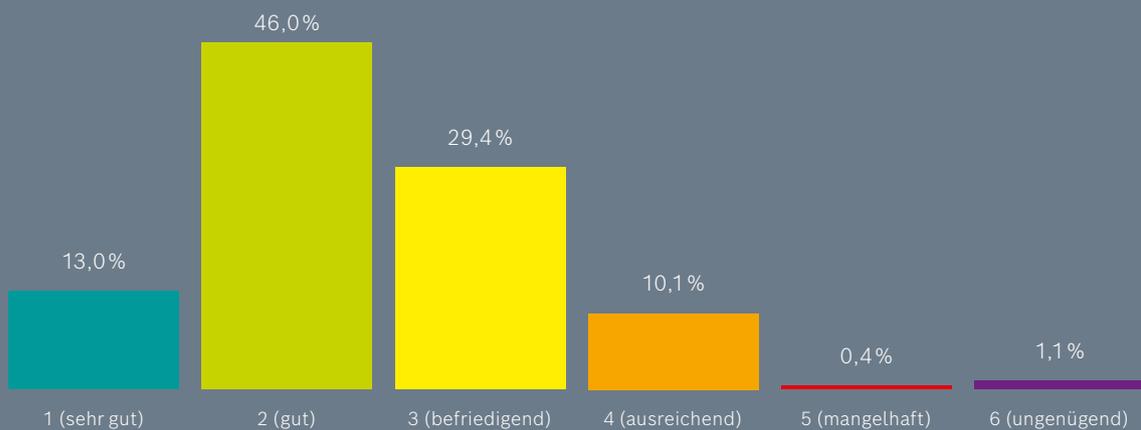
Während des Bürgerforums wurden **24 Bürgerbotschafterinnen und Bürgerbotschafter** in fünf parallelen Wahlforen gewählt. Ihre vorrangige Aufgabe war es, auf der Online-Redaktionssitzung am 4./5. Dezember 2020 die Empfehlungen des Bürgerforums zu den Reformvorschlägen zusammenzufassen und auf den Punkt zu bringen.

Das **Feedback der Beteiligten war äußerst positiv** – über 80 Prozent der rund 300 Teilnehmenden bewerteten die Online-Debatte am Ende der Veranstaltung mit den Schulnoten „gut“ oder „sehr gut“. „Es hat mich beeindruckt, wie konstruktiv die Diskussionen im virtuellen Bürgerforum verlaufen sind und wie viele gute Vorschläge dabei herausgekommen sind“, erklärte Teilnehmer Timo Beck und stellte sich dadurch motiviert gleich als Bürgerbotschafter zur Wahl.

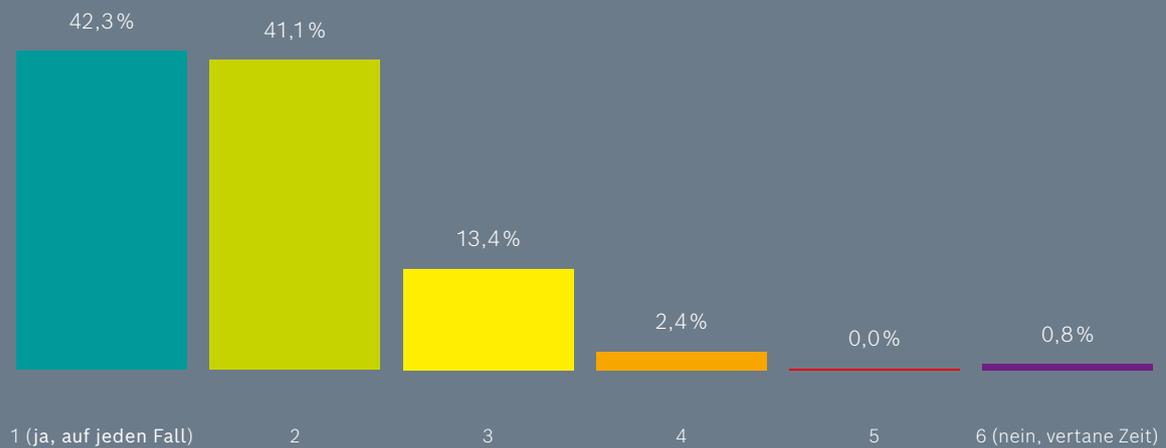
Status Quo: Wie beurteile ich das Gesundheitswesen heute?

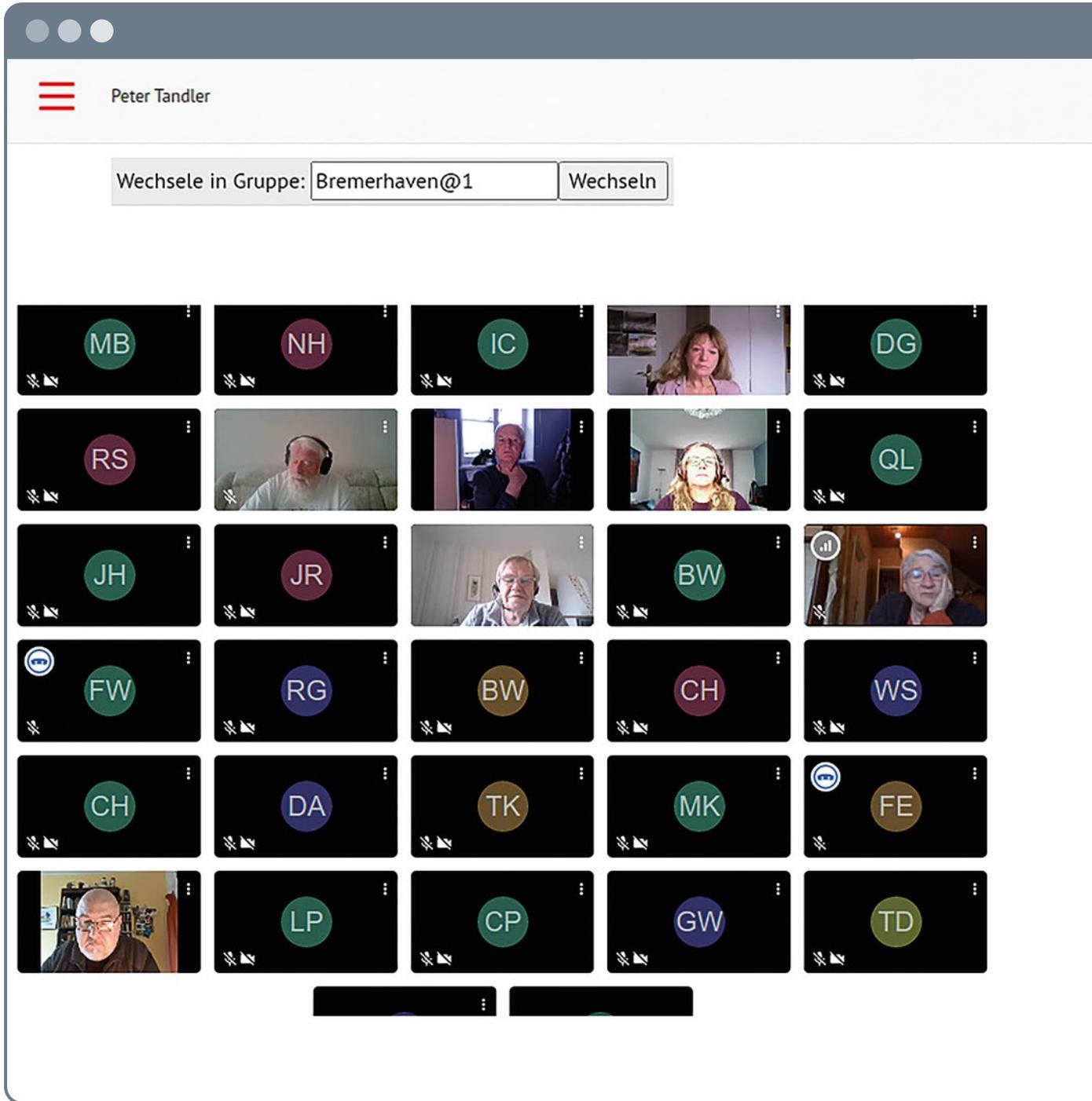


Corona: Inwieweit konnte das Gesundheitswesen in Deutschland die Coronakrise bisher meistern?



Wie zufrieden sind Sie mit dem Bürgerdialog? Hat sich die Teilnahme für Sie gelohnt?





Wahl der Bürgerbotschafter

- Die Wahl findet getrennt in den 5 Wahlforen der 5 Stadtregionen statt: Bremerhaven, Magdeburg, Trier und Rosenheim sowie Region Brandenburg/Sachsen
- Alle können bis je 2 Frauen und 2 Männer aus dem Kreis der Wahlkandidaten im eigenen Wahlforum wählen.
- 2 Wahlumfragen für Alle:
Bitte wählen Sie mit der 1. Umfrage 2 Frauen!
Bitte wählen Sie mit 2. Umfrage 2 Männer!
- Die 2 Frauen und Männer mit den meisten Stimmen sind gewählt!
- Bei Stimmgleichheit zwischen Platz 2 und 3 gibt es eine Stichwahl. Drittplatzierte können Nachrücker werden.





Schritt 4: Online-Plattform Neustart!

Nach dem Online-Forum am 14. November wurden die Empfehlungen zu den neun Themenbereichen noch einmal gesichtet und nach Unterthemen gebündelt. Auf der Grundlage des Bürgerfeedbacks und Einzelaspekten der Thematik wurden zu jedem der neun Reformbereiche fünf Fragen entwickelt. **Exklusiv wurden die am Dialog beteiligten Bürger auf der Online-Plattform zu ihrer Haltung zu diesen Themen befragt.** Die Ergebnisse finden sich grafisch aufbereitet im Kapitel "Forderungen der Bürgerinnen und Bürger" zu allen Reformbereichen. Die Grafiken zeigen zum Teil klare Trends – so tritt eine deutliche Mehrheit für eine solidarische Krankenversicherung für alle ein. Dagegen findet eine neue „Nationale Agentur für Gesundheit“ nur wenig Unterstützung.

Insgesamt haben sich 267 der Bürgerinnen und Bürger an der Online-Befragung beteiligt. 226 haben die Einstiegsfrage zur Notwendigkeit von Reformen im Gesundheitssystem beantwortet. Auch hier ist die Botschaft offensichtlich. Fast die Hälfte der Befragten hält das deutsche Gesundheitswesen für ziemlich (36,7%) oder sehr reformbedürftig (12,4%). 42,9 Prozent sehen mittleren Reformbedarf, und nur für gerade mal acht Prozent ist der Reformbedarf gering.



Schritt 5: Redaktionssitzung der Bürgerbotschafter

Knapp drei Wochen nach dem Bürgerdialog trafen sich 22 Bürgerbotschafterinnen und Bürgerbotschafter am 4./5. Dezember 2020 zur virtuellen Redaktionssitzung. Ihre Hauptaufgabe war es, **zu allen neun Reformbereichen die Haltung der Bürger zusammenzufassen und auf den Punkt zu bringen.** Die fünf beteiligten Städte bzw. Regionen stellten jeweils mindestens drei, maximal sechs Bürgerbotschafter.

Die Ergebnisse der Online-Umfrage lieferten den Bürgerbotschaftern neben den Aufzeichnungen aus den Foren und Kleingruppen vom 14. November 2020 weitere Anhaltspunkte zur Haltung der Bürger zu den Reformbereichen: Was ist umstritten bei den Reformvorschlägen? Wo ist die Unterstützung groß? Welche Ergänzungen sind den Bürgern wichtig? Auf dieser Grundlage formulierten die Bürgerbotschafter Empfehlungen, die von der Mehrheit des Bürgerforums getragen werden. Zudem identifizierten sie Reformaspekte, bei denen aus **Bürgersicht weiterhin Diskussionsbedarf** besteht.

Anderthalb Tage wurde intensiv gearbeitet. Der Freitagabend diente dem Kennenlernen der Bürgerbotschafter untereinander sowie der Sichtung der Empfehlungen aus den Kleingruppen. Am Samstag erarbeiteten die Bürgerbotschafter in parallelen Kleingruppen zu den neun Reformbereichen ihre wichtigsten Empfehlungen, zusammengefasst aus dem gesammelten Bürgerfeedback des Bürgerforums. Eine erste Kleingruppe lieferte die Basis der Empfehlungen, ein zweite Gruppe ergänzte bei Bedarf oder widersprach. Im abschließenden Plenum lösten die Bürgerbotschafter Widersprüche auf und einigten sich auf die gemeinsame Fassungen. Nachzulesen sind die minimal redaktionell bearbeiteten Bürgerempfehlungen im Kapitel „Forderungen der Bürgerinnen und Bürger“ ab Seite 10.



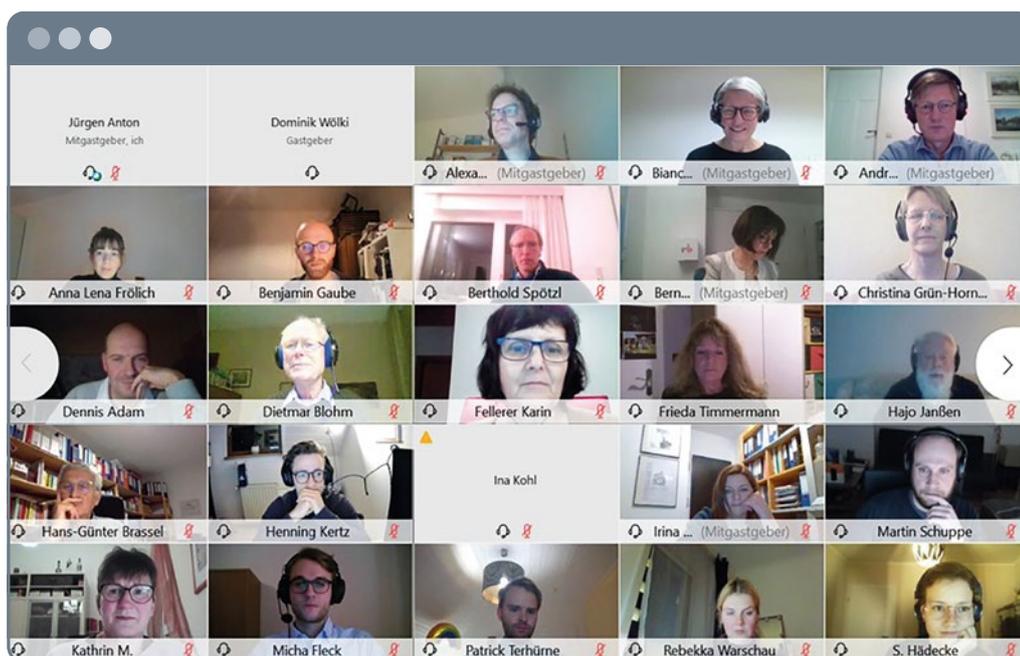
Schritt 6: Virtueller Bürger-Experten-Workshop

Der Dialog geht weiter. Im März 2021 treffen sich die **Bürgerbotschafter des Bürgerdialogs 2020 mit Experten und führen die Debatte fort.** Sie werden unter anderem über die Ergebnisse der Dialogveranstaltung diskutieren. Die Basis dieses Workshops wird insbesondere der vorliegende Bürgerreport 2020 sein.



Schritt 7: Neustart!-Gipfel

Finaler Höhepunkt der „Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ soll die Neustart!-Gipfelkonferenz im Juni 2021 entweder in Berlin oder online werden. Auf dem Gipfel führen die Bürgerbotschafter die Debatte zur Zukunft der Gesundheitsversorgung mit Gesundheitspolitikern, Verbandsvertretern, Experten und Akteuren aus dem Gesundheitswesen fort. Die Arbeit und die Debatten der Bürger und Experten in den letzten drei Jahren bilden die Grundlage für Vorschläge zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems.



Anhang

Die Grundlage der Debatte: Die Themenposter

Die Reformbereiche sind die Grundlage der Debatten im Bürgerdialog 2020. Die Vorschläge, gegliedert in neun Themenschwerpunkte, beziehen sowohl die Kernbotschaften der Bürgerinnen und Bürger aus dem Bürgerdialog 2019 mit ein als auch die Lösungsvorschläge, die die Expertinnen und Experten in den Think Labs der Initiative Neustart entwickelt haben (siehe Seite 10ff). Für das Bürgerforum 2020 wurden auf dieser Grundlage von Miller & Meier Consulting GmbH neun Themenposter erstellt.

Diese Themenposter standen im Mittelpunkt des Vorbereitungsworkshops zu dem Bürgerforum 2020 am 8./9. Oktober 2020 in Fulda. 20 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger aus den für den Dialog ausgewählten Städten und Regionen überprüften die Vorschläge auf Verständlichkeit und Plausibilität und formulierten anschließend Leitfragen für die Debatte im großen virtuellen Bürgerforum am 14. November 2020 (siehe Seite 30ff). Diese Fragen werden immer am Ende des jeweiligen Vorschlags dokumentiert.

Eine solidarische Krankenversicherung für alle

Der **demografische Wandel** stellt das deutsche Krankenversicherungssystem vor große Herausforderungen. Initiativen wie die von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn geplante Pflegereform beschäftigen sich mit den Symptomen, nicht aber mit den Ursachen dieser Veränderungen. Eine alternde Gesellschaft und steigende Kosten im Gesundheitswesen bedeuten, dass **grundlegende Reformen** nötig sind, wenn die gesundheitliche Versorgung aller Menschen in Deutschland auch in Zukunft gesichert sein soll. Im Fokus sollte dabei auch eine Reform des deutschen Krankenversicherungssystems stehen.

Das **deutsche Krankenversicherungssystem** beruht heute auf **zwei Säulen: die gesetzliche und private Krankenversicherung** (GKV und PKV). Alle gesetzlich und privat Krankenversicherten haben die Möglichkeit, ihren Versicherungsschutz freiwillig durch Zusatzversicherungen zu ergänzen (u. a. Zahnzusatzversicherungen).

In Deutschland besteht eine **allgemeine Krankenversicherungspflicht**. Selbstständige und Beamtinnen und Beamte können sich davon befreien lassen und in die private Krankenversicherung (PKV) eintreten. Für angestellte Personen ist das ab einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze möglich (Brutto-Jahreseinkommen in Höhe von mindestens 62.550 Euro bzw. 5.215 Euro im Monat). Rund 10% der Gesamtbevölkerung sind in der PKV. Der Beitrag zur PKV-Versicherung ist unabhängig vom Einkommen und hängt vom vereinbarten Leistungsniveau ab. Für verbeamtete Personen übernimmt der Staat etwa die Hälfte der Versicherungskosten (Beihilfe).

Der Krankenkassenbeitrag des Einzelnen hängt bei der gesetzlichen Krankenversicherung vom **individuellen Einkommen** ab. Der aktuelle Beitragssatz für gesetzlich Versicherte liegt bei 14,6 Prozent des monatlichen Bruttoeinkommens (wobei der Arbeitgeber die Hälfte trägt). Die Obergrenze für die Berechnung der Krankenkassenbeiträge liegt gegenwärtig bei einem Jahreseinkommen von 56.250 Euro (Beitragsbemessungsgrenze 4.687 Euro im Monat) – sie steigt jährlich an.

Das Leistungsangebot der verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist weitgehend deckungsgleich und orientiert sich an einem **festgeschriebenen Leistungskatalog**. Ein Gremium, in dem Ärzte-, Kassen- sowie Patientenvertreter und -vertreterinnen sitzen, entwickelt den Katalog auf Grund aktueller Erkenntnisse stetig weiter. Alle weiteren Leistungen gehören nicht zum festgeschriebenen Leistungskatalog und werden damit im Grundsatz nicht erstattet. Diese Leistungen werden als sogenannte „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL-Leistungen) bezeichnet und von den GKV-Versicherten selbst bezahlt. Einzelne der aktuell 105 gesetzlichen Krankenkassen übernehmen freiwillig ausgewählte IGeL-Leistungen.

Die Trennung des Krankenversicherungssystems in GKV und PKV ist eine Besonderheit. Deutschland ist neben Chile der einzige Staat, der auf dieses **Zwei-Säulen-Modell** setzt. Kritiker betonen, dass der unterschiedliche Leistungsanspruch der GKV- und der PKV-Patienten zu einer **„Zwei-Klassen-Medizin“** führt. Kritische Stimmen beklagen, dass Privatversicherte eine bessere medizinische Versorgung und kürzere Wartezeit auf Arzttermine hätten, da Ärztinnen und Ärzte an der Behandlung von Personen mit privater Krankenversicherung mehr verdienen. Auch aus diesem Grund wünschen sich die am „Neustart!“-Projekt beteiligten Bürgerinnen und Bürger sowie Expertinnen und Experten ein solidarischeres Krankenversicherungssystem.

Worin könnten Lösungen für ein solidarischeres Krankenversicherungssystem liegen?

Ein Ansatz wäre eine **„Solidarische Gesundheitsversicherung“** (SGV). Alle Bürgerinnen und Bürger wären Mitglied der neuen SGV. Organisatorisch kann das eine einzige Versicherung oder mehrere sein, um weiterhin Selbstorganisation und Wettbewerb zu ermöglichen. Durch die Beiträge von derzeit häufig privat versicherten Besserverdienenden könnte die SGV **erhebliche Mehreinnahmen** erzielen und so die Beiträge insgesamt stabil halten oder sogar verringern. Über SGV-Standardleistungen hinausgehende Zusatzleistungen können weiterhin privat versichert werden. Die Solidarische Gesundheitsversicherung finanziert sich entweder ausschließlich aus Beitragszahlungen oder aus einem Mix von Beitragszahlungen und Steuermitteln.

Das Hauptargument der Befürwortenden der SGV ist **ein stärkeres Solidarprinzip**. Alle Bürgerinnen und Bürger sollen gemeinsam für das Krankheitsrisiko der Einzelnen einstehen. Gegen eine SGV sprechen mögliche Finanzierungsprobleme, die sich mit einer älter werdenden Gesellschaft verschärfen können (Stichwort Demografischer Wandel). Eine Finanzierung allein über die Bindung an Löhne und Gehälter kann deshalb an Grenzen stoßen.

Für die Ausgestaltung eines solidarischen Versicherungsmodells werden derzeit verschiedene Finanzierungsmodell diskutiert:

Modell A: Lohnabhängige Finanzierung mit Beitragsbemessungsgrenzen

Nach diesem Modell sollen weiterhin Beitragsbemessungsgrenzen bestehen. Über Beitragsbemessungsgrenzen wird festgelegt, bis zu welcher Höhe das Einkommen für die Berechnung des Beitrags berücksichtigt wird. Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze werden nicht berücksichtigt. Verfechterinnen und Verfechter dieses „gemäßigten Modells“ treten für **höhere Beitragsbemessungsgrenzen** ein. Sie wollen Besserverdienende stärker belasten.

Um einen möglichst weichen Übergang vom Zwei-Säulen-Modell zur Solidarischen Gesundheitsversicherung zu organisieren, soll die PKV langsam „ausgetrocknet“ werden. Bisherigen privat Versicherten soll freigestellt sein, ob sie in der PKV bleiben oder wechseln. Neuversicherte und bisher in der GKV Versicherte treten jedoch automatisch der SGV bei.

Modell B: Lohnabhängige Finanzierung ohne Beitragsbemessungsgrenzen

Im Unterschied zu Modell A sollen die Beitragsbemessungsgrenzen abgeschafft werden. Das führt im Vergleich zum „gemäßigten“ Modell zu einer noch höheren Belastung von Besserverdienenden. Außerdem ist keine Übergangsphase zur Umstellung des Versicherungssystems vorgesehen. Zu einem bestimmten Stichtag sollen alle Bundesbürgerinnen und -bürger automatisch der SGV beitreten.

Modell C: Finanzierung über Steuergelder/ Bundeshaushalt (Beispiel: England)

Dieses Modell ist keine Krankenversicherung, kann aber auf der Leistungsseite ähnlich wirken. Hier hat jeder Zugang zum staatlichen Gesundheitssystem, das nahezu vollständig steuerfinanziert ist. Eine klassische öffentliche Krankenversicherung gibt es also nicht. Das Leistungsangebot (z. B. Arztwahl, Wartezeiten, Behandlung in Krankenhäusern, Versorgung chronisch Kranker) ist unmittelbar vom Staatshaushalt und der dafür bereit gestellten Steuermittel abhängig. Generell gilt: Versicherungsbeiträge sind mit einem privatrechtlichen Anspruch verknüpft, die Verwendung von Steuermitteln unterliegen jährlichen Haushaltsentscheidungen des Bundestages.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger

- Wie muss ein Krankenversicherungssystem ausgestaltet sein, um den Anspruch einer „einheitlichen, solidarischen Krankenversicherung“ – wie sie der Bürgerreport aus 2019 fordert – zu erfüllen?
- Wie weitgehend würden Sie Solidarität einfordern? Soll es z. B. gleiche Leistungen für alle oder ein Baukastensystem mit Unterschieden je nach Zusatzversicherungen geben?
- Welche Qualitäten sollten bei einer möglichen Reform in jedem Fall gesichert werden?

Patientenpartizipation stärken: Das Gesundheitssystem nutzerfreundlich und transparent gestalten

Die Bürgerinnen und Bürger begegnen im deutschen Gesundheitssystem einer **Vielzahl von Instanzen und institutionellen Ansprechpartnern**. Sie treffen auf wechselnde Zuständigkeiten bei Leistungs- und Kostenträgern und sehen sich mit zahlreichen Schnittstellen konfrontiert. Die Situation ist komplex, manchmal unübersichtlich.

Gleichzeitig müssen Bürgerinnen und Bürger viele Entscheidungen treffen. Sie haben die Wahl zwischen unterschiedlichen Behandlungsoptionen, Anbietern und Versicherungsmodellen. In Kombination mit der im europäischen Vergleich schwach ausgeprägten Gesundheitskompetenz der Bevölkerung (Fähigkeit, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und für die eigene Situation bestmöglich zu nutzen) führt das bei Menschen zunehmend zu Verunsicherungen und ergebnislosen Suchen. Der Trend zu mehr Digitalisierung – so die Befürchtung – verstärkt diesen Effekt in der Zukunft und die gesundheitliche Ungleichheit zwischen digital kompetenten und digital nichtkompetenten gesellschaftlichen Gruppen geht weiter auseinander.

Um diesen Verunsicherungen entgegenzuwirken, bedarf es Maßnahmen, die die **Nutzerfreundlichkeit** und **Transparenz** unseres Gesundheitssystems stärken.

Transparenz über Einrichtungen, Leistungsangebote und -ansprüche, Regeln der Inanspruchnahme und die Versorgungsqualität ist hier das A und O. Nur so ist es möglich, Patientinnen und Patienten eine kompetente und selbstbestimmte Nutzung des Gesundheitssystems zu ermöglichen. Ausgangspunkt für Transparenz ist eine ausreichende Datenbasis. Deshalb ist es notwendig, alle relevanten Akteure dazu zu verpflichten, aussagekräftige Daten zur Struktur und Qualität der gesundheitlichen Versorgung bereitzustellen. Entsprechende Plattformen und Dienste, die diese Daten in Form von nutzerfreundlichen Rankings auswerten, müssen zukünftig stärker beworben und bekannt gemacht werden (z. B. Weiße Liste www.weisse-liste.de hilft bei der Suche nach ärztlicher Praxis, Krankenhaus, Pflegeheim, Gesundheits-App). Je größer die Transparenz und Nutzerfreundlichkeit dieser öffentlich zur Verfügung gestellten Informationen, desto besser eignen sie sich als „Navigationssystem“ durch das deutsche Gesundheitssystem.

Transparenz ist auch das Ergebnis **professioneller Kommunikationskompetenz**. Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte allein im ambulanten Sektor beläuft sich pro Jahr auf rund 1 Milliarde Begegnungen. Eine umfassende und fundierte Qualifizierung in punkto Kommunikationskompetenz der Gesundheitsberufe ist deshalb eine essenzielle Voraussetzung für Transparenz und eine höhere Gesundheitskompetenz. Sie muss Teil der Aus-, Fort- und Weiterbildungen sein. Hierfür müssen entsprechende Lernziele und Lerninhalte definiert sowie praxisnahe Unterrichtsformen entwickelt werden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für ein transparentes und nutzerfreundliches Versorgungssystem ist die zunehmende **Partizipation von Patientinnen und Patienten** im Gesundheitssystem. Dies bezieht zum einen die partnerschaftliche Entscheidungsfindung von Arzt und Patient ein. Zum anderen geht es um mehr Einfluss in Form der Patientenvertretung als zentrales Element unseres Gesundheitssystems. Patienteninteressen müssen in Zukunft deutlich mehr Gehör in Politik und Selbstverwaltung finden als dies aktuell der Fall ist.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger:

- Inwieweit empfinden Sie das Gesundheitssystem patienten- bzw. nutzerfreundlich? Wie verständlich werden Befunde übermittelt?
- Inwieweit finden Sie das aktuelle Gesundheitssystem transparent? Wissen Sie, an welche Versorgungsstelle bzw. an welchen Ansprechpartner Sie sich in einem Krankheitsfall wenden müssen?
- Was würden Sie gerne unbedingt mitentscheiden? In Ihrer eigenen Krankenbehandlung? In der Gestaltung der Versorgung?
- Was würde Bürgern und Patienten helfen, sich schneller und besser über Versorgungsmöglichkeiten im Krankheitsfall zu informieren?
- Was müssen Politik/Ärztenschaft/Pflegeberufe/Physiotherapeutinnen und -therapeuten etc. Ihrer Meinung nach verbessern, um den Patienten stärker in den Mittelpunkt der medizinischen Versorgung zu rücken und gemeinsame Lösungswege zu finden?

Hand in Hand zum Wohl der Bürgerinnen und Bürger: Primärversorgungszentren als erste Anlaufstellen für Patientinnen und Patienten

„**Primärversorgung**“ ist die **Basis der Gesundheitsversorgung**. Sie stellt die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten bei gesundheitlichen Problemen dar und leistet medizinische Beratung und Grundversorgung. Aktuell erfolgt diese Primärversorgung hauptsächlich durch Hausärzte.

Die hausärztliche Versorgung ist jedoch nur eine Möglichkeit, die gesundheitliche Grundversorgung sicherzustellen und Patientinnen und Patienten eine **Erstberatung und -behandlung** anzubieten. Eine weitere Möglichkeit ist ein Zusammenschluss von Einzelpraxen zu größeren Versorgungseinheiten wie Primärversorgungszentren.

Welche Vorteile hat das für Patientinnen und Patienten? Die hausärztliche Versorgung legt den Schwerpunkt auf die Behandlung. Sie kann Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge – nicht zuletzt wegen begrenzter Ressourcen wie Zeit und Personal – in der Regel nicht so aktiv gestalten und auf individuelle Bedarfe eingehen. In einem Primärversorgungszentrum plant und bespricht man mit den Patientinnen und Patienten, wie sie langfristig optimal betreut und behandelt werden können (regelmäßige Überprüfung). Hierbei werden auch Prävention und Gesundheitsförderung stärker in den Fokus genommen – ein Fokus liegt auf der Gesunderhaltung des Menschen.

Damit das gelingt, arbeiten medizinische und soziale Berufsgruppen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, therapeutisches Fachpersonal etc. – Hand in Hand. Ziel ist es, den **individuellen Bedürfnissen** der Patientinnen und Patienten im gesamten Beratungs- und Behandlungsverlauf nachzukommen. Über den verstärkten Fokus auf Prävention gehören auch Personen zur Zielgruppe, die nicht erkrankt sind.

Primärversorgungszentren versprechen durch eine gute Koordination auch **eine bessere Qualität** an der Schnittstelle zwischen ambulanter Versorgung (niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte) und stationärer Versorgung (Krankenhäuser) sowie der Nachversorgung. Das **Ziel: eine schnelle Genesung der zu behandelnden Person**. Für diese Koordinationsaufgaben ist im Primärversorgungszentrum eine dafür ausgebildete Fachperson angestellt, z. B. eine spezialisierte Pflegefachkraft. Sie ist die zentrale Kontaktperson für die Patientinnen und Patienten. Sie vermittelt sie an die richtigen Versorgungsangebote und Fachkräfte weiter und behält den Überblick über den gesamten Behandlungsverlauf. Ziel ist es, die zu behandelnde Person optimal zu unterstützen und zu entlasten.

Primärversorgungszentren bergen auch Lösungen, um unser Gesundheitssystem zukunftsfähiger aufzustellen. Die Erweiterung auf mehr Prävention und Gesundheitsvorsorge bildet einen wesentlichen Qualitätsgewinn im Vergleich zum Status Quo. Auch der **demografische Wandel** verlangt nach neuen Lösungen. So wird es zukünftig mehr ältere Menschen geben, die betreut und behandelt werden müssen. Zudem ist es heute schon durch den Fachkräftemangel und insbesondere dem Mangel an Nachwuchskräften zunehmend schwierig, die Grundversorgung mit Hausärztinnen und -ärzten in ländlichen Gebieten zu gewährleisten. Dieser Trend wird sich aller Voraussicht nach weiter verstärken.

Können sich auch **Nachteile** für Patientinnen und Patienten ergeben? Durch den Zusammenschluss von Einzelpraxen sind ggf. **längere Anfahrtswege** denkbar. Patientinnen und Patienten werden stärker durch **speziell ausgebildete Gesundheits- und Pflegekräfte** betreut und versorgt und nicht immer sofort durch ärztliche Hilfe. Sie sehen Ärzte insofern seltener.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger:

- Wie beurteilen Sie den Ansatz der Primärversorgungszentren?
- Was gehört Ihrer Meinung nach zu einem Primärversorgungszentrum, damit Sie sich dort gerne versorgen lassen?
- Auf welche Vorzüge der aktuellen Versorgung über Hausärzte möchten oder können Sie nicht verzichten?

Je früher, desto besser: Mehr Gesundheitskompetenz über Erziehung und Bildung

Unter „**Gesundheitskompetenz**“ versteht man die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen.

Gesundheitskompetenz nutzt nicht nur jedem Einzelnen, eine Krankheit zu bewältigen bzw. gesund zu bleiben. Sie ist auch für unser Gesundheitssystem wichtig. **Mangelnde Gesundheitskompetenz** zeigt sich z. B. darin, dass Menschen Schwierigkeiten haben, mit ärztlichem Personal zu reden, Gesundheitsleistungen zu finden oder passende Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Eine umfangreiche Untersuchung zur **Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung** aus dem Jahr 2016 zeigt: Rund sieben Prozent der Befragten schätzten ihre Gesundheitskompetenz als „exzellent“, rund 38 Prozent als „ausreichend“ und rund 54 Prozent als „eingeschränkt“ ein. Mehr als die Hälfte der Bundesbürgerinnen und -bürger hat also das Gefühl, Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu haben. Im europäischen Vergleich sind dies schlechte und besorgniserregende Werte.

Es ist wichtig, Gesundheitsinformationen so früh wie möglich zu vermitteln – in den Bildungs- und Lehrplänen von Kitas und allen Schulformen. Aktuelle Umfragen unterstreichen, dass dieses Anliegen von der breiten Bevölkerung getragen wird. Eine repräsentative Studie im Auftrag der Robert Bosch Stiftung im Juni 2020 zeigt, dass rund 90 Prozent der Befragten sich dafür aussprechen, **grundlegende Kenntnisse** zum Thema Gesundheit als Pflichtaufgabe in Kitas und Schulen zu vermitteln.

Die Kinder erlernen dabei Wissen über die menschliche Gesundheit. Was aber noch viel wichtiger ist: Ihnen wird beigebracht, die Informationen auf die eigene Gesundheit zu übertragen (z. B. Hygiene oder bewusste Ernährung) und typische Handlungsschritte zu unternehmen (z. B. regelmäßige Bewegung). Die Kenntnisse helfen ihnen, **weniger Berührungängste** mit Gesundheitsinformationen zu haben und mit diesen sinnvoll umzugehen. Herausforderungen ergeben sich u. a. durch einen unterschiedlichen Bildungsgrad, mangelnde Sprachkenntnisse, wenig Erfahrung mit digitalen Anwendungen oder auch chronischen Erkrankungen. Sie beeinträchtigen in vielen Fällen die Gesundheitskompetenz im Erwachsenenalter.

Was gehört noch zum Erlernen von Gesundheitskompetenz? Kinder lernen dadurch, kritisch mit Gesundheitsinformationen umzugehen und vertrauenswürdige **Quellen** zu finden bzw. diese besser beurteilen zu können.

Es geht aber nicht nur um die Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Frühzeitig vermittelte Gesundheitsinformationen stärken insgesamt den Präventionsgedanken. Bürgerinnen und Bürger mit einer guten Gesundheitskompetenz können Präventionsangebote besser in Anspruch nehmen und passende Angebote finden, um gesund zu bleiben. Davon profitiert nicht nur die einzelne Person, sondern auch das Gesundheitssystem. Langfristig können so z. B. Behandlungskosten eingespart werden.

Welche Rolle spielt hier das Thema Digitalisierung? Der digitale Fortschritt erhöht den Druck auf die Gesellschaft für eine bessere Gesundheitskompetenz. Digitale Gesundheitsanwendungen bzw. Angebote wie Apps, Portale, Roboter, Telemedizin und Videosprechstunden, elektronische Patientenakte etc. erfordern von allen, mit dem technischen Fortschritt Schritt zu halten.

Was könnte in diesem Bereich konkrete Maßnahmen sein? Für eine bessere Gesundheitskompetenz sollten passgenaue **Informationsformate und Lernmethoden** entwickelt werden. So könnten z. B. Projektwochen oder themenspezifische Ausflüge umgesetzt werden. Gleichzeitig sollte Gesundheitskompetenz auch im Alltag verankert sein. Dies kann beispielsweise durch eine theoretische Begleitung des Sportunterrichts erreicht werden. Entscheidend ist, dass sich auch die **Mitarbeiter in Erziehungs- und Bildungseinrichtungen** regelmäßig weiterbilden. Zudem sollen alle Mittel und Wege, Kindern Wissen einfach und verständlich zu erklären, stetig überprüft werden.

Die Einführung eines Schulfachs „Gesundheit“ ist eine Möglichkeit, das entsprechende Wissen zu vermitteln, politisch jedoch eine komplexe Angelegenheit. Die Zuständigkeit liegt hier bei den Bundesländern. Denkbar ist auch, dass Gesundheitskompetenz in bestehende Schulfächer eingebaut wird.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger:

- Wir beurteilen sie die frühestmögliche Vermittlung von Gesundheitsinformationen? Sehen Sie eher Vorteile oder auch Nachteile? Wie könnten Nachteile gegebenenfalls ausgeglichen werden?
- Ist ein eigenes Schulfach richtig oder sollen andere Wege der frühzeitigen Vermittlung von Gesundheitskompetenz an Kinder und Jugendliche beschränkt werden?
- Welche Aufgaben haben Lehrerinnen und Lehrer, welche die Erziehungsberechtigten? Wie kann man die Verantwortung zwischen beiden gut aufteilen?

Fokus Kommune: Gesundheitsversorgung vor Ort planen

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland verändert sich tiefgreifend. Der demografische Wandel und die „Landflucht“ **gefährden die medizinische Versorgung in vielen ländlichen Gemeinden**. Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen verschärft sich und der Fortbestand von ärztlichen Praxen ist vielerorts fraglich. Die Folge ist eine akute, regional sehr unterschiedliche Unterversorgung. Zentral ist das kaum planbar. Es sind eher flexible Lösungen für regionale Versorgungsprobleme gefragt. Die Zuständigkeiten für die ambulante und stationäre Versorgung sind verteilt und verhindern eine Patientenversorgung „aus einer Hand“.

Zur Lösung dieser Herausforderungen gibt es eine Vielzahl privater, gewerblicher und politischer Initiativen. Gegen den Ärztemangel sind Maßnahmen wie beispielsweise Lockerungen der Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium, zusätzliche finanzielle Anreize und Landarztquoten in der Diskussion und teilweise auch in der Umsetzung. Für eine „Versorgung aus einer Hand“ entstehen neue Ansätze, denn das Konzept des „Dorfhausarztes“ entspricht nicht mehr der medizinischen Versorgungsrealität in Deutschland. So bieten Primärversorgungszentren, in denen verschiedene medizinische und soziale Disziplinen für eine bestmögliche Patientenversorgung zusammenarbeiten, einen wesentlichen Lösungsansatz.

Was aus Sicht der Expertinnen und Experten der „Neustart!“-Initiative fehlt, ist ein ordnungspolitischer Ansatz, um **die Akteure vor Ort zu stärken**. Die zentralisierte Bedarfsplanung und Steuerung der medizinischen Versorgung erlaubt es kaum, auf die individuellen Probleme einzelner Regionen oder Gemeinden einzugehen. Beispiel: Wie viele Arztsitze es in einzelnen Regionen gibt, wird von einem Gremium auf Bundesebene entschieden.

Aus diesem Grund ist eine gesetzliche Grundlage notwendig, um die Akteure vor Ort – insbesondere die betroffenen Kommunen – zu stärken. Sie können den Gesundheitsbedarf vor Ort besser einschätzen und maßgeschneiderte Lösungen erarbeiten. Ein häufig diskutiertes Konzept ist die Idee der „Gesundheitsregionen“. In einer Gesundheitsregion schließt sich die Kommune mit den Krankenkassen vor Ort zusammen, um Versorgungsverträge abzuschließen. Diese beinhalten ein lokales Netz an Ärztinnen und Ärzten, Apotheken, Therapeutinnen und Therapeuten, Krankenhäusern und Pflegediensten. Diese Versorgungsverbände verfügen über ein eigenes Budget und die Verantwortung für die Verteilung von Geldern. Beispiel: Kommunen mit einem hohen Durchschnittsalter der Bevölkerung könnten so z. B. vermehrt in barrierefreie Infrastruktur investieren, während Kommunen mit einem hohen Anteil an Migrantinnen und Migranten beispielsweise den Fokus auf den Ausbau mehrsprachiger Präventionsangebote legen könnten.

So ist es möglich, auf die unterschiedlichen Versorgungsbedürfnisse in den Regionen und auf sich anbahnende Veränderungen der Bedarfe zu reagieren. Neben der strukturellen und finanziellen Stärkung der Kommunen ist es mindestens genauso wichtig, die Bürgerinnen und Bürger vor Ort in die Entscheidungsprozesse über die Mittelverteilung aktiv miteinzubinden. Aktuell sind sie in einem für sie entscheidenden Lebensbereich – der Gesundheitsversorgung – lediglich Zuschauende ohne Einfluss oder Mitwirkungs- bzw. Entscheidungsbefugnisse.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger

- Welche Entscheidungen/Verantwortlichkeiten möchten Sie eher in den Händen Ihrer Kommune wissen? Welche nicht?
- Welchen Einfluss sollen Bürgerinnen und Bürger auf die Mittelverwendung nehmen (dürfen)?
- Bei einer Stärkung der einzelnen Kommunen käme es zu regional unterschiedlich ausgestalteten Versorgungskonzepten. Wie beurteilen Sie eine solche Entwicklung?

Verhältnis- und Verhaltensprävention – ein starkes Gleichgewicht

Prävention ist ein Oberbegriff für **Maßnahmen**, um Krankheiten oder gesundheitliche **Schädigungen zu vermeiden**. Es geht auch darum, das **Risiko einer Erkrankung zu verringern** oder ihr **Auftreten zu verzögern**. In der Wissenschaft werden zwei Arten der Prävention unterschieden – die Verhaltensprävention und die Verhältnisprävention.

Die Verhaltensprävention bezieht sich direkt auf den einzelnen Menschen und dessen **Gesundheitsverhalten**. Ziel ist es, persönliche Verhaltensänderungen zu bewirken, zum Beispiel bei Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Rauchen oder übermäßigem Alkoholkonsum.

Die **Verhältnisprävention** will Strukturen verändern und gute **Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben** setzen. Sie strebt gute Lebensbedingungen für die Gemeinschaft an (Arbeit, Familie, Freizeit oder auch Umweltbedingungen). Beispiele für Verhältnisprävention: Vorschriften zum Gesundheits- oder Arbeitsschutz, städtebauliche Maßnahmen oder staatliche Förderung. Wichtig ist: Die beiden Präventionsarten ergänzen sich, sie sind „zwei Seiten einer Medaille“.

Die Bundesregierung hat 2015 ein **Präventionsgesetz** verabschiedet. Sie will damit Gesundheitsförderung durch eine enge Zusammenarbeit von verschiedenen Gesundheitspartnern wie Sozialversicherungsträgern, Ländern und Kommunen stärken. Trotzdem kommen Expertinnen und Experten in Deutschland zu der **ernüchternden Einschätzung**, dass Gesundheitsförderung noch immer unzureichend im Gesundheitswesen verankert ist. Dies spiegelt sich unter anderem im geringen Anteil der Prävention an den Gesundheitsausgaben wider.

Aus diesem Grund fordern die Bürgerinnen und Bürger sowie die Expertinnen und Experten der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ der Prävention und der frühzeitigen Gesundheitsförderung einen höheren Wert beizumessen. Und die Maßnahmen sollen eben nicht nur auf die individuelle Prävention – der Verhaltensprävention – eingehen, sondern durch Änderung von Strukturen – der Verhältnisprävention – ergänzt werden. Ziel ist ein **gesundheitsförderndes Leben und Umfeld für alle Menschen**.

Über welche **Maßnahmen** kann dies erfolgen? Zum einen braucht es möglicherweise einen **neuen Verantwortlichen**, der sich bundesweit um die Themen Gesundheitsförderung und Prävention kümmert. „Neustart!“ schlägt eine **„Nationale Agentur für Gesundheit“** vor. Als unabhängiger Akteur könnte sie dazu dienen, den Stellenwert von Prävention im Gesundheitswesen zu fördern. Natürlich sollen weitere Gesundheitsakteure wie z. B. das Robert Koch Institut oder die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eingebunden werden. Die Agentur könnte die Zusammenarbeit und die Verwendung von Mitteln für Präventionsarbeit mit Hilfe unabhängiger Expertinnen und Experten steuern. Und sie könnte Leistungsangebote gegenüber den Bürgerinnen und Bürgern prominent bewerben. Durch die Agentur könnte es eine **zentrale Analyse und Nutzung von Daten** sowie eine gemeinsame Kommunikationsstrategie geben. Ziel ist es, das Thema **Öffentliche Gesundheit** (Public Health) und **Gesundheit als Querschnittsthema** (Health in All Policies) in der politischen Debatte voranzutreiben und die **gesellschaftliche Lebensqualität** nachhaltig zu erhöhen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Kommunen sollten gestärkt werden. Kommunen sind die zentralen Akteure für Gesundheitsförderung und Prävention und können die Möglichkeiten und Herausforderungen vor Ort am besten einschätzen und lenken.

Verhältnisprävention bedeutet wie bereits erläutert, Strukturen zu verändern. Dies beinhaltet auch **Anreize des Staates** zum gesundheitsfördernden Verhalten. Die „Neustart!“-Initiative fordert eine Reihe von Maßnahmen, die die öffentliche Gesundheit fördern. Mögliche Maßnahmen sind z. B. eine Steuer auf zuckerhaltige Lebensmittel, Steuererhöhungen auf Tabakprodukte, die Förderung von sicheren innerstädtischen Fahrradwegen, die Senkung der Emissionsbelastung oder die verpflichtende Einrichtung von Schattenplätzen in Kindergärten und Schulen zur Reduzierung der UV-Belastung.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger:

- Wie stark darf der Staat in die Lebensweisen seiner Bevölkerung durch Empfehlungen, Verbote und Steuererhöhungen eingreifen?
- Wo beginnen die Eigenverantwortung bzw. die Freiheit der Einzelnen, über die eigene Lebensweise und Gesundheit selbst zu entscheiden?
- Welche Möglichkeiten gibt es, die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger zu stärken?
- Welche Maßnahmen – neben der Einführung einer Steuer auf zuckerhaltige Lebensmittel – sollte die Neustart!-Initiative gegenüber politischen Entscheidungsträgern einfordern?
- Welche Erwartungen verbinden Sie an eine nationale Agentur für Gesundheit?

**Berücksichtigung der Vielfalt:
Gesundheitskompetenz in einer
diversen Gesellschaft stärken**

Unter „**Gesundheitskompetenz**“ versteht man die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen.

Gesundheitskompetenz nutzt nicht nur jedem Einzelnen, eine Krankheit zu bewältigen bzw. gesund zu bleiben. Sie ist auch für unser Gesundheitssystem wichtig. **Mangelnde Gesundheitskompetenz** zeigt sich z. B. darin, dass Menschen Schwierigkeiten haben, mit ärztlichem Personal zu reden, Gesundheitsleistungen zu finden oder passende Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Eine umfangreiche Untersuchung zur **Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung** aus dem Jahr 2016 zeigt: Rund sieben Prozent der Befragten schätzten ihre Gesundheitskompetenz als „exzellent“, rund 38 Prozent als „ausreichend“ und rund 54 Prozent als „eingeschränkt“ ein. Mehr als die Hälfte der Bundesbürgerinnen und -bürger hat also das Gefühl, Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu haben. Im europäischen Vergleich sind dies schlechte und besorgniserregende Werte.

Es gibt Menschen, die aus verschiedenen Gründen über einen begrenzten Zugang zu Gesundheitsinformationen verfügen und deswegen **zu einer eingeschränkten Gesundheitskompetenz** neigen: ältere Menschen, Menschen mit chronischen Krankheiten, Menschen mit Fluchterfahrung, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund und weitere. Dies führt zu einer zunehmenden gesellschaftlichen Ungleichheit. Eine bessere **Gesundheitskompetenz** ist gerade bei den genannten Bevölkerungsgruppen wichtig, damit sie Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen und als gesunde Bürgerinnen und Bürger am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Die oben genannte Untersuchung aus 2016 bestätigt diesen Handlungsbedarf. Von allen Befragten haben ältere Menschen mit Migrationshintergrund ihre Gesundheitskompetenz am schlechtesten eingeschätzt. Und: Mehr als die Hälfte der Menschen mit niedrigem Bildungsniveau äußerten Schwierigkeiten sich am Arbeitsplatz, in der Schule oder Gemeinde über Präventionsmaßnahmen, Hilfsangebote und andere Formen der Gesundheitsförderung zu informieren.

Die Orientierung an den Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppen soll zu einer **Selbstverständlichkeit im Gesundheitssystem** werden und damit den Abbau der sozialen Ungleichheit unterstützen.

Es bedarf einer **übergeordneten Strategie**, wie alle Sektoren (ambulanter Sektor = haus- und fachärztliche Praxen, stationärer Sektor = Krankenhäuser) und alle Disziplinen (Orthopädie, Augenmedizin, etc.) dazu beitragen. Auch in der Erziehung und (Aus-)Bildung bedarf es passgenauer Angebote.

Es braucht mehr Informationsformate, die an den soziokulturellen Bedingungen und Bedürfnissen der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen anknüpfen (Stichwort Inklusion). Aufklärungskampagnen und die Nutzung einfacher Sprache bzw. einfach verständlichem Bildmaterial können helfen, schwer erreichbare Gruppen, wie z. B. Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Sozialstatus, besser zu informieren.

Es geht nicht nur um mehr Gesundheitskompetenz der zu behandelnden Personen. Auch ärztliches Fachpersonal, Pflegekräfte oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten u. a. sollen sprachfähiger und verständlicher werden, um dieses Ziel in Partnerschaft mit den Patientinnen und Patienten zu erreichen.

Die Kommunikationsfähigkeit soll daher zum festen Bestandteil der pädagogischen **Aus-, Weiter- und Fortbildung** der medizinischen Gesundheitsberufe werden. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen müssen zudem dauerhaft mit unterstützenden Materialien versorgt werden, um stets aktuelle (gesellschaftliche) Entwicklungen aufzugreifen und Unsicherheiten bei der Kommunikation zwischen behandelnder und behandelter Person entgegenzuwirken. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass auch Personen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch das Gesundheitssystem vollständig nutzen können. Dies gilt gleichermaßen für Patientinnen und Patienten und Fachpersonal.

Der Ärzteschaft und anderen medizinischen Berufsgruppen muss gleichzeitig mehr Zeit zur Verfügung gestellt werden, damit sie sich der Verständlichkeit der Informationen widmen und auf die individuellen Hintergründe jedes einzelnen Patienten eingehen können. In diesem Kontext sollten zusätzliche (finanzielle) Anreize für Gesundheitsberufe etabliert werden.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger

- Inwieweit verstehen Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt/Ihre Pflegefachkraft/Ihre Physiotherapeutin oder Ihren Physiotherapeuten im Rahmen von Therapiegesprächen?
- Inwieweit fühlen Sie sich gut gewappnet, um Fragen zu Ihrer Behandlung zu treffen und darüber mitzuentcheiden?
- Was benötigen Patienten, um gemeinsam mit dem Arzt oder der Ärztin eine optimale Behandlungsentscheidung zu treffen?
- Was sollen Menschen in Gesundheitsberufen anders machen, um die Gesundheitskompetenz aller Gruppen zu stärken?

Die Übersicht behalten: Massenmedial kommunizierte Gesundheitsinformationen besser einschätzen

Unter „**Gesundheitskompetenz**“ versteht man die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und zu beurteilen.

Gesundheitskompetenz nutzt nicht nur jedem Einzelnen, eine Krankheit zu bewältigen bzw. gesund zu bleiben. Sie ist auch für unser Gesundheitssystem wichtig. **Mangelnde Gesundheitskompetenz** zeigt sich z. B. darin, dass Menschen Schwierigkeiten haben, mit Ärztinnen und Ärzten zu kommunizieren, Gesundheitsleistungen zu finden oder auch passende Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Eine umfangreiche Untersuchung zur **Gesundheitskompetenz der deutschen Bevölkerung** aus dem Jahr 2016 zeigt: Rund sieben Prozent der Befragten schätzten ihre Gesundheitskompetenz als „exzellent“, rund 38 Prozent als „ausreichend“ und rund 54 Prozent als „eingeschränkt“ ein. Mehr als die Hälfte der Bundesbürger haben also das Gefühl, Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen zu haben. Im europäischen Vergleich sind dies schlechte und besorgniserregende Werte.

Die Corona-Pandemie hat offenbart, wie wichtig **Aufklärungskampagnen** über verlässliche Quellen für die Öffentlichkeit sind. In dieser gesellschaftlich kritischen Phase kursierten insbesondere in den sozialen Medien manipulative und wissenschaftlich nicht belastbare Nachrichten („Fake News“) zum Coronavirus. Das Bundesministerium für Gesundheit musste wiederholt auf **verlässliche Quellen** hinweisen und Informationen zusammenstellen, wie Bürgerinnen und Bürger kritisch mit Gesundheitsinformationen umgehen und wie sie vertrauenswürdige Informationen von Fake News unterscheiden können.

Für viele Menschen wird es immer schwerer, Informationen von sozialen Kanälen und anderen Medien richtig einzuschätzen. Daher brauchen wir eine breite Aufklärung der Bürger **über leicht zugängliche Informations- und Unterstützungsangebote**. Nicht nur in Krisensituationen, sondern grundsätzlich als fester **Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit** aller Behörden, die mit Gesundheit und Prävention zu tun haben. Verlässliche Quellen müssen allen Bürgerinnen und Bürgern bekannt sein. Auch während der Behandlung müssen Patientinnen und Patienten stets im Mittelpunkt stehen und Zugriff auf verständliche Informationen haben.

Vor wenigen Wochen hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit dem „Nationalen Gesundheitsportal“ eine Webseite freigeschaltet, die als zentrale Anlaufstelle für zuverlässige Gesundheitsinformationen gilt. Bisher ist das Portal noch zu wenig bekannt. Weitere Informations- und Beratungsangebote gibt es bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst mit der Telefonnummer 116117 sowie zahlreichen weiteren Informationsangeboten der Krankenkassen, Selbsthilfeorganisationen, Patientenberatungsstellen und natürlich bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachkräften, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, etc.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger

- Vorab: Kennen Sie eines der folgenden Informationsangebote: das Nationale Gesundheitsportal, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), der ärztliche Bereitschaftsdienst mit der Telefonnummer 116117?
- Inwieweit haben Sie Schwierigkeiten, vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zu identifizieren und von vorgetäuschten Informationen zu unterscheiden?
- Welche Kommunikationsformen sollten für eine gute Aufklärung der Bevölkerung genutzt werden?
- Welche Erwartungen verknüpfen Sie mit guten Gesundheitsinformationen in den Medien?

Von der Ausnahme zur Regel: Gegenseitige Fürsorge in der Caring Community

„**Caring Communities**“ oder „(für)sorgende Gemeinschaften“ stellen eine **Form des Zusammenlebens** dar, in der sich Nachbarn gegenseitig ehrenamtlich unterstützen. Es gibt eine Tendenz zu mehr Singlehaushalten und zu anonymen Nachbarschaften. Das **Ziel** der Caring Communities ist es, wechselseitige Unterstützung zu fördern, damit Menschen nicht vereinsamen. Dabei kann es um Beratung (z. B. Wohnberatung, Gesprächsberatung, Bewegungsberatung o. ä.) gehen oder auch um Fahrdienste und Besorgungen etc.

Das Konzept beruht auf **bürgerschaftlichem Engagement und Solidarität insbesondere mit beeinträchtigten oder benachteiligten Mitgliedern** der Gemeinschaft. Ältere, Menschen mit chronischen Krankheiten oder mit Beeinträchtigungen können durch Caring Communities wieder mehr am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Klar ist, dass auch Mitglieder mit stabiler Gesundheit von einem Tag auf den anderen auf die Unterstützung der Gemeinschaft angewiesen sein könnten. Insofern können von der Gemeinschaft sowohl „schwächere“ als auch „vitalere“ Mitglieder der Gesellschaft profitieren.

Eine **Herausforderung** besteht darin, interessierte Ehrenamtliche zu finden, die Unterstützung leisten können und wollen. In der Diskussion steht ein Punktesystem. Die Idee dabei ist, dass durch die Unterstützung Punkte gesammelt werden, die bei Dienstleistern, z. B. Supermarkt-Ketten, als Rabatte eingelöst werden können. Ohne weitere Maßnahmen und Anreize wäre ein Punktesystem jedoch nicht ausreichend.

Gesellschaftlich betrachtet können Caring Communities zur Lösung langfristiger Herausforderungen beitragen. Hier ist insbesondere der demografische Wandel zu nennen, durch den es mehr hilfsbedürftige Menschen geben wird. Ziel: Vereinsamung und Hilflosigkeit entgegenwirken – mehr Lebensqualität für alle und ein besserer sozialer Zusammenhalt.

Die Corona-Krise hat offenbart, wie wichtig und notwendig es ist, beeinträchtigte und hilfebedürftige Menschen bestmöglich zu unterstützen. Gerade in Zeiten des Lockdowns haben jüngere Nachbarn für sie Lebensmittel eingekauft bzw. gespendet, Medikamente aus der Apotheke geholt oder sonstige (lebensnotwendige) Besorgungen erledigt. Diese Art der Nachbarschaftshilfe hat sich selbst organisiert, ohne dass teure und aufwendige Informationskampagnen seitens der Bundesregierung notwendig waren. Der Schutz der Risikogruppen stand für alle Mitmachenden im Vordergrund. Zukünftig muss es darum gehen, diese Ausnahmeerscheinung plötzlich entstehender Caring Communities in Krisenzeiten zu einem **Normalfall des alltäglichen Miteinanders** zu machen.

Die Umsetzung der Caring Communities hat in Deutschland bisher nur im Rahmen einzelner Pilotprojekte stattgefunden. So hat z. B. Heidenheim an der Brenz in Baden-Württemberg ein Netzwerk von Caring Communities mit dem Fokus auf Senioren gegründet. Träger sind dabei Wohlfahrtsverbände, Kirchen, lokale Initiativen, Vereine und Selbsthilfegruppen.

Fragen an die Bürgerinnen und Bürger

- Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Einschätzung nach erfüllt sein, damit solche Gemeinschaften funktionieren?
- Welchen Fokus sollten Caring Communities setzen? Worum sollten sie sich kümmern, worum eher nicht?
- Welche Anreize sind notwendig, damit eine flächendeckende Gründung von Caring Communities möglich ist?

Feedback aus dem Bürgerforum im Wortlaut

Im großen digitalen Bürgerforum am 14. November 2020 tauschten sich 285 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger über die Reformvorschläge aus und erarbeiteten Empfehlungen zu neun Themenbereichen (siehe Seite 36). Zunächst wurde in 54 digitalen Kleingruppen mit je fünf zufällig zugeordneten Personen gearbeitet. Anschließend diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in neun parallelen Themenforen die Ergebnisse der Arbeitsgruppen und ergänzten sie.

Die Argumente und Ergänzungen der Bürgerinnen und Bürger in den verschiedenen Phasen des Bürgerdialogs werden im Folgenden dokumentiert.

Solidarische Krankenversicherung für alle

Solidarische KV als Ziel, Grundversorgung für ALLE

- Den Übergang in ein solidarisches Krankenversicherungssystem ist alternativlos und der Staat ist gefragt, Übergangsregelungen zur langfristigen Abschaffung des Zwei-Säulen-Prinzips. Andererseits leisten die PKV einen erheblichen finanziellen Anteil im Gesundheitssystem und die der praktizierenden Ärzte, bedingt auch durch die entsprechende Anzahl finanzstarker Versicherte. Maximale Förderung zur Präventionsvorsorge muss eine Hauptaufgabe sein.
- Wir befürworten eine solidarische KV, unter bspw. folgenden Rahmenbedingungen:
Weitere Sicherstellung der Grundversorgung, analog der gegenwärtigen GKV, in der solidarischen KV und darüber hinaus Möglichkeit vom „Erwerb“ weiterer Zusatzleistungen (Baukastensystem) über private Krankenversicherungen zum Erhalt des Wettbewerbs.
- Wir halten die Einführung einer Solidarischen Gesundheitsversicherung für sinnvoll, um die Bandbreite und den Umfang der universell verfügbaren Gesundheitsleistungen zu erhalten und ggf. auszuweiten.
- Wir befürworten die Einführung einer Solidarischen Gesundheitsversicherung und eine Abkehr vom Zwei-Säulen-Prinzip.
- Diese Solidarität sollte sich vor allem in einer gleichwertigen Grundversorgung im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich zeigen
- Die zukünftige Krankenversicherung sollte gleiche Zugangsmöglichkeiten zu Grundleistungen ermöglichen, unabhängig von Einkommen oder sozialer Situation. Die Aufklärung über das bestehende System, dessen Vor- und Nachteile sowie die Notwendigkeit für Reformen müssen öffentlich kommuniziert werden.
- Gute Grundversorgung muss gesichert werden – Zugang zu allen Fachärzten sollte in gleichem Maße möglich sein – Versorgung im ländlichen Raum muss gewährleistet werden – Zugang zu ärztlichen Bereichen ermöglichen welche bisher Zusatzleistungen darstellen

Erhöhung/Erhaltung Beitragsbemessungsgrenze

- Mehrheitliche Einigung in der Kleingruppe auf Modell A, nach Einkommen staffeln (Beiträge), aber nach oben hin einen Deckel drauf, (Mindermeinung: keinen Deckel, evtl. sollen alle Einkommensarten bei der Berechnung herangezogen werden.)
- Wir sprechen uns für eine wesentliche Erhöhung der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze (unter ihrer Beibehaltung) aus.

- Wir sprechen uns für eine wesentliche Erhöhung der bestehenden Beitragsbemessungsgrenze (unter ihrer Beibehaltung) aus.
- Es soll einen gestaffelten Beitragsprozentsatz geben (z. B. 2 – 10%). Niedrigverdiener zahlen so weniger und für Besserverdiener steigt er ab 10% nicht weiter an.
- 5/5 Personen sprechen sich für den Vorschlag A aus. Dazu sollte ein „Mosaik/Kasko“ Modell erstellt werden, über das zusätzliche Risiken abgedeckt werden können.
- Die Gruppe einigt sich auf Modell A des Finanzierungsmodells. Es wird sich erhofft, mehr Geld, durch die Einbindung aller Einkommensklassen, in dem Haushalt der Kassen zur Verfügung zu haben. Dies soll eine bessere Versorgung aller Schichten ermöglichen und das „Zwei-Klassen Modell“ beseitigen.
- Stimmen eher zu, gemäßigt Modell, stärkere Belastung der „Besserverdiener“, Appellation an gesellschaftliche Verantwortung

Eine Krankenkasse

- Es müssen alle in einer Krankenkasse sein, die die gesamte medizinische Grundversorgung abdeckt. Zusatzleistungen, die darüber hinaus gehen, sollen innerhalb dieser einen Krankenkasse im Baukastenprinzip „dazugebucht werden können“.
- Zusatzversicherungen untergraben Solidarisches Prinzip, Zusatzversicherung wenn sie an einen prozentualen Anteil des Grundbetrags gekoppelt ist, z. B. Zahnzusatzversicherung 5% des Grundbetrags pro Kasse.
- Abschaffung aller Versicherungsgesellschaften und Gesundheitsversicherung in die Öffentliche Hand!
- Langfristig halten wir die Einführung einer einzigen Krankenkasse für wünschenswert, empfehlen aber im Zuge mehrerer Implementierungsstufen die Überführung zunächst mehrerer Versicherungsanbieter auf zuletzt einen einzigen für alle Versicherten.

Transparenz bei Abrechnungen

- Jetzigen Stand erhalten, mehr Transparenz bei Abrechnungen
- Für die jetzigen PKV-Patienten sind Rechnungen mit anderen, höheren Verrechnungssätzen die Regel. Es muss verhindert werden, dass, solange es das PKV-System in dieser Form gibt, Ärzte nicht die Möglichkeit haben, höhere Verrechnungssätze gegenüber GKV-Patienten zu verwenden. Eine einheitliche Abrechnung muss allein aus der Gleichbehandlung aller Menschen das Ziel sein. Der Patient muss unaufgefordert die Möglichkeit haben, die ihn zu erwartende Rechnung einzusehen.

Kontroversen

- Alle Einkommen in solidarischer KV – keine Obergrenze
- Tendenz in Richtung Modell B, jedoch mit Befürchtung vor Abgang der Starkverdienenden, höhere Einnahmen auch nutzen für klare Verbesserungen im Gesundheitswesen und in den Leistungen, mehr Transparenz bei Abrechnungen und Leistungen
- Wir wollen die Abschaffung einer Beitragsbemessungsgrenze und Einführung einer vermögensabhängigen Beitragsbemessung. Diese muss „Steuerflucht“ vermieden werden. Experten müssen die rechtlichen Details dafür ausarbeiten.
- Lohnabhängige Finanzierung ohne Beitragsbemessungsgrenze

Baukastensystem mit Zusatzversicherungen

- Baukastensystem (Zusatzversicherungen), Grundversorgung gesichert
- Ein Baukastensystem mit der Möglichkeit von privaten Zusatzversicherungen wurde kontrovers diskutiert; die Gruppe konnte sich hier nicht auf ein Vorgehen einigen.
- Ein Baukastensystem in der Grundversorgung ist nicht zumutbar. Jeder sollte die gleiche Grundversorgung erhalten, ohne das medizinische Nachteile entstehen. (z. B. Keine Amalgamfüllung oder Unterschiede in der ärztlichen Behandlungswahl)
- Wir halten die Möglichkeit von Zusatzleistungen für sinnvoll. Standards der Grundversorgung sollten davon nicht beeinträchtigt werden. Ein dadurch verdecktes System neuer privater Versicherungen sollte vermieden werden.
- Es soll über die SGV gleiche Leistungen für alle geben, zusätzlich aber die Möglichkeit bestehen, Zusatzversicherungen abschließen zu können (Mosaik/Baukastensystem).
- Es gibt im Bereich des Baukastensystems geteilte Meinungen, manche befürworten dieses System, da es Raum zur Individualisierung der zu beziehenden Leistungen schafft. Es gibt außerdem die Meinung, dass es nichts an dem bestehenden Konzept ändert, sich mit Geld einen Vorteil verschaffen zu können.
- Baukastensystem ist keine optimale Lösung, da wieder Zusatzleistungen gekauft werden können? Mehr Geld in der Kasse durch die Einbindung aller Einkommensgruppen – Baukastensystem lässt Raum zur Individualisierung – Gruppe ist geteilter Meinung zum Baukastensystem – Gute Grundversorgung muss bei einem solidarisierten System abgedeckt sein.

Krankenkassen mit Wettbewerb

- Die Mehrheit der zweiten Gruppe spricht sich für den Erhalt weniger Krankenkassen aus, ein Grundwettbewerb soll erhalten bleiben.
- Wir befürworten die Beibehaltung mehrerer Krankenkassen, um durch Konkurrenz Trägheit der Strukturen zu vermeiden. Eine „Zersplitterung“ sollte ebenfalls vermieden werden.

Weitere Aspekte

- Die beitragsfreie Versicherungspflicht muss erhalten bleiben; die Art, Einbringung und Höhe der Beitragsbemessungsgrenze muss von unterschiedlichen Faktoren wie Einkommen, Schwere einer Behinderung, pflegebedürftige Familienmitglieder und Kinder abhängig gemacht werden.
- Die freie Arztwahl und gleiche medizinische Grundversorgung sollen auf jeden Fall enthalten sein. Zudem soll sichergestellt werden, dass die SGV für alle erschwinglich ist.
- Freie Arztwahl und direkter Zugang zum Facharzt.
- Jeder Patient sollte einen Hausarzt haben, bei dem alle Dokumente des Patienten gesammelt werden (Berichte, Röntgenaufnahmen, etc.), somit sollen auch die Zweitmeinungen limitiert werden.
- Maximale Förderung zur Präventionsvorsorge muss eine Hauptaufgabe sein.
- Wahlbausteine wie Einzelbettzimmer oder gegebenenfalls Osteopathie, Homöopathie, Heilpraktiker etc. müssten weiter diskutiert werden. Die Einigkeit bezüglich der Einschlusskriterien in der Grundversorgung konnte nicht zu einem Konsens gebracht werden.
- Es sollte der Gewinnorientierung der Krankenhäuser entgegengewirkt werden. Die Sicherung der Behandlungsqualität ist ebenfalls zu gewährleisten.

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

- Wettbewerb für ein größeres Leistungsangebot.
 - Kontra: Trägheit vorbeugen indem gesetzliche Kontrollfunktion vorgesehen wird
 - Wettbewerb: führt bei Krankenhäusern aktuell zu Schließungen, jeder sollte solidarisch abgesichert sein, Zusatzversicherungen privat, aber möglich
 - Solidargemeinschaft wird durch Wettbewerb nicht gestärkt
- Bei mehreren Krankenversicherungen wieder Wahlleistungen, alle in eine Versicherung zur Grundsicherung (Grundversorgung = keine Wahlleistung), für Wahlleistungen eigene (Zusatz-)Versicherungen organisieren → Zusatzleistungen bspw. Homöopathie, Einzelzimmer
- Mehr Absicherung im zahnärztlichen Bereich als Grundversorgung
- Unterschiedliche Meinungen zu Beitragsbemessungsgrenze

Patientenpartizipation

Vorschläge Informationsplattform

- Staatliche Online-Gesundheitsplattform (unter Einbindung der Krankenkassen) mit Telefonoption: Arztsuche mit Standortsuche, allg. Informationen zu welchem Arzt man wann geht (Navigation/FAQ), Öffnungszeiten, Notdienst, Terminverfügbarkeiten, Wahl. Dieses Portal muss beworben werden, um seine Bekanntheit zu erhöhen.
- Der Hausarzt sollte nicht für jegliche Fragen (wie zum Beispiel psychologische Fragen) frequentiert werden müssen. Vielmehr sollte es dabei möglich sein, direkt einen Facharzt/Psychologen zu frequentieren. So sollte der Hausarzt entlastet werden, wodurch mehr Zeit für sonstige Patienten bleibt. Dadurch wird auch die Befundübermittlung erleichtert und das Vertrauen durch bessere Kommunikationsmöglichkeit zwischen Patienten und Arzt gestärkt.
- Individuelle und transparente Leistungspakete je nach Krankheitsbild und individuelle Wünsche bei den Krankenkassen ermöglichen. Feedback: Mehr Transparenz bei der Funktionsweisen der Krankenkassen
- Transparenz fehlt bei den Finanzen. Warum werden welche Behandlungen verschrieben und warum ist das eine teurer als etwas anderes? Wünschenswert wäre eine Leistungstransparenz. Vielleicht auch eine öffentliche Übersicht, in der man persönlich Behandlungen vergleichen und sich neutral, sicher informieren kann. Es müssen auch Alternativen für Menschen ohne Internet geschaffen werden.
- Es darf keine Art des Abfertigungs geben, Patienten müssen die Möglichkeit haben, sich über unabhängige Portale zu informieren. Patienten müssen wissen, wo sie sich sachkundig und objektiv informieren können, ein einheitliches staatlich kontrolliertes Portal wäre wünschenswert. Private Anbieter müssen als solche auch gekennzeichnet sein. Insbesondere Menschen, die wenig bis gar keine digitale Kompetenz haben, müssen hier mitgenommen werden.
- Transparentes Rankingsystem aller Ärzte und Krankenhäuser (in Bezug auf Qualität der Leistungen, Hygiene, Operationserfolg etc.). in der Gruppe umstritten → Vorstellung der Ärzte/KHs sollten möglich sein. Zentrale, öffentliche Plattform, die beworben wird.
- Ergänzung Onlineplattform: Informationen zu den Diagnosen, Versorgungsmöglichkeiten, Spezialisten, Kosten der Medikamenten/Pflege, Behandlungsalternativen → einfache Sprache, verschiedene Sprachen
- Interprofessionelle Behandlungs- und Befundsuche zwischen Ärzten und sozialen Berufsfeldern verstärken

- Intervall-Check-Ups ähnlich den U18-Untersuchungen
- Politik muss stärker in Gesundheitswesen investieren, um Pflegepersonal Ressourcen zu geben, den Patienten in den Mittelpunkt zu rücken

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

Pro

- Schafft Transparenz und Übersichtlichkeit durch Vereinheitlichung
- Interdisziplinäre Bearbeitung; Überforderung von Ärzten vermeiden
- Seriosität der Plattform muss gewährleistet sein, Datenschutz

Contra

- Manipulationsgefahr bei Bewertungen

Alternative

- Rein fachliche Informationsplattform, keine Bewertungsfunktion (viel Zustimmung)

Mehr Zeit und Personal für Diagnose- und Behandlungsberatung von Ärztinnen und Ärzten

- Befunde sind ohne Ausführung für Patientinnen oft nicht verständlich. Es wäre wünschenswert, dass den Ärztinnen und Ärzten genügend Zeit zur Verfügung steht, um den Befund zu erklären und auch alternative Behandlungsmethoden aufzuzeigen.
- Es sollte im Patientengespräch transparent dargestellt, welche Behandlungsmöglichkeiten/Medikation möglich ist. Vor allem bessere Information vor risikoreichen Eingriffen/Operation.
- Es muss Personal mehr Zeit zur Verfügung stehen, um vor allem relevante Behandlungen mit ausreichend Erklärungen und intensiven Patientenkontakt ausführen zu können. Reduzierung auf das Wesentliche und dafür dann bessere Versorgung. Dafür muss finanzielle Sicherheit gegeben sein.
- Diese Alternativen sollten sich für die behandelnde Person gleich gut rechnen, so dass die Empfehlung nicht auf Grund finanzieller Not, sondern der besten Leistung für die Patientinnen entsteht. Dafür müssten die Ärztinnen und Ärzte für die grundlegenden und nötigen Behandlungen schon genug Geld bekommen, damit sie keine unnötigen Behandlungen verkaufen müssen.
- Patienten müssen Hilfe in allen Ihren Lagen bekommen und nicht auf den Arzt allein abgewälzt werden, genauso den Patienten dürfen mit Papierkram nicht allein gelassen werden.

- Die Zuständigkeiten müssen unmissverständlich geregelt werden. Eine Patientenberatung muss, wie in der Form von Pflegestützpunkten, ausgebaut werden.
- In der eigenen Krankenbehandlung sollten wir entscheiden können, welche Art von Medikation uns gegeben wird bzw. die Medikation in Absprache mit dem Patienten gegeben werden (unabhängig von Versicherung, Umsatz für den Arzt). Primär geht es hierbei darum in bestem Interesse beraten zu werden ohne Bevormundung durch Ermittlung von höherpreisigen Medikamenten.
- Mehr Geld und Zeit einplanen (für alle Gesundheitsberufe), um den Patienten transparent informieren zu können. Derzeit wird nur die Leistung bezahlt, der Dialog mit den Patienten nicht. Wie rede ich mit Patienten sollte in der Ausbildung mit aufgegriffen werden. Andere Meinung: wird gelernt.
- Ergänzung: Das Patientengespräch hat bereits Eingang in die Ausbildungen im Gesundheitswesen gefunden. Trotzdem vertreten auch wir die Meinung, dass das wertschätzende persönliche Gespräch stärker gefördert und besser vergütet werden muss. Ferner sollte darauf geachtet werden, die Informationen in der Muttersprache des Patienten an diesen zu richten, sofern irgend möglich.

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

Pro

Kommunikation zwischen Patient und Ärzteteam verbessern

- Mensch/Patient als soziales Wesen ansehen
- Pflege- und Ärztenotstand sowie Rettungsdienst verbessern (bessere Bezahlung, Attraktivitätssteigerung durch Mitentscheidung)
- **Weg** von Ökonomisierung der Krankenhäuser

Unterstützung, dass Pflege-/Krankenberufe mehr Anerkennung (Entlohnung, Arbeitsbedingungen) erfahren, um die Attraktivität der gesamten Berufsgruppe zu steigern
→ das wird zu einem stärkeren Fokus auf die Beziehung zwischen Arzt + Patient führen und für mehr Vertrauen sorgen

Ausbau der Dienstleistung Gesundheitsberatung – Interpretation von Befunden, Arztbriefen ..., Beratung Vorsorgethemen

- Telefonsprechstunde beim Arzt, um Fragen zu Befunden zu stellen
- Anlaufstellen sich zu informieren, Wegweiser über Versorgungsmöglichkeiten. eventuell auch durch Krankenkassen – welche Behandlungsmöglichkeiten/Therapien finanziert werden

- Kompetenz des Patienten stärken
- Leichte Sprache
- Onlinedienstleistungen ausbauen – Terminvereinbarungen, Fachplattformen, Onlinesprechstunden

Digitalisierung

- Digitalisierung nutzen, um Abläufe zu optimieren, ohne dass das persönliche Verhältnis zwischen Patient und Arzt darunter leidet. Beispiel: Digitale Überweisungen, Patientengespräche über Videotelefonie etc. Ergänzung: Digitalisierungstools zur Kommunikation von Präventionsangeboten
- Die Patienten- und Nutzerfreundlichkeit ist von einer verstärkten Digitalisierung abhängig, Ausbildung in puncto Digitalisierung verstärken und forcieren, gleichzeitig muss der Datenschutz als oberste Priorität haben.

Digitalisierung der Krankenakte (stimmen alle zu)

- Einsicht für alle Beteiligten (Patient, Pfleger, Arzt)
- Weiterleitung und Kommunikation sowie Zusammenarbeit bei der Nachsorge verbessern
- Unter Berücksichtigung des Datenschutzes (Vertrauen muss gewahrt sein zum Bsp. gegenüber Arbeitgeber); Vorteil: Mehr Transparenz, Erleichterungen in „Arbeitsabläufen“ (Ausstellung von Rezepten etc.)

Zusätzliche Transparenz bei der Rechnungsstellung gefordert (ähnlich wie ein „Lieferschein“ / „Rechnung“)
→ Vereinheitlichung Privat- und Kassenpatienten

- 1) Ausgewogene Empfehlungen der Runde 1
- 2) Über vorhandene digitale Angebote soll besser informiert werden
- 3) Zentrale Bewertungsplattform für Patienten
- 4) Transparente Leistungskataloge der Krankenkassen

Pro

Digitalisierung schafft Zeit für ausführlichere Beratung

Enge Praxisräume, gerade in Zeiten von COVID-19, sind kontraproduktiv und kann damit reduziert werden.

Die lange Wartezeit für Facharzttermine, insbesondere für Kassenpatienten, sind nicht weiter hinnehmbar, auch wenn die Anstrengungen dahingehend vorgenommen werden. Die Erreichbarkeit der 116 116 Notrufnummer ist aktuell unzureichend!

Bei Krankheitsfällen wird i. d. R. direkt Kontakt mit dem Hausarzt oder dem Krankenhaus gesucht. Die Problematik ist eher die Verfügbarkeit von Versorgern

Fehlen einer Vertrauensbasis, persönlicher Bindung zu den meisten Fachkräften (spezielle Therapeuten etc.) und daher die Hemmschwelle sich direkt an diese zu wenden.

Tag der offenen Tür bei Krankenkassen zur Informationsakquirierung von Angeboten und möglichen Ansprüchen

Finanzieller Anreiz für Pflegeberufe! Attraktivität steigern
→ Qualität verbessern.

Höhere Transparenz in persönliche Krankenakte

Verbesserte Transparenz, z. B. durch offene Weitergabe an den Patienten/Patientin von Patienteninformationen, z. B. in Form von Arztbriefen bzw. Leistungsübersicht der jeweiligen Behandlung (ohne aktive Nachfrage des Patienten/Patientin)

Ergänzung: Die Patienteninformationen müssen in allgemein verständlicher Sprache zur Verfügung stehen. Außerdem sollte sichergestellt werden, dass die Informationen aus aktuellen Arztbriefen/der Patientenakte entsprechend dem Patientenwunsch sowohl ausgedruckt als auch digital abgerufen werden können.

Ein regelmäßiger Austausch zwischen den betreuenden Akteuren des Gesundheitssystems bezüglich des individuellen Patienten muss gefördert werden. Hier sollte die Bildung eines Kompetenzteams angestrebt werden.

Eine Krankenversicherung für alle

- Keine Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Zusammenfassung zu einer Versicherung
- Keine Privatisierung der Gesundheitsversorgung. Im Vordergrund muss das Allgemeinwohl der Menschen sein und nicht die Gewinnmaximierung.

Vereinheitlichung von Krankenversicherungen (stimmen alle zu)

- Reduzierung der Diversifizierung
- Transparenz auf beiden Seiten (Krankenkasse gegenüber Patienten und andersrum)
- Eine Art Check-24-Plattform für Krankenkassen einführen
- Warum der Unterschied zwischen gesetzlich und privaten Krankenkassen?

Unterstützung der Vereinheitlichung auf wenige relevante Krankenkassen, deren Unterschiede wiederum deutlich und transparent kommuniziert werden müssen (Vorschlag Vergleichsportal).

Primärversorgungszentren

Generelle Einschätzungen

- Generell gut. Idee wird von allen Teilnehmenden unserer Kleingruppe grundsätzlich angenommen. Für Familien oder chronisch Kranke eine Anlaufstelle.
- Wir beurteilen den Ansatz als sehr positiv. Besonders wichtig ist dabei der Präventionsgedanke. Der Mensch sollte als Ganzes im Zusammenhang mit seiner Lebenssituation gesehen werden.
- Der Ansatz dieser Zentren ist gut, um Hausärztemangel auszugleichen und die hausärztliche Versorgung zu gewährleisten.
- Das altersbedingte „Hausarztsterben“ kann dadurch aufgefangen werden.
- Hausärzte können durch Primärversorgungszentren entlastet werden.
- Die Patientenversorgung wird vermutlich in diesem System besser abgedeckt
- Vorteil für Ärztinnen und Ärzte, sich nicht niederlassen zu müssen (Teilzeit möglich, finanzielle Entlastung)
- Infrastruktureller Vorteil (kurze Kommunikationswege, Weiterleitung zu anderen Fachärzten)

Flächendeckend oder Zusatzangebot?

- Primärversorgungszentren (PVZ) werden als sinnvolles Zusatzangebot erachtet. Die freie Wahl des Gesundheitsdienstleisters sollte allerdings gewährleistet sein. (Hausarzt, Physiotherapie, ...)
- Hybridssystem mit Pflegezentren und Hausärzten, da die Zentren die Hausärzte nicht ersetzen können.

Welche Angebote genau?

- Neben der medizinisch - therapeutischen Grundversorgung sollte auch die psychosoziale Beratung und Behandlung möglich sein. Dafür müsste ausreichend Personal mit Zeit zur Verfügung stehen.
- Wichtige Fachbereiche (Physiotherapie, Ernährungsberatung, Psychologie usw.) sollten vorhanden sein.
- Wünschenswerte Ergänzung: niedrigschwellige Beratung zu Gesundheits-, Präventions- und anderen Fragen inklusive gesundheitlicher Bildung. Denn sonst vermuten wir, dass Bürger/innen keinen Anreiz verspüren zu einem Primärversorgungszentrum zu gehen, wenn man sich gesund fühlt.
- Ernährungsexperten, Zahnärzte, Augenärzte, Frauenärzte, Labor, Hausarzt, Apotheke, Sanitätshaus
- Alle Bereiche abdecken, Allgemeinmediziner, Hebammen, Sozialpädagogen, Augenärzte, Frauenärzte, kleine chirurgische Eingriffe, Kinderärzte

- Behandlung für alle
→ auch für Menschen mit Beeinträchtigungen
- Bündelung verschiedener Angebote, auch für Prävention. Freie Arztwahl. Datenschutz und Selbstverantwortung des Menschen stehen im Mittelpunkt. Verschiedene Fachärzte sollten auch mit dabei sein. Feste, vertrauensvolle, kompetente Ansprechperson vor dem Arzt.
- Wenn es hier um Prävention geht, wird ein regelmäßiger Besuch in den Pflegezentrum von Nöten sein

Vertrauen

- Vertrauensverhältnis, feste, kompetente Ansprechperson
- Es sollte ähnlich der Rolle eines Hausarztes auch in einem solchen Zentrum eine Vertrauensperson dauerhaft jedem Patienten als Ansprechpartner zur Verfügung stehen.
- Hausarzt ist der Seelenklempner und auch ein sehr vertraulicher Ansprechpartner, der nichts weitersagt
- Eine Intimität mit dem Gesundheits- und Pflegepersonal kann verloren gehen, welcher bei Hausärzten existiert.
- Diese Qualität braucht es auch in den Versorgungszentren.
- Die Vorzüge einer persönlichen Ebene bei der hausärztlichen Versorgung müssen gegeben sein.
- Wichtig beim Hausarzt: persönliche Bindung/Vertrauen
- Intimität mit dem Gesundheits- und Pflegepersonal

Mögliches Konfliktthema: Wer gilt als Vertrauensperson?

- Erster Ansprechpartner müsste ein Arzt sein. Zusammenarbeit von mehreren Disziplinen. Eine feste Bezugsperson. Vorteil des Hausarztprinzips: Eine lange Beziehung zwischen Arzt und Patient
- Erster Ansprechpartner kann auch eine medizinische Fachkraft sein. Spart Kosten und gibt die Chance, dass mehr Zeit für die Patienten ist. Dieser feste Ansprechpartner könnte wohnortnah sein.
- Freie Arztwahl und ein gutes Vertrauensverhältnis zum Arzt

Empfang/Koordination im Primärversorgungszentrum

- Ansatz ist gut. Für die Koordinationsfachkraft müssten allerdings hohe Anforderungen gestellt werden.
- Infrastruktur und Prozessorganisation innerhalb des Zentrums. Die Person, die als erstes den Patienten empfängt braucht ein gutes Querschnittswissen, muss sehr empathisch sein; sie braucht Zugang zu der „zentral Akte“ des Patienten (vgl. auch weiter unten Patientendaten). Sie muss gut entscheiden können, wo sie die Person hinleitet (z. B. Mutter mit Kind direkt an Kinderarzt).

Räumliche Aspekte

- Beibehaltung einer gewissen Regionalität (nicht zu riesiges Abdeckungsgebiet), gewisse persönliche Betreuung (wie Hausarztmodell)
- Kurze Wege und Vertrauensverhältnis.
- Guter Ansatz, aber lange Wege, Verzahnung mit ÖPNV? Wie werden bestehende Praxen integriert?
- Die Art und Vielfalt der angebotenen Leistungen des Grundversorgungszentrum sollte auf die regionalen Anforderungen zugeschnitten sein.
- Flächendeckende, überschaubare Entfernung in Gesamtdeutschland. Ein Zentrum, wo mehr Wert auf Prävention gelegt wird, weil man gesund bleiben will. Beginn mit beratender Zuwendung und Zeit.

Spannungsfeld Stadt/Land

- Zentralisierung der Ärzte kritisch, ländliche Gegend weiter ausgedünnt
- In städtischen Gebieten jetzt schon genügend Fachärzte
- Zum Ansatz von den Primärversorgungszentren: Die Sorge besteht, dass durch die Zentren die medizinische Versorgung im ländlichen Raum weiter zurück geht.

Hausbesuche

- Hausarzt kann auch zu Patientinnen und Patienten kommen
- Persönlicher Kontakt. Möglichkeit von Hausbesuchen.
- Idee: Die Primärversorgungszentren werden, um eine mobile Einheit ergänzt, die die Versorgung im ländlichen Raum verbessert und somit zusätzliche Wege für die Patienten erspart.

Organisation

- Werden diese Zentren kommunal organisiert? Werden Ärzte angestellt?
- Gute Öffnungszeiten und Erreichbarkeit, Shuttledienst für den ländlichen Raum, auch am Wochenende
- Vernünftige Koordination der Zentren, nicht zu viel Verwaltung
- Die quartalsweise Überweisung an Fachärzte müsste bei diesen Zentren entfallen, damit sie einen Mehrwert für uns darstellen.
- Kontrollinstanz/finale Besprechung der Behandlungsverläufe
- Weiterbildung durch Austausch

Kosten/Wirtschaftlichkeit

- Wir würden auch den Zusammenschluss von Facharztpraxen begrüßen. Dies könnte zu einer Reduktion der Verwaltungskosten führen.
- Einsparungen, die durch dieses System gewonnen werden, müssen auch wieder in die Versorgung investiert werden
- Kommerzielles Interesse sollte nicht im Vordergrund stehen.
- Einsparmaßnahmen sollten reinvestiert werden in Prävention; Ressourcenoptimierung mit größerem Angebot an Prävention verbinden
- Kosteneinsparung möglich durch Primärversorgungszentren

Vernetzung

- Gute Vernetzung der unterschiedlichen Gesundheitsanbieter untereinander innerhalb des Zentrums;
- Die Vernetzung der Gesundheitsdienstleister sollte bestehen (Ansprechpartner, Öffnungszeiten, etc.).

Patientendaten/Gesundheitskarte/Digitalisierung

- Die Patientendaten sollten zentral für die Dienstleister zur Verfügung stehen.
- Wichtig Transparenz der bereits durchgeführten Therapien (Digitalisierung der Gesundheitskarte).
- Digitalisierung/Patientendaten: Wie wird die Schnittstelle zwischen Hausärzten und Versorgungszentren geregelt? Wer übernimmt die Sicherung des Datenschutzes?
- Ohne digitale Krankenakte, keine Nachvollziehbarkeit von Medikationen/Vorerkrankungen, ...
- Digitale Akte ist unbedingt Voraussetzung.

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

Pro

- Synergieeffekte
- Chancen für den ländlichen Raum
- Bedarfsorientierte Ausstattung
- Chance das zergliederte Gesundheitssystem auszugleichen
- Gebündelte Informationsverwaltung (geringere Schnittstellenproblematik)
- Geringere Fehleranfälligkeit
- Attraktives Arbeitsfeld für Pflegepersonal – Kompetenzen können gut eingebunden werden
- Positiv für die Entwicklung, da einfache Umsetzbarkeit; es geht nicht allein um die Behandlung, sondern auch Gesundheitsförderung und -vorsorge
- Fachschwestern als erste Ansprechpartner*innen

- Entgegenwirken der Überlastung der Hausärzte
- Sinnvolle Zusammenfassung verschiedener Gesundheitsgruppen – kurze Wege (zentrales Versorgungszentrum)
- Allerdings werden auch „normale Hausärzte“ gefragt sein, es kommt auf räumliche Einbindung und Wegelänge an
- Problem konnte ländlicher Raum nach wie vor sein: Lösung: Mobiles Angebot im ländlichen Raum

Contra

- Wer trägt die Zuständigkeit, wer setzt die Ärzteguppen zusammen, wer entscheidet darüber und auf welcher Grundlage wird diese Entscheidung getroffen?
- Ziehen Ärzte dann einfach um?
- Möchten die Ärzte das?
- Wer verwaltet ein solches Zentrum? Wer trägt die Verantwortung, wie wird Datensicherheit gewährleistet?
- Sind es selbständige oder angestellte Beschäftigte? Handelt es sich um Kassensitze? Wie wird das finanziert?
- Können sich Gesundheitskonzerne darauf stürzen und Proficenter daraus entwickeln als Geschäftsmodell? Hinweis: Wirtschaftlichkeit
- Handelt es sich dabei nicht um eine Aufgabe der Kommunen?
- Mediziner finden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) evtl. interessanter
- Viele ungeklärte Fragen
- Dezentrale Organisation wäre sinnvoller - Ärzte können bei einem MVZ angestellt sein, aber an mehreren Orten (bspw. auf dem Land) die Versorgung sicherstellen
- Sicherheit für Familienplanung gibt MVZ mehr als PVZ
- Grundidee wird gut aufgefasst, aber viele ungeklärte Fragen

Alternativen/Ergänzungen

- Fehlende Ausbildung interdisziplinär zu arbeiten
- Niedergelassenen Ärzten die Möglichkeit geben, in das Netzwerk MVZ zu gehen (Interdisziplinäre Zusammenarbeit)
- Geregelte Entlohnung in Zentren wäre sinnvoll
- Bündelung verschiedener Kompetenzen sinnvoll
- Psychosoziale Versorgung darf nicht außer Acht gelassen werden: Bündelung und Zentralisierung sind dabei sehr hilfreich und stützen die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen

Erziehung und Bildung

Generelle Einschätzungen

- Wir befürworten eine frühestmögliche Vermittlung von Gesundheitsinformationen.
- So früh wie möglich vermitteln
- Gutes Konzept: learning by doing

Fokus Kindergarten, Kita und Schule

- Stärkere Verzahnung zwischen System Kindergarten/ Schule und der Ebene der Eltern
- Kontinuierliche Angebote von Schule und Kita für Eltern zur Information. Erziehungsberechtigte sind aber oft kaum erreichbar.
- Gesunde Lebensweise sollte auch in Form von Kita-/Schul-/Mensaessen vermittelt werden.
- Kompetenz eigener Körper kennen, Ausbildung in frühen Zeiten beginnen.
- Höhere Investitionen bereits in der frühkindlichen Bildung (Kitas müssen verpflichtend den Baustein „Gesundheitskompetenz“ in das pädagogische Konzept aufnehmen, Erfahrungsorientierung für Kinder und Eltern)
- **Hierdurch Verankerung in den Elternhäusern/ in den Generationen**
→ könnte allerdings auf Kritik stoßen
- Einbettung von Gesundheitsinformationen via learning by doing in der Kita. Alltagshygiene vorleben, gesundes Essen durch regelmäßiges Kochen, auf regelmäßige Bewegung achten.
- Es ist wichtig, bereits im Kindergarten den Kindern zu vermitteln, warum Gesundheitsvorsorge wichtig ist und es sollte auch tatsächlich mit den Kindern praktiziert werden. Kindern aus benachteiligten Familien (z. B. Sprachbarriere, soziale Brennpunkte) kann so geholfen werden.

Fokus Schule

Konflikt: Gesundheit in Unterricht integrieren, aber wie?

→ eigenes Fach, Integration in andere Fächer als AG

- Das Thema Gesundheit kann in bestimmten Schulfächern (z. B. Biologie) vermittelt werden
- Ein eigenes Schulfach könnte eine Lösung sein, Gesundheitsthemen können aber auch in anderen Fächern z. B. Biologie einfließen.
- Als Querschnittsthema verpflichtend über die gesamte Schulzeit (Ernährung, Bewegung, Selbstregulierung, Umgang mit Stress)
- Es bedarf einer Brücke zwischen Schule und Elternhäusern, schulische Sozialarbeit reicht nicht aus

- Wir befürworten Gesundheitsvorsorge/Selbstfürsorge als Unterrichtsfach oder als AG (aber verpflichtend), um so viele Kinder wie möglich zu erreichen.
- Weiterbildung der Lehrer: Wissen auffrischen/erneuern und an den Unterricht adaptieren
- Verpflichtung ist notwendig, aber es soll nicht auf die Lehrer abgewälzt werden. Das Thema an sich ist so umfangreich (Ernährung, Bewegung/Fitness, psychische Gesundheit, etc.), dass es am sinnigsten erscheint über ein eigenständiges Studienfach (oder zumindest speziellen Weiterbildung) aufzuziehen.
- Nachteile: andere Schulfächer müssten aufgrund des Lehrermangels zurückgefahren werden, um den Gesundheitsteil zu vermitteln (Bsp. in Sport, Biologie)
→ an andere Fächer ankoppeln, anstatt ein eigenes Fach Gesundheit einzuführen ODER: möglichst bundesweit einheitliches Fach Gesundheit einführen
- Kein eigenes Schulfach, sondern Integration in bestehende Fächer (z. B. Biologie/Sport) Bei Kindern Interesse an Sport und gesunde Ernährung fördern
- Schulfach wird nicht befürwortet. Allerdings sollte dennoch an vielen Stellen informiert werden, eben auch in der Schule begleitend, gerne auch durch Aktionen. Auch öffentliche, sichtbare Arbeit und Einbindung der Industrie (Thema Lebensmittelkennzeichnung zum Beispiel) sollten in Betracht gezogen werden.
- Gesundheitsinformationen in bestehenden Unterricht Fachbezogen einbetten, ggf. durch Projektwochen. Informationen über bestehende Gesundheitssportale.
- **Wichtige Themen**, die in der Schule behandelt werden sollten, ggf. in bestehende Fächer eingliedern:
- **Gesundheit und psychische Gesundheit als Schulfach: Psychischen Störungen vorbeugen. Emotionen kennen, verstehen, regulieren.**
- **Medienkompetenz: Umgang mit Informationen und Recherche zum Thema Gesundheit, Umgang mit Sozialen Medien**
- **In Grundschule/weiterführender Schule: Schulfach Ernährung (In Kombination mit dem Fach Sport?)**
- Lehrer/Schulen können durch Fächer/Projekttag Angebote schaffen
- Elternabende an denen Eltern aufgeklärt werden/ Angebote für Eltern (Online)
- Insbesondere in der Anfangsphase der Reform sind Informationsblätter und Informationsveranstaltungen für die Eltern notwendig und unerlässlich.

- Kindern Hausaufgaben in diesen Bereichen geben, um Eigenständigkeit zu fördern. Diese Hausaufgaben sind so gestaltet, dass Eltern mit einbezogen werden, aber dennoch eine Alternativoption für die Kinder vorhanden ist, die Hausaufgabe zu machen, falls die Eltern nicht mitmachen wollen.
- Aktive Hausaufgaben in Gesundheitsfächern (Zu Hause gemeinsam kochen?)
- Grundsätzlich starke Zustimmung zur frühestmöglichen Vermittlung von Informationen und Wissen auch in der Schule, aber geteilte Meinung über eigenständiges Schulfach bzw. Integration in den Lehrplan.
- Schulfach als Inhalt im Lehrplan von externen Experten, z. B. jemandem aus dem Gesundheitsamt
- Einbindung des Lerninhaltes Gesundheitsinformationen in bestehende Schulfächer
- Gesundheitskurs wie einen „Erste-Hilfe-Kurs“ einmal jährlich pro Schuljahr anbieten, die Schüler bekommen hierfür eine Urkunde und einen Gesundheitsausweis
- Ausbildung in der Schule sehr wichtig!
- Erste-Hilfe-Kurs anzuraten. kostenfrei. Mit Ausweis belohnen, wie Seepferdchen .
- Schwimmunterricht festlegen in der Schule

Verantwortliche Akteure

- **Lehrer**
- **In der Ausbildung der Erzieher und Lehrkräfte muss das Thema „Gesundheitskompetenz“ einen verpflichtenden Stellenwert einnehmen**
- **Für Lehrer: Gesundheitsvorsorge/Selbstfürsorge als Unterrichtsprinzip!**
- **Dem Lehrenden die Beurteilung situationsbedingt in der Klasse überlassen**
- **Erzieher**
- **Eltern**
- **Eltern sollten Vorbildsein**
- **Gesundheitskompetenz sollte schon als Eltern ab dem Babyalter vermittelt werden**
- **Hauptverantwortung tragen die Eltern**
- **Eltern sind teilweise schlecht vorinformiert. Anreiz schaffen, aber wie?**
- **Vorgabe von Teilschritten für Familien als Jahresabschnitte.**
- **Im ersten Jahr das... und im nächsten Jahr das als Richtlinie**
- Lehrer/Erzieher und Elternhäuser müssen voneinander profitieren können
- Neben Eltern: möglichst andere vertrauensvolle Informationsquellen oder Krankenhilfe
- Neben Lehrer: Anlaufstellen, allgemeine Aufklärung,

- Gesundheitsamt
- **Es müsste eine Art Leitfaden vom Gesundheitsamt geben, damit der Einfluss von „Meinungen“ der Lehrer und Eltern minimiert wird. Dies könnte an einem Elternabend o.Ä. besprochen werden**
- Es ist ein gesamtgesellschaftlicher Auftrag, der über einen Generationenvertrag neu aufgesetzt werden kann und die Finanzierung wird aus den jetzigen Kosten für falsche Ernährung/Lebensweise gegenfinanziert und refinanziert sich durch spätere geringere Ausgaben für die Gesundheit (Chronische Krankheiten)

Weitere Aspekte

- Eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Vorhabens ist wichtig (ggfs. mit Feedback und Vorschlägen der Kinder).
- Schaffen von Video-Tutorials, Aufklärungsvideos
- Nutri-Score verpflichten
- Kostenlose Sportangebote für Jugendliche
- Werbung für ungesunde Lebensmittel reduzieren
- Hygiene nicht nur vorleben, sondern miteinbeziehen (spielerisch?)
- Die frühestmögliche Vermittlung von Informationen und Erfahrungen, die Wissen vermitteln und schon früh in die Thematik einführen, werden sehr befürwortet. Es sollte jedoch auf diese Vermittlung beschränkt bleiben und keine Form der Vorschriften oder Zwänge ergeben.
- Fokus auf altersgerechte Vermittlung der Information, um es interessant zu halten damit Kinder sich damit auseinandersetzen wollen.
- Gesunde Lebensweise sollte von früh auf zum „Alltag“ werden, Verständnis dafür, dass Gesundheit auch Eigenverantwortung ist.
- Öffentlichkeitsarbeit wird ebenfalls befürwortet (z. B. Informationsveranstaltungen für Eltern, Eltern-Kind-Kochabende etc.) um diese in die Wissensvermittlung mit einzubinden.
- Entscheidungsfähigkeit fördern!
- Es ist wichtig, dass ein Arzt bei seinen Empfehlungen vom Patienten verstanden wird
- Motivation zum Thema!
- Moderne Umsetzung!
- Die Fähigkeit Dinge zu hinterfragen

**Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am
Nachmittag:****Pro**

- Verpflichtendes Schulfach bereits ab der ersten Klasse etablieren. Aktiver Unterricht soll hier stark im Vordergrund stehen und mit theoretischem Wissen verknüpft werden. Passende Methoden, um die Schüler zu motivieren ist hierbei sehr wichtig.
- Information psychische/mentale Gesundheit: Psychischen Störungen vorbeugen. Emotionen kennen, verstehen, regulieren. (psychische Krankheiten gehören genauso zum Gesundheitswesen wie physische, werden aber immer noch nicht so ernst genommen obwohl immer mehr Menschen, besonders auch Kinder und Jugendliche damit zu kämpfen haben!!!) Hier muss definitiv mehr getan werden!! Sehr guter Punkt
- Learning by doing (an mehreren Stellen). Praxisnähe ist wichtig

Contra

- „Einbindung der Industrie“, das ist zu neutral. Es sollten von Seiten der Politik verbindliche Regeln für die Industrie festgelegt werden, z. B. Zuckergehalt in Getränken usw.
- Andere Schulfächer werden reduziert
→ Bildung muss trotzdem ausreichend abgedeckt werden
- Kein eigenes Schulfach. Das reduziert das ohnehin wegen Lehrermangels eingeschränkte Angebot an Hauptfächern. Wenn gekürzt würde, würde das neben Musik und Kunst sofort dieses Gesundheitsfach treffen. Daher lieber Einbindung in andere Fächer. Stichwort: fächerübergreifender Unterricht.
- Werbung für „Ungesundes“ minimieren, hier könnte man Werbung erweitern mit Zusätzen, wie es z. B. bei Casino oder Lottowerbung ist. „Lotto kann süchtig machen, Hilfe unter ...“. Solche Zusatzinformationen könnten bei Werbung für ungesunde Lebensmittel auch integriert werden.

Alternativen

- Eine Art Gesundheitsausweis als „Stempelkarte“ für Schüler. Schafft eine spielerische Möglichkeit sich mit gesundheitlichen Themen zu beschäftigen oder an sportlichen Aktivitäten teilzunehmen

Kommunale Planung**Kommunale/regionale Kompetenzen**

- Grundidee („Kommunen bekommen mehr Geld/Rechte, um die medizinische Versorgung vor Ort zu gewährleisten und an die Bevölkerungsstruktur anzupassen“) grundsätzlich gut.
- Die Gesundheitsregionen (Kommunen) sorgen dafür, dass die Versorgungsangebote vor Ort den entsprechenden Gegebenheiten (je Alter, soziales Umfeld) angepasst werden und vorhanden sind.
- Die Kommune kann selbständig festlegen wie viele Ärzte sich in der Kommune ansiedeln können, auf der Grundlage von Bedarfszahlen.
- Kliniken sollen in der Verantwortung der Kommune bleiben und nicht von Wirtschaftsunternehmen gekauft und geleitet und von wirtschaftlichen Interessen bestimmt werden.
- Prävention als kommunale Aufgabe
- Kommunen sollten auch Trägerschaft von MVZ bzw. Gesundheitszentren werden.
- Mobile Fahrdienste für strukturschwache Regionen
- Landkreis sollte steuern, nicht die Gemeinde.
- Es sollte bei der Umsetzung der Idee regionale Versorgungszentren geben.
- Grundversorgung ist gegeben, aber Durchlässigkeit der Versorgung muss verbessert werden.
- Bessere Grundausstattung des Gesundheitssystem auf dem Land
- Gesundheitsversorgung nicht an dem Kapital der Kommune koppeln.
- Kommune müssen Mitspracherecht zur Verteilung und Ausbau des Gesundheitsnetzes haben, Bsp. Orte mit vielen Kindern brauchen mehr Kinderärzte etc.
- Mitspracherecht: Bedarfsgerechte Mittelverteilung
- Entwicklung von unterschiedlichen Hotspots: Hinziehen von unterschiedlichen Personengruppen abhängig von der Gesundheitsregion möglich

Bund und Länder/Arbeitsteilung

- Die Grundversorgung für jeden Bürger sollte zentral auf Bundesebene geregelt werden. Darüber hinaus sollten die Länder und Kommunen über ein lokales Budget zur Gestaltung der individuellen Versorgung verfügen.
- Hausarztmodell als Basis der Gesundheitsversorgung wird vom Bund geregelt.
- Risikoausgleich verbleibt beim Bund.
- Finanzierung von Gesundheitszentren durch den Bund und Länder

- Der Bund stellt den Ländern ein finanzielles Kontingent zur lokalen und individuellen Versorgungsgestaltung zur Verfügung.
- Zur Verfügung stellen von Ausrüstung und Räumlichkeiten – geplant vom Lokalverbund (mehrere Kommunen/Landkreise), unterstützt durch den Bund – Vermeidung eines Wettbewerbs zwischen Kommunen/Landkreisen (Wettbewerbsverbot)
- Kommunen sollten nicht selbst entscheiden, sondern für ihre Kommune entsprechende Pläne ausarbeiten und an die Länderbehörden/KVA weiterleiten. Das Problem ist, dass bei Entscheidungen von oben eventuell nicht berücksichtigt wird, wie die Verkehrsanbindungen sind (ÖPNV & Individualverkehr). So sind möglicherweise auf der Karte entferntere Unter- & Mittelzentren dennoch schneller zu erreichen. Außerdem gibt es möglicherweise gewachsene Beziehungen zu manchen Unter-/Mittelzentren gegen die mit „Entscheidungen von oben“ gegebenenfalls verstoßen würde.
- Finanzielle Entscheidungen sollten nicht allein entschieden werden durch die Kommunen.
- Homogeneres Angebot und prozentuale Verteilung der Gelder
- Flächendeckende Versorgung, um Hotspots zu vermeiden

Querverweis Krankenversicherung

- Abschaffung des Unterschieds Privat/gesetzliche Versicherung wäre Voraussetzung für die o.g. Punkte: Trennung PV/GV macht Niederlassung für Ärzte auf dem Land noch unattraktiver

Einbeziehung von Experten/Partizipation

- Expertenunterstützung für die Entwicklung von Plänen
- Kommunen sollten Vorschläge aus interdisziplinären Beratungsrunden (z. B.: Bürger, regionale Versorger wie Apotheken, Pflegedienste, Ärzte) aufnehmen und in der Versorgung berücksichtigen.
- Entscheidungen sollten von Experten angeleitet, aber breit demokratisch entschieden werden. Eventuell mit Hilfe von festen Schlüsseln als Anhaltspunkt (Mindestquote) für Arzt-/Therapeutenquoten.
- Bürgerbeteiligung - Gesundheitsbeirat: Expertengruppen sollen von Kommune gewählt werden, um Meinungen zu repräsentativen Befragungen einzuholen.
- Miteinbezug introvertierter Menschen
→ Bürgerdialoge vor Ort
- Kommune bietet in regelmäßigen Abständen einen Dialog an wo darüber diskutiert wird ob die Bürger das Gefühl eines Ärztemangels haben

- Finanzen nicht allein entscheiden: mitlebende Bevölkerung soll Mitspracherecht haben
- Einführung eines Grundstandards
- Plenum zur Beratung der Kommune

Organisation/Umsetzung

- Eine lokale/regionale Lösung müsste dynamisch in der Umsetzung sein, jährlich anpassbar (z. B. wie viele Orthopäden für Kommunen je nach Altersdurchschnitt)
→ Mobilität: flexible Fachkräfte für mehrere Kommunen, die je nach Bedarf zwischen Versorgungszentren wechseln können
→ Flexible Räume („Versorgungszentren“ dürfen nicht privat sein), mit flexiblen/mobilen Fachkräften
→ Kommunikationsstelle für Bürger/innen und Zuständige („Was brauchen wir als Kommune gerade besonders?“)
- Eine jährliche Anpassung erscheint unrealistisch – eher mehrjährige Pläne.
- Gesundheitsbeauftragte/r, der/die Interessen der Bürgerinnen und Bürger auf der nächsthöheren Kreisebene bespricht
- Turnusmäßige Kontrolle der Bedarfe durch die Gesundheitsregionen.
- Einheitliche Standards für Kommunen

Transparenz

- Mehr Transparenz, wer und auf welcher Basis festlegt, wie die Arztsitze verteilt sind
→ Freie Niederlassung möglich machen

Fragen/Mögliche Konflikte

- Die Gruppe befürchtet eine Überforderung der Kommunen.
- Auf welcher Datengrundlage sollen die Bedarfe ermittelt werden? Kommunalstatistik ist in den meisten Kommunen nicht existent.
- Einbindung vor Ort ist wichtig! Umsetzung jedoch schwierig, weil: schwer messbar, wer wie viel Geld/Rechte bekommt. (Kausalität „mehr alte Leute
→ mehr Herzinfarktpatienten führt zu mehr Geldern für die Kommune“ ist deutlich komplexer) → wäre stets in irgendeiner Weise unfair für bestimmte Kommune
- Wie genau sieht die praktische Umsetzung aus: wird der Arzt/Therapeut einer bestimmten Region zugewiesen?
- Wohlhabende Kommunen sollten nicht bevorzugt werden, nur weil sie mehr finanzielle Anreize machen können. Das würde nur zu Konkurrenz deutschlandweit führen, ohne dass dadurch notwendigerweise mehr Ärzte auf das Land gelockt werden.

Weitere Aspekte

- Mehr Studienplätze für Landärzte
- Ärzte vielseitiger ausbilden („Dorfarztprinzip“ funktioniert nicht mehr)
- Deutschland bildet seit Jahren zu wenige Ärzte aus. Jeder Arzt ist bereits vielseitig ausgebildet – ist eine vielseitigere Ausbildung überhaupt leistbar? Die Arztausbildung könnte so weiter bestehen und diese könnten durch ein mehrstufiges System entlastet werden – z. B. Pflegekräfte, Physiotherapie, VERA (gut ausgebildete Arzthelfer/innen)
- Erleichterung des Zugangs zum Medizin-Studium bei Verpflichtung als Landarzt
- Fragen, die wir uns stellen: Wo sollen die Fördergelder herkommen?
- Staatliche Hilfe für Kommunen, die finanziell nicht in der Lage sind.
- Zeitdruck senken
→ mehr Personal
- Zeit bezahlen, nicht nur die technische Leistung
- Hintergrundwissen der Bevölkerung schulen
- Beauftragte schulen
- Spezialisierte Zentren für Fachärzte mit spezialisiertem Team
- Aktuell zu lange Wartezeit, obwohl es angeblich genügend Ärzte gibt
- Vergabe von Kassensitzen nicht an Geld koppeln
- Verhinderung von übermäßiger Privatisierung (z. B. aus Kostengründen)
- Mehr Kassenärzte in den Kommunen in Relation zu den allgemeinen Morbiditätsraten einer Kommune vor Ort
- Mehr mobile Fachärzte mit Fahrzeugen, die zu den Patientinnen und Patienten kommen
- Ausbau der Telemedizin
- Flexibilität der Ärzte auf dem Land erhöhen
- Qualifizierte Pflegehelferinnen und -helfer
- Entlassungsmanagement verbessern
- Informationsaustausch zwischen Ärzten verbessern/ beschleunigen

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

Kommunale Ebene ist kritisch – kommunaler Ebene fehlt die Kompetenz; egoistische Sichtweise, wenn sie keine Budgetverantwortlichkeit haben. Prävention ja und Pläne einreichen, also Vorschläge machen – aber nicht entscheiden!

Kommune soll mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Basis von Morbidität zusammenarbeiten. Ziel: gerechtere Ärzteverteilung. Gesundheitszentren in unterversorgten Bereichen (Telemedizin!)

Besser auf Ebene der Länder regeln – dort sitzen auch die kassenärztlichen Vereinigungen. Sonst lokale Profilierung. Aber Einbindung der Kommune besser regeln (Einwohnerzahlen, Demografie, ...) Kommune plant und hat Einspruchsmöglichkeit.

Die oberste Hand Bund/Land, aber die kennen sich vor Ort zu wenig aus. Es geht um enge Zusammenarbeit. Vor Ort nachfragen, verzahnen! Bürgerforen! Arztzentren schaffen/zusammenlegen, so auch bessere Arbeitszeiten für Ärzte (Vertretung).

Ausbildung der Ärzte! Mehr Menschen in die Ausbildung! Ausbildung selbst muss Führungskompetenz erhalten, Kompetenz in Empathie, Kommunikation usw. Attraktivität des Arbeitsplatzes, mehr Digitalisierung.

Zugang zur Ausbildung über Schulnote falsch.

Ausbildung wird in diesem Sinne bereits aktuell novelliert! Hoher Frauenanteil führt aber zu geringerer Verfügbarkeit.

BAföG muss erhöht werden (Medizin, Physiotherapie, ...). Digitalisierung vorantreiben! Auch in der Ausbildung. Thema in die Schulen bringen. Vergütung angleichen Praxen – Krankenhäuser.

Man muss mehr auf die Natur zurückgreifen.

Verhältnis-/Verhaltensprävention

Nutri-Score auf allen Produkten/Lebensmittelampel

- Ein verpflichtender Nutri-Score auf allen Produkten, verpflichtender Score zur Umweltschädlichkeit der Produkte (z. B. CO₂-Emissionen)
- Geeignetes Mittel, um gesunde Nahrungsmittel klar zu kennzeichnen
- Eine verbindliche, transparente Lebensmittelampel statt irreführender Werbung
- Einfache Informationssysteme – was ist gesund, was nicht
- Zusammenhänge deutlicher machen: Arbeitsumfeld – Landwirtschaft/Düngung/Antibiotika in der Tiermast/Turbokühe, Turboküken/etc. – Ernährung – Sättigungsmittel-Industrie (statt LEBENS-Mittel)
- Eigenverantwortung stärken durch Transparenz in der Nahrungsmittelindustrie. Wo kommt das Produkt her? Wie wurde es produziert? Welche Art der Tierhaltung? Informationstransport direkt über einen QR-Code am Produkt. Bürger muss wissen, was sie zu sich nehmen. Nur so können sie in Eigenverantwortung entscheiden.
- Politische Unterstützung für den Anbau und Produktion von „sauberen“ gesunden Lebensmitteln auf dem Stand der Wissenschaft - für die Interessen der Konsumierenden und nicht für die Lebensmittelindustrie.
- Kosten transparent machen (wenn vorhanden auch zur „Rentabilität“) – Preisschild

Frühzeitige Gesundheitsbildung in Kindergarten, Schule und Vereinen

- Kinder vor zu viel Zucker schützen
- Kostenfreie oder kostengünstige Sportangebote für Schüler bzw. Jugendliche
- Schulfach Gesundheit ↔ kein extra Schulfach, sondern integrieren (vgl. auch Reformvorschlag zu Bildung und Erziehung)
- Das Interesse für Sport, Bewegung und gesunde Ernährung fördern
- Da es sich um eine Generationenaufgabe handelt, sollte mit den kleinen Kindern begonnen werden. (In den Schulen gesunde Ernährung lehren und Kinder zum „Change-Maker“ ausbilden)
- Schulbildung stärken: Unterrichtsfach Ernährung etc. Welche wissenschaftlichen Zusammenhänge gibt es?
- Subventionierung von gesundem Essen in Schulen
- Ausgewogene Ernährung vermitteln in Schule oder Kindergarten
- Bildung – gute Gewohnheiten bilden für den Rest des Lebens (je früher, desto besser, aber auch im Alter Lernfähigkeit)

- Information in Schulen, z. B. gesundheitsbezogener Unterricht (Gesundheit als Schulfach)
- Eigenverantwortung über Bildungssystem, Kindergarten stärken, spielerisch, kostenloses Essen, Obst, Milch, Biologieunterricht, Fach Gesundheit einführen, Aufklärung konstant! einheitliche Linie über Gesundheitsämter, Ernährung im Bildungssystem

Eigenverantwortung stärken

- Eigenverantwortung beginnt beim Individuum selbst meist erst, wenn es für eine Person zum Problem wird; abhängig von Bildung, wichtig wieder Gefährdung Allgemeinheit
- Auch die Eigenverantwortung jedes Einzelnen sollte zum Beispiel durch Aufklärungskampagnen bereits im Kindesalter gestärkt werden (Verhaltensprävention).
- Eigenverantwortung hat in einer Demokratie jeder Bürger, sie sollte nicht durch den Staat eingeschränkt werden
- Die Freiheit des Einzelnen hört da auf wo die Freiheit des anderen eingeschränkt wird.
- Aufklärung über das Gesundheitswesen zur langfristigen Beeinflussung der Lebensweisen der Bevölkerung (Gebote & Verbote meist wirksamer als Steuererhöhungen)
- Ausweitung der Gesundheitsförderungsprogramme der Krankenkassen (auch PKV) z. B.: Sportkurse, Informationsprogramme
- Finanzielle Anreize für die Teilnahme an oben genannten Programmen setzen
- Lebensbedingungen sollte so sein, dass es auch motiviert, auf die Gesundheit zu achten. Schlechte Bedingungen führen zu Frust und Gleichgültigkeit sich selbst gegenüber.
- Weniger Verbote, mehr positive Anreize für gesund

Steuererhöhungen versus steuerliche Anreize**Pro**

- Steuererhöhungen für gesundheitsschädliche Konsumgüter unter Aufklärung (Zusammenhang Krankheit – Behandlungskosten) und studienbasiert (bestätigt)
- Zigaretten hoch besteuern (20 Euro Packung), Alkohol auch
- Besteuerung von beispielsweise ungesunden Lebensmitteln sehen wir als eine sinnvolle Maßnahme zur Gesundheitsprävention an, sie sollte jedoch eng mit Bildungsangeboten verbunden sein.
- Hohe Besteuerung für ungesunde Lebensmittel z. B.: Alkohol und Zucker
- Befürwortung von Besteuerung von ungesunden Lebensmitteln. Weitergehend: Einführung einer „Lebensmittelampel“ durch die Inhalte wie Fett und Zucker transparent werden. Bildungsangebote stärken und die Bevölkerung aufklären. Eine ähnliche Entwicklung wie bei Besteuerung/ Aufklärung von Tabak.
- Mehrwertsteuersätze anpassen: Zucker (Körpergift) 7 % – Wasser 19 %, analog Milch und Milchersatzprodukte
- Man könnte jedem schädlichen Faktor ein gewisses Risiko für die Gesellschaft zuschreiben und danach dann entscheiden, welche Art oder Schwere von Regulierung man wählt, z. B. Steuern auf Tabak oder die Helmpflicht beim Fahrradfahren?
- Negative Verhaltensweisen richtig bepreisen

Contra

- Anreize/Steuern für Industrie und Wirtschaft schaffen, Ungleichgewichte ausgleichen. (Gesunde Lebensmittel sollen billiger werden, ungesunde teurer) – Steuer
- Anreize über Steuer und Boni in Richtung Krankenkasse/ Gesundheitswesen (Keine Benachteiligung für Menschen die nicht dran teilnehmen.)
- Der Staat darf und kann grundsätzlich durch Empfehlungen, Steuererhöhung und Anreize eingreifen. (z. B. Besteuerung von Fertigprodukten). Nutri-Score + CO₂-Angaben auf den Lebensmittelprodukten sichtbar kennzeichnen und nutzerfreundlicher gestalten
- Steuerhaushalt auf neues Gesundheitssystem ausrichten und nicht andersherum
- Verhältnisprävention soll gefördert werden. Staatliche Regulierung, Besteuerung sollen legitim, aber auch verhältnismäßig sein.
- Verbote und weitere Steuererhöhungen bei gesichert gesundheitsgefährdenden Produkten sind denkbar; Verbote bringen eher nichts, die Verantwortung bleibt beim Patienten. Steuern sollten dann auch im Gesundheitswesen eingesetzt werden.

Neue Agentur für Gesundheit**Pro**

- Nationale Agentur: Aufklärungskampagnen, Veranstaltungen in der Bevölkerung, einheitliche Behandlung z. B. von chronisch Kranken, Aufklärung über soziale Medien gewährleisten. Koordination der verschiedenen Stellen; einheitliches Kassensystem; Versicherung, in Schulen, Föderalismus ist ein Problem; Ärztemangel auf Land bearbeiten, Infrastruktur wie kann Land versorgt werden? Versorgungslücken, Einsamkeit, Infrastruktur + Gesundheitssystem Hand in Hand arbeiten
- Nationale Agentur zur Prävention und als politische Stütze in bestehende Gesundheitseinrichtungen eingliedern. (konventionelle + soziale Medien nutzen und Präsenzveranstaltungen anbieten, ggf. mit zusätzlichen Anreizen für die Bürger, Vernetzungsaufgabe für Akteure der Prävention)
- Eine nationale Agentur für Gesundheit sollte zum Beispiel durch die Bereitstellung eines multimedialen Angebots (App) möglichst vielen Bevölkerungsschichten den Zugang zu gesundheitlicher Aufklärung und Bildung ermöglichen.
- Nationale Gesundheitsagentur sollte bundesweite Anstrengungen bündeln und vereinheitlichen. Es sollte ein Netzwerk entstehen.
- Präventionsprogramme attraktiver gestalten

Contra

- Eine extra Agentur braucht aus unserer Sicht nicht eingerichtet werden. Die vorhandenen Akteure müssen besser miteinander kommunizieren.
- Keine Agentur für Gesundheit: Weniger Bürokratie, bessere Struktur des Gesundheitsministeriums. Vorhandene Ressourcen nutzen. Stärkere Kontrollen der Nahrungsmittelindustrie.
- Warum braucht man NOCH eine separate Organisation „Nationale Agentur für Gesundheit“? – Immer mehr Organisationen, immer mehr Schnittstellen, immer mehr Kompetenzabgrenzung.
- Es steht die Befürchtung im Raum, eine weitere teure Agentur zu schaffen, welche keinen nennenswerten Mehrwert bringt und außerhalb der bestehenden Organisation des Gesundheitssektors nichts als teure Werbekampagnen produziert.
- Wieso eine neue Agentur und nicht Einbindung in das Ministerium? Dort hätte das Thema die entsprechende Schlagkraft, um zu wirken.
- Eine Agentur ist teuer und ein Wasserkopf, den man schlecht wieder loswird.

Weitere Aspekte

- Öffentlichen Nahverkehr fördern, Radfahren fördern
z. B. durch Zuschüsse von Arbeitgeber
- Grundimpfung sollte verpflichtend sein. Aber zu klären, was sind Grundimpfungen?
- Eltern sollten gesunde Ernährung vorleben, aber wenig Zeit → schnelle Gerichte
- Datenschutz ist zu beachten, vor allem in Kombination mit Krankenkassen, Missbrauch verhindern
- Bessere Abstimmung der Ebenen: Bund, Länder, Kommunen
- Benchmark-Best Practices suchen, z. B. nordische Länder, gute Erfahrungen von Unternehmen/Organisationen
- Mehr Trinkwasserbrunnen/Wasserspender öffentlich (Förderung Wasser statt künstlicher Drinks), Refill-Stationen noch ausbauen und deutlicher zu kennzeichnen – Wasser in einigen Ländern: umsonst (z. B. Leitungswasser), Wasser sollte in Restaurants kostenlos angeboten werden! Wir wären auch bereit etwas mehr fürs Essen in der Gastronomie zu bezahlen, wenn das Wasser kostenlos wäre. Andere Länder haben dieses System schon lange und es funktioniert.
- Sport, Vereinstätigkeiten fördern
- Anreizsysteme prüfen (Missbrauch von Daten beachten)
- Generell: Wirksamkeit der Maßnahmen und Finanzierung betrachten
- Gegenrechnung: Prävention SPART Kosten am langen Ende (vergleiche Chronische Krankheiten: unheilige Allianz Landwirtschaft – Lebensmittel – Pharma) – vgl. Diabetes, Alzheimer werden das Gesundheitssystem sprengen
- Wie kann eine „Wirtschaftlichkeitsrechnung“ der Vorteile versus Finanzbedarf aussehen
- Lobbyfreie Forschung fördern - Grundlagenforschung Ernährung

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am Nachmittag:

Pro

- Generationsvertrag - Politik, Bürger, Industrie, wie Rentenvertrag über die Generationen. Jetzige Ausgaben zu viel Zucker, Rauchen - dadurch mehr Geld haben. Dafür bräuchten wir eine extra Agentur.
- Verpflichtung Politik: Gewählte Vertreterinnen und Vertreter sollen Richtung vorgeben, wie es die Bevölkerung wünscht. Empfehlungen hier sind sehr weit von der Realität entfernt. Umso wichtiger, dass diese Themen auch mal in die Öffentlichkeit getragen werden, damit Politik gezwungen wird auch diese Aspekte mit aufzunehmen. Mit rechtsstaatlichen Mitteln. Im Sinne der Bevölkerung zu agieren.

Contra

- Nicht gegen Verhältnis- und Verhaltensprävention, sondern nur gegen extra Agentur: sehr schwer zu gründen, noch kein gutes Argument pro Agentur – die hier aufgeführten Pros sind keine richtigen Pros, eher Worthülsen kein Nutzen einer Extra-Agentur. Kann auch ein Referat im Gesundheitsministerium machen. Eine Agentur wäre zu teuer.

Alternativen/Ergänzungen

- Werbung für Tabakprodukte, Werbung im Fernsehen/ Kinderprogramm regulieren oder verbieten
- Steuerhöhung und Anreize: geht doch beides: Muss kein Pro oder Contra. Anreize in der Produktion/Vertrieb für gute Dinge bei gleichzeitiger Erhöhung der Tabaksteuer. Je nachdem, wo man sie anwendet. Stehen nicht konträr zueinander. Eine gute Mischung soll es sein: Auch für junge Unternehmen Anreize schaffen. Anreize und Verbote sollten dabei auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren, wobei die Forschung nicht von irgendeiner Lobby finanziert werden darf. Grundlage für sinnvolle Verbote und Anreize - sollen auch neutral und wissenschaftlich zustande gekommen sein.
- Um Verbote kommen wir nicht komplett herum. Einige müssen wir hinnehmen. Zucker, Alkohol und Zigaretten.

Berücksichtigung der Vielfalt

Fortbildungen müssen gewährleistet sein!

- Wir tragen die Entscheidung für Fortbildungen für Gesundheitspersonal mit, um eine bessere Kommunikation gegenüber dem Patienten zu gewährleisten.
- Patientenkommunikation in medizinischer Ausbildung ausbauen & Grundkenntnisse an die Patienten vermitteln
- Sozialkompetenz in Bezug auf „medizinische Kommunikation“ in die Ausbildung einfließen lassen, um verständlichere Informationen zu übertragen.
- Fortbildung zur Fähigkeit technische Hilfsmittel für Kommunikation mit nicht Muttersprachlern oder Gehörlosen zu nutzen (Tablets, Übersetzungsdienste einzusetzen) → Verständlichkeit für den Patienten wichtig für eine rechtswirksame Einwilligung (Absicherung für Arzt & Patienten)

Weniger Zeitdruck für Gesundheitspersonal, um eine bessere Kommunikation zu gewährleisten.

- Entzerren der vollen Terminkalender in den Praxen, Bürokratieabbau und mehr Zeit für Patienten.
- Mehr Zeit für die Beratungsgespräche, besonders für Pflegepersonal und Therapeuten.

Mensch und Patient steht im Mittelpunkt

- Ein Vorschlag wäre von uns feste Teams für weniger Patienten, um mehr Zeit für die einzelnen Patienten zu gewährleisten.
- Entbürokratisierung der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten.
- Ärzte müssen mit Patienten zusammenarbeiten wollen und ernst nehmen (finanzieller Anreiz für Patientengespräche).

Aufklärung so früh, so günstig und auf so vielen Kanälen wie möglich

- Schulisches Grundwissen zur Gesundheit (Informationen), die Gesundheitskompetenz schon im Kindesalter ein Grundwissen zu vermitteln, um mit dem Arzt ins Gespräch zu kommen.
- Stärkung der Gesundheitskompetenz durch (kostenlose) medizinische Bildungsangebote (z. B. an Schulen und Volkshochschulen).
- Ausbau zuverlässiger Informationsangebote über unterschiedliche Kanäle (Social Media, öffentlich-rechtlicher Rundfunk), zentrale Anlaufstelle.

- Zusätzliche Infomöglichkeiten schaffen. Dazu sollten Ärzte ermutigen: Spezialkrankenhäuser, Gesundheits-Hotline, verlässliche Informationen im Netz, medizinisches Fachpersonal (nicht unbedingt Ärzte) als „Erklär-Bär“.

Sonstiges

- Das Verständnis zwischen Arzt und Patient ist wichtig, aber keine Frage der Organisation des Gesundheitssystems. Nicht alle aus der Gruppe waren hierzu der gleichen Meinung.
- Virtuelle Beratungen ausbauen, auch um die Zeit bis zum Facharzttermin zu verkürzen.
- Bereichsspezifische Unterstützung (ambulante Hilfe, Begleitpersonen).
- Selbsthilfegruppen fördern → Ärzte sollten honoriert werden für Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Leitfragen für Patienten an Ärzte mitgeben

Erstgespräch mit dem Arzt

- Wir glauben, dass das (Erst)Gespräch mit dem behandelnden Arzt das Wichtigste ist. Wir erwarten, dass gerade Menschen mit niedrigem Bildungsniveau oder schlechter Sprachkompetenz eher nicht noch einmal nachhaken werden, entweder aus Bequemlichkeit oder weil es ihnen unangenehm ist, das einzugestehen. Daher gehen wir davon aus, dass Informationsmöglichkeiten im Nachhinein nur noch von verhältnismäßig wenigen Patienten genutzt werden, die am ehesten auch nicht die sind, die es wirklich noch benötigen.
- Dennoch würden wir Patienten eine Übersicht der wesentlichen Punkte ihrer Diagnose mitgeben, sodass sie sich im Nachgang noch mal belesen können.
- Außerdem würden wir Patienten eine detaillierte, vom nachbehandelnden Arzt individualisierbare Übersicht zum Behandlungsverlauf mitgeben wollen. Dazu gehören für uns z. B. Empfehlungen zur Belastung des Körpers nach xx Tagen/Wochen, erwartbare Nebenwirkungen und Schmerzen, sodass der Patient zu jeder Zeit weiß, ob dies und das normal ist und wie er sich verhalten soll. Dies würde aus unserer Sicht zu einem schnelleren und/oder erfolgreicherem Behandlungserfolg führen und dem Patienten mehr Vertrauen in die Behandlung geben. Außerdem erspart es dem Gesundheitspersonal eventuelle Rückfragen. Wir stellen uns das Ganze in Form eines von Fachleuten erstellten Behandlungsleitfadens vor, der von den behandelnden Ärzten nur noch individualisiert wird.

Stimmen/Ergänzungen Themen-Workshop am

Nachmittag:

Contra

- Weniger Zeitdruck, kaum realisierbar, da jeder Patient eine umfangreiche Behandlung erwartet bei geringer bzw. keiner Wartezeit

Alternativen

- Zeitdruck kann verringert werden durch Digitalisierung, Einsatz von KI und Verringerung von komplexen Abläufen.
- Zeitdruck kann durch Effizienz verringert werden.
- Terminabsagen sollen von den Krankenkassen geahndet werden und dadurch freie Termine effizienter vermittelt werden.
→ Mögliche Nachteile: Druck für Patient*innen auf Grund der Absagepflicht
- Die Einbindung von Nicht-Ärzten (qualifizierten Arzthelfer/innen) in die Kommunikation würde auch Zeitdruck nehmen.

Mediale Gesundheitskompetenz

Allgemeiner Konsens:

- Hohe Zustimmung für Reformvorschlag

Information durch Daseinsvorsorge („Als Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit aller Behörden, die mit Gesundheit und Prävention zu tun haben“ – aus Reformvorschlagstext)

- Nationales Gesundheitsportal eher unbekannt, Bereitschaftsdienst überwiegend bekannt
- Notfallnummer überlastet in Corona-Krise (persönliche Kontakte als Informationsquelle genutzt)
- Vorschlag: Eine Anlaufstelle für Portale wie „nationales Gesundheitsportal“ kommunizieren, auch durch kulturelle Institutionen wie die Tagesschau etc., ärztlicher Bereitschaftsdienst ist schon besser bekannt, genau wie die Rufnummer zur Terminvergabe bei Fachärzten
- Information bereits in Schulbildung (wird als Voraussetzung für gelungene Einschätzung von medialer Gesundheitsinformation)!
- Telefonsprechstunde, persönlicher Kontakt
- Alternativ zu Internet-Informationen: Elektronischen Zugang zu Gesundheitsinformationen geben. Ggf. sollten auch die Krankenkassen für Information der Versicherten sorgen.
- **Pro: Informationen auch im Videotext und zur Primetime**
- Verständliche Sprache der Informationen!
- Aufklärungskampagnen sind wünschenswert, um Gesundheitsinformationen verlässlich vorzuhalten (bessere Bewerbung der vorhandenen Portale z. B. Gesundheitsinformation.de von IQWIG, BZGA, ZQP)
- Der Fokus müsste verstärkt auf der Vorsorge und Prävention liegen.
- Der Arbeitgeber sollte seitens der Politik stärker in die gesundheitliche Aufklärung und Prävention eingebunden werden durch z. B. regelmäßige Seminare. Schulung für Führungskräfte; innerbetriebliche Sensibilisierung für gesundheitliche Aufklärung
- **Pro: ab 10 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Betrieb**
- **Contra: Acht darauf geben, dass nicht zu viel „Verschleiß“ der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsteht**
- **Pro: Zusätzliche Aufklärung an Schulen und Universitäten sowie ähnlichen Institutionen**
- Zugang sollte für die Bevölkerung vereinfacht werden (auch für Menschen mit Migrationshintergrund)

- Analoge Quellen immer mit QR-Code zu Online-Ressourcen ausstatten
- Aufklären zu Fake News in einem zentralen Portal
- Viel mehr zur Prävention zu gesunder Lebensführung, mehr Transparenz bei Lebensmitteln (Vergleich: Zucker hat Mehrwertsteuer 7% = Körpergift - Wasser hat Mehrwertsteuersatz 19% ... finde den Fehler)
- Mehr Transparenz: Interessenlagen, Chancen, Empfehlungen UND Risiken (Vergleiche die jahrzehntelange Fett- und Cholesterin-Lüge)
- **Pro: durch den Arzt oder die Ärztin**
- Ganzheitliche Behandlung muss wieder mehr in den Vordergrund rücken; wieder mehr Behandlungen durch den Hausarzt; Hausarzt als Lotse im Gesundheitssystem
- Portale sollten gehostet sein von dt. Anbietern (Verwaltung Gesundheitskarte, etc.), am besten von staatlicher Seite, um Datenschutzrichtlinien der EU einzuhalten, unabhängig von finanziellen Interessen, konkrete Patientendaten sollten möglichst analog bleiben
- Offizielles Informationsangebot mit Blogs, Videos mit Möglichkeiten zu Übersetzungen
- Information/Verhaltensregeln zu Nichteinhaltung von Regeln, die bei anderen Menschen wahrgenommen werden (z. B. Corona: Mund-Nasen-Schutz wird nicht getragen, wie reagiere ich?)

Information durch Medien

- Abwägung von unterschiedlichen Quellen – öffentlich-rechtliches Fernsehen vs. soziale Medien oder etablierte Printmedien
- Videos zur Unterstützung nutzen (quasi „fehler-/Idiotensichere Kommunikation“)
- Für die Bewertung von Ärzten sollte es ein zentrales Verzeichnis (auf Bundes- oder Landesebene) nach objektiven Kriterien geben. Derzeit existieren im Internet viele individuelle Bewertungsseiten.
- „Überangebot“ an Information/insgesamt aber kein Problem Fake News von seriösen Quellen zu unterscheiden
- Google-Suchen relativieren (viel Selbst-Diagnose im Internet, Online nicht sehr verlässlich)
- Aufklärung über Impfen gewünscht/Ständige Impfkommission: Risiken sollen bewertet werden
- **Pro: Pro und Contra- Aufklärung zu Medikamenten/ Impfen (für mehr Transparenz)**
- **Pro: besserer Zugang zu wissenschaftlichen Studien (aber müssen gut verständlich sein, Gefahr von Fehlinterpretation) und ohne Paywall**
- Verständliche Sprache der Informationen, neben der Priorisierung der öffentlichen Seite auch Meinungsfreiheit zulassen

- Informationsquellen müssen ihre Unabhängigkeit anzeigen (Angaben von Finanzierungsquellen, Quelle der Informationen, Studien etc.), wegen Fake News wenig Vertrauen in Informationen insbesondere im Internet
- **Pro: Abhängigkeiten müssen ebenso hervorgehoben werden (Provisionen, Eigentümer: staatlich, privat oder genossenschaftlich, ...)**
- Ähnlich, noch präzisere Idee: Einführung eines wissenschaftlich fundierten und altersgerechten aufgearbeiteten „Labels“ für Internetangebote mit gesundheitlichem Inhalt, ähnlich TÜV-Zertifikat oder „Trusted Shop“. Vorschlag: Unabhängiges Komitee für Feedback zu Plattformen bilden.

Zielgruppengerechte Kommunikation

- Folgende Kommunikationsformen werden vorgeschlagen: Außenwerbung, Plakate/Flyer bei Ärzten, TV/Radio, Werbung auf sozialen Netzwerken, Werbung in den Printmedien (Zeitung, Apothekenumschau). Kennzeichnung durch Logo, welches von „offizieller“ Seite kommt
- Zentrale App (wie Corona App) für jüngere Leute – Social Media, für ältere Leute - Plakate, Zeitungsanzeigen, niederschwellige Angebote durch Apotheken, durch Hausbesuche von Gesundheitspersonal
- Mehr ANALOGE Werbung – zum Beispiel wie zu AIDS, Brustkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung
- Erste Informationsquelle sind Ärzte/dazu Fernsehberichterstattung (insbesondere für ältere Menschen sehr wichtig)/Diskussionen zwischen Experten ohne Schwarzweiß denken oder Verteufelung von Behandlungen
- **Pro: (Haus-) Ärztinnen und Ärzte haben jedoch zu wenig Zeit für persönliche Beratungsgespräche (ist ein wichtiger Lotse/Lotsin)**
- Staatliche Informationsangebote sollten prominenter vorgestellt werden, um eine breite Bevölkerung zu erreichen. Niederschwellige Angebote mit Hausbesuchen durch dafür qualifiziertes Personal
- Schamschwelle führt zu Selbstdiagnose und Internetrecherche, Aufgabe der Gesellschaft: Kampf gegen Scham bei Krankheiten und Symptomen
- Gute Gesundheitsinformation in Form von Gesprächen. Gespräch und Beratung geht vor Behandlung; Prävention in Form von verbaler Medizin muss wieder eine größere Gewichtung bekommen
- Eine lokale Stelle schaffen, an der verdichtete, zuverlässige Informationen dezentral schnell verfügbar sind

Caring Communities

Ehrenamt kann Pflege nicht ersetzen

- Bedürfnisse sollten grundsätzlich von staatlichen Institutionen gedeckt werden, Ehrenamtliche lediglich als Zusatzkräfte
- Soziale Bindung (z. B. gemeinsame Einkäufe, Besuche in der Kirche, Theater, Gespräche) als Fokus der Caring Community, Aufgaben sind keine Pflegedienstleistung
- Hilfe im Alltag ersetzt keine fachliche, medizinische Betreuung!
- Alles, was den nicht-medizinischen Bereich betrifft: Soziale Kontakte bei alten Menschen (Vereinsamung entgegenwirken; nur einkaufen reicht nicht - Kontaktpflege), Einkaufen, Spazieren gehen.
- Medizinisches und Rechtliches muss in professioneller und staatlicher Hand bleiben.
- Es sollte auf keinen Fall um pflegerische Tätigkeiten gehen, Fokus bei der Bewältigung des Alltags (einkaufen, zum Arzt fahren, im Garten helfen etc.).
- Gefühl der Gemeinschaft vermitteln
- Förderung von Mehrgenerationenprojekten
- Punkte, an denen professionelle Unterstützung gebraucht werden übersteigen Caring Communities

Kommunikationskanäle/Austausch/Weiterbildung für Hilfesuchende ermöglichen

- Erfahrungsaustausch: Treffen durch ehrenamtliche Gruppen
- Bereitschaft zur Teilnahme auf Seiten der Hilfesuchenden u. Hilfegebenden!
- Plattform für Angebot/Nachfrage, örtliche Nähe
- Außerdem wäre es sinnvoll Workshops zur Empathieförderung, Ernährung (Gemeinschaftsgärten), Inklusion etc. zu implementieren.
- Zwischenmenschliche Bildung und Wissensaufbau
- Ehrenamtliche müssen qualifiziert sein, in verschiedenen Bereichen zu unterstützen (Patenschaft).
- Über eine App sollten Bürger sich melden können, um Hilfe/Unterstützung zu erhalten und Freiwillige sollten sich über die App registrieren können. App sollte deutschlandweit einheitlich sein.
- Transparenz/Auflistung von aktuellen Projekten
- Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Communities/Projekten
- Best Practice in anderen Regionen anwenden
- Lebendiger Austausch, nicht Bedürftiger und Helfer

- Leicht zugängliche Plattform für Menschen, die Hilfe benötigen aber auch für diejenigen, die helfen möchten (z. B. „ich-will-helfen.de“) von Pinnwand bis Internetplattform
- Workshops/Fortbildungen für einfache medizinische Versorgung (Spritzen setzen etc.) organisieren, um Ärzte und Krankenhäuser zu entlasten

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Contra App: Ein App grenzt einzelne (potenzielle) Nutzer ohne Smartphone aus. Man braucht eher physische Orte

Caring Communities müssen professionell unterstützt werden

- Technische und menschliche Kommunikation als Grundlage schaffen mit:
- Zentrale Stelle schaffen, die koordiniert u. begleitet
- Ehrenamtliche Tätigkeit als Ergänzung
- Professionelle Leitung, welche Leitlinien vorgibt und geeignete Mitarbeiter auswählt
- Gemeinnütziger Verein mit Vorstand und Mitgliedern
- Wir schlagen vor, Hauptamtliche müssen Koordinierende in der zentralen Organisation sein,
- Es braucht Raum dafür, das Prinzip flächendeckend umzusetzen. Wie soll das organisiert werden? Professionelle Begleitung? Umgang mit Konflikten? Unterstützung?
- Caring Communities professionell unterstützen (Stichwort: Gemeindegewerkschaft o. ä.)
- „Manager“ (Sozialarbeiter, kirchliche Mitarbeiter) → Verantwortlichen der Beteiligte anspricht und organisiert

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Contra: Professionelle Organisation könnte überfordern. Die Organisation muss einfach und zugänglich sein. Kein „übergestülptes“ System gewollt, das nicht zu Regionen passt. Die Caring Community sollte sich selbst organisieren dürfen, um lokale Besonderheiten anzupacken; Initiative kommt von der privaten und nicht von der staatlichen Seite

Begegnungsstätten schaffen/Vereinskultur stärken

- Anreize liegen in Strukturen (Top down von Länderebene auf Gemeinden), das Aktive auf der regionalen Ebene & finanzielle Mittel durch Subventionen, Spenden, Stiftung
- Orte der Begegnung schaffen
- Förderung der Konzepte und Einrichtungen müssen untersucht und der gesellschaftliche und wirtschaftliche Nutzen bewertet werden.
- Raum bieten, Bedürfnisse zu äußern, Hilfe anzubieten, Hilfe anzunehmen
- Staatliche Subventionierung der Mietkosten für geeignete Wohneinrichtungen und Umbauten
- Dafür: Kostenloses Bereitstellen von Bauland durch die Kommunen

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Es muss auch physische/bauliche Orte geben, die in der Stadtplanung mitgedacht werden

PRO: Mehrgenerationen-Wohnen fördert auch Begegnungen**VORSCHLAG: Neue Überschrift „Wohnkonzepte und Stadtplanung“****Umdenken – Bewusstsein für Gemeinschaft/Caring Communities stärken (und früh einbinden)**

- Bereits in der Schulbildung Raum für soziale Projekte schaffen
- Das Bewusstsein der Bevölkerung für alternative Konzepte muss gestärkt werden. Innerhalb des Bildungssystems muss ein Fokus auf soziale Verpflichtungen gelegt werden.
- Andere Lebenskonzepte erkennen und akzeptieren
- Toleranz und das Erkennen, der Notwendigkeit der Gemeinschaft als Kind in der Prägungsphase lernen
- Weitere Sensibilisierung und Motivation für die gesamte Bevölkerung: Der Bereich der medizinischen Gesunderhaltung (Prinzip der Salutogenese) und Prävention muss in den Fokus gerückt werden.
- Es sollte verpflichtend ein FSJ eingeführt werden
- Einführung eines sozialen Jahres nach Schulabschluss für alle
- Um anderen zu helfen, brauchen Menschen Zeit und Kraft. Aus einigen Statistiken geht hervor, dass Menschen immer weniger schlafen, dass der Leistungsdruck im Job zunimmt und Burnout-Erkrankungen zunehmen. Außerdem ziehen sich Menschen immer mehr in soziale Netzwerke zurück. Es bleibt keine Zeit und Kraft für die Unterstützung der anderen. Hier muss ein Umdenken erfolgen.

- Hilfsbereitschaft, Zeit, Hilfe zulassen
- Offenheit für privates Engagement und Anerkennung dieser Leistung

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Werte der Gesellschaft entscheidend. Profitorientierung vs. Gemeinwohl. Man muss den Mehrwert von Gemeinwohl wieder verbreiten.

(Möglichkeiten zu) Helfen attraktiver/bekannter/einfacher machen

- Aufmerksamkeit schaffen
- Aktionstag: nachbarschaftliche Begegnungen und gegenseitliches Kennenlernen (vielleicht deutschlandweit)
- Werbung durch die bestehenden Strukturen (z. B. Flyer der Sozialversicherungsträger)
- Freiräume in Arbeitsleben schaffen gekoppelt mit finanziellen Anreizen
- Zeitausgleich für arbeitende Bevölkerung, die sich in Caring Communities organisiert
- Helfen attraktiv machen, auch durch Medien und Bildungsangebote, Kulturwandel!
- Mietminderung für Studenten, die sich in Mehrgenerationenhäusern zeitlich einbringen.
- Arbeitszeitverkürzung (gleichbleibender Lohn) bei Engagement im sozialen Bereich
- Freiräume in Arbeitsleben schaffen gekoppelt mit finanziellen Anreizen

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Darauf achten, dass Care-Arbeit nicht nur von Frauen geleistet wird. Damit Männer sich auch angesprochen fühlen, müssen Sie auch abgebildet werden.

Differenzen/Konflikte:

- Punktesystem für ehrenamtliche Arbeit
- Argumente dafür: Punktesystem als Anreiz z. B. in Form von Renten- oder Gesundheitspunkten oder kostenlose Vorsorgeuntersuchungen
- Argumente dafür, aber: monetäre Anreize sollten nicht im Mittelpunkt stehen, aber in Betracht gezogen werden
- Punktesystem als Anreiz für ehrenamtliche Mitglieder (Studenten z. B. Rabatt im Supermarkt) Evaluierung – Qualifizierung der ehrenamtlichen Mitglieder „keine schwarzen Schafe“
- Belohnung als Motivator, aber nicht als Hauptanreiz einsetzen. Das Ehrenamt muss im Fokus bleiben.
- Es muss Leute geben, die es machen wollen. Entlohnung ist in Ordnung, aber nur als Motivator

- Möglichkeit für ältere Personen 1 Jahr Arbeit vor Rente gegen soziales Jahr zu tauschen.
→ Problem: Finanzierung?
- Argumente dagegen:
- Belohnung grenzwertig! (Stigmatisierung durch Punktesystem wie in China vorbeugen) - eher allgemein die Caring Communities unterstützen
- Es geht um mehr als Dienstleistungen, Menschen müssen sich gegenseitig kennen (Beziehung vs. finanzielle Anreize)
- Finanzielles Punktesystem kritisch
→ Steuererminderung? Erlangen von Rentenpunkten
- Bei einem Anreiz für Geld besteht die Gefahr, dass der finanzielle Anreiz den humanitären Anreiz überdeckt
- Keine Zentralisierung! Kleinteilig. Infrastruktur aber zentral gesteuert.
- Alltägliche Besorgungen, Unterstützung im Alltag, Bereitschaft
- „Ersatzfamilienstruktur“, bereit erklären für Gespräche für Jung und Alt

Weitere Anreize

- Eventuelle Wiedereinführung eines freiwilligen oder verpflichteten Sozialen Dienstes, Sabbatical, der allen offensteht?
- Flächendeckende Anreize kritisch

Weitere Aspekte

- Kommunikationskanäle Flyer (z. B. in Diakonie, Kirchen, Ärzthäusern) Social-Media-Kanäle, Kommunen, Krankenkassen
- Engagement fördern, aber nicht zur Gewohnheit werden lassen
- Eine gemeinsame und professionelle Entwicklung dieses Systems ist von Bedeutung! Für zukünftige Planung ist es von Bedeutung einen finanziellen Rahmen zu schaffen, eine professionelle Leitung zu etablieren und die Rahmenbedingungen festzulegen. Wichtig ist es hier VertreterInnen aus Wissenschaft & Forschung, Medizin & Pflege, Sozialer Arbeit, kommunaler Verwaltung und politischer Entwicklung zusammenzubringen und den Austausch dieser Personen zu fördern.
- Plätze für Kinder
- Anspruch auf Hilfe durch Caring Communities?
- Unterliegendes Problem „Strukturwandel starten“ (z. B. Krankenkassen verstaatlichen, Gesundheit priorisieren, nicht die Wirtschaft; Bürokratie schlanker machen (Vgl. privat und staatlich)
- Unterstützung von staatlicher Seite aus: Beratungsangebote (Beispielprojekte vorstellen, how-to-start-a-caring-community), finanzielle Unterstützung für Initiativen

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

(Belohnungs-)Punkte könnte es geben. Andersherum gedacht, darf es aber keineswegs „Bestrafung“ geben, wenn man sich nicht engagiert.

Weitere Voraussetzungen für Caring Communities

- Ankopplung an soziale Fachbereiche,
- Schutz vor Missbrauch,
- Punktueller Einsatz muss möglich sein, der Menschen nicht überfordert
- Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:
- Auch mit wenig zeitlichem Aufwand soll man sich engagieren können
- Keine Konkurrenz zu bereits bestehenden Hilfen der Sozialversicherungsträger (Gefahr von Schwarzarbeit, Lohndumping)
- Geld seitens der Sozialträger unbürokratisch, aber für begrenztes Volumen, um keine Gefahr von Missbrauch zu schaffen
- Bezahlbarer Wohnraum muss vorhanden sein, in dem ein Miteinander möglich ist, staatliche Unterstützung für Caring Community Projekte
- Privatsphäre muss beim Zusammenleben erhalten bleiben (eigene 4 Wände)
- Respekt vor der Autonomie des anderen

Fokus von Caring Communities

- Diskurs darüber, was soll staatlich abgedeckt sein und wo dürfen/können Ehrenamtliche zusätzlich eingesetzt werden
- Spaß (Spieleabende, Ausflüge), keine lästige Tätigkeit
- „Basale“ Hilfestellungen: Einkaufen, Begleitung zu Arztbesuchen, zusammen kochen, Gespräche
- Plätze für Kinder

Ergänzung aus dem Nachmittags-Workshop:

Wir brauchen einen grundsätzlichen Strukturwandel des Gesundheitssystems. Die neun Themenworkshops werden da nicht allein die Allgemeinlösung sein.

Impressum

Der Bürgerreport erscheint als Teil der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, ein Projekt der Robert Bosch Stiftung.

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Irina Cichon
Telefon +49 71146084-139
Irina.cichon@bosch-stiftung.de

Durchführung und Moderation des Bürgerdialogs Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

IKU_DIE DIALOGGESTALTER
Olpe 39, 44135 Dortmund
Telefon: +49 2319311030
www.dialoggestalter.de

Umsetzung des Online-Dialoges

ontopica GmbH
Prinz-Albert-Straße 2b, 53113 Bonn
Telefon: +49 228227229-0
Internet: www.ontopica.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart, 2021
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-939574-64-4

Copyright Fotos

Arthur Hidden/Getty Images (Titelseite)
Henning Angerer (Seite 33)
Screenshots (Seite 4, 38 – 39, 40) erstellt von
IKU_DIE DIALOGGESTALTER
im Rahmen des Bürgerdialogs Neustart!
am 14.11.2020 und der Redaktionsitzung der
Bürgerbotschafter am 04./05.12.2021.

Redaktion

Andreas Kleinsteuber, Bianca Bendisch,
IKU_DIE DIALOGGESTALTER
Anne Graef, Graewis Verlag GmbH
Stefan Unger, Miller & Meier Consulting GmbH
Kerstin Berr, Robert Bosch Stiftung GmbH

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

[bosch-stiftung.de](https://www.bosch-stiftung.de)