

Gesundheits- und Sozialpolitik

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

” Patient im Mittelpunkt – oder doch im Weg?

Herausgegeben von

Prof. Dr. Volker E. Amelung
Dr. Bernadette Klapper
Franz Knieps

Aus dem Inhalt

- 4 Ein Neustart für die unabhängige Patientenberatung
Katharina Graffmann-Weschke, Sven Arndt
- 10 Patientenorientierung zwischen Versorgungsoptimum
und Selbstbestimmung
Siiri-Ann Doka
- 16 Patient im Mittelpunkt – aber wo genau? Ein kritischer
Blick auf Patientensicherheit und Patientenzentrierung
Ruth Hecker
- 22 Gesundheitskompetenz als Grundlage von
Patientenorientierung und -zentrierung
Doris Schaeffer, Lennert Griesse
- 30 Die Bedeutung des aktiven Selbstmanagements im
Sinne einer „Koproduktion“ von Gesundheit
Gabriele Seidel, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Susanne Melin
- 37 Patientenorientierung in Forschung und Praxis: Zwischen
Anspruch und Wirklichkeit im Gesundheitswesen
Wiebke Frerichs, Eva Christalle, Pola Hahlweg,
Fabia von Blücher, Isabelle Scholl
- 47 Digitalisierung als Erfolgsfaktor für eine wirksame und
patientenzentrierte Gesundheitsversorgung verstehen
Cornelia Kittlick, Michael Noll

Gesundheits- und Sozialpolitik

GuS.nomos.de

79. Jahrgang

Seiten 1–76

1 | 2025

Zeitschrift für das gesamte Gesundheitswesen

BEIRAT: Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Prof. Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, Berlin, Dr. Christopher Hermann, ehemaliger Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Dr. Johanna Horning, Kompetenzzentrum für Public Management, Universität Bern, Prof. Dr. med. David Klemperer, Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg, Prof. Dr. Alexandra Manzei-Gorsky, Universität Augsburg, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Universität Bremen, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Universität Köln, Prof. Dr. Heinz-Dietrich Steinmeyer, Universität Münster, Prof. Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der BARMER, Berlin, Prof. Dr. Leonie Sundmacher, Technische Universität München (TUM), Maike Voss, Centre for Planetary Health Policy, Berlin, Prof. Dr. Sascha Wolf, Hochschule Pforzheim

HERAUSGEBER: Prof. Dr. Volker E. Amelung, Dr. Bernadette Klapper, Franz Knieps

REDAKTEUR: Stefan B. Lummer (ViSdP) und Ulrike Ertmann

EDITORIAL

3

THEMA

Ein Neustart für die unabhängige Patientenberatung

Katharina Graffmann-Weschke, Sven Arndt

4

Patientenorientierung zwischen Versorgungsoptimum und Selbstbestimmung

Siiri-Ann Doka

10

Patient im Mittelpunkt – aber wo genau? Ein kritischer Blick auf Patientensicherheit und Patientenzentrierung

Ruth Hecker

16

Gesundheitskompetenz als Grundlage von Patientenorientierung und -zentrierung

Doris Schaeffer, Lennert Griese

22

Die Bedeutung des aktiven Selbstmanagements im Sinne einer „Koproduktion“ von Gesundheit

Gabriele Seidel, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Susanne Melin

30

Patientenorientierung in Forschung und Praxis: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit im Gesundheitswesen

Wiebke Frerichs, Eva Christalle, Pola Hahlweg, Fabia von Blücher, Isabelle Scholl

37

Digitalisierung als Erfolgsfaktor für eine wirksame und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung verstehen

Cornelia Kittlick, Michael Noll

47

Patient Journeys in der digitalen Gesundheitsversorgung

Nina Haffer, Claudia Finis, Sylvia Thun

53

Patientenorientierung zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Perspektiven auf Versorgung, Digitalisierung und Ökonomie

Marie Schluttig, Nora Wisniowski, Judith Mollenhauer, Clarissa Kurscheid

60

Würdeorientierung als Reformperspektive

Sabine Pleschberger, Jacob Roth

70

REZENSIONEN

76

Patientenorientierung zwischen Versorgungsoptimum und Selbstbestimmung

Seite 10

Dem mündigen Patienten im Leitbild der Versorgung steht ein Irrtum von vielen im Gesundheitswesen Tätigen gegenüber, die davon ausgehen, die Erfahrung von Krankheit zu verstehen und deshalb für ihre Patienten sprechen zu können. Die Referatsleiterin Gesundheitspolitik der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, Dr. Siiri-Ann Doka verteidigt den Ansatz, Patienten konsequent in die Entscheidungsfindung einzubinden und damit Potenziale für bessere Versorgung und Prävention zu heben.

Patient im Mittelpunkt – aber wo genau? Ein kritischer Blick auf Patientensicherheit und Patientenzentrierung

Seite 16

In den aktuellen Debatten um Patientensteuerung, Datenschutz versus Patientensicherheit und Shared Decision Making steht wie ein weißer Elefant die Frage im Raum: Wie ernst nimmt unser Gesundheitssystem Patientinnen und Patienten tatsächlich? Dr. Ruth Hecker, Chief Patient Safety Officer der Universitätsklinik Essen und Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sieht in hohen Kosten durch Fehler die finanziellen Folgen unzureichender Patientensicherheit.

Digitalisierung als Erfolgsfaktor für eine wirksame und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung verstehen

Seite 47

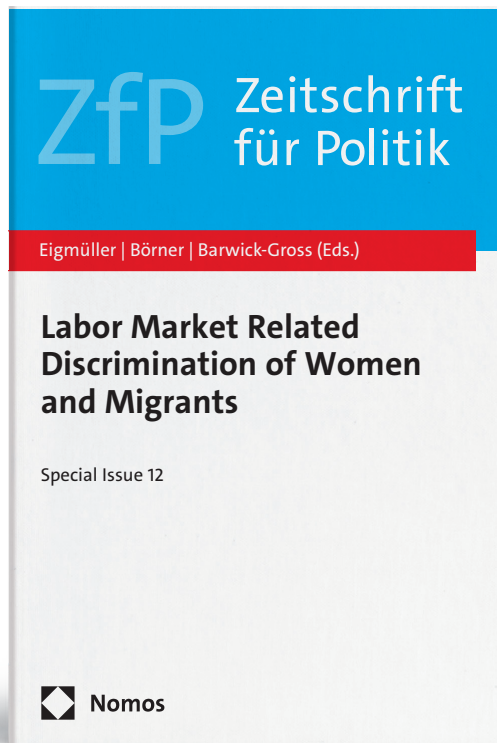
Ein klarer Fokus auf Prävention, personalisierte Gesundheitsangebote und aktive Förderung von Gesundheitskompetenz durch digitale Angebote umreißt die Verantwortung der Krankenkassen für patientenorientierte Versorgung. Cornelia Kittlick, Managerin Digitale Innovation und Michael Noll Geschäftsbereichsleiter Digitale Innovation der AOK Baden-Württemberg sehen die digitale Transformation als Schlüssel für Patient Journey, Value-Based-Care-Konzepte und echte Strukturreformen, die das Potenzial des Gesundheitssystems ausschöpfen.

Patient Journeys in der digitalen Gesundheitsversorgung

Seite 53

Fortschreitende Digitalisierung verändert den Verlauf der Patient Journey grundlegend. Nina Haffer und Claudia Finis, beide Research Fellows, sowie Prof. Dr. Sylvia Thun, Director of Digital Medicine and Interoperability am Berlin Institute of Health BIH der Charité betonen, dass Interoperabilität und internationale Standards für Datenformate die nahtlose Nutzung jener Daten ermöglichen, die auf den Wegen entstehen, die Patienten innerhalb des Gesundheitssystems zurücklegen.

Diskriminierung von Frauen und ethnischen Minderheiten auf dem Arbeitsmarkt



Labor Market Related Discrimination of Women and Migrants

ZfP | Special Issue 12

Herausgegeben von Prof. Dr. Monika Eig Müller,
Jun.-Prof. Dr. Stefanie Börner und
VProf. Dr. Christine Barwick-Gross

2025, 243 S., brosch., 64,- €

(Sonderpreis für Beziehende der Zeitschrift im
Rahmen des Abonnements 48,- €)

ISBN 978-3-7560-2288-5

E-Book 978-3-7489-4939-8

In englischer Sprache

Der Erfolg auf dem Arbeitsmarkt ist ein entscheidender Aspekt der sozialen Teilhabe in modernen Gesellschaften. Migrant:innen und Frauen waren lange von einem gleichberechtigten Zugang zum Arbeitsmarkt bzw. zu beruflichem Aufstieg ausgeschlossen oder wurden in bestimmte Segmente des Arbeitsmarktes gedrängt, etwa in prekäre oder Teilzeitarbeit. Im Sonderband werden diese Diskriminierungsmechanismen sowohl auf nationaler und supranationaler Ebene als auch auf Unternehmensebene analysiert. Indem sie die Diskriminierung von Frauen und ethnischen Minderheiten aus institutionalistischer, vergleichender

oder intersektionaler Perspektive untersuchen, beleuchten die einzelnen Beiträge die Multi-Level-Governance von Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt.

Mit Beiträgen von

Christine Barwick-Gross | Stefanie Börner | Anna-Katharina Draxl |
Monika Eig Müller | Melanie Fleisch | Olivier Giraud | Clara
Holzinger | Lukas Kerschbaumer | Marcel Knobloch | Arnaud
Lechevalier | Klarissa Lueg | Nikola Tietze | Alejandro Valdivia



Patient im Mittelpunkt – oder doch im Weg?

Patientenorientierung ist ein seit vielen Jahren gleichsam viel beschworenes Mantra in der Gesundheitsversorgung. Und kommt nicht von ungefähr. So spiegelt der Wunsch auf Patientenorientierung einerseits den Anspruch unserer individualisierten Gesellschaft, andererseits gibt es zahlreiche Gründe aus dem Wissen um Gesundheit, die diese Ausrichtung untermauern. Gerade unser vorherrschendes Krankheitsspektrum mit den vielen chronischen Erkrankungen legt die Orientierung am individuellen Patienten nahe, da diese Erkrankungen erheblich durch die Lebensstile bedingt sind und im Verlauf beeinflusst werden können. Die individuellen Verhaltenseigenschaften werden damit zu wichtigen Variablen in der Patientenbehandlung. Erfolgreiche Gesundheitsversorgung lebt von der Koproduktion der Patienten. Gleichwohl gehört zu einem auf Gesundheit ausgerichteten Gesundheitssystem auch ein gut aufgestelltes Population Health Management, in dem der oder die Einzelne wenig zählt, wie es in der vorigen Ausgabe von Stein beschrieben wurde und für das in Deutschland ebenfalls eindeutig Nachholbedarf besteht. Es dürfte für die zukünftige Gestaltung des Gesundheitswesens eine Herausforderung im positiven Sinn sein, Population Health Management als auch die Patientenorientierung in der Versorgung als Ziele zu verfolgen.

Ironische Aussagen wie „Der Patient steht im Mittelpunkt und dort im Weg“ verweisen auf eine Realität, in der wir von dem idealen Ziel noch recht weit entfernt scheinen. Was etliche Fragen aufwirft, wie zum Beispiel: Wo stehen wir in der Patientenorientierung? Sollten wir besser von Patientenzentriertheit sprechen? Interessieren wir uns in der Versorgung wirklich für die Patienten? Was leisten einzelne Ansätze, die Patientenorientierung ernstnehmen? Setzen wir richtig an, um Verhalten gesundheitsförderlich zu beeinflussen? Wird die Digitalisierung unterstützend wirken? Ist Patientenzentrierung ein (zu) strapaziertes Ziel, das den Blick auf Public Health und Populationsmanagement verschleiert? Was sagen die Patienten?

Diese Fragen sind umso wichtiger zu beantworten in einer Situation, in der die Babyboomer-Jahrgänge in das Alter kommen, in dem die Mehrzahl der Menschen zwei oder auch mehr chronische Erkrankungen entwickeln. Gleichzeitig sind es Menschen, die alle bisherigen Kohorten an Individualität im Lebensstil übertreffen. Eine patientenorientierte Versorgung trifft daher entsprechend auf zunehmend individualisierte Versorgungssituationen und -wünsche und erfährt auch dadurch eine anwachsende Komplexität. Die Komplexität wird zudem gesteigert durch neue Technologien, insbesondere die Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung. Diese tritt zwar gleichermaßen an, komplex gewordene Versorgung wiederum – zumindest in den Prozessen – zu vereinfachen, beschert

uns aber zunächst eine Situation, in der viele Patienten digitale Anwendungen nutzen, viele dies aber auch nicht können.

Die Autoren dieser Ausgabe setzen Impulse, um über diese und weitere Fragen nachzudenken. Mehrere Artikel kommen von Akteuren, die sich für die Perspektive der Patienten stark machen. Sie zeichnen das Leitbild eines mündigen Patienten, der selbstbestimmt Entscheidungen trifft zu seiner Gesundheit und im Falle von Krankheit. Sie verdeutlichen einmal mehr, dass dies ohne verlässliche und unabhängig zur Verfügung gestellte Informationen, ohne hinreichende Gesundheitskompetenz und ohne Selbstmanagement-Fähigkeiten der Patienten nicht zu erreichen ist. Und dass Patientensicherheit in manchen Situationen in Konflikt mit der Selbstbestimmung geraten kann.

Wovon die Patientenorientierung außerdem abhängt und welche weiteren Bezüge sie hat, zeigt das integrative Modell der Patientenorientierung in dem Beitrag von Frerichs et al., und auch, wie sie gemessen werden kann. Die Digitalisierung eröffnet ein weiteres Feld, um der Patientenorientierung nachzugehen. Viel spricht dafür, dass darin erhebliches Potenzial liegt, schon allein wegen dem Zugang zu Informationen als auch durch die Unterstützung von Prozessen, die Brücken zwischen den Sektoren bauen und sich an der Patient Journey ausrichten können. In zwei Beiträgen zeigen die Autoren jeweils, was gehen kann und wo noch Lücken bestehen, in einem weiteren warnen die Autoren vor digitaler Spaltung, bewerten gleichzeitig die Realisierung der Patientenorientierung insgesamt und nähern sich der Frage, ob sie auch ökonomisch sinnvoll ist. Schließlich reflektiert Pleschberger den Begriff der Würde in seinem Reformpotenzial und seiner Schutzfunktion vor allem für den verletzlichen Menschen. Diese Sichtweise hat starke Bedeutung, wenn sich einerseits die Diskussionen noch vornehmlich um ein Mehr an Selbstbestimmung drehen (müssen) – weil noch unerfülltes Ziel – und das Gesundheitswesen andererseits auch denjenigen Menschen eine gesicherte Versorgung geben sollte, die das situativ und dauerhaft nicht leisten können, zum Beispiel bei Bewusstlosigkeit im Unfallgeschehen oder bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung.

Patient im Mittelpunkt – die Einlösung dieses Anspruchs verlangt nach systemischer Gestaltung von Wegen, auf denen Patienten nicht im Weg stehen, sondern auf denen sie begleitet werden können, in der differenzierten Ausbalancierung von Eigenverantwortung/Selbstbestimmung und Abhängigkeit/Angewiesensein. Ob und wie wir das wollen, welche Verbindungen wir schaffen zum Population Health Management und ob uns das gelingen kann in Zeiten, in denen sich im Gesundheitswesen alles um Kosten dreht und in denen Innovationen ihre Versprechen nicht immer halten, bleibt die offene Frage. In Zeiten, in denen das System zunehmend und in vielerlei Hinsicht auf dem Prüfstand steht und die Politik von allen Seiten zu Reformen aufgefordert wird, steckt in ihr und damit in dem Stellenwert, den wir dem Patienten im System einräumen wollen, gleichzeitig viel Potenzial für eine Neuorientierung.

Dr. Bernadette Klapper

Ein Neustart für die unabhängige Patientenberatung

DR. KATHARINA
GRAFFMANN-WESCHKE,
SVEN ARNDT

Katharina Graffmann-Weschke ist seit Juli 2024 Vorständin der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Stiftung UPD). Zuvor baute die Pflegefachkraft, Humanmedizinerin und Public Health Absolventin an der Freien Universität Berlin als Koordinatorin Sichere Pflege beim Landeskriminalamt Berlin das Netzwerk Gewaltfreie Pflege für Berlin auf und war ermittlungsunterstützend tätig.

Der diplomierte Verwaltungswirt Sven Arndt verfügt über langjährige Erfahrungen in der strategischen Leitung gemeinnütziger Organisationen und Stiftungen, wie der Berghof Foundation Operations, dem Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung und der Stiftung Wissenschaft und Politik.

Am 13. Dezember 2023 erfolgte mit der Anerkennung als Stiftung bürgerlichen Rechts der Neubeginn der Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland (Stiftung UPD). Sie konnte zum Januar 2024 mit einem zweiköpfigen Interimsvorstand ihre Arbeit aufnehmen. Die Vorgeschichte ist von einem abwechslungsreichen Verlauf in verschiedenen Modellphasen und mehreren Trägerstrukturen geprägt, was es ermöglicht, auf über 23 Jahre Erfahrung in der institutionalisierten unabhängigen Patientenberatung für Deutschland zurückzublicken.

Durch diese Rechtsform und den Neustart ergeben sich viele neue Chancen für den Aufbau und die Etablierung einer tatkräftig wirksamen, dauerhaften, staatsfernen und unabhängigen Struktur der Patientenberatung für Deutschland. Ihre Ziele und ihr Aufbau wurden vom Gesetzgeber in der Neufassung des § 65b SGB V festgeschrieben.

Dem Interimsvorstand, Bettina Godschalk und Dr. Stefan Etgeton, gelang es als versierte Kundige der Patientenberatung ab 2024 über 40 Patientenberater und -beraterinnen nebst einigen fachlichen Expert*innen für die Etab-

lierung einer neu konzipierten telefonischen Beratung zu gewinnen. Die dafür benötigte Technik, Einarbeitung sowie Schulungen und eine Wissensdatenbank (Stiftung-UPD-Wiki) wurden von Grund auf neu konzipiert. Dabei konnte für die zeitgemäße Etablierung nur teilweise auf Vorerfahrungen zurückgegriffen werden. Die Informations- und Beratungstätigkeiten zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen stehen seitdem verlässlich zur Verfügung und werden intensiv von Bürgerinnen und Bürgern genutzt.

„Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (...) – § 65b Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland

1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen muss eine rechtsfähige Stiftung bürgerlichen Rechts errichten; er hat dafür das notwendige Stiftungsvermögen bereitzustellen, das notwendige Stiftungsgeschäft zu tätigen und die Anerkennung der Stiftung zu beantragen. Die Stiftung soll den Namen „Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ tragen. Die Stiftung soll ihre Informations- und Beratungstätigkeit am 1. Januar 2024 aufnehmen. Zweck der Stiftung ist es, eine unabhängige, qualitätsgesicherte und kostenfreie Information und Beratung von Patientinnen und Patienten in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen sicherzustellen. Hierdurch sollen die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und die Patientenorientierung im Gesundheitswesen gestärkt und mögliche Problemlagen im Gesundheitssystem aufgezeigt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll den Inhalt des Stiftungsgeschäfts einschließlich der Bestimmung des Stiftungssitzes im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und im Benehmen mit der oder dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten festlegen.“*

* Zitiert nach https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_65b.html, 14.03.2025 07:03

Im Mai 2024 wurde Sven Arndt als Teil der geplanten Doppelspitze im Vorstand der Stiftung UPD und im Juli 2024 Dr. Katharina Graffmann-Weschke als Vorständin durch den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten – kurz Patientenbeauftragten und Stiftungsratsvorsitzenden Stefan Schwartze – bestellt. Mit beiden Vorständen und breiter Unterstützung aller Mitarbeitenden entstand ein Betriebskonzept, die Vision für den Ausbau der Stiftung wurde erarbeitet und ein Gremienbüro errichtet.

Im Herbst 2024 war das neu interdisziplinär zusammengestellte Team der Unabhängigen Patientenberatung durch Mitarbeitende so erweitert, dass es möglich wurde, die Beratungszeiten auszuweiten, um auch der steigenden Nachfrage gerecht zu werden.

Bis zur Einrichtung des Stiftungssitzes in Berlin-Schöneberg im Dezember 2024 arbeiteten alle beratenden Mitarbeitenden ausnahmslos im Homeoffice – ausgestattet mit Laptops, Monitoren und Headsets. Die Erfahrungen aus dem Digitalisierungsschub der Zeit der COVID-19-Pandemie ermöglichten es, problemlos auf ein mobiles, voll digitalisiertes Arbeiten zu setzen. Das Leitungsteam konnte übergangsweise Räume des Patientenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesgesundheitsministerium nutzen. Der zum neuen Jahr bezogene Stiftungssitz in Berlin-Schöneberg ist zugleich der Standort der Berliner Beratungsstelle.

Ziele im Aufbau

Die Stiftung UPD setzt sich für mehr Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung und mehr Patientenorientierung im Gesundheitssystem ein. Die Menschen in Deutschland sollen in die Lage versetzt werden, gute Gesundheitsinformationen zu finden und zu verstehen und gute Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Das Gesundheitssystem soll sich konsequent an den Bedarfen und Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten orientieren. Um dies zu erreichen, agiert die Stiftung UPD auf zwei miteinander zusammenhängenden Handlungsfeldern: Patientenberatung und Patientenorientierung.

Das *Handlungsfeld Patientenberatung* ist ausgerichtet auf das Individuum. Die Stiftung UPD möchte bewirken, dass Patientinnen und Patienten,

die Informationen und Beratung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen benötigen, diese zum richtigen Zeitpunkt, am für sie richtigen Ort und in der notwendigen Qualität erhalten. Insbesondere Menschen in vulnerablen Lebenslagen sollen systematisch durch gezielte Patientenberatung erreicht werden.

Auf dem *Handlungsfeld Patientenorientierung* richtet die Stiftung den Blick auf das System. Sie sammelt durch ihre Beratungserfahrungen regelmäßig Erkenntnisse und Grundlagen, die der Gesetzgebung im Gesundheitssystem wertvolle Hinweise geben. Dabei liefert sie Einblicke in Strukturen und Prozesse der Versorgung und zeigt auf, wie die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten besser berücksichtigt werden können.

Die Stiftung möchte ihren Beitrag dazu leisten, dass alle Menschen – unabhängig von ihrer gesundheitlichen oder sozialen Lage – einen Zugang zur bestmöglichen Gesundheitsversorgung erhalten, die sie benötigen.

Unser Ansatz zur Zielerreichung besteht aus drei Bausteinen:

1. Die Stiftung bringt die Professionalisierung der Patientenberatung voran und eröffnet neue Beratungs-Kanäle, um Zielgruppen mit hohem Beratungsbedarf zu erreichen.
2. Sie berät und informiert Patientinnen und Patienten interdisziplinär.
3. Sie identifiziert und kommuniziert Potenziale für mehr Patientenorientierung im System.

In den verschiedenen Bereichen sind alle Mitarbeitenden auf vielfältige Weise aktiv. Besonders im Bereich der Patientenberatung wird kontinuierlich an den Grundlagen für eine gute Beratung sowie an der Qualifizierung der Beratenden gearbeitet. Wir informieren und beraten derzeit telefonisch sowie vorübergehend in temporären Sprechstunden vor Ort. Zukünftig werden auch schriftliche, digitale und Video-Beratungsmöglichkeiten sowie Beratungen in regionalen Beratungsstellen angeboten. Langfristig möchten wir auch innovative Kanäle wie die Videoberatung nutzen, um die Ratsuchenden direkt in ihren Lebenswelten zu erreichen. Dabei bauen wir auf den bisherigen Erfahrungen und der praktischen Arbeit der Patientenberatung auf und entwickeln gezielt digitale Lösungen

sowie innovative Ansätze, die über Netzwerkarbeit funktionieren.

Ein klarer Auftrag für die verschiedenen Zielgruppen in der Beratung

Aus der Satzung der Stiftung zu den Grundsätzen der Informationen und Beratungen ergibt sich ein klarer Auftrag: § 3 (1)

Die Informationen und Beratungen haben sich an den individuellen Bedarfen auszurichten. Dazu gehört insbesondere, dass die altersspezifischen Besonderheiten, das biologische und soziale Geschlecht sowie die lebenslagenspezifischen Besonderheiten beachtet werden. Diskriminierungen jeglicher Art sind auszuschließen. Die Information und Beratung der Ratsuchenden hat niedrigschwellig, bürger-nah, barrierefrei, zielgruppengerecht und qualitätsgesichert zu erfolgen. (...)

Dies alles findet sich wieder in einem neuen Betriebskonzept, dass unter Berücksichtigung und Überprüfung der zahlreichen Erfahrungen, Konzepte und Evaluationen früherer Phasen der unabhängigen Patientenberatung das Gute identifiziert und in die heutige Zeit mit den neuen Möglichkeiten der Stiftung übernimmt.

Der weitere Auf- und Ausbau der Stiftungsarbeit konzentriert sich daher auf die Einrichtung regionaler Beratungsstellen, weiterer Beratungswege wie Chats oder Videosprechstunden sowie auf Möglichkeiten, die Beratung gezielt auch jenen Menschen zu ermöglichen, die einen besonderen Beratungsbedarf haben und – etwa aufgrund von Krankheit, ihrer sozialen Lage oder fehlendem Wissen – Probleme haben, sich in ihrer aktuellen Situation selbst zu helfen.

Schon heute sind Beraterinnen und Berater in sieben Bundesländern im Einsatz, um sozialraumorientiert Beratung in verschiedenen Lebensräumen, Stadtbezirken und Einrichtungen anzubieten. Es sollen verschiedene Wege, auch durch Sprach- und Kulturmittlung, sowie z.B. durch den Einsatz von Gebärdensprache genutzt werden, um Ratsuchende mit besonderem Beratungsbedarf zu erreichen – auch um einen klaren Beitrag zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu leisten.

Chancen und Visionen des stiftungseigenen Wissensmanagementsystems (Stiftung-UPD-Wiki)

Das Wiki der Stiftung UPD ist die zentrale, digitale Wissensplattform für die Patientenberaterinnen und -berater und sichert in Echtzeit unmittelbar in der Beratung qualitätsgesicherte Antworten. Es stellt die qualitätsgesicherten Informationen, Antworten auf häufige Fragen und Verweise zu weiteren Informationen oder Beratungsstellen zu dem äußerst breiten Beratungsspektrum bereit. Ein interdisziplinäres Redaktionsteam sorgt dafür, dass die Inhalte prägnant, leicht verständlich und speziell für die Beratung Ratsuchender ausgewählt und aufbereitet sind. Die hinterlegten Informationen sind zentral zugänglich und werden regelmäßig aktualisiert.

Ein großer Mehrwert der Stiftung-UPD-Wikis entsteht, weil das Beratungsteam aktiv zur Weiterentwicklung des Systems beitragen kann. Über ein nutzerfreundliches Ticketsystem schlagen Mitarbeitende unkompliziert neue Wissensinhalte vor. Zusätzlich bietet eine Kommentarfunktion die Gelegenheit, direktes Feedback zu bestehenden Inhalten zu geben, Fragen zu stellen oder Anmerkungen einzubringen. Dieser Austausch ermöglicht eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Redaktionsmitgliedern. Auf diese Weise bleibt die Redaktion stets nah am aktuellen Beratungsgeschehen und nutzt die sogenannte Schwarmintelligenz des gesamten Teams effektiv, um das Wissensmanagement kontinuierlich zu verbessern.

Doppelstrukturen vermeiden, Synergien nutzen

Durch eine Zusammenarbeit von Beratungsakteuren mit Beratungsaufträgen in unterschiedlichen Versorgungssektoren soll ein Netzwerk entstehen, um Synergien zu schaffen und möglichst vielen Menschen den Zugang zu einer bedarfsgerechten, niedrigschwelligen Beratung zu ermöglichen. Grundlage dafür ist das gegenseitige Kennenlernen der Akteure, das Wissen um deren Möglichkeiten und Grenzen, der regionalen strukturellen Verantwortlichkeiten und manchmal auch der erklärenden Entstehungsgeschichten.

In den letzten Jahren haben sich diverse Anbieter von guten Gesundheitsinfor-

mationen etabliert. Hier gilt es, gleiche Standards zu entwickeln, Mehrfachstrukturen zu vermeiden und vorhandene Daten und Informationen, etwa durch digitale Schnittstellen, miteinander zu verknüpfen und nutzbar zu machen.

Auch für die Etablierung neuer Beratungsangebote der Stiftung UPD in Deutschland gilt es, Doppelstrukturen zu vermeiden und umgekehrt, mögliche Lücken in der Beratungsinfrastruktur zu schließen.

Heutige und künftige Generationen von Ratsuchenden, die digitale Anwendungen wie selbstverständlich in ihren Alltag eingebunden haben, erwarten insbesondere digitale Zugangskanäle zu gesundheitsbezogenen Informationen und Beratung.

Um die bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Beratung zu ermöglichen und neue, regionale Beratungskanäle zu eröffnen, ist eine breite Zusammen- und Beziehungsarbeit mit lokalen Akteuren in einem Netzwerk erforderlich. Dazu gehören beispielsweise Selbsthilfestrukturen, spezialisierte Verbraucher-, Beratungs-Institutionen, Vereine, Kirchengemeinden und Nachbarschaftshilfen. Eine konkretisierte enge Zusammenarbeit und das gegenseitige Lotsen ist beispielhaft mit den deutschlandweit rund 500 EUTBs (Ergänzende unabhängige Teilhabeberatungsstellen), die über Rehabilitations- und Teilhabeleistungen informieren, vorgesehen. Ebenso ist eine enge Vernetzung mit der Pflegeberatung, insbesondere in den über 450 regional tätigen Pflegestützpunkten anvisiert, die unabhängig rund um das Thema Älter werden, Unterstützung sowie Organisation von Pflege informieren und beraten. Ihnen ist dann auch eine längerfristige Begleitung von Patientinnen und Patienten mit Pflegebedürftigkeit und ihren Angehörigen bis hin zu einem Casemanagement möglich. Durch die breite juristische Patientenberatungskompetenz der Mitarbeitenden der Stiftung UPD können diese wiederum ergänzend zur Pflegeberatung und durch eine kurzfristige Beratungsintervention z.B. auch Patientinnen und Patienten vor Pflegesituationen juristische Auskünfte und Beratung erteilen.

Die Patientenberatung im Blick

Die Patientenberatung der Stiftung UPD möchte Qualitätsstandards und Beratungskanäle vorleben, die richtungswei-

send für die professionelle Patientenberatung in Deutschland werden können. Das Beratungsteam setzt sich dazu aus Mitarbeitenden mit unterschiedlichen Kompetenzen und Qualifikationen zusammen. Der Kompetenzmix entsteht durch die breit gefächerte Expertise, die sich aus grundständigen Ausbildungen wie z.B. Sozialversicherungsfachangestellten, Juristen, Medizinerinnen, Pharmazeuten, Psychologen und Zahnmedizinerinnen ergibt. Alle Mitarbeitenden in der Beratung kommen mit vorheriger Berufserfahrung und viele mit langjähriger Erfahrung aus der Patientenberatung. Ihnen gemeinsam sind ein dreiwöchiger Einarbeitungs-Prozess, Patenschaften zur Begleitung des Neuanfangs, diverse Schulungen nach einem neuen Curriculum und regelmäßige Fortbildungen.

Das neu erarbeitete Qualitätskonzept benennt diverse Merkmale, die definieren, was die Stiftung UPD unter guter Patientenberatung versteht. Sie soll...

1. niedrigschwellig und barrierefrei,
2. unabhängig und vertraulich,
3. professionell und kompetent,
4. fachlich fundiert, evidenzbasiert und interdisziplinär,
5. personenzentriert und einheitlich,
6. lösungs- und ressourcenorientiert,
7. empowernd und gesundheitskompetenzstärkend sein.

Erste Erfahrungen aus der Inanspruchnahme der Beratungen

Das Beratungsangebot der Stiftung UPD wird seit seinem Start im Mai 2024 nach wie vor schrittweise erweitert. Momentan finden Beratungen deutschlandweit überwiegend telefonisch statt. In einer durchschnittlichen Woche werden gegenwärtig rund 900 Menschen beraten. Gut jeder fünfte Beratungsfall (ca. 22 %) ist dabei so komplex, dass noch im laufenden Beratungsgespräch eine weitere, fachlich spezialisierte Beratungsperson hinzugezogen wird. Die Beratung erfolgt dann in der sogenannten Tandemberatung, dem interdisziplinären Beratungsansatz der Stiftung UPD folgend. Damit gelingt die Beratung in der Regel im Telefonat abschließend, so dass von den ratsuchenden Menschen zunächst kein weiterer Beratungsbedarf geäußert wird. Liegt eine Anfrage außerhalb unseres Beratungsspektrums oder benötigt eine

tiefergehende Betrachtung, werden die Ratsuchenden gezielt in unserem Netzwerk zu fachspezifischen oder spezialisierten Stellen vermittelt, um eine Lösung für das jeweilige Anliegen zu finden und beispielsweise auch eine rechtliche Vertretung zu ermöglichen.

Interdisziplinäre Tandemberatungen:

Themen, die nicht in die Fachkompetenz der Person fallen, die den Anruf annimmt, werden durch Hinzunahme einer weiteren Patientenberaterin oder eines Patientenberaters im Rahmen einer sogenannten „interdisziplinären Tandemberatung“ beraten. Diese ermöglicht es, gezielt eine Beraterin oder einen Berater mit der benötigten Fachkompetenz in ein Beratungsgespräch dazuzuholen (Konferenzschaltung), um alle Anliegen der ratsuchenden Person direkt innerhalb eines Beratungskontakts bedienen zu können. Die Erstberaterin, der Erstberater bleibt als Bezugsperson bis zum Abschluss der Beratung im Gespräch, moderiert und ergänzt bei Bedarf. Im Idealfall entwickelt sich so eine Gesprächssituation, in der die beiden Beraterinnen und Berater die ratsuchende Person im Stile eines interdisziplinären Duos aus unterschiedlichen Blickwinkeln beraten können. Auf diesem Weg erhalten Ratsuchende in den meisten Fällen bereits während eines einzigen Beratungsgesprächs die benötigten Informationen und Beratung. Die „interdisziplinäre Tandemberatung“ fördert darüber hinaus im Sinne des Modelllernens auch die Gesundheits- und Beratungskompetenz des gesamten Beratungsteams und führt zu großer Zufriedenheit sowohl bei den Ratsuchenden als auch bei den Beratenden. Die „interdisziplinäre Tandemberatung“ ist als fester Bestandteil auch für weitere Beratungskanäle der Stiftung UPD vorgesehen. So wird derzeit konzeptionell und technisch geplant, dass zukünftig durch Konferenzschaltungen über Video regelhaft Fachkompetenzen auch in Präsenzgespräche dazugeholt werden und z.B. auch Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittler oder Gebärdendolmetscher und -dolmetscherinnen flexibel in Beratungsgespräche einbezogen werden können.

Häufige Beratungsthemen und Vernetzungsfunktion

Um die thematisch sehr vielfältigen Anfragen beantworten zu können, sind

bei der Stiftung UPD Patientenberater und -beraterinnen aus den Fachgebieten Medizin und Pharmazie, Recht und Psychosoziales im Einsatz. Das Beratungsspektrum ist entsprechend groß. Es gibt Themen, zu denen besonders häufig beraten wird. Ein gutes Fünftel der Beratungen betrifft Krankenkassenleistungen und deren Anspruchsvoraussetzungen (ca. 22 %), gefolgt von Beratungen zu Patientenrechten und Berufspflichten (ca. 16 %). Im Themenfeld der psychosozialen Beratung (ca. 13%) geht es während des Beratungsgesprächs auch um die Bewältigung von Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit mit ihren Folgen. Fragen zur Untersuchung, Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten werden in 7 % der Beratungsgespräche besprochen. Beratungen zum schwierigen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung – etwa der Suche nach Facharztterminen – werden in rund 7 % angefragt.

Unabhängigkeit, Vertraulichkeit und Evidenzbasierung

Das Beratungsangebot der Stiftung UPD sieht sich ganz klar unabhängig von staatlichen, wirtschaftlichen und politischen Interessen und erfolgt ausschließlich im Interesse der Ratsuchenden. Ein Grundsatz ist, dass die Patientenberatung diskriminierungsfrei im Hinblick auf Rassismus, Antisemitismus, ethnische Herkunft, Geschlecht, Religion oder Weltanschauung, Beeinträchtigungen, Alter oder sexueller Identität und weitere mögliche Diskriminierungsmerkmale stattfindet. Die Mitarbeitenden werden dementsprechend sensibilisiert, regelmäßig geschult und dazu angehalten, ihre eigene Haltung kritisch zu reflektieren.

Die Beratung erfolgt vertraulich, unabhängig und auf Wunsch auch anonym. Konkret bedeutet dies u.a., dass die Inhalte der Beratung und die Interessen der Ratsuchenden nicht durch finanzielle, politische, ideelle oder organisatorische Partikularinteressen überlagert werden.

Es wird kontinuierlich daran gearbeitet, dass die vermittelten Beratungsinhalte in allen Bereichen der Patientenberatung fachlich fundiert und aktuell bleiben und auch das Beratungsverfahren auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und dem beratungsspezifischen Fachdiskurs erfolgt.

Zu gesundheitlichen Themen wird auf Grundlage der evidenzbasierten Medi-

zin beraten. Dieser Ansatz zielt darauf ab, verlässliche Informationen zu den Vor- und Nachteilen medizinischer und psychotherapeutischer Maßnahmen, ihrer Notwendigkeit und möglichen Handlungsalternativen zu liefern. Sie stützt sich dabei auf wissenschaftliche Belege und nicht nur auf Theorien oder Expertenmeinungen. Bei unklarem bzw. unbefriedigendem Forschungsstand wird auf den Grad der verfügbaren Evidenz aufmerksam gemacht. Die möglichen oder bekannten Sekundärinteressen von Wissensquellen, Institutionen oder Organisationen im Bereich des Gesundheitswesens werden offengelegt. Die psychosoziale Beratung erfolgt auf der Basis wissenschaftlicher Grundlagen sowie etablierter Konzepte und Methoden aus den Bereichen der Psychologie und Sozialpädagogik. Zu rechtlichen Themen wird anhand aktueller Gesetzgebung und Rechtsprechung sowie ergänzend unter Hinzuziehung von Rundschreiben und Verwaltungsvorschriften beraten.

Die Patientin, der Patient im Mittelpunkt

Die Stiftung UPD verfolgt das Ziel, allen Ratsuchenden eine individuelle und qualifizierte Beratung anbieten zu können. Die Beratung folgt daher einem einheitlichen Beratungsverständnis sowie einem definierten Beratungsprozess und stützt sich dabei auf für alle Beraterinnen und Berater verfügbare, einheitliche Wissensinhalte aus dem stiftungseigenen Wiki.

Um auf die individuellen Anliegen und Bedürfnisse der Ratsuchenden eingehen zu können, wird außerdem ein bedarfs- und bedürfnisorientierter Beratungsansatz verfolgt. Das heißt, die Ratsuchenden stehen mit ihren Anliegen stets im Mittelpunkt des Beratungshandelns. Die Beratungsziele und die eingesetzten Beratungstechniken orientieren sich dabei jeweils an den individuellen Bedürfnissen, Motiven und Ressourcen der Ratsuchenden. Die Beratenden berücksichtigen dabei die persönlichen Lebenszusammenhänge, die bisherigen Erfahrungen und Bewältigungsmuster sowie die Werte und Wünsche der Ratsuchenden, die als eigenständige Personen respektiert und als gleichwertige Kommunikationspartner anerkannt werden. Die Beratung erfolgt dazu auf Basis einer freundlich-zugewandten und personenzentrierten Grundhaltung, die

durch die drei Kernmerkmale Empathie (einführendes Verstehen), bedingungs-freie positive Beachtung (Wertschätzung/Akzeptanz) und Kongruenz in Handeln, Denken und Fühlen der Beraterinnen und Berater (Echtheit) gekennzeichnet sind.

Mit dem angewandten Ansatz der ressourcenorientierten Beratung werden außerdem die Ressourcen der Ratsuchenden anstelle von Defiziten ins Zentrum der Beratung gerückt. Der Ansatz geht davon aus, dass Menschen über weitgehende Kompetenzen und Fähigkeiten verfügen, um ihr Leben eigenständig zu bewältigen. Je nach den Erfordernissen der Beratungssituation lassen sich individuelle Ressourcen aktivieren, stärken und für die Problemlösung nutzbar machen. Zudem wird in der Beratung mit dem Ansatz der lösungsorientierten Beratung das Finden von Lösungen in den Mittelpunkt gestellt, weniger die Analyse von Problemursachen. Anstatt sich hauptsächlich mit den möglichen Ursachen eines Problems zu beschäftigen, legen die Beraterinnen und Berater den Fokus darauf, wie sich die Problemsituation am besten durch die Ratsuchenden selbst lösen und bewältigen lässt. Die Ressourcen, Potenziale und Stärken einer Person können dafür wichtige Ansatzpunkte liefern. Dieser Ansatz findet dazu ebenfalls entsprechende Kompetenzen bei den Mitarbeitenden mit mehreren Berufsabschlüssen, wie Pflegefachpersonen und mit einem Master of Public Health.

Empowerment und Stärkung der Gesundheitskompetenz

Das übergeordnete Ziel jeder Beratung ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Ratsuchenden: das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Im Sinne von Nutbeam (2000)¹ versteht die Stiftung UPD darunter auch Kompetenzen, Gesundheitsinformationen kritisch zu reflektieren. Darüber hinaus soll durch die Beratung auch die Rechtskompetenz der Ratsuchenden gefördert werden.

Rechtskompetenz in Gesundheitsfragen

Unter Rechtskompetenz* in Gesundheitsfragen versteht die Stiftung UPD die Fähigkeit, sich der eigenen gesundheitsrechtlichen Ansprüche bewusst zu sein und über Strategien zu verfügen, diese auch verfolgen zu können.

* Anmerkung: Unter „Rechtskompetenz“ versteht man allgemein das Ausmaß an rechtlichem Grundwissen, das notwendig ist, um sich in einem rechtlich geprägten System zurechtzufinden. (Vgl. z.B. American Bar Association (1989). Legal Literacy Survey Summary. Chicago: American Bar Association und Canadian Bar Association (1992). Reading the Legal World: Literacy and Justice in Canada. Report of the Canadian Bar Association Task Force on Legal Literacy. Ottawa: Canadian Bar Association.)

Durch die Stärkung ihrer Gesundheits- und Rechtskompetenz sollen die Ratsuchenden empowert werden, um gesundheitsrelevante Entscheidungen eigenständig treffen, ihre Rechte verfolgen und gesundheitsbezogene Herausforderungen unter Einbezug persönlicher, sozialer und institutioneller Ressourcen selbstbestimmt bewältigen zu können.

Beispielfall Rechtskompetenz und Lösungskommunikation

Häufig wenden sich Ratsuchende mit Fragen zum Thema Einsicht in die Patientenakte an die Unabhängige Patientenberatung – 2024 wurde dazu 1.475 mal beraten. Sie wissen oft nicht, dass ihnen dieses Recht zusteht oder sind daher nach Verweigerung oder Einschränkung der Einsicht in ihre Akte stark verunsichert und wissen nicht weiter. Die Patientenberater und -beraterinnen informieren die Ratsuchenden, dass sie ein (seit 2013 durch das Patientenrechtegesetz in § 630 g BGB gesetzlich normiertes) Recht auf unverzügliche und im Regelfall auch vollständige Einsicht in ihre Patientenakte haben. Sie erläutern auch die Möglichkeiten, das Einsichtsrecht durchzusetzen und können Musterschreiben an die Hand geben, die die Ratsuchenden befähigen, ihr Recht durchzusetzen.

lichen Patientenorganisationen sind an wesentlichen Stellen eingebunden: Ihnen steht das Vorschlagsrecht für die Vorstände zu und sie stellen sieben Mitglieder des fünfzehnköpfigen Stiftungsrates. Durch die Partizipation der Patientenorganisationen und ihrer Mitglieder soll die Zielrichtung der Stiftung UPD mit den unterschiedlichsten Praxiserfahrungen gestärkt werden. Mit hoher Priorität wird von allen der *Zweck der Stiftung zur unabhängigen, qualitätsgesicherten und kostenfreien Information und Beratung von Patientinnen und Patienten* vorangebracht.

Durch die Erfassung der in den Beratungen angefragten Themen soll und kann die Stiftung *Seismograf* für individuelle Bedarfe sein und daraus abgeleitet Hinweise auf strukturelle Probleme in der Gesundheitsversorgung geben. Beispiele können hierzu sein:

- Häufig gestellte Fragen zu medizinischen Behandlungsentscheidungen geben Hinweise auf Informationsbedarf oder fehlende Gesundheitskompetenz, um Risiken und Nutzen von Behandlungen realistisch einschätzen und abwägen zu können. Das gilt zum Beispiel in Hinsicht auf Operationen, aber auch für Arzneimittel oder alternativmedizinische Verfahren.
- Unklarheiten zeigen sich zumeist in Fragen zu Leistungen der Krankenkassen. So wissen Patientinnen und Patienten oftmals nicht, welche Ansprüche sie unter welchen Bedingungen haben und wie sie diese durchsetzen können. Das weist auf fehlendes Verstehen oder einen Bedarf an weiteren Informationen hin.
- Wenn Patienten Unzufriedenheiten und Beschwerden äußern, geschieht dies z.B. im Zusammenhang mit Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung mit Arztpraxen, mit fehlenden oder unklaren Anlaufstellen oder anderen Hürden, die den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung erschweren. Dies kann auf individuelle Schwierigkeiten bei der Suche oder für sie nicht auffindbare Wege ins Gesundheitssystem hinweisen.

Ziele der Stiftung und Visionen

Die Stiftung UPD besteht organisatorisch aus den Organen des zweifach besetzten Vorstands, einem Stiftungsrat und einem wissenschaftlichen Beirat. Die maßgeb-

Menschen, die zu Patientinnen und Patienten werden, sowie ihre sorgenden Lebenspartner, Eltern und Kinder sollen ihr Menschenrecht auf Gesundheit durch Hilfe bei der *Durchsetzung ihres Rechts*

1 Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

durch eine befähigende Beratung umsetzen können. Besonders diejenigen, denen dies aufgrund ihrer Krankheits- oder Lebenssituation oder aufgrund von Verständigungshürden schwerfällt, sollen die richtige Beratung finden können, sei es durch Angebote vor Ort oder durch gezieltes Lotsen. Unsere gemeinsame Chance ist, durch gute Gesundheitsinformationen und Beratung, einen Beitrag zur Vermeidung, Verschlimmerung und Begleitung von Krankheiten zu leisten und dabei die Eigenverantwortung der Bürgerinnen und Bürger durch die *Förderung ihrer Gesundheitskompetenz* und die *Vermittlung von Wissen* zu stärken.

Durch die *Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz*, der individuellen digitalen Befähigung, wo es schwerfällt, können Errungenschaften der Digitalisierung wie das eRezept, die elektronische Patientenakte oder Videosprechstunden in ihren positiven Auswirkungen bei Bürgern und Bürgerinnen ankommen. Eine dazugehörige Information und Beratung, notfalls jemand, der gemeinsam mit den Ratsuchenden nach Lösungen sucht, ist dafür für viele Menschen noch unabdingbar. Daher sind diese Themen auch für die z.B. in Mehrgenerationenhäusern stattfindenden Sprechstunden der Stiftung UPD besonders geeignet.

Die Stiftung verfolgt eine zukunftsorientierte Vision, um ihr Wissensmanagement weiterzuentwickeln. Ein zentraler Baustein dabei ist der geplante *Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI)*. Diese soll auf die qualitätsgesicherten Inhalte zugreifen und in der Lage sein, die Vielzahl an gesundheitsrechtlichen und gesundheitlichen Informationen intelligent zu verknüpfen und für die Beratung gezielt bereitstellen. Die eingesetzte Plattform des Wikis ermöglicht zukünftig diese stärkere Vernetzung der Wissensinhalte auch möglicherweise mit anderen Organisationen oder Akteuren der Beratung. Durch diese Zusammenarbeit könnten weitere externe evidenzbasierte Wissensressourcen eingebunden, durch die interne KI verarbeitet und für die

Beratungssituation verfügbar gemacht werden. Damit kann das Beratungsteam zukünftig Ratsuchende mit hoher Bündelung von Wissen noch effizienter unterstützen sowie sicher und ohne Verzögerung in Echtzeit durch das komplexe Gesundheitssystem navigieren.

Die immer noch weiter zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems, aber auch die vielfältigen Leistungen der Kranken- und Pflegekassen zur Prävention und Vorsorge von Erkrankungen, welche ihren Beitrag zur Kostensenkung bzw. zur unterstützenden Begleitung ermöglichen, erfordern neben dieser Bündelung von Wissen die dringend notwendige vernetzende und untereinander lotsende Patientenberatung. Die Stiftung sieht sich dazu als einen wertvollen Partner und Initiator in der *interprofessionellen und Sektorengrenzen überwindenden Zusammenarbeit* um möglichst viele Menschen zu erreichen.

Im Sinne dieses Verständnisses von *Gemeinwohlorientierung*: „Wir orientieren uns in unserem Tun konsequent am Wohl des einzelnen Menschen und seinen Bedürfnissen sowie an der Gesellschaft als Ganzes“ und mit allen Beteiligten gemeinsam, möchte die Stiftung Lösungen für die vielschichtigen Herausforderungen für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen umsetzen, dazu vorhandene Ressourcen bündeln und genau den Raum für die Ermöglichung von Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitssystem identifizieren und nutzbar machen.

Bei zunehmend personellen, wie auch finanziell begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen, möchte die Stiftung ihren Beitrag dazu leisten, dass durch *Unterstützung und Entlastung des Systems* durch qualifizierte unabhängige und lotsende Patientenberatung alle profitieren können.

Eine *patientenorientierte Herangehensweise*, die *Vermeidung von Fehlversorgung* sowie die *Etablierung einer Fehlerkultur* tragen maßgeblich dazu bei, Wohlbefinden und Lebensqualität

in Krankheitssituationen durch eine qualifizierte Beratung zu fördern.

Die unabhängige Patientenberatung, die jetzt als Stiftung etabliert wurde, ist eine bedeutende Errungenschaft, die vielen engagierten Personen zu verdanken ist. Jede und jeder wird oder ist bereits Patientin oder Patient und möglicherweise in Zukunft Sorge- und pflegebedürftig. Wie beruhigend ist es dabei zu wissen, dass es möglich ist in einem Netzwerk aus guter Beratung, Begleitung und Versorgung aufgefangen zu werden.

Wir erhoffen uns, dass die neue Stiftung UPD als diese stabile und wertvolle Errungenschaft für alle Akteure im Gesundheitswesen gesehen und anerkannt wird. Ihre Unabhängigkeit und ihre Rolle als professioneller Vermittler von seriösem Gesundheitswissen sehen wir auch als einen Beitrag mit Bedeutung für die Stabilität unserer Demokratie. Die gesetzliche Verankerung und Etablierung einer nachhaltigen Stiftung zur unabhängigen Patientenberatung in Deutschland in für viele Menschen unsicheren Zeiten bedeutet für die individuelle Situation die Chance zur Orientierung, die Verringerung von Ängsten durch fundiertes Wissen und die Vermittlung von Sicherheit im Gesundheitssystem. Durch die Stiftung UPD ist die Zukunft der Patientenberatung bereits jetzt neu erlebbar und ermöglicht einen Ausblick auf eine größere Patientenorientierung im Gesundheitssystem in Deutschland.

Anmerkung zum Schluss

Wir möchten dem gesamten Team der Stiftung UPD unseren herzlichen Dank aussprechen. Die vielen wertvollen und fachkundigen Beiträge haben maßgeblich zur Neuausrichtung der Stiftung beigetragen und ermöglichen erst unsere gemeinsame tägliche Arbeit. Ein besonderer Dank für ihre konstruktive Mitarbeit an diesem Artikel geht an Dr. Jonas Dietrich, Marco Grzybowski, Heike Morris, Dr. Johannes Schenkel, Josip Stjepanovic, Johannes Strotbek und Maria Hauk.

Patientenorientierung zwischen Versorgungsoptimum und Selbstbestimmung

DR. SIIRI-ANN DOKA

Referatsleiterin Gesundheits-
politik und Selbsthilfeförde-
rung BAG SELBSTHILFE.
eMail: siiri.doka@bag-
selbsthilfe.de

Büro Berlin: Mariendorfer
Damm 159, 12107 Berlin

Allgemein besteht Einigkeit, dass sich die Gesundheitsversorgung an den Belangen der Patientinnen und Patienten ausrichten sollte. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Patientinnen und Patienten stärker an der Ausgestaltung ihrer Behandlung beteiligt werden; auch die Einbeziehung von Patientinnen und Patienten an der Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen hat sich bewährt und sollte ausgebaut werden.

I. Einleitung

Vergleicht man die Patientenorientierung im Gesundheitswesen mit der Situation von vor 20 Jahren, hat sich einiges verbessert: Die Diskussion um die Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patient*innen und Einrichtungen hat an Fahrt aufgenommen, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit – wie etwa der Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit – wurden geschaffen und die Patientenperspektive wird in viele Gremien des Gesundheitswesens einbezogen. Über das Patientenrechtegesetz I hat das Shared Decision Making Einzug in das BGB erhalten – wenn auch noch als Soll-Vorschrift (§ 630c Abs. 1 BGB).

Gleichzeitig steigt der Druck zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens immer mehr, was oft der Patientenorientierung zuwiderläuft, etwa wenn kaum noch Zeit für Gespräche mit den Patientinnen und Patienten vorhanden ist. Viele Einrichtungen der Gesundheitsversorgung fokussieren sich stärker auf die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter und ihre wirtschaftliche Situation als auf die Bedürfnisse ihrer Patienten. Oft sind die Abläufe auf das wirtschaftliche Funktionieren der jeweiligen Systeme und das Halten der Mitarbeiter ausgerichtet; für Patienten kann dies aber zur Folge haben, dass selbst medizinische Selbstverständlichkeiten nicht oder zu spät erfolgen, wie etwa die fehlende Mitteilung auffälliger Befunde wegen Überlastung des

Personals oder eine Vermittlung einer Krebsdiagnose durch den Arzt nach einem positiven schriftlichen Befund erst fünf bis sechs Wochen später.

Dabei sind im Grunde alle daran interessiert, die Gesundheit der Betroffenen zu verbessern. Irrtümlich gehen aber viele im Gesundheitswesen Tätige aber davon aus, die Erfahrung von Krankheit zu verstehen. Gleichzeitig ist das Wissen um die medizinischen und wissenschaftlichen Grundlagen von Krankheit oder Pflege nicht das gleiche wie es das Gefühl, akut mit einer schweren Diagnose konfrontiert zu sein oder mit einer chronischen Krankheit zu leben. Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, erleben selten die Frustrationen und Herausforderungen, die damit verbunden sind, eine adäquate zeitnahe Gesundheitsversorgung zu erhalten; erst wenn sie selbst oder ein Familienmitglied erkranken, werden ihnen die Schwierigkeiten bewusst, die ein hochkomplexes und durch wirtschaftliche Zwänge geprägtes Gesundheitssystem für Patienten mit sich bringt.

Oft ist es nicht ungewöhnlich, dass professionell im Gesundheitssystem Tätige denken, dass sie für ihre Patienten sprechen können, weil sie selbst viele Patienten behandelt haben. Das ist jedoch ein grundsätzlicher Irrtum. Um eine wirklich gute Gesundheitsversorgung zu erreichen, braucht es die gebündelten kollektiven, aber auch die individuellen Erfahrungen von Patienten als Input, da diese Erfahrungen eben ein ganz spezi-

eller Blickwinkel sind und nicht durch den Blick von außen zu ersetzen sind.

Ein Beispiel hilft, dies zu verstehen: In einer Studie über Faktoren, die die Wahl einer Lumpektomie¹ vs. einer Mastektomie beeinflussen, waren Patientinnen deutlich seltener als Ärztinnen bereit, die Erhaltung der Brust als ein vorrangiges Ziel bei der Wahl der Operation zu betrachten (7% vs. 71, 95% KI des Unterschieds: 92, 37). Dies geschah vor allem vor dem Hintergrund, dass Patientinnen begriffen, dass eine Lumpektomie zu höheren Rezidivraten führen kann und damit das Risiko für eine Chemotherapie oder Operation in der Zukunft beinhaltet; ihre Chirurgen nahmen jedoch an, dass die einzigen

von den Werten des betroffenen Patienten geleitet sind.³ In der Zielrichtung ist dieser Definition zuzustimmen, soweit es darum geht, den traditionellen, paternalistischen und krankheitsorientierten Versorgungsansatz hin zu einem Ansatz zu verändern, in welchem die individuellen Präferenzen, Bedürfnissen und Werten des einzelnen Patienten jede Phase der medizinischen Konsultation, Behandlung und Nachsorge lenken.⁴

Gleichzeitig verkürzt diese Definition aber auch den Begriff der Patientenzentrierung aus diesseitiger Sicht auf die Respektierung der Wünsche des Patienten. Eine Versorgung muss auch dann patientenorientiert und patientenzentriert sein, wenn der Patient keine oder nur unspezifische Wünsche hat. In diesem Sinne versteht das US-amerikanische Institute of Medicine (heute National Academy of Medicine, NAM) zu Recht an anderer Stelle unter Patientenorientierung eben auch eine sichere, wirksame, zeitgerechte, effiziente und gerechte Versorgung von Patient*innen.⁵

In diesem Sinne soll im Folgenden nach der Darstellung der Elemente der Patientenorientierung/Patientenzentrierung im engeren Sinne auch unter Punkt III. das Versorgungsoptimum als Maßgabe einer Patientenorientierung im weiteren Sinne dargestellt werden.

Allgemein⁶ werden mehrere konkrete Felder genannt, in denen die Patientenorientierung im engeren Sinne vorangetrieben werden kann und muss:

1. Information, Aufklärung und Shared Decision Making

In Bezug auf ihre Gesundheit wollen die Menschen in der Regel wissen, wie die Diagnose ist, welche Prognose sie in der Zukunft haben und was genau sie veranlassen müssen, um mit der Krankheit umgehen zu können. Immer wieder wird in der Selbsthilfe festgestellt, dass herkömmliche Informationsmaterialien zu sehr auf Akademiker zugeschnitten sind, ausschließlich den Krankheits- und nicht den Alltagsaspekt beleuchten und die besonderen Informationsbedürfnisse bestimmter Gruppen (wie etwa Kinder) nicht berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund werden Informationen der Selbsthilfe selbst von Betroffenen häufig gegengelesen, um sicherzustellen, dass sie

für die jeweilige Zielgruppe interessant und verständlich sind.

Doch jenseits von schriftlichen Informationen sind Informationsbedürfnisse der Patienten oft durch einen Wunsch nach persönlicher Beratung ihres Gesundheitsproblems geprägt. Nach wie vor ist dabei der Arzt der erste Ansprechpartner für Patienten. Das Problem: Arztgespräche sind vielfach von Zeitmangel geprägt, die Informationen häufig für Patienten nicht verständlich; hinzu kommt die Erfahrung, dass Gespräche beim Arzt oft nicht barrierefrei sind, also etwa keine leichte Sprache verwendet wird oder adäquat auf die Bedarfe von Menschen mit Höreinschränkungen eingegangen wird. Was vielen Ärztinnen und Ärzten aber offenbar nicht bewusst ist: Ohne solche verständlichen Aufklärungsgespräche ist das Recht auf eine informierte Einwilligung nicht gewährleistet. Auch ein Shared Decision Making im Sinne des § 630c BGB ist nur möglich, wenn der Arzt auf verständliche Art und Weise kommuniziert.

Generell ist das Recht der Patienten auf eine informierte Entscheidungsfindung zwar allgemein anerkannt, wird aber nicht immer gut umgesetzt. Leider illustrieren Studien aus den USA dieses Problem:

„Eine Analyse von Tonbandaufzeichnungen von Begegnungen zwischen Patienten und ihren Hausärzten oder allgemeinen und orthopädischen Chirurgen ergab, dass insgesamt nur 9 Prozent der Definition der Autoren von vollständig informierter Entscheidungsfindung ent-

Oft denken professionell im Gesundheitssystem Tätige, dass sie für ihre Patienten sprechen können, weil sie selbst viele Patienten behandelt haben.

Informationen, die wichtig waren, die Mortalitätswerte waren.²

Es wird insoweit deutlich, dass die Patientenorientierung bzw. die Patientenzentrierung einer Einrichtung eben nicht durch Behandler festlegbare Wohlfahrt gegenüber den Patienten sein kann, sondern nur auf individueller Ebene durch ein Zuhören bzgl. der Erfahrungen und Wünsche der Patienten und auf kollektive Ebene durch die Diskussion mit Patientenvertretern gelingen kann.

II. Patientenorientierung, Patientenzentrierung und Selbstbestimmung

Doch was sind die Elemente von Patientenorientierung und Patientenzentrierung überhaupt und welche Unterschiede gibt es zwischen den Begriffen?

Eine klare anerkannte Definition gibt es weder zum Begriff der Patientenorientierung noch zu dem der Patientenzentrierung; häufig werden beide Begriffe synonym verwendet. So beschrieb etwa das Institut of Medicine (IOM, 2001) die patientenzentrierte Versorgung als Versorgung, die respektvoll gegenüber dem Patienten ist und auf individuelle Präferenzen, Bedarfe und Werte eingeht und bei der alle klinischen Entscheidung

- 1 Doccheck: Die Lumpektomie ist ein Operationsverfahren der brusterhaltenden Therapie (BET) beim Mammakarzinom. Sie umfasst die chirurgische Entfernung des Tumorknotens unter Mitnahme des umgebenden gesunden Gewebes, zit. nach <https://flexikon.doccheck.com/de/Lumpektomie>, abgerufen am 14.3.2025
- 2 Beschreibung der Studie nach Susan Edgman-Levitan, Steven C. Schoenbaum, Israel Journal of Health Policy research, 10, 21, zit. nach <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-021-00459-9>, abgerufen am 14.3.2025
- 3 Institute of Medicine, zitiert nach CoReNet, Universität Köln, Factsheet, zit. nach https://www.core-net.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2020/08/Factsheet_Patientenzentrierung.pdf, abgerufen am 14.3.2025
- 4 Committee on Quality of Health Care in America – Institute of Medicine 2001: zit. nach <https://www.mwv-berlin.de/meldung/?id/336> abgerufen am 14.3.2025
- 5 Doctolib, zit. nach <https://info.doctolib.de/blog/patientenorientierung-definition-und-beispiele/m.w.N.>, abgerufen am 14.3.2025
- 6 Vgl. NIH, National Library of Medicine, Crossing the Quality Chasm, A new Health Care System for the 21 Century, zit. nach <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/#ddd00039>, abgerufen am 14.3.2025

sprachen (Braddock et al., 1999). In einer anderen Studie über die Interaktion zwischen Arzt und Patient während eines Besuchs bei einem Facharzt für allgemeine Innere Medizin hörten die Ärzte den Anliegen der Patienten durchschnittlich 18 Sekunden lang zu, bevor sie sie unterbrachen (Beckman und Frankel, 1984).⁴⁷

Auch wenn es sich um schon etwas ältere Studien aus den USA handelt, stützen die Rückmeldungen von Patienten aus der aktuellen Versorgung bedauerlicherweise diese Befunde.

Doch was kann dagegen unternommen werden?

Sinnvoll können folgende Maßnahmen sein (ähnlich auch NeJM Catalyst⁸):

- Ärzte sollten Empathie, Zwei-Wege Kommunikation (Teach Back), einfache Sprache und Augenkontakt praktizieren. Gerade bei schwierigen Diagnosen kann es sein, dass die Betroffenen so mit der Verarbeitung der Emotionen beschäftigt sind, dass sie wichtige Informationen nicht mitbekommen. Insofern sollte also zurückgefragt werden, ob das Mitgeteilte verstanden wurde. Aus der Erfahrung der Selbsthilfe sollten derartige Kommunikationsfähigkeiten bereits im Medizinstudium adressiert und gelehrt werden.
- Barrierefreie Kommunikation sollte ebenfalls in seinen verschiedenen Dimensionen (leichte Sprache, Verwendung von Tools bei Menschen mit Hörschädigungen) im Medizinstudium und der Weiterbildung gelehrt werden.
- Verweise auf neutrale Informationsangebote wie etwa Entscheidungshilfen des IQWiG
- Ein breiterer Blick auf die Bedürfnisse der Patienten, etwa Verweise auf Peer-Support Angebote, Informationen und Beratungen der Selbsthilfe, Sozialarbeiter, Finanzberater oder Sprach- und Alphabetisierungsprogramme
- Einbeziehung von technologiebasierten Werkzeugen, etwa um Informationen zu ihren Werten zu erhalten und selbst ihren Gesundheitszustand überwachen zu können.

2. Respekt vor den Werten, Präferenzen und Bedürfnissen der Patient*innen

Eine patientenzentrierte Versorgung sollte individuell auf die Wünsche, Bedürf-

nisse und Vorlieben eines jeden Patienten eingehen. Während manche Patienten Risiken eher vermeiden, entscheiden sich andere doch für einen riskanten Eingriff, obwohl die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens relativ gering ist. Ferner sollte allen bewusst sein, dass sich die Präferenzen der Patienten im Laufe der Zeit ändern können; insofern ist die gemeinsamen Entscheidungsfindung eine dynamische Tätigkeit, die sich mit den Umständen oder dem Zeitablauf verändern kann.

3. Koordinierung der Versorgung

Insbesondere bei schwereren Erkrankungen ist es wichtig, dass die Versorgung gut koordiniert wird und zeitnah erfolgt. Viele Patient*innen kämpfen bereits mit der Erkrankung und deren Auswirkungen; die Energie, sich mit dem Management ihrer Erkrankung in einem von wirtschaftlichen Interessen geprägten Gesundheitssystem zu befassen, haben viele Patient*innen nicht. Hinzu kommt, dass sie meist weder die Handlungslogiken des Systems noch die Informationslage der befassten Ärzte überblicken. Hier kann die Digitalisierung mit ePA eine wichtige Entlastung für Patienten und Ärzten bieten.

Gleichzeitig liegen in dieser Vulnerabilität der Patienten auch besondere Risiken, dass sie nicht den Versorgungsort erreichen, der für sie und ihre Erkrankung der richtige Ort wäre. So wird vielfach berichtet, dass etwa Patienten mit einem diabetischen Fuß viel zu schnell in der Chirurgie eines Krankenhauses landen – mit der Folge einer Amputation. Durch eine gute Wundbehandlung in einem Wundzentrum wäre dies oft zu vermeiden.

Vor diesem Hintergrund muss ein Fokus der patientenzentrierten Versorgung darauf liegen sicherzustellen, dass Patient*innen zeitnah die Versorgung an dem Versorgungsort erhalten, der für sie der geeignetste ist.

4. Am Ende des Lebens: Adäquate Schmerzbehandlung und bessere Vernetzung mit ambulanten SAPV-Teams

Nach wie vor ist die Schmerzbehandlung bei vielen Patienten noch unzureichend; auch am Ende des Lebens werden häufig noch unzureichend Schmerzmittel verabreicht. Ferner sterben nach wie vor viele

Menschen im Krankenhaus und nicht zu Hause, was jedoch der ganz überwiegende Wunsch der Patienten ist. Hier ist es dringend erforderlich, eine bessere Vernetzung mit Hausärzten und lokalen SAPV-Teams herzustellen, damit auch insoweit die Wünsche der betroffenen Patienten umgesetzt werden können.

5. Emotionale Unterstützung und Einbindung von Familie und Freunden

Krankheiten sind oft mit enormen Ängsten und Befürchtungen verbunden, nicht nur bei den Patienten, sondern bei Familien und Freunden. Dabei betreffen die Ängste oft nicht nur die körperliche Entwicklung, sondern auch finanzielle Auswirkungen oder Auswirkungen auf den Alltag. Gleichzeitig gibt es in dem Bereich ein zivilgesellschaftliches Netz wie etwa die Selbsthilfe, das sowohl für die Betroffenen als auch die Familien entlastend wirken kann und Hilfestellungen und Informationen für die Alltagsbewältigung und sozialrechtliche Herausforderungen bietet. Zudem kann dieser Abbau von Ängsten auch durchaus kostenreduzierend wirken, etwa weil dann weniger Krankenhauseinweisungen wegen der besseren Einschätzung der Symptome und des Verlaufs stattfinden. Hier müsste eine bessere Vernetzung und Weiterverweisung aus den ambulanten und stationären Sektoren mehr zum Standard werden.

6. Patientebefragungen und Feedback

Die Einholung von Feedback von Patienten und die Einbeziehung von Patientenvertretungen kann sowohl kollektiv im System als auch selektiv bzgl. der entsprechenden Einrichtung helfen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und sicherzustellen, dass die Versorgung den Bedürfnissen der Patient*innen entsprechen. Dies kann beispielsweise über Patient Reported Outcomes mit validierten Fragebögen geschehen. Dabei soll-

7 NIH, National Library of Medicine, Crossing the Quality Chasm, A new Health Care System for the 21 Century, zit. nach <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222265/#ddd00039> abgerufen am 20.3.2025

8 NeJM Catalyst, What is Patient-Centered Care? Zit. nach <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0559> abgerufen am 20.3.2025

ten die Patientenbefragungen vor allem auch die Koordinierungsleistung und den Übergang zwischen den Sektoren beleuchten, da gerade in diesen Bereichen erhebliche Probleme auftreten.

7. Fazit

Patientenzentrierung in der Versorgung kann nur gelingen, wenn das System insgesamt transparenter mit seinen Versorgungsangeboten umgeht und Patientinnen und Patienten über passend ausgestaltete Informationsangebote überhaupt in die Lage versetzt, ihre Möglichkeiten realistisch und evidenzbasiert einzuschätzen. Gleichzeitig muss das System insgesamt offener werden. Zum einen braucht es eine stärkere Bereitschaft zum Zuhören: Dies kommt zum einen der besseren Diagnosestellung zugute; nach wie vor dauert es nach Aussage der Deutschen Rheuma Liga etwa 8-10 Jahre, bis Betroffene bei Morbus Bechterew beim Facharzt in Behandlung kommen. Zum anderen können nur über eine bessere Kommunikation die Wünsche und Bedarfe der Patienten geklärt werden, die für eine patientenzentrierte Versorgung essentiell sind. Schließlich bedarf es einer besseren Vernetzung mit anderen Versorgungsangeboten, damit Betroffene und ihre Familien Unterstützung und Hilfestellungen in der Gestaltung ihres Alltags erhalten.

III. Versorgungsoptimum als Teil der Patientenorientierung

Wie bereits eingangs dargestellt, ist die Qualität der Versorgung und die Selbstbestimmung der Patienten nicht von der Patientenorientierung zu trennen. Patient*innen wollen in erster Linie eine qualitativ gute Versorgung; immer wieder zeigen Umfragen auch in der Selbsthilfe, dass es für Patient*innen wichtiger ist, eine qualitativ hochwertige Versorgung in einiger Entfernung zum Wohnort zu erhalten als eine wohnortnahe Versorgung mit qualitativen Abstrichen.

Wie bereits dargestellt wurde, ist es nicht zwangsläufig so, dass Patienten nach entsprechender Aufklärung und Information die teuerste und neueste

Behandlungsmethode wählen, sondern durchaus – je nach Prioritäten und Lebenseinstellung – auch ältere oder nicht invasive Behandlungsmaßnahmen vorziehen.

Doch was sind die Elemente eines Versorgungsoptimums für Patienten?

1. Zugänglichkeit zur Versorgung

Zentrales Element einer Versorgungsoptimums ist die Möglichkeit eines zeitnahen Zugangs zu einer Behandlung. Dabei gibt es derzeit zwei Aspekte, die Patient*innen den Zugang zur Versor-

Patientenzentrierung kann in der Versorgung nur gelingen, wenn Patientinnen und Patienten über passende Informationsangebote in die Lage versetzt werden, ihre Möglichkeiten realistisch und evidenzbasiert einzuschätzen.

gung erschweren: Zum einen nehmen viele Praxen der ambulanten Versorgung keine neuen gesetzlich versicherten Patienten mehr auf, Facharzttermine sind für diese Gruppe oft nur mit monatelangen Wartezeiten zu erhalten. Zudem scheint es inzwischen immer wieder vorzukommen, dass Praxen Termine an gesetzliche Versicherte nur dann vergeben, wenn diese bereit sind, als Selbstzahler die Kosten nach der GOÄ zu erstatten. Neben all diesen Hürden fehlt es zudem an einer Barrierefreiheit vieler Arztpraxen, so dass Patienten mit Behinderungen noch schwerer einen Arzt finden, der sie behandeln kann.

All dies führt dazu, dass Menschen zunehmend auch bei ambulanten Problemen in der Notaufnahme vorstellig werden – mit der Folge deutlich höherer Kosten. Eine bessere Zugänglichkeit zur ambulanten Versorgung würde daher voraussichtlich zu Kosteneinsparungen beitragen. Ferner kann die fehlende oder verzögerte Zugänglichkeit auch zur Folge haben, dass Diagnosen verspätet gestellt oder Behandlungen zu spät eingeleitet werden – mit der Folge, dass Patienten unnötig leiden und das Gesundheitssystem unter Umständen vermeidbare Aufwendungen hat.

2. Patientensicherheit

Für Patienten ist es überlebenswichtig, dass die im Gesundheitssystem Handelnden proaktiv Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung von Patienten frühzeitig identifizieren, analysieren und korrigieren, um Schädigungen zu vermeiden. Dazu bedarf dringend einer Fehlerkultur, in der gleichzeitig Strategien zum Umgang mit gemachten Fehlern und zur Verhinderung von Fehlern im Sinne eines Risikomanagements entwickelt werden. Auf die entsprechenden Vorschläge des Aktionsbündnisses Patientensicherheit wird verwiesen⁹; deren Umsetzung muss (weiterhin) dringend vorangetrieben werden.

3. Qualität der Versorgung, Effizienz und interdisziplinäre Zusammenarbeit

Das deutsche Gesundheitssystem krankt derzeit weniger daran, dass es keinerlei hochwertige Gesundheitsversorgung für bestimmte Erkrankungen gibt. Vielmehr ist häufig das Problem, dass Patienten nicht an dem Ort der Versorgung landen, der für sie und ihre Erkrankung ideal wäre. Hinzu kommt, dass die unzureichende Digitalisierung in der Praxis zu zusätzlicher Arbeit bei Pflegepersonal und Ärzt*innen führt, die wiederum in der Patientenversorgung fehlt. Hinzu kommen fehlende oder unzureichende Informationen über positive Befunde, die den Patienten nicht oder in unverständlicher Weise mitgeteilt werden. Insgesamt wird auch immer wieder zurückgemeldet, dass Fehlversorgungen deswegen stattfinden, weil die entsprechenden Spezialkenntnisse fehlen oder nicht weiter an spezialisierte Einrichtungen verwiesen wird; auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktioniert wohl nicht immer so, wie dies wünschenswert wäre.

Schließlich gibt es leider auch eine erhebliche Über- und Fehlversorgung sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, etwa unnötige bildgebende Maßnahmen oder vermeidbare Wirbelsäulenoperationen. Bei letzterem kann das neu geschaffene Zweitmeinungsverfahren sicherlich eine Hilfestellung zur Vermeidung unnötiger Operationen sein, die Evaluation wird allerdings noch zeigen,

⁹ APS, Handlungsempfehlungen, zit. nach <https://www.aps-ev.de/patientensicherheit/fachinformationen/handlungsempfehlungen/>, abgerufen am 21.3.2025

ob diese Verfahren tatsächlich in der Praxis bei den Patienten angekommen sind.

Ein weiteres Problem aus der derzeitigen Versorgung ist die Fallgestaltung, dass manche Diagnose- oder Behandlungsmethoden zwar in der Leitlinie, aber nicht im EBM- Erstattungskatalog enthalten sind (z.B. multiparametrisches MRT zur Vermeidung von Biopsien beim Prostatakrebs). Wenn Ärzte dann die Patienten entsprechend über diese Möglichkeit informieren und aber gleichzeitig das

in internationalen Rankings regelmäßig schlecht abschneidet. So erzielte etwa Großbritannien mit einer Kombination aus hohen Tabaksteuern, umfassenden Werbeverböten und der Einführung von Standardverpackungen große Erfolge.¹⁰

Damit Krankheiten gut behandelbar sind, ist es meist wichtig, diese bereits in einem frühen Stadium festzustellen. Vor diesem Hintergrund gehören Maßnahmen der Sekundärprävention, also der Früherkennung von Krankheiten, zentral zu einer optimalen Gesundheitsversorgung dazu. Bei der Erstellung solcher Programme ist aus diesseitiger Sicht darauf zu achten, dass die Patienten verständliche und barrierefreie Informationen zu Schaden und Nutzen des Programmes an die Hand bekommen, wie etwa die derzeitigen Informationen des IQWiGs. Gleichzeitig ist es aber auch hier ein zunehmendes Problem in der Umsetzung, dass Patienten einem Hinweis

durchgeführt wird und wer die entsprechenden Informationen zu der Anzahl nicht findet, der wird – leider – oft eine schlechtere Versorgung erhalten als dies notwendig wäre. Damit entsteht eine andere Form des 2-Klassen Systems, die nicht unbedingt mit den finanziellen Ressourcen zusammenhängt, sondern eher mit Kenntnissen und Verbindungen, das aber ebenfalls mit einer gerechten Gesundheitsversorgung wenig zu tun hat.

Vor diesem Hintergrund ist es von hoher Bedeutung, dass die Transparenz und Verständlichkeit der Einrichtungen des Gesundheitssystems erhöht wird; dabei ist es oft gar nicht notwendig, neue Informationen zu schaffen, häufig sind diese sogar vorhanden (wie etwa Entscheidungshilfen des IQWiG), werden nur nicht kommuniziert. Generell kann es dabei helfen, niedrigschwellige Beratungsangebote zu schaffen, die die Menschen dort abholen, wo sie sich aufhalten, nämlich in den entsprechenden Communities.

Was die Navigation durch das Gesundheitssystem betrifft, so kann die angestrebte Krankenhausreform sicherlich Chancen bieten, dass Betroffene in Zukunft eher an den Versorgungsorten landen, die die für sie geeignete qualitativ hochwertige Versorgung bietet. Es ist dabei aber darauf zu achten, dass bestehende gute Versorgungsangebote nicht zerstört werden.

Ferner sollte bei einer Reform der Notfallversorgung und des Rettungsdienstes darauf geachtet werden, dass bei einer Verweisung in den ambulanten Sektor dann auch zeitnahe Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Gefährlich aus Patientensicht ist zudem die Entwicklung, die Betroffenen an den Kosten eines Rettungseinsatzes zu beteiligen. Gerade solche Einsätze erfolgen üblicherweise in Situationen, in denen eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit der Betroffenen besteht; stellt man diese unter die Maßgabe der Kostenbeteiligung, besteht die Gefahr, dass entsprechende Anrufe des Rettungsdienstes in Zukunft nicht erfolgen. Streitigkeiten zwischen Kostenträgern dürfen nicht zu Lasten der Gesundheit der Patienten ausgetragen werden.

Ohne Gesundheitskompetenz entsteht eine Form des 2-Klassen Systems, die nicht unbedingt mit finanziellen Ressourcen zusammenhängt, sondern mit Kenntnissen und Verbindungen. Mit einer gerechten Gesundheitsversorgung hat das wenig zu tun.

Ganze nur als IGEL-Leistung verfügbar ist, verunsichert dies Patienten massiv und kann auch das Vertrauensverhältnis zum Arzt beeinträchtigen.

Aus diesseitiger Sicht sollte insoweit zumindest einmal ein neutrales Portal geschaffen werden, in dem klar dargestellt wird, welche IGEL-Leistungen sinnvoll sein können, welche kostenlosen Alternativen es für sie gibt und welche IGEL-Leistungen unnütz oder gar schädlich sein können. Der vorhandene IGEL-Monitor zeigt diese Unterschiede leider nicht hinreichend auf; zudem stellt sich hier auch die Frage nach der Neutralität der Bewertungen.

4. Prävention

Zu einer optimalen Versorgung gehören auch sämtliche Formen der Prävention, zumal diese dann auch das Gesundheitssystem auf längere Zeit entlasten und gleichzeitig Leid verhindern können. Dabei ist längst anerkannt, dass die Primärprävention am erfolgsversprechenden im Sinne einer Health in all Policies mit Setting-Ansätzen funktioniert, also durch die Veränderung der Anreize in der Umgebung des Versicherten – auch mit Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssystems. Hier gibt es noch viel zu tun, insbesondere für den Bereich der Tabakprävention, in dem Deutschland

auf die Möglichkeit einer Früherkennung oft nicht oder nur in ferner Zukunft einen Termin für diese Früherkennungsuntersuchung erhalten.

Schließlich ist auch die Tertiärprävention ein wichtiges Element eines Versorgungsoptimums. Denn durch sie kann eine Verschlimmerung der Erkrankung verhindert werden. Voraussetzung für das Gelingen dieser Tertiärprävention ist jedoch die bereits angesprochene zeitnahe Zugänglichkeit des Gesundheitssystems für alle.

5. Förderung der Gesundheitskompetenz der Einrichtungen des Gesundheitssystems

Die Gesundheitskompetenz von Organisationen bezieht sich auf die Fähigkeit von Institutionen, gesundheitsrelevante Informationen effektiv zu kommunizieren, Gesundheitsressourcen bereitzustellen und eine gesundheitsfördernde Umgebung zu schaffen.

Zu einer selbstbestimmten Entscheidung über das Ausmaß und die Art der Versorgung gehört derzeit vielfach eine gewisse Kenntnis über die Strukturen und Abläufe des Gesundheitssystems. Wer nicht weiß, dass der Erfolg einer Operation auch durchaus von der Häufigkeit abhängen kann, mit der die Operation

¹⁰ Universitätsklinikum Bonn, Weltnicht- rauchertag 2024, zit. nach <https://www.kabinett-online.de/bonn/weltnichtrauchertag-2024-universitaetsklinikum-bonn-bemaengelt-die-bisherigen-massnahmen-gegen-tabakkonsum/>, zuletzt abgerufen am 21. 3.2025

6. Technologische Integration

Dabei kann auch der Einsatz moderner Technologien, wie Telemedizin und elektronische Gesundheitsakten, die Effizienz und Qualität der Versorgung verbessern, die Information der Patienten und den Zugang zu den richtigen Versorgungsorten erleichtern. Es ist jedoch bei der Festlegung solcher Patientenzugangspfade in der ePA darauf zu achten, dass medizinische und nicht wirtschaftliche Bedingungen ausschlaggebend für die Schaffung dieser Pfade sind.

7. Fazit

Auch wenn allgemein mit dem Wort des Versorgungsoptimums Kostensteigerungen verbunden werden und reflexhaft auf das Wirtschaftlichkeitsgebot verwiesen wird, haben die Ausführungen zeigen können, dass das Erreichen eines Versorgungsoptimums und einer Patientenorientierung des Gesundheitssystems nicht unbedingt mit Kostensteigerungen verbunden sein muss. Vielmehr können durch eine bessere Vernetzung, eine sinnvolle Digitalisierung und eine bessere Prävention durchaus auch Kosten

eingespart werden, die derzeit unnötig verausgabt werden. Nicht umsonst ist das deutsche Gesundheitssystem eines der teuersten bei gleichzeitig eher durchschnittlicher Lebenserwartung.

IV. Folgerungen

Aus der Sicht der Patienten muss gewährleistet sein, dass sie eine medizinische optimale und patientenzentrierte Versorgung unter Respektierung ihres verfassungsrechtlich geschützten Selbstbestimmungsrechtes erhalten. Das Leitbild der Versorgung sollte das des mündigen Patienten sein, die Transparenz des Gesundheitssystems sollte daher dringend erhöht werden.

Gleichzeitig muss die auch die Versorgung derjenigen medizinisch optimal ausgestaltet sein, die eben das angestrebte Wunschbild des mündigen Patienten nicht erfüllen. Oder wie eine Vertreterin der Selbsthilfe einmal meinte: „Die größten Sorgen machen mir die Patienten außerhalb der Selbsthilfe“. Denn viele Menschen sind mit der gleichzeitigen Bewältigung der körperlichen Krankheitsfolgen und dem Management der

eigenen Erkrankungen überfordert; sie müssen so durch das Gesundheitssystem geleitet werden, dass sie eine medizinisch optimale Versorgung am richtigen Versorgungsort erhalten. Eine Einschränkung von Angeboten unter dem Begriff der Eigenverantwortung ist in diesem Zusammenhang nicht hinnehmbar: Krankheit und Gesundheit sind keine durch den Patienten steuerbaren Ereignisse; allenfalls eine Mitverantwortung, etwa durch Rauchen, kann bei manchen Erkrankungen eine Rolle spielen. Eine Einschränkung des Leistungsumfanges aufgrund dieser Mitverantwortung dürfte jedoch nur dazu führen, dass vorherige Suchterkrankungen nicht mehr kommuniziert werden und ist deswegen nicht sinnvoll.

Generell wird ein Erreichen eines weitgehend umgesetzten Versorgungsoptimums aufgrund der endlichen Ressourcen und der demografischen Entwicklung nur gelingen, wenn die Aufmerksamkeit verstärkt auf den Bereich der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gerichtet wird und dies im Sinne eines Health in all Policies als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definiert wird.

Patient im Mittelpunkt – aber wo genau? Ein kritischer Blick auf Patientensicherheit und Patientenzentrierung

DR. RUTH HECKER

Vorsitzende Aktionsbündnis
Patientensicherheit e.V.
Chief Patient Safety Officer
Universitätsklinik Essen

Das provokante Zitat „Der Patient steht im Mittelpunkt – und da steht er im Weg“ regt zum Nachdenken an und wirft wichtige Fragen auf. Besonders deutlich treten Spannungsfelder in Bereichen wie der Patientensteuerung, dem Spannungsverhältnis zwischen Datenschutz und Patientensicherheit, dem Shared Decision Making, der Digitalisierung sowie der Finanzierung unseres Gesundheitssystems zutage. Im Rahmen unserer Arbeit beim Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) verstehen wir unter Patientensicherheit die Gesamtheit aller Maßnahmen, die darauf abzielen, unerwünschte Ereignisse und Schäden in der Gesundheitsversorgung zu vermeiden – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen.

Das Zitat „Der Patient steht im Mittelpunkt und da steht er im Weg“ wirft provokativ die Frage auf, ob unser Gesundheitswesen die Patientinnen und Patienten tatsächlich ernst nimmt oder sie eher als störenden Faktor im Ablauf begreift. Diese Spannung wird besonders deutlich, wenn wir die aktuellen Diskussionen rund um die Themen Patientensteuerung, Datenschutz versus Patientensicherheit, Shared Decision Making, Digitalisierung, Finanzierung des Gesundheitssystems uvm. verfolgen.

2025 „feiert“ das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) sein 20jähriges Bestehen und damit 20 Jahre Engagement für das Thema Patientensicherheit. Im Rahmen unserer Arbeit beim APS definieren wir Patientensicherheit als Gesamtheit aller Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Schäden in der Gesundheitsversorgung – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende. Dazu gehören ein effektives Fehlermanagement, eine offene Sicherheitskultur, klare Kommuni-

kation, evidenzbasierte Standards und insbesondere die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten. Die Sicherheit der Mitarbeitenden ist gleichbedeutend wichtig, da das Verständnis von interprofessionellem Arbeiten im Team, guten Arbeitsbedingungen, Schutz vor Überlastung und klaren Prozessen die Versorgungsqualität und Patientensicherheit direkt beeinflussen.

Patientensicherheit wird von uns als gesamtgesellschaftliche Verantwortung gesehen, was von jeder einzelnen Person bis zum politischen System entsprechende Handlungskonsequenzen bedeutet.

Die World Health Organization (WHO) hat den Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030 ins Leben gerufen, in dem die Einbindung von Patientinnen und Patienten und ihren Familien als Partner für eine sichere Versorgung zu den sieben zentralen Leitprinzipien zählt. Die Patientinnen und Patienten und ihre sichere Versorgung stehen hierbei immer im Mittelpunkt. Das heißt aber auch, dass Patientinnen und Patienten nicht nur ein Recht haben,

eingebunden zu werden, sondern auch eine Pflicht haben, ihren Anteil für mehr Patientensicherheit ebenfalls zu erfüllen, indem sie ein Teil des Sicherheitssystems sind und sich in die Prozesse der Behandlung aktiv einbringen.

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass Patientensicherheit die Minimalvoraussetzung für jede Form von Patientenzentrierung sein muss. Denn was nützt die freundlichste Nachfrage oder die stärkste Einbindung der Patientinnen und Patienten, wenn grundlegende Sicherheitsstandards nicht gewährleistet sind?

Doch diese Perspektive greift in unserem aktuellen Gesundheitssystem zu kurz. Patientensicherheit ist ohne Frage essenziell – sie bildet das Fundament, ohne das keine gute Versorgung denkbar ist. Aber: Sie ist nicht deckungsgleich mit Patientenzentrierung, sondern eher ein Basiselement. Sicherheit schützt die Patientinnen und Patienten vor vermeidbaren Schäden, aber sie beantwortet noch nicht die Frage, wie der Patient bzw. die Patientin als aktiver Partner bzw. aktive Partnerin einbezogen wird und inwiefern eine aktive Mitarbeit gewollt ist.

Ein Sicherheitssystem, das ausschließlich auf Standardisierung, Checklisten und Risikominimierung fokussiert, kann leicht dazu tendieren, die Patientinnen und Patienten zu einem Objekt der Prozessoptimierung zu machen. In diesem Sinne stehen die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt – aber eben unbeweglich, passiv, „im Weg“, wenn seine individuellen Wünsche oder Sorgen nicht in die standardisierten Abläufe passen, sondern für ein bereits maximal belastetes System mehr Arbeit generieren.

Patientenzentrierung geht weiter: Sie umfasst Respekt vor Autonomie, Transparenz, Kommunikation auf Augenhöhe und die Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Das diese Perspektive mit Sicherheitsaspekten in Konflikt geraten kann, liegt nah, denn nicht alles, was der ‚sicherste‘ Weg ist, muss den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechen. Beispielsweise kann ein strikt sicherheitsorientiertes Vorgehen paternalistisch werden – frei nach dem Motto: „Wir wissen, was für diesen Patienten sicher ist, auch wenn er es anders sieht.“

Gerade hier zeigt sich, dass Patientenzentrierung kein „Add-on“ zur Sicherheit ist, sondern einen Paradigmenwechsel fordert: Sicherheit darf nicht nur als

Expertenkontrolle verstanden werden, sondern muss auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten definiert und mitgestaltet werden. So beginnt auch die neue Definition der Patientensicherheit nach Prof. Dr. Matthias Schrappe mit den Worten „Patientensicherheit ist das aus der Perspektive der Patienten bestimmte Maß...“.

Shared Decision Making: Patientensicherheit beginnt beim Gespräch

In der Diskussion um Patientensicherheit liegt der Fokus leider oft auf technischen Maßnahmen, strukturellen Prozessen und finanziellen Ressourcen. Doch ein wesentlicher, oft unterschätzter Faktor für Sicherheit und Qualität ist die Beziehung zwischen Ärzten/Ärztinnen, Pflegefachkräften, Patientinnen und Patienten und in manchen Fällen ihren Angehörigen. Es geht um die Art der Kommunikation und die Frage, wer in medizinische Entscheidungen wie eingebunden wird.

Hier setzt das Konzept des Shared Decision Making (SDM) an – dem Prinzip der gemeinsamen Entscheidungsfindung. SDM bedeutet, dass Patientinnen und Patienten nicht nur passive Empfänger und Empfängerinnen ärztlicher Anordnungen und Therapieentscheidungen sind, sondern aktiv einbezogen werden. Ärzte, Ärztinnen und Pflege bringen fachliche Expertise, Diagnose- und Therapieoptionen ein; Patientinnen und Patienten individuelles Wissen über ihre Lebenssituation, ihre Wünsche, Ängste und Prioritäten.

Gut informierte Patientinnen und Patienten haben eine höhere Compliance und Adhärenz und halten dementsprechend ihre Behandlungspläne besser ein, reagieren frühzeitig auf Nebenwirkungen und halten bei Unsicherheiten schneller Rücksprache. Dadurch lassen sich Fehlbehandlungen, Medikationsfehler oder unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden.

Es können zudem invasive oder kostenintensive Behandlungen aus einem unzureichenden Abgleich zwischen ärztlicher Empfehlung und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten resultieren. SDM hilft, unnötige Eingriffe zu vermeiden – ein Gewinn für Sicherheit und Effizienz und, möglicherweise können wir noch einen Schritt weiter gehen, ein aktives Vermeiden von Über- und Fehlversorgung.

Ein erster Schritt, der hierfür notwendig ist, muss es sein, die Patientinnen und Patienten darin zu bestärken, als aktive Partner Teil der Behandlung zu sein und auch für die eigene Sicherheit laut zu werden.

Eine Speak up Implementierung kostet nichts.

Laut werden, heißt „Speak Up“ und das Prinzip besteht darin, dass Patientinnen und Patienten nicht nur Empfängerinnen und Empfänger medizinischer Maßnahmen sein sollen, sondern ihre Stimme aktiv einbringen dürfen – bei Unsicherheiten, Zweifeln oder Bedenken.

„Speak Up“ schafft Raum für Dialog und gleicht Informationsasymmetrien aus. Es stärkt die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten, fördert Transparenz und ist somit ein praktischer Ausdruck von gelebter Patientenzentrierung. Offenheit schützt nicht nur vor Fehlern, sondern auch vor einem System,

Abbildung 1:

Ausschnitt aus Speak Up-Flyer des Aktionsbündnis Patientensicherheit, entwickelt im Rahmen des Projekts: Patient:innen als Expert:innen für Patientensicherheit

Speak up! Aber wie?

- Gesprächspartner/-in mit Namen ansprechen
- Blickkontakt herstellen
- Ich-Botschaften verwenden, keine „Du-Botschaften“
- Klare und direkte Sprache verwenden
- Bedenken ohne Anzeichen von Ärger oder Wut ausdrücken
- Das Problem beschreiben, wie man es selbst sieht
- Kurz, bündig und genau erläutern – keine vagen Aussagen machen
- Nach Möglichkeit einen konkreten Lösungsvorschlag anbieten
- Die Sichtweise des Gegenübers einbinden
- Die Bestätigung einholen, dass das Vorgebrachte Gehör findet

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit

das über Patientinnen und Patienten hinweg entscheidet.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Speak Up Mentalität im eigenen Team und gerade durch Führungskräfte zu etablieren. Im Sinne einer Sicherheitskultur sind die hierarchischen Dynamiken, wie sie in den meisten Kliniken etabliert sind, eine große Herausforderung. Es gilt, mit Vorbildfunktion voranzugehen, um eine nachhaltige Umsetzung in seinem Team zu erreichen. Schon regelmäßiges aktives Nachfragen, sowohl im Team als auch im Gespräch mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen („Gibt es Bedenken?“) kostet nichts, hat aber großen Effekt.

Bereits bei Aufnahme oder Erstkontakt mit Patientinnen und Patienten können Hinweise wie „Sagen Sie uns bitte jederzeit, wenn Sie etwas nicht verstehen oder Sorgen haben!“ integriert werden – schriftlich oder mündlich. Eine weitere Möglichkeit ist das Auslegen von entsprechenden kostenfreien Materialien, beispielsweise unserem Speak Up-Flyer, der gemeinsam mit Patientenvertretern und -vertreterinnen gestaltet wurde und den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen einige Tools zur offenen und produktiven Gesprächsführung an die Hand gibt.

Eine weitere Möglichkeit ist es, Team- und Fallbesprechungen dazu zu nutzen, kurze Reflexionsrunden zu machen, in denen aktiv gefragt wird: „Gab es Situationen, in denen jemand etwas hätte ansprechen wollen, sich aber nicht getraut hat?“. Das fördert das Bewusstsein im Team und kostet kaum Zeit, wodurch in zukünftigen Momenten ein Speak Up bereits vor einem kritischen Ereignis als Möglichkeit geschätzt wird, um Fehler, die zu Schäden führen, zu vermeiden.

Feedback-Boxen oder z. B. auch die Critical Incident Reporting Systems (CIRS) sind einfache Möglichkeiten, Bedenken sichtbar zu machen. Sie bieten eine Alternative zum Speak Up und können anonym eingereicht werden. CIRS-Systeme sind zwar in den meisten Kliniken vorhanden, basieren aber auf Freiwilligkeit und werden dementsprechend nicht in den Maßen genutzt, wie sie es eigentlich sollten, um einen Eindruck davon zu bekommen, welche und wie häufig manche Fehler auftreten.

Ein wichtiger Punkt im Kontext der direkten und indirekten Fehlerberichte:

Auch Positivbeispiele müssen sichtbar gemacht werden. Erfolgsgeschichten von Speak Up-Situationen (z. B. „Dank eines Hinweises wurde ein Fehler frühzeitig erkannt“) können im Team oder öffentlich geteilt werden – denn einen Kulturwandel im Sinne einer Sicherheitskultur können wir nur gemeinsam und durch Speak Ups zum Thema Patientensicherheit erreichen.

Alle Menschen machen Fehler, umso besser, wenn Sicherungssysteme und Maßnahmen wie Speak Up Fehler vermeiden und damit Mensch und System entlasten.

Herausforderungen für sichere Kommunikation und Shared Decision Making

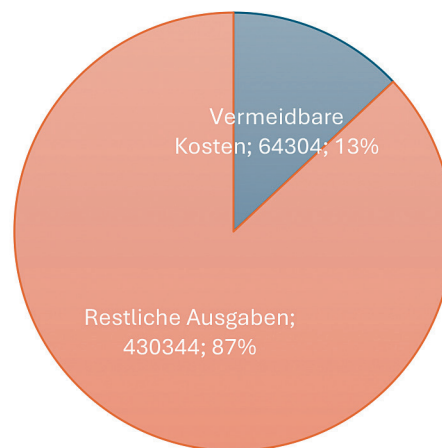
Kommunikationsfehler gehören neben Medikationsfehlern zu den häufigsten Ursachen für unerwünschte Ereignisse im Gesundheitswesen. Wenn Patientinnen und Patienten über Risiken, Nebenwirkungen und Handlungsoptionen umfassend informiert werden, entstehen weniger Missverständnisse. Eine klare, verständliche Kommunikation sorgt dafür, dass Patientinnen und Patienten wissen, was sie erwartet – und was sie selbst zur Sicherheit beitragen können.

Trotz der bekannten Vorteile wird SDM im Alltag oft als zeitintensiv und schwer umsetzbar betrachtet – ähnlich wie Investitionen in Digitalisierung oder strukturelle Patientensicherheitsmaßnahmen. Seit Jahrzehnten verkürzt sich die Behandelnde-Patientinnen-und-Patienten-Kontaktzeit. Gerade im angespannten Finanzierungskontext dominiert die Sorge, dass sich dieses Phänomen noch weiter verstärkt und längere Gespräche im hektischen Klinik- und Praxisbetrieb kaum zu leisten sind.

Hier zeigt sich ein Dilemma, das uns auch in den folgenden Kontexten wiederholt begegnen wird: Kurzfristige Ressourcenschonung führt langfristig zu höheren Kosten und Risiken. Eine Implementierung von regelmäßigen interdisziplinären Team Trainings, eine Etablierung von Schulungen für Gesundheitspersonal zum SDM, geben den Teams die richtigen Werkzeuge für eine nachhaltige Umsetzung dieser Ansätze an die Hand, doch dies wird als zu teuer abgelehnt, obwohl Fehlentscheidungen aufgrund mangelnder und unzureichender Kommunikation zu Komplikationen, Therapieabbrüchen oder unnötigen Behandlungen führen können – allesamt Faktoren, die deutlich höhere, vermeidbare Ausgaben verursachen.

Abbildung 2: Darstellung basierend auf offiziellen Daten von Destatis.

Gesundheitsausgaben in Deutschland 2023: 494 648 mil (Quelle: Destatis)



■ Vermeidbare Kosten ■ Restliche Ausgaben

Quelle: Destatis

Patientensicherheit als Investition – Warum wir uns teure Fehler leisten

Die Diskussion um Patientensicherheit ist oft von ethischen Argumenten geprägt: der Schutz der Patientinnen und Patienten vor vermeidbaren Schäden, das Recht auf eine sichere Behandlung, die Verantwortung der Gesundheitsberufe. Doch wie gerade bereits angedeutet, entstehen auch hohe Kosten durch Fehler – die finanziellen Folgen unzureichender Patientensicherheit. Und diese sind gravierend.

Laut der OECD verursachen unerwünschte Ereignisse (UE) im Gesundheitssystem jedes Jahr unnötige Ausgaben in Höhe von mindestens 13 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Für Deutschland bedeutet das eine Summe von über 64 Milliarden Euro jährlich, die durch vermeidbare Fehler, Komplikationen oder Behandlungsfehler entstehen. Geld, das eigentlich anders eingesetzt werden könnte.

Diese Zahlen zeigen klar: Fehlende Patientensicherheit ist kein rein medizinisches und ethisches Problem, sondern auch ein ökonomisches. Rund 15 % aller Krankenhausaktivitäten und -ausgaben resultieren direkt aus unerwünschten Ereignissen. Ebenso alarmierend: 6 % aller Krankenhaustage entstehen durch Krankenhausaufenthalte, die nötig werden, weil in der ambulanten Versorgung vermeidbare Schäden entstanden sind. Kurz gesagt: Fehlende Sicherheitskultur und unzureichende Prozesse sorgen für eine erhebliche Kostenexplosion, die das Gesundheitssystem belastet – und zwar schon lange und ohne politischen Willen, das dauerhaft zu ändern.

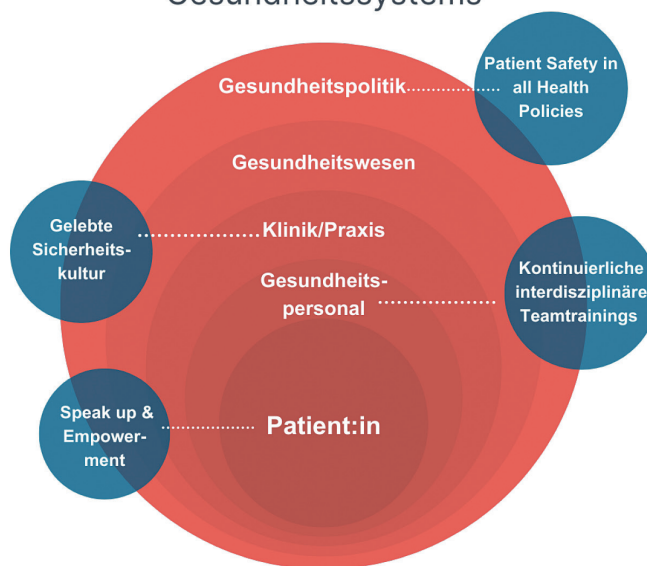
Patientensicherheit darf nicht als Kostenstelle, sondern muss als Kostenvermeider gesehen werden. Eine Investition in sichere Versorgung ist damit eine Investition in ein effizienteres, nachhaltigeres Gesundheitssystem.

Second Victims und warum wir das Gesundheitspersonal schützen müssen

Ein Aspekt, auf den wir bisher noch nicht eingegangen sind, sind die Folgen von Fehlern für das medizinische Personal. Auch wenn im patientenzentrierten Gesundheitssystem die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, ist der wichtigste Faktor, der die entscheidende

Abbildung 3: Modell eines patientenzentrierten, sicheren Gesundheitssystems

Modell eines patientenzentrierten, sicheren Gesundheitssystems



Quelle: Dr. Ruth Hecker, Aktionsbündnis Patientensicherheit

Rolle für eine sichere Versorgung spielt, der nächststehende Ring: das behandelnde Gesundheitspersonal.

Denn auch das medizinische Personal ist durch Fehler belastet, gerade wenn diese Fehler schwerwiegende, teils patientenschädigende Konsequenzen nach sich gezogen haben. Das Personal wird durch die belastenden Ereignisse gefährdet – als sogenannte Second Victims.

Viele Gesundheitsfachkräfte erleben nach unerwarteten Zwischenfällen erhebliche emotionale Belastungen, die ihre mentale Gesundheit, Entscheidungsfähigkeit und damit auch die Patientensicherheit beeinträchtigen können. Second Victims leiden unter Stress, Selbstzweifeln und Unsicherheit, wie man richtig mit der Situation umgehen sollte – in einem System, das eh schon wenig Raum für psychologische Unterstützung bietet.

Statt psychologischer Sicherheit im Team zu erleben und zu erfahren, dass Fehler menschlich sind, ist es derzeit leider gängige Praxis, dass die Person, die einen Fehler gemacht hat – besonders wenn dadurch ein Schaden für Patienten entstanden ist – diesen nicht besprechen und reflektieren kann. Eine Ursachenanalyse der fehlerbeeinflussenden Faktoren sollte vorgenommen werden und der Vorgang versachlicht – stattdessen wird er unter Umständen sogar unter den Teppich gekehrt.

Tabuisierung und schlechte Kommunikationskultur verstärken die negativen persönlichen Folgen, denn zu der belastenden Fehlererkenntnis kann ein Isolationsgefühl, sowie bei negativer Reaktion auf eine Adressierung des Fehlers ein Gefühl der Hilflosigkeit entstehen.

Fakt ist, dass eine sichere Versorgung nur dann gewährleistet werden kann, wenn auch die Gesundheit derjenigen, die sie erbringen, geschützt wird und das wird sie nur in einer Sicherheitskultur, in der Fehler offen adressiert werden dürfen.

Digitalisierung und Individualisierung als Chancen für Patientensicherheit

Die Verbesserung von Prozessen – dazu zählt auch die Patientenzentrierung – wird oft unter den Stichwörtern „zu anstrengend und unbequem“, die konsequentere Digitalisierung unter den Stichwörtern „zu teuer“ und „geht nicht, Datenschutz“ diskutiert. Dabei bieten digitale Technologien wie die elektronische Patientenakte (ePA), Künstliche Intelligenz (KI) und automatisierte Systeme enorme Chancen, genau die menschlichen Fehler zu vermeiden, die jährlich Milliarden kosten.

Zwei vielversprechende und viel diskutierte Beispiele sind die elektronische

Patientenakte (ePA) und KI-gestützte Systeme: Die ePA ermöglicht eine lückenlose Dokumentation, verhindert Informationsverluste zwischen ambulantem und stationärem Bereich und reduziert Risiken, die durch fehlende Vorerkrankungs- oder Medikationsinformationen entstehen. KI-Systeme hingegen können frühzeitig Auffälligkeiten erkennen, beispielsweise bei Wechselwirkungen oder Kontraindikationen von Medikamenten, und so Behandlungsfehler verhindern.

Der menschliche Faktor (Human Factor) ist die Hauptursache der Fehler, die zu Schäden führen. Wir Menschen machen Fehler, und zwar ungewollt. Gerade weil ungewollte Ereignisse Milliardenkosten verursachen, wäre der gezielte Ausbau digitaler Sicherheitswerkzeuge ein Hebel, um strukturelle Schwächen zu beheben, Prozesse sicherer zu machen und gleichzeitig Ressourcen effizienter einzusetzen. In der Verkehrsindustrie konnten 20.000 Verkehrstote eben auch durch digitale Sicherungssysteme auf 3000 Tote pro Jahr reduziert werden.

Doch was steht dieser Entwicklung im Gesundheitswesen im Weg? Bürokratie und Diskussion rund um Datenschutz, der zwar zurecht diskutiert und mitgedacht werden muss, aber realistisch mit Nutzen aufgewogen werden sollte. So ist es nicht bekannt, dass durch das Hacken von Gesundheitsdaten Menschen gestorben sind, es sterben aber täglich Menschen dadurch, dass wir keine ausreichende Zurverfügungstellung von vorhandenen Daten in einem System an einem Ort von Patientinnen und Patienten für Diagnose- und Therapieentscheidungen haben.

Besonders erfreulich ist in diesem Kontext zu hören, dass in dieser Zeit Patientinnen und Patienten in den Arztpraxen zunehmend die ePA einfordern und unverständlich reagieren, wenn Informationen fehlen oder zwischen der Arztpraxis und dem Krankenhaus nicht vollständig ausgetauscht wurden.

Weitere Möglichkeiten wie genetische Tests können zu einer präziseren, sichereren und effektiveren medizinischen Versorgung beitragen und gerade technische Fortschritte – wie die ePA, KI-gestützte Risikoanalysen oder datengestützte Therapieentscheidungs-Tools – unterstützen diese Möglichkeiten, eine Individualisierung im Therapiekontext effizient und sicher umzusetzen.

Therapien „von der Stange“ bergen unnötige Risiken. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen, Überversorgung oder Fehlbehandlungen. Studien zeigen, dass individuelle Anpassungen – z. B. unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, genetischen Faktoren oder sozialer Situation – Komplikationen und Klinikaufenthalte reduzieren.

Eine individualisierte Therapie, die medizinische Behandlung konsequent an die Bedürfnisse, Lebensumstände und Präferenzen der Patientinnen und Patienten anpasst, ist nicht nur Ausdruck von Respekt – sie ist auch ein wesentlicher Baustein der Patientensicherheit.

Bürokratieberge und schlechte Datenqualität in Deutschland

Medizinische Innovationen haben das Potenzial, Leben zu retten – doch in Deutschland kommt vieles nur langsam in der Versorgung an. Das Problem, warum existierende und in anderen Ländern teilweise bereits zugelassene Therapien in Deutschland noch nicht angewendet werden, sind zumeist die langwierigen Zulassungs- und Erstattungsprozesse.

Während Arzneimittel in der EU durch die EMA zugelassen werden, entscheidet in Deutschland der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) über ihren Nutzen und die Erstattung durch die Krankenkassen. Dabei entsteht erneut ein Dilemma: Eine zu schnelle Zulassung kann Sicherheitsrisiken bergen, da Langzeitfolgen nicht immer ausreichend untersucht sind, aber eine zu langsame Zulassung führt dazu, dass Patientinnen und Patienten schwerer krank werden oder in der Zwischenzeit sterben, obwohl es eine potenziell lebensrettende Therapie bereits gibt.

Das Wissen über ebendiese Therapie muss für Patientinnen und Patienten zugänglich sein. Wir brauchen mehr Transparenz in der Forschung auch für Patientinnen und Patienten, wobei Initiativen wie *patients today* existieren, die genau dort ansetzen und neueste Studiendaten in für Patientinnen und Patienten verständlicher Sprache aufbereiten.

Besonders bei seltenen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen ist der zeitliche Faktor entscheidend. Wenn eine Therapie existiert, aber Patientinnen und Patienten monatelang oder gar jahrelang darum kämpfen müssen, Zugang zu erhalten,

verliert das System sein eigentliches Ziel aus den Augen: das Leben und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Wer krank ist, sollte nicht seine gesamte Energie darauf verwenden müssen, eine Behandlung durch Bürokratie und Antragsverfahren zu kämpfen. Vielmehr muss die Politik innovative Therapien mit klar definierten Sicherheitsprüfungen schneller in die Versorgung bringen, mit dem klaren Ziel vor Augen, für die Patientinnen und Patienten eine bestmögliche, sichere Behandlung zu ermöglichen.

Damit individualisierte Therapien nicht nur schneller, sondern auch sicher in der Versorgung ankommen, ist eine solide wissenschaftliche Datenbasis notwendig. Doch genau hier liegt eine zentrale Herausforderung des deutschen Gesundheitssystems: Fehlende oder unzureichend genutzte Daten verlangsamen Innovationen und erschweren eine fundierte Nutzenbewertung neuer Behandlungen.

Besonders bei personalisierten Ansätzen sind hochwertige, standardisierte und zugängliche Daten essenziell. Dennoch wird das enorme Potenzial dieser Informationen nicht ausgeschöpft, da Gesundheitsdaten oft nicht interoperabel oder standardisiert sind, die Verknüpfung von klinischer Forschung und Versorgungsdaten mangelhaft bleibt und Datenschutzbestimmungen sowie bürokratische Hürden den Zugang zu Forschungsdaten erschweren.

Eine Lösung bietet das FAIR-Prinzip, das fordert, dass Daten auffindbar (Findable), zugänglich (Accessible), interoperabel (Interoperable) und wiederverwendbar (Reusable) sein müssen. Dies bedeutet, dass Forschungs- und Versorgungsdaten in einheitlichen Strukturen gespeichert werden sollten, damit sie leichter identifiziert und analysiert werden können.

Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen sowie Mediziner und Medizinerinnen brauchen geregelten, aber unkomplizierten Zugang zu Gesundheitsdaten, ohne dass übermäßige Bürokratie den Prozess verlangsamt. Gleichzeitig müssen Datenformate standardisiert werden, damit sie nahtlos zwischen verschiedenen Systemen genutzt werden können. Langfristig sollte es möglich sein, aus allen Gesundheitsdaten und bestehenden Erkenntnissen kontinuierlich zu lernen und auf Vorkenntnisse aufzubauen.

Auch Patientensicherheit muss in Daten sichtbar gemacht werden. Genau dafür entwickeln wir aktuell in dem G-BA geförderten Projekt PSI-Bund gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern und -partnerinnen von der Fliebler Fachhochschule Düsseldorf, der Philipps Universität Marburg und der Technischen Universität Dresden ein Kern-Set Patientensicherheitsindikatoren, die bundesweit sektorenübergreifend und bürokratiearm erhoben werden können.

Eine bessere Datenqualität und ein effizienter Datenaustausch stärken die Patientenzentrierung und Patientensicherheit auf mehreren Ebenen. Darüber hinaus sollten Patientinnen und Patienten nicht nur passive Datenlieferanten sein, sondern selbst Zugriff auf ihre Gesundheitsinformationen haben und aktiv in Forschungsprozesse eingebunden werden. Vorreiter hier, ein Best Practice Beispiel, ist die Patientenbeteiligung der Nationalen Dekade gegen Krebs, die Patientenschulungen, Patientenakademien und Patientenbeiräte eingerichtet hat.

Nun, fragen wir doch mal die Patientinnen und Patienten: Patient Reported Experience Measures (PREM) und Patient Reported Outcome Measures (PROM) repräsentieren hierbei eine Erkenntnisquelle, die bislang kaum berücksichtigt wird, aber einen enormen Anteil an einer tatsächlichen Patientenzentrierung hätte. So werden z. B. Prozesse und auch Therapieansätze von denen bewertet, um die es geht und die sie aus erster Hand beurteilen können und daraus könnten alle Beteiligten lernen.

Das Gesundheitssystem darf sich nicht in einem Widerspruch zwischen schneller Zulassung und sicherer Anwendung verlieren. Eine stärkere Nutzung von hochwertigen, FAIR-standardisierten Daten ermöglicht beides: die beschleunigte Integration innovativer Therapien sowie eine

fundierte wissenschaftliche Absicherung neuer Behandlungsansätze. Nur wenn Forschung, Zulassung und Versorgung effizient verknüpft werden, kann eine wirklich patientenzentrierte, individualisierte Medizin Realität werden.

Patientenzentrierung und Patientensicherheit – kein Gegensatz, sondern gemeinsame Grundlage eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems

Die Patientensicherheit ist das Fundament jeder Gesundheitsversorgung – doch dieses Fundament bleibt brüchig, solange Patientinnen und Patienten nicht konsequent in den Mittelpunkt gestellt werden. Zu oft stehen organisatorische Zwänge, Zeitdruck und ineffiziente Strukturen einer wirklich patientenzentrierten Versorgung im Weg. Behandlungsfehler, Kommunikationsdefizite und eine chronische Überlastung des Personals sind keine Ausnahmereischeinungen, sondern Ausdruck eines Systems, das noch zu wenig auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichtet ist. WHO-Generalsekretär Tedros Adhanom Ghebreyesus formulierte es treffend: „*If it's not safe, it's not care.*“ Patientensicherheit ist keine Nebensache – sie ist der Kern guter medizinischer Versorgung.

Sicherheit beginnt nicht erst bei der Fehlervermeidung, sondern bereits in der Art und Weise, wie medizinische Versorgung gestaltet wird. Patientinnen und Patienten sind nicht bloß Empfänger von Diagnosen und Therapien, sondern sie sind Experten ihrer eigenen Gesundheit und Krankheit und müssen als aktive Partner einbezogen werden. Eine konsequente Patientenzentrierung bedeutet, ihnen zuzuhören, ihre Ängste und Erwartungen ernst zu nehmen und sie in Entscheidungen über ihre Behandlung

einzubinden. Studien zeigen: Wo Patientinnen und Patienten gut informiert und beteiligt sind, passieren weniger Fehler, werden bessere Therapieentscheidungen getroffen und steigt das Vertrauen in das Gesundheitssystem.

Sicherheit entsteht nicht durch bloße Vorschriften oder technische Maßnahmen, sondern durch eine gelebte Sicherheitskultur. Diese kann nur funktionieren, wenn das medizinische Personal die notwendigen Ressourcen hat, um achtsam und sorgfältig zu arbeiten. Es braucht Zeit für Gespräche, interprofessionelle Zusammenarbeit und eine offene Fehlerkultur, die nicht auf Schuldzuweisungen basiert, sondern auf systematischem Lernen und kontinuierlicher Verbesserung. Eine patientenzentrierte Sicherheitskultur bedeutet auch, dass die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden – sei es durch barrierefreie Kommunikation, sozial- und kultursensible Versorgung oder transparente Rückmeldemöglichkeiten der Patienten.

Deutschland kann und muss sich hier an internationalen Vorbildern orientieren. Der *Globale Aktionsplan für Patientensicherheit* der WHO zeigt, dass nachhaltige Verbesserungen möglich sind – wenn sie konsequent umgesetzt werden. Doch, während andere Länder längst umfassende Strategien verfolgen, fehlt es in Deutschland an einem kohärenten Gesamtkonzept. Ein *Nationaler Aktionsplan für Patientensicherheit* muss endlich verbindliche Maßnahmen festschreiben, die sich am Globalen Aktionsplan orientieren und eine echte Kultur des Zuhörens, der Teilhabe und der Sicherheit für Patientinnen und Patienten schaffen. Denn eine sichere Gesundheitsversorgung ist nur dann möglich, wenn sie die Menschen, um die es geht, konsequent in den Mittelpunkt stellt.

Gesundheitskompetenz als Grundlage von Patientenorientierung und -zentrierung

DORIS SCHAEFFER &
LENNERT GRIESE

Fakultät für Gesundheits-
wissenschaften, Universität
Bielefeld, (Universitätsstraße
25, 33615, Bielefeld),
Hertie School, Berlin

Die Ermöglichung einer auf die Präferenzen, Bedürfnisse und Erwartungen von Patientinnen und Patienten ausgerichteten Gesundheitsversorgung, die um die Patienten zentriert ist, sie aktiv in Entscheidungsprozesse einbezieht und dazu auf umfassende Information und Kommunikation setzt, gehört zu den seit Jahren proklamierten Leitmaximen der Patientenorientierung und -zentrierung. Die Umsetzung stößt in Deutschland bis heute auf zahlreiche Herausforderungen. Das gilt besonders für die Förderung von Gesundheitskompetenz und die Unterstützung von Patienten im Umgang mit Information – beides wichtige Grundlagen für die Realisierung von Patientenzentrierung wie auch vorliegende empirische Befunde zur Gesundheitskompetenz in Deutschland belegen. Sie werden in dem Artikel dargestellt und in ihren Konsequenzen für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung diskutiert.

Einleitung

Seit vielen Jahren zieht sich der Ruf nach einer patientenorientierten, ja patientenzentrierten Versorgung wie ein roter Faden durch die gesundheitspolitischen und -wissenschaftlichen Diskussionen in Deutschland (Glaeske 2011; Hahlweg et al. 2022; Klapper & Cichon 2021; SVR 2003). Auch international erfährt das Thema seit Langem hohe Aufmerksamkeit und gilt als wichtiger Motor für Gesundheitsreformen – sei es im Bereich der Versorgungsgestaltung, der Debatte über Patientensicherheit und Qualität oder der Realisierung neuer Versorgungsmodelle.

Mit *Patientenorientierung* ist eine Versorgung gemeint, die nicht in erster Linie an den Erfordernissen, Eigendynamiken und Zwängen des Gesundheitssystems ausgerichtet ist, sondern den Bedarf, die Bedürfnisse, Präferenzen und Wertvorstellungen von Patienten einbezieht und in den Mittelpunkt stellt. Eine solche Versorgung wird vom Institute of Medicine (IOM) definiert als: “Providing care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values, and ensuring that patient values guide all

clinical decisions.” (Institute of Medicine 2001, S. 6) – so eine von mittlerweile vielen vorliegenden Definitionen zu dem Thema (Grover et al. 2022; Santana et al. 2017).

Die Debatte über *Patientenzentrierung* geht noch weiter und legt einen stärkeren Akzent auf aktive Einbeziehung, Mitbestimmung und Ko-Produktion von Patienten: Sie zielt auf eine Versorgung, die durch Akzeptanz der Stimme und Wahl von Patienten charakterisiert ist, sie als Partner sowie als Experten der eigenen Gesundheit betrachtet und in Entscheidungen über die Therapie- und die Versorgungsgestaltung einbezieht (Härter et al. 2017; Håkansson et al. 2019; Scholl et al. 2014). Um das zu ermöglichen, wird hoher Wert auf Ausgleich bestehender Informationsasymmetrien und Stärkung der Gesundheitskompetenz gelegt (Dierks & Schaeffer 2022; Dierks & Seidel 2014; 2017; SVR 2012) ¹.

1 Neben den Begriffen Patientenorientierung und -zentrierung findet der Begriff der „Personenzentrierung“ Verwendung, unter dem ein noch breiteres Konzept diskutiert wird. Es richtet den Blick nicht allein auf die Gesundheits- bzw. Krankheitssituation des Individuums, sondern berücksichtigt auch seine emotionale, mentale, soziale und sozio-kulturelle Lage (Ekman et al. 2011; Santana et al. 2017; WHO 2015).

Die Realisierung einer solchen Versorgung trifft in vielen Gesundheitssystemen bis heute auf Schwierigkeiten, allem voran auf Qualifikations- und Strukturdefizite (Frenk et al. 2010; Hower et al. 2019; Klapper & Cichon 2021; Sator & Jünger 2015; Selgert et al. 2021). Das gilt auch für Deutschland, wie die lange hier geführte Debatte über die unbefriedigende Realisierung von ‚Shared Decision Making‘ (SDM) exemplarisch belegt (Falk 2024; Scheibler et al. 2024). Ähnlich ist es mit der Ermöglichung einer kooperativen und ko-produktiven Versorgung, in der die Förderung von Gesundheitskompetenz von Patienten selbstverständlich zum Alltagshandeln der Gesundheitsprofessionen gehört. Dem stehen Hindernisse auf professioneller Seite wie auch seitens der Patienten entgegen. Denn nach wie vor entsprechen längst nicht alle Patienten dem Leitbild des ‚informierten Patienten‘ und verfügen über die nötige Gesundheitskompetenz, um sich aktiv und ko-produktiv an der eigenen Versorgungsgestaltung beteiligen zu können. Wie Studien zeigen, ist geringe Gesundheitskompetenz in vielen Ländern ein nicht zu unterschätzendes Public Health Problem, das einem souveränen Umgang mit Gesundheitsinformationen und tragfähigen, gemeinsamen Entscheidungsfindungen bei Gesundheits- und Krankheitsfragen entgegensteht (HLS₁₉ Consortium 2021; OECD 2023). Das gilt auch für Deutschland.

Hier ist der Anknüpfungspunkt des vorliegenden Beitrags. Er geht der Frage nach, wie sich die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland darstellt und welche Konsequenzen daraus für die Realisierung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung und die Förderung von Gesundheitskompetenz erwachsen. Dabei wird auch die professionelle Gesundheitskompetenz in den Blick genommen, denn die Gesundheitsprofessionen stellen eine wichtige Instanz der Förderung von Gesundheitskompetenz dar.

Was ist mit Gesundheitskompetenz gemeint?

Zunächst zum Begriff Gesundheitskompetenz. Nach der in Europa am häufigsten verwendeten Definition basiert Gesundheitskompetenz bzw. Health Literacy, so die ursprüngliche englische Bezeichnung, auf

„...allgemeiner Literalität und umfasst das Wissen, die Motivation und die Kompetenzen von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden um im Alltag in den Bereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, der Krankheitsprävention und der Gesundheitsförderung, Urteile fällen und Entscheidungen treffen zu können, die ihre Lebensqualität während des gesamten Lebensverlaufs erhalten oder verbessern“ (Sørensen et al. 2012, S. 3).

Gesundheitskompetenz zielt also auf die für den Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen erforderlichen Fähigkeiten – konkret auf vier, dafür als zentral erachtete Schritte:

- Informationen finden (*access*) – die Fähigkeit, auf Gesundheitsinformationen zugreifen, d. h. relevante Informationen finden und sich Zugang zu ihnen verschaffen zu können;
- Information verstehen (*understand*) – die Fähigkeit, Informationen lesen, verstehen, erfassen und begreifen zu können;
- Informationen beurteilen (*appraise*) – die Fähigkeit, Informationen einordnen, kritisch einschätzen und bewerten zu können und schließlich
- Informationen anwenden (*apply*) – die Fähigkeit, Informationen zu nutzen, um im Alltag fundierte Entscheidungen zur Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität treffen zu können.

Wichtig hervorzuheben ist, dass die Definition unterschiedliche Formen von Informationen einschließt, mündliche, schriftliche und auch digitale Informationen.

Beachtenswert ist außerdem, dass neben den individuellen Fähigkeiten einer Person, Faktoren, wie die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit und Verständlichkeit von Gesundheitsinformationen eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz bilden. Sie stehen im Mittelpunkt des ‚relationalen‘ Konzeptverständnisses (Parker & Ratzan 2010), nach dem Gesundheitskompetenz sowohl durch die Fähigkeiten eines Menschen wie auch durch die Lebensumwelt und die dort gegebenen Kontextbedingungen beeinflusst wird, die idealerweise so gestaltet sein sollten,

dass sie einen kompetenten Umgang mit Gesundheitsinformationen und einfachen Erwerb von Gesundheitskompetenz begünstigen und fördern.

Damit bildet Gesundheitskompetenz eine wesentliche Bedingung für die Ermöglichung von Ko-produktion und die Wahrnehmung von Patienteninteressen. Zugleich lässt sie aufgrund ihres relationalen Charakters Rückschlüsse auf das Ausmaß der im System vorhandenen Patientenzentrierung zu.

Gesundheitskompetenz: empirische Befunde

Auch in Deutschland ist Gesundheitskompetenz ein Thema, das zunehmend Aufmerksamkeit findet. Entsprechende Studien kommen trotz unterschiedlicher Akzentsetzungen immer wieder neu zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitskompetenz in Deutschland nicht zufriedenstellend ist (Achstetter et al. 2022; Jordan & Hoebel 2015; Sørensen et al. 2015; Zok 2014). 58,8 % der Bevölkerung weisen hier eine geringe Gesundheitskompetenz auf, wie der HLS-GER 2, die zweite repräsentative Studie zur Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland, gezeigt hat (Schaeffer et al. 2021).² Mehr als die Hälfte der Bevölkerung sieht sich somit vor Schwierigkeiten dabei gestellt, mit Gesundheitsinformationen umzugehen. Zwar hat sich die Gesundheitskompetenz während der COVID19-Pandemie leicht verbessert (ebd.) – vermutlich, weil zu dieser Zeit sehr viele, relativ einfach zugängliche und gut umsetzbare Gesundheitsinformationen existierten (Okan et al. 2022). Zugleich zeigt ein Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020, in dem die Entwicklung der Gesundheitskompetenz seit Beginn der ersten bevölkerungsweiten Studien in Deutschland betrachtet wird, dass sich die Gesundheitskompetenz verschlechtert hat (Hurrelmann et al. 2022).

2 Die HLS-GER 2 Studie war Teil des internationalen Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) des WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL). Neben der Messung der allgemeinen Gesundheitskompetenz wurden darin neue Gesundheitskompetenzbereiche erschlossen, so u. a. die Navigationale und Kommunikative Gesundheitskompetenz. Die genutzten Erhebungsinstrumente gehen alle auf die Definition von Sørensen et al. (2012) zurück und erheben die selbsteingeschätzten Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen.

Gesundheitskompetenz ist zudem ungleich verteilt, wie inzwischen viele Studien belegen (Garcia-Codina et al. 2019; HLS₁₉ Consortium; Sørensen et al. 2015; Svendsen et al. 2020). Dem HLS-GER 2 zufolge verfügen besonders Menschen mit geringer Bildung (78 %), niedrigem Sozialstatus (72 %), und Personen mit eigener Migrationserfahrung (71 %) über eine deutlich geringere Gesundheitskompetenz. Abgeschwächt, doch ähnlich gilt dies auch für Menschen im höheren Alter (ab 65 Jahren – 65 %) und mit mehreren chronischen Erkrankungen (65 %). Diesen Gruppen sollte bei der Förderung von Gesundheitskompetenz – egal, ob auf individueller oder struktureller Ebene – besondere Beachtung geschenkt werden (Schaeffer et al. 2021).

Betrachtet man, was den Befragten die größten Schwierigkeiten bereitet, wird deutlich, dass insbesondere die *Beurteilung* von Gesundheitsinformationen Herausforderungen aufwirft (ebd.). Dieser Informationsschritt wird mit Abstand am schwierigsten eingeschätzt – sei es, weil vorhandene Gesundheitsinformationen unverständlich oder widersprüchlich sind, kommerzielle Interessen hinter der Information stehen, aber nicht klar erkennbar sind, oder weil die mit der Ausweitung digitaler Informationsmöglichkeiten expansiv zunehmenden Fehl- und Falschinformationen die Beurteilung erschweren. Dass dies nicht etwa nur ein Problem von Menschen im Erwachsenenalter und Alter ist, bestätigen die jüngsten Ergebnisse der PISA-Studie, die zeigt, dass auch vielen Jugendlichen, die zu den Vielnutzern digitaler Informationen gehören, schwer fällt, die Qualität von Informationen im Internet zu beurteilen und sicher Fake News von seriösen Informationen zu unterscheiden (Kastorff et al. 2025).

Um zu illustrieren, was das konkret bedeutet, sei ein Blick auf einzelne Informationsaufgaben geworfen. So schätzen rund 76 % der im HLS-GER 2 Befragten als „sehr schwierig“ oder „schwierig“ ein, zu beurteilen, ob Informationen über Krankheiten oder aber über Gesundheitsrisiken (72 %) in den Medien vertrauenswürdig sind. Zu beurteilen, ob (digitale) Informationen durch kommerzielle Interessen geprägt sind, bereitet sogar 82 % Schwierigkeiten. Für ähnlich herausfordernd wird angesehen, die Vor- und Nachteile von unterschiedlichen Behandlungsoptionen

zu beurteilen (71 %). Einzuschätzen, ob eine Zweitmeinung von einem anderen Arzt eingeholt werden sollte, sehen immerhin 57 % als (sehr) schwierig an.

Exemplarisch zeigt dies, wie schwierig die Beurteilung und Einschätzung von gesundheitsrelevanten Informationen ist und auch, welche Hürden einer informierten und ko-produktiven Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen entgegenstehen. Zugleich unterstreichen die Beispiele, wie wichtig es ist, Patienten dabei zu unterstützen, den mit dem Wandel der Patientenrolle an sie gestellten Anforderungen durch Förderung der Gesundheitskompetenz und speziell der Beurteilungsfähigkeit, aber eben auch der Beurteilbarkeit von gesundheitsrelevanten Informationen, nachkommen zu können.³

Dies ist umso wichtiger als geringe Gesundheitskompetenz mit zahlreichen negativen gesundheitlichen und gesellschaftlich relevanten Konsequenzen verbunden ist: Sie geht mit einem ungesünderen Verhalten, einem höheren Krankheitsrisiko und einer extensiveren Nutzung des Gesundheitssystems einher (Berkman et al. 2011; HLS₁₉ Consortium 2021; Tajdar et al. 2021). Zudem beeinträchtigt sie das Krankheitsmanagement (Geboers et al. 2016; Heijmans et al. 2015) und erschwert – wie hier besonders zu betonen ist – die Beteiligung an gemeinsamen Entscheidungsprozessen und generell die Wahrnehmung einer aktiven Rolle als Patient (OECD 2023; Seo et al. 2016).

Navigationale Gesundheitskompetenz

Damit in Einklang steht ein anderer Befund des HLS-GER 2, nach dem mehr als zwei Drittel – konkret 71 % – der Bevölkerung es für (sehr) schwierig halten, in Erfahrung zu bringen, welche Rechte sie überhaupt als Patient:in haben (Schaeffer et al. 2024). Trotz der Bemühungen, die Patientenrechte zu stärken (ex. BMG 2019), stellt der Zugang zu gesicherten Informationen zu diesem Thema für viele Patienten eine Herausforderung dar. Wie groß diese ist, wird daran deutlich, dass diese Aufgabe die zweitschwierigste von den insgesamt 12 Aufgaben bei der *Navigationalen Gesundheitskompetenz* darstellt – ein Bereich von Gesundheitskompetenz, der erstmals im HLS-GER 2 untersucht wurde (Griese et al. 2020; 2022).

Das Thema Navigationale Gesundheitskompetenz wurde deshalb aufgegriffen, weil die Desintegration, Komplexität und kleinteilige Organisation des Gesundheitssystems in Deutschland seit langem in der Kritik steht (Ozegowski & Amelung 2015; Porter & Guth 2012; SVR 2018), denn sie ist mit zahlreichen negativen Folgen für Patienten verbunden – so beispielsweise mit Orientierungs- und Navigationsproblemen dabei, sich im Gesundheitssystem und der Vielfalt seiner Instanzen zurechtzufinden, die richtigen Ansprechpersonen ausfindig zu machen und eine bedarfsgerechte integrierte und kontinuierliche Versorgung für sich oder nahestehende Personen zu ermöglichen. Die Ergebnisse des HLS-GER 2 zeigen, dass dies wohl auch für den Umgang mit Informationen gilt, die für die Navigation erforderlich sind. Denn die Navigationale Gesundheitskompetenz, also der Umgang mit Informationen, die zur Orientierung und Navigation im Gesundheitssystem erforderlich sind, fällt insgesamt noch niedriger aus, als die allgemeine Gesundheitskompetenz. Rund 83 % der Bevölkerung in Deutschland verfügen über eine geringe Navigationale Gesundheitskompetenz. Auch das trifft besonders für Menschen mit niedriger Bildung und Sozialstatus, mit mehreren chronischen Krankheiten und für ältere Menschen, aber auch für jüngere Erwachsene zu (Griese et al. 2022; Schaeffer et al. 2024).

Bemerkenswert ist, dass vor allem die sich auf der Systemebene stellenden Informationsanforderungen Schwierigkeiten bereiten. So sieht mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland als schwierig an, Informationen darüber zu verstehen, wie das Gesundheitssystem überhaupt funktioniert (58 %) – ein Befund, der deshalb zu beachten ist, weil er deutlich macht, dass das Gesundheitssystem für viele Menschen einer Art „Black Box“ (Gui et al. 2018, S. 61) gleichkommt, und nicht einfach zu nutzen ist.

3 Dabei ist wichtig zu betonen, dass die Förderung der Gesundheitskompetenz keineswegs nur auf krankheits- und versorgungsbezogene Informationskontexte auszurichten ist, sondern ebenfalls die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung umfassen sollte – Informationsaufgaben aus diesen beiden Bereichen werden von den Befragten im HLS-GER 2 besonders schwierig eingeschätzt. Die Gesundheitskompetenz fällt in diesen Bereichen deutlich geringer aus, als im Bereich der Krankheitsbewältigung/Versorgung (Schaeffer et al. 2021).

Dafür spricht auch, dass über zwei Drittel (70 %) der Befragten für schwierig oder sehr schwierig hält, herauszufinden, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Dies verwundert insofern, als in der Vergangenheit zahlreiche Bemühungen zum Ausbau gesundheitsbezogener Information und Beratung unternommen wurden. Der hohe Anteil geäußerter Schwierigkeiten deutet jedoch an, dass die entstandenen Angebote offenbar noch immer zu wenig bekannt sind und die Bevölkerung zu wenig erreichen. Zugleich weist er auf bestehende Strukturprobleme, denn die Informations- und Beratungslandschaft in Deutschland ist mittlerweile ähnlich zergliedert und unüberschaubar wie das Gesundheitssystem selbst (Ewers & Schaeffer 2016; Schaeffer & Dierks 2012). Dadurch sehen sich Patienten bereits auf dem Weg zu Informationen vor Herausforderungen gestellt und benötigen schon im Stadium der Suche nach Zugang zu Informationen über das Gesundheitssystem ausreichendes „Orientierungswissen“ (SVR 2018, S. 48) und Navigationale Gesundheitskompetenz, um die zur Verfügung stehenden Unterstützungs- und Informationsmöglichkeiten zu überblicken und zu erschließen.

Erinnert man sich an dieser Stelle daran, dass die empirischen Befunde zur Gesundheitskompetenz immer auch Rückschlüsse auf die durch das System ermöglichte Gesundheitskompetenz und Patientenzentrierung erlauben, lässt sich schlussfolgern, dass gerade im Bereich der Navigation im Gesundheitssystem viele Aufgaben anzugehen sind, um die Patientenzentrierung und die Navigationale Gesundheitskompetenz zu verbessern. Dies betrifft sowohl die strukturelle, organisatorische wie ebenso die professionelle Ebene.

Professionelle Gesundheitskompetenz

Darauf weist auch eine neuere Studie zur *professionellen Gesundheitskompetenz* (HLS-PROF), die von Forschenden aus Deutschland, Österreich und der Schweiz initiiert wurde (HLS-PROF Konsortium 2023). Die Studie untersucht nicht etwa die *persönliche* Gesundheitskompetenz der Gesundheitsprofessionen, die bereits mehrfach im Mittelpunkt von Studien

stand (ex. Janson & Rathmann 2021; Simon et al. 2022), sondern zielt auf die Fähigkeiten, die die Gesundheitsprofessionen für die Förderung von Gesundheitskompetenz benötigen.⁴

Untersucht wurde die professionelle Gesundheitskompetenz, weil die Gesundheitsprofessionen – allen anderen voran Ärzte –, trotz des Bedeutungszuwachses digitaler Medien und digitaler gesundheitsbezogener Informationen nach wie vor die wichtigste Anlaufstelle für die Bevölkerung bei Gesundheits- und Krankheitsfragen wie auch bei Fragen zum Versorgungssystem sind (Baumann et al. 2020; Link et al. 2022). Auch bei Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen oder bei Verständnis- oder Beurteilungsfragen bilden sie eine wichtige Unterstützungsinstanz und generell für die Förderung von Gesundheitskompetenz (Coleman et al., 2011). Doch fragt sich, ob die Gesundheitsprofessionen auch in der Lage sind, diese Position angemessen auszufüllen.

Betrachtet man die Ergebnisse des deutschen Studienteils zur professionellen Gesundheitskompetenz zeigt sich ein widersprüchliches Bild: Viele der befragten Ärzte sowie Pflegefachpersonen sind kaum mit dem Konzept „Gesundheitskompetenz“ und auch den dazu vorliegenden Materialien und Methoden zur Stärkung der Gesundheitskompetenz vertraut (auch Güner & Ekmekci 2019; Nantsupawat et al. 2020).

Zugleich schätzen die Gesundheitsprofessionen ihre Fähigkeiten in den vier Aufgabenbereichen, die bei der Förderung von Gesundheitskompetenz zu bewältigen sind, recht positiv ein.

Das gilt besonders für die Arzt-Patienten-Kommunikation: Nur etwa 3 % der befragten Ärzte hält es nach den Befragungsergebnissen für „sehr“ oder „eher schwierig“, Patienten Informationen verständlich zu erklären oder sie zu ermuntern, ihre Anliegen und persönlichen Vorstellungen zu schildern. Patienten ausreichend Raum für Fragen zu stellen erachtet nur jeder Zehnte für schwierig; gemeinsam mit Patienten das weitere Vorgehen zu entscheiden, fällt nur geringfügig schwerer (11 %) (Schaeffer et al. 2023) – überraschende Befunde, denn die Arzt-Patienten-Kommunikation steht seit Jahren immer wieder neu in der Kritik (hier Dalma et al. 2020; Selgert et al. 2021; Stahl

& Nadj-Kittler 2016). Bei der Einordnung der dargestellten Befunde ist zu bedenken, dass die Kommunikation mit Patienten für Ärzte eine Routineaufgabe darstellt, die wiederkehrender Bestandteil ihres professionellen Alltagshandelns bildet und breiten Raum einnimmt. Dies dürfte sich bei der Beantwortung der erfragten Informations- und Kommunikationsaufgaben niedergeschlagen und vermutlich dazu geführt haben, dass sie deren Schwierigkeitsgrad relativ gering einschätzen.

Dennoch zeichnet die vorliegende Literatur ein anderes Bild (ebd.). Es ist dadurch geprägt, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation aus Patientensicht keineswegs immer optimal verläuft. So wird nach den Ergebnisse des HLS-GER 2 von der Bevölkerung als (sehr) schwierig eingeschätzt, ausreichend Gesprächszeit von Ärzten zu bekommen und ebenso: Begriffe zu verstehen, die Ärzte verwenden. Fast jeder zweite Befragte (47 %) hat damit Schwierigkeiten. Und knapp ein Drittel findet es schwierig, dem Arzt die persönlichen Ansichten und Vorstellungen mitzuteilen (32 %) und an Entscheidungen beteiligt zu werden (31 %) (Schaeffer et al. 2021; Metanmo et al. 2024).

Die sich hier zeigende Perspektivenungleichheit deutet an, dass der Veränderung herkömmlicher Kommunikations- und Interaktionsmuster nach wie vor Hürden entgegenstehen.

Doch auch von den Gesundheitsprofessionen selbst werden nicht alle Aufgaben für einfach gehalten. So erachtet über ein Viertel (28 %) der in der HLS-PROF Studie befragten Ärzte es als „sehr/eher schwierig“, das Vorwissen ihrer Patienten einzuschätzen und zu überprüfen, ob die vermittelten Informationen auch wirklich verstanden wurden – Aufgaben, die für eine systematische patientenzentrierte Informa-

4 Mit der deutschen Studie wurden 297 Allgemeinärzt:innen bzw. hausärztlich tätige Internisten und 624 Gesundheits- und Krankenpfleger im Mai und Juni 2022 online zu ihrer professionellen Gesundheitskompetenz befragt. Dabei kam ein im Rahmen der Studie neu entwickelter Fragebogen zum Einsatz, der die professionelle Gesundheitskompetenz in 4 Bereichen – Informations- und Wissensmanagement, Informations- und Wissensvermittlung, Patientenzentrierte Kommunikation, Professionelle Digitale Gesundheitskompetenz – misst. In Deutschland wurde die Studie von der Hertie School Berlin und der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Stiftung Gesundheitswissen (SGW) durchgeführt.

tionsvermittlung- und Kommunikation unverzichtbar sind. Noch weitaus schwerer fällt ihnen, mit fehl- oder falschinformierten Patienten umzugehen (45 %). Dies wiederum ist eine Aufgabe, die angesichts der expansiven Zunahme von gesundheitsbezogenen Fehl- und Desinformationen immer mehr an Bedeutung gewinnt, auf die sich die Gesundheitsprofessionen jedoch nicht ausreichend vorbereitet fühlen.⁵ Dazu passt, dass die sich im Bereich „Professionelle Digitale Gesundheitskompetenz“ stellenden Aufgaben von den Befragten insgesamt am schwierigsten beurteilt werden: Beispielsweise sehen sich 39 % der Ärzte vor Probleme gestellt, Patienten bei der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit digitaler Informationen zu unterstützen und rund ein Drittel erachtet es als sehr/eher schwierig (32 %), ihnen dabei behilflich zu sein, für sie relevante digitale Informationen ausfindig zu machen.

Diese und andere Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es im Interesse der Realisierung einer patientenzentrierten Versorgung ist, der Verbesserung der Kommunikation – und besonderes einer patientenzentrierten Kommunikation – wie auch einer systematischen Informations- und Wissensvermittlung und generell der Förderung von Gesundheitskompetenz größere Aufmerksamkeit zu widmen. Das gilt auch für die Schaffung der dazu notwendigen organisatorischen Rahmenbedingungen, denn diese sind eng mit einer erfolgreichen Aufgabenrealisierung verknüpft (Schaeffer et al. 2023).

Etablierung gesundheitskompetenter Organisatoren

Zu ergänzen ist ein eng damit zusammenhängender Aspekt. Denn zusätzlich zur Förderung der Gesundheitskompetenz von Patienten kommt den Gesundheitsprofessionen auch bei der Etablierung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen und -einrichtungen ein wichtiger Part zu (Brach et al. 2014). Ohne ihre Mitwirkungsbereitschaft und ohne ihre aktive Mitarbeit ist eine Umsetzung dieses Konzepts, das in der Diskussion über Gesundheitskompetenz für zentral erachtet wird (Allianz für Gesundheitskompetenz des BMG 2024; Pelikan 2019; Schaeffer et al. 2019; Schmidt-Kaehler et al. 2019), schwerlich möglich.

Das Konzept „Gesundheitskompetente (Gesundheits-)Organisationen“ (GKO) zielt darauf, die Förderung von Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen von Gesundheitsorganisationen zu verankern, den Zugang zu und die Nutzung von Gesundheitsinformationen für Patienten und ihre An- und Zugehörigen zu erleichtern, ihnen in allen Bereichen umfangreiche, gut verständliche und qualitativ hochwertige, nutzerfreundliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen, einer systematischen Informationsvermittlung Raum und Zeit einzuräumen und Patienten und ihre Angehörigen aktiv im Umgang mit Gesundheitsinformationen und -anforderungen zu unterstützen und sie in alle sie betreffenden Entscheidungsprozesse einzubeziehen. Es bildet damit einen wichtigen Schritt hin zu einem nutzerfreundlichen, patientenzentrierten und gesundheitskompetenten Gesundheitssystem (Haarmann et al. i. E.).

Obschon der Realisierung gesundheitskompetenter Gesundheitsorganisationen – wie erwähnt – hohe Priorität beigemessen wird, ist die Umsetzung in Deutschland noch immer im Begriff des Werdens. Bislang wurden Checklisten und Tools sowie Material- und Methodensammlungen (Okan et al. 2022; Rathmann et al. 2023; Working Group HPH & HLO 2019) erarbeitet und auch erste empirische Ausgangsanalysen durchgeführt (Häberle et al. 2024; Rathmann 2020; Schaeffer & Vogt 2022) – samt und sonders wichtige Vorarbeiten für die Umsetzung. Diese selbst steht jedoch noch weitgehend aus. Bleibt zu hoffen, dass sie in absehbarer Zeit vorankommt.

Gesundheitskompetenz stärken, aber wie?

Besonders unter Gesichtspunkten von Patientenzentrierung belegen die dargestellten Befunde, dass die Förderung von Gesundheitskompetenz eine wichtige gesellschaftliche Zukunftsaufgabe darstellen muss. Sie ist Grundlage und zentraler Bestandteil einer patientenzentrierten Versorgung, aber auch unerlässlich, um gesellschaftlichen Veränderungen wie der digitalen Transformation, aber etwa auch dem demografischen und epidemiologischen Wandel adäquat begegnen zu können.

Menschen leben heutzutage länger als noch vor 20 oder 30 Jahren, aber auch länger mit chronischen (Mehrfach-) Krankheiten und langandauernder Pflegebedürftigkeit (Geyer & Eberhard 2022; Kuhlmei & Budnik 2024). Denn bislang ist es nicht flächendeckend gelungen, die Zeit gesundheitlicher Einbußen einzuschränken und zu einer Kompression der Morbidität (Fries 2005) zu kommen. Eher gegenteilig deutet die Literatur darauf, dass sich eine Expansion der Lebenszeit mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit vollzogen hat (Geyer & Eberhard 2022; Kuhlmei & Budnik 2024).

Um dem entgegen zu treten, ist eine Intensivierung der Prävention, doch ebenso der Förderung von Gesundheitskompetenz unerlässlich – darüber herrscht mittlerweile weitgehend Konsens. Wo dabei anzusetzen ist, wurde u. a. im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAP, Schaeffer et al. 2018) mit seinen Strategie- und Politikpapieren ausführlich gezeigt, ebenso in der jüngst erschienenen Roadmap der Allianz für Gesundheitskompetenz (BMG 2024). Einige der unter Patientenzentrierung wichtigen Schritte seien hier abschließend wiederholt.

- Die Bevölkerung durch Stärkung der Gesundheitskompetenz unterstützen, Krankheiten vorzubeugen und sie zu motivieren und befähigen, sich für die Gesundheitserhaltung zu engagieren und ein gesundheitskompetentes Verhalten zu entwickeln, wobei vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders zu beachten sind, ebenso die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit.
- Generell das *Bewusstsein* und das Verständnis für die Bedeutung von Gesundheitserhaltung, -förderung und -kompetenz in der Bevölkerung und im Gesundheitssystem stärken und empirisch fundierte Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz ausbauen.
- Patienten und Nutzer durch Empowerment ermutigen und in die Lage versetzen, eigene Bedarfslagen, Bedürfnisse und Präferenzen zu erkennen und zum Ausdruck zu bringen.

⁵ Darauf deutet auch, dass die Frage wie gut die eigene Ausbildung auf die Kommunikation mit Patienten vorbereitet habe, von 37 % der in der HLS-PROF Studie befragten Ärzte mit „eher“ oder sogar „sehr schlecht“ beantwortet wurde, weitere 23 % sind indifferent.

- Anstrengungen unternehmen, um eine ko-produktive Versorgung herzustellen, in der die Stimme der Patienten respektiert und akzeptiert wird – „even if the voice is a whisper!“ (The National Advisory Group on the Safety of Patients in England 2013, S. 18) – und in der es selbstverständlich ist, Patienten in die Gestaltung der Behandlung und Versorgung und die dazu nötigen Entscheidungen einzubeziehen.
- Patienten und ihre An-/Zugehörigen, doch ebenso die Gesundheitsprofessionen zu befähigen, die damit verbundenen Anforderungen erfüllen zu können.
- Patienten durch Förderung Navigationaler Gesundheitskompetenz dabei unterstützen, das Gesundheitssystem und seine Arbeitsweise besser zu verstehen, so dass sie sich leichter im Gesundheitssystem orientieren und bewegen können und schneller an die richtige Versorgung gelangen.
- Ergänzend dazu Versorgungspfade entwickeln und andere Unterstützungsmöglichkeiten etablieren, die besonders vulnerable Gruppen ohne Umwege an die für das jeweilige Anliegen richtigen Instanzen im Versorgungswesen führen und sie besonders in fragilen Gesundheitssituationen und bei komplexem Bedarf mit den richtigen Versorgungspaketen versehen.
- Das Gesundheitssystem insgesamt nutzerfreundlicher und transparenter gestalten und die Entwicklung von gesundheitskompetenten Organisationen und Gesundheitsprofessionen vorantreiben.
- Bedarfsgerechte, integrierte Versorgungsmodelle bereitstellen, die prioritär ambulant ausgerichtet sind, dem spezifischen Bedarf in der Kommune/dem Quartier entsprechen und der Instanzenvielfalt des hiesigen Versorgungssystems mit multiprofessionellen Versorgungsorganisationen entgegentreten, die ein umfassendes Angebots- und Leistungsprofil aufweisen, das den unterschiedlichen Bedarfslagen im Lebenslauf gerecht wird und dabei der Stärkung der Gesundheitskompetenz hohe Priorität einräumt.

Quellenverzeichnis

- [1] Achstetter K, Köppen J, Haltaufderheide M, Hengel P, Blümel M, Busse R. Health Literacy of People with Substitutive Private Health Insurance in Germany and Their Assessment of the Health System Performance According to Health Literacy Levels: Results from a Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2022. doi:10.3390/ijerph192416711.
- [2] Allianz für Gesundheitskompetenz. Roadmap Gesundheitskompetenz 2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html>. Accessed 12 Feb 2025.
- [3] Baumann E, Czerwinski F, Rosset M, Seelig M, Suhr R. Wie informieren sich die Menschen in Deutschland zum Thema Gesundheit? Erkenntnisse aus der ersten Welle von HINTS Germany. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 2020;63:1151–60. doi:10.1007/s00103-020-03192-x.
- [4] Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2011;155:97–107. doi:10.1059/0003-4819-155-2-201107190-00005.
- [5] Brach C, Dreyer BP, Schillinger D. Physicians' Roles in Creating Health Literate Organizations: A Call to Action. *J Gen Intern Med*. 2014;29:273–5. doi:10.1007/s11606-013-2619-6.
- [6] Bundesministerium für Gesundheit. Patientenrechte. 2024. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>. Accessed 12 Feb 2025.
- [7] Coleman C. Teaching Health Care Professionals about Health Literacy: A Review of the Literature. *Nurs Outlook*. 2011;59:70–8. doi:10.1016/j.outlook.2010.12.004.
- [8] Dalma A, Karnaki P, Zota D, Veloudaki A, Ellis-Montalban P, Dotsikas K, et al. Physician-Patient Communication: A Qualitative Study of Perceptions, Barriers, and Needs in Four European Member States. *Journal of Communication in Healthcare*. 2020;13:301–13. doi:10.1080/17538068.2020.1790080.
- [9] Dierks M-L, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz in Deutschland. In: Schwartz FW, Walter U, Siegrist J, Kolip P, Leidl R, Busse R, et al., editors. *Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen*. 4th ed. München: Elsevier; 2022. p. 491–500.
- [10] Dierks ML, Seidel G. Erhöhung der Gesundheitskompetenz durch interaktive Formen der Gesundheitsbildung – Konzept und Erfahrungen der Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe; 2017. p. 289–302.

acy: Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe; 2017. p. 289–302.

- [11] Dierks M-L, Seidel G. Gesundheitskompetenz fördern – Souveränität der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen stärken. In: Pundt J, editor. *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?*: Apollon University Press; 2016. p. 153–172. doi:10.5771/9783943001341-153.
- [12] Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care: Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011;10:248–51. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008.
- [13] Ewers M, Schaeffer D. Patientenberatung. In: Gieseke W, Nittel D, editors. *Pädagogische Beratung über die Lebensspanne*. Weinheim: BeltzJuventa; 2016. p. 322–331.
- [14] Falk O. Innovationsfonds: Neue Ideen verändern die Patientenversorgung. *Dtsch Arztebl*. 2024;121:A-1042/B-898.
- [15] Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health Professionals for a New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World. *Lancet*. 2010;376:1923–58. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
- [16] Fries JF. The Compression of Morbidity. *Milbank Q*. 2005;83:801–23. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00401.x.
- [17] Garcia-Codina O, Juvinya-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, Gonzalez-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of Health Literacy in the General Population: Results of the Catalan Health Survey. *BMC Public Health*. 2019;19:1122. doi:10.1186/s12889-019-7381-1.
- [18] Geboers B, Winter AF de, Spoorenberg SLW, Wynia K, Reijneveld SA. The Association Between Health Literacy and Self-Management Abilities in Adults Aged 75 and Older, and Its Moderators. *Qual Life Res*. 2016;25:2869–77. doi:10.1007/s11136-016-1298-2.
- [19] Geyer S, Eberhard S. Compression and Expansion of Morbidity—Secular Trends Among Cohorts of the Same Age. *Deutsches Arzteblatt Online*. 2022;119:810–5. doi:10.3238/arztebl.m2022.0324.
- [20] Glaeske G. Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung: Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens. 2011. <https://collections.fes.de/publikationen/content/titleinfo/449458>. Accessed 12 Feb 2025.
- [21] Griese L, Berens E-M, Nowak P, Pelikan JM, Schaeffer D. Challenges in Navigating the Health Care System: Development of an Instrument Measuring Navigation Health Literacy. *IJERPH*. 2020;17:5731. doi:10.3390/ijerph17165731.
- [22] Griese L, Finbråten HS, Francisco R, Gani SM de, Griebler R, Guttersrud Ø, et al. HLS₁₉ –

NAV-Validation of a New Instrument Measuring Navigational Health Literacy in Eight European Countries. *Int J Environ Res Public Health* 2022. doi:10.3390/ijerph192113863.

[23] Griese L, Schaeffer D, Berens E-M. Navigational Health Literacy Among People with Chronic Illness. *Chronic Illn*. 2022a;17423953211073368. doi:10.1177/17423953211073368.

[24] Grover S, Fitzpatrick A, Azim FT, Ariza-Vega P, Bellwood P, Burns J, et al. Defining and Implementing Patient-Centered Care: An Umbrella Review. *Patient Educ Couns*. 2022;105:1679–88. doi:10.1016/j.pec.2021.11.004.

[25] Gui X, Chen Y, Pine KH. Navigating the Healthcare Service “Black Box”. *Proc. ACM Hum.-Comput. Interact*. 2018;2:1–26.

[26] Güner MD, Ekmekci PE. A Survey Study Evaluating and Comparing the Health Literacy Knowledge and Communication Skills Used by Nurses and Physicians. *Inquiry*. 2019;56:46958019865831. doi:10.1177/0046958019865831.

[27] Haarmann A, Vogt D, Griese L, Schaeffer D. A Rapid Review on Health Literate Organizations With a Focus on Primary Care. Submitted to *Journal of Public Health*

[28] Häberle N, Lander J, Dierks M-L, Bitzer EM. Organizational Health Literacy in German Hospitals: A Cross-Sectional Survey Among Hospital Managers. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:1227. doi:10.1186/s12913-024-11649-x.

[29] Hahlweg P, Bieber C, Levke Brütt A, Dierks M-L, Dirmaier J, Donner-Banzhoff N, et al. Moving Towards Patient-Centered Care and Shared Decision-Making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2022;171:49–57. doi:10.1016/j.zefq.2022.04.001.

[30] Håkansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Högländer J, et al. “Same Same or Different?” A Review of Reviews of Person-Centered and Patient-Centered Care. *Patient Educ Couns*. 2019;102:3–11. doi:10.1016/j.pec.2018.08.029.

[31] Härter M, Dirmaier J, Scholl I, Donner-Banzhoff N, Dierks M-L, Eich W, et al. The Long Way of Implementing Patient-Centered Care and Shared Decision Making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2017;123-124:46–51. doi:10.1016/j.zefq.2017.05.006.

[32] Heijmans M, Waverijn G, Rademakers J, van der Vaart R, Rijken M. Functional, Communicative and Critical Health Literacy of Chronic Disease Patients and Their Importance for Self-Management. *Patient Educ Couns*. 2015;98:41–8. doi:10.1016/j.pec.2014.10.006.

[33] HLS-PROF Konsortium. Professionelle Gesundheitskompetenz bei ausgewählten Gesundheitsprofessionen/-berufen. Ergebnisse der Pilotstudie HLS-PROF in der Schweiz,

Deutschland und Österreich. Zürich, Berlin, Bielefeld, Wien: Careum, Hertie School, Universität Bielefeld und Gesundheit Österreich; 2023.

[34] Hower KI, Vennedey V, Hillen HA, Kuntz L, Stock S, Pfaff H, Ansmann L. Implementation of Patient-Centered Care: Which Organisational Determinants Matter from Decision Maker’s Perspective? Results from a Qualitative Interview Study Across Various Health and Social Care Organisations. *BMJ Open*. 2019;9:e027591. doi:10.1136/bmjopen-2018-027591.

[35] Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland im Zeitvergleich der Jahre 2014 und 2020. *Gesundheitswesen*. 2022;85:314–22. doi:10.1055/a-1709-1011.

[36] Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Acad. Press; 2001.

[37] International Working Group Health Promoting Hospitals and Health Literate Healthcare Organizations (Working Group HPH & HLO). International Self-Assessment Tool Organizational Health Literacy (Responsiveness) for Hospitals – SAT-OHL-Hos-v1.3. 2023. https://m-pohl.net/sites/m-pohl.net/files/2023-07/SAT-OHL-Hos-v1.3-EN-international_update%2020230717.pdf. Accessed 23 Feb 2024.

[38] Janson P, Rathmann K. Gesundheitskompetenz bei Pflegekräften in der ambulanten Altenpflege. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M, editors. *Gesundheitskompetenz*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2023. p. 1–10. doi:10.1007/978-3-662-62800-3_129-1.

[39] Jordan S, Hoebel J. Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2015;58:942–50. doi:10.1007/s00103-015-2200-z.

[40] Kastorff T, Müller M, Selva C, Greiff S, Moser S. Fake News oder Fakten? Wie Jugendliche ihre digitale Informationskompetenz einschätzen und welche Rolle Schulen und Lehrkräfte dabei spielen. *Erkenntnisse aus PISA 2022*: Waxmann Verlag GmbH; 2025.

[41] Klapper B, Cichon I, editors. *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2021.

[42] Kuhlmeier A, Budnick A. Prävention in der Pflege gestalten: Pflegebedürftigkeit vermindern, Selbstständigkeit erhalten. In: Schwinger A, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Jacobs K, Behrendt S, editors. *Ankunft der Babyboomer: Herausforderungen für die Pflege*. Berlin: Springer Open; 2024. p. 99–107. doi:10.1007/978-3-662-70189-8_7.

[43] Link E, Baumann E, Kreps GL, Czerwinski F, Rosset M, Suhr R. Expanding the Health Information National Trends Survey Research Program Internationally to Examine Global Health Communication Trends: Comparing Health Information Seeking Behaviors in the U.S. and Germany. *J Health Commun*. 2022;27:545–54. doi:10.1080/10810730.2022.2134522.

[44] Metanmo S, Finbråten HS, Bøggild H, Nowak P, Griebler R, Guttersrud Ø, et al. Communicative Health Literacy and Associated Variables in Nine European Countries: Results from the HLS₁₉ Survey. *Sci Rep* 2024. doi:10.1038/s41598-024-79327-w.

[45] Nantsupawat A, Wichaikhum O-A, Abhicharttitutra K, Kunaviktikul W, Nurumal MSB, Poghosyan L. Nurses’ Knowledge of Health Literacy, Communication Techniques, and Barriers to the Implementation of Health Literacy Programs: A Cross-Sectional Study. *Nurs Health Sci*. 2020;22:577–85. doi:10.1111/nhs.12698.

[46] OECD. Chapter 6: Empowering Through Health Literacy: Skills to Navigate Health Information and Make Informed Decisions. In: OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development, Editor. *OECD Skills Outlook: Skills for a Resilient Green and Digital Transition*. Paris: OECD Publishing; 2023. 170-209.

[47] Okan O, Bollweg TM, Bauer U, Hurrelmann K, Schaeffer D. Coronaspezifische Gesundheitskompetenz zu drei Messzeitpunkten. *Public Health Forum*. 2022;30:131–4. doi:10.1515/pubhef-2022-0031.

[48] Okan O, Kirchhoff S, Krudewig C. Organizational Health Literacy of Schools (OHL-S-Q): Technical University of Munich; 2022.

[49] Ozegowski S, Amelung E. Patientenorientierung – leicht gefordert, schwer umgesetzt. In: Amelung VE, Eble S, Hildebrandt H, Knieps F, Lägl R, Ozegowski S, et al., editors. *Patientenorientierung: Schlüssel für mehr Qualität*. Berlin: MWV; 2015. p. 3–8.

[50] Parker R, Ratzan SC. Health Literacy: A Second Decade of Distinction for Americans. *J Health Commun*. 2010;15 Suppl 2:20–33. doi:10.1080/10810730.2010.501094.

[51] Porter ME, Guth C. Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2012.

[52] Rathmann K, Lutz J, Salewski L. Tools zur Stärkung der organisationalen Gesundheitskompetenz in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung: eine systematische Übersicht. *Präv Gesundheitsf*. 2023;18:59–67. doi:10.1007/s11553-021-00923-z.

[53] Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD, Lutz J, Dadaczynski K. Organizational Health Literacy in Facilities for People with Disabilities: First Results of an Explorative Qualitative and Quantitative Study. *IJERPH* 2020. doi:10.3390/ijerph17082886.

- [54] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität: Gutachten 2003. Bonn: SVR; 2003.
- [55] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung: Sondergutachten 2012. Bonn: SVR.
- [56] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsge-rechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018. Berlin: SVR; 2018.
- [57] Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to Practice Person-Centered Care: A Conceptual Framework. *Health Expect*. 2018;21:429–40. doi:10.1111/hex.12640.
- [58] Sator M, Jünger J. 18. Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. In: Busch A, Spranz-Fogasy T, editors. *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin, München, Boston: de Gruyter; 2015. p. 333–347. doi:10.1515/9783110296174-019.
- [59] Schaefer C, Bitzer EM, Dierks, M. L. für den Vorstand des DNGK. Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung bringen! Ein Positionspapier des DNGK. 2019. <https://dngk.de/gesundheitskompetenz/organisationale-gesundheitskompetenz-positionspapier-2019/>. Accessed 31 Mar 2023.
- [60] Schaeffer D, Berens E-M, Gille S, Griesse L, Klinger J, Sombre S de, et al. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie: Ergebnisse des HLS-GER 2. Bielefeld: Universität Bielefeld, Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung; 2021.
- [61] Schaeffer D, Berens E-M, Vogt D, Gille S, Griesse L, Klinger J, Hurrelmann K. Health Literacy in Germany: Findings of a Representative Follow-Up Survey. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118:723–9. doi:10.3238/arztebl.m2021.0310.
- [62] Schaeffer D, Dierks ML. Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer D, Schmidt-Kaehler S, editors. *Lehrbuch Patientenberatung*. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage (1. Auflage 2006). Bern: Huber; 2012. p. 159–183.
- [63] Schaeffer D, Griesse L, Klinger J. Navigatio-nale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Gesundheitswesen*. 2024;86:59–66. doi:10.1055/a-2148-5221.
- [64] Schaeffer D, Haarmann H, Griesse L. Profes-sionelle Gesundheitskompetenz ausgewählter Gesundheitsprofessionen in Deutschland: Ergebnisse des HLS-PROF-GER. Berlin, Bielefeld: Hertie School, Universität Bielefeld, Stiftung Gesundheitswissen; 2023.
- [65] Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesund-heitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart; 2018.
- [66] Schaeffer D, Vogt D. Gesundheitskompe-tenente Organisationen. Zweiter Teilbericht – Umsetzungsbedingungen in der ambulanten Medizin und Pflege. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld.; 2022.
- [67] Scheibler F, Geiger F, Wehkamp K, Danner M, Debrouwere M, Stolz-Klingenberg C, et al. Patient-Reported Effects of Hospital-Wide Implementation of Shared Decision-Making at a University Medical Centre in Germany: A Pre-Post Trial. *BMJ Evid Based Med*. 2024;29:87–95. doi:10.1136/bmjebm-2023-112462.
- [68] Schmidt-Kaehler S, Schaeffer D, Hurrel-mann K, Pelikan J. Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompe-tenz; 2019.
- [69] Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. How Do Health Services Researchers Understand the Concept of Patient-Centeredness? Results from an Expert Survey. *PPA*. 2014;8:1153–60. doi:10.2147/PPA.S64051.
- [70] Selgert L, Bender B, Hinding B, Federmann A, Mihaljevic AL, Post R, et al. Development, Testing and Generalizability of a Standardized Evaluation Form for the Assessment of Patient-Directed Reports in the New Final Medical Licensing Examination in Germany. *GMS J Med Educ*. 2021;38:Doc71. doi:10.3205/zma001467.
- [71] Seo J, Goodman MS, Politi M, Blanchard M, Kaphingst KA. Effect of Health Literacy on Decision-Making Preferences among Medically Underserved Patients. *Med Decis Making*. 2016;36:550–6. doi:10.1177/0272989X16632197.
- [72] Simon A, Ebinger M, Holoch E. Die Gesund-heitskompetenz von angehenden Ärzt*innen Pflegenden, Hebammen, Therapeut*innen und Gesundheitsmanager*innen in Deutschland – Explorative Pilotstudie. *Gesundheitswesen*. 2022;84:1039–49. doi:10.1055/a-1657-9627.
- [73] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25:1053–8. doi:10.1093/eurpub/ckv043.
- [74] Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
- [75] Stahl K, Nadj-Kittler M. Picker Report 2016. Vertrauen braucht gute Verständigung. Er-folgreiche Kommunikation mit Kindern, Eltern und erwachsenen Patienten. Hamburg: Picker Institut Deutschland gGmbH; 2016.
- [76] Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of Health Literacy with Socioeconomic Position, Health Risk Behavior, and Health Status: A Large National Population-Based Survey Among Danish Adults. *BMC Public Health*. 2020;20:565. doi:10.1186/s12889-020-08498-8.
- [77] Tajdar D, Lühmann D, Fertmann R, Stein-berg T, van den Bussche H, Scherer M, Schäfer I. Low Health Literacy Is Associated with Higher Risk of Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study in Germany. *BMC Public Health*. 2021;21:510. doi:10.1186/s12889-021-10508-2.
- [78] The HLS₁₉ Consortium of the WHO Action Network M-POHL, editor. *International Report on the Methodology, Results, and Recommenda-tions of the European Health Literacy Population Survey 2019-2021 (HLS₁₉) of M-POHL*. Vienna: Austrian National Public Health Institute; 2021.
- [79] The National Advisory Group on the Safety of Patients in England. A promise to learn – a commitment to act: improving the safety of patients in England; 2013.
- [80] World Health Organization. *WHO Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services: Interim Report*. 2015. <https://iris.who.int/handle/10665/155002>. Accessed 12 Feb 2025.
- [81] Zok K. Unterschiede bei der Gesundheitskompetenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten. *WIdO monitor*. 2014;11:1–12.

Die Bedeutung des aktiven Selbstmanagements im Sinne einer „Koproduktion“ von Gesundheit

DR. GABRIELE SEIDEL,
PROF. DR. MARIE-LUISE
DIERKS, SUSANNE MELIN

Seidel, Dr. Gabriele: Leiterin des Forschungsschwerpunkts Patientenorientierung und Gesundheitsbildung am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Center of Public Health, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.

Dierks, Prof. Dr. Marie-Luise: Leitung Patientenuniversität an der Medizinischen Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Center of Public Health, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover.

Melin, Susanne: Teamleiterin im Robert Bosch Centrum für Innovationen im Gesundheitswesen des Bosch Health Campus, Stuttgart.

Chronische Erkrankungen machen einen Großteil des Krankheitspektrums in Deutschland aus, mit entsprechenden Folgen für die Betroffenen, aber auch für das Versorgungssystem. Erkrankte sollen und wollen im Umgang mit ihrer Erkrankung Partner der Professionellen sein, und sie sind aufgefordert, für sich gute Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit und ihres Lebensstils zu treffen. Dafür benötigen sie nicht nur allgemeine Gesundheitskompetenz – also die Fähigkeit und die Motivation, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden (D. Schaeffer et al., 2018)¹ –, sondern auch Selbstmanagementkompetenz. Wie diese Kompetenz gestärkt und durch geeignete Maßnahmen unterstützt werden kann, ist Gegenstand dieses Beitrags. Vor allem geht es um die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung als Voraussetzung für ein bewusstes Selbstmanagement, um erprobte Angebote zur Stärkung des Selbstmanagements, und schließlich darum, welche Rolle Selbstmanagement in einem übergreifenden Sinne in der Gesundheitsversorgung spielen kann. Entsprechend werden Empfehlungen formuliert, wie eine Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten gesundheitspolitisch im Gesundheitssystem verankert werden kann, welche Finanzierungsmöglichkeiten genutzt werden sollten und in welchen Bereichen die Förderung erfolgen sollte.

1. Chronische Erkrankungen und die Rolle der Erkrankten

Über 50 % der Erwachsenen in Deutschland leben mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen oder einem lange andauernden Gesundheitsproblem (Robert Koch-Institut, 2024). Dies geht häufig einher mit vielfältigen physischen und psychischen Beeinträchtigungen und erfordert von den Betroffenen mehr oder weniger intensive Anpassungen des Lebensstils und des Alltags. Erkrankte, oft auch ihre Angehörigen, müssen nicht nur Arzttermine koordinieren und Medikationspläne überblicken. Im täglichen Leben sind zahlreiche Entscheidungen zu treffen, etwa rund um Ernährung, Bewegung und Entspannung – Entscheidun-

gen, die nicht zuletzt Einfluss darauf haben können, ob und wie eine Krankheit voranschreitet. Auch die Gestaltung der sozialen Beziehungen kann oftmals nicht unabhängig von der Erkrankung erfolgen, etwa im Spannungsfeld zwischen dem Streben nach Autonomie und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Und schließlich geht es um ganz grundlegende Entscheidungen bezüglich Beruf, Familie und sonstiger Lebensplanung, die vor dem Hintergrund möglicher Einschränkungen und Herausforderungen durch die Erkrankung abgewogen und immer wieder neu verhandelt werden müssen. Hinzu kommt, dass viele Er-

¹ Vgl. auch den Beitrag von Schaeffer D. und G. in diesem Heft.

krankungen nicht gleichförmig verlaufen; entsprechend müssen Anpassungsleistungen im Umgang mit körperlichen und psychischen Veränderungen immer wieder neu erbracht werden. Kurzum: Erkrankte sind gefordert, ihre individuellen (Gesundheits-) Ziele immer wieder neu zu definieren und nach Strategien suchen, um diese zu erreichen. Dies ist eine lebenslange Aufgabe, deren Bewältigung Kompetenzen in drei Bereichen erfordert:

1. im medizinischen Management des direkten Krankheitsgeschehens und der Symptome,
2. im Umgang mit der Rolle als Erkrankte oder Erkrankter und
3. im Umgang mit emotionalen Problemen, die mit einer chronischen Krankheit einhergehen können.

Dabei ist die Fähigkeit der Menschen, mit ihrem Alltag und ihrer Erkrankung im für sie besten Sinn umzugehen, von hoher Bedeutung, und damit auch die Fähigkeit, sich und ihre Erkrankung gut zu managen.

2. „Koproduktion“ von Gesundheit – Aktive Rolle von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Die skizzierte besondere Situation von Menschen mit chronischen Erkrankungen zeigt, dass diese im Leben mit ihrer Erkrankung nicht passives Objekt der Behandlungs- und Versorgungsbemühungen von Professionellen sind, und im Übrigen auch nicht sein wollen, sondern im positiven wie im negativen Sinn als handelnde Subjekte den Verlauf der Erkrankung und die eigene Lebensqualität beeinflussen. Menschen mit chronischen Erkrankungen verbringen bekanntermaßen nur einen verschwindend kleinen Teil ihrer Zeit in professioneller Betreuung, etwa im Krankenhaus oder in einer ärztlichen Sprechstunde. Im Alltag sind sie über weite Strecken auf sich gestellt (Riggare, 2014).

Erkrankte nehmen damit sich selbst gegenüber eine (ver-) sorgende Rolle ein und werden im Idealfall zu Teampartnern der Professionellen (Realpe & Wallace, 2010). In den 1990er Jahren wurde dies unter dem Begriff Koproduktion von Gesundheit betrachtet. Dieser Produktionsbegriff rückte zwischenzeitlich in

den Hintergrund, vielleicht auch, weil der ökonomische konnotierte Begriff des Konsumenten, der in dieser Zeit auch eine Rolle spielte, weitgehend verlassen wurde (M.-L. Dierks & Schwartz, 2001). Heute wird eher von Gesundheitskompetenz, Partizipation oder Empowerment gesprochen: Erkrankte wollen – wie viele Daten zeigen – gleichberechtigt über ihre Gesundheitsversorgung entscheiden (Braun & Marstedt, 2014), dabei informierte Entscheidungen treffen, auf Augenhöhe mit Professionellen agieren, mit ihren Kompetenzen und ihrem Expertenwissen aus Erfahrung anerkannt und schließlich in ihrer Autonomie akzeptiert werden.

Dies hat auch Aspekte jenseits der erreichbaren Gesundheits-Outcomes. Ob Gesundheitskompetenz, Partizipation oder Empowerment: Es geht bei diesen Begriffen nicht nur um vordergründige **Teilhabe, Mitsprache und Selbstbestimmung**, sondern auch um eine gesellschaftlich-politische Dimension von veränderter Machtverteilung. Menschen, die sich in der Koproduktion ihrer Gesundheit als selbstwirksam, aktiv und einflussreich erleben, fühlen sich möglicherweise nicht nur im direkten Kontakt mit einzelnen Gesundheitsprofessionellen, sondern auch darüber hinaus ermutigt, ihre Stimme zu erheben und Wirksamkeitsräume einzufordern. Entsprechend relevant ist deshalb die Stärkung des Gefühls der Selbstwirksamkeitserwartung,

3. Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstmanagement

Selbstwirksamkeitserwartung meint vor allem die subjektive Überzeugung, aufgrund eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten gewünschte Handlungen ausführen oder in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen zu können. Das von Albert Bandura erstmals vorgestellte Konstrukt basiert auf der sozial-kognitiven Lerntheorie, die Lernen als eine aktive, kognitiv gesteuerte Verarbeitung von Erfahrungen definiert. Quellen der Selbstwirksamkeitserwartung sind demnach die eigene Bewältigungserfahrung, das Lernen am Modell (Vorbild), sprachliche Überzeugungen („Ich schaffe das“) und auch physiologische Reaktionen (Bandura, 1977). Im Unterschied zu anderen psychologischen Konstrukten setzt diese Theorie den

Fokus auf Handlungen und Verhalten, weniger auf Persönlichkeitsmerkmale, mit dem Gedanken, dass Lernen und damit Veränderung immer möglich ist. Der Schwerpunkt liegt auf der Beeinflussbarkeit von eigenen Erwartungen durch Lernen und den daraus folgenden Handlungen. Betont werden also eine aktive Rolle der Person in ihrem Verhalten und ihrer Motivation sowie der Stellenwert von Erfolgserlebnissen, Vorbildern und Bestärkung.

Dies ist dann folgerichtig ein Schwerpunkt bei der Konzeption von Selbstmanagementprogrammen, die Menschen helfen, ihre Situation eigenverantwortlich und selbstbestimmt zu managen und gemeinsam mit den Akteuren im Gesundheitssystem am Prozess der eigenen – ggf. „bedingten“ – Gesundheit mitzuwirken (Hartmann, 1994). Sie unterstützen das Erkennen und die Einschätzung von Schwierigkeiten im Umgang mit Symptomen, die Fähigkeit, den Alltag (neu) zu strukturieren und mit den jeweiligen Begleitumständen einer Erkrankung konstruktiv zu leben, Entscheidungen bezüglich der eigenen Gesundheit zu treffen, Handlungen zu planen und sich selbst konkrete Ziele zu setzen. Auch geht es darum, soziale Ressourcen zu nutzen bzw. aufzubauen, und um die innerpsychischen Ressourcen, wie Selbstmotivation, Selbstbeobachtung und die Selbstwirksamkeitserwartung.

4. Koproduktion und Selbstmanagement-Fähigkeiten durch strukturierte Programme stärken

Um die Fähigkeiten von Menschen zu stärken, eine aktive Rolle im Sinne der Koproduktion einzunehmen, sind in den letzten Jahren diverse Elemente ins Gesundheitswesen integriert worden. Zu nennen sind hier, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, Patientenschulungen im ambulanten Bereich und in der Rehabilitation, hier steht der edukative und auf den medizinischen Aspekt bezogene Anteil im Vordergrund. Gleiches gilt für die Disease Management Programme, allerdings ist die Datenlage über die tatsächliche Umsetzung und die Nutzung durch die Erkrankten noch dünn.

Die meisten Beispiele sind bislang auf einzelne Indikationen bezogene Unterstützungsmaßnahmen, die hilfreich

sind, aber durchaus etwas ausblenden: 1. Menschen haben oftmals mehr als eine chronische Erkrankung. 2. Die Herausforderungen, die die chronische Erkrankung mit sich bringt, sind durchaus unabhängig von der Erkrankung selbst, z.B. Medikamentenmanagement, verminderte körperliche Leistungsfähigkeit oder Stigmatisierung und Diskriminierung. 3. Bestimmte Symptome, wie z.B. Schmerz, Schlaflosigkeit oder Erschöpfung, sind bei vielen Erkrankungen Begleitsymptome. Um diesen Symptomen zu begegnen, ist über indikationsspezifische Informationen hinaus eine gezielte Förderung des Selbstmanagements mit dem Aspekt des Umgangs mit übergreifenden Symptomen erforderlich (Barlow et al., 2002; Kanfer et al., 2012).

Entsprechend fördern Selbstmanagementprogramme mehr noch als Patientenschulungen das Engagement der Betroffenen. Sie setzen an den Bedürfnissen, Erfahrungen und an den bereits gelebten Bewältigungsstrategien von Menschen an. Sie tragen dazu bei, deren Selbstwirksamkeitserwartung zu erhöhen, ohne dabei benevolent paternalistisch zu belehren.

5. Das Beispiel Initiative für Selbstmanagement und Aktives Leben (INSEA)

Ein Programm, das hier explizit neue Wege geht, ist INSEA, nach der gleichnamigen **Initiative für Selbstmanagement und Aktives Leben**, das seit 2015 in Deutschland erfolgreich umgesetzt wird. Basis von INSEA ist das evidenzbasierte Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP), das 1996 von Kate Lorig und Kollegen entwickelt und über die Jahre kontinuierlich weiterentwickelt wurde und mittlerweile weltweit in mehr als 23 Ländern von vielen Gesundheitsorganisationen und Krankenhäusern angeboten wird. Evaluationsergebnisse aus verschiedenen Ländern zeigen gute Ergebnisse. Diese variieren zwar je nach Studiendesign, -methode und -population (Brady et al., 2013), übergreifend wird jedoch deutlich, dass sich die Gesundheitskompetenz, die Selbstmanagementkompetenzen und die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden

im Rahmen einer Kursteilnahme verbessern. Weitere Hinweise sind: Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand verbessert sich etwas, krankheitsbedingte Einschränkungen im Alltag verringern sich leicht, die Teilnehmenden können

Evaluationsergebnisse für das Programm INSEA (Initiative für Selbstmanagement und Aktives Leben) zeigen bessere Gesundheitskompetenz, Selbstmanagementkompetenzen und Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden.

die „Werkzeuge“ des Programms in ihren Alltag integrieren und erreichen deutlich besser als vor der Kursteilnahme die Ziele, die sie sich vorgenommen haben.

Entsprechend hoch ist das Interesse an der Integration des CDSMP in unterschiedliche Kontexte, für die eine Reihe von Voraussetzungen bindend ist:

Für die Nutzung und die Beteiligung an inhaltlichen Weiterentwicklungen werden Lizenzgebühren erhoben, die Höhe ist abhängig von der Anzahl der durchgeführten Kurse. Diese Anbindung stellt auch sicher, dass die Durchführung auf Stand des vorliegenden, aktuellsten Kursleitungsmanuals erfolgt und dass die Ausbildung der Kursleitungen qualitätsgesichert durchgeführt wird.²

In Deutschland ist die Implementierung und Ausrollung des Programms über das INSEA-Netzwerk erfolgt, ein überregionales Netzwerk zur Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten chronisch Erkrankter, ihrer Angehörigen und Freunde. Es wurde 2015 von der Robert Bosch Stiftung, der BARMER, der Selbsthilfekoordination Bayern und der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet mit dem Ziel, die Situation von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Das Netzwerk ist Teil des trinationalen EVIVO-Netzwerks, das die Lizenz für die Durchführung der Kurse im gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) vergibt, die Einhaltung der Kursstandards sicherstellt und die Ausbildung von Kursleitungen organisiert.³

Die Charakteristika des CDSMP sind auch bindend für das INSEA-Programm in Deutschland:

- 1. Zeitliche Struktur:** Ein Kurs wird mit acht bis 18 Personen in einem Zeitraum von sechs Wochen wöchentlich für je 2,5 Stunden durchgeführt. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenfrei (Lorig, 2015).
- 2. Offen für Teilnehmende mit unterschiedlichen Erkrankungen (indikationsübergreifend):** An den Kursen nehmen Menschen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen sowie Angehörige chronisch Erkrankter teil. Das verbindende Element ist also nicht eine spezifische Indikation, sondern die allen gemeinsame Situation, entweder direkt oder indirekt von einer chronischen Erkrankung betroffen zu sein. Dahinter steht die Annahme, dass unterschiedliche chronische Erkrankungen bei den Betroffenen ähnliche Probleme hervorrufen, und dass im Sinne der eingangs zitierten Lerntheorie Lernen durch Anschauung und das Teilen von Erfahrungen möglich ist.
- 3. Peer-Ansatz:** Geleitet werden die Kurse von einem Tandem aus je zwei Kursleitungen, von denen mindestens eine direkt oder indirekt von chronischer Erkrankung betroffen sind. Damit wird der Aspekt „Experten aus Erfahrung“ unterstützt. Die Kursleitungen dienen den anderen Teilnehmenden als Rollenmodell, auch dies basiert auf der sozial-kognitiven Lerntheorie.
- 4. Strukturiertes Kursmanual:** Die Kurse werden auf Basis eines strukturierten Kursmanuals durchgeführt. So wird gewährleistet, dass unabhängig von den individuellen Kursleitungen in allen Kursen dieselben Inhalte in den Kurseinheiten behandelt werden.
- 5. Schulung und Unterstützung der Kursleitungen:** Die Kursleitungen werden intensiv geschult und in ihrer Gruppenleitung unterstützt. Ein Zertifizierungssystem gewährleistet, dass sie ihre Kenntnisse in regelmäßigen Abständen auffrischen. Zudem nehmen sie in regelmäßigen Abständen

² Website des Self Management Resource Centers: <https://selfmanagementresource.com/>

³ Website des EVIVO Netzwerks <https://www.evivo.ch/>

Fortbildungsangebote und Kursleistungstreffen wahr.

6. **Didaktik, die auf aktive Mitwirkung der Teilnehmenden setzt:** Um die Lernumgebung und den Lernprozess interessant zu gestalten, werden kurze thematische Inputs mit unterschiedlichen, interaktiven Übungen kombiniert.
7. **Vor-Ort, Onlineschulungen und Telefonkurse:** Seit 2020 sind die Kurse – reagierend auf die Konsequenzen der Corona Pandemie – auch online möglich. Bei diesen Online-Kursen erfolgt der Erfahrungsaustausch in Kleingruppen oder in Paararbeit in „Break-out-Rooms“, die Telefonkurse werden mit einer Gruppe von 3-4 Teilnehmenden durchgeführt.
8. **Geringer Materialaufwand:** Zur Durchführung eines Präsenzkurses benötigen die Kursleitungen lediglich Flipchart-Blätter und Stifte. Eine Durchführung an verschiedenen Orten, auch ohne besondere technische Ausstattung, ist somit leicht möglich. In den Online-Kursen werden die Flip-Charts durch PowerPoint-Präsentationen ersetzt.

Diese Programmcharakteristika sind vor dem Hintergrund der internationalen Ausrollung auch in Deutschland relevant und müssen verpflichtend eingehalten werden. Sie sichern eine kontinuierlich gute Qualität der Durchführung der Kurse sowie die Vergleichbarkeit der Evaluation. Die kontinuierliche Anpassung und Weiterentwicklung des Programms erfolgt durch das Selfmanagement Resource Center, nationale Besonderheiten werden bei Bedarf integriert.

Die Programmcharakteristika und damit auch die Ziele des Kurses werden in folgender Struktur umgesetzt (Abb. 1).

Herzstück des Kurses ist der Handlungsplan, den jede Person am Ende einer Kurseinheit für sich erstellt. Zu Beginn des Folgetermins reflektieren dann alle Teilnehmenden über die Umsetzung ihres Plans und lernen dabei neue Strategien im Umgang mit auftretenden Problemen kennen. Sie erreichen Erfolgserlebnisse für sich selbst, und lernen am Modell der anderen Teilnehmenden, wie diese mit ihren Plänen und ggf. mit Hindernissen umgehen. Dabei erfahren sie, dass sie in der Lage sind, anderen chronisch erkrankten Menschen Hilfestellung zu geben und damit ihr eigenes Wachstum und das der anderen zu fördern.

Abb. 1: Themen im INSEA-Programme (Self-Management Resource Center, ...) hier nur Programm.

Kursübersicht						
	Woche 1	Woche 2	Woche 3	Woche 4	Woche 5	Woche 6
Übersicht Selbstmanagement und chronische Erkrankungen	•					
Erschöpfung und gut schlafen können	•					
Mit der Kraft von Gedanken Beschwerden lindern	•				•	•
Einen Handlungsplan erstellen	•	•	•	•	•	•
Rückblick		•	•	•	•	•
Schritte zur Problemlösung		•		•		
Mit schwierige Gefühlen umgehen		•				
Körperliche Aktivität und Bewegungsübungen		•	•	•		
Stürze verhindern		•				
Entscheidungen treffen			•			
Schmerzmanagement			•			
Gesunde Ernährung			•	•	•	
Leichter Atmen				•		
Kommunikationsfähigkeiten				•	•	
Medikamentengebrauch					•	
Mit depressiven Verstimmungen umgehen					•	
Informierte Behandlungsentscheidungen						•
Mit Gesundheitsfachpersonen zusammenarbeiten						•
Handlungsplan für die Zukunft						•

Quelle: DAG SHG

5.1. Ausrollung des Selbstmanagementprogramms INSEA in Deutschland

Zu Beginn bestand das oben vorgestellte Netzwerk aus den 3 Standorten: Selbsthilfekoordination Bayern, Gesundes Kinzigtal in Baden-Württemberg und Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover in Niedersachsen. Eine Nationale Koordinierungsstelle an der Medizinischen Hochschule Hannover war für die Ausrollung und die Evaluation verantwortlich.

Mit Stand 3/2025 bieten inzwischen 12 Organisationen in 9 Bundesländern INSEA-Kurse online, vor Ort oder per Telefon an. Bisher wurden mehr als 180 Kursleitungen ausgebildet, die ihre Aufgabe weitgehend ehrenamtlich übernehmen. Seit dem Jahr 2015 wurden ca. 3.400 Teilnehmende in 250 Präsenzkursen, 83 Online-Kursen und einigen Telefon-Kursen geschult (Stand März 2025).

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass sich auch hier die Selbstmanagementkompetenz und Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden nachhaltig erhöhen und dass besonders die Handlungspläne als wirksames Instrument erfahren werden (Seidel & Dierks, 2023; Seidel et al., 2020).

Eine wesentliche Aufgabe bezüglich einer Ausrollung liegt darin, die Nachhaltigkeit des Programms auch nach der aktiven Förderung durch die Stiftung und die Krankenkasse sicherzustellen. Der Versuch, eine Verankerung im Gesundheitssystem einschließlich der Finanzierung auf Basis von SGB V, SGB XI oder über eine Integration in die Disease Management Programme war im ersten Schritt nur bei der Unterstützung aus Mitteln der Selbsthilfeförderung (§ 20 h SGB V) erfolgreich. Prinzipiell

wären die gesetzlichen Grundlagen zwar für eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen oder andere Träger durchaus gegeben. Die Bandbreite der denkbaren Möglichkeiten reicht von der Finanzierung aus Mitteln der Prävention und Gesundheitsförderung bei absehbaren chronischen Krankheitsrisiken (§ 20 SGB V), ergänzenden Leistungen der Rehabilitation (Patientenschulung, § 43 SGB V) bis hin zu einer Finanzierung aus Mitteln der Disease Management Programme (§ 137 SGB V) oder der sog. Besonderen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, § 140a SGB V). Hier zeichnen sich eine Reihe von Hürden ab, mittelfristig wären entsprechende Regelungen bzw. eine Anpassung der existierenden Regelungen erforderlich.

Glücklicherweise ist es gelungen, über die Selbsthilfeförderung im SGB V § 20 h die Finanzierung der Nationalen Koordinierungsstelle mittelfristig zu sichern, ebenso die Lizenzen für die Standorte incl. der Qualifizierung neuer Kursleitungen und der Finanzierung von Standorten aus der Selbsthilfe. Träger der neuen Nationalen Koordinierungsstelle ist seit Januar 2025 die DAG-SHG (DAG SHG, 2024), die von Berlin aus die Umsetzung von INSEA innerhalb und

außerhalb der Selbsthilfe vorantreibt. Die Selbsthilfe sieht in INSEA für die Mitglieder, aber auch für andere Patientinnen und Patienten großes Potential, vor allem, weil Menschen hier die Kraft der Gemeinschaft erleben und schließlich auch nach dem sechswöchigen Kurs den Weg in eine Selbsthilfegruppe finden können.

5.2. INSEA als Grundlage für die Entwicklung eines Kurses zur Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz

Die positiven Erfahrungen mit der Struktur, der Didaktik und den Prinzipien des INSEA-Programms können als Grundlage für weitere Angebote dienen, zum Beispiel für Programme zum Umgang mit Schmerzen, aber auch für die Vermittlung von digitaler Gesundheitskompetenz. Letzteres ist besonders im Zuge der Durchdringung des Gesundheitssystems mit digitalen Angeboten – wie telemedizinische Dienste, Digitale Gesundheitsanwendungen, elektronische Tools zur Verwaltung von Patientendaten und diverse von Menschen genutzte digitale Tools zur Überwachung körperlicher Funktionen – relevant geworden. Angesichts einer niedrigen digitalen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, und insbesondere der chronisch kranken Menschen, braucht es Maßnahmen zur Weiterentwicklung und Förderung der (digitalen)-Gesundheitskompetenz (Kolpatzik et al., 2020; Krüger-Brand, 2019; Doris Schaeffer et al., 2021), eine Aufgabe, die den Krankenkassen vom Gesetzgeber übertragen worden ist (§ 20k SGB V).

In diesem Zusammenhang wurde das KundiG-Programm „Klug und digital durch die Gesundheitswelt“ in Kooperation mit der BARMER und der organisierten Selbsthilfe entwickelt (Seidel et al., 2023; Seidel et al., 2025). Analog zu INSEA besteht dieses Schulungsprogramm aus einem modularen (6 Einheiten à 2,5 Stunden in wöchentlichem Rhythmus), webbasierten Angebot, das durch zwei Kursleitungen auf Basis eines Manuals vermittelt wird. Mit Hilfe eines interaktiven Methodenmix wird generelles Wissen angeboten, die Handlungskompetenz und die Selbstwirksamkeitserwartung in Bezug auf die Digitalisierung werden gefördert und die kritische Gesundheitskompe-

tenz gestärkt. Kursinhalte sind u.a. Zugang zu digitalen Gesundheitsdaten, Datenschutz, digitale Kommunikation mit Gesundheitsfachpersonen, die elektronische Patientenakte oder digitale Gesundheitsinformationen. Die Pilotkurse sind in 2025 erfolgreich abgeschlossen worden, eine Ausrollung ist in Vorbereitung.

6. Potenzial von Selbstmanagement für Versorgung, Primär- und Tertiärprävention

Die Erkenntnisse aus der Umsetzung der INSEA-Kurse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Selbstmanagementkurse sind wirksam, sie helfen Menschen bei einem guten Umgang mit einer chronischen Erkrankung und stärken ihre Rolle als Koproduzentinnen und -produzenten von Gesundheit. Sie können innerhalb und außerhalb des Versorgungssystems angeboten und mit qualifizierten Laien (Peers aus eigener Betroffenheit) durchgeführt werden. Weil sie keine professionellen Kursleitungen benötigen, könnten sie kosteneffektiver als Patientenschulungen angeboten werden. Gegenüber der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe sind peergestützte Selbstmanagementprogramme kurzfristiger, strukturierter und zielorientierter, eine Mitgliedschaft für längere Zeit ist hier nicht erforderlich. Der indikationsübergreifende Ansatz hat sich bewährt (Marie-Luise Dierks et al., 2019).

Aber nicht nur im Leben mit einer chronischen Erkrankung hat das tägliche Handeln Auswirkungen auf die eigene Gesundheit. Über den gesamten Lebensverlauf betrachtet, wird Gesundheit durch viele verschiedene Faktoren beeinflusst. Neben Bildung, Umweltbedingungen oder sozioökonomischen Faktoren gehört eben auch individuelles Verhalten zu den Determinanten von Gesundheit (World Health Organization, 2010). Das bedeutet, dass das tägliche Handeln auch für Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle spielt, insbesondere zur Reduzierung der stetig zunehmenden und nicht umsonst so genannten lebensstilassoziierten chronischen Erkrankungen. Auch

wenn die positiven Folgen in der Regel mit sehr viel größerem zeitlichem Abstand sichtbar werden und kaum monokausale Verbindungen hergestellt werden können: Langfristig gesehen sind viele der Alltagsentscheidungen gesundheitsrelevant, so sind also gewissermaßen alle Menschen – nicht nur bereits Erkrankte – Koproduzentinnen und -produzenten ihrer Gesundheit.

Grundsätzlich können deshalb Erkenntnisse zum Selbstmanagement auch auf das Feld der (Primär-)Prävention übertragen werden. Maßnahmen, die dabei unterstützen, erreichbare Ziele zu setzen und umsetzbare Pläne zu machen, können für angestrebte Verhaltensänderungen gleich welcher Art nutzbar gemacht werden. Grundsätzlich gibt es hier einen großen Anwendungsbereich für gesundheitsförderliche Lebensweisen.

Wichtig ist dabei, dass die Gesundheitschancen und auch die Selbstmanagementfähigkeiten in der Bevölkerung ungleich verteilt sind. Benachteiligte Gruppen verfügen über wesentlich geringere Handlungsspielräume als privilegierte Gruppen, und haben daher auch weniger Möglichkeiten, ihre Gesundheit durch eigenes Verhalten positiv zu beeinflussen. Stattdessen entfalten die Bildung, aber auch Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen im negativen Sinn eine größere Wirkung (Yeo, 2023). Umso wichtiger ist es, auf die jeweilige Zielgruppe zugeschnittene Unterstützungsangebote bereitzustellen – auch im Bereich des Selbstmanagements und der Lebensstilveränderungen –, damit sich die Schere der Ungleichheit nicht noch weiter öffnet. Hier bieten nicht zuletzt

Selbstmanagementkurse sind wirksam und stärken die Menschen als Koproduzenten von Gesundheit. Sie könnten kosteneffektiver als Patientenschulungen angeboten werden.

die von Peers geleiteten Kurse einen niedrigschwelligen Zugang, weil eine Identifikation dann, wenn die Kursleitungen aus ihrem jeweiligen sozialen Kontext bzw. Milieu kommen, die Teilnahmebereitschaft der potentiellen Teilnehmenden erhöhen kann.

7. Ausblick und Forderungen

Um das Potenzial von Selbstmanagement für Menschen im Gesundheitswesen weiter auszuschöpfen und Selbstmanagementkompetenzen zu stärken, sind verschiedene Maßnahmen notwendig:

- Vor den Handlungen kommen Wissen, Verstehen, Entscheiden: Selbstmanagement ist eng verwoben mit allgemeiner Gesundheitskompetenz. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz und insbesondere die Umsetzung des Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz muss daher zum ausdrücklichen Ziel politischer Bemühungen gemacht werden. Die Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten muss insbesondere im Leben mit chronischen Erkrankungen, aber auch ganz allgemein in der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, Teil der Versorgung und damit auch Teil der Vergütung werden.
- Selbstmanagement ist eine Meta-Kompetenz! Diese kann und sollte diagnoseübergreifend vermittelt und gestärkt werden. In der aktuellen Logik der Sozialgesetzgebung sind Leistungen in der Gesundheitsversorgung jedoch fast ausschließlich diagnosespezifisch vorgesehen. Gerade mit Blick auf die in der Gesamtheit großen Zahl der Menschen mit Seltenen Erkrankungen sind diagnoseübergreifende Angebote nicht nur an einigen Stellen – wie eben beim Selbstmanagement – inhaltlich sinnvoll, sondern können auch ethisch geboten sein.
- Die Erfahrung mit Angeboten wie INSEA zeigt deutlich, dass bestimmte Kompetenzen auch Peer-gestützt vermittelt werden können. Die Rolle von Patientinnen und Patienten als Ko-produzentinnen und Ko-produzenten sollte auch dahingehend anerkannt werden, dass Laien nicht nur in Bezug auf sich selbst, sondern bei der Vermittlung von Selbstmanagementfähigkeiten auch gegenüber anderen als “Versorger” – gewissermaßen also als Leistungserbringer – auftreten können. Auch dies ist aktuell durch die Sozialgesetzgebung nicht vorgesehen.
- Für eine Skalierung und Nutzbar-machung bisheriger Erkenntnisse für größere Teile der Bevölkerung, gerade auch im primärpräventiven Bereich, ist mehr Forschung erforderlich. Dies

betrifft etwa die Vor- und Nachteile digitaler Anwendungsbereiche, aber auch die Bedeutung der sozialen Komponente von Gruppenangeboten.

- Soziale Ungleichheit muss bei allen Maßnahmen mitberücksichtigt und ihre Verringerung ausdrücklich angestrebt werden. So ist beispielsweise die Prävalenz chronischer Erkrankungen ungleich verteilt und folgt sozioökonomischen Gradienten, d.h. benachteiligte Gruppen mit geringerem Einkommen oder niedrigeren formalen Bildungsabschlüssen sind häufiger und schwerer betroffen. Das bedeutet auch für Angebote zur Förderung von Selbstmanagementkompetenzen, dass weitere Anstrengungen erforderlich sind, um sie niedrigschwellig und zielgruppengerecht zu fördern.

Literaturverzeichnis

- Bandura, A. (1977).** Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. (2002).** Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Brady, T. J., Murphy, L., O’Colmain, B. J., Beauchesne, D., Daniels, B., Greenberg, M., House, M. & Chervin, D. (2013).** A Meta-Analysis of Health Status, Health Behaviors, and Health Care Utilization Outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. *Preventing Chronic Disease*, 10(10), 120112. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120112>
- Braun, B. & Marstedt, G. (2014).** Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. *Gesundheitsmonitor*. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Presse/imported/downloads/xcms_bst_dms_39951_39952_2.pdf
- DAG SHG. (2024, 20. November).** Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. übernimmt die Bundeskoordination von INSEA aktiv [Pressemitteilung]. <https://www.dag-shg.de/aktuelles/nachrichten/key@3089>
- Dierks, M.-L. [M.-L.] & Schwartz, F. W. (2001).** Rollenveränderungen durch New Public Health: Vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 44(8), 796–803. <https://doi.org/10.1007/s001030100230>
- Dierks, M.-L., Meierjürgen, R. & Seidel, G. (2019).** Perspektiven und Herausforderung in der Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit in Deutschland. In G. Seidel, R. Meierjürgen, S. Melin, J. Krug & M.-L. Dierks (Hrsg.), *Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen* (1. Auflage, S. 299–311). Nomos.
- Hartmann, F. (1994).** Chronisches Kranksein – bedingtes Gesundheitsein. *Die Medizinische Welt*(45), 110–114.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2012).** Grundlagen der Selbstmanagement-Therapie. In F. H. Kanfer, H. Reinecker & D. Schmelzer (Hrsg.), *Selbstmanagement-Therapie* (S. 19–84). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8_2
- Kolpatzik, K [Kai], Mohrmann, M. & Zeeb, H. (2020).** *Digitale Gesundheitskompetenz in Deutschland*. KomPart.
- Krüger-Brand, H. E. (2019).** Digitale Gesundheitskompetenz: Datensouveränität als Ziel. *Deutsches Ärzteblatt International*(4), 164–167. <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/pp/18/4/s164.pdf?ts=04%2E04%2E2019+12%3A54%3A56>
- Lorig, K. (2015).** *Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben* (3. Aufl.). Careum Verlag.
- Realpe, A. & Wallace, L. (2010).** *What is co-production?* The Health Foundation. https://qi.elft.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/01/what_is_co-production.pdf
- Riggare, S. (2014).** 1 vs 8,765. <https://www.riggare.se/1-vs-8765/>
- Robert Koch-Institut. (2024).** *Chronisches Kranksein (ab 18 Jahre): Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. <https://gbe.rki.de/>
- Schaeffer, D [D.], Hurrelmann, K [K.], Bauer, U. & Kolpatzik, K [K.] (Hrsg.). (2018).** *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz: Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. Kompart. http://www.nap-gesundheitskompetenz.de/media/com_form2content/documents/c10/a1203/f41/Nationaler%20Aktionsplan%20Gesundheitskompetenz.pdf
- Schaeffer, D [Doris], Gille, S., Berens, E.-M., Griese, L., Klinger, J., Vogt, D. & Hurrelmann, K [Klaus] (2021).** Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland Ergebnisse des HLS-GER 2 [Digital Health Literacy of the Population in Germany: Results of the HLS-GER 2]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1055/a-1670-7636>
- Seidel, G., Bornemann, A., Hartmann, M., Meyer, A., Schrader, L., Schwarz, C.,**

Temucin, G., van Eickels, H. & Dierks, M.-L. (2023). Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz durch das Kursprogramm „KundiG“. *Welt der Krankenversicherung*, 12(4).

Seidel, G., Bornemann, A., Meyer, A., Kretschmer, J., Krug, J. & Dierks, M.-L. (2025). Partizipation gestalten – digitale Gesundheitskompetenz fördern : Erfahrungen aus der Entwicklung eines Kursprogramms für Menschen mit chronischen Erkrankungen [Designing participation-promoting digital health literacy : Experiences from developing a course programme for people with chronic diseases]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 68(3), 313–322. <https://doi.org/10.1007/s00103-025-04015-7>

Seidel, G. & Dierks, M.-L. 2. (2023). Förderung der Gesundheitskompetenz und der Selbstwirksamkeit zur Stärkung des Selbstmanagements von Menschen mit chronischen Erkrankungen – Erfahrungen aus dem „Gesund und aktiv leben“ Kurs. In K. Rathmann, K. Dadaczynski, O. Okan & M. Messer (Hrsg.), *Gesundheitskompetenz* (1. Auflage, S. 1–11). Springer Reference pflege – Therapie – Gesundheit. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62800-3_39-1

Seidel, G., Haack, M. & Dierks, M.-L. (2020). Krankheitsübergreifende Selbstmanagementkurse: Implikationen für die hausärztliche Versorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*(96), 31–36.

Self-Management Resource Center. (2021). *Manual Kursleitung des evidenzbasierten Stanford Selbstmanagement Programms aktualisiert und ins Deutsche übersetzt Januar 2021.*

World Health Organization. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.* Weltgesundheitsorganisation. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1

Yeo, G. (2023, 29. Dezember). „Unsere DNA bestimmt, wie groß unser Drang ist, zu essen“: Interview in: *DIE ZEIT*. <https://www.zeit.de/gesundheit/2023-12/genforschung-gewicht-dick-duenn-verhalten>

Patientenorientierung in Forschung und Praxis: Zwischen Anspruch und Wirklichkeit im Gesundheitswesen

WIEBKE FRERICHS¹,
EVA CRISTALLE¹,
POLA HAHLEWEG¹,
FABIA VON BLÜCHER,
ISABELLE SCHOLL¹

¹ Institut und Poliklinik für
Medizinische Psychologie,
Martinstraße 52, 20246
Hamburg, Germany

Korrespondenz:

Wiebke Frerichs

Email: w.frerichs@uke.de

Telefon: (0)40-7410-56915

In den letzten Jahrzehnten hat die Patientenorientierung an Bedeutung gewonnen und gilt als zentraler Aspekt qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung. Dieser Artikel beleuchtet das Konzept der Patientenorientierung. Durch die Vorstellung von Instrumenten zur Messung der Patientenperspektive und verschiedenen Implementierungsansätzen wird aufgezeigt, wie Patientinnen und Patienten aktiv in Entscheidungsprozesse einbezogen werden können. Zudem werden die Herausforderungen der praktischen Umsetzung thematisiert. Ziel ist es, Lösungsansätze zu vorzustellen, die Patientenorientierung in Forschung und Praxis stärken können.

1. Bedeutung von Patientenorientierung im Gesundheitswesen

Die patientenorientierte Versorgung hat national und international zunehmend an Bedeutung gewonnen, sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Gesundheitspolitik (Ernstmann & Scholl, 2024; Härter et al., 2017; Scholl et al., 2014). Sie gilt als wichtiger Aspekt qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung und spiegelt einen wesentlichen Rollenwandel des Gesundheitssystems der letzten Jahrzehnte wider: von einem krankheitsspezifischen Ansatz hin zu einer biopsychosozialen Perspektive, die Patientinnen und Patienten als individuelle Menschen betrachtet und deren Erfahrungen sowie das Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren anerkennt (Epstein & Street, 2011). Im Jahr 2001 hat das damalige U.S. amerikanische Institute of Medicine die Patientenorientierung als eine von sechs essenziellen Komponenten qualitativ hochwertiger Versorgung definiert (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). In ihrem Bericht wird gefordert, die individuellen Präferenzen, Bedürfnisse und Werte der Patienten zu respektieren und zu berücksichtigen, indem alle klinischen Entscheidungen von

den Werten der Patienten geleitet werden (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2001). Seitdem wurden zahlreiche Initiativen ins Leben gerufen, um die Patientenorientierung zu fördern, was nicht nur die Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten verbessert, sondern auch Krankenhausaufnahmen, -wiederaufnahmen und die Aufenthaltsdauer reduziert, indem das Wissen der Patienten über ihre Gesundheit sowie deren Fähigkeiten, Engagement und Selbstbestimmung gefördert werden (Grover et al., 2022; Park et al., 2018). Darüber hinaus stärkt eine patientenorientierte Versorgung die Beziehung zwischen Patienten und Behandelnden (Gustavsson et al., 2023), kann die berufliche Zufriedenheit von Behandelnden sowie deren Stresserleben verbessern (Gustavsson et al., 2023; van Diepen et al., 2020) und zur Patientensicherheit beitragen (Burgener, 2017).

In Deutschland regelt seit 2013 das Patientenrechtegesetz (PRG) die Rechte und Pflichten von Patienten und Patientinnen in der medizinischen Versorgung, einschließlich des Rechts auf informierte Entscheidungen und gemeinsame Entscheidungsfindung mit Ärztinnen und Ärzten. Zudem unterstützen Initiativen wie der Bericht des Deutschen Ethikrates und der Nationale

Aktionsplan für Gesundheitskompetenz auf politischer Ebene die Förderung von Patientenorientierung und Partizipativer Entscheidungsfindung (kurz PEF, engl. Shared Decision Making (SDM)) (Ethikrat, 2016; Bundesministerium für Gesundheit 2022). Besonders für Menschen mit chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen ist eine patientenorientierte Versorgung essentiell, da die Behandlung oft erhebliche Auswirkungen auf alle Lebensbereiche der Betroffenen hat und körperliche sowie psychische Begleitsymptome die Lebensqualität und das Wohlbefinden stark beeinträchtigen können (Tsvitman et al., 2021; Yu et al., 2023). Obwohl verschiedene Studien die Vorteile einer patientenorientierten Versorgung hervorheben und Initiativen Patientenorientierung stärken, finden in vielen Fällen die Belange der Patienten in der Gesundheitsversorgung zu wenig Raum. Patientenorientierung wird häufig durch paternalistische Einstellungen der Behandelnden (Moore et al., 2017; van Pottelberghe et al., 2023), die ausschließliche Bereitstellung medizinischer Informationen (van Pottelberghe et al., 2023; Vennedey et al., 2020) sowie Zeitmangel (Prouty et al., 2014; Schuttner et al., 2022) beeinträchtigt. Zudem ergeben sich für Behandelnde kommunikative Herausforderungen, da ihnen teilweise notwendige Fähigkeiten wie z.B. eine empathische Kommunikation (Jaensch et al., 2019; Mielke et al., 2024) fehlen oder sie unzureichend darüber informiert sind, welche Themen und Informationen für die Patienten von Bedeutung sind (Vennedey et al., 2020).

Trotz der Proklamation der Patientenorientierung als zentrales Ziel des Gesundheitssystems bleiben erhebliche Unklarheiten in der Definition (Christalle et al., 2018; Gartner et al., 2022; Grover et al., 2022) und Messung (Christalle et al., 2018; Epstein et al., 2005). In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Begriffe und Konzepte der Patientenorientierung sowie Implementierungsansätze und Einflussfaktoren beleuchtet, um ein umfassendes Bild in Forschung und Praxis zu zeichnen. Im Fokus stehen dabei Ansätze, die zur Förderung von Patientenorientierung in der Versorgung beitragen und durch Forschung unterstützt bzw. evaluiert werden.

2. Was ist Patientenorientierung – Konzepte und Definitionen

Das Konzept der Patientenorientierung zeigt bis heute eine hohe inhärente Komplexität auf, ist oft vage und es fehlt an konzeptioneller Klarheit und Definitionen (Grover et al., 2022). Ein Mangel an Konsens in der Fachliteratur zur Definition, Konzeptualisierung und Messung von Patientenorientierung stellt ein zentrales Problem für die Umsetzung dar (Christalle et al., 2018; Grover et al., 2022). Trotz umfangreicher Arbeiten existiert bislang keine universelle Definition (Vennedey et al., 2020). Begriffe wie Patientenzentrierung, Personenzentrierung oder patientenzentrierte Kommunikation werden oft synonym verwendet, obwohl sie unterschiedlichen Denktraditionen entstammen und diese uneinheitlich genutzt werden (Beach & Inui, 2006; Håkansson Eklund et al., 2019). Vielen Studien zur Operationalisierung fehlen zudem wichtige Details zu den zu Grunde liegenden Theorien (Byrne et al., 2020; Nolte et al., 2020). Eine einheitliche Definition könnte helfen, die bestehenden Differenzen im Verständnis und der Anwendung von Patientenorientierung zu verringern (Grover et al., 2022).

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden das integrierte Modell von Scholl et al. (Scholl et al., 2014) vorgestellt, das eine klare und fundierte Grundlage für die verschiedenen Dimensionen der Patientenorientierung bietet [s. Abbildung 1]. Basierend auf ei-

ner umfassenden Übersichtsarbeit wurde es erstellt und beschreibt ursprünglich 15 Dimensionen, die 2019 nach einer empirischen Studie mit verschiedenen Akteuren sowie Patienten um die Dimension *Patientensicherheit* ergänzt wurde (Zeh et al., 2019).

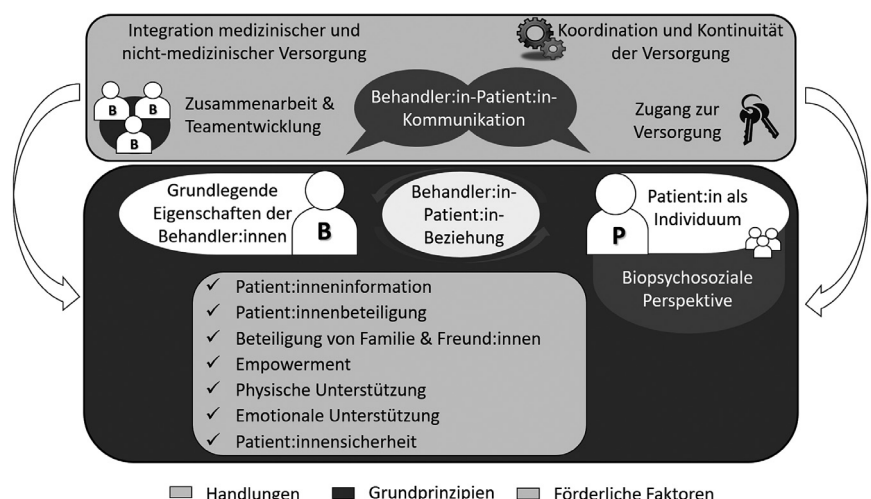
Somit umfasst das integrative Modell der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung 16 Dimensionen, die in drei Bereiche eingeteilt sind (Scholl et al., 2014):

(1) **Grundprinzipien** beinhalten die Eigenschaften der Behandelnden (wie Empathie, Respekt und Ehrlichkeit), den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Behandelnden und Patienten, die Berücksichtigung der biopsychosozialen Perspektive sowie die Anerkennung der Patienten als Individuen.

(2) **Handlungen** und Maßnahmen beschreiben die Bereitstellung maßgeschneiderter Gesundheitsinformationen, die aktive Einbeziehung von Patienten und deren Angehörigen in die Versorgung, die Ermutigung der Patienten zu einem aktiven Umgang mit der Erkrankung bzw. eigenen Gesundheit, das Angebot emotionaler und physischer Unterstützung sowie die Gewährleistung der Patientensicherheit.

(3) **Förderliche Faktoren** für eine patientenorientierte Versorgung sind eine angemessene Kommunikation zwischen Patienten und Behandelnden, ein frühzeitiger und einfacher Zugang zur Versorgung, die Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Personen,

Abbildung 1. Integratives Modell der Patientenorientierung



Quelle: Scholl et al., 2014; Zeh et al., 2019

die Sicherstellung einer koordinierten und kontinuierlichen Versorgung sowie die Integration medizinischer und nicht-medizinischer Leistungen.

3. Messung von Patientenorientierung

3.1. Wie kann Patientenorientierung gemessen werden?

Um Patientenorientierung gezielt zu verbessern, braucht es eine kontinuierliche Messung mit genauen und verlässlichen Messinstrumenten (Edgman-Levitan & Schoenbaum, 2021). Doch wie lässt sich Patientenorientierung messen – speziell in der deutschen Gesundheitsversorgung? Generell können drei Perspektiven verwendet werden (Epstein et al., 2005): die Perspektive von (1) Beobachterinnen, (2) Behandelnden und (3) Patienten. Zur Bewertung der Patientenorientierung in Gesprächen zwischen Behandelnden und Patienten können Beobachtern strukturierte Checklisten, wie das Four Habits Coding Scheme (Krupat et al., 2006)) heranziehen. Die Perspektive der Behandelnden kann mithilfe von Selbstbeurteilungsfragebögen (z.B. dem Self-Efficacy Questionnaire (Axboe et al., 2016)) erhoben werden.

Da die Patientenperspektive entscheidend für die Verbesserung der Versorgungsqualität ist, werden zwei in Deutschland entwickelte Messinstrumente vorgestellt, die Patientenorientierung erfassen. Hierfür kommen patientenberichtete Erfahrungsmaße (engl.: patient-reported experience measures, kurz: PREMs) zum Einsatz, die als Prozessindikator die zwischenmenschlichen Aspekte der Qualität der Gesundheitsversorgung erfassen (Larson et al., 2019). Es ist wichtig, PREMs von Zufriedenheitsmaßen zu unterscheiden, da sie konkret das Erleben von Verhaltensweisen während der Behandlung abfragen (Beattie et al., 2015). Anstatt nach der Zufriedenheit mit der Kommunikation der Behandelnden zu fragen, wird in PREMs beispielsweise erfragt, ob Behandelnde verständliche Begriffe verwendet oder den Patienten in die Augen geschaut haben. Diese Fragestellungen ermöglichen die Ableitung gezielter Verbesserungsmaßnahmen.

Mihaljevic et al. geben in ihrer systematischen Übersichtsarbeit aus 2021 einen Überblick über deutschsprachige PREMs (Mihaljevic et al., 2022). Sie identifizierten 12 PREMs, die jedoch keine der 16 Dimensionen der Patientenorientierung vollständig erfassten. Diese Lücke wurde durch den Fragebogen zur erlebten Patientenorientierung (EPAT) geschlossen (Christalle et al., 2022), der sich durch einen umfangreichen, wissenschaftlich rigorosen Entwicklungsprozess auszeichnet (Christalle et al., 2022). In einer Stichprobe von 2.024 Patienten zeigte der EPAT gute psychometrische Eigenschaften (Christalle et al., 2025; Christalle et al., 2024). Es gibt mehrere

Zur Messung von Patientenorientierung braucht es genaue und verlässliche Messinstrumente. Es können drei Perspektiven verwendet werden: die Patienten-, die Behandelnden- und die Beobachterinnenperspektive.

EPAT-Versionen: die Kurzversion EPAT-16, die jede Dimension mit einem Item erfasst, sowie die Modulversion EPAT-64, die jede Dimension mit vier Items abdeckt. Nutzer können beim EPAT-64 einzelne Module auswählen, um Dimensionen flexibel zu messen. Der EPAT wurde krankheitsübergreifend entwickelt und ist unabhängig von der Erkrankung einsetzbar, sowohl für die ambulante als auch die stationäre Versorgung. Die Flexibilität des Modulsystems und die Kurzversion erlauben einen flächendeckenden Einsatz in der Routineversorgung. Alle EPAT-Versionen sind frei verfügbar unter www.uke.de/epat.

Ein weiterer Fokus wird auf die Messung von Partizipativer Entscheidungsfindung (PEF) gelegt. PEF wird ist ein Kernelement der Patientenorientierung und bietet eine Möglichkeit viele Aspekte von Patientenorientierung konkret in die Praxis umzusetzen (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Gemessen werden kann PEF mit dem Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung, der als Version zur Erfassung der Patientensicht (Kriston et al., 2010) und als Version zur Erfassung der Behandel-

densicht (Scholl et al., 2012) vorliegt. Auch dieser Fragebogen ist generisch, also erkrankungsübergreifend, nutzbar. Er wird auch international weitläufig eingesetzt, wurde in fast 30 Sprachen übersetzt und in 73 Studien evaluiert, die eine hohe Reliabilität und Validität zeigten (Echterhoff et al., 2025).

3.2. Warum ist es sinnvoll Patientenorientierung mit PREMs zu messen?

PREMs finden in zahlreichen Anwendungsgebieten Verwendung und werden auf verschiedenen Ebenen eingesetzt: (1) auf der Mikroebene, z.B. für Erfahrungen mit Behandelnden, (2) auf der Mesoebene zum Vergleich von Gesundheitseinrichtungen und (3) auf der Makroebene, um Strategien für ein Gesundheitssystem zu entwickeln (Gilmore et al., 2023).

Die Ergebnisse dienen dazu, den Behandelnden Rückmeldung zu geben sowie Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung abzuleiten (Gilmore et al., 2023). Es reicht also nicht aus, lediglich die Patientenerfahrungen zu messen. Ergebnisse müssen auch genutzt werden, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern (Coulter et al., 2014). Bereits die Rückmeldung der Ergebnisse aus einer PREM-Befragung und deren gemeinsame Diskussion kann positive Veränderungen bewirken (Reeves et al., 2013). Je besser Behandelnde über die Ergebnisse einer PREM-Befragung informiert sind, desto besser schneiden sie in zukünftigen Befragungen ab (Murante et al., 2014). Weitere wichtige Faktoren zur Verbesserung sind z.B. die aktive Einbindung von Patientinnen und Patienten in den Prozess und die Definition klarer Ziele (Coulter et al., 2014).

Generische PREMs, wie die beschriebenen Fragebögen, bieten den Vorteil, dass sie für verschiedene Gesundheitseinrichtungen zum Benchmarking oder für öffentliche Bewertungen verwendet werden können (Beattie et al., 2015). Öffentliche Analysen fördern die Transparenz und ermöglichen Patienten informierte Entscheidungen bei der Wahl ihrer Gesundheitseinrichtungen. Laut einer Umfrage der Bertelsmann Stiftung fühlten sich 64% der Befragten bei der Suche nach Gesundheitseinrichtungen unzureichend informiert. 87% wünschten sich eine gesetzliche Verpflichtung

zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten und 82% Informationen zu den Erfahrungen anderer Patienten (Bertelsmann Stiftung, 2022). Die Gesundheitsministerkonferenz forderte bereits 2018 „differenzierte Patientenbefragungen als Instrument des Qualitätsmanagements in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens“ und erklärte, dass „Ergebnisse als neutrale und transparente Patienteninformationen bereitgestellt werden“ sollen (Gesundheitsministerkonferenz, 2018). Bisher wurde dies jedoch kaum umgesetzt (Deutsches Ärzteblatt, 2022).

In internationalen Kontext wie den USA und Großbritannien werden Patienten hingegen systematisch befragt und die Ergebnisse öffentlich berichtet (Bull & Callander, 2022). Beim sogenannten Value-Based Healthcare Modell wird angestrebt, das neben der Erhebung von klinischen Ergebnissen aus der Perspektive der Patienten mittels patient-reported outcome measures (PROMs) auch die Erfahrungen mit der Versorgung mittels PREMs erfasst werden. Dabei werden positive Ergebnisse mit Bonuszahlungen an die Gesundheitseinrichtungen verknüpft (Bull & Callander, 2022). So soll sichergestellt werden, dass die Versorgung den Bedürfnissen und Erwartungen der Patienten entspricht und gleichzeitig Kosten optimiert werden. Dies erhöht den Wert der Gesundheitsversorgung, indem klinische Ergebnisse aus Patientenperspektive sowie deren Erfahrungen mit der Versorgung in den Mittelpunkt gestellt werden.

4. Ansätze zur Förderung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung

Patientenorientierung umfasst verschiedene Dimensionen, die zahlreiche Ansatzpunkte für die Implementierung in der Routineversorgung bieten. Diese Ansätze können sich auf einzelne oder mehrere Dimensionen der Patientenorientierung beziehen. Zudem können sie Veränderungen bei einzelnen Patientinnen und Patienten und/oder Behandelnden (individuelle Ebene), von Interaktionen (interpersonelle Ebene), in Institutionen (organisationale Ebene) und/oder auf Ebene des Gesundheitssystems und der Gesellschaft bezwecken. Die Vielfalt

und Komplexität der Patientenorientierung spiegelt sich in der Vielseitigkeit der Implementierungsansätze wider.

Patientenorientierung kann vielseitig auf verschiedenen Ebene gefördert werden: zum Beispiel durch Schulungen für Behandelnde, Aktivierung von für Patientinnen und Patienten, gemeinsame Entscheidungsfindung und auf institutioneller Ebene.

Im Folgenden werden vier beispielhafte Ansätze vorgestellt, die Strategien zur Förderung der Patientenorientierung in Forschung mit direktem Bezug zur Versorgung aufzeigen:

- 1) Patientenorientierte Kommunikationstrainings für Behandelnde
- 2) Förderung der Patientenaktivierung durch Fragelisten (sogenannte Question Prompt Lists)
- 3) Förderung der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Behandelnden
- 4) Förderung der Patientenorientierung auf institutioneller Ebene

Patientenorientierte Kommunikation ist ein zentrales Element der patientenzentrierten Versorgung, fördert u.a. die gesundheitsbezogene Lebensqualität, stärkt die Beziehung zwischen Patienten und Behandelnden (Epstein & Street, 2011), trägt zur Patientensicherheit bei (Burgener, 2017) und kann das Stresserleben von Behandelnden verbessern (Gustavsson et al., 2023). Studien zeigen, dass **Kommunikationstrainings** patientenorientierten Kommunikationsfähigkeiten von Behandelnden steigern können, etwa durch Stärkung von Selbstwirksamkeit, Empathie und spezifischen Gesprächstechniken (Mata et al., 2021; Moore et al., 2018). Um die Wirksamkeit von Kommunikationstrainings zu erhöhen, sollten diese Rollenspiele, Feedback und Gruppendiskussionen beinhalten sowie in die institutionellen Abläufe integriert werden (Ammentorp et al. 2022; van der Vleuten et al., 2019). Während es in Deutschland in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung bereits einige Bestrebun-

gen gibt, die patientenorientierte Kommunikation zu fördern (Hahlweg et al., 2022), mangelt es in der Pflege bisher an bedarfsorientierten und gründlich evaluierten Kommunikationstrainings (Lindig et al., 2024), obwohl laut einer Umfrage 70% der Pflegefachpersonen angaben sich entsprechende Trainings zu wünschen (Ehegartner et al., 2020). Um diese Lücke zu schließen, wird am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) die **KOMPAT-Studie** durchgeführt. Ziel ist es, ein bedarfsorientiertes Kommunikationstraining zu entwickeln und in einer randomisiert kontrollierten Studie sowie durch eine Prozessevaluation umfassend zu evaluieren (Lindig et al., 2024). Anhand der Ergebnisse sollen Handlungsempfehlungen für die Pflege und andere Berufsgruppen abgeleitet werden.

Um Patienten zu ermutigen, sich aktiv in Gespräche mit Behandelnden einzubringen, gibt es Fragelisten (engl. **Question Prompt Lists (QPLs)**). QPLs sind strukturierte Listen mit möglichen Fragen und Anliegen für Gespräche mit Behandelnden. Manche QPLs bestehen aus festen Fragen, andere ermöglichen es Themen individuell auszuwählen (Clayton et al., 2007). QPLs können Patienten unterstützen medizinische Informationen zu sammeln, zu verstehen und sich zu merken sowie eine aktivere Rolle im Entscheidungsfindungsprozess zu übernehmen (Miller & Rogers, 2018). Ein konkretes Beispiel für eine QPL ist „**Stellen Sie 3 wichtige Fragen**“ (engl. „Ask 3 Questions“). Diese Intervention wurde ursprünglich in Australien entwickelt (Shepherd et al., 2011) und wird mittlerweile in zahlreichen Ländern eingesetzt (Lindig et al., 2020). Hierbei werden Patienten mit Plakaten und Postkarten in Wartebereichen und Behandlungszimmern animiert, ihrem Arzt oder ihrer Ärztin mindestens die folgenden drei Fragen zu stellen: 1) „Welche Möglichkeiten habe ich? (inklusive Abwarten und Beobachten)“, 2) „Was sind die Vorteile und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten für mich?“, 3) „Wie kann ich Unterstützung bekommen, um eine Entscheidung zu treffen, die für mich richtig ist?“ (Lindig et al., 2020). In Deutschland existieren verschiedene Varianten der „Ask 3 Questions“-Intervention. Diese wurden beispielsweise in Forschungsprojekten (Scholl et al., 2018) übersetzt und verwendet. Ver-

Abbildung 2. Kommentar einer Patientenbotschafterin.

„Für mich als Betroffene ist es wichtig, aktiv an der Gestaltung meiner eigenen Gesundheitsversorgung mitwirken zu dürfen. Wesentlich erscheint mir dabei, als Mensch in meiner Gesamtheit wahrgenommen zu werden – nicht bloß als Diagnose-/Behandlungsfall. Grundlage dafür ist für mich die Kommunikation auf Augenhöhe. Als Patientenbotschafterin ist es mir ein großes Anliegen, unserer Perspektive Gehör zu verschaffen und wertvolle Erfahrungen für die Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit einzubringen. Die Mitwirkung an wissenschaftlichen Studien macht genau das möglich: In allen Phasen kann ich mich einbringen – sei es durch das Stellen relevanter Fragen, die Bewertung der Verständlichkeit, z. B. von Fragebögen, oder das Teilen meiner Sicht als Patientin in interdisziplinären Ausschüssen. Ich bin mir sicher, dass die aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten für alle Seiten gewinnbringend ist.“

– Fabia von Blücher (Patientenbotschafterin UCC Hamburg)

schiedene Versionen der „Stellen Sie 3 wichtige Fragen“-Intervention wurden beispielsweise in Forschungsprojekten (Scholl, Hahlweg, et al., 2018) und im Rahmen von Kampagnen zur Förderung der Gesundheitskompetenz verwendet (Monitor Versorgungsforschung, 2018).

Gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Behandelnden (PEF) ist eine zentrale Dimension der Patientenorientierung (Barry & Edgman-Levitan, 2012). Im Rahmen der **PREPARED-Implementierungsstudie** wurde zunächst ein theoretisch und empirisch fundiertes Programm zur Förderung der PEF in der Krebsversorgung entwickelt (Scholl, Hahlweg, et al., 2018). Das PEF-Förderprogramm wurde anschließend mittels eines Stepped Wedge Designs und entsprechend implementierungswissenschaftlicher Standards evaluiert. Zwar konnten in dieser clusterrandomisierten Studie keine statistisch signifikanten Effekte im primären Endpunkt, der patientenberichteten PEF auf Klinikebene, gefunden werden (Scholl et al., 2021), jedoch wurden wichtige Erkenntnisse über die Implementierung von PEF in der onkologischen Routineversorgung gewonnen (Hahlweg et al., 2023; Scholl et al., 2021). Parallel zur PREPARED-Studie führte auch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ein groß angelegtes Implementierungsprogramm für PEF, das **MAKING SDM A REALITY Projekt**, durch (Danner et al., 2020; Scheibler et al., 2024). Aufgrund vielversprechender Ergebnisse (Scheibler et al., 2024) der Studie folgten verschiedene gesundheitspolitische Empfehlungen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023a, 2023b, 2023c).

Auf institutioneller Ebene ist das Forum Patientenorientierung des UKE ein Beispiel für die institutionelle För-

derung von Patientenorientierung (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2021). Es ist ein berufsübergreifender Zusammenschluss von ca. 40 Mitarbeitenden, der Ideen und Projekte zur „konsequenten Patientenorientierung“ entwickelt und umsetzt. Unter anderem wurde eine Klappkarte entwickelt, die das integrative Modell der Patientenorientierung (Scholl et al., 2014) für das UKE kurz und verständlich beschreibt. Auch wurde eine jährliche Auszeichnung für Patientenorientierung und Patientensicherheit ins Leben gerufen. Ein weiteres Beispiel auf der institutionellen Ebene ist die Förderung der Patientenbeteiligung in der Krebsforschung, wie z.B. durch den Patientenbeirat des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ, 2025) oder das Patientenkompetenzzentrum Nord an den universitären Krebszentren in Hamburg und Schleswig-Holstein (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, 2024). Die letztere Initiative befähigt Krebspatienten, ihre Perspektive frühzeitig in Forschungsfragen und die Planung von Behandlungsansätzen einzubringen, indem sie zu Patientenbotschaftern ausgebildet werden. In Abbildung 2 teilt eine solche Patientenbotschafterin ihre Perspektive und Meinung zu diesem Thema.

Die hier beschriebenen Ansätze verdeutlichen die Breite und Vielseitigkeit von Ansätzen zur Förderung der Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig wird betont, dass hier nur ein kleiner Ausschnitt aus den vielfältigen Bestrebungen dargestellt werden konnte. Einen Überblick über verschiedene Akteurinnen und Aspekte der patientenorientierten Versorgung und Deutschland gibt ein Artikel aus dem Jahr 2022 (Hahlweg et al., 2022).

5. Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Patientenorientierung – Herausforderungen und Chancen

Trotz der Anerkennung und der Förderung nach Patientenorientierung als Eckpfeiler einer hochwertigen Gesundheitsversorgung bleibt deren Umsetzung herausfordernd. Individuelle, organisatorische und systemische Faktoren beeinflussen die Machbarkeit und Nachhaltigkeit der Patientenorientierung. Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Herausforderungen und förderlichen Faktoren aus (inter-)nationaler Forschung zusammengefasst, die bei der Implementierung patientenorientierter Ansätze identifiziert wurden.

5.1. Herausforderungen für eine patientenorientierten Versorgung

Ein wesentliches Hindernis für Patientenorientierung auf der **individuellen Ebene** stellt die Abweichung der Präferenzen zwischen Patientinnen und Behandelnden bei Behandlungsentscheidungen dar (Harrison et al., 2017). Diese Divergenz führt nicht nur zu Frustration beider Seiten, sondern hindert auch eine effektive Zusammenarbeit und Kommunikation auf Augenhöhe (Grover et al., 2022). Laut einer systematischen Übersichtsarbeit treten insbesondere bei Krebsbehandlungen erhebliche Präferenzunterschiede auf, die eine verbesserte Kommunikation in der gemeinsamen Entscheidungsfindung erforderlich machen (Zhang et al., 2023).

Zusätzlich stellen **strukturelle und institutionelle Barrieren** eine wesentliche Herausforderung dar. Fragmentierte Gesundheitssysteme mit unzureichender Koordination zwischen den ambulanten und stationären Sektoren können dazu führen, dass Patienten sich im Versorgungssystem verloren fühlen (Vennedey et al., 2020). Starre Hierarchien und bürokratische Prozesse in den Einrichtungen erschweren die Implementierung flexibler, patientenorientierter Ansätze und hemmen somit auch die Entwicklung einer Kultur, die die Bedürfnisse der Patienten in den Vordergrund stellt (Hower et al., 2019). Zusammenfassend haben verschiedene Studien Arbeitsabläufe, mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen sowie fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit als wesentliche institutionelle Hindernisse

festgestellt, um Patientenorientierung zu implementieren (Scholl, LaRussa, et al., 2018; van Pottelberghe et al., 2023).

Auf der **Ebene des Gesundheitssystems** können Vergütungssysteme, die auf Kosteneffizienz und Leistungsquantität abzielen, mit einer verstärkten Ausrichtung auf Patientenorientierung in Konflikt stehen. Der finanzielle Druck ist ein wesentliches Hindernis, da Erstattungsstrukturen hauptsächlich auf Effizienz und leistungsabhängige Vergütung ausgerichtet sind und integrierte, patientenorientierte Interaktionen nicht berücksichtigen (Hower et al., 2019; Luxford et al., 2011). Diese monetären Anreize können Entscheidungsträger dazu verleiten, kurzfristige Kostensenkungen über langfristige Investitionen in interdisziplinäre Zusammenarbeit und Patientenbildungsinitiativen zu priorisieren. Der Bericht „Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung – Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens“ hebt die Notwendigkeit einer stärkeren Einbindung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und verbesserter Kooperation hervor, um die Effizienz und Qualität der Versorgung zu steigern (Glaeske, 2011). Dies erfordert teamorientiertes Arbeiten, angepasste Aufgabenverteilung und neue Verantwortlichkeiten, was derzeit eine Implementierungsherausforderung darstellt. Aktuelle Forderungen des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe sowie des Deutschen Pflegerates betonen nachdrücklich, dass nicht-ärztliche Gesundheitsberufe stärker einbezogen werden müssen, um die Versorgung zu verbessern (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, 2025; Deutscher Pflegerat e.V., 2025).

5.2. Förderliche Faktoren als Chancen in der patientenzentrierten Versorgung

Die Umgestaltung von Gesundheitssystemen hin zu einer patientenorientierten Versorgung ist ein komplexes Unterfangen. Jedoch gibt es verschiedene förderliche Faktoren, die eine Umsetzung der patientenorientierten Versorgung erleichtern können.

Auf der **individuellen Patientenebene** wurden die aktive Einbeziehung und Ermächtigung der Patienten sowie die Unterstützung durch ihre Familien, u.a. durch deren Anwesenheit in Behandlungs-

gesprächen als förderliche Faktoren für die Patientenorientierung identifiziert (Grover et al., 2022). Zudem spielt die Förderung der Gesundheitskompetenz eine wesentliche Rolle, da sie deren Selbstbewusstsein und Fähigkeit zur Mitbestimmung stärkt, um u.a. die Diagnose, Behandlung und notwendigen Lebensstiländerungen besser verstehen zu können (Grover et al., 2022; Vennedey et al., 2020).

Auf der **individuellen Ebene der Behandelnden** bildet die Integration von Kommunikationstrainings in Aus- und Weiterbildung eine wichtige Komponente, um deren kommunikativen Fähigkeiten wie Empathie, Respekt und Mitgefühl zu fördern, da diese als wichtige Förderfaktoren einer patientenorientierten Versorgung agieren (Grover et al., 2022). Zusätzlich wird eine positive Haltung gegenüber der Patientenorientierung als förderlich beschrieben, um Einstellungen und Prioritäten von Behandelnden zu ändern, welche ebenfalls durch Schulungen gefördert werden kann (Bokhour et al., 2018). Dies scheint besonders relevant für ärztliches Personal, da diese laut internationalen Studien die patientenorientierte Versorgung weniger schätzen als andere Gesundheitsberufe und ihre patientenorientierten Fähigkeiten überschätzen (Gantayet-Mathur et al., 2022).

Auf **institutioneller Ebene** können interdisziplinäre Trainings zu einer stärkeren Patientenorientierung beitragen, indem sie Kommunikationslücken schließen, hierarchische Barrieren abbauen und Teamarbeit fördern (Gantayet-Mathur et al., 2022). Darüber hinaus zeigen Studien, dass die Kommunikation einer strategischen Vision, systematische Messungen und deren Rückmeldungen sowie die Verantwortung und Anreize für die Bereitstellung patientenorientierter Versorgung entscheidend sind (Luxford et al., 2011). Der Wandel zur Patientenorientierung muss auf mehreren Ebenen innerhalb einer Institution erfolgen, erfordert Zeit sowie die Einbeziehung des Personals und wird entscheidend durch eine unterstützende Führung und eine offene Organisationskultur gefördert. Einrichtungen, die eine klare Kultur der Patientenorientierung etablieren, zeigen höhere Erfolgchancen bei der Umsetzung entsprechender Ansätze (Hower et al., 2019).

Auf **Ebene des Gesundheitssystems** können Veränderungen von Anreiz- und Vergütungssystemen die Patientenorientierung stärken (Bokhour et al., 2018). Die Implementierung von werteorientierten Gesundheitsmodellen (engl. Value-Based Health Care) kann ein Lösungsansatz sein, in dem die Patientenperspektive mittels PREMs und PROMs als Prozessindikator dienen und positive Ergebnisse mit Bonuszahlungen an die Gesundheits-

Verschiedene förderliche Faktoren (z.B. Förderung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten) und Barrieren (z.B. sektorale Versorgung, bürokratische Prozesse) beeinflussen die Umsetzung von Patientenorientierung.

einrichtungen verknüpft sind (Bull & Callander, 2022). Zudem könnten Zertifizierungs- und Akkreditierungsanforderungen, welche Patientenorientierung als Kriterium berücksichtigen, Anreize für deren Umsetzung zu schaffen (Scholl, LaRussa, et al., 2018). Gesetzgebung und Versorgungsleitlinien, die die Patientenorientierung unterstützen, können ebenfalls zur Implementierung beitragen. So ist beispielsweise der Ansatz der Partizipativen Entscheidungsfindung bereits in einigen deutschen Leitlinien verankert (Hahlweg et al., 2022) und fördert so den Einbezug der Patienten in den Entscheidungsprozess.

Zusammenfassend bieten sich durch diese verschiedenen Einflussfaktoren zahlreiche Möglichkeiten zur Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Durch neueste Entwicklungen im Bereich Künstlicher Intelligenz können künftig insbesondere administrative Aufgaben wie die Dokumentation digital übernommen werden, wodurch Behandelnde entlastet und Zeit gewonnen werden kann (Sauerbrei et al., 2023).

6. Fazit und Ausblick

Trotz vielfältiger Ansätze in der Forschung sowie zahlreicher Initiativen und Förderprogramme zur Förderung

der Patientenorientierung zeigt der vorliegende Artikel, dass deren Umsetzung in der klinischen Routine weiterhin unzureichend ist. Bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen, wie das Patientenrechtegesetz, und Initiativen zur Partizipativen Entscheidungsfindung oder auch Patientenbeteiligung schaffen zwar eine Grundlage, dennoch besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den theoretischen Ansprüchen und der Wirklichkeit im Gesundheitswesen.

Um Patientenorientierung erfolgreich in Forschung und Praxis umzusetzen, sind mehrere zentrale Ansätze erforderlich, um individuelle, strukturelle und institutionelle Hindernisse zu überwinden.

1. Eine einheitliche, akzeptierte und anwendbare Definition der Patientenorientierung ist nötig, um bestehende Differenzen im Verständnis und in der Anwendung zu verringern.
2. Eine kontinuierliche Messung der Patientenorientierung ist unerlässlich. Instrumente wie der EPAT bieten die Möglichkeit, Erfahrungen und Bedürfnisse von Patienten systematisch zu erfassen und Lücken in der Versorgung aufzudecken. Diese Ergebnisse müssen jedoch systematisch aufgearbeitet werden, um nachhaltige Verbesserungen zu erzielen.
3. Es ist entscheidend, Patienten nachhaltig in Entscheidungsprozesse einzubeziehen, nicht nur bezüglich ihrer Behandlung, sondern auch bei der Gestaltung von Versorgungsstrukturen. Initiativen wie das Patientenkompetenzzentrum Nord zeigen, wie die Einbindung von Patienten in Forschung und Behandlungsansätzen deren Perspektiven besser berücksichtigt wird.
4. Kommunikationstrainings für medizinisches Fachpersonal sollten kontinuierlich in die Aus- und Weiterbildung integriert werden, um die Interaktion und das Verständnis zwischen Patienten und Behandelnden zu verbessern sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.
5. Politische Reformen und Änderungen in den Vergütungs- und Anreizsystemen können eine qualitativ hochwertige und patientenorientierte Versorgung unterstützen.

Abschließend lässt sich sagen, dass für einen Wandel hin zu einer stärkeren Patientenorientierung ein koordinierter

Ansatz notwendig ist, der Forschung, Praxis und Politik vereint. Ein gemeinsames Engagement aller Beteiligten könnte dazu beitragen, die Versorgung stärker an den Perspektiven und Wünsche der Patientinnen und Patienten auszurichten.

Referenzen:

Ammentorp, J., Chiswell, M., & Martin, P.

(2022). Translating knowledge into practice for communication skills training for health care professionals. *Patient Education and Counseling*, 105(11), 3334–3338. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.08.004>

Axboe, M. K., Christensen, K. S., Kofoed, P.-E., & Ammentorp, J. (2016).

Development and validation of a self-efficacy questionnaire (SE-12) measuring the clinical communication skills of health care professionals. *BMC Medical Education*, 16(1), 272. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0798-7>

Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012).

Shared decision making – the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.

Beach, M. C., & Inui, T. (2006). Relationship-centered care. A constructive reframing. *J Gen Intern Med*, 21 Suppl 1(Suppl 1), S3–8. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00302.x>

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Launder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic reviews*, 4(1), 1–21.

Bertelsmann Stiftung. (2022). *Deutsche fühlen sich über Qualität im Gesundheitswesen schlecht informiert*. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2022/maerz/deutsche-fuehlen-sich-ueber-qualitaet-im-gesundheitswesen-schlecht-informiert>

Bokhour, B. G., Fix, G. M., Mueller, N. M., Barker, A. M., Lavela, S. L., Hill, J. N., Solomon, J. L., & Lukas, C. V. (2018). How can healthcare organizations implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Services Research*, 18(1), 168. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2949-5>

Bull, C., & Callander, E. J. (2022). Current PROM and PREM use in health system performance measurement: still a way to go. *Patient Experience Journal*, 9(1), 12–18.

Bundesministerium für Gesundheit. (2022). Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/nationaler-aktionsplan-gesundheitskompetenz.html>

Burgener, A. M. (2017). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase

Patient Satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*, 36(3), 238–243. <https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000165>

Byrne, A. L., Baldwin, A., & Harvey, C.

(2020). Whose centre is it anyway? Defining person-centred care in nursing: An integrative review. *PLoS One*, 15(3), e0229923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229923>

Christalle, E., Kriston, L., Zeh, S., Fuehres, H., Schellhorn, A., Hahlweg, P., Zill, J., Haerter, M., & Scholl, I. (2025). Development and psychometric testing of EPAT-16: A short and valid measure for patient-centeredness from the patient's perspective. *medRxiv*, 2025.2002.2013.25322218.

Christalle, E., Zeh, S., Führes, H., Schellhorn, A.,

Hahlweg, P., Zill, J. M., Härter, M., Bokemeyer, C., Gallinat, J., Gebhardt, C., Magnussen, C., Müller, V., Schmalstieg-Bahr, K., Strahl, A., Kriston, L., & Scholl, I. (2024). Through the patients' eyes: psychometric evaluation of the 64-item version of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT-64). *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2024-017434. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-017434>

Christalle, E., Zeh, S., Hahlweg, P., Kriston, L., Härter, M., & Scholl, I. (2018). Assessment of patient centredness through patient-reported experience measures (ASPIRED): protocol of a mixed-methods study. *BMJ Open*, 8(10), e025896. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025896>

Christalle, E., Zeh, S., Hahlweg, P., Kriston, L., Härter, M., Zill, J., & Scholl, I. (2022). Development and content validity of the Experienced Patient-Centeredness Questionnaire (EPAT)—A best practice example for generating patient-reported measures from qualitative data. *Health Expectations*.

Clayton, J. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., Devine, R. J., Simpson, J. M., Aggarwal, G., Clark, K. J., Currow, D. C., Elliott, L. M., Lacey, J., Lee, P. G., & Noel, M. A. (2007). Randomized controlled trial of a prompt list to help advanced cancer patients and their caregivers to ask questions about prognosis and end-of-life care. *J Clin Oncol*, 25(6), 715–723. <https://doi.org/10.1200/jco.2006.06.7827>

Coulter, A., Locock, L., Ziebland, S., & Calabrese, J. (2014). Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*, 348, g2225. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2225>

Danner, M., Geiger, F., Wehkamp, K., Rueffer, J. U., Kuch, C., Sundmacher, L., Skjelbakken, T., Rummer, A., Novelli, A., Debrouwere, M., & Scheibler, F. (2020). Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a Northern German University Hospital. *BMJ*

Open, 10(10), e037575. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037575>

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.

(2025). DBfK veröffentlicht Forderungen an zukünftige Bundesregierung. https://www.dbfk.de/de/newsroom/pressemitteilungen/meldungen/2025/Forderungen-an-zukunfftige-Bundesregierung.php?utm_source=chatgpt.com

Deutscher Pflegerat e.V. (2025). DPR-Forderungspapier für die neue Bundesregierung: Profession Pflege braucht Zukunft – Klare Forderungen des Deutschen Pflegerats an die nächste Bundesregierung. <https://deutscher-pflegerat.de/profession-staerken/pressemitteilungen/profession-pflege-braucht-zukunft>

Deutsches Ärzteblatt. (2022). Deutsche fühlen sich über Qualität im Gesundheitswesen schlecht informiert. <https://www.aerzteblatt.de/news/deutsche-fuehlen-sich-ueber-qualitaet-im-gesundheitswesen-schlecht-informiert-9d6d57e2-3ffd-4820-ad21-9e779e276c9a>

DKFZ. (2025). Patientenbeteiligung in der Krebsforschung. <https://www.dkfz.de/patientenbeteiligung>

Echterhoff, J., Petter, J., Ralbovski, J., Scholl, I., Härter, M., & Kriston, L. (2025). (Preprint) Measurement properties of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9): A systematic psychometric review and meta-analysis. https://www.researchgate.net/publication/388551203_Measurement_properties_of_the_9-item_Shared_Decision_Making_Questionnaire_SDM-Q-9_A_systematic_psychometric_review_and_meta-analysis

Edgman-Levitan, S., & Schoenbaum, S. C. (2021). Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Israel Journal of Health Policy Research*, 10, 1-5.

Ehegartner, V., Kirschneck, M., Frisch, D., Schuh, A., & Kus, S. (2020). [Work Ability and Health Promotion Offers needed by Healthcare Personnel in Germany: Results of an Expert Survey]. *Gesundheitswesen*, 82(5), 422-430. <https://doi.org/10.1055/a-0905-3007> (Arbeitsfähigkeit von Pflegekräften in Deutschland – welchen Präventionsbedarf hat das Pflegepersonal: Ergebnisse einer Expertenbefragung.)

Epstein, R. M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Kravitz, R. L., & Duberstein, P. R. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social science & medicine*, 61(7), 1516-1528.

Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr. (2011). The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Ernstmann, N., & Scholl, I. (2024). Versorgungsforschung zur Patientenzentrierung. In H. Pfaff,

E. A. M. Neugebauer, N. Ernstmann, M. Härter, & F. Hoffmann (Eds.), *Versorgungsforschung: Theorien – Methoden – Praxis*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-42863-1_1

Ethikrat, D. (2016). *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus – Stellungnahme*. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf>

Gantayet-Mathur, A., Chan, K., & Kalluri, M. (2022). Patient-centered care and interprofessional collaboration in medical resident education: Where we stand and where we need to go. *Humanities and Social Sciences Communications*, 9(1), 206. <https://doi.org/10.1057/s41599-022-01221-5>

Gartner, J. B., Abasse, K. S., Bergeron, F., Landa, P., Lemaire, C., & Côté, A. (2022). Definition and conceptualization of the patient-centered care pathway, a proposed integrative framework for consensus: a Concept analysis and systematic review. *BMC Health Serv Res*, 22(1), 558. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07960-0>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023a). *Beschluss des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92B Absatz 3 SGB V zum abgeschlossenen Projekt MAKING SDM A REALITY (01Nvf17009)*. https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/beschluss-dokumente/373/2023-02-23_MAKING-SDM-A-REALITY.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023b). *Mehr Qualität und weniger Bürokratie im Krankenhaus: Regierungskommission legt Empfehlungen zu Mindestvorgaben vor*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/mehr-qualitaet-und-weniger-buerokratie-im-krankenhaus-pm-20-10-23.html>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2023c). *Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenhaus/regierungskommission-krankenhausversorgung>

Gesundheitsministerkonferenz. (2018). *Beschlüsse der GMK 20.06.2018 – 21.06.2018, TOP: 4.1 Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik*. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018>

Gilmore, K. J., Corazza, I., Coletta, L., & Allin, S. (2023). The uses of patient reported experience measures in health systems: a systematic narrative review. *Health policy*, 128, 1-10.

Glaeske, G. (2011). *Patientenorientierung in der medizinischen Versorgung: Vorschläge zur notwendigen Weiterentwicklung und Umgestaltung unseres Gesundheitswesens; Expertise*

im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (ISBN: 978-3-86872-596-4). <https://collections.fes.de/publikationen/content/titleinfo/449458>

Grover, S., Fitzpatrick, A., Azim, F. T., Ariza-Vega, P., Bellwood, P., Burns, J., Burton, E., Fleig, L., Clemson, L., Hoppmann, C. A., Madden, K. M., Price, M., Langford, D., & Ashe, M. C. (2022). Defining and implementing patient-centered care: An umbrella review. *Patient Educ Couns*, 105(7), 1679-1688. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.11.004>

Gustavsson, K., van Diepen, C., Fors, A., Axelson, M., Bertilsson, M., & Hensing, G. (2023). Healthcare professionals' experiences of job satisfaction when providing person-centred care: a systematic review of qualitative studies. *BMJ Open*, 13(6), e071178. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-071178>

Hahlweg, P., Bieber, C., Levke Brütt, A., Dierks, M.-L., Dirmaier, J., Donner-Banzhoff, N., Eich, W., Geiger, F., Klemperer, D., Koch, K., Körner, M., Müller, H., Scholl, I., & Härter, M. (2022). Moving towards patient-centered care and shared decision-making in Germany. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 49-57. <https://doi.org/10.1016/j.zeff.2022.04.001>

Hahlweg, P., Lindig, A., Frerichs, W., Zill, J., Hanken, H., Müller, V., Peters, M.-C., & Scholl, I. (2023). Major influencing factors on routine implementation of shared decision-making in cancer care: qualitative process evaluation of a stepped-wedge cluster randomized trial. *BMC Health Services Research*, 23(1), 840. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09778-w>

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). „Same same or different?“ A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*, 102(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>

Harrison, M., Milbers, K., Hudson, M., & Bansback, N. (2017). Do patients and health care providers have discordant preferences about which aspects of treatments matter most? Evidence from a systematic review of discrete choice experiments. *BMJ Open*, 7(5), e014719. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014719>

Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M. L., Eich, W., Müller, H., Klemperer, D., Koch, K., & Bieber, C. (2017). The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 123-124, 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.zeff.2017.05.006>

Hower, K. I., Vennedey, V., Hillen, H. A., Kuntz, L., Stock, S., Pfaff, H., & Ansmann, L. (2019). Implementation of patient-centred care: which

organisational determinants matter from decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations. *BMJ Open*, 9(4), e027591. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027591>

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>.

Jaensch, D., Baker, N., & Gordon, S. (2019). Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 31(10), G165-g173. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz118>

Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A., & Härter, M. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 94-99.

Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 38-45. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.04.015>

Larson, E., Sharma, J., Bohren, M. A., & Tunçalp, Ö. (2019). When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 563.

Lindig, A., Hahlweg, P., Frerichs, W., Topf, C., Reemts, M., & Scholl, I. (2020). Adaptation and qualitative evaluation of Ask 3 Questions – a simple and generic intervention to foster patient empowerment. *Health Expectations*, 23, 1310-1325. <https://doi.org/10.1111/hex.13114>

Lindig, A., Mielke, K., Frerichs, W., Cöllen, K., Kriston, L., Härter, M., & Scholl, I. (2024). Evaluation of a patient-centered communication skills training for nurses (KOMPAT): study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nurs*, 23(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01660-8>

Luxford, K., Safran, D. G., & Delbanco, T. (2011). Promoting patient-centered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care*, 23(5), 510-515. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr024>

Mata, Á. N. d. S., de Azevedo, K. P. M., Braga, L. P., de Medeiros, G. C. B. S., de Oliveira Segundo, V. H., Bezerra, I. N. M., Pimenta, I. D. S. F., Nicolás, I. M., & Piuvezam, G. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: a systematic review. *Human Resources for Health*, 19(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>

Mielke, K., Frerichs, W., Cöllen, K., Lindig, A., Härter, M., & Scholl, I. (2024). Perspective on patient-centered communication: a focus group study investigating the experiences and needs of nursing professionals. *BMC Nurs*, 23(1), 822. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02487-7>

Mihaljevic, A. L., Doerr-Harim, C., Kalkum, E., & Strunk, G. (2022). Measuring patient centeredness with German language Patient-Reported Experience Measures (PREM)—A systematic review and qualitative analysis according to COSMIN. *PLoS One*, 17(11), e0264045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264045>

Miller, N., & Rogers, S. N. (2018). A review of question prompt lists used in the oncology setting with comparison to the Patient Concerns Inventory. *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12489. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/ecc.12489>

Monitor Versorgungsforschung. (2018). Gesundheitskompetenz fördern: „Drei Fragen für Ihre Gesundheit“. <https://www.monitor-versorgungsforschung.de/news/gesundheitskompetenz-foerdern-drei-fragen-fuer-ihre-gesundheit/>

Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Wolf, A. (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci*, 31(4), 662-673. <https://doi.org/10.1111/scs.12376>

Moore, P. M., Rivera, S., Bravo-Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7), Cd003751. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003751.pub4>

Murante, A. M., Vainieri, M., Rojas, D., & Nuti, S. (2014). Does feedback influence patient – professional communication? Empirical evidence from Italy. *Health policy*, 116(2-3), 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.001>

Nolte, E., Merkur, S., & Anell, A. (2020). The person at the centre of health systems: an introduction. In E. Nolte, S. Merkur, & A. Anell (Eds.), *Achieving Person-Centred Health Systems: Evidence, Strategies and Challenges* (pp. 1-18). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI: 10.1017/9781108855464.004>

Park, M., Giap, T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *Int J Nurs Stud*, 87, 69-83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006>

Prouty, C. D., Mazor, K. M., Greene, S. M., Roblin, D. W., Firneno, C. L., Lemay, C. A., Robinson, B. E., & Gallagher, T. H. (2014). Providers' perceptions of communication breakdowns in cancer care. *J Gen Intern Med*, 29(8), 1122-1130. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2769-1>

Reeves, R., West, E., & Barron, D. (2013). Facilitated patient experience feedback can improve nursing care: a pilot study for a phase III cluster randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*, 13, 259. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-259>

Sauerbrei, A., Kerasidou, A., Lucivero, F., & Hallowell, N. (2023). The impact of artificial intelligence on the person-centred, doctor-patient relationship: some problems and solutions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 23(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12911-023-02162-y>

Scheibler, F., Geiger, F., Wehkamp, K., Danner, M., Debrouwere, M., Stolz-Klingenberg, C., Schultdt-Joswig, A., Sommer, C. G., Kopeleva, O., Bunzen, C., Wagner-Ullrich, C., Koch, G., Coors, M., Wehking, F., Clayman, M., Weymayr, C., Sundmacher, L., & Ruffer, J. U. (2024). Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany: a pre-post trial. *BMJ Evid Based Med*, 29(2), 87-95. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112462>

Scholl, I., Hahlweg, P., Lindig, A., Bokemeyer, C., Coym, A., Hanken, H., Müller, V., Smeets, R., Witzel, I., Kriston, L., & Härter, M. (2018). Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: study protocol of a stepped wedge cluster randomized trial. *Implementation Science*, 13(51), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0740-y>

Scholl, I., Hahlweg, P., Lindig, A., Frerichs, W., Zill, J., Cords, H., Bokemeyer, C., Coym, A., Schmalfeldt, B., Smeets, R., Vollkommer, T., Witzel, I., Härter, M., & Kriston, L. (2021). Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: results of a stepped wedge cluster randomized trial. *Implementation Science*, 16(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01174-4>

Scholl, I., Kriston, L., Dirmaier, J., Buchholz, A., & Härter, M. (2012). Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire—physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Education and Counseling*, 88(2), 284-290.

Scholl, I., LaRossa, A., Hahlweg, P., Kobrin, S., & Elwyn, G. (2018). Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implement Sci*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0731-z>

Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. *PLoS One*, 9(9), e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>

Schuttner, L., Hockett Sherlock, S., Simons, C. E., Johnson, N. L., Wirtz, E., Ralston, J. D., Rosland, A. M., Nelson, K., & Sayre, G. (2022). My Goals Are Not Their Goals: Barriers and Facilitators to Delivery of Patient-Centered Care for Patients with Multimorbidity. *J Gen Intern Med*, 37(16), 4189-4196. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07533-1>

Shepherd, H. L., Barratt, A., Trevena, L. J., McGeechan, K., Carey, K., Epstein, R. M., Butow, P. N., Del Mar, C. B., Entwistle, V., & Tattersall, M. H. N. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.022>

Tsvitman, I., Castel, O. C., & Dagan, E. (2021). The association between perceived patient-centered care and symptoms experienced by patients undergoing anti-cancer treatment. *Support Care Cancer*, 29(11), 6279-6287. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06200-1>

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. (2021). *Unser konsequentes Ziel – Patient:innenorientierung*. Abgerufen am 3.

März 2025 von <https://www.uke.de/patienten-orientierung>

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. (2024). *Patientenkompetenzzentrum Nord*. Abgerufen am 3. März 2025 von [https://www.uke.de/kliniken-institute/zentren/universitaet%20res-cancer-center-hamburg-\(ucch\)/%20ber-das-tumorzentrum/patientenkompetenzzentrum/index.html](https://www.uke.de/kliniken-institute/zentren/universitaet%20res-cancer-center-hamburg-(ucch)/%20ber-das-tumorzentrum/patientenkompetenzzentrum/index.html)

van der Vleuten, C., van den Eertwegh, V., & Girolodi, E. (2019). Assessment of communication skills. *Patient Educ Couns*, 102(11), 2110-2113. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.07.007>

van Diepen, C., Fors, A., Ekman, I., & Hensing, G. (2020). Association between person-centred care and healthcare providers' job satisfaction and work-related health: a scoping review. *BMJ Open*, 10(12), e042658. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042658>

van Pottelberghe, S., Heine, F., Van Dooren, S., Hes, F., & Kupper, N. (2023). Barriers and facilitators for the implementation of patient-centered care in cardiogenetics: a Delphi study among ERN GUARD-heart members. *Eur J Hum Genet*, 31(12), 1371-1380. <https://doi.org/10.1038/s41431-022-01268-7>

Vennedey, V., Hower, K. I., Hillen, H., Ansmann, L., Kuntz, L., & Stock, S. (2020). Patients' perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews. *BMJ Open*, 10(5), e033449. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033449>

Yu, C., Xian, Y., Jing, T., Bai, M., Li, X., Li, J., Liang, H., Yu, G., & Zhang, Z. (2023). More patient-centered care, better healthcare: the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients. *Front Public Health*, 11, 1148277. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1148277>

Zeh, S., Christalle, E., Hahlweg, P., Härter, M., & Scholl, I. (2019). Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study. *BMJ Open*, 9(12), e031741. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031741>

Zhang, M., He, X., Wu, J., & Xie, F. (2023). Differences between physician and patient preferences for cancer treatments: a systematic review. *BMC Cancer*, 23(1), 1126. <https://doi.org/10.1186/s12885-023-11598-4>

Digitalisierung als Erfolgsfaktor für eine wirksame und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung verstehen

CORNELIA KITTLICK,
MICHAEL NOLL

Cornelia Kittlick
Projektleiterin und Managerin Digitale Innovation
AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung
Unternehmensentwicklung
Presselstraße 19 – 70191
Stuttgart

Michael Noll
Geschäftsbereichsleiter
Digitale Innovation
AOK Baden-Württemberg
Hauptverwaltung
Unternehmensentwicklung
Presselstraße 19 – 70191
Stuttgart

Die Digitalisierung ist ein entscheidender Schlüssel für eine zukunftssichere, effiziente und gerechtere Gesundheitsversorgung. Sie kann Versorgungsqualität und Prozesse verbessern, den Fachkräftemangel abfedern und wirtschaftliche Innovationspotenziale freisetzen. Trotz politischer Maßnahmen bleibt die Umsetzung jedoch herausfordernd – bürokratische Hürden, Datenschutzbedenken und globale Krisen bremsen den Fortschritt. Um die Chancen der digitalen Transformation voll auszuschöpfen und damit Patienten echte Mehrwerte zu bieten, sind konsequente Investitionen und strukturelle Reformen unerlässlich.

Die Gesundheitswirtschaft ist eine zentrale Säule der deutschen Wirtschaft. Mit einer Bruttowertschöpfung von 435,5 Milliarden Euro im Jahr 2023 und einem Anteil von 11,5 Prozent am Bruttoinlandsprodukt gehört sie zu den wachstumsstärksten Branchen.¹ Trotz ihrer wirtschaftlichen Bedeutung steht die Branche vor erheblichen Herausforderungen: Der Fachkräftemangel verschärft sich, die Gesundheitsausgaben steigen kontinuierlich und sowohl stationäre als auch ambulante Versorgungsstrukturen sind zunehmend überlastet. Nach aktuellen Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) werden in Deutschland zwischen 2022 bis 2040 kumuliert rund 50.000 Ärztinnen und Ärzte fehlen, um die Patientenversorgung auf dem gewohnt hohen medizinischen Niveau sicherzustellen. Ohne die ärztlichen Nachbesetzungen droht der Versorgungsgrad bis 2040 auf 74 Prozent des bisherigen Niveaus zu sinken.² Echte Strukturreformen, die das Potenzial der Branche ausschöpfen, werden dringend benötigt, um langfristig die Gesundheitsversorgung in Deutschland sicherzustellen.

Ein entscheidender Hebel zur Bewältigung dieser Herausforderungen kann die Digitalisierung sein.

Digitale Technologien können die Informationstransparenz im Gesundheitssystem verbessern, die Versorgungsqualität steigern, Prozesse effizienter gestalten und dazu beitragen, den Fachkräftemangel zu entschärfen. Darüber hinaus bietet die Digitalisierung enorme Innovationspotenziale für die Patientenversorgung, medizinische Forschung und wirtschaftliche Entwicklung. Patienten profitieren von effizienteren Abläufen und neuen Therapieansätzen, Unternehmen der Gesundheitsbranche können neue Geschäftsmodelle erschließen und Leistungserbringende können von der Digitalisierung profitieren, indem sie durch digitale Lösungen ihre Arbeitsabläufe optimieren, die Kommunikation verbessern und schneller auf relevante Gesundheitsdaten zugreifen können.

Um die Digitalisierung des Gesundheitswesens voranzutreiben, hat die Bundesregierung mit dem Digital-Gesetz und dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz bereits wichtige Schritte eingeleitet. Dazu gehören unter anderem die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) für alle gesetzlich Versicherten bis 2025, die verpflichtende Nutzung des E-Re-

zepts sowie der erleichterte Zugang zu Gesundheitsdaten für Forschung und Innovation. Auf europäischer Ebene wird mit dem „European Health Data Space“ (EHDS) zudem ein einheitlicher Rahmen für den grenzüberschreitenden Austausch von Gesundheitsdaten geschaffen.³

Trotz dieser Fortschritte bleibt die Umsetzung anspruchsvoll. Bürokratische Hürden, Datenschutzbedenken und eine noch unzureichende digitale Infrastruktur bremsen den Fortschritt. Gleichzeitig bindet die aktuelle weltpolitische Lage mit geopolitischen Spannungen, wirtschaftlichen Unsicherheiten und globalen Krisen viele politische Ressourcen. Dadurch geraten notwendige strukturelle Reformen im Gesundheitssystem in den Hintergrund. Statt langfristiger Strategien stehen akute Krisenbewältigung und kurzfristige finanzielle Entlastungsmaßnahmen im Fokus, was die Umsetzung digitaler Innovationen weiter verzögert.

Angesichts steigender Gesundheitsausgaben, die 2022 bereits 498 Milliarden Euro erreichten⁴, ist es jedoch essenziell, Digitalisierung nicht als zusätzlichen Kostenfaktor, sondern als Investition in die wirtschaftliche Nachhaltigkeit zu begreifen. Ein leistungsfähiges, digital unterstütztes Gesundheitssystem trägt nicht nur zur Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung bei, sondern stärkt auch die Produktivität und Erwerbsfähigkeit der Bevölkerung. Damit wird deutlich: Die Digitalisierung ist keine optionale Ergänzung, sondern eine notwendige Transformation, um die Zukunftsfähigkeit über das Gesundheitssystem hinaus zu sichern.

Digitalisierung als Schlüssel zur Erhaltung und Verbesserung der Patientenversorgung im Gesundheitsökosystem

Damit die Digitalisierung im Gesundheitswesen nicht zum Selbstzweck wird, sondern Patienten einen echten Mehrwert bietet, gilt es, bestehende Prozesse so zu optimieren, dass Informationsintransparenzen abgebaut werden, Versorgung individueller und passgenauer stattfindet und damit Versorgungslücken sinnvoll geschlossen werden. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die Integration der Digitalisierung in ein umfassendes Gesundheitsökosystem, in dem alle Akteure – von Präventionseinrichtungen

über ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen bis hin zu Reha- und Pflegeeinrichtungen – effizient miteinander vernetzt sind. Durch die Vernetzung von Daten und die Interoperabilität der Systeme kann eine kontinuierliche und koordinierte Versorgung gewährleistet werden, die den Patienten als Ganzes in den Mittelpunkt stellt.

Value-Based-Care: Mehrwert für Patienten und das Gesundheitssystem

Eine moderne, digital unterstützte Gesundheitsversorgung kann ihr volles Potenzial dann entfalten, wenn sie nicht nur effizienter, sondern auch zielgerichteter auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet wird. Genau an diesem Punkt setzt das Konzept des Value-Based Care an: Es stellt sicher, dass alle Maßnahmen in der Versorgungskette darauf ausgerichtet sind, den gesundheitlichen Nutzen für den Patienten zu maximieren und gleichzeitig die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Systems zu verbessern.⁵

Ein zentraler Mechanismus bei Value-Based Care ist dabei die Verknüpfung von Versorgungsqualität und wirtschaftlichem Erfolg: Gesundheitsanbieter werden nicht allein für die Menge erbrachter Leistungen vergütet, sondern für den tatsächlichen gesundheitlichen Mehrwert, den sie für ihre Patienten schaffen. Durch digitale Lösungen können beispielsweise personalisierte Behandlungswege entwickelt werden, die auf Echtzeitdaten basieren und individuell optimierte Therapieentscheidungen ermöglichen. Gleichzeitig führt die verbesserte Datennutzung dazu, dass medizinische Ressourcen effizienter eingesetzt und unnötige Behandlungen vermieden werden. Dies kommt nicht nur den Patienten zugute, die eine gezieltere und wirksamere Versorgung erhalten, sondern auch den Leistungserbringern und Kostenträgern, die durch höhere Behandlungserfolge und geringere Folgekosten profitieren. So entsteht eine Win-Win-Win-Situation, in der Patientenwohl und wirtschaftliche Nachhaltigkeit Hand in Hand gehen.

Damit zeigt sich, dass ein ganzheitliches, ökosystemisches Handeln entscheidend dazu beitragen kann, die Prinzipien des Value-Based Care in der Praxis zu verankern. Doch wie kann eine patientenzentrierte und wertorientierte Versorgung realisiert werden? Entscheidend

dabei ist, dass digitale Innovationen nicht isoliert betrachtet, sondern gezielt in die Versorgungspfade der Patienten integriert werden. Durch eine konsequente Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten lassen sich passgenaue Lösungen entwickeln, die sowohl die Versorgungsqualität als auch die Effizienz des Systems steigern.

Anhand fiktiver Patient Journeys lässt sich veranschaulichen, wie digitale Technologien und vernetzte Versorgungsmodelle in der Praxis dazu beitragen können, bessere gesundheitliche Ergebnisse zu erzielen und den Prinzipien des Value-Based Care gerecht zu werden.

Patient Journey: Potenziale der Digitalisierung in der Prävention

Ein fiktives Beispiel für eine Patient Journey in der Prävention zeigt sich in der Kombination aus digitalen Gesundheitsangeboten und persönlicher Betreuung. Angenommen, ein Patient möchte seine körperliche Fitness und Ernährungsgewohnheiten verbessern. In der Freizeit nutzt er gerne Navigationsapps, um Fahrradrouten in seiner Umgebung zu planen. Seine täglichen Bewegungseinheiten zeichnet er durch ein Wearable auf.

Durch eine Kooperation zwischen dem Anbieter der Navigationsapp und seiner Krankenkasse wird er auf die Möglichkeit hingewiesen, sein Wearable mit der Krankenkassen-App zu verbinden. So können die geleisteten Bewegungseinheiten bonifiziert werden, was eine zusätzliche Motivation für häufigere und längere Fahrradtouren bietet. Weiterhin wird dem Patienten über die Krankenkassen-App ein personalisiertes Präventionsprogramm vorgeschlagen, das sowohl die Bewegungsförderung als auch eine gesündere Ernährung zum Ziel hat. Nachdem er sich für die Teilnahme entschieden hat, wird er von einem digitalen Gesundheitsassistenten begrüßt, der ihn zu seinen Ernährungsgewohnheiten befragt. Basierend auf diesen Angaben und den analysierten Bewegungsdaten seines Wearables erhält er Empfehlungen für eine ausgewogene Ernährung, die zu seinem Aktivitätslevel und seinen individuellen Zielen passt.

Ein zentraler Bestandteil des Programms ist die Möglichkeit, eine professionelle Ernährungsberatung in Anspruch zu nehmen. Hierbei kann der Patient

zwischen einem digitalen Coaching-Programm und einer persönlichen Beratung vor Ort wählen. Im digitalen Ansatz erhält er über die App Zugang zu interaktiven Ernährungsmodulen, Rezeptvorschlägen und personalisierten Ernährungstipps. Ein digitaler Coach steht ihm per Chat zur Verfügung, um individuelle Fragen zu klären. Gamification-Elemente wie Ernährungs-Challenges oder Belohnungen für das Erreichen von Gesundheitszielen tragen dazu bei, die Motivation langfristig aufrechtzuerhalten.

Alternativ kann der Patient eine persönliche Ernährungsberatung in seiner Nähe in Anspruch nehmen. Über die App erhält er eine Liste qualifizierter Ernährungsexperten, bei denen er unkompliziert Termine vereinbaren kann. Nach dem Beratungsgespräch kann er seine Fortschritte weiterhin über die digitale Plattform dokumentieren und erhält regelmäßige Impulse zur Umsetzung der erlernten Strategien in seinen Alltag. Durch die Kombination aus digitalen und persönlichen Versorgungsangeboten sowie gezielten Anreizsystemen wird dem Versicherten eine flexible, auf seine Bedürfnisse abgestimmte Betreuung ermöglicht.

Patient Journey: Potenziale der Digitalisierung in der Akut- und Chronikerversorgung

Ein weiteres fiktives Beispiel zeigt, wie digitale Patientenzugänge auch in der Akutversorgung helfen können. Angenommen, ein Patient verspürt plötzlich Erkältungssymptome wie Hals-, Kopf- und Gliederschmerzen. Für eine erste Einschätzung könnte er den digitalen Symptomchecker in seiner Krankenkassen-App nutzen. Nach Eingabe seiner Beschwerden würde er eine KI-gestützte Auswertung mit einer vorläufigen Einschätzung und Handlungsempfehlungen erhalten. Der Symptomchecker könnte eine ärztliche Konsultation empfehlen, die er direkt über die App als Videogespräch buchen könnte.

Innerhalb kurzer Zeit könnte der Versicherte eine Videokonsultation mit einem Allgemeinmediziner führen, der anhand der geschilderten Symptome und einer visuellen Untersuchung eine Diagnose stellen könnte. Der Arzt würde die weitere Vorgehensweise erläutern und ihm über die App ein eRezept für ein geeignetes Medikament ausstellen, das

der Versicherte direkt in einer Apotheke seiner Wahl einlösen könnte. Zudem würde er über die App weiterführende Informationen zu seiner Erkrankung sowie präventive Hinweise erhalten, um eine Verschlimmerung der Symptome zu vermeiden. Alle relevanten Behandlungsdaten würden automatisiert in die elektronische Patientenakte (ePA) des Versicherten übertragen. Dadurch stünden diese Informationen auch anderen behandelnden Ärzten zur Verfügung, falls eine weiterführende Behandlung erforderlich würde.

Für chronisch kranke Patienten könnte ein ähnlicher digitaler Weg angeboten werden. Der Symptomchecker würde hier die chronische Erkrankung berücksichtigen und auf mögliche Entgleisungen oder Komplikationen aufmerksam machen. Neben Videokonsultationen könnte auch ein Telemonitoring-Programm angeboten werden, bei dem der Patient täglich zu Hause seine Vitalwerte misst und diese direkt über die App an ein Telemedizinzentrum oder seinen behandelnden Arzt übermittelt.

Durch das Telemonitoring könnte der Arzt in Echtzeit wertvolle Informationen über den Verlauf der Erkrankung erhalten und sofern erforderlich sofortige Anpassungen in der Therapie vornehmen. Der Patient bekäme täglich Erinnerungen zur Durchführung der Messungen und könnte jederzeit Kontakt zu seinem behandelnden Arzt aufnehmen. Zusätzlich würde die Medikation des Patienten im Medikationsplan seiner elektronischen Patientenakte (ePA) detailliert aufgelistet. Es könnten automatische Wechselwirkungschecks durchgeführt werden, die folglich wichtige Hinweise zu möglichen Interaktionen oder Nebenwirkungen aufzeigen. Die App könnte den Patienten regelmäßig an die Einnahme seiner Medikamente erinnern, was die Therapietreue erheblich verbessern würde. Bei Änderungen der Medikation durch den Arzt würde der Medikationsplan in der ePA aktualisiert, sodass der Patient stets über seine aktuelle Behandlung informiert ist und Informationstransparenz gegeben sein würde.

Auch in der Nachsorge von Akutbehandlungen, wie bei Schlaganfällen oder Herzinfarkten, kann die digitale Überwachung von Vitalwerten eine entschei-

dende Rolle spielen. Für den Patienten könnte das Telemonitoring Sicherheit in der Genesungsphase bieten und langfristig zur Steigerung seiner Lebensqualität beitragen.

Durch diese digitalen Versorgungsweg könnten Patienten von einer schnellen und effizienten medizinischen Betreuung ohne lange Wartezeiten profitieren. Gleichzeitig würde die strukturierte Erfassung der Gesundheitsdaten in der ePA eine verbesserte Koordination zwischen verschiedenen Leistungserbringern ermöglichen.

Patient Journey: Potenziale der Digitalisierung in der Rehabilitation und Pflege

Patienten, die sich beispielsweise einer Hüftoperation unterzogen haben, befinden sich in der Rehabilitationsphase und benötigen eine effiziente und flexible Organisation der weiteren Pflege und Rehabilitation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus. Häufig müssen Rehabilitationsmaßnahmen bei der Krankenkasse beantragt werden. Ein intelligenter Chatbot in der Krankenkassen-App könnte den Patienten bei der Antragstellung unterstützen. Dieser digitale Gesundheitsassistent würde ihn Schritt für Schritt durch den Antragsprozess führen und auftretende Fragen automatisiert beantworten. Der Assistent könnte helfen, erforderliche Formulare auszufüllen und alle nötigen Informationen zu

Die Digitalisierung ist keine optionale Ergänzung, sondern eine notwendige Transformation, um die Zukunftsfähigkeit über das Gesundheitssystem hinaus zu sichern.

erfassen, um eine schnelle Bearbeitung zu gewährleisten. Zudem könnten relevante medizinische Daten direkt aus der elektronischen Patientenakte (ePA) abgerufen und in den Antrag integriert werden, wodurch der Aufwand deutlich reduziert sein könnte.

Sofern der Patient nach der Rehabilitationsmaßnahme weiterhin auf Unterstützung angewiesen wäre, könnte über die App auch die häusliche Pflege organisiert werden. Ein digitaler Gesundheitsassistent könn-

te passgenaue Pflegeeinrichtungen und -dienste in der häuslichen Umgebung finden, freie Kapazitäten anzeigen und bei der Buchung von Pflegedienstleistungen unterstützen. Die App könnte auch die Häufigkeit der Pflegeeinsätze überwachen und Erinnerungen zur Durchführung von regelmäßigen Pflegeaufgaben, wie etwa Mobilisationsübungen oder Medikamenteneinnahme, verschicken.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Rehabilitation ist die Organisation von Hilfsmitteln. Der digitale Gesundheitsassistent könnte auf Grundlage der medizinischen Verordnung die benötigten Hilfsmittel, wie beispielsweise Gehhilfen oder spezielle Betten, identifizieren. Über die App würde der Patient eine Liste zertifizierter Anbieter erhalten, bei denen diese Hilfsmittel verfügbar sind und direkt bestellt werden könnten.

Angehörige des Patienten, welche ebenfalls in den Rehabilitationsprozess eingebunden sind, würden über die App Informationen zur Pflege und Rehabilitation erhalten. Sie könnten in den Prozess integriert werden, indem sie etwa eine eigene Version der App herunterladen, um den Pflegeplan zu überwachen und anstehenden Aufgaben nachkommen zu können. Zudem erhielten sie Hinweise und Anleitungen, wie sie den Patienten aktiv bei der Genesung unterstützen könnten, sei es durch die Erinnerung an Reha-Übungen oder die richtige Einnahme verordneter Medikamente.

Durch eine zielgerichtete Digitalisierung der Prozesse könnte der Rehabilitations- und Pflegeverlauf für den Patienten und seine Angehörigen effizienter und transparenter gestaltet werden. Die Value-Based Care-Prinzipien kämen hier zum Tragen, indem nicht nur die Gesundheitsversorgung im Sinne des Patienten optimiert wird, sondern auch die beteiligten Stakeholder – einschließlich der Angehörigen und Pflegeeinrichtungen – koordiniert und eingebunden wären. Doch was braucht es, damit solche Patient Journeys Realität werden können?

Von der Vision zur erlebbaren Realität

Um die fiktiven Patient Journeys in die Realität umzusetzen, sind mehrere Schlüsselfaktoren erforderlich. Eine stabile und nachhaltige Finanzlage bildet die Grundlage für den digitalen Ausbau des Gesundheitssystems. Ebenso

entscheidend ist die Entwicklung eines ganzheitlichen Gesundheitsökosystems, das auf Vernetzung, Interoperabilität und Kooperation aller relevanten Akteure basiert. Ein funktionierendes Gesundheitsökosystem erfordert eine enge Vernetzung aller Beteiligten – von Ärzten und Krankenhäusern über Pflegeeinrichtungen und Apotheken bis hin zu Krankenkassen. Der gezielte Austausch von Gesundheitsdaten ist essenziell, um eine koordinierte und effiziente Versorgung sicherzustellen. Die Telematikinfrastruktur und die elektronische Patientenakte, die seit 2025 flächendeckend ausgerollt wird, leisten hierbei einen wichtigen Beitrag.

Ein zentrales Element für die digitale Patient Journey ist die Interoperabilität der Systeme. Nur wenn verschiedene Akteure und technische Lösungen nahtlos zusammenarbeiten, kann eine wirklich vernetzte, patientenzentrierte Versorgung entstehen. Dafür braucht es intelligente Technologien, die große Mengen an Gesundheitsdaten nicht nur austauschbar, sondern auch sinnvoll nutzbar machen.

Künstliche Intelligenz (KI) spielt dabei eine entscheidende Rolle, indem sie komplexe Zusammenhänge erkennt, Prozesse automatisiert und personalisierte Behandlungsempfehlungen ableitet. Ein wesentliches Anwendungsfeld von KI in der Patient Journey ist die intelligente Steuerung von Versorgungsprozessen sowie eine effizientere und sichere Diagnosestellung und Ableitung von Therapieoptionen. KI ist bereits in verschiedenen Fachbereichen im Einsatz. In der Radiologie beispielsweise analysieren KI-Algorithmen Bildgebungsdaten bereits schneller und präziser als menschliche Betrachter, wodurch frühzeitig kritische Veränderungen identifiziert werden können. In der Onkologie können KI-Modelle helfen, Therapieoptionen basierend auf individuellen genetischen Markern auszuwählen.

Neben der Zusammenarbeit mit den traditionellen Gesundheitsakteuren ist auch die Kooperation mit bislang weniger involvierten Akteuren von entscheidender Bedeutung. Darunter sind Unternehmen zu verstehen, die in ihrer Rolle keine klassischen Leistungserbringer oder Medizinproduktehersteller etc. sind, sondern erst durch Kooperationen zwischen Unternehmen und traditionellen Gesundheitsakteuren Mehrwerte beim Patienten sowie den beteiligten Akteuren entstehen.

Kooperationen im Gesundheitsökosystem – ein Beispiel

Ein innovatives Beispiel für eine branchenübergreifende Kooperation im Gesundheitsökosystem könnte die Zusammenarbeit zwischen einer Krankenkasse und einem Lebensmittelhändler mit Online-Shop sein. Ziel dieser Kooperation könnte es sein, Versicherte zu einer gesünderen Ernährung zu motivieren und langfristig ernährungsbedingte Krankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck zu reduzieren.

Versicherte, die an einem von der Krankenkasse angebotenen digitalen Präventionsprogramm teilnehmen, könnten über ihre Krankenkassen-App personalisierte Ernährungsempfehlungen erhalten. Diese könnten auf ihren individuellen Gesundheitsdaten, Ernährungszielen und potenziellen Risikofaktoren basieren. Durch die Anbindung an den Online-Shop des Lebensmittelhändlers könnte der Versicherte direkt auf eine kuratierte Auswahl gesunder Lebensmittel zugreifen, die auf seine persönlichen Empfehlungen abgestimmt sind. Zusätzlich könnte die App gesunde Rezeptvorschläge bieten, die als vollständiger Warenkorb in den Online-Shop übernommen werden könnten.

Für alle beteiligten Akteure würde durch die Kooperation ein Mehrwert und damit eine Win-Win-Win-Situation generiert. Der zusätzliche Patientennutzen könnte einerseits rabattierte Preise für gesundheitsfördernde Lebensmittel sein, sofern die Krankenkasse einen Bonus oder Rabatt für den Kauf bestimmter Produkte, die wissenschaftlich als gesundheitsförderlich eingestuft sind, erlässt. Zugleich könnte sich die Gesundheitskompetenz des Patienten verbessern, da er über die App nicht nur personalisierte Ernährungstipps, sondern auch interaktive Inhalte, die ihn langfristig zu einem gesünderen Lebensstil anleiten, erhält. Weiterhin wäre der Zugang zu einer gesunden Ernährung über den niederschweligen Bestellprozess gewährleistet, welche die Hürde reduziert, gesunde Ernährung in den Alltag zu integrieren.

Die Krankenkasse könnte durch die Kooperation Gesundheitsrisiken und damit potenziell zukünftige Behandlungskosten senken. Der Lebensmittelhändler würde möglicherweise neue Kunden gewinnen, die gezielt gesundheitsorientierte Produkte nachfragen.

Dieses Kooperationsbeispiel zeigt, wie durch die intelligente Verknüpfung

von Gesundheitsversorgung und Alltagservices ein echter Mehrwert für die Beteiligten geschaffen werden kann. Durch die Einbeziehung solcher Akteure in das Gesundheitsökosystem könnten umfassende, flexible und patientenzentrierte Lösungen entstehen, die über die reine ärztliche Behandlung hinausgehen und zugleich das Gesundheitssystem entlasten.

Gestaltungsspielräume für neue digitale Versorgungsstrukturen weiten und Mehrwerte für Patienten schaffen

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft muss stärker auf koordinierte, kooperative und gebündelte Strukturen setzen, um Versorgungsqualität zu steigern und vorhandene Ressourcen effizient einzusetzen. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels ist es entscheidend, dass das knappe Gesundheitspersonal gezielt dort eingesetzt wird, wo es den größten Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringt.

Gleichzeitig muss die Prävention einen höheren Stellenwert erhalten und als integraler Bestandteil der Daseinsvorsorge etabliert werden. Die digitale Transformation eröffnet hierfür neue Möglichkeiten, indem sie eine vernetzte Versorgung ermöglicht, frühzeitig Risiken identifiziert und präventive Maßnahmen gezielt unterstützt. Die 2024 in Kraft getretenen Digitalgesetze bieten hierfür die rechtlichen Rahmenbedingungen, doch es braucht praxisnahe Anpassungen, um diese Potenziale tatsächlich im Versorgungsalltag nutzbar zu machen.⁶

Um die digitale Gesundheitsversorgung zukunftsfähig zu gestalten und bestehende Versorgungsdefizite abzubauen, ist ein gemeinsames Handeln aller relevanten Akteure erforderlich. Seitens der Politik braucht es rechtliche Rahmenbedingungen, welche die digitale Transformation fördern und Freiräume zum ökosystemischen Handeln schaffen. Länder und Kommunen müssen die notwendige Infrastruktur schaffen sowie Programme für gesundheitsförderliches Denken und Handeln etablieren und dafür sorgen, dass Gesundheitskompetenz bereits bei den kleinsten Mitbürgern adressiert wird. Krankenkassen sollten die Potenziale einer datengestützten Gesundheitsversorgung vorantreiben und

personalisierte, bedarfsgerechte Angebote für ihre Versicherten bereitstellen. Leistungserbringer sollten sich stärker vernetzen, um eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen und innovative Versorgungsformen effektiv in den Praxisalltag zu integrieren. Gleichzeitig kommt der Gesellschaft als Ganzes eine wichtige Rolle zu: Ein bewusster Umgang mit der eigenen Gesundheit, die Bereitschaft zur digitalen Eigenkompetenz und -verantwortung sowie die Nutzung neuer Versorgungsangebote sind essenziell, um die Chancen der digitalen Transformation bestmöglich zu nutzen.

Die Rolle der Politik: Rechtliche Rahmenbedingungen anpassen und Innovation ermöglichen

Die Politik muss gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen, die den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen erleichtern und gleichzeitig eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen. Dazu gehört:

- Die Reform des SGB V mit einer stärkeren Öffnung für innovative digitale Versorgungsmodelle und Verschlan-
kung bestehender Prozesse durch Entbürokratisierung.
- Die Förderung eines bundesweiten digitalen Gesundheitsökosystems, in dem Daten interoperabel und sicher genutzt werden können, um eine bessere Patientenversorgung zu gewährleisten.
- Die Ermöglichung für Krankenkassen, behandelnde Ärztinnen und Ärzte über relevante Ergebnisse der Datenanalyse zu informieren – stets mit dem Ziel, die Gesundheit der Patientinnen und Patienten optimal zu fördern.

Die Verantwortung der Länder und Kommunen: Regionale Umsetzung und Infrastruktur fördern

Die Bundesländer und Kommunen haben eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung gesundheitspolitischer Vorgaben auf regionaler Ebene. Sie müssen:

- Infrastrukturen für eine digitale und vernetzte Gesundheitsversorgung auf- und ausbauen, insbesondere durch die Schaffung leistungsfähiger Datennetze.

- Lokale Gesundheitsakteure, wie Arztpraxen, Apotheken und Pflegeeinrichtungen, aktiv in Digitalisierungsprojekte einbinden und Vernetzungsmöglichkeiten schaffen.
- Regionale Förderprogramme für digitale Gesundheitslösungen bereitstellen, um innovative Versorgungsmodelle auch in ländlichen Gebieten und strukturschwachen Regionen zu etablieren.
- In der Gesundheitsbildung eine stärkere Rolle übernehmen, beispielsweise durch Schulprojekte zur digitalen Gesundheitskompetenz und Prävention.

Die Rolle der Krankenkassen: Versorgung effizienter und patientenorientierter gestalten

Gesetzliche und private Krankenkassen müssen die neuen Gestaltungsspielräume nutzen, um die Gesundheitsversorgung innovativer und effizienter zu machen. Dazu gehört:

- Eine stärkere Fokussierung auf Prävention und personalisierte Gesundheitsangebote, die durch digitale Anwendungen unterstützt werden.
- Die aktive Förderung von Gesundheitskompetenz bei Versicherten durch leicht verständliche und niedrigschwellige digitale Angebote.
- Die Nutzung digitaler Lösungen zur besseren Versorgungssteuerung, um Überlastungen in bestimmten Versorgungsbereichen zu vermeiden.
- Die Kooperationen mit traditionellen, aber auch nicht-traditionellen Akteuren im Gesundheitssystem, um Mehrwerte sowohl für Patienten als auch für die beteiligten Kooperationspartner zu generieren.

Die Verantwortung der Leistungserbringer: Digitale Lösungen in die Praxis integrieren

Ärzte, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und andere medizinische Leistungserbringer stehen vor der Aufgabe, digitale Technologien sinnvoll in ihre Prozesse zu integrieren. Wichtige Maßnahmen sind:

- Die konsequente Nutzung der elektronischen Patientenakte (ePA) und digitaler Verordnungen, um die Behandlungsqualität und Effizienz zu steigern.

- Der Ausbau telemedizinischer Angebote zur besseren Erreichbarkeit und Entlastung stationärer Einrichtungen.
- Die Weiterqualifizierung von medizinischem Fachpersonal im Bereich digitaler Gesundheitsanwendungen.
- Eine stärkere Kooperation zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen durch digitale Vernetzung und gemeinsame Datenplattformen.

Die Verantwortung der Gesellschaft und jedes Einzelnen: Gesundheitsbewusstsein stärken und digitale Angebote nutzen

Neben den institutionellen Akteuren ist auch die Gesellschaft als Ganzes gefordert. Nur wenn digitale Gesundheitslösungen akzeptiert und aktiv genutzt werden, können sie ihren vollen Nutzen entfalten. Dazu gehört:

- Die Bereitschaft, digitale Gesundheitsangebote wie Telemedizin, E-Rezepte und Gesundheits-Apps zu nutzen.
- Ein bewusster Umgang mit Gesundheitsinformationen im Internet, um Fehlinformationen und Desinformation entgegenzuwirken.

- Eine stärkere Eigenverantwortung in der Gesundheitsvorsorge sowie die Nutzung digitaler oder persönlicher Präventionsangebote
- Die Unterstützung älterer oder weniger technikaffiner Menschen im Umgang mit digitalen Gesundheitslösungen.

Fazit: Gemeinsames Handeln für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung

Die digitale Transformation des Gesundheitswesens kann nur gelingen, wenn alle Akteure ihren Beitrag leisten. Politik, Länder und Kommunen, Krankenkassen, Leistungserbringer sowie die Gesellschaft müssen gemeinsam daran arbeiten, neue Versorgungsstrukturen zu etablieren und die Potenziale der Digitalisierung auszuschöpfen. Ein koordiniertes und konsequentes Vorgehen kann helfen, um dem Konzept von **Value-Based Care nachzukommen und das Agieren im Rahmen eines Gesundheitsökosystems** zuzulassen. So könnten echte Mehrwerte für Patienten generiert, das Personal in der Gesundheitsversorgung entlastet und eine effizientere Versorgungssteuerung vorgenommen werden.

Literatur

- [1] Bundesministerium für Gesundheit (2024): Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>
- [2] Lipovsek, J., Schulz, M., Hering, R., Czihal, T., & Kroll, L. E. (2024). Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland – Aktualisierung 2024. Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. URL: <https://doi.org/10.20364/FB3-24.01>
- [3] Bundesministerium für Wirtschaft und Klimaschutz (2025): Branchenfokus-Gesundheitswirtschaft: Digitalisierung. URL: <https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Textsammlungen/Branchenfokus/Wirtschaft/branchenfokus-gesundheitswirtschaft.html>
- [4] Statistisches Bundesamt (2025): Gesundheitsausgaben. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html#235030
- [5] Hager, Lutz; Nüsken, Johanna; Hinkel, Christian (2025): Value als Kompass für die Transformation der Gesundheitsversorgung. In: Hager, Lutz; Hahn, Ursula; Knieps, Franz (Hrsg.) et. al. (2025): Gemeinschaftsprojekt Gesundheit, Wie Value-Based Care das Gesundheitswesen neu erfindet. MWV-Verlag.
- [6] AOK Baden-Württemberg (2025), #AgendaGesundheit Positionen zur Bundestagswahl 2025, KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Patient Journeys in der digitalen Gesundheitsversorgung

NINA HAFFER,
CLAUDIA FINIS,
SYLVIA THUN

Nina Haffer, Research Fellow, Claudia Finis, Research Fellow, Prof. Dr. Sylvia Thun, Director of Digital Medicine and Interoperability, Berlin Institute of Health BIH at Charité

Mit der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen verändert sich der Verlauf der „Patient Journey“ grundlegend. Digitale Lösungen bieten neue Möglichkeiten, die Patientenversorgung effizienter und stärker patientenzentriert zu gestalten. Doch wird die Digitalisierung den hohen Erwartungen überhaupt gerecht?

1. Riesige Mengen an Gesundheitsdaten

Täglich entstehen enorme Mengen an Gesundheitsdaten – sowohl durch die Wege, die Patienten innerhalb des Gesundheitssystems zurücklegen, als auch durch alltägliche Aktivitäten. Damit diese Daten effektiv für Prävention, Diagnose und Behandlung genutzt werden können, ist ihre Interoperabilität entscheidend. Internationale Standards für Datenformate und Semantik ermöglichen einen nahtlosen Datenaustausch zwischen Systemen, ohne dass zeitaufwendige oder qualitätsmindernde Verarbeitungsschritte erforderlich sind. Organisationen zur Standardentwicklung haben zahlreiche Normen für semantische und syntaktische Interoperabilität etabliert, darunter die Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SNOMED CT), Logical Observation Identifiers Names and Codes (LOINC) und Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR). Dennoch bleibt der Austausch elektronischer Gesundheitsdaten eine Herausforderung. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) können dazu beitragen, Patientenspuren stärker in den Fokus zu rücken und der Fragmentierung des Gesundheitswesens entgegenzuwirken. In Deutschland wurde der Interop Council gegründet, um die Interoperabilität im Gesundheitssektor gezielt voranzutreiben.

2. Digitalisierung als Treiber für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung

Die Digitalisierung erleichtert die Erhebung und Nutzung von Real-World-Daten erheblich. Durch digitale Doku-

mentation können routinemäßig erhobene klinische Daten für weiterführende Analysen verwendet werden, ohne zusätzlichen Aufwand für die Datenerfassung zu verursachen. Insbesondere in Krisensituationen wie Epidemien oder Pandemien ermöglicht die Bereitstellung umfangreicher Datenmengen schnelle Auswertungen und fundierte Entscheidungsgrundlagen für die medizinische Versorgung. Eine zentrale Voraussetzung für die sinnvolle Nutzung dieser Daten ist jedoch deren hohe Qualität, da fehlerhafte oder unvollständige Informationen die Analyseergebnisse und darauf basierende Maßnahmen beeinträchtigen können (1).

Die sogenannte Patient Journey beschreibt den gesamten Verlauf der medizinischen Betreuung – beginnend mit dem ersten Kontakt eines Patienten mit dem Gesundheitssystem über Diagnose und Therapie bis hin zur Nachsorge oder Rehabilitation. Während dieser Prozess traditionell als linear und primär durch ärztliche Expertise geprägt betrachtet wurde, eröffnet die Digitalisierung neue Möglichkeiten, ihn flexibler, transparenter und stärker patientenzentriert zu gestalten. Digitale Technologien erlauben es Patienten, aktiver in Behandlungsentscheidungen eingebunden zu werden, was langfristig zu einer besseren Versorgungsqualität und einer höheren Patientenzufriedenheit führen kann.

Ein bedeutender Fortschritt in diesem Zusammenhang ist die Einführung elektronischer Patientenakten (ePA). Diese ermöglichen eine zentrale, strukturierte Speicherung aller relevanten medizinischen Informationen eines Patienten, wodurch sowohl die Diagnosestellung als auch die individuelle Therapieplanung optimiert werden können. Gleichzeitig

erleichtert die ePA den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen verschiedenen medizinischen Einrichtungen, was eine besser koordinierte und effizientere Behandlung begünstigt. Zahlreiche Studien belegen, dass die Nutzung elektronischer Patientenakten das Risiko von Medikationsfehlern deutlich senkt und zur Verbesserung der Behandlungsprozesse beiträgt.

Ein weiteres vielversprechendes Anwendungsfeld der Digitalisierung ist die Telemedizin. Sie ermöglicht insbesondere in strukturschwachen oder ländlichen Regionen einen besseren Zugang zu spezialisierten medizinischen Leistungen. Per Videokonsultation können ärztliche Fachkräfte Patienten ortsunabhängig betreuen, wodurch Wartezeiten reduziert und die Gesundheitsversorgung insgesamt effizienter gestaltet werden kann. Darüber hinaus leisten Künstliche-Intelligenz-gestützte Diagnosetools einen wertvollen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung schwerwiegender Erkrankungen wie Krebs. Erste Studien zeigen, dass diese Technologien nicht nur eine schnellere, sondern auch eine präzisere Diagnostik ermöglichen könnten, was die Heilungschancen und die Prognose vieler Patienten erheblich verbessern würde.

3. Erfüllung der Verheißung?

Trotz vielversprechender Ansätze bleibt die zentrale Frage, ob die Digitalisierung tatsächlich das Potenzial hat, die angestrebte Transformation zu einer wirklich patientenzentrierten Gesundheitsversorgung

umfassend umzusetzen. Eine der größten Herausforderungen stellt die digitale Kluft dar, die insbesondere ältere Menschen sowie sozial benachteiligte Gruppen betrifft. Viele verfügen nicht über die notwendige digitale Infrastruktur oder besitzen nicht die erforderlichen Kenntnisse, um die neuen Technologien effektiv zu nutzen. Dadurch entsteht die Gefahr, dass digitale Innovationen nicht zu einer inklusiveren, sondern zu einer noch stärker fragmentierten Gesundheitsversorgung führen.

Ein weiteres kritisches Thema ist der Datenschutz. Die elektronische Patientenakte und die Nutzung von Gesundheitsdaten durch Forschungseinrichtungen oder private Unternehmen werfen erhebliche Fragen hinsichtlich der Sicherheit und Transparenz auf. Um das Vertrauen der Patienten zu stärken und Missbrauch zu verhindern, sind klare gesetzliche Regelungen sowie umfassende Sicherheitsmaßnahmen erforderlich. Nur wenn Patienten die Kontrolle über ihre eigenen Daten behalten und eine informierte Zustimmung zur Nutzung erteilen können, wird die Akzeptanz digitaler Gesundheitslösungen langfristig gesichert.

Zusätzlich erschwert die mangelnde Interoperabilität digitaler Systeme die nahtlose Integration neuer Technologien in den Versorgungsalltag. Der fehlende Datenaustausch zwischen unterschiedlichen Softwarelösungen in Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen behindert eine effiziente

Nutzung digitaler Möglichkeiten. Dies führt nicht nur zu redundanten Untersuchungen und verzögerten Behandlungen, sondern auch zu einem erhöhten administrativen Aufwand für medizinisches Fachpersonal. Um dieses Problem zu lösen, müssen standardisierte Schnittstellen und einheitliche Datenformate eingeführt werden. Die Implementierung interoperabler Metadatenstandards ist eine essenzielle Voraussetzung, um eine einheitliche, sichere und effiziente Nutzung digitaler Gesundheitsdaten über verschiedene Einrichtungen hinweg zu ermöglichen.

4. Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen

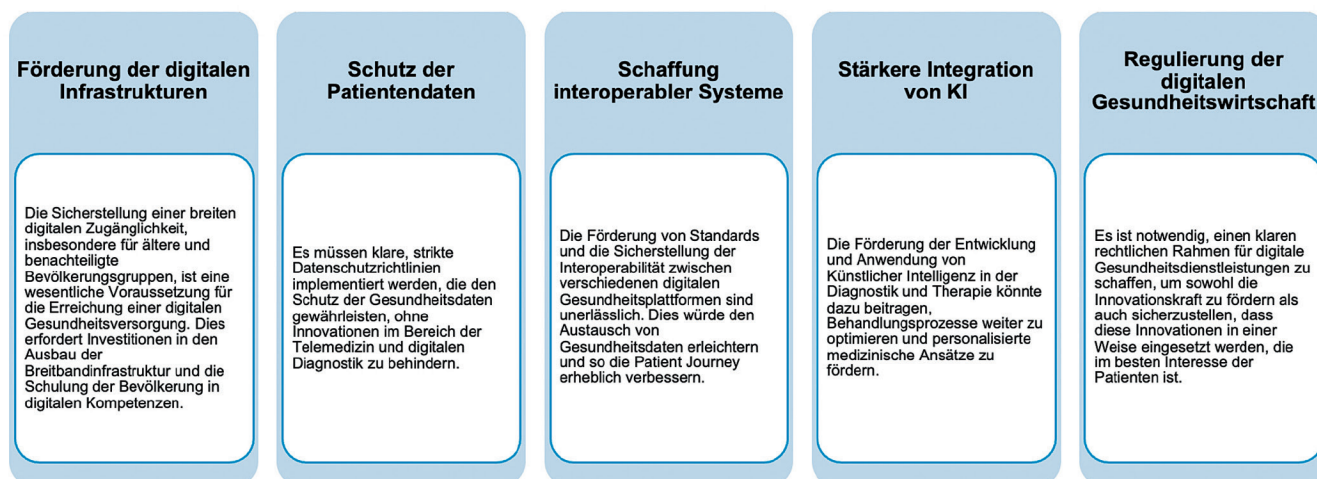
Um die Digitalisierung erfolgreich in die Gesundheitsversorgung zu integrieren, sind daher gezielte gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig (siehe Abb. 1).

5. Digitalisierung ist nicht gleich Interoperabilität

5.1. Interoperabilität

Interoperabilität im Gesundheitswesen ist von entscheidender Bedeutung, wenn es um die Verbesserung der Qualität der Versorgung geht und darum, Gesundheitsinformationen effektiv auszutauschen (2). Im Mittelpunkt steht dabei nahtlose Kommunikation zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens: Daten aus verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind dann

Abb. 1. Gesundheitspolitische Maßnahmen für die Digitalisierung



Quelle: BIH

interoperabel, wenn sie in die Patientenversorgung und in den Programmen zur Entscheidungsunterstützung einer anderen Einrichtung verwendet werden können, ohne übersetzt oder konvertiert werden zu müssen (3). Digitale Gesundheitsinformationen werden dabei über Schnittstellen, so genannte Verbindungsstellen, zwischen zwei miteinander in Beziehung stehenden informationsverarbeitenden Systemen oder Systemkomponenten ausgetauscht. Die fehlerfreie Translation an einer der Vernetzung von Systemen und Technologien dienenden Schnittstelle lässt sich durch den Einsatz nationaler und internationaler Standards erreichen. Mit anderen Worten: Durch Festlegen gemeinsamer Standards wird ein störungsfreier Datenfluss ermöglicht. Hinter dem Oberbegriff der Interoperabilität verbirgt sich ein Stufenmodell, in dem vier sich gegenseitig beeinflussende Ebenen unterschieden werden: die technische, syntaktische, semantische und organisationale Interoperabilität (4). Unter technischer Interoperabilität sind Festlegungen von digitalen Kommunikations- und Netzwerkprotokollen zusammengefasst, die in vernetzten Systemen den Datenaustausch erlauben. Sie gilt damit als Ausgangsebene, auf welcher die anderen Interoperabilitätsebenen aufbauen. Bei organisationaler Interoperabilität stehen institutionelle Regeln und Normen, Prozessmodelle und etwaige standardisierte Verfahrensanweisungen im Vordergrund, die zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens abgestimmt worden sind.

5.2. Semantische Interoperabilität

Die semantische Interoperabilität beschreibt die Fähigkeit von IT-Systemen oder deren Komponenten, Gesundheitsdaten auf eine Weise auszutauschen und zu verarbeiten, dass deren Bedeutung präzise und eindeutig bleibt. Dies erfordert den Einsatz standardisierter Terminologien und Ontologien, die sicherstellen, dass medizinische Informationen unabhängig vom verwendeten System konsistent verstanden werden. In Deutschland werden verschiedene Maßnahmen zur Förderung der semantischen Interoperabilität ergriffen, darunter die Implementierung international etablierter Terminologien wie LOINC und SNOMED CT.

SNOMED CT: Diese Terminologie gilt als die umfassendste weltweit und wird

in mehr als 80 Ländern eingesetzt. Ihr hierarchisches System umfasst über 350.000 klinische Konzepte, die in 19 Hauptkategorien unterteilt sind. Seit Januar 2021 ist Deutschland offizielles Mitglied von SNOMED International, wodurch deutsche Nutzer:innen eine kostenfreie Lizenz erhalten. Der Zugriff auf die Terminologie erfolgt über eine webbasierte Suchfunktion. SNOMED CT dient insbesondere als Ergänzung zur ICD-10-GM-Klassifikation, um Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden noch präziser zu beschreiben (5).

LOINC: Die Nomenklatur ermöglicht die semantische Standardisierung medizinischer Untersuchungsergebnisse, insbesondere Laborwerte, sowie von Dokumenten und Fragebögen. Herausgegeben wird LOINC vom US-amerikanischen Regenstrief Institute, das zusätzlich die RELMA-Datenbank kostenlos für registrierte Nutzer:innen bereitstellt. Diese Datenbank erleichtert die Zuordnung lokaler Codes zu LOINC-Standards (6). In Deutschland kommt LOINC unter anderem bei der Erstellung elektronischer Arztbriefe sowie zur standardisierten Kodierung von Laborparametern zum Einsatz. Darüber hinaus eignet sich diese Terminologie auch für die einheitliche Bezeichnung von medizinischen Dokumenten und Untersuchungsergebnissen (7).

Durch die zunehmende Nutzung standardisierter Terminologien wie SNOMED CT und LOINC wird die Interoperabilität zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen verbessert, was langfristig eine effizientere und präzisere medizinische Versorgung ermöglicht.

5.3. Syntaktische Interoperabilität

Die syntaktische Interoperabilität bezieht sich auf die technische Fähigkeit von Systemen, Daten so auszutauschen, dass dieser Austausch effizient und korrekt erfolgt. Hierbei geht es vor allem um die Gewährleistung der Kompatibilität zwischen unterschiedlichen Systemen und Technologien. Eine wesentliche Grundlage für diese Art der Interoperabilität bildet der Einsatz standardisierter Formate und Protokolle, wie sie beispielsweise im FHIR-Standard definiert sind.

HL7 FHIR: Der FHIR-Standard wurde von der internationalen Organisation „Health Level 7 (HL7)“ entwickelt und zielt darauf ab, den Austausch einer Vielzahl von medizinischen Informationen zwischen verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Dazu gehören unter anderem Gesundheitsdienstleister, Patienten, Pflegekräfte, Forschende und Kostenträger. Der FHIR-Standard kombiniert die grundlegenden

Durch die zunehmende Nutzung standardisierter Terminologien wird die Interoperabilität zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen verbessert, was langfristig eine effizientere und präzisere medizinische Versorgung ermöglicht.

Funktionen früherer HL7-Standards, wie der Clinical Document Architecture (CDA) und der v2-Version, und integriert moderne Webtechnologien, um eine flexiblere und benutzerfreundlichere Schnittstelle zu schaffen (8).

FHIR unterstützt mehrere Mechanismen für den Datenaustausch: dazu gehören der Austausch über eine REST-Schnittstelle, die Einzelaustauschkommunikation via Messaging, der Austausch von Dokumenten sowie die Nutzung von Webservices. Diese unterschiedlichen Methoden ermöglichen eine flexible und effiziente Kommunikation zwischen verschiedenen Systemen im Gesundheitswesen (9). Die Hauptbestandteile des FHIR-Standards sind sogenannte „Ressourcen“, die modulare Datenstrukturen darstellen. Jede dieser Ressourcen enthält eine detaillierte Definition des jeweiligen Dateninhalts, der relevanten Terminologie, der möglichen Suchparameter, des beabsichtigten Verwendungszwecks und des Anwendungsbereichs. Die Version 4B von FHIR umfasst mittlerweile 145 Ressourcen, darunter auch solche für die Erhebung und Dokumentation von Fragebögen, wie „Questionnaire“ und „QuestionnaireResponse“.

In Deutschland haben verschiedene Gesundheitsorganisationen bereits begonnen, den FHIR-Standard zu imple-

mentieren, um ihre syntaktische Interoperabilität zu verbessern. Durch die Einführung dieser Standards können Gesundheitsdaten effizienter zwischen unterschiedlichen Akteuren ausgetauscht werden, was zu einer besseren Koordination und Qualität der Versorgung führt.

6. DigitalRadar

Im Dezember 2021 wurde der Interop Council als nationales Expertengremium für digitale Medizin in Deutschland gegründet. Dieses Gremium besteht aus sieben ordentlichen Expert:innen, die aus allen relevanten Bereichen des Gesundheitssektors kommen und sich darauf konzentrieren, die medizinische Versorgung durch interoperable Lösungen nachhaltig zu verbessern. In enger Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle der gematik GmbH verfolgen sie das Ziel, nationale IT-Standards zu entwickeln, die eine verbindliche Grundlage für den Datenaustausch und die Kommunikation innerhalb des deutschen Gesundheitssystems bilden. Ein weiteres zentrales Anliegen des Interop Councils ist die Förderung der Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften, damit diese befähigt werden, die Standards richtig anzuwenden und das volle Potenzial interoperabler Gesundheitsdaten auszuschöpfen (10).

Das im Jahr 2020 in Kraft getretene Krankenhauszukunftsgesetz legt einen klaren Fokus auf die Verbesserung der digitalen Infrastruktur in deutschen Krankenhäusern. Laut §14 dieses Gesetzes wird die Evaluation des digitalen Reifegrads von Krankenhäusern als wichtiger Bestandteil der Qualitätssteigerung ange-

sehen. Im Rahmen dieses Gesetzes wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Entwicklung geeigneter Instrumente beauftragt, um die digitale Reife der deutschen Krankenhäuser zu messen und zu überwachen. Dies geschieht unter anderem durch das sogenannte „DigitalRadar Krankenhaus“, ein Projekt, das für die Sicherstellung der Messbarkeit der Digitalisierung im Gesundheitswesen zuständig ist.

Parallel dazu hat der Gesetzgeber die innovative „DigitalRadar“-Plattform ins Leben gerufen, um die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen voranzutreiben. Diese Plattform stellt eine umfassende Übersicht über die verschiedenen Standards und Initiativen im Gesundheitssektor bereit und hilft Entscheidungsträgern dabei, die geeigneten Lösungen auszuwählen. Zusätzlich wurde der Interop Council in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle der gematik gegründet, um die Interoperabilität im Gesundheitswesen zu fördern und die Entwicklung von Standards und Leitlinien aktiv voranzutreiben.

Der erste veröffentlichte Zwischenbericht zu den Ergebnissen des „DigitalRadar“ zeigt die größten Hindernisse auf, die auf dem Weg zu einer flächendeckenden Digitalisierung des deutschen Gesundheitssystems noch überwunden werden müssen. Zu den wichtigsten Herausforderungen gehören der Mangel an telemedizinischen Lösungen sowie die noch unzureichende Patientenpartizipation. Auch der Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern ist noch nicht optimal ausgebildet. Der Einsatz interoperabler elektronischer Patient Reported Outcome Measures (ePROMs)

und elektronischer Patient Reported Experience Measures (ePREMs), beispielsweise durch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), könnte helfen, diese Hürden zu überwinden (11). Allerdings sind DiGA bisher noch nicht ausreichend in den Versorgungsprozess integriert, was ihre Nutzung und den gewünschten Erfolg einschränkt.

Ein genauerer Blick auf den aktuellen Stand des Informationsaustauschs zeigt, dass die systemischen Komponenten der Interoperabilität zwar teilweise vorhanden sind, jedoch noch nicht vollständig in die klinischen Prozesse integriert wurden (12). Die niedrigen Werte beim Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Akteuren des klinischen Personals sowie der Austausch von Informationen mit Patientinnen und Patienten verdeutlichen, dass die strukturierte Weitergabe von Gesundheitsdaten in deutschen Krankenhäusern noch erheblich verbessert werden muss. Diese Mängel wirken sich direkt negativ auf die Patientenpartizipation aus, da diese nicht in der erforderlichen Weise in den Ablauf ihrer eigenen Versorgung eingebunden werden können.

7. Implementierung von Standards

Die Implementierung von Standards für nationale und internationale Zwecke des digitalisierten Datenaustauschs lässt sich auf fünf notwendige Schritte herunterbrechen (siehe Abb. 2.).

Zunächst werden die relevanten medizinischen Indikationen in enger Abstimmung mit Experten festgelegt. Anschließend erfolgt die Identifikation der notwendigen Datenelemente, indem bestehende Vorarbeiten gesichtet, klinische

Abb. 2. Notwendige Schritte zur standardisierten Digitalisierung von Daten



Quelle: BIH

Leitlinien überprüft und ein standardisiertes Informationsmodell entwickelt wird. Um eine semantische Interoperabilität zu gewährleisten, werden diese Daten mit internationalen Terminologien annotiert und einer Qualitätssicherung unterzogen. Darauf aufbauend wird eine technische Spezifikation erstellt und in einem Implementierungsleitfaden veröffentlicht. Schließlich erfolgt die Integration der festgelegten Datenstandards in die Versorgung, sodass sie praktisch angewendet werden können.

8. Patientenermächtigung in Zeiten der Digitalisierung

8.1. Am Beispiel Seltene Erkrankungen

Patient Journeys sind Instrumente zur Verbesserung der Versorgung von Patienten, die den natürlichen Verlauf einer Erkrankung und die Bedürfnisse der Patienten durch die alltäglichen Erfahrungen von Menschen, die mit einer bestimmten Erkrankung leben, erfassen. Darüber hinaus haben sie auch einen edukativen Zweck für Betroffene und deren Angehörige.

Besonders für den Bereich der Seltenen Erkrankungen sind Patient Journeys von Interesse. Hier finden sich Kliniker und Patienten oft in einer Situation, die durch Ratlosigkeit gekennzeichnet ist.

“I will not be ashamed to say ‘I don’t know’, nor will I fail to call in my colleagues...”. For centuries this quotation from the Hippocratic oath, has been taken by medical doctors. But what if there are no other healthcare professionals to call in, and the person with the most experience of the disease is sitting right in front of you: ‘your patient’. (Bolz-Johnson, et al. 2020) (13)

Dies beschreibt eine Situation, die Menschen mit einer Seltenen Erkrankung leider vertraut ist. Betroffene bündeln oftmals die meiste Expertise, das meiste Wissen in ihrer eigenen Person. Durch Patientenorganisationen wird dieses Wissen noch erweitert und vertieft. Klinische Experten bringen meist nur Kompetenz in ihrem Fachbereich ein.

Demgegenüber zeichnen sich die meisten Seltenen Erkrankungen durch eine Vielzahl an Symptomen und Zuständen aus verschiedenen klinischen Bereichen aus. Weder einzelne Betroffene noch die Kliniker haben bzw. kennen immer die ganze mögliche Symptompalette bzw.

alle Zustände einer bestimmten Erkrankung. Betroffene sind jedoch in jedem Fall Wissensträger und Experten, deren Mitarbeit an einem Patient Journey unabdingbar ist.

Patient experience and satisfaction have been demonstrated to be the single most important aspect in assessing the quality of healthcare, and has even been shown to be a predictor of survival rates. Studies have evidenced that patient involvement in the design, evaluation and designation of healthcare services, improves the relevance and quality of the services, as well as improves their ability to meet patient needs. (Bolz-Johnson, et al. 2020) (13)

Patientenbeteiligung bedeutet dabei nicht das Ausfüllen der PROMs und PREs. Es geht nicht um das Bereitstellen der eigenen individuellen Daten, sondern die Mitwirkung an der Entscheidung welche Daten erhoben werden sollen. Dadurch kann ein Bewusstsein für ungedeckte Bedarfe gebildet werden.

Patient Journeys sind Instrumente zur Verbesserung der Versorgung von Patienten. Patientenbeteiligung bedeutet im digitalen Zeitalter Mitwirkung an der Entscheidung, welche Daten erhoben werden sollen.

Die oftmals schwierige Situation von Betroffenen einer Erkrankung kann durch einen Wechsel der Symptome, ausgelöst durch reguläre Ereignisse wie zum Beispiel die Pubertät oder nur manchmal auftretende Zustände, wie eine Schwangerschaft, verkompliziert werden. Das Erstellen eines Patient Journeys unter Einbeziehung relevanter Ereignisse ist daher wichtig und sollte unter Mitwirkung aller Stakeholder erfolgen.

Eine Patient Journey ist kein linearer Weg. Er kann Kurven und Schleifen enthalten und endet nur in den seltensten Fällen mit einer Heilung. Durch wechselnde Zustände aber auch aufgrund immer neuer Erkenntnisse ist ein Patient Journey kein statisches Konstrukt. Datensammlung ist fundamental wichtig, um das Wissen über eine Erkrankung, insbesondere einer Seltenen, zu vergrößern, Prophylaxe zu ermöglichen und die Versorgung zu verbessern.

ber, Prophylaxe zu ermöglichen und die Versorgung zu verbessern.

Digitale Anwendungen können diese Daten ohne viel Aufwand erheben. Dies gilt für Patienten, die sich in Behandlung befinden und Betroffene gleichermaßen. Der Vorteil von digitalen Anwendungen liegt gerade darin, keinen ärztlichen Kontakt zu benötigen, um Daten bereitzustellen zu können. Die oftmals übersehene Gruppe Betroffener, die keinen regelmäßigen ärztlichen Kontakt benötigen, kann jedoch mithilfe digitaler Anwendungen für die Verbesserung der Versorgung relevante Daten liefern.

Mithilfe dieser Daten können Patient Journeys aktualisiert und angepasst werden.

8.2. Neue Wege

Aus Patientensicht wäre ein Dokumentieren von unkonventionellen Behandlungen, welche bislang noch gar nicht in der Schulmedizin angewandt werden,

sowie Behandlungsansätze aus anderen Ländern, welche in Deutschland nicht offiziell angewandt werden, sehr wünschenswert. Hier steht die Herausforderung für die Digitalisierung in meist fehlender Terminologie. Während Betroffene und ihre Familien diese neuen Wege beschreiten, dies Wissen durch Patientenorganisationen verbreiten und Ärzte im individuellen Gespräch diese Ansätze oftmals unterstützen, findet es aufgrund struktureller Vorgaben oft keinen Weg in die Forschung und Behandlung. Es kann lange dauern, bis diese neuen Wege Beachtung in der Forschung und Versorgung finden. Patienten fehlen lange Zeit wissenschaftliche Bewertungen über den Nutzen dieser neuen, eigenmächtigen und manchmal kreativen Behandlungen.

Innovation und Entwicklung aus der Gruppe der Patienten und Angehörigen (bottom-up) wird erschwert. Digitale Anwendungen sollten eine Möglichkeit bieten, dies abzubilden.

8.3. PROMs

Mit dem rasanten Fortschritt der Technologie wächst der Bedarf an evidenzbasierten Bewertungen, wie den Patient-

Reported Outcome Measures (PROMs) und Patient-Reported Experience Measures (PREMs), zunehmend. In den letzten Jahren hat die Bedeutung der Erfassung von Patient-Reported Experiences (PREs) und Patient-Reported Outcomes (PRO) in Deutschland deutlich zugenommen. Gleichzeitig wird die Erhebung und Nutzung patientenberichteter Gesundheitsdaten allgemein als Ausdruck einer stärker patientenorientierten Medizin verstanden, die unerlässlich ist, um die Lebensqualität der Patienten zu erfassen und deren Behandlung individuell anzupassen. Obwohl die Anwendung von PROMs in der Medizin nicht neu ist, zeigen zahlreiche Hinweise, dass diese mittlerweile von einer zunehmenden Patientenpräferenz und -akzeptanz profitieren. Darüber hinaus führen kürzere Ausfüllzeiten, niedrigere Kosten sowie eine verbesserte Datenqualität und Antwortquote zu einer deutlichen Effizienzsteigerung (14).

Der globale Trend zu einer patientenzentrierteren Versorgung wird nach wie vor hauptsächlich von einzelnen Institutionen und Interessengruppen getragen. Der Grad der Integration der erfassten patientenberichteten Gesundheitsdaten, die als zentrales Instrument zur Verbesserung der klinischen Versorgung, der Wissensgenerierung und der Optimierung der Ressourcenverteilung dienen, variiert daher stark zwischen den Ländern. Neben den nationalen Bemühungen gibt es jedoch auch eine Reihe internationaler Initiativen, die sich für die Nutzung von PROs einsetzen, jede mit eigenen Zielen und Ansätzen. Ein Beispiel hierfür ist das International Consortium of Outcome Measurements (ICHOM), eine internationale Non-Profit-Organisation, die darauf abzielt, das Potenzial wertorientierter Medizin vollständig auszuschöpfen.

In immer mehr Studien, insbesondere in solchen mit hohen Evidenzempfehlungen, werden PROMs eingesetzt (15). In verschiedenen medizinischen Disziplinen, wie Onkologie, Rheumatologie, Strahlentherapie, Innerer Medizin und Chirurgie, gehören elektronische PROMs (ePROMs) und PREMs (ePREMs) mittlerweile sogar zum routinemäßigen Einsatz. Die analoge Datenerfassung und Verwaltung von PROMs auf Papier ist oft zeit- und ressourcenintensiv. Digitale Lösungen könnten diesen Prozess rationalisieren, die Datenerfassung beschleunigen und die Auswertung automatisieren, was

sowohl Zeit als auch Kosten spart und die Effizienz erheblich steigert. Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg dieser digitalen Lösungen ist jedoch die Sicherstellung der Interoperabilität, die den reibungslosen Austausch und die Integration von Daten zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen ermöglicht. Da PROs und PREs in einer Vielzahl unterschiedlicher Systeme erfasst und genutzt werden müssen, ist die Interoperabilität entscheidend, um eine effiziente und effektive Nutzung der gesammelten Daten zu gewährleisten.

8.4. Interoperable ePROMs und ePREMs

Die semantische Interoperabilität gewährleistet, dass ePROM- und ePREM-Daten in unterschiedlichen Gesundheitssystemen, Anwendungen und Plattformen einheitlich verstanden und korrekt interpretiert werden können. Dies setzt die Nutzung standardisierter Terminologien, Kodierungssysteme und Ontologien voraus, die es ermöglichen, PROM-Konzepte auf eine allgemein verständliche Weise zu definieren und darzustellen. Ein wesentlicher Bestandteil, um semantische Interoperabilität zu erreichen, ist die Festlegung gemeinsamer Datenelemente (CDEs) für ePROMs und ePREMs.

CDEs definieren standardisierte Elemente wie spezifische ePROM- und ePREM-Fragen sowie die zugehörigen Antwortoptionen. Diese Standardisierung stellt sicher, dass die erhobenen Daten aus verschiedenen Studien und Gesundheitseinrichtungen einheitlich und kompatibel sind. Eine solche Einheitlichkeit vereinfacht nicht nur die Integration der Daten und die Durchführung vergleichender Analysen, sondern erhöht auch die Zuverlässigkeit und Validität der ePROM- und ePREM-Daten. Darüber hinaus unterstützt die semantische Interoperabilität die Aggregation von Daten und deren Sekundärnutzung (16, 17).

Zur Förderung der semantischen Interoperabilität von ePROM- und ePREM-Daten kommen die standardisierten Terminologien SNOMED CT und LOINC zum Einsatz (18). Diese Terminologien bieten ein gemeinsames Vokabular zur präzisen Beschreibung von ePROM- und

ePREM-Konzepten, gewährleisten eine konsistente Darstellung der Daten und erleichtern den Datenaustausch zwischen verschiedenen Gesundheitssystemen. Im FHIR-Standard können ePROMs und ePREMs mithilfe der sogenannten „Questionnaire“- und „Questionnaire Response“-Ressourcen abgebildet werden.

8.5. DiGAs

Der Übergang von fragmentierten Einzelbehandlungen hin zu integrierten Versorgungskonzepten und Behandlungspfaden wird zunehmend durch neue Versorgungsangebote, wie die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs), geprägt. Der tägliche Schrittzähler, die Herzfrequenz in Ruhe, die Schlafqualität und das Stresslevel sind Werte, die Aufschluss über den allgemeinen Gesundheitszustand geben. Heute können diese Messungen einfach, etwa über Smartphones, durchgeführt werden. Mit Fitness- und Lifestyle-Apps können Menschen ihre körperliche und geistige Gesundheit auch außerhalb der traditionellen Pflegeeinrichtungen überwachen und aktiv verbessern. Diese Gesundheits-Apps zeichnen Daten zu einer Vielzahl von Anwendungsbereichen auf, etwa zu Bewegung (z.B. Schritte, Höhenmeter, Trainingseinheiten), der Verfolgung von Menstruation und Schwangerschaft,

Der globale Trend zu einer patientenzentrierteren Versorgung wird nach wie vor hauptsächlich von einzelnen Institutionen und Interessengruppen getragen. Der Grad der Integration der erfassten patientenberichteten Gesundheitsdaten variiert daher stark zwischen den Ländern.

der Ernährungsüberwachung (z.B. Kalorienzufuhr, Gewicht), Schlafanalyse sowie der Förderung der psychischen Gesundheit.

Durch die Entwicklung von Lifestyle-Apps finden auch DiGAs erstmals Einzug in das Gesundheitssystem der gesetzlichen Krankenversicherung. DiGAs sind Versorgungsangebote, die auf eine positive User Experience ausgerichtet sind und

Patienten ermöglichen, aktiv und digital an ihrem Behandlungsprozess teilzunehmen. So ist die Erhebung von Gesundheitsdaten der Patienten nicht mehr nur auf Arztbesuche und klinische Aufenthalte beschränkt, sondern auch davor und danach durch die Nutzung von DiGAs weiterhin möglich. Besonders im Bereich chronischer Erkrankungen wie Diabetes oder Migräne sowie bei psychischen Erkrankungen wie Depressionen bringt der Einsatz von DiGAs entscheidende Vorteile. Diese Bereiche sind häufig von einer fragmentierten Versorgung betroffen, was lange Wartezeiten auf Facharzt- oder Therapieplätze zur Folge hat. Zudem ist auch die Verbindung zu Medizingeräten und Wearables problemlos möglich. Im Kontext von DiGAs stellt Interoperabilität eine zentrale Herausforderung dar. Um eine benutzerfreundliche Erfahrung zu gewährleisten, wird der Fokus auf die Entwicklung einer patientenzentrierten Interoperabilität gelegt. Diese verbindet intersektorale, interprofessionelle sowie digitale und analoge Versorgungsprozesse miteinander und sorgt dafür, dass aus der Sicht der Patienten eine nahtlose Integration der Anwendungen entsteht. Zukünftig werden Patienten durch die Integration von Apps in die Telematikinfrastruktur aktiv in ihre eigene Gesundheitsversorgung einbezogen. (19)

Gemäß der Digitalen-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) ist es für alle Versicherten möglich, therapiebedeutsame Auszüge der von DiGAs erhobenen Daten sowohl in einem menschenlesbaren als auch in einem maschinenlesbaren Format zu erhalten. Die Integration von Medizingeräten und Sensoren in DiGAs soll dabei über semantisch und syntaktisch interoperable Schnittstellen erfolgen (DiGAV § 5 Nr. 1).

Im Rahmen des Digitale-Versorgungs- und -Pflege-Modernisierungs-Gesetzes (DVPMG) wurde festgelegt, dass Daten aus DiGAs in einem interoperablen Format unter Anwendung internationaler Standards in die elektronische Patientenakte (ePA) übertragen werden müssen (DVPMG § 354 Nr. 6). Zur Umsetzung dieses Ziels hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Auftrag erhalten, die semantische und syntaktische Interoperabilität der DiGA-Daten, die an die ePA übermittelt werden, sektorenübergreifend für das deutsche Gesundheitswesen unter Verwendung der soge-

nannten Medizininformationsobjekte zu definieren (DVPMG § 355 Nr. 2a). Die entsprechenden Festlegungen wurden bereits getroffen und sind derzeit im DiGA MIO Toolkit und im DiGA MIO Device Toolkit verfügbar (20).

Fazit

Die Digitalisierung bietet enorme Potenziale für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung, die in der Lage ist, die „Patient Journey“ in eine neue Ära zu führen. Die tatsächliche Erfüllung dieser Verheißung hängt jedoch von einer sorgfältigen Umsetzung der digitalen Infrastruktur, dem Schutz von Patientendaten sowie der Schaffung interoperabler Systeme ab. Es ist nun Aufgabe der Gesundheitspolitik, die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen, um diese Potenziale voll auszuschöpfen und sicherzustellen, dass alle Patienten gleichermaßen von den Fortschritten profitieren.

Literaturverzeichnis

Reddy, P., & Sharma, B. (2016). Digitalisation: The future of health care. *Journal of Business Management*, 11.

Nan, J., & Xu, L. Q. (2023). Designing interoperable health care services based on fast healthcare interoperability resources: Literature review. *JMIR Medical Informatics*, 11(1), e44842.

Lehne, M., Sass, J., Essenwanger, A., Schepers, J., & Thun, S. (2019). Why digital medicine depends on interoperability. *NPJ Digital Medicine*, 2(1), 79.

Kubicek, H., & Cimander, R. (2009). Three dimensions of organizational interoperability. *European Journal of ePractice*, 6, 1-12.

SNOMED International. (n.d.). SNOMED CT. Retrieved March 13, 2025, from <https://www.snomed.org/>

LOINC. (n.d.). LOINC – Logical Observation Identifiers Names and Codes. Retrieved March 13, 2025, from <https://loinc.org/>

Dugas, M., Thun, S., Frankewitsch, T., & Heitmann, K. U. (2009). LOINC® codes for hospital information systems documents: A case study. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(3), 400-403.

Lehne, M., Luijten, S., Vom Felde Genannt Imbusch, P., & Thun, S. (2019). The use of FHIR in digital health – A review of the scientific literature. *German Medical Data Sciences: Shaping Change – Creative Solutions for Innovative Medicine*, 52-58.

HL7 International. (n.d.). FHIR – Fast Healthcare Interoperability Resources. Retrieved March 13, 2025, from <https://www.hl7.org/fhir/>

Gematik GmbH. (n.d.). Interop Council. Retrieved March 13, 2025, from <https://www.ina.gematik.de/mitwirken/interop-council>

Nikkhah, J., Steinbeck, V., Grobe, T. G., Breitzkreuz, T., Pross, C., & Busse, R. (2024). Evaluating the population-based usage and benefit of digitally collected patient-reported outcomes and experiences in patients with chronic diseases: The PROMchronic study protocol. *JMIR Research Protocols*, 13(1), e56487.

DigitalRadar Krankenhaus. (2022). Zwischenbericht 2022. Retrieved March 13, 2025, from https://www.digitalradar-krankenhaus.de/wp-content/uploads/2022/09/220914_Zwischenbericht_DigitalRadar_Veroeffentlichung.pdf

Bolz-Johnson, M., Meek, J., & Hoogerbrugge, N. (2020). "Patient Journeys": Improving care by patient involvement. *European Journal of Human Genetics*, 28, 141-143. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0555-6>

Krogsgaard, M. R., Brodersen, J., Christensen, K. B., Siersma, V., Kreiner, S., Jensen, J., ... & Comins, J. D. (2021). What is a PROM and why do we need it? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 31(5), 967-971.

Ishaque, S., Karnon, J., Chen, G., Nair, R., & Salter, A. B. (2019). A systematic review of randomised controlled trials evaluating the use of patient-reported outcome measures (PROMs). *Quality of Life Research*, 28, 567-592.

Terwee, C. B., Zuidgeest, M., Vonkeman, H. E., Cella, D., Haverman, L., & Roorda, L. D. (2021). Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: The potential contribution of PROMIS®. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21, 1-13.

Wittich, L., Tsatsaronis, C., Kuklinski, D., Schöner, L., Steinbeck, V., Busse, R., & Rombey, T. (2024). Patient-reported outcome measures (PROMs) as an intervention: A comprehensive overview of systematic reviews on the effects of PROM feedback. *Value in Health*.

Benson, T. (2023). Why it is hard to use PROMs and PREMs in routine health and care. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002516.

Weber, S., & Heitmann, K. U. (2021). Interoperabilität im Gesundheitswesen: Auch für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) verordnet. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(10), 1262.

Kassenärztliche Bundesvereinigung. (n.d.). DiGA1X1X0. Retrieved March 13, 2025, from <https://hub.kbv.de/display/DIGA1X1X0>

Patientenorientierung zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Perspektiven auf Versorgung, Digitalisierung und Ökonomie

MARIE SCHLUTTIG,
NORA WISNIOWSKI,
JUDITH MOLLENHAUER,
CLARISSA KURSCHEID

Marie Schluttig (M. Sc.) arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der figus GmbH, Köln

Nora Wisniowski (M. Sc.) arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der figus GmbH, Köln

Judith Mollenhauer (M. Sc.) arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der figus GmbH, Köln

Prof. Dr. rer. pol. Clarissa Kurscheid ist Geschäftsführerin der figus GmbH, Köln

Die Patientenorientierung steht im Mittelpunkt vieler gesundheitspolitischer Debatten, doch die Umsetzung in der Praxis bleibt oft hinter den Erwartungen zurück. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit klaffen nicht selten erhebliche Lücken, die sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringende frustrierend sein können. Häufig fehlen klare Verantwortlichkeiten, abgestimmte Prozesse und eine konsequente Einbindung der Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozesse. Der Artikel beleuchtet die Herausforderungen und zeigt Lösungsansätze auf, wie eine patientenorientierte Versorgung gelingen kann.

1. Einleitung: Patientenorientierung zwischen Anspruch und Realität

Die Patientenorientierung gewinnt seit Jahren an Bedeutung in der gesundheitlichen Versorgung und wurde in Deutschland besonders durch das Patientenrechtegesetz im Jahr 2013 gestärkt. Dieses Gesetz zielte darauf ab, die Rechte der Patientinnen und Patienten transparenter zu gestalten und ihre Position gegenüber Leistungserbringenden zu verbessern. Es umfasst Regelungen zur Aufklärung, zum Einwilligungsrecht sowie zum Anspruch auf eine verständliche Dokumentation und Einsicht in die Patientenakte (Bundesgesetzblatt 2013). Obwohl das Gesetz einen relevanten Schritt in Richtung einer patientenzentrierten Versorgung darstellt, zeigt sich in der Praxis eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit (Loos et al. 2016).

Eine Herausforderung liegt in der Vergütungslogik des Gesundheitswesens. Während das Patientenrechtegesetz die Beteiligung und die informierte Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten fordert, sind diese Elemente im Vergütungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung nur unzureichend abgebildet. Das aktuelle Abrechnungssystem fokussiert sich primär auf diagnostische und kurative Leistungen, während zeitintensive Beratungsgespräche, interdisziplinäre Fallkonferenzen oder

die gemeinsame Entscheidungsfindung mit Patientinnen und Patienten kaum honoriert werden. Dies führt dazu, dass Leistungserbringende häufig gezwungen sind, wirtschaftliche Zwänge über die patientenzentrierte Kommunikation zu stellen (Gerlinger 2017).

Darüber hinaus erschweren strukturelle Barrieren wie bürokratische Anforderungen und die sektorale Trennung im Gesundheitswesen die konsequente Umsetzung einer patientenorientierten Versorgung (Bundesministerium für Gesundheit 2024b; Messerle und Schreyögg 2021). Trotz zahlreicher Initiativen bleibt die praktische Anwendung zentraler Elemente wie der gemeinsamen Entscheidungsfindung und des Patient Empowerments oft begrenzt (Bittner und Schmidt-Kaehler 2018).

Ziel dieses Beitrags ist es, die Patientenorientierung aus der Perspektive der Versorgung und der Ökonomie zu betrachten. Im vorliegenden Artikel wird untersucht, welche Faktoren die Umsetzung erschweren, welche Potenziale die Digitalisierung bietet und wie eine nachhaltige und patientenzentrierte Gesundheitsversorgung gestaltet werden kann. Durch diese Betrachtung sollen Wege aufgezeigt werden, um die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu überwinden und die Versorgung stärker an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten auszurichten.

2. Einordnung und Überblick von Patientenorientierung

Das deutsche Gesundheitssystem gibt durch rechtliche Rahmenbedingungen eine arztzentrierte Steuerung und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor. Dennoch rückt die patientenorientierte Versorgung in der Öffentlichkeit, Forschung, Politik und Versorgungspraxis vermehrt in den Fokus. Letztere weist nach wie vor Umsetzungsschwierigkeiten auf (CoRe-Net 2020). Um die Anforderungen der Implementierung verstehen zu können, sind nachfolgend Definitionen zur Eingrenzung des Begriffs „Patientenorientierung“ (im englischen Sprachgebrauch wird eher der Begriff Patientenzentrierung bzw. patient centeredness oder patient centricity verwendet) aufgeführt.

Scholl et al. (2014) haben im Rahmen einer systematischen Übersichtsarbeit 15 Dimensionen identifiziert, um patientenorientierte Versorgung zu beschreiben. Dazu gehören aufgeteilt in drei Hauptdimensionen: **Grundprinzipien** – grundlegende Merkmale der Ärztinnen und Ärzte, Arzt-Patient-Beziehung, Patient als Einzelperson, biopsychosoziale Perspektive; **Maßnahmen** – Patienteninformation, Patientenbeteiligung, Einbeziehung von Familie und Freunden, Patientenbefähigung, körperliche Unterstützung, emotionale Unterstützung; und **förderliche Faktoren** – Arzt-Patient-Kommunikation, Integration von medizinischer und nicht-medizinischer Versorgung, Zusammenarbeit und Teamentwicklung, Zugang zur Versorgung, Koordination und Kontinuität der Versorgung. Zeh et al. erweiterten 2019 die Definition um die Komponente der Patientensicherheit.

Weit verbreitet ist die Definition des Institut of Medicine, die bereits 2001 formuliert wurde (Millenson): Patientenzentrierte Versorgung ist die Versorgung, die respektvoll gegenüber der Patientinnen und Patienten ist und auf individuelle Präferenzen, Bedarfe und Werte eingeht und bei der alle klinischen Entscheidungen von den Werten der betroffenen Patientinnen und Patienten geleitet sind. Sie ist als die sechste Säule einer qualitativ hochwertigen Versorgung, die sicher, wirksam, zeitgerecht, effizient und gerecht ist, anzusehen (Mihaljevic et al. 2022). Zuvor definierte Balint (1969) die Patientenzentrierung als das Verständnis des Patienten als einen einzigartigen

Menschen. Die kompakte Definition von Balint wurde 1993 von Gerteis et al. unter der Begrifflichkeit der patientenorientierten Versorgung als komplexes Konstrukt weiterentwickelt. Das Modell besteht aus sechs Dimensionen, die bei der patientenorientierten Versorgung berücksichtigt werden müssen: 1) Respektierung der Werte, Präferenzen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, 2) Koordinierung und Integrierung der Gesundheitsversorgung, 3) Information, Kommunikation und Edukation, 4) Berücksichtigung physischer Bedürfnisse, 5) emotionale Unterstützung sowie 6) der Einbezug von Familie und Freunden.

Die Arbeitsgruppe um Yeoman et al. (2017) in Zusammenarbeit mit Astra-Zeneca erarbeiteten mit Patientinnen und Patienten und Versorgenden eine Definition zur Patientenzentrierung, die wie folgt lautet: „Putting the patient first in an open and sustained engagement of the patient to respectfully and compassionately achieve the best experience and outcome for that person and their family.“

Zwar zeigen sich ähnliche Elemente in den Definitionsansätzen, eine allgemeingültige Definition des Begriffs gibt es dennoch nicht.¹

Die Patientenorientierung kann Katalysator für die Umsetzung digitalisierter Versorgung oder neuer Versorgungsformen und Vergütungsmodellen sein und die Versorgung von Patientinnen und Patienten in einem komplexen System verbessern. Der Industriestaat Deutschland steht bekannterweise vor Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem, die mit dem demografischen Wandel, dem Krankheitsspektrum (Multimorbidität/chronische Erkrankungen), neuen sozialen Strukturen, unterschiedlichen Vergütungslogiken und der getrennten Sektorenlandschaft zusammenhängen. Durch Maßnahmen auf der Mikroebene kann Patientenorientierung gefördert sowie auf Meso- und Makroebene außerdem die sektorenübergreifende Versorgung gestärkt werden (Ernstmann und Scholl 2024; Mollenhauer et al. 2021).

■ **Mikroebene:** Auf der Mikroebene sind zur Förderung von patientenorientierter Versorgung das Shared Decision Making (SDM) sowie das Patient-Empowerment relevant. Beim SDM geht es um eine Kommunikation

auf Augenhöhe zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten, um sich gemeinsam für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Unterstützen können dabei verschiedene Entscheidungshilfen, damit Patientinnen und Patienten durch mehr Eingebundenheit und Informationen entschlossener in ihrer Entscheidung sind (IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen 2024). Dabei wird von Patient-Empowerment bzw. von Patientenbefähigung gesprochen (Reichardt und Gastmeier 2013). Eine Möglichkeit ist zum Beispiel der Zugang für Patientinnen und Patienten zu den klinischen Behandlungsnotizen, damit sie nach dem Gespräch in Ruhe Gesprächsnotizen nachlesen und verstehen können (Wurster et al. 2024). Idealerweise führt dies zu einem „informed consent“. Es beinhaltet die ausführliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten vor jeder Anwendung und Behandlung sowie die Berücksichtigung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen der Patientinnen und Patienten von Seiten der Versorgenden im SDM (Jütte 2018).

■ **Mesoebene:** Auf der Mesoebene können patientenorientierte Konzepte, wie das Care und Case Management oder diverse Disease-Management-Programme die sektorenübergreifende Versorgung stärken, indem die Patientinnen und Patienten gesteuert und informiert durch das System begleitet werden.

■ **Makroebene:** Auf der Makroebene wird der Rahmen für patientenzentrierte und sektorenübergreifende Versorgung geschaffen. Vergütungsmodelle zur Stärkung von patientenzentrierter Kommunikation, verbesserter sektorenübergreifender Versorgung oder Stärkung der ambulanten Versor-

¹ In dem vorliegenden Artikel wird sowohl der Begriff Patientenorientierung als auch Patientenzentrierung verwendet. Da es keine allgemeingültige Definition der Begrifflichkeiten gibt und Überschneidungen vorliegen, wird wie im deutschen Kontext üblich überwiegend von Patientenorientierung gesprochen. Den Autorinnen nach drückt die Patientenzentrierung im Vergleich zur Patientenorientierung eine noch stärkere Fokussierung der Versorgung auf die Patient:innen aus, wie z.B. durch die Umsetzung von Shared Decision Making, sensibilisierter Kommunikation, patientengerechten Strukturen. Daher sollte die Patientenzentrierung das angestrebte Ziel für Implementierungsstrategien sein.

gung (z.B. ambulante Operationen), Zertifizierungssysteme oder Qualitätssicherungsmaßnahmen mit der Erhebung von Patient Reported Outcomes Measures (PROMs) oder Patient Reported Experience Measures (PREMs) sind Beispiele für förderliche Maßnahmen auf der Makroebene.

PROMs und PREMs sind quantitative Messinstrumente für Patientinnen und Patienten, die zur Messung und Quantifizierung zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands (Outcomes) und des Erlebten in der Behandlung (Experience) verwendet werden. Es gibt standardisierte Fragebögen, die verwendet werden, um retrospektiv bestimmte Behandlungsprozesse möglichst objektiv (Experience) oder das derzeit wahrgenommenen Behandlungsergebnis bzw. den aktuellen Gesundheitszustand (Outcome) aus Patientensicht zu erheben. Dies macht es im Sinne der Patientenzentrierung möglich, Patientinnen und Patienten aktiv an der Behandlung und am Erfolg zu beteiligen, indem die Rückmeldungen durch Versorgende im Versorgungsalltag berücksichtigt werden können (BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit o. J.). In Deutschland ist die Implementierung von PROMs und PREMs bisher nicht ausreichend umgesetzt. In den Vereinigten Staaten von Amerika werden Patient Reported Outcomes (PROs) systematisch genutzt, um die Patientenperspektive zu erheben. Beispielsweise werden in der Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch die Food and Drug Administration PROs berücksichtigt (Fürchtenicht et al. 2023).

3. Perspektive aus der Versorgung: Relevanz der Patientenorientierung für Akteure im Gesundheitswesen

3.1. Aktuelle Realität: Patientenbeteiligung in der Praxis

Bei der Umsetzung der Patientenorientierung in der Versorgungspraxis zeigt sich ein gemischtes Bild. Zwar gibt es Fortschritte in Richtung SDM und partizipativer Entscheidungsfindung, jedoch bleibt die praktische Umsetzung begrenzt. Eine Befragung von Braun und Marstedt (2014) zeigt, dass mehr als die Hälfte der Patientinnen und Patienten eine gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärztinnen

und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten bevorzugen. Eine große Mehrheit wünscht sich ausführlichere Erklärungen zu Krankheitsursachen und Therapien. Wesentliche Einflussfaktoren für die Einbindung der Patientinnen und Patienten in eine partizipative Entscheidungsfindung sind u. a. sozioökonomische Variablen. Patientinnen und Patienten mit niedriger Schulbildung erleben häufiger paternalistische Entscheidungssituationen, während Patientinnen und Patienten mit höherem Schulabschluss stärker nach einer gemeinsamen Entscheidungsfindung mit ihren Ärztinnen und Ärzten drängen. Eine chronische Erkrankung hat kaum Einfluss auf das Erleben von SDM in der Versorgung, obwohl gerade diese Gruppe stark davon profitieren würde (Braun und Marstedt 2014).

Zudem besteht ein deutlicher Handlungsbedarf bei der Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung,

Patientenorientierung kann Katalysator für die Umsetzung digitalisierter Versorgung oder neuer Versorgungsformen und Vergütungsmodellen sein und die Versorgung von Patientinnen und Patienten in einem komplexen System verbessern.

um Patientinnen und Patienten zu befähigen, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen. Eine deutschlandweite Befragung von Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung belegt eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung. Personen, die dagegen über ausreichende (subjektive) Gesundheitskompetenz verfügen und eine patientenzentrierte Versorgung in der Hausarztpraxis erfahren, sind eher mit der Versorgung zufrieden (Altin und Stock 2016).

Eine zentrale Problematik in der aktuellen Versorgungspraxis ist daher die Diskrepanz zwischen Wunsch und Realität in der Patientenbeteiligung. Während Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle im Informations- und Entscheidungsprozess einfordern, erleben sie in der Praxis häufig eine unzureichende Berücksichtigung ihrer Präferenzen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und

reichen von zeitlichen Restriktionen über mangelnde Schulung der Leistungserbringenden bis hin zu strukturellen und ökonomischen Hemmnissen (Bittner und Schmidt-Kaehler 2018).

3.2 Strukturelle Hürden: Zeitmangel, Bürokratie und wirtschaftliche Zwänge

Die Umsetzung der Patientenbeteiligung stößt auf zahlreiche strukturelle Hürden. Das Gesundheitswesen ist geprägt von beharrlichen Strukturen, wirtschaftlichen Zwängen und einer hohen Arbeitsbelastung der Fachkräfte. Studien zeigen, dass Zeitmangel ein zentraler Faktor ist, der die ausführliche Aufklärung und Einbindung von Patientinnen und Patienten erschwert (Bittner und Schmidt-Kaehler 2018). Die Arbeitsverdichtung durch wachsende bürokratische Anforderungen und administrative Aufgaben führt dazu, dass ärztliches Personal oft nicht ausreichend Ressourcen hat, um intensive Kommunikation zu ermöglichen.

Hinzu kommt, dass das Abrechnungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung interdisziplinäre Fallkonferenzen oder ausführliche SDM-Gespräche kaum berücksichtigt. Wirtschaftliche Zwänge werden als Hemmnis für gemeinsame Entscheidungsfindung angebracht: Es besteht ein systemischer Anreiz für wirtschaftlich lukrative Behandlungen, welche bereits bei der Aufklärung eine entscheidende Rolle spielen können (Bittner und Schmidt-Kaehler 2018). Zudem dominiert das biomedizinische Paradigma weiterhin in der Medizin, wodurch Leistungserbringende sich stärker auf objektive Daten in Diagnostik und Screening stützen und eine stärkere Patientenbeteiligung erschwert wird (Moore et al. 2017).

3.3 Vorteile und Förderfaktoren für patientenzentrierte Versorgung

SDM und patientenzentrierte Versorgung bieten zahlreiche Vorteile für Patientinnen und Patienten, Leistungserbringende und das Gesundheitssystem als Ganzes. Eine stärkere Patientenbeteiligung erhöht die Zufriedenheit und das Vertrauen in das Gesundheitssystem und Patientinnen und Patienten bewerten die Qualität der

Versorgung besser. Eine stärkere Einbeziehung verbessert die Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten und erhöht die Risikowahrnehmung (Miller und Reihlen 2023).

Auch für Leistungserbringende ergeben sich Vorteile: Eine effektive Patientenbeteiligung kann die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern und Missverständnisse reduzieren. Dies könnte langfristig sogar Zeit sparen, wenn gut informierte Patientinnen und Patienten präzisere Informationen zu ihrer Symptomatik liefern, auch wenn die zeitlichen Effekte durch patientenzentrierte Versorgung noch unklar sind (Miller und Reihlen 2023). Darüber hinaus ist eine Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und ihrer Ansichten sowie ihr aktives Engagement entscheidend für die Förderung der Patientensicherheit und die Vermeidung von Behandlungsfehlern. Durch eine stärkere Einbeziehung von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen wird das Vertrauen in eine sichere Gesundheitsversorgung gestärkt.

Laut Moore et al. (2017) gibt es mehrere zentrale Förderfaktoren, welche die erfolgreiche Implementierung von SDM im Gesundheitswesen unterstützen:

- **Multiprofessionelle Teams:** Eine enge Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsberufen erleichtert patientenzentrierte Entscheidungen.
- **Führungskultur:** Führungskräfte müssen patientenzentrierte Versorgung aktiv unterstützen und als Vorbilder fungieren.
- **Schulungen und Weiterbildung:** Leistungserbringende sollten gezielt in Kommunikation und Entscheidungsfindung geschult werden (dies betrifft sowohl Curricula der Heilberufe als auch Fort- und Weiterbildungen)
- **Positive Einstellung der Leistungserbringenden:** Wenn Leistungserbringende Patientinnen und Patienten als gleichwertige Partnerinnen und Partner wahrnehmen, wird SDM wahrscheinlicher umgesetzt.

3.4 (Inter)nationale Best Practices für patientenzentrierte Versorgung

Trotz der genannten Herausforderungen existieren vielversprechende Ansätze, die belegen, dass eine patientenzentrierte

Versorgung erfolgreich realisiert werden kann. Ein Beispiel hierfür ist das Innovationsfondsprojekt „*Making SDM a Reality*“, in dessen Rahmen SDM in einem gesamten Krankenhaus durch begleitende Schulungsmaßnahmen sowie die Entwicklung evidenzbasierter Entscheidungshilfen implementiert wurde. Ein weiteres positives Beispiel ist die Plattform „*Washabich.de*“ zur Übersetzung medizinischer Befunde in leicht verständliche Sprache, um Patientinnen und Patienten die eigene Krankheitsgeschichte besser nachvollziehbar zu machen. Weitere Best Practice Beispiele sind *Shared Notes (OpenNotes) (USA)*; hier erhalten Patientinnen und Patienten Zugang zur ärztlichen Dokumentation, um Transparenz zu fördern und Fehler zu vermeiden. In Deutschland wird dieses Konzept bereits im Rahmen eines Innovationsfondsprojekts („*OpenNOTES – Online-Zugang zu klinischen Behandlungsnotizen für ambulant versorgte Patienten und Patienten*“) sowie an der Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde der Universität Witten/Herdecke angewandt. Flächendeckende Ansätze zur Implementierung von SDM in der Versorgung bestehen u. a. in Großbritannien durch das *MAGIC-Programm (UK)*: Förderung von SDM im National Health Service (NHS) durch Schulungen und Implementierungshilfen und die Einführung von patientenzentrierter Versorgung als standardisierte Praxis in vielen medizinischen Einrichtungen in Norwegen.

Diese Projekte zeigen, dass die Integration von Entscheidungshilfen, digitaler Transparenz und Schulungsprogrammen für Leistungserbringende zentrale Erfolgsfaktoren für eine stärkere Patientenzentrierung sind.

4. Perspektive auf die Digitalisierung

4.1 Chancen

Durch den Einsatz digitaler Technologien können Patientinnen und Patienten besser informiert werden und eine aktivere Rolle in ihrer Gesundheitsversorgung übernehmen (Bundesministerium für Gesundheit 2025b). Ein Blick auf die Zahlen verdeutlicht dies: Im Jahr 2020 haben etwa 70 % der Menschen online nach Gesundheitsinformationen gesucht, während dieser Anteil 2021 auf 45 %

sank und 2024 wieder auf 57 % stieg. Die hohe Nutzung im Jahr 2020 lässt sich durch die COVID-19-Pandemie erklären, die die Nachfrage nach verlässlichen Gesundheitsinformationen erhöhte (Statista 2024). Das Internet dient als zentrale Informationsquelle vor und nach Arztbesuchen. Es erweitert den sozialen Raum der Gesundheitsversorgung, indem es Patientinnen und Patienten ermöglicht, Symptome einzuordnen, therapeutische Optionen abzuwägen und Erfahrungen mit anderen auszutauschen. Allerdings kann die Vielzahl an Informationen sowohl unterstützend als auch überfordernd wirken (Czerwinski et al. 2021). Die Digitalisierung erleichtert den Zugang zu medizinischem Wissen und fördert die konzeptionelle Annäherung medizinischer Entscheidungen an formale, systematische Handlungsschritte. Durch individualisierte Risiko-Nutzen-Kalkulationen können Patientinnen und Patienten Therapieentscheidungen treffen, die nicht nur auf ärztlichen Empfehlungen basieren, sondern auch die eigenen Lebensumstände berücksichtigen. Dabei zeigt sich, dass medizinische Risiko-Nutzen-Bewertungen häufig mit persönlichen Erfahrungen abgeglichen werden und die Arztempfehlung nicht immer ausschlaggebend ist (Holmberg und Blödt 2022).

Ein wesentlicher Baustein der digitalen Gesundheitsversorgung ist seit Beginn dieses Jahres die elektronische Patientenakte (ePA). Sie ermöglicht es Patientinnen und Patienten, medizinische Daten jederzeit einzusehen und zu verwalten. Diese Transparenz kann das Vertrauen in die medizinische Versorgung stärken. Über die ePA können Behandlungspläne, Arztbriefe und andere relevante Dokumente abgerufen werden, was informierte Entscheidungen erleichtern soll (Bundesministerium für Gesundheit 2025a). Darüber hinaus haben Patientinnen und Patienten seit Dezember 2019 einen gesetzlichen Anspruch auf digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) gemäß §§ 33a, 139e SGB V (Bundesministerium für Gesundheit 2024a). Diese Anwendungen wurden mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) eingeführt und haben das Potenzial, direkt auf gesundheitsbezogene Entscheidungen und Verhaltensweisen einzuwirken (Krisam und Prieß 2022). Die Nutzung von DiGA nimmt stetig zu: Im Jahr 2023 haben etwa 56,2 % der Ärztinnen und Ärzte mindestens eine DiGA

verordnet, insgesamt wurden 374.000 Verordnungen ausgestellt. Dies entspricht einem Anstieg der Verordnungszahlen um mehr als 50 % im Vergleich zum Vorjahr. Auch telemedizinische Anwendungen wie Videosprechstunden haben sich als wertvolle Ergänzung zur klassischen Versorgung erwiesen (Sachverständigenrat 2021). Sie ermöglichen ärztliche Konsultationen von zu Hause aus, was besonders seit der COVID-19-Pandemie die Versorgungssicherheit erhöht hat. Menschen in ländlichen Regionen oder mit eingeschränkter Mobilität bietet die Telemedizin einen niederschweligen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Durch Videokonsultationen und Fernüberwachung können Patientinnen und Patienten regelmäßig betreut werden, ohne lange Wege zurücklegen zu müssen. Dies ist vor allem für chronisch kranke Patientinnen und Patienten vorteilhaft, die häufige Arztbesuche benötigen (Petrick und Kreuzenbeck 2023; Heuer et al. 2023). Künstliche Intelligenz (KI) könnte die Patientenbetreuung ebenfalls grundlegend verändern. KI-gestützte Systeme haben das Potenzial, große Mengen an Gesundheitsdaten zu analysieren und dabei Muster zu erkennen, die für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten nützlich sind. Beispielsweise können KI-Algorithmen in der Onkologie eingesetzt werden, um Krebs in frühen Stadien zu erkennen. Diese Algorithmen analysieren medizinische Bilder wie CT-Scans und MRTs und identifizieren subtile Anomalien, die auf Krebs hinweisen könnten (Gjesvik et al. 2024). Darüber hinaus können KI-Systeme die optimale Medikation für Patientinnen und Patienten bestimmen, indem sie große Datensätze aus klinischen Studien und Patientenhistorien analysieren, um personalisierte Therapieempfehlungen zu geben (Baig et al. 2024). Ein weiteres bedeutendes Potenzial der Digitalisierung liegt in der personalisierten Medizin, die stark auf KI-Technologien aufbaut. Durch die Analyse großer Datenmengen können individuelle Behandlungspläne und Therapien erstellt werden, die auf den spezifischen Bedürfnissen und genetischen Merkmalen der Patientinnen und Patienten basieren (Nori et al. 2025). Diese personalisierten Ansätze verbessern die Behandlungsergebnisse und erhöhen die Patientenzufriedenheit, indem sie maßgeschneiderte Lösungen bieten (Alum und Ugwu 2025). Zusätzlich fördern digitale Gesundheitsplattformen und soziale

Medien den Austausch zwischen Patientinnen und Patienten mit ähnlichen Gesundheitsproblemen. Online-Foren bieten die Möglichkeit, Erfahrungen zu teilen, Ratschläge einzuholen und sich gegenseitig zu unterstützen. Dabei entstehen neue soziale Gruppen rund um Krankheiten und Gesundheitsthemen, die nicht nur den Informationsaustausch fördern, sondern auch die öffentliche Wahrnehmung und politische Diskurse beeinflussen. Patientinnen und Patienten- und Betroffenengruppen können sich so zu sozialen und politischen Akteuren entwickeln, die die Erfahrungen von Erkrankungen sowie das Verständnis von Krankheit im öffentlichen Raum prägen (Holmberg und Blödt 2022).

4.2 Herausforderungen

Trotz der vielen Vorteile der Digitalisierung bestehen auch Herausforderungen. Eine zentrale Problematik ist die digitale Spaltung. Nicht alle Patientinnen und Patienten verfügen über die notwendigen digitalen Kompetenzen oder den Zugang zu digitalen Technologien. Vor allem ältere Menschen und sozial benachteiligte Gruppen sind gefährdet, von den Vorteilen der Digitalisierung ausgeschlossen zu werden. Um diese Ungleichheiten zu reduzieren, sind umfassende Bildungsprogramme und Schulungen notwendig, um die digitale Kompetenz der Bevölkerung zu erhöhen (Kersting 2020). Ein weiteres zentrales Thema ist der Datenschutz. Die Speicherung und Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten erfordern hohe Sicherheitsstandards, um die Privatsphäre der Patientinnen und Patienten zu schützen. Datenschutzverletzungen könnten das Vertrauen in digitale Gesundheitslösungen nachhaltig schädigen. Es ist daher notwendig, klare gesetzliche Rahmenbedingungen und technische Standards zu etablieren, die die Datensicherheit gewährleisten. Nur wenn Patientinnen und Patienten Vertrauen in die Sicherheit ihrer Daten haben, kann die Akzeptanz digitaler Gesundheitslösungen erhöht werden. Medizinische Expertinnen und Experten befürchten zudem Qualitätsprobleme bei Gesundheitsinformationen im Internet, insbesondere durch nichtwissenschaftlich fundierte Inhalte. Soziale Netzwerke verstärken diese Bedenken durch schwer überprüfbare Erfahrungsberichte und gezielt manipulierte Informationen (Holmberg und Blödt 2022).

Die Akzeptanz digitaler Technologien im Gesundheitswesen ist ebenfalls eine Herausforderung. Viele Patientinnen und Patienten und auch medizinisches Fachpersonal begegnen neuen Technologien mit Skepsis (Deutsches Ärzteblatt 2022). So schätzen zum Beispiel nur ein Drittel der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihren Kenntnisstand zu den DiGA als gut oder sehr gut ein. Mehr als jeder dritte Patient bricht den DiGA-Einsatz vorzeitig ab, da zu wenig Detailwissen und falsche Erwartungen vorhanden sind. Dies führt dazu, dass DiGA trotz ihres Potenzials noch nicht flächendeckend eingesetzt werden (Grobe et al. 2024). Um die Akzeptanz zu fördern, sind unter anderem Schulungen und Aufklärungskampagnen erforderlich. Dabei sollten die Vorteile digitaler Technologien verständlich kommuniziert und Bedenken ernst genommen werden (Kleemann et al. 2024). Zudem müssen digitale Technologien menschenzentriert unter Berücksichtigung von Bedürfnissen und Inklusion gestaltet werden (Volpert et al. 2023). Pilotprojekte und Erfolgsgeschichten können helfen, Vertrauen in digitale Technologien zu schaffen. Besondere Herausforderungen ergeben sich auch im Umgang mit KI im Gesundheitswesen. Neben rechtlichen Fragen, etwa zur Verantwortung bei Diagnosefehlern durch KI, stellen sich auch ethische Fragen zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit von KI-Entscheidungen. Es ist wichtig, sicherzustellen, dass KI-Systeme transparent arbeiten, benachteiligte Gruppen inkludieren und die Verantwortung für medizinische Entscheidungen weiterhin bei den Ärztinnen und Ärzten liegt (Volpert et al. 2023). Erst durch klare Regelungen und die Bewältigung dieser Herausforderungen kann die Digitalisierung ihr volles Potenzial ausschöpfen, um die Patientenzentrierung im Gesundheitswesen zu verbessern.

5. Ökonomische Aspekte der Patientenorientierung

Die Patientenorientierung im Gesundheitswesen verfolgt das Ziel, die Versorgung stärker an den individuellen Bedürfnissen und Präferenzen der Patientinnen und Patienten auszurichten. Diese Ausrichtung kann sowohl positive als auch negative Auswirkungen auf die Kosten der Gesundheitsversorgung haben. Einerseits bieten sich durch eine gezielte Einbeziehung der Patientinnen

und Patienten und eine passgenaue Versorgung erhebliche Einsparpotenziale (Kaiser et al. 2020), andererseits erfordert die Implementierung patientenorientierter Ansätze häufig initiale Investitionen in Schulungen, digitale Infrastruktur und Prozessanpassungen (Robert Bosch Stiftung 2018). Im Folgenden werden sowohl die kostensenkenden Effekte als auch die notwendigen Investitionen anhand ausgewählter Beispiele beleuchtet.

Ein Konzept, das sowohl die Patientenorientierung als auch die ökonomische Nachhaltigkeit adressiert, ist Value-Based Care. Dieses Modell fokussiert sich darauf, den Gesundheitsnutzen für

Im Innovationsfondsprojekt „*Making SDM a Reality*“ konnten durch die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten in Entscheidungsprozessen nicht nur die Gesundheitskompetenz und die Patientensicherheit gesteigert, sondern auch die Kosten der Versorgung gesenkt werden. Die Interventionskosten beliefen sich im Durchschnitt auf 122 Euro pro Patient, während die Einsparungen im Vergleich zur Regelversorgung bei etwa 826 Euro pro Patient lagen. Dies entspricht einem vielfachen Return-on-Investment (Geiger 2022).

Ein weiteres Beispiel sind Disease-Management-Programme (DMP). Repräsentative Studien weisen für das DMP Diabetes ein jährliches Einsparpotenzial von 120 Millionen Euro nach, dem jedoch Kosten von 260 Millionen Euro gegenüberstehen (iGES o. J.). Der Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes betrachtet nicht nur die direkten Kosten, sondern auch die positiven Effekte einer gesteigerten Therapieadhärenz und kommt zu dem Ergebnis, dass DMPs langfristig zu leichten Kosteneinsparungen führen können (Bundesversicherungsamt 2018).

Auch das Case Management zeigt mittelfristig positive Effekte auf die Leistungsausgaben. Eine Studie der Bosch BKK ergab, dass die zunächst entstehenden Mehrkosten für Patientenbegleitungen und eine optimierte Versorgung nach etwa einem Jahr durch signifikante Einsparungen von durchschnittlich 21,5 % mehr als ausgeglichen wurden. Eine konservative Hochrechnung zeigt, dass die Einsparungen je nach Szenario zwischen 450 und 4.150 Euro pro Patient:in liegen könnten (Löcherbach 2012).

Trotz der aufgezeigten Einsparpotenziale sind initiale Investitionen erforderlich, um patientenorientierte Versorgungsansätze nachhaltig umzusetzen. Ein zentrales Beispiel ist die ePA. Sie soll den Informationsaustausch zwischen Gesundheitsdienstleistenden und Patientinnen und Patienten verbessern, was wiederum die Qualität und Effizienz der Versorgung erhöht. Die Einführung der ePA ist jedoch mit erheblichen Kosten verbunden, die auf Investitionen in Milliardenhöhe geschätzt werden (Dreessen 2024). Laut Bundesgesundheitsministeri-

um könnte die ePA jedoch jährlich rund eine halbe Million Krankenhausaufenthalte vermeiden, was bei durchschnittlichen Fallkosten von 5.000 Euro zu Einsparungen von bis zu 2,5 Milliarden Euro pro Jahr führen würde (Tutt 2024).

Eine Analyse von McKinsey zu 26 digitalen Gesundheitstechnologien schätzt die möglichen Einsparungen auf insgesamt 42 Milliarden Euro, wobei allein die Umstellung auf papierlose Datenverarbeitung, darunter ePA und eRezept, 9,9 Milliarden Euro einsparen könnte. Darüber hinaus könnten Online-Interaktionen wie Telekonsultationen oder die Fernüberwachung chronisch Erkrankter weitere 12 Milliarden Euro einsparen (McKinsey & Company 2022). Diese Beispiele verdeutlichen, dass die initialen Investitionen mittelfristig durch Kosteneinsparungen und Effizienzgewinne ausgeglichen werden können.

Die dargestellten Beispiele und Studienergebnisse deuten darauf hin, dass die langfristigen Einsparungen die initialen Kosten übersteigen können, insbesondere wenn die positiven Effekte auf die Versorgungsqualität und die gesteigerte Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden. Es bleibt jedoch entscheidend, die Investitionskosten sowie die Einsparpotenziale differenziert zu betrachten und die Maßnahmen gezielt auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die strukturellen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems abzustimmen.

6. Implementierung von Patientenzentrierung auf der Makro-, Meso- und Mikroebene: Wo stehen wir wirklich?

Die Patientenzentrierung ist seit der Einführung des Patientenrechtegesetzes ein angestrebtes Ziel. Die Umsetzung in der Versorgungsrealität durch die Selbstverwaltung bleibt den Anforderungen jedoch zurück. Während häufig betont wird, dass die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, zeigen Versorgungsrealität und systemische Rahmenbedingungen, dass Patientinnen und Patienten oft nicht aktiv eingebunden werden oder als „Störfaktor“ im effizienzgetriebenen Betrieb erscheinen (Zill und Härter 2017). Eine differenzierte Betrachtung auf Makro-, Meso- und Mikroebene ist notwendig, um zu verstehen, wo wir stehen, welche Ansätze

Gezielte Einbeziehung der Patientinnen und Patienten ermöglicht eine passgenaue Versorgung und erhebliche Einsparpotenziale, erfordert jedoch Investitionen in digitale Infrastruktur und Prozessanpassungen.

Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und Vergütungen stärker an den erzielten Behandlungsergebnissen auszurichten. Anstatt ausschließlich nach Menge oder Einzelleistungen zu vergüten, sollen Qualität und Wert der Versorgung stärker berücksichtigt werden (Porter und Lee 2013).

Studien zeigen, dass patientenorientierte Versorgung die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhöht und gleichzeitig die Anzahl von Komplikationen und Krankenhauswiederaufnahmen reduziert (Yu et al. 2023; Han et al. 2022; Edgman-Levitan und Schoenbaum 2021). Eine Auswertung von Daten zu 30.000 Patientinnen und Patienten in den Vereinigten Staaten ergab, dass die Gesundheitskosten in der Gruppe mit der geringsten Patienteneinbeziehung zwischen 8 und 21 % höher lagen als in der Gruppe mit der höchsten Einbeziehung – selbst nach Berücksichtigung des Gesundheitsstatus und anderer Faktoren. Dies verdeutlicht, dass eine stärkere Partizipation der Patientinnen und Patienten nicht nur die Qualität der Versorgung verbessert, sondern auch zu Kosteneinsparungen führen kann (Kendir et al. 2024).

erfolgreich sind und welche Weichenstellungen für die Implementierung von Patientenzentrierung erforderlich sind.

Auf der Makroebene zeigt sich, dass die Patientenzentrierung zwar in gesundheitspolitischen Programmen und gesetzlichen Vorgaben wie dem § 7a SGB XI zur Versorgungskoordination bei Pflegeberatung verankert ist, aber oft von anderen Prioritäten überlagert wird. Finanzierungsstrukturen setzen nach wie vor Anreize für kurative Leistungen, während präventive, koordinierende und beratende Tätigkeiten unterfinanziert bleiben. Die sektorale Trennung zwischen ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung erschwert eine kontinuierliche Patientenbegleitung und führt dazu, dass die Verantwortung für patientenzentrierte Koordination oft unklar bleibt (Fiedler 2024). Hier stellt sich die Frage, ob Patientenzentrierung als Ziel zu stark individualisiert gedacht wird und dadurch der Blick auf bevölkerungsbezogene Public-Health-Strategien verstellt wird.

Eine stärkere Orientierung an Public-Health-Konzepten könnte die Versorgung strukturell nachhaltiger gestalten, indem nicht nur einzelne Patientinnen und Patienten, sondern ganze Bevölkerungsgruppen wie auch die systemische Anpassung in den Fokus rücken (Zukunftsforum Public Health 2021). Die Digitalisierung wird häufig als Lösung für die Herausforderungen der Patientenzentrierung präsentiert, doch ohne Vorgaben politischer Steuerung besteht die Gefahr, dass digitale Anwendungen primär der Effizienzsteigerung und Kostensenkung dienen, ohne einen echten Mehrwert für Patientinnen und Patienten zu schaffen (Kottmair und Hörner 2022). Elektronische Patientenakten, Telemedizin oder KI-gestützte Entscheidungshilfen könnten die Versorgung transparenter und zugänglicher machen, setzen jedoch voraus, dass sie flächendeckend implementiert und für alle Patientinnen und Patientengruppen nutzbar sind. Der gegenwärtige Flickenteppich an Insellösungen zeigt, dass Digitalisierung kein Selbstzweck sein darf, sondern konsequent in ein patientenorientiertes Versorgungskonzept eingebettet werden muss.

Auf der Mesoebene, der Organisations-ebene der Versorgungsstrukturen, wird besonders deutlich, dass Patientenzentrierung nicht allein durch politische Absichtserklä-

rungen erreicht werden kann. Obwohl im G-BA Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltungen (Leistungserbringende und Kostenträger) sowie Patientenvertreterinnen und -vertreter ihre Interessen repräsentieren und gemeinsam die Inhalte der gesundheitlichen Versorgung bestimmen, haben nur Erstgenannte ein Stimmrecht. Dadurch sind die Strukturen für Patientinnen und Patienten oft schwer nachvollziehbar, was die Orientierung im System erschwert (Goldmann et al. 2016). Modelle wie Patientenlotsen, Case-Management-Ansätze oder Community Health Nurses

Patientenzentrierung ist Ziel des Patientenrechtegesetzes, in der Versorgungsrealität werden Patientinnen und Patienten nur selten aktiv eingebunden. Sie gelten noch immer als „Störfaktor“ im effizienzgetriebenen Betrieb.

zeigen, dass gezielte Koordinationsfunktionen helfen können, eine patientennahe Versorgung zu ermöglichen. Allerdings bleibt die Implementierung solcher Modelle auf Pilotprojekte beschränkt und wird selten systematisch in die Regelversorgung überführt. Eine weitere Herausforderung auf der Mesoebene sind die bestehenden Fehlanreize in der Vergütung. Solange interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht adäquat honoriert wird, bleibt sie eine Zusatzaufgabe, die im Alltag unter Zeit- und Kostendruck oft keine Priorität hat. Stattdessen könnte eine Finanzierung, die nicht nur Einzelleistungen, sondern ganze Versorgungspfade honoriert, einen Anreiz für eine besser abgestimmte Versorgung schaffen (Bundesverband Managed Care e.V. 2025).

Auf der Mikroebene, also der direkten Interaktion zwischen Patientinnen und Patienten und Gesundheitsakteuren, zeigt sich schließlich, dass der Anspruch der Patientenzentrierung oft an systemischen Zwängen scheitert. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe stehen unter Zeitdruck, sodass sie sich häufig auf das medizinisch Notwendige beschränken müssen (Beerheide 2023). Gleichzeitig sind viele Patientinnen und Patienten mit den komplexen Strukturen des Gesundheitssystems überfordert und

wissen nicht, welche Angebote sie in Anspruch nehmen können. Gesundheitskompetenz bleibt ein zentraler Faktor: Nur wenn Patientinnen und Patienten in der Lage sind, ihre Rechte, Behandlungsmöglichkeiten und Unterstützungsangebote zu verstehen, können sie tatsächlich als aktive Akteure im System agieren (Bauer 2017).

Dies führt zu der Frage, welche Form von Patientenorientierung unserer Gesundheitsversorgung entspricht. Gemäß § 1 SGB V umfasst dies die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung. Shared Decision Making, partizipative Versorgungsmodelle und Patientenvertretungen in Entscheidungsprozessen sind essenzielle Instrumente, um eine echte Partizipation zu ermöglichen. Doch auch hier gilt: Ohne strukturelle Veränderungen bleibt Patientenbeteiligung oft symbolisch und fällt hinter einer realen Mitbestimmungsmöglichkeit zurück (Klemperer 2011). Die zunehmende Bedeutung wirtschaftlicher Faktoren im Gesundheitswesen macht es wichtig, gesundheitspolitische Impulse zu setzen, die über rein betriebswirtschaftliche Überlegungen hinausgehen. Auch in einem System, das sowohl wirtschaftliche als auch qualitative Aspekte berücksichtigt, sollte sichergestellt werden, dass die Versorgungsqualität und der Patientennutzen weiterhin im Fokus stehen. Dazu gehört eine gezielte Förderung von präventiven und koordinatorischen Leistungen, eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit sowie eine Digitalisierung, die patientenfreundlich gestaltet ist. Letztlich zeigt sich, dass Patientenzentrierung nicht als isoliertes Konzept verstanden werden kann. Sie erfordert eine systemische Perspektive, die alle Ebenen des Gesundheitswesens einbezieht.

Auf der Makroebene müssen politische und finanzielle Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie patientenorientierte Versorgung ermöglichen. Auf der Mesoebene braucht es eine Organisationsstruktur, die die Zusammenarbeit fördert und dabei die Patientinnen und Patienten in den Fokus setzt, statt sie zu behindern. Und auf der Mikroebene muss sichergestellt werden, dass Patientinnen und Patienten nicht nur als Objekte von Versorgung wahrgenommen werden, sondern als aktive Akteure. Nur wenn diese Ebenen ineinandergreifen, kann Patientenzentrierung mehr sein als ein Schlagwort – und Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen, ohne „im Weg zu sein“.

Literaturverzeichnis

Altin, Sibel Vildan; Stock, Stephanie (2016):

The impact of health literacy, patient-centered communication and shared decision-making on patients' satisfaction with care received in German primary care practices. In: *BMC health services research* 16 (1), S. 450. DOI: 10.1186/s12913-016-1693-y.

Alum, Esther Ugo; Ugwu, Okechukwu Paul-Chima (2025):

Artificial intelligence in personalized medicine: transforming diagnosis and treatment. In: *Discov Appl Sci* 7 (3). DOI: 10.1007/s42452-025-06625-x.

Baig, Mirza Mansoor; Hobson, Chris; Gholam-Hosseini, Hamid; Ullah, Ehsan; Afifi, Shereen (2024): Generative AI in Improving Personalized Patient Care Plans: Opportunities and Barriers Towards Its Wider Adoption. In: *Applied Sciences* 14 (23), S. 10899. DOI: 10.3390/app142310899.

Balint, E. (1969): The possibilities of patient-centered medicine. In: *The Journal of the Royal College of General Practitioners* 17 (82), S. 269–276.

Bauer, Christina (2017): Patienten überfordert? Online verfügbar unter <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/Patienten-ueberfordert-299547.html>, zuletzt geprüft am 24.03.2025.

Beerheide, Rebecca (2023): Umfrage: Schlechte Stimmung in Praxen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, S. 7871.

Bittner, Anja; Schmidt-Kaehler, Sebastian

(2018): Gemeinsam entscheiden im Klinikalltag. Ergebnisse von Fokusgruppengesprächen mit jungen Ärzten. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Gemeinsam_entcheiden_final_online.pdf, zuletzt geprüft am 01.03.2025.

BQS – Institut für Qualität & Patientensicherheit (o. J.): Patient-Reported Experience Measures (PREMs). Online verfügbar unter <https://www.bqs.de/leistungen/picker-befragungen/patient-reported-experience-measures-prems.php>, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

Braun, Bernard; Marstedt, Gerd (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Bertelsmann Stiftung und Jan Böcken (Hg.): *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. Unter Mitarbeit von Bernard Braun und Rüdiger Meierjürgen. 1st ed. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung (Gesundheitsmonitor), S. 107–131.

Bundesgesetzblatt (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Online verfügbar unter https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_

BGBl&jumpTo=bgbl113s0277.

pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.

pdf%27%5D__1741799902698, zuletzt geprüft am 12.03.2025.

Bundesministerium für Bildung und Forschung

(2019): Leitlinie 2. Personalisierung und Digitalisierung als Schlüssel. Online verfügbar unter <https://gf-bmbf.de/leitlinie-ii-personalisierung-und-digitalisierung-als-schlüssel.html>, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2024a):

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/arznei-heil-und-hilfsmittel/digitale-gesundheitsanwendungen.html>, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2024b):

Regierungskommission legt Empfehlung für Bürokratieabbau vor. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/regierungskommission-legt-empfehlung-fuer-buerokratieabbau-vor-pm-14-11-2024.html>, zuletzt geprüft am 12.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025a):

Die ePA für alle. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-patientenakte/epa-fuer-alle.html>, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Bundesministerium für Gesundheit (2025b):

Digitalisierung im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Bundesverband Managed Care e.V. (2025):

Team Gesundheit: Gemeinsam versorgen im Continuum of Care. BMC-Impulspapier zur Flexibilisierung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Online verfügbar unter <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/BMC-Impulspapier-Team-Gesundheit.pdf>, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Bundesversicherungsamt (2018): Tätigkeitsbericht 2017. Online verfügbar unter https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/2018BVA_Jahresbericht2017_web.pdf, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

CoRe-Net (2020): Patientenzentrierung in der Versorgung fördern. Online verfügbar unter https://www.core-net.uni-koeln.de/wp-content/uploads/2020/08/Factsheet_Patientenzentrierung.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2025.

Czerwinski, F.; Calhoun, K.; Grimm, M.;

Großmann, U.; Baumann, E. (2021): Wie wirken

sich gesundheitliche Risikofaktoren auf das Informationsverhalten der Deutschen aus? In: *SGW-trendmonitor* 5. Online verfügbar unter https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/sites/default/files/pdf/2021_10_06_trendmonitor_Risikofaktoren_vf.pdf, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Deutsches Ärzteblatt (2022): Digitalisierung stößt bei Ärzteschaft auf große Skepsis – Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/news/digitalisierung-stoesst-bei-aerzteschaft-auf-grosse-skepsis-c132db22-fd98-4a33-96cb-305e3d0cec0a>, zuletzt aktualisiert am 19.01.2022, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Dreessen, B. (2024): Elektronische Patientenakte: Chancen, Herausforderungen und der Weg zur Einführung. Online verfügbar unter <https://managerblatt.de/elektronische-patientenakte-chancen-herausforderungen-und-der-weg-zur-einfuehrung/>, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Edgman-Levitan, Susan; Schoenbaum, Stephen C. (2021):

Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. In: *Israel journal of health policy research* 10 (1), S. 21. DOI: 10.1186/s13584-021-00459-9.

Ernstmann, Nicole; Scholl, Isabelle (2024): Versorgungsforschung zur Patientenzentrierung. In: Holger Pfaff, Edmund A.M. Neugebauer, Nicole Ernstmann, Martin Härter und Falk Hoffmann (Hg.): *Versorgungsforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 509–521.

Fiedler, Manfred (2024): Gegliederte Versorgung: Prävention – Kuration – Rehabilitativ – Langzeitversorgung. In: Daniela Schmitz, Manfred Fiedler, Heike Becker, Simone Hatebur und Jan-Hendrik Ortloff (Hg.): *Chronic Care – Wissenschaft und Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 245–251.

Fürchtenicht, Andrea; Wehling, Hannah; Grote Westrick, Marion; Busse, Sina (2023): Patient-Reported Outcomes.

Geiger, Friedemann (2022): Ergebnisbericht. Vollimplementierung von Shared Decision Making im Krankenhaus. Online verfügbar unter https://www.uksh.de/uksh_media/Dateien/Verwaltung/SDM_Shared+Decision+Making/Presse/PI+29_6_2022/Ergebnisbericht+Making+SDM+a+Reality+lang.pdf, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Gerlinger, T. (2017): Grundprobleme der Vergütung ärztlicher Leistungen. Online verfügbar unter [https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/252093/grundprobleme-der-verguetung-aerztlicher-leistungen/#:~:text=Es%20lassen%20sich%20vier%20Hauptformen,Zahl%20der%20aufgetretenen%20Behandlungsf%C3%A4lle%20\(Fallpauschale\),](https://www.bpb.de/themen/gesundheitspolitik/252093/grundprobleme-der-verguetung-aerztlicher-leistungen/#:~:text=Es%20lassen%20sich%20vier%20Hauptformen,Zahl%20der%20aufgetretenen%20Behandlungsf%C3%A4lle%20(Fallpauschale),) zuletzt geprüft am 12.03.2025.

Gerteis, Margaret; Edgman-Levitan, Susan; Daley, Jennifer; Delbanco, Thomas L. (Hg.) (1993): Through the patient's eyes. Understanding and Promoting Patient-Centered Care. New York: Jossey-Bass Books.

Gjesvik, Jonas; Moshina, Nataliia; Lee, Christoph I.; Miglioretti, Diana L.; Hofvind, Solveig (2024): Artificial Intelligence Algorithm for Subclinical Breast Cancer Detection. In: *JAMA network open* 7 (10), e2437402. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.37402.

Goldmann, Monika; Kemna, Kirsten; Urner, Kai (2016): Soziale Innovation durch sektorenübergreifende Vernetzung? – Ansätze der Gesundheitsregion Südwestfalen. In: Guido Becke, Peter Bleses, Frerich Frerichs, Monika Goldmann, Barbara Hinding und Martin K.W. Schweer (Hg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 71–88.

Grobe, Thomas G.; Weller, Lisa; Braun, Anna; Szecsenyi, Joachim (2024): Digitale Gesundheitsanwendungen – DiGA. Berlin: Barmer Institut für Gesundheitssystemforschung (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 45).

Han, Tao; Li, Sisi; Li, Xueyuan; Yu, Chenhao; Li, Jiahui; Jing, Tiantian et al. (2022): Patient-centered care and patient satisfaction: Validating the patient-professional interaction questionnaire in China. In: *Frontiers in public health* 10, S. 990620. DOI: 10.3389/fpubh.2022.990620.

Heuer, J.; Osterwald, A.; Akmatov, M. K.; Holstiege, J.; Kohring, C.; Dammertz, L.; Bätzing, J. (2023): Telemedizin als alternativer Zugang zu vertragsärztlicher ambulanter Versorgung – Trends im Zeitraum 2017 bis 2021. In: *Versorgungsatlas-Bericht* 23 (06). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.20364/VA-23.06>, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Holmberg, C.; Blödt, S. (2022): Patientenzentrierung durch Digitalisierung. In: J. Baas (Hg.): Gesundheit im Zeitalter der Plattformökonomie. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

IGES (o. J.): Disease-Management-Programme. Online verfügbar unter https://www.iges.com/e3/e440/e471/index_ger.html, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2024): Behandlungsgespräch: Shared-Decision-Making-Maßnahmen helfen. Online verfügbar unter https://www.iqwig.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-detailseite_120640.html, zuletzt aktualisiert am 20.06.2024, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

Jütte, Robert (2018): Arzt und Ethos: Aufklärung und „informed consent“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 115 (27-28), S. 1324–1328.

Kaiser, Matthias J.; Gehrke, Katja; Agor, Karin; Knapp, Michaela (2020): Patientenorientierung

im Gesundheitswesen. In: Ralph Tunder (Hg.): Market Access Management für Pharma- und Medizinprodukte. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 89–102.

Kendir, Candan; Fujisawa, Rie; Brito Fernandes, Óscar; Bienassis, Katherine de; Klazinga, Niek (2024): Patienteneinbeziehung zur Förderung der Patientensicherheit. Hg. v. OECD (OECD Health Working Papers, 59).

Kersting, Norbert (2020): Digitale Ungleichheiten und digitale Spaltung. In: Tanja Klenk, Frank Nullmeier und Götztrik Wewer (Hg.): Handbuch Digitalisierung in Staat und Verwaltung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 1–12.

Kleemann, Thomas; Beß, Andreas; Antic, Aladin (2024): Digitalisierung im Gesundheitswesen. In: Lars Fend und Jürgen Hofmann (Hg.): Digitalisierung in Industrie-, Handels- und Dienstleistungsunternehmen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 637–673.

Klemperer, David (2011): Lohnt sich die partizipative Entscheidungsfindung? In: *Public Health Forum* 19 (1), 28.e1-28.e3. DOI: 10.1016/j.phf.2011.01.003.

Kottmair, Stefan; Hörner, Franziska (2022): Digitalisierung und eine neue Perspektive der Patientensicherheit. In: Wolfgang Hellmann (Hg.): Patientensicherheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 219–231.

Krisam, M.; Prieß, N. (2022): Digital Behavioral Design für nachhaltig gesundheitsbewusstes Verhalten. In: J. Baas (Hg.): Gesundheit im Zeitalter der Plattformökonomie. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Löcherbach, P. (2012): Effektivität und Effizienz von Case Management sind belegt. In: *Monitor Versorgungsforschung* 3 (06), S. 27–31.

Loos, S.; Möllenkamp, M.; Albrecht, M.; Igl, G. (2016): Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes. Online verfügbar unter https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15574/e15575/e15577/attr_objs15578/IGES_Publikation_Patientenrechtegesetz_2016_ger.pdf, zuletzt geprüft am 12.03.2025.

McKinsey & Company (2022): Digitalisierung im Gesundheitswesen: die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.mckinsey.de/news/presse/2022-05-24-42-mrd-euro-chance>, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Mehnert-Theuerkauf, Anja (2021): Vernetzte Forschungsinfrastrukturen für eine personalisierte präzise Krebsmedizin und patientenzentrierte Versorgung. In: *Forum* 36 (6), S. 429–430. DOI: 10.1007/s12312-021-01025-9.

Messerle, Robert; Schreyögg, Jonas (2021): Sektorenübergreifende Versorgungssteuerung. In: Jürgen Klauber, Jürgen Wasem, Andreas Beivers und Carina Mostert (Hg.): Krankenhaus-

Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 185–201.

Mihaljevic, André L.; Michalski, Christoph; Kaisers, Udo; Strunk, Guido (2022): Patientenorientierung. In: *Chirurgie (Heidelberg, Germany)* 93 (9), S. 861–869. DOI: 10.1007/s00104-022-01629-4.

Millenson, Michael L.: Paradigm, Not Pill. The New Role of Patient-Centered Care. Online verfügbar unter <https://nihcm.org/publications/paradigm-not-pill-the-new-role-of-patient-centered-care>, zuletzt geprüft am 20.02.2025.

Miller, Thomas; Reihlen, Markus (2023): Assessing the impact of patient-involvement health-care strategies on patients, providers, and the healthcare system: A systematic review. In: *Patient education and counseling* 110, S. 107652. DOI: 10.1016/j.pec.2023.107652.

Mollenhauer, Judith; Kurscheid, Clarissa; Remmy, Fenja (2021): Patientenzentrierte regionale Versorgungskonzepte aufbauen. Relevante Ansätze, deren Potenzial und Herausforderungen. In: Helmut Hildebrandt und Rolf Stuppardt (Hg.): Zukunft Gesundheit. regional, vernetzt, patientenorientiert. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S. 319–337.

Moore, Lucy; Britten, Nicky; Lydahl, Doris; Naldemirci, Öncel; Elam, Mark; Wolf, Axel (2017): Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 31 (4), S. 662–673. DOI: 10.1111/scs.12376.

Nori, Lakshmi Prasanthi; Lohitha, Madadala; Vadapalli, Rama Rao; Bonthagarala, Brahmaiah; Nagineni, Sudarshan Rao; Kalidindi, Venkateswara Raju (2025): Revolutionizing Healthcare: The Impact of AI on Precision Medicine. In: *Int J. Pharm. Investigation* 15 (2), S. 334–343. DOI: 10.5530/ijpi.20250100.

Petrick, Nathalie; Kreuzenbeck, Cordula Charlotte Josefine (2023): Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Nutzung der Online-Videosprechstunde von Hausärzten in Deutschland – eine Sekundärdatenanalyse von Krankenkassendaten. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 85 (3), S. 188–192. DOI: 10.1055/a-1999-7390.

Porter, M. E.; Lee, T. H. (2013): The Strategy that will fix Health Care. In: *Harvard Business Review* 91 (10), S. 50–70.

Reichardt, C.; Gastmeier, P. (2013): Patienten-Empowerment. In: *Radiopraxis* 06 (04), S. 223–230. DOI: 10.1055/s-0033-1358888.

Robert Bosch Stiftung (2018): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. INSEA meets PORT – Patienten-Selbstmanagement in der ambulanten Versorgung. Online verfügbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/>

pdf/2018-08/PORT-Publikation_Insea_meets_Port.pdf, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Sachverständigenrat (2021): Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Online verfügbar unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Scholl, Isabelle; Zill, Jödis M.; Härter, Martin; Dirmaier, Jörg (2014): An integrative model of patient-centeredness – a systematic review and concept analysis. In: *PloS one* 9 (9), e107828. DOI: 10.1371/journal.pone.0107828.

Statista (2024): Anteil der Personen in Deutschland, die das Internet zur Beschaffung von gesundheitsrelevanten Informationen genutzt haben, in den Jahren 2006 bis 2024. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158825/umfrage/internetrecherche-nach-krankheiten-und-ernaehrung-in-deutschland/>, zuletzt geprüft am 06.03.2025.

Tutt, C. (2024): Elektronische Patientenakte. Zur Sicherheit „mit der Zahnbürste drübergegangen“. Online verfügbar unter <https://www.wiwo.de/politik/deutschland/elektronische-patientenakte-zur-sicherheit-mit-der-zahnbuerste-druebergegangen/29865984.html>, zuletzt geprüft am 07.03.2025.

Volpert, Annika; Hery, Daniela; Kraushaar, Judith; Elfert, Kilian; Schewina, Kai; Ahrens, Theresa et al. (2023): Digitale Gesundheitsversorgung 2033: Trends, Szenarien und Thesen.

Wurster, Florian; Meier-Diedrich, Eva; Demirer, Ibrahim; DesRoches, Catherine; Goldberg, Nina; Hägglund, Maria et al. (2024): Online-Zugang zu klinischen Behandlungsnotizen für ambulant versorgte Patienten (Studienprotokoll zur OpenNOTES-Studie). In: *Nervenheilkunde* 43 (12), S. 714–719. DOI: 10.1055/a-2411-7668.

Yeoman, Guy; Furlong, Patricia; Seres, Michael; Binder, Helena; Chung, Helena; Garzya, Vincenzo; Jones, Rachel Rm (2017): Defining patient centricity with patients for patients and caregivers: a collaborative endeavour. In: *BMJ innovations* 3 (2), S. 76–83. DOI: 10.1136/bmjinnov-2016-000157.

Yu, Chenhao; Xian, Yun; Jing, Tiantian; Bai, Mayangzong; Li, Xueyuan; Li, Jiahui et al. (2023): More patient-centered care, better healthcare:

the association between patient-centered care and healthcare outcomes in inpatients. In: *Frontiers in public health* 11, S. 1148277. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1148277.

Zeh, Stefan; Christalle, Eva; Hahlweg, Pola; Härter, Martin; Scholl, Isabelle (2019): Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study. In: *BMJ open* 9 (12), e031741. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031741.

Zill, Jödis M.; Härter, Martin (2017): Patienten-zentrierte Versorgung. In: Matthias Rothmund und Wilhelm Schwartz: Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik – Methodik – Anwendung. 2. Aufl. Hg. v. Holger Pfaff, Edmund Neugebauer, Gerd Glaeske und Matthias Schrappe. Stuttgart: Schattauer, S. 149–154.

Zukunftsforum Public Health (2021): Eine Public-Health-Strategie für Deutschland. Eckpunkte des Zukunftsforums Public Health. Online verfügbar unter https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2021/03/ZfPH_PH_Strategie_Policy-Paper.pdf, zuletzt geprüft am 24.03.2025.

Würdeorientierung als Reformperspektive

SABINE PLESCHBERGER
JACOB ROTH

Sabine Pleschberger ist Stiftungsprofessorin für Pflegewissenschaft am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien.

Jacob Roth ist Mitarbeiter im Team der Stiftungsprofessur für Pflegewissenschaft am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien.

Der Würdebegriff vermag zu konkretisieren, was die Abstraktheit ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Überlegungen oft vermissen lässt, und ermöglicht in seiner Universalität eine kritische Reflexion des Geschehens im Gesundheitswesen, insbesondere auch im Hinblick auf die Patientenorientierung und die damit befassten Akteurinnen und Akteure.

Einleitung

Im letzten halben Jahrhundert hat in der Medizin schrittweise eine Hinwendung zu den Patientinnen und Patienten und der Bedeutung ihrer Sichtweise stattgefunden (Armstrong, 1984). Damit einhergehend hielt auch die Patientenorientierung als Anspruch an die Medizin und das Gesundheitswesen Einzug. Nur scheint der Versorgungsalltag trotz zahlreicher Bekenntnisse von diesen Ansprüchen weit entfernt zu sein. Es dominieren Narrative des Systemversagens und der Krise sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Diskurs.

Patientenorientierung erfordert nicht nur entsprechende Haltungen bei den Health Professionals sondern auch strukturelle Rahmenbedingungen, um dieser im Versorgungsalltag Geltung zu verleihen. In nahezu jedem Bereich des Gesundheitswesens ist der Alltag heute geprägt von hoher Arbeitsbelastung und einem immer schnelleren „Durchlauf von Patientinnen und Patienten“. Dies wird begleitet von kontinuierlich optimierten Prozessen, die Räume und Zeiten für Begegnungen und Interaktionen immer weiter einschränken. Die Einführung einer verstärkten Marktorientierung in das Gesundheitswesen (Manzeschke, 2011) läutete in den 1990er Jahren einen fundamentalen Reformprozess ein. Dieser hat bis in die Gegenwart trotz vieler kritischer Stimmen kaum Korrekturen erfahren (exempl. Busse 2017; Beivers & Emde, 2020). Dabei darf nicht übersehen werden, dass der Anspruch, Effizienz zu steigern, Kosten zu sparen oder gar

Renditen zu erwirtschaften, unweigerlich mit einem Wert-/Zielkonflikt für die Gesundheitsfachkräfte einhergeht (SAMW, 2014).

Die „kostbare Ressource Gesundheitsfachkräfte“ (SVR, 2024) ist begrenzt, und immer mehr dieser Berufsangehörigen signalisieren, dass sie in einem solcherart gestalteten System nicht (mehr) arbeiten möchten. Es gelingt (ihnen) wenig überraschend auch immer schlechter, im Rahmen der Versorgung das Vertrauen der Menschen in ein funktionierendes System zu erhalten, dieses wird zunehmend als „unmenschlich“ erfahren, das Vertrauen nimmt seit Jahren kontinuierlich ab (PwC, 2024; Köcher, 2024). Vieles deutet darauf hin, dass von politischer Seite versucht wird, den Herausforderungen mit den bekannten Instrumenten bzw. Mitteln zu begegnen. Der Ruf nach Steigerung der Effizienz erscheint jedoch kontraproduktiv, wenn der Anspruch einer patientenorientierten Versorgung nicht vollends aufgegeben werden soll.

Um dies sichtbar zu machen, rücken wir in unserem Beitrag die Menschenwürde in das Zentrum. Der Würdebegriff verfügt über einiges Potenzial, um eine Spur zum Wesentlichen zu legen und zu konkretisieren, was die Abstraktheit ökonomischer und betriebswirtschaftlicher Überlegungen oft vermissen lässt. Er ermöglicht in seiner Universalität eine kritische Reflexion des Geschehens im Gesundheitswesen, insbesondere auch im Hinblick auf die Patientenorientierung und die damit befassten Akteurinnen und Akteure.

Würde – Konzeption & Relevanz

Die historische Entwicklung des Würdekonzeptes reicht bis in die Antike zurück, und ein Blick in die mannigfaltige Literatur zu Konzept und Verständnis unterstreicht, dass die Würde kein „objektiver Begriff“ ist sondern in seinem Sinngehalt immer an verschiedene Lebenskonzepte, religiöse Weltanschauungen oder Philosophien gebunden war. An dieser Stelle kann nicht ansatzweise auf diese näher eingegangen werden. Zweifelsohne stellen die neuzeitliche Vernunftphilosophie, darunter insbesondere die Begründungen Kants, eine wesentliche Weichenstellung für die Entwicklung von Menschenrechten dar. Auslegungen in der jüngeren Geschichte differenzieren Würde weiter aus, u.a. auch mit Blick auf unterschiedliche Kontexte. Im Wesentlichen manifestiert sich aber weiterhin das Verständnis von Würde als einer Seins-Bestimmung des Menschen und dem daraus resultierenden Gestaltungsauftrag (Wetz, 2005).

Die Menschenwürde steht also in einer Wechselbeziehung zu den Menschenrechten: Einerseits bildet sie die Grundlage der Menschenrechte, andererseits ist sie durch diese geschützt (Nordenfelt, 2004). So bildet Menschenwürde als universales Menschenrecht die Basis für weitere nationale und internationale Rechtsgrundlagen wie etwa die UN-Behindertenrechtskonvention mit Verbot der Diskriminierung (UN, 2006) oder den Art. 1. des Dt. Grundgesetzes: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Auch Empfehlungen mit Fokus auf Gesundheit, Pflege und Betreuung beziehen sich auf die Würde des Menschen, wie z.B. die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (BMSFSJ 2018) oder die „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ (Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin & Bundesärztekammer, 2010). In diesem Sinne wird mit dem Konzept der Würde theoretisch eine Schutzfunktion für alle Menschen begründet. Ob nun die Menschenwürde zu unterscheiden ist von anderen Würdekonzeptionen oder Verwendungen des Begriffs „Würde“ soll an der Stelle nicht weiter vertieft werden: Dass es weithin geteilte Intuitionen dazu gibt, worin Verletzungen der Würde eines Menschen liegen, und wie sie mit anderen zentralen moralischen Begriffen verknüpft sind, möge als Hinweis auf einen engen

Zusammenhang zwischen Menschenwürde und Würde ausreichen (Röttger und Stoecker, 2022).

Zweifelsohne steht das Konzept auch in der Kritik, beliebig zu sein oder als ideologische Waffe ge-/missbraucht zu werden (vgl. Hoerster, 2006; Birnbacher, 2020). Diese relativiert sich angesichts fehlender überzeugender Alternativen. Gerade wenn es um menschliche Angelegenheiten geht, so der kanadische Politikwissenschaftler und Philosoph Charles Taylor (1994) sind wir auf bestimmte Begriffe angewiesen, die uns als Realitätsmaßstab dienen. Begriffe, die uns das Leben durch kritische Überlegungen und nach der Korrektur der ermittelbaren Denkfehler am besten begreiflich machen (ebd.). Die „Menschenwürde“ kann vor diesem Hintergrund als eine solche Begrifflichkeit gesehen werden, mit der es möglich ist, sich das eigene Denken, Fühlen und Handeln verständlich zu machen (ebd.).

Tatsächlich gerät das Menschliche in den gesundheitswissenschaftlichen Diskursen ebenso wie in gesundheitspolitischen Debatten angesichts der üblichen betriebswirtschaftlich und ökonomisch geprägten Sprache leicht aus dem Blick. Und weil diese Sprache Wirklichkeit schafft, ist es wichtig, solchen Fehlentwicklungen, mit denen der eigentliche Sinn des Gesundheitswesens korrumpiert wird, entgegenzutreten (Wils & Baumann Hölzle 2013). Dieses müsse an Solidarität, Gerechtigkeit und eben Würde ausgerichtet sein, um nachhaltig das „Gut“ Gesundheit zu erhalten und zu befördern (ebd.). Mit dem Menschenwürdebegriff wird insbesondere zum Ausdruck gebracht, was wir verletzt sehen, um eine kritische Einschätzung vornehmen zu können, welche Behandlung dem Wesen angemessen oder unangemessen ist (Fischer et al. 2007).

Schließlich eröffnet Würde auch eine Perspektive auf die körperlich-leibliche Dimension von Menschen, die in den öffentlichen Debatten wie auch wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit Versorgungsfragen ebenfalls häufig ausgeblendet werden. Denn auch der Körper kann zur Angriffsfläche für Würdeverletzung werden, genauso wie über den Leib das Gefühl von Integrität im Sinne von Unversehrtheit und Ganzheit erfahren wird (Pleschberger 2003). Angriffe auf und Eingriffe in die Körper von Menschen berühren stets auch deren Würde,

bzw. umgekehrt hängt das Erleben von Würde und Würdeverletzungen eng mit dem körperlichen bzw. leiblichen Erleben zusammen (Röttger und Stoecker, 2022).

Würde als Schutzfunktion und Gestaltungsauftrag

Die Interpretation von Würde als Schutzfunktion und Gestaltungsauftrag ist theoretisch v.a. in der systemtheoretischen Perspektive begründet (Luhmann 1999/1965): „Kein Mensch ist in der Lage, ohne Zutun von außen, in Form von Achtung und Wertschätzung, eine individuelle Persönlichkeit aufzubauen oder zu erhalten.“ so formuliert dies Luhmann (1999, 69). „Freilich ist der Auftrag, „etwas darzustellen in der Welt“, auf das Individuum gerichtet, und damit verbunden ist eine individuelle Leistung. Doch die Verwiesenheit auf Andere als ein Wesensmerkmal der *conditio humana* führt zu der Einsicht, dass die „gelungene Selbstdarstellung“ – als die Luhmann Würde konzipiert/versteht – je nach Kontext zugelassen oder behindert werden kann. Daraus folgt: Nur wenn eine Gesellschaft sich darum bemüht, neben der Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen Menschen durch soziale Bedingungen nicht in erniedrigende Lebenslagen zu bringen, und darüber hinaus um die Sicherstellung von Anerkennungsverhältnissen bemüht ist, kann sich die Selbstahtung der Person entfalten (Pfäbigan & Pleschberger 2014).

In diesem Zusammenhang kann Würde als Konzept sowohl für die Ausrichtung des Gesundheitssystems als Ganzes, der Gestaltung seiner Organisationen als auch Interaktionen und Begegnungen auf der Mikroebene Orientierung geben.

Bedrohungen der Würde – Risiken für Entwürdigung

Ein Würdeverständnis, das impliziert, dass Menschen zur gelungenen Selbstdarstellung befähigt, zumindest nicht daran gehindert werden sollen, verdeutlicht die besondere Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem bzw. aller hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Jene, die durch Alter, Krankheit oder in Folge eines Unfalls ihre Fähigkeiten zur „Würdedarstellung“ teilweise oder zur Gänze, vorübergehend oder dauerhaft verloren haben, büßen auch häufig

Möglichkeiten zur Selbstbestimmung ein, sind angewiesen auf Hilfe bzw. abhängig davon, ebensolche zu erhalten. Auch die französische Philosophin Cynthia Fleury verweist auf ein häufiges Missverständnis im Zusammenhang mit Würde vor dem Hintergrund von Krankheit, Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit, denn „nicht die Abhängigkeiten sind das Problem, sondern ob diese in ein würdiges zwischenmenschliches Spiel von Beziehungen eingebettet werden“ (Fleury 2024, 123).

Gerade in Kontexten, wo der Fokus stark auf der Optimierung von Prozessen zur Effizienzsteigerung liegt, wie z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen oder auch mobilen Pflegediensten, kann es zu „Nebenwirkungen“ kommen, etwa nicht ausreichender Beachtung möglicher würdeverletzender Interaktionen und Interventionen. Beispiele dafür sind etwa mangelnder Schutz der Intimsphäre bei Gesprächen, anderen diagnostischen bzw. therapeutischen Interventionen oder verletzend Kommunikation bis hin zu körperlichen Eingriffen, deren Ablauf als entwürdigend erlebt werden können. Das individuelle Erleben von Vulnerabilität sowie mögliche Verletzungen von Würde sind von verschiedenen Einflüssen abhängig: So kann die Aussicht auf Genesung ebenso wie die Tatsache, die verletzend Interaktion als vorübergehende zu wissen, Kräfte der Resilienz mobilisieren und das Erfahrene relativieren.

Anders stellt sich dies jedoch dar, wenn das Ziel der Genesung nicht in Aussicht steht oder mit wiederkehrenden oder dauerhaften Einschränkungen oder

zeitpflege findet sich dieses Phänomen gehäuft, weil Menschen demenziell verändert oder als Sterbende in der letzten Lebensphase angelangt sind.

Nicht überraschend haben Diskussionen um Verletzungen der Würde durch Behandlungen häufig von der Versorgung in der letzten Lebensphase ihren Ausgang genommen. Beispielhaft sei auf die Entwicklung von Hospizbewegung und Palliative Care verwiesen, die ihren Ausgang vom Anliegen, Menschen mit fortgeschrittener „austherapierter“ Krankheit ein würdevolles Sterben zu ermöglichen (Heller et al. 2013).

Den Würdebegriff empirisch füllen

Was steht auf dem Spiel, wenn die Würde missachtet wird? Mit Forschung, die das Erleben aus der Perspektive von vulnerablen Gruppen möglichst umfassend zu erfassen versucht, lässt sich das Konzept konkretisieren. Beispielhaft können dazu Arbeiten aus dem Kontext der stationären Langzeitpflege angeführt werden: Ausgehend von der Perspektive von Pflegeheimbewohnern wurde Würde differenziert und ein intrapersonaler Kern identifiziert, der z.B. religiös begründet sein kann, jedenfalls aber auch unter widrigen Umständen in der persönlichen Wahrnehmung erhalten bleibt (Pleschberger 2003). Dieser ist umgeben von einer relationalen Würde, die aus sozialen Prozessen der Achtung und Anerkennung resultiert und in einzelnen Interaktionen, Begegnungen etc. nicht nur als individuelle Leistung, sondern

auch im Miteinander mit anderen „hergestellt“ wird (ebd.). Gerade hinsichtlich letzterer sind Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen besonders gefährdet. So hat Pfabigan (2011) herausgearbeitet, welche Erfahrungen dazu führen

können, dass sich Menschen in ihrer Würde verletzt fühlen. Dazu gehören beispielsweise „übersehen oder überhört zu werden“, „nicht ernst genommen zu werden“, Machtmissbrauch durch Pflege- und Betreuungspersonen, mangelnde Fürsorge und das Vorenthalten von Möglichkeiten der Selbstbestimmung. Es wurde auch deutlich, dass solche Missachtungserfahrungen mit starken negativen Gefühlen verbunden sind, bis hin zu dem Wunsch, zu sterben. Im Gegenzug jedoch wird eingeräumt, dass

wertschätzendes und respektvolles Verhalten die motivationalen Lebenskräfte der pflegebedürftigen Menschen ganz wesentlich stützen (ebd.).

Fleury fordert, dass die neuen Formen der „Unwürden“ untersucht und dokumentiert werden sollen und richtet diese Forderung an die Medizinischen Humanwissenschaften sowie Geistes- und Sozialwissenschaften (Fleury 2024, 144). Allerdings bedarf es dazu aus unserer Sicht geeigneter Methoden und Verfahren, die dem Konzept Rechnung tragen, wie wir sie am Beispiel qualitativer Studien präsentiert haben. In theoriefreien Räumen die Würde quantitativ zu vermessen (Vlug et al. 2011, Albers et al. 2011), in einem Zuge mit anderen mehr oder weniger belastenden Symptomen in standardisierte Befragungen aufzunehmen (Unsel et al. 2025), konterkariert das Anliegen. Denn eine solche Skala kann theoretisch keinen Wert „0“ aufweisen und zudem wird riskiert, die Anforderung einer Beweislast den so befragten Subjekten aufzuerlegen. Hier zeigt sich die Besonderheit des Würdebegriffs: Er ist ein hermeneutischer Begriff, der im Vollzug menschlicher Interaktion lebendig wird. Diese schließt auch die Forschungssituation mit ein. Nur wenn die Würde der Menschen im unmittelbaren Forschungskontext nicht außer Streit gestellt wird und die Befragten Raum bekommt, in ihrer Sprache das Erleben von Bedingungen, die ihre Würdedarstellung befördert oder beeinträchtigt haben, zu erzählen, lässt sich der Gegenstand angemessen erschließen.

Rolle und Aufgabe von Health Professionals

Im Umgang mit besonders vulnerablen und schutzbedürftigen Menschen haben die Gesundheitsfachkräfte, insbesondere die Pflegeberufe, explizit Stellvertreterfunktion und dafür Sorge zu tragen, dass Menschen in ihrer Würdedarstellung nicht beschädigt werden. So ist der Auftrag einer würdevollen und respektvollen Behandlung ohne Diskriminierung jeglicher Art in der Berufsethik der Pflege fest verankert, wo es heißt: Die Berufsgruppe erkennt das Recht auf Leben und freie Entscheidung/Selbstbestimmung („choice“) für alle Menschen an (ICN, 2012). Ähnliche Aussagen finden sich auch im Berufsethos anderer Gesundheitsberufe wieder.

Damit Patientenorientierung im Versorgungsalltag gelingen kann, müssen die Rahmenbedingungen stimmen.

Beschwerden gerechnet werden muss, was für immer mehr Menschen der Fall ist. Sei es, dass sie chronische Erkrankungen haben oder altersbedingt Funktionseinschränkungen aufweisen. Ähnlich lassen sich auch besonders vulnerable bzw. schutzbedürftige Gruppen identifizieren, deren Fähigkeit zur „Würdedarstellung“ stärker eingeschränkt ist, darunter etwa Menschen mit Behinderungen, geflüchtete Menschen oder auch Kinder und Jugendliche bzw. hochaltrige Menschen. Insbesondere in der stationären Lang-

Wie sich dieser Auftrag konkret in der Praxis gestaltet, darüber gibt eine qualitative Studie von Baillie und Gallagher (2011) aus UK Auskunft. Sie haben Strategien erforscht, mit denen Pflegefachkräfte in der täglichen Arbeit die Würde zu achten versuchen: Pflegefachkräfte zeigten eine hohe Sensibilität für die besondere Vulnerabilität von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Würdeverletzungen. Diese besondere Vulnerabilität ergibt sich aus Ängsten aufgrund von lebensbedrohlichen oder lebenslimitierenden Erkrankungen sowie Kommunikationsschwierigkeiten (ebd.). Ebenso tragen Pflegefachkräfte dafür Sorge, dass die Intimsphäre gewahrt und geachtet wird, dass die Kommunikation wertschätzend gestaltet wird, beispielsweise bei Visiten oder aber auch ganz grundsätzlich, dass Menschen in Gesprächssituation in ihrer Individualität ernst genommen werden. Schließlich sind ihre Strategien auch auf die Räume und Umgebung, in der Pflege stattfindet, gerichtet. D.h. ob und wieviel Privatsphäre diese zulassen bzw. Individualität zum Ausdruck kommen kann (ebd.). Letzterer Aspekt ist zweifelsohne in der Langzeitpflege von besonderer Bedeutung.

Ergänzend dazu lassen sich auch zahlreiche Beispiele aus der Hospizbewegung und Palliativversorgung anführen, wo „Achtsamkeit auf vermeintlich kleine Dinge“ und das Vermitteln von Wertschätzung die Selbstachtung von Menschen fördern und selbst unter widrigen Umständen beispielhafte Konzeptelemente sind. Das wird etwa in der Aussage von Clementine Louven, Pionierin des ersten Hospizes Haus Hörn in Aachen, sichtbar: „Denn wenn einer ein Glas Wein haben will, da muss eine Flasche Wein da sein. Auch wenn er nur zwei Schlückchen nimmt.“ (zit. nach Heller et al. 2013, 274). Dass Menschen in einem Hospiz noch geschminkt werden, dass versucht wird, einer Patientin in der Klinik eine letzte Begegnung mit ihrem Haustier zu ermöglichen, oder dass die Zimmer mit persönlichen Gegenständen ausgestattet werden, um der Individualität des Menschen Rechnung zu tragen, sind weitere Beispiele (ebd.).

Die Frage, wie eine solche Haltung von Health Professionals in allen Settings zum Ausdruck kommen kann, wie Menschen konkret mit dem Ziel der Achtung ihrer Würde „behandelt“ werden können, liegt den Arbeiten des

kanadischen Psychiaters Harvey Chochinov zu „dignity interventions“ zugrunde (Chochinov, 2024). Die häufig verwendete „goldene Regel“, nämlich Andere so zu behandeln, wie man selbst gerne behandelt werden möchte, relativiert der Autor mit der „Platinregel“ (ebd.): Das eigene Selbst stellt nämlich nicht immer eine gute Referenz dar, v.a. weil man sich nicht immer mit den Lebenssituationen des Gegenübers identifizieren kann, etwa, weil die Person sterbend ist oder hochbetagt (siehe Kasten 1). Dennoch zeigen seine Arbeiten, wie in jeder einzelnen Interaktion Achtung und Anerkennung des Gegenübers mit sehr einfachen Mitteln hergestellt werden kann. Darauf müssen Health Professionals aber auch im Zuge ihrer Ausbildung vorbereitet werden. Medizinstudierende haben im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen besonders wenige Möglichkeiten, Sensibilität in Bezug auf Würde auszubilden, wie ein rezent Review gezeigt hat (Buonaccorso et al. 2024).

Mit der Frage von Ausbildung und professionellen Kompetenzen kommt schließlich eine weitere wichtige Dimension in den Blickwinkel. Denn in all diesen empirischen Befunden wird deutlich, wie stark die Wechselwirkun-

gen von organisationalen Rahmenbedingungen, professionellem Handeln und Würdeerleben sind.

Würde und Grenzen

Was als Leistung gesehen und definiert wird, hat Folgen dafür, in welchem Umfang Leistungen finanziert werden, und nur solche Leistungen finden wiederum in die Dokumentationssysteme Eingang, unabhängig davon, ob sie nun erfolgt sind oder nicht. Wesentliche Merkmale der Pflege wie Beziehungsarbeit, Dialog, Zuhören können oder auch ein Anpassen der Geschwindigkeiten bei der Durchführung von Maßnahmen an die Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person, die im Kontext einer gelungenen Würdedarstellung zentral wären, sind in eine ökonomische Logik eingebettet. Sie verlieren dort aber ihre Berechtigung, da sie als nicht zwingend erforderlich für die Durchführung einzelner Tätigkeiten und Leistungen gesehen werden.

Für die professionelle Pflege stellt sich beispielsweise die Problematik, dass der psychosozialen Betreuung der Patientinnen und Patienten wenig Bedeutung beigemessen wird, und ihr der „Geruch eines nicht erforderlichen Lu-

Kasten 1: Würdeorientierte Interventionen nach Chochinov (2024)

Würdeorientierte Interventionen

„Wenn Sie einem Menschen in einem Krankenzimmer begegnen, fragen Sie stets als Erstes: ‚Was muss ich von Ihnen wissen, damit ich eine Idee davon bekomme, wen ich vor mir habe?‘“

- Fokus liegt auf der der **Individualität der Person** jenseits ihrer Krankheitssituation o.Ä., und dass die Person selbst die Möglichkeit für eine gelungene Würdedarstellung erhält. Dies erleichtert wiederum den Health Professionals der Person entsprechend zu begegnen.

Platinregel: „Behandle andere stets so, wie sie behandelt werden möchten!“

- Fokus liegt auf der **Perspektive der betroffenen Person** statt auf der eigenen. (Es wird dem Gegenüber nicht gerecht, wenn wir danach vorgehen, wie wir dies für uns gerne hätten. Da wir nicht wissen können, was aus den Augen des Anderen gut oder richtig ist, gilt es in erster Linie zu versuchen, eben dies herauszufinden)
- Besonders relevant in der **Palliativmedizin oder der Versorgung alter und hochbetagter Menschen**, und der **würdevollen Begleitung von Menschen**.

Anwendung:

- ✓ Empathie zeigen
- ✓ Aktiv zuhören
- ✓ Bedürfnisse erfragen und respektieren
- ✓ Individualität achten

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Chochinov (2024)

xus“ anhaftet (Bartholomeyczik, 2011). So werden vor allem die qualifizierten Pflegeberufe fokussiert auf Interventionen wahrgenommen, die die sogenannte körperliche Gesundheit betreffen. Dabei wird übersehen, dass es in der beruflichen Pflege zentral um die Folgen einer Krankheit für die betroffenen Menschen geht, um den Umgang mit Kranksein und die Folgen einer Therapie. Dies erfordert ein Einlassen auf die individuelle Situation, wofür im Alltag kaum noch Zeit bleibt. In einer Studie zur Frage nach Rationierung von Pflegeleistungen („Missed Nursing Care“) in österreichischen Akutkrankenhäusern wurde gezeigt, dass implizite Rationierung vor allem Maßnahmen im Bereich der Beziehungsgestaltung zu Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen betrifft (Cartaxo et al. 2022).

Hier offenbart sich die Schwierigkeit der Vereinbarkeit von einer patientenorientierten Versorgung, die maßgeblich von der Möglichkeit zur Würdedarstellung abhängt, und den Erfordernissen in einem betriebswirtschaftlich ausgerichteten System, das bei dem Versuch, mit restriktiven Budgets wachsenden Ansprüchen und den demographischen Wandel zu managen, an seine Grenzen kommt.

Am deutlichsten wird dies wohl bei der Problematik des Mangels an Gesundheitsfachkräften. Von ihnen hängt in hohem Maße die Umsetzung einer patientenorientierten Versorgung ab. Sie brauchen Räume und Zeit für die Gestaltung von würdevollen Beziehungen. Diese Räume und Zeiten als produktiv oder unproduktiv zu betrachten und sie damit eng an Nützlichkeit und Zweckmäßigkeit zu koppeln, wird dem Professionsverständnis der Gesundheitsberufe nicht gerecht. Denn gerade diese zeigen in der täglichen Praxis, dass in Beziehungen investierte Zeit im Alltag nicht nur produktiv sein kann, sie ist vor allem Ausdruck von Wertschätzung und Anerkennung, ein „Investment“ in die Menschenwürde.

Reformperspektiven

Unsere Überlegungen nahmen den Anspruch auf Patientenorientierung als Ausgangspunkt, verbunden mit der Beobachtung, dass in Institutionen und sozialen Praktiken die sogenannten „beschädigten

Formen der Würde“ zugenommen haben (Fleury 2024). Fleury verortet dies in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten und bemerkt hierzu, dass „die Verletzung der Würde der Person in der Gesellschaft zu einem gängigen Führungskonzept geworden“ sei (19). Der Bezug zum Gesundheitssystem liegt auf der Hand.

Es steht außer Zweifel, dass Möglichkeiten, um die Effizienz zu steigern, damit wir mit den vorhandenen Ressourcen auskommen können, auch weiterhin ausgelotet und genutzt werden müssen. Die bisherigen Entwicklungen zu diesem Zwecke wecken aber Zweifel, ob ein einseitig an Effizienzsteigerung ausgerichtetes Gesundheitssystem auf diese Weise seine Ziele erreicht. Denn einseitige Anpassungen und Reformen stoßen unweigerlich an eine physische Grenze, nämlich die der Einsatzbereitschaft und Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal.

Das Ermöglichen würdevoller Beziehungen ist eine notwendige Voraussetzung, um qualifiziertes und am Wohl der Patientinnen und Patienten orientiertes Gesundheitspersonal im Beruf zu halten. Vor diesem Hintergrund werden im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrates zahlreiche Strukturereformen gefordert: Beispielsweise zur Reduktion stationärer Belegstage mit denen explizit eine Verbesserung der Arbeitsplatzat-

Das Ermöglichen würdevoller Beziehungen ist eine notwendige Voraussetzung, um qualifiziertes Gesundheitspersonal im Beruf zu halten.

traktivität durch Verringerung der Arbeitsbelastung erzielt werden soll (SVR, 2024). Dies stünde im Gegensatz zu bisherigen Strategien, die auf Einsparungen im Personalbereich ausgerichtet waren.

„Mut zur Würde!“ so lautet eine Forderung von Fleury (2024), die im Kontext des Gesundheitswesens bedeuten könnte, Strukturen wie die Praxis aus dieser Perspektive zu beleuchten und Reformen mit Ziel der Realisierung von Patientenorientierung auf den Weg zu bringen, die das Potenzial der Fachkräfte, allen voran der Pflege, zur Geltung bringen können.

Literatur

- Albers, G., Pasman, H. R. W., Rurup, M. L., de Vet, H. C. W., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011).** Analysis of the construct of dignity and content validity of the patient dignity inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-45>
- Armstrong, D. (1984).** The Patient's view. *Social Science and Medicine* 18(9), 737-744.
- Baillie, L., & Gallagher, A. (2011).** Respecting dignity in care in diverse care settings: Strategies of UK nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), 336-341. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01944.x>
- Bartholomeyczik, S. (2011).** Schnellerer Durchlauf kränkerer Patienten im Krankenhaus: Wo bleibt die Pflege? *Ethik in der Medizin*, 23(4), 315-325. <https://doi.org/10.1007/s00481-011-0160-x>
- Beivers, A., & Emde, A. (2020).** DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich, J. Wasem, & A. Beivers (Eds.), *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg* (pp. 3-24). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-60487-8_1
- Birnbacher, D. (2020).** Autonomie – Konzepte und Konflikte. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–16). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_74-2
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend & Bundesministerium für Gesundheit (BMFSFJ). (2005).** *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/122c99e4b0dbbc8993765e6a841ba8e6/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf>
- Buonaccorso, L., Soncini, S., Bassi, M. C., Mecugni, D., & Ghirotto, L. (2025).** Training healthcare professionals to dignity-in-care: A scoping review. *Nurse Education Today*, 146, 106543. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106543>
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017).** Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882-897. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
- Chochinov, H. M. (2024).** Die Platinregel: ein neuer Maßstab für die personenzentrierte Versorgung. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 25(03), 113-115. <https://doi.org/10.1055/a-2293-5878>
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin**

- & Bundesärztekammer. (2010).** *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*. https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/Charta/charta_langfassung_barrierefrei.pdf
- Fischer, J., Gruden, S., Imhof, E., & Strub, J. (2008).** *Grundkurs Ethik*. Kohlhammer. <https://doi.org/10.17433/978-3-17-023102-3>
- Fleury, C. (2024).** *Die Klinik der Würde*. Suhrkamp.
- Heller, A., Pleschberger, S., Fink, M., Gronemeyer, R. (2013).** *Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland*. 2. überarb. Auflage. der hospiz verlag.
- Hoerster, N. (2006).** Menschenwürde und das Recht auf Leben. In K. Liessmann (Hrsg.), *Der Wert des Menschen. An den Grenzen des Humanen*. Paul Zsolnay Verlag.
- International Council of Nurses (ICN). (2021).** *The ICN code of ethics for nurses*. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Köcher, R. (2024, 25. Juli).** Vertrauen ins Gesundheitssystem sinkt laut Allensbach-Umfrage rapide. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/vertrauen-ins-gesundheitssystem-sinkt-laut-allensbach-umfrage-rapide-19876222.html>
- Luhmann, N. (1999).** *Grundrechte als Institution. Ein Beitrag zur politischen Soziologie*. Dunker & Humbolt.
- Manzeschke, A. (2011).** Die effiziente Organisation. *Ethik in der Medizin*, 23(4), 271-282. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00481-011-0163-7>
- Nordenfelt, L. (2004).** The Varieties of Dignity. *Health Care Analysis*, 12(2), 69-81. <https://doi.org/10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b>
- Pfabigan, D. (2011).** *Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege: Eine philosophische, disziplinen- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns*. hpsmedia.
- Pfabigan, D., & Pleschberger, S. (2014).** In N. Feinendegen, G. Höver, A. Schaeffer, & K. Westerhorstmann (Hrsg.), *Menschliche Würde und Spiritualität in der Begleitung am Lebensende: Impulse aus Theorie und Praxis*. Königshausen & Neumann.
- Pleschberger, S. (2005).** Nur nicht zur Last fallen: Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Lambertus.
- PricewaterhouseCoopers (PwC). (2024).** *Healthcare-Barometer 2024*. PricewaterhouseCoopers GmbH.
- Röttger, N., & Stoecker, R. (2020).** Menschenwürde als Leitkategorie für professionelles Entscheiden und Handeln im Pflege- und Gesundheitswesen. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1-21). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_17-1
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege. (2024).** *Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource – Gutachten 2024* (2. durchgesehene Auflage). Berlin.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). (2014).** *Medizin und Ökonomie – wie weiter? Swiss Academies Communications*, 9(4).
- Taylor, C. (1994).** *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*. Suhrkamp.
- Unsel, M., Meyer, A., Vielgrader, T., Wagner, T., König, D., Popinger, C., Sturtzel, B., Kreye, G., Zeilinger, E. (2025).** Assisted Suicide in Austria: Nurses' Understanding of Patients' Requests and the Role of Patient Symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 22(2), 218. <https://doi.org/10.3390/ijerph22020218>
- Vereinte Nationen (UN). (2006).** *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen [UN-Behindertenrechtskonvention]*. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
- Vlug, M. G., de Vet, H. C. W., Pasman, H. R. W., Rurup, M. L., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2011).** The Development of an Instrument To Measure Factors that Influence Self-Perceived Dignity. *Journal of Palliative Medicine*, 14(5), 578-586. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0513>
- Wetz, F. J. (2005).** *Illusion Menschenwürde: Aufstieg und Fall eines Grundwertes*. Klett-Cotta.
- Wils, J., Baumann-Hölzle, R. (2013).** *Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens*. Wege aus der Vertrauenskrise. Schulthess Verlag.

Neue Bücher

■ Eigenverantwortung in der Gesundheitspolitik. Wird sie ihr politisches Comeback haben?

Von Prof. Dr. Bertram Häussler,
Nomos 2025, 120 Seiten;
ISBN Print: 978-3-7560-3244-0;
ISBN E-Book: 978-3-7489-6038-6

Das Buch bietet einen einzigartigen, evidenzbasierten Überblick zur Bedeutung und Entwicklung von Eigenverantwortung im deutschen Gesundheitswesen – ein unverzichtbares Werk für ein Fachpublikum aus Wissenschaft und Praxis sowie politisch Interessierte. Neben anschaulichen Analysen historischer und aktueller Reformen behandelt es zentrale Fragen zur Wirksamkeit und Akzeptanz von Eigenverantwortung als Steuerungsinstrument. Der Autor wertet Gesetzestexte und Bevölkerungsbefragungen aus und vergleicht die Präferenzen verschiedener Akteure, von Versicherten bis Leistungserbringern.

Kassenbeiträge steigen, die Wirtschaft unter Druck, Reformen sind überfällig. Zeit für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Moment. Das gab es doch schon mal. Ja, schon mehrmals. Professor Bertram Häussler bringt in die gesundheitspolitische Diskussion des Jahres 2025 einen Begriff ein, der in der Bundesrepublik eine zuverlässige zyklische Renaissance erlebt. Zum Ende der Ära Kohl waren als Folge der Wiedervereinigung in den 90er Jahren stark ansteigende Staatsschulden und Sozialausgaben bei gleichzeitiger Stagnation des Wirtschaftswachstums der Anlass, in den gesundheitspolitischen Reformdebatten, den Begriff Eigenverantwortung zu spielen. Die letzte Regierung Kohl handelte damals im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Einführung von Zuzahlungen, der Erweiterung des Katalogs zuzahlungs-

pflichtiger Leistungen und mit Wahltrüben. Die beiden rot-grünen Regierungen von 1998 bis 2005 drehten dieses Rad zunächst zurück, legten jedoch die gedanklichen Fundamente für eine Kehrtwende in der Sozialpolitik: Das sozialstaatliche Versorgungsdenken wurde kritisch gesehen, das Schröder-Blair-Papier hat 1999 der Begriff Eigenverantwortung in die Debatte gehoben: „Alle sozialpolitischen Instrumente müssen Lebenschancen verbessern, Selbsthilfe anregen, Eigenverantwortung fördern.“ The Economist hatte in diesem Jahr den „Sick man of the euro“ zum ikonischen Bild gemacht und damit den langen Weg zur Agenda 2010 geebnet. Die bisher tiefgreifendste Reform der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem GKV-Modernisierungsgesetz war eine Folge. Krankenkassen konnten Verträge zur integrierten Versorgung ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen schließen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Unvergessen im Wahlvolk ist aber die Einführung der 10 Euro Praxisgebühr pro Quartal. Im Nebel des Vergessens liegt die 10 Euro Zuzahlung bei stationärer Versorgung im Krankenhaus. Den Merkel-Regierungen nach dem Scheitern von rot-grün und der Auflösung des Bundestags gingen Reformvorschläge von CDU/CSU voraus, die ein Umdenken in Richtung Sparsamkeit, Effizienz und auch Eigenverantwortung eingeleitet haben. Die unter großen Konflikten von Ulla Schmidt durchgesetzten Zuzahlungen und Zumutungen wurden unter dem Eindruck einer von der Bankenkrise alarmierten Bevölkerung von einem FDP-Minister wieder kassiert. Bertram Häussler beschreibt präzise, welche Rolle der Begriff Eigenverantwortung in den zurückliegenden gesundheitspo-

litischen Reformdebatten gespielt hat. Und mit seinem neuen bei NOMOS erschienenen Buch wirft der Leiter der IGES Gruppe den Blick zurück buchstäblich nach vorn in die aktuelle politische Lage: Eine geopolitische Situation, in der das Gesundheitssystem Mühe hat, auf die Agenda zu kommen mit Strukturreformen, die über hastiges Krisenmanagement hinausgehen. Denn damals wie heute ist die aktuell durch Energiepreise gebeutelte Wirtschaft in Deutschland zu schwach, um die hohen Sozialausgaben nachhaltig tragen zu können. Steigende Ausgaben der GKV, der zudem die alternden Boomer ins Haus stehen, erzwingen im bedrohlichen Digitalisierungstau klaren Willen zu Führung und Entscheidungen, die nun endlich Innovation und Patientenzentrierung als Schlüssel für ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem umsetzt. Die dafür notwendige Transformation auf drei Ebenen hat die Bertelsmann-Stiftung beschrieben: Erstens eine konsequente, Digitalisierung mit erlebbarem Nutzen in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Zweitens: Umbau der Versorgungsstrukturen zugunsten ambulanter integrierter regionaler Modelle. Drittens: mit der gezielten Förderung von Gesundheitskompetenz die Menschen befähigen, die eigene Gesundheit aktiv mitgestalten können. Eigenverantwortung als Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen. Der Autor bietet einen kundigen und durch den Blick auf die Karriere des Begriffs in den zurückliegenden Bundesregierungen unaufgeregten Beitrag zu den aktuellen Reformdebatten. Bertram Häussler liefert praxisnahe Orientierung, zeigt Chancen und Grenzen auf und gibt Empfehlungen für die künftige Gestaltung des Gesundheitssystems.

Stefan B. Lummer