

Bürgergutachten

Gesundheitsversorgung der Zukunft



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Vorbemerkung	5
Die wichtigsten Empfehlungen der Bürger:innen im Überblick	6
1. Das Bürgergutachten zur Gesundheitsversorgung der Zukunft	8
1.1 Das Arbeitsprogramm	9
1.2 Generelles zum Verfahren	10
1.3 Das Bürgergutachten	12
1.4 Neutralität des Durchführungsinstituts.	12
1.5 Die Stichprobe	12
1.6 Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer	13
1.7 Verfahrensbewertung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer	16
2. Ergebnisse	18
2.1 Arbeitseinheit 1: Einführung in das Verfahren „Planungszellen“ und inhaltliche Einstimmung	18
2.2 Arbeitseinheit 2: Unser Gesundheitssystem in der Corona-Krise	20
2.3 Arbeitseinheit 3: Herausforderungen chronischer Erkrankungen	22
2.4 Arbeitseinheit 4: Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem	24
2.5 Arbeitseinheit 5: Zum Arzt/zur Ärztin gehen: Worauf kommt es aus Sicht von Patientinnen und Patienten an? Potentiale eines patient:innenzentrierten Ansatzes	26
2.6 Arbeitseinheit 6: Ins Krankenhaus gehen: Worauf kommt es aus Sicht der Patientinnen und Patienten an? (aufgezeigt am Thema Krebs)	28

2.7	Arbeitseinheit 7: Schulmedizinische, komplementärmedizinische und naturheilkundliche Behandlungsverfahren: Was heißt, es wirkt und wer entscheidet?	29
2.8	Arbeitseinheit 8: Diskussionsrunde mit geladenen Politiker:innen zu Perspektiven zentraler gesundheitspolitischer Forderungen ihrer Parteien und die Rolle der Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem	31
2.9	Arbeitseinheit 9: Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem: Wie können sich die Bürgerinnen und Bürger sinnvoll in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbringen?	32
2.10	Arbeitseinheit 10: Vorstellung der Ergebnisse und Open Space	33
2.11	Arbeitseinheit 11: Formulierung der gemeinsamen Ergebnisse: Forderungen an die Politik	35
	Fazit	36
	Danksagungen	37
	Impressum	40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht des Arbeitsprogramms und Zuordnung zu den Dimensionen	9
Tabelle 2: Exemplarischer Ablauf einer Arbeitseinheit	11
Tabelle 3: Berufe der Teilnehmer:innen	15
Tabelle 4: Überblick über die teilnehmenden Politiker:innen	31
Tabelle 5: Beiträge der Bürger:innen im Rahmen der Open Space-Sitzung	34

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Geschlecht (n = 75)	13
Abbildung 2: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Alter (n = 75)	13
Abbildung 3: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Herkunft (n = 75)	13
Abbildung 4: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Bildungsabschluss (n = 48)	14
Abbildung 5: Motive zur Teilnahme an den Planungszellen (n = 48, Mehrfachnennungen waren möglich)	16
Abbildung 6: Verfahrensbewertung (Anzahl der vergebenen Schulnoten; n = 48)	17
Abbildung 7: Bewertung der Planungszellen Gesundheit durch die Teilnehmer:innen (n = 48)	17
Abbildung 8: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 1	19
Abbildung 9: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 2	22
Abbildung 10: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 3	23
Abbildung 11: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 4	25
Abbildung 12: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 5	27
Abbildung 13: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 6	29
Abbildung 14: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 7	30
Abbildung 15: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 9	33
Abbildung 16: Empfehlungen der Bürger:innen auf einem Blick	36

Vorwort

Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem ist vielen Menschen bisher eher fremd. Sie nehmen die vielfach professionell-hierarchisch und sektoral betonten Strukturen als gegeben hin. Als Verbände von Bürgerinnen und Bürgern vertreten wir seit Jahrzehnten die Interessen von Nutzer:innen im Gesundheitssystem. Menschen, die in unseren Vereinen mitwirken, haben verstanden, dass ihre Gesundheit etwas zu tun hat mit ihrer eigenen Aktivität und mit den Kompetenzen, die sie erworben haben. Zugleich aber haben wir miteinander gelernt, dass ihre Erfahrungen, ihre Bedürfnisse und ihr Wissen in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems, aber auch in der medizinischen Versorgung, kaum Berücksichtigung finden.

Das vorliegende Bürgergutachten ist ein wesentlicher konkreter Schritt auf dem Weg zu mehr Mitgestaltung im Gesundheitssystem. Der Prozess selbst hat gezeigt, das Bürger:innen urteilsfähig und gestaltungswillig sind, und bestätigt die Erfahrung, die wir auch in unserer Mitgliedschaft sammeln konnten.

Wir danken allen Beteiligten, voran den Bürgerinnen und Bürgern, die durch ihr Engagement und ihre konstruktiven Vorschläge dieses Gutachten überhaupt erst möglich gemacht haben! Unser Dank gilt ebenso Prof. Dr. Christiane Dienel und Dr. Arnd Hofmeister stellvertretend für das nexus Institut für die gute und professionelle Zusammenarbeit und dafür, dass sie für die nötige Neutralität dieses Gutachtens Sorge getragen haben. Zugleich sei den vielen Expertinnen und Experten sowie den Politiker:innen für ihre Mitwirkung gedankt!

Auf dass dies nur der Anfang eines demokratischen Aufbruchs im Gesundheitssystem ist!



Dr. Stefan Schmidt-Troschke
GESUNDHEIT AKTIV e.V.



Dr. Anna Paul
Natur und Medizin e.V.

Vorbemerkung

Gesundheit wird von den meisten Menschen als wichtigstes Gut, oder jedenfalls als wichtigste Vorbedingung für ein glückliches Leben angesehen. Entsprechend existenziell ist die Frage, welches Gesundheitssystem und welche Medizin am besten dafür sorgen können. Gesundheitspolitische Diskussionen kranken jedoch zu oft daran, dass sie sich an administrativen oder fachlichen Details festbeißen und es selbst Fachleuten kaum gelingt, das große Bild in den Blick zu nehmen. Wegen der komplexen Materie wird die politische Debatte über das Gesundheitssystem zudem häufig als Expert:innendebatte geführt. Viele Bürgerinnen und Bürger möchten sich aktiv an der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens beteiligen, haben dazu jedoch viel zu wenige Möglichkeiten. Wenn sie sich als Patientinnen und Patienten im System wiederfinden, fehlt es ihnen zumeist an Kraft zur Mitgestaltung, und wenn sie als mündige Bürgerinnen und Bürger mitwirken wollen, gibt es zu wenige Arenen, in denen sie als Nicht-Fachleute, aber auf der Basis ihrer Lebenserfahrung und ihrer Werte gehört werden.

Die hier vorliegenden Empfehlungen von zufällig ausgewählten Bürgerinnen und Bürgern zeigen, welches Potential in der partizipativen Mitgestaltung des Gesundheitswesens liegt. Das Prinzip der Planungszellen – Zufallsauswahl, qualifizierte Informationen und genügend Zeit zur Beratung in unmoderierten Kleingruppen – konnte beim Thema Gesundheit und Gesundheitspolitik sein volles Potential entfalten. Die Teilnehmer:innen befassten sich intensiv mit den komplexen Fragestellungen, stiegen gleichberechtigt in den Diskurs mit Fachleuten und Politik ein, und formulierten selbstbewusst ihre Empfehlungen. Das Gutachten gibt jenseits parteipolitischer oder fachpolitischer Debatten eine klare Antwort darauf, welches Gesundheitssystem Bürgerinnen und Bürger sich wünschen: viel mehr Fokus auf Prävention, vielfältige Behandlungsangebote für alle, mehr Mitbestimmung und ein Versorgungssystem, das den Menschen und seine individuellen Wünsche und Bedürfnisse in den Mittelpunkt stellt.

Wir danken den Bürgerinnen und Bürgern der Städte Bremen, Cottbus, Dortmund und Mannheim für ihre engagierte Diskussion und konstruktive Mitarbeit. Ebenso danken wir den Referentinnen und Referenten dafür, dass sie den Teilnehmer:innen die fachlichen Hintergründe zugänglich gemacht haben. Unser Dank gilt auch den Obleuten des Gesundheitsausschusses aller Fraktionen des 19. Deutschen Bundestages, die sich unmittelbar vor der Bundestagswahl 2021 der Diskussion gestellt haben. Unser Wunsch ist es, dass die Empfehlungen dieses Bürgergutachtens dazu beitragen, das Gesundheitssystem in Deutschland weiter zu verbessern und mehr Mitwirkungschancen für Bürgerinnen und Bürger zu schaffen.

Prof. Dr. Christiane Dienel im Namen des nexus Teams, November 2021

Die wichtigsten Empfehlungen der Bürgerinnen und Bürger im Überblick

Zum Abschluss ihrer Diskussionen entwickelten die Bürger:innen der drei Planungszellen unabhängig voneinander Empfehlungen für die Gestaltung der Gesundheitsversorgung der Zukunft und für die Mitgestaltung dieses Systems durch die Bürger:innen. Die Empfehlungen aus den einzelnen Planungszellen wurden in den folgenden Kernforderungen zusammengeführt.

1 Prävention stärken

Prävention soll stärker im Gesundheitssystem und in allen Lebenswelten verankert werden. Prävention soll kontinuierlich von Kindesbeinen an substantiell in Forschung und Praxis gestärkt werden: in Familien und Kitas, als durchgehendes Schulfach, als betriebliche Gesundheitsförderung, in kommunalen Angebotsstrukturen und in der Rente. Dies kann auch die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sicherstellen.

2 Gesundheitsversorgung patient:innenzentriert organisieren

Die Gesundheitsversorgung soll patient:innenzentriert organisiert werden. Das persönliche Gespräch zwischen Arzt / Ärztin bzw. Therapeut:in und Patient:innen soll im Vordergrund stehen, um eine individuelle Behandlung zu ermöglichen, in die auch integrativmedizinische¹ und diagnostische Behandlungsverfahren und -methoden einbezogen werden.

3 Eine bezahlbare gemeinsame gesetzliche Krankenversicherung für alle

Für alle Bürger:innen soll eine bezahlbare gemeinsame gesetzliche Krankenversicherung (Bürgerversicherung) eingeführt werden, in der eine hohe Qualität der Versorgung für alle gleichermaßen sichergestellt wird.



1 Das Zusammenspiel von konventioneller Medizin (Schulmedizin) und Komplementärmedizin wird als Integrative Medizin bezeichnet.

4 Stärkung der Gesundheitsberufe

Die Qualität im Gesundheitssystem soll durch eine Stärkung der Gesundheitsberufe mittels besserer Arbeitsbedingungen, besserer Bezahlung und Familienfreundlichkeit gesichert werden. Dazu sollen der finanzielle Druck im Gesundheitssystem und seine Gewinnorientierung abgebaut werden.

5 Transparenz im Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem soll transparent und fair gestaltet werden: durch Entbürokratisierung, Informationsvielfalt zu Therapieangeboten und Lobbykontrolle.

6 Stärkung der Mündigkeit der Patient:innen

Die Mündigkeit der Patient:innen soll durch das Schaffen von entsprechenden Rahmenbedingungen gestärkt werden, etwa durch die Förderung von vollständiger Aufklärung und eigenverantwortlicher Lebensgestaltung sowie durch den Aufbau von Gesundheitskompetenz.

7 Patient:innenmitbestimmung stärken

Die Patient:innenrechte und die Mitbestimmung der Bürger:innen im Gesundheitswesen soll auf allen Ebenen durchgesetzt werden: vom Ärzt:innengespräch über die Versorgungsplanung bis zum Gemeinsamen Bundesausschuss.



Übersee Museum, Auftaktveranstaltung der Planungszelle Bremen

1. Das Bürgergutachten zur Gesundheitsversorgung der Zukunft

„Welches Gesundheitssystem wünschen sich Bürgerinnen und Bürger in Zukunft und wie können sie dieses aktiv mitgestalten?“ Mit dieser Frage setzten sich die Bürger:innen aus vier Städten Deutschlands in drei Planungszellen über ca. 20 Stunden an 5 Tagen vom 13.-25.9.2021 systematisch auseinander. Die Ergebnisse der Diskussionen bilden die Grundlage dieses Bürgergutachtens zum Thema „Die gesundheitliche Versorgung der Zukunft.“ Gesundheitsversorgung umfasst sehr viele Bereiche. Damit wesentliche Aspekte berücksichtigt werden und trotzdem ein allgemeiner Zusammenhang sichergestellt ist, dienen die strategischen Ausrichtungen der WHO zur Entwicklung einer bürgerzentrierten Gesundheitsversorgung bei der inhaltlichen Gestaltung als thematische Klammer. In den ersten Arbeitseinheiten lernten die Bürger:innen am Beispiel der gesundheitlichen Versorgung während der Corona-Pandemie den Aufbau und die Steuerung der Prävention und Gesundheitsversorgung unter dem Aspekt der Transparenz und Verständlichkeit kennen, und diskutierten diese anschließend. Vor dem Hintergrund der Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen im Krankheitsgeschehen in Deutschland haben die Teilnehmer:innen dann am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen Prävention und Versorgung chronischer Erkrankungen thematisiert. Nach diesen eher systemischen Perspektiven wurden ambulante, stationäre und medikamentös-therapeutische Versorgung insbesondere im Hinblick auf integrierende und integrative Orientierungen diskutiert. Auf der Basis der bis dahin aufgeworfenen Fragen wurden dann Gesundheitspolitiker:innen zu ihren Vorschlägen zur Umorientierung der Gesundheitsversorgung hin zu Bürger:innenzentriertheit und Mitgestaltung befragt. Abschließend wurde die Mitbestimmung von Bürger:innen bei der Verteilung von Gesundheitsausgaben im selbstverwalteten System der

gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert. Auf dieser Grundlage wurden schließlich Empfehlungen für eine gesundheitliche Versorgung der Zukunft ausgearbeitet.

Gesundheitspolitische Fragestellungen und Überlegungen zur Gesundheitssystemgestaltung finden nicht in einem luftleeren Raum statt. Gleichzeitig sollen die Bürger:innen möglichst wirklichkeitsnah, gesundheitspolitische Fragen diskutieren und ihre Lebensweltpertise einbringen. Deshalb basiert die inhaltliche Gestaltung der Planungszellen auf dem Rahmenkonzept “Conceptual Framework for people-centred and integrated health services” der Weltgesundheitsorganisation² (WHO 2015). Dieses Rahmenkonzept bildete den Hintergrund für die Auswahl der Themen, die Entwicklung der Themenstellungen für die Expert:innen sowie die Formulierungen der konkreten Fragestellung für die Planungszellen.

Die fünf Kernprinzipien dieses Rahmenkonzepts lauten:

Gesundheitsversorgung soll:

- » bedarfs- und bedürfnisorientiert sein,
- » auf tragfähigen persönlichen Beziehungen fußen,
- » eine umfassende, kontinuierliche und persönliche Versorgung gewährleisten,
- » Gesundheit für alle unter Berücksichtigung von sozialen Determinanten sicherstellen sowie
- » die Bürger:innen als Partner:innen im Management ihrer Gesundheit auch im kommunalen Kontext begreifen.

Basierend auf diesen Prinzipien formuliert die WHO zudem fünf strategische Ausrichtungen, die bei

2 World Health Organization. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/155002> , abgerufen am 19.10.2021.

der Gestaltung der Gesundheitssysteme beachtet werden sollen:

- » Empowerment und Einbeziehung der Menschen
- » Stärkung der politischen Gestaltungsstrukturen (Governance) und der Rechenschaftspflicht (Accountability)
- » Umorientierung der Versorgung zu primärer Gesundheitsversorgung und den lokalen Gemeinwesen (Community)
- » Integrierte Versorgung und Koordination der Gesundheitsleistungen
- » Schaffung von ermöglichenden Umwelten

Dieses strategische Grundsatzpapier der WHO wurde während der Planungszellenarbeit nicht vorgestellt, um eine begriffliche Überfrachtung zu Lasten der Teilnehmer:innen zu vermeiden. Gleichwohl diente es als konzeptionelle Klammer. Daher können die Ergebnisse

dieses Bürgergutachten in die Weiterentwicklung und –gestaltung dieses Rahmenkonzeptes der WHO eingespeist werden.

1.1 Das Arbeitsprogramm

Auf Basis der gerade erläuterten theoretischen Fundierung (Kernprinzipien und Strategien der WHO) sowie in Zusammenarbeit mit den Auftraggebern wurde ein fünf-tägiges Arbeitsprogramm entwickelt.

Die endgültige Fassung des Arbeitsprogrammes lag in der Verantwortung des Durchführungsträgers nexus – Institut für Kooperationsmanagement und interdisziplinäre Forschung GmbH als neutralem Durchführungsträger. Die nachfolgende Tabelle stellt die Agenda mit den einzelnen Arbeitseinheiten (AE) dar:

Agenda	Arbeitseinheit (AE)
Tag 1³ 13. & 14.09.2021	AE 1: Einführung in das Verfahren „Planungszellen“ AE 2: Unser Gesundheitssystem in der Corona-Krise
Tag 2 16.09.2021	AE 3: Herausforderungen chronischer Erkrankungen AE 4: Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem
Tag 3 21.09.2021	AE 5: Zum Arzt/zur Ärztin gehen: Worauf kommt es aus Patient:innensicht an? Potentiale eines patient:innenzentrierten Ansatzes AE 6: Ins Krankenhaus gehen: Worauf kommt es aus Patient:innensicht an? (aufgezeigt am Thema Krebs)
Tag 4 23.09.2021	AE 7: Schulmedizinische, komplementärmedizinische und naturheilkundliche Behandlungsverfahren: Was heißt, es wirkt und wer entscheidet? AE 8: Diskussionsrunde mit geladenen Politiker:innen zu ausgewählten Fragestellungen
Tag 5 25.09.2021	AE 9: Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem: wie können sich die Bürger:innen sinnvoll in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbringen? AE 10: Vorstellung der Ergebnisse und Open Space AE 11: Formulierung der gemeinsamen Ergebnisse: Forderungen an die Politik im Hinblick auf die Bundestagswahl

Tabelle 1: Übersicht des Arbeitsprogramms und Zuordnung zu den Dimensionen

³ Tag 1 fand mit Ausnahme von Mannheim an den jeweiligen Standorten als Präsenzveranstaltung statt. Alle weiteren Termine wurden online durchgeführt.

1.2 Generelles zum Verfahren

Die Bürger:innen als Souverän

Dem standardisierten Beteiligungsverfahren „Bürgergutachten durch Planungszellen“ liegt die Idee zugrunde, dass Bürger:innen bei politisch wichtigen Sachentscheidungen stärker einbezogen werden sollten sowie die Erfahrung, dass sie dies im Sinne des Gemeinwohls wollen und können. Das Verfahren ermöglicht es ihnen, Verantwortung zu übernehmen und ihrer Rolle als Souverän innerhalb der Demokratie gerecht zu werden. Zentrales Merkmal des Verfahrens ist die Einladung der Bürger:innen auf Grundlage einer Zufallsziehung aus dem Einwohnermelderegister. Durch diese Zufallsziehung hat prinzipiell jede:r Bürger:in die gleiche Chance zur Teilnahme an einer Planungszelle. Durch die Zufallsauswahl wird eine Form der Repräsentation der Bevölkerung im Beteiligungsverfahren hergestellt. Die Teilnehmer:innen beraten stellvertretend für die gesamte Bürger:innenschaft.

Der schweigenden Mehrheit eine Stimme geben

In Bürgerbeteiligungsverfahren engagieren sich häufig Betroffene in besonderem Maße. Sie haben gute Gründe, sich zu Wort zu melden, da die von Verbänden organisierten Interessen in der Öffentlichkeit meist sehr präsent sind. Das verzerrt die öffentliche Wahrnehmung, weil die „schweigende Mehrheit“ nicht zu Wort kommt. Sofern sie nicht unmittelbare Nachteile befürchten, sehen viele Bürger:innen kaum die Notwendigkeit, sich vertiefend eine Meinung zu bilden. Wenn sie es doch tun, vertreten sie ihre Positionen selten öffentlich. Diese „schweigende Mehrheit“ ist aber ein wichtiger, mindestens gleichberechtigter Teil der Einwohnerschaft – sie kann und sollte auch das Gemeinwohl vertreten, denn von politischen oder kommunalen Sachentscheidungen sind alle Bewohner:innen betroffen. Das Verfahren „Bürgergutachten durch Planungszellen“ gibt im Informationsteil der Arbeitseinheiten starken, organisierten Interessen eine Rolle. Durch die Zufallsauswahl der Teilnehmer:innen gibt es zugleich der schweigenden Mehrheit eine Möglichkeit, sich eine begründete Meinung zu bilden und diese auch öffentlich artikulieren zu können.

Information als Basis der Meinungsbildung

Die im Zufallsverfahren ausgewählten Bürgergutachter:innen tagen in mindestens zwei Gruppen, den sogenannten Planungszellen. Im hier beschriebenen Vorhaben waren die Teilnehmer:innen in drei Planungszellen organisiert. Sie absolvierten gemeinsam bis zu 11 anderthalbstündige Arbeitseinheiten.

Zu jeder Arbeitseinheit vermittelt ein etwa 30-minütiger Informationsteil den Teilnehmer:innen der Planungszellen eine gemeinsame Wissensbasis. In das Thema der Arbeitseinheiten führt dazu jeweils ein kurzer oder mehrere kurze Impulsvorträge von Expert:innen ein. So erhalten alle Teilnehmer:innen die gleichen Informationen, auf deren Grundlage sie sich eine eigene Meinung bilden können. Gibt es unterschiedliche Perspektiven auf das Thema oder divergierende Standpunkte zu den zur Debatte stehenden Sachverhalten, werden diese von mehreren Expert:innen vorgestellt. Im Anschluss an die Kurzvorträge können sachliche Fragen mit den Referent:innen geklärt werden.

Ablauf der Arbeitseinheiten

Der Einfluss von Expert:innen und Interessengruppen ist auf die einführenden Referate beschränkt. Während dieser können sie neben Sachinformationen auch Argumente für ihre Position darstellen. An der anschließenden Meinungsbildung in Kleingruppen von etwa fünf Personen nehmen sie jedoch nicht teil. Dort entwickeln die Bürgergutachter:innen unbeeinflusst von Expert:innen und unmoderiert auf der Grundlage von Arbeitsaufgaben ihre Empfehlungen zum Thema. Die Zusammensetzung der Kleingruppen wechselt. So wird einer eventuellen Meinungsführerschaft Einzelner entgegengewirkt und zudem gewährleistet, dass sich im Verlauf der Planungszelle alle Teilnehmer:innen über ihre Ansichten austauschen können.

Die Kleingruppen präsentieren anschließend ihre Ergebnisse im Plenum der Planungszelle. Die Prozessbegleitung dokumentiert die Ergebnisse sichtbar für alle Anwesenden. Inhaltlich gleiche Empfehlungen aus verschiedenen Kleingruppen werden dabei in Absprache mit den beteiligten Kleingruppen zusammengefasst. Zum Abschluss jeder Arbeitseinheit werden die dokumentierten Ergebnisse der Kleingruppen durch das Abgeben von Gewichtungspunkten auf der Plattform gewichtet. Die in Kapitel 2 vorgestellten Ergebnisse werden jeweils nach der Bewertungszahl vorgestellt, welche die Vorschläge in den jeweiligen Planungszellen erhalten haben.

Um eine breite Vielfalt von Bürger:innen einzubeziehen und die Repräsentativität der Ergebnisse zu erhöhen, wurden drei Planungszellen des Bürgergutachtens Gesundheitsversorgung der Zukunft parallel durchgeführt. Das Arbeitsprogramm dieser Planungszellen war identisch. In allen Gruppen wurden gleiche Eingangreferate gehalten, und es wurden die gleichen Arbeitsaufträge in die Kleingruppen gegeben. Zur Bewertung der Ergebnisse erhielt jede:r Teilnehmer:in der Planungszelle die gleiche Anzahl von Gewichtungspunkten.

Im Wesentlichen wurden alle Arbeitseinheiten nach dem gleichen Ablaufschema (Tabelle 2) durchgeführt. In einer kurzen Einführung erhielten die Teilnehmer:innen jeweils zwei Impulsvorträge à 15 min von Expert:innen mit anschließender Möglichkeit, Rückfragen zu stellen. Dies wurde ab dem 2. bis zum 5. Sitzungstermin in einem gemeinsamen Plenum für alle Planungszellen online durchgeführt. Nach dem Plenum wechselten die Teilnehmer:innen in ihre jeweilige Planungszelle, die in drei separaten Videokonferenzräumen durchgeführt wurde. Dort wurde den Teilnehmer:innen kurz die Diskussionsfrage erläutert. Danach wurden sie per Zufallsauswahl in Kleingruppen unterteilt, in denen Vorschläge erarbeitet wurden. Diese wurden im Anschluss in der Planungszelle

von den Gruppen einzeln präsentiert und dann gemeinsam mit allen Teilnehmer:innen der Planungszelle in thematische Blöcke geclustert. Dabei wurde mit einer online-Pinnwand gearbeitet, die über den Bildschirm geteilt wurde. Abschließend erfolgte die Bewertung der Vorschläge durch die Teilnehmer:innen, denen dafür pro Person 5 Punkte zur Verfügung standen. Diese durften für konkrete Vorschläge vergeben werden; dabei war eine Häufung von bis zu drei Punkten auf einen Vorschlag erlaubt. An Cluster durften keine Punkte vergeben werden. Diese Beschränkung auf die einzelnen Vorschläge ermöglichte es, bei der späteren Zusammenführung der Ergebnisse aller drei Planungszellen die Clusterung zu verändern, ohne dass dabei Punkte verloren gingen.

Dauer	Akteur:innen	Inhalt
5 min	Prozessbegleitung	Einführung in die Arbeitseinheit
15 min	Referent:in 1	Vortrag
15 min	Referent:in 2	Vortrag
5 min	Teilnehmer:innen	Sachliche Rückfragen
30 min	Kleingruppen	Arbeitsaufgaben
15 min	Teilnehmer:innen/Moderation	Präsentation der Gruppenergebnisse/Visualisierung
5 min	Teilnehmer:innen	Bewertung

Tabelle 2: Exemplarischer Ablauf einer Arbeitseinheit

Kleingruppenarbeit in der Planungszelle Bremen



1.3 Das Bürgergutachten

Die nach dem beschriebenen Vorgehen erarbeiteten und gewichteten Empfehlungen aus allen Arbeitseinheiten der Planungszellen werden anschließend durch die Prozessbegleitung in einem Bürgergutachten zusammengeführt. Dazu werden die Ergebnisse aus allen beteiligten Planungszellen geclustert. Das bedeutet, dass inhaltlich gleiche oder sehr ähnliche Empfehlungen aller Planungszellen zusammengefasst und ihre Punktzahl addiert werden.

Da die Planungszellen unterschiedlich groß waren, entschied man sich für folgende Vorgehensweise: jeder vergebene Punkt durch jede:n Teilnehmer:in wurde in die Auswertung mit einbezogen, gleichzeitig blieben aber auch die Stimmen der unterschiedlichen Planungszellen sichtbar. Die Formulierung der Empfehlungen lehnt sich an die während der Arbeitseinheit gefundene Wortwahl an, stammt aber von der Prozessbegleitung. Vor Drucklegung und Veröffentlichung erhalten einige der Teilnehmer:innen, das sog. Redaktionsteam, den Text zur Prüfung, damit sichergestellt wird, dass im Bürgergutachten die Meinung der Teilnehmer:innen festgehalten ist und die Ergebnisse nicht etwa durch Fehlinterpretationen im Verlauf der redaktionellen Arbeit verfälscht wurden.

1.4 Neutralität des Durchführungsinstituts

Das nexus Institut als durchführendes Forschungsinstitut war für die wissenschaftliche Durchführung der Planungszellen allein verantwortlich. Die Forschungsfragestellung und die einzelnen Themenbereiche wurden mit den Auftraggebern abgestimmt, die inhaltliche Ausgestaltung oblag jedoch dem nexus Institut. Durch die Auswahl ausgewiesener Expert:innen zu den Themenbereichen wurde die wissenschaftliche Qualität sichergestellt.

1.5 Die Stichprobe

Ein Bürgergutachten beansprucht für sich durch die Zufallsauswahl der Beteiligten einerseits die komplexen Meinungsbilder und Positionen eines breiten Querschnitts der Bevölkerung widerzuspiegeln, andererseits sind Planungszellen als qualitatives Verfahren aber nicht im statistischen Sinne repräsentativ. Dies wird umso herausfordernder, wenn ein Gutachten nicht für eine Fragestellung im kommunalen Kontext entwickelt wird,



Auftaktveranstaltung der Planungszelle Cottbus

sondern für die gesamte Bundesrepublik. Um also einerseits die Bundesrepublik in einer Stichprobe abzubilden und andererseits lokale Planungszellen durchführen zu können, sollten die gewählten Durchführungsorte unterschiedliche Aspekte abdecken.

So sollten geographische Kriterien berücksichtigt werden: die Durchführungsorte der Planungszellen des Bürgergutachtens sollten in unterschiedlichen Bundesländern im Norden, Osten, Westen und Süden der Republik liegen. Gleichzeitig sollten große und mittlere Städte berücksichtigt werden. Der kleinstädtisch-ländliche Raum schien für die Durchführung einer lokalen Vor-Ort-Veranstaltung nicht praktikabel. Weiterhin sollten auch soziale Faktoren berücksichtigt werden: so sollten sowohl strukturschwache als auch strukturstarke und durchschnittliche Städte berücksichtigt werden. Schließlich spielten auch ganz praktische Fragen eine Rolle – nicht alle kontaktierten Städte waren bereit, Adressen zur Verfügung zu stellen. Ein häufiges Argument war, dass das Gemeinwohlinteresse der Planungszellen nicht sichergestellt werden könne, da der Auftraggeber keine öffentliche Einrichtung sei, obwohl ein Unterstützungsschreiben des Bundestagsabgeordneten Alexander Krauß (MdB) vorlag und Franz Müntefering, Vorsitzender der Seniorenselfhilfeorganisationen (BAGSO) als Schirmherr gewonnen werden konnte.

Am Ende fiel die Auswahl auf Bremen als norddeutsche Großstadt und Dortmund als Großstadt im westdeutschen Raum. Beide Städte sind eher strukturschwach. Weiterhin wurde die ostdeutsche Universitätsstadt Cottbus ausgewählt, die mit ca. 100.000 Einwohner gerade noch zu den Großstädten zählt und ein eher mittleres Durchschnittseinkommen aufweist. Demgegenüber gilt Mannheim in Süddeutschland eher als strukturstarke Großstadt.

1.6 Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Vor dem Hintergrund der Stichprobenziehung wurden sechstausend Personen ab dem 16. Lebensjahr, die in den Städten Bremen, Cottbus, Dortmund und Mannheim gemeldet sind, bei einer Gleichverteilung von Männern und Frauen per Zufallswahl aus den jeweiligen Melderegistern ermittelt. Sie bekamen im Zeitraum Mai – Juni 2021 Post vom unabhängigen Durchführungsträger, dem nexus Institut, welches zur Teilnahme an den Planungszellen zur Erstellung eines Bürgergutachtens „Gesundheitsversorgung der Zukunft“ einlud. Erfahrungsgemäß sind Teilnehmer:innen für überregionale Themen schwerer zu gewinnen als z.B. für Beratungen zu stadtplanerischen Vorhaben. Auch die Rückmeldungen auf die Veranstaltungseinladung waren sehr zurückhaltend.

Insgesamt beteiligten sich 75 Teilnehmer:innen aus den vier Städten. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Verteilung nach Alter und Geschlecht sowie nach Herkunftsort.⁴ Insgesamt 41 (55%) Frauen und 34 (45%) Männer beteiligten sich an den Planungszellen (Abbildung 1).

Hinsichtlich der Altersverteilung (Abbildung 2) wird deutlich, dass die Gruppe der 40- bis 64-Jährigen am stärksten vertreten war (31; 41%). Bei den 24- bis 39-Jährigen beteiligten sich 21 (28%) Personen. Weitere 12 (16%) Personen waren jünger als 24 Jahre und 11 (15%) waren 65 Jahre alt oder älter. Die jüngsten Teilnehmer:innen waren 17, die älteste Person war 80 Jahre alt. Dies entspricht ungefähr der Verteilung in der Gesamtbevölkerung.

Die Verteilung in den einzelnen Städten war unterschiedlich groß (Abbildung 3). Während sich in Bremen 24 (32%) und in Mannheim 29 (39%) Personen an den Planungszellen beteiligten, war die Resonanz in Cottbus sehr niedrig (n = 6 bzw. 8%). Auch in Dortmund war die Gruppe der Teilnehmer:innen eher klein (n = 16; 21%). Dies hatte zur Folge, dass die Standorte Cottbus und Dortmund ab dem zweiten Veranstaltungstag zusammen in einer Planungszelle arbeiteten.

In Bremen und Mannheim beteiligten sich dagegen ausreichend viele Personen, so dass an diesen Standorten jeweils eine separate Planungszelle arbeitete.

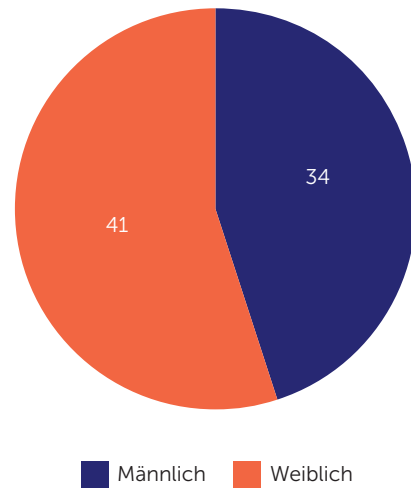


Abbildung 1: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Geschlecht (n = 75)

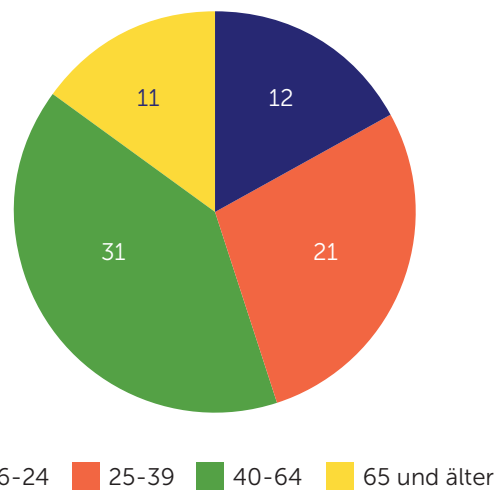


Abbildung 2: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Alter (n = 75)

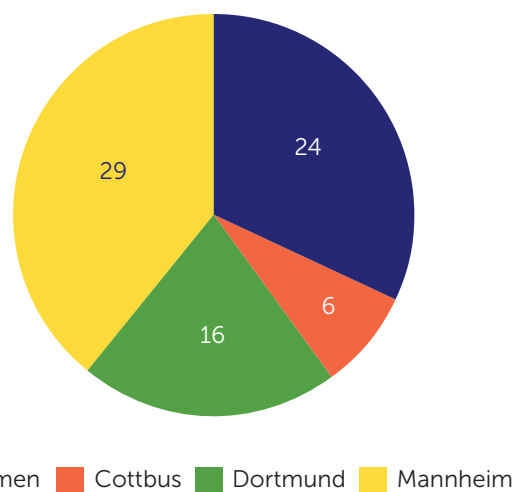


Abbildung 3: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Herkunft (n = 75)

4 Diese Daten basieren auf den Informationen, die über Melderegister mitgeteilt wurden.

Am Ende der Planungszellen wurden die Teilnehmer:innen gebeten, an der Abschlussevaluation im Rahmen einer Online-Befragung teilzunehmen. 48 der 75 Teilnehmer:innen kamen der Bitte nach.

Aus dieser Online-Befragung ging hervor, dass von diesen 48 Befragten 5 Personen (12,5%) über einen Migrationshintergrund verfügten. Zu den genannten Herkunftsstaaten zählten Kroatien, Österreich, Spanien und Montenegro.

Bildungsabschlüsse und Berufe

Hinsichtlich der Bildungsabschlüsse ergab sich ein vielfältiges Bild, bei dem jedoch die Personen mit Hochschulabschluss überrepräsentiert waren. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht, verfügte die Mehrheit der Teilnehmer:innen über einen Hochschulabschluss (n = 27, 56%). Weitere 17% bzw. 8 Personen hatten die Hochschulreife erlangt.

Lediglich 5 Personen verfügten über einen mittleren Schulabschluss; jeweils 4 Personen hatten eine Lehre bzw. eine Fachschule/einen Meister absolviert oder „Sonstiges“ angegeben. Unter den Teilnehmer:innen gab es zudem einen Hauptschulabschluss sowie 2 Personen, die angaben, weder einen Schul- noch einen Berufsabschluss zu besitzen. Unter den Befragten befand sich niemand in einer Ausbildung.



Auftaktveranstaltung der Planungszelle Cottbus

Anhand der genannten Berufe der Teilnehmer:innen wird ebenfalls deutlich, dass an den Planungszellen Personen mit unterschiedlichen Hintergründen teilgenommen haben. Dadurch wurde der Einbezug verschiedener Perspektiven in den Beteiligungsprozess ermöglicht. Nachfolgend sind die verschiedenen Berufe (33) aufgeführt.

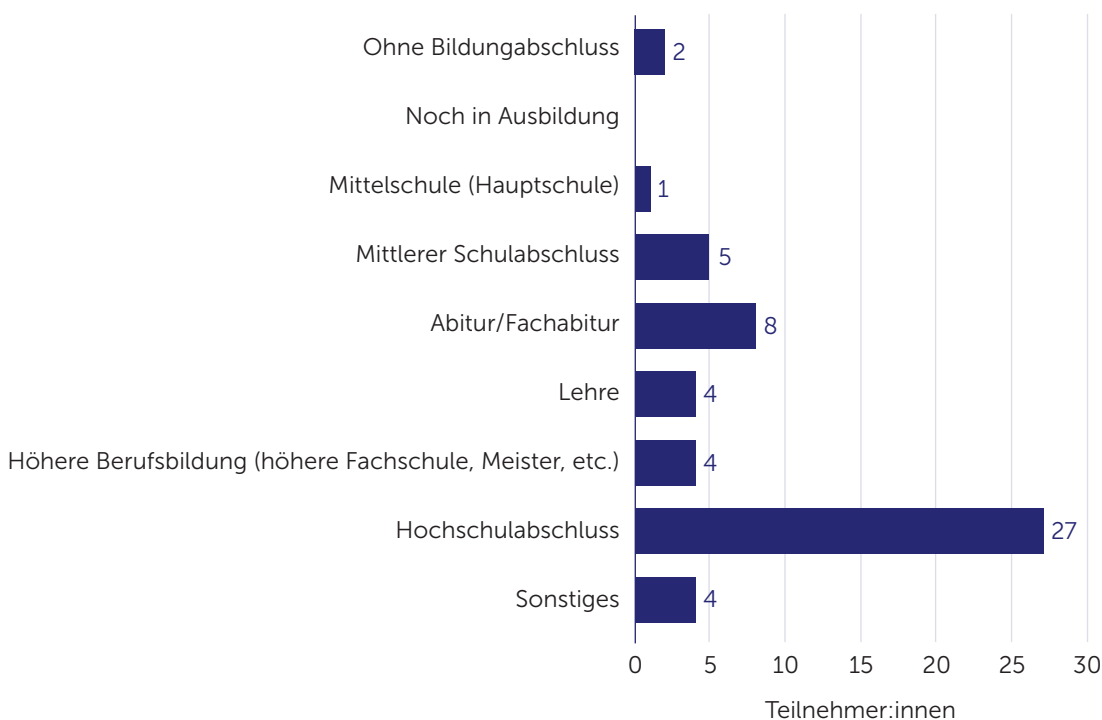


Abbildung 4: Verteilung der Teilnehmer:innen der Planungszellen nach Bildungsabschluss (n = 48)

Genannte Berufe	
1. Ärztin	17. Lehrerin
2. Assistentin	18. Maschinenbediener
3. Assistenz der Bereichsleitung Unternehmenskommunikation	19. Patentanwalt
4. Chemielaborant	20. Pensionär
5. Dipl. Sozialpädagogin, Betriebliche Sozialberaterin	21. Pianistin, Konzertpädagogin
6. Dozentin	22. Projektmanagerin
7. Einkäuferin	23. Rentner:in
8. Erzieherin	24. Schüler:in
9. Fahrer	25. Selbständig im Einzelhandel
10. Industriekauffrau	26. Seniorenbegleiter:in und Unterstützung
11. IT Berater	27. Software Entwickler
12. IT Projekt Manager	28. Steuerberater
13. Krankenschwester und Pflegeberatung	29. Student:in
14. Kulturmanagerin, Leiterin eines Kulturvereins	30. Referendar
15. Kunsthistorikerin im Museum	31. Systemischer Coach und Beraterin
16. Kurierfahrer	32. Teamleitungsassistenz
	33. Zahntechnik / Berufsunfähigkeitsrente

Tabelle 3: Berufe der Teilnehmer:innen⁵

5 Doppelte Nennungen wurden entfernt

Kleingruppenarbeit in der Planungszelle Bremen



1.7 Verfahrensbewertung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Im Rahmen der Online-Befragung zur Evaluierung der Planungszellen hatten alle Teilnehmer:innen die Möglichkeit, das Verfahren der Planungszellen zu bewerten.

Dabei wurde zunächst nach den Motiven zur Teilnahme gefragt. Mehr als zwei Drittel der Befragten gaben Neugierde und den Wunsch, etwas zu bewirken, als Teilnahmemotiv an (Abbildung 5). Zudem waren 56% der Teilnehmer:innen durch ihr Interesse an der Thematik motiviert.

Insgesamt wurde das Verfahren mit der Durchschnittsnote 2 (gut) bewertet. Besonders positiv wurden die Auftaktveranstaltung (1,6), die Moderation (1,6) und die Referent:innen bewertet (1,8). Der Anteil an kritischen Stimmen war trotz der insgesamt ebenfalls guten Bewertung bei der technischen Unterstützung und den

Fragestellungen für die Kleingruppen am höchsten. Weitere Details zur Bewertung sind in Abbildung 6 zu finden.

Auf die Frage, was sie in den fünf Tagen der Planungszellen besonders gestört hätte, nannten die Teilnehmer:innen insbesondere die zeitlichen Einschränkungen, etwa für die Vortragenden, aber auch für Gruppendiskussionen und Pausen (10x) sowie technische Schwierigkeiten (6x).

Ungeachtet der kritischen Anmerkungen sprachen sich die Teilnehmer:innen mehrheitlich dafür aus, dass Veranstaltungsformate wie diese häufiger stattfinden sollten und sie auch bereit wären, erneut an einer Planungszelle teilzunehmen. Ebenso wurde deutlich, dass die Fragestellungen mehrheitlich gut verständlich waren und sich die meisten gut in die Diskussion einbringen konnten, die als interessant empfunden wurden. Für etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen hat sich durch die Teilnahme an den Planungszellen zudem die Sichtweise auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland verändert.

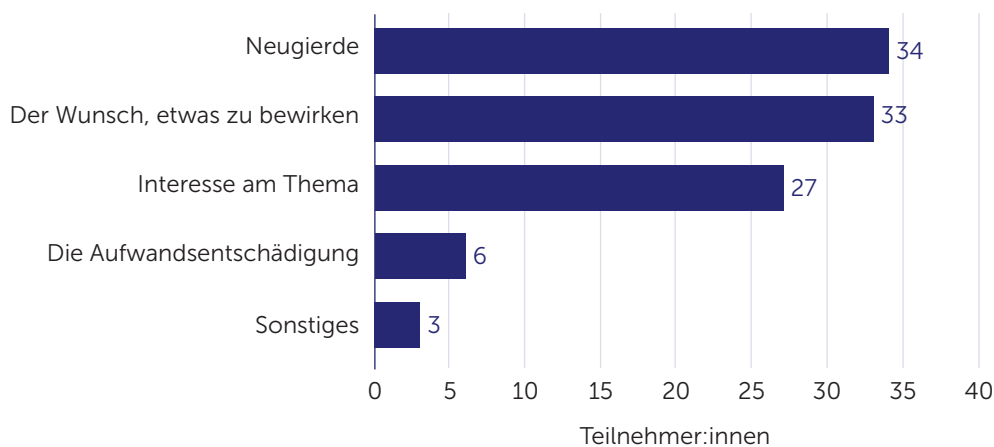


Abbildung 5: Motive zur Teilnahme an den Planungszellen (n = 48, Mehrfachnennungen waren möglich)

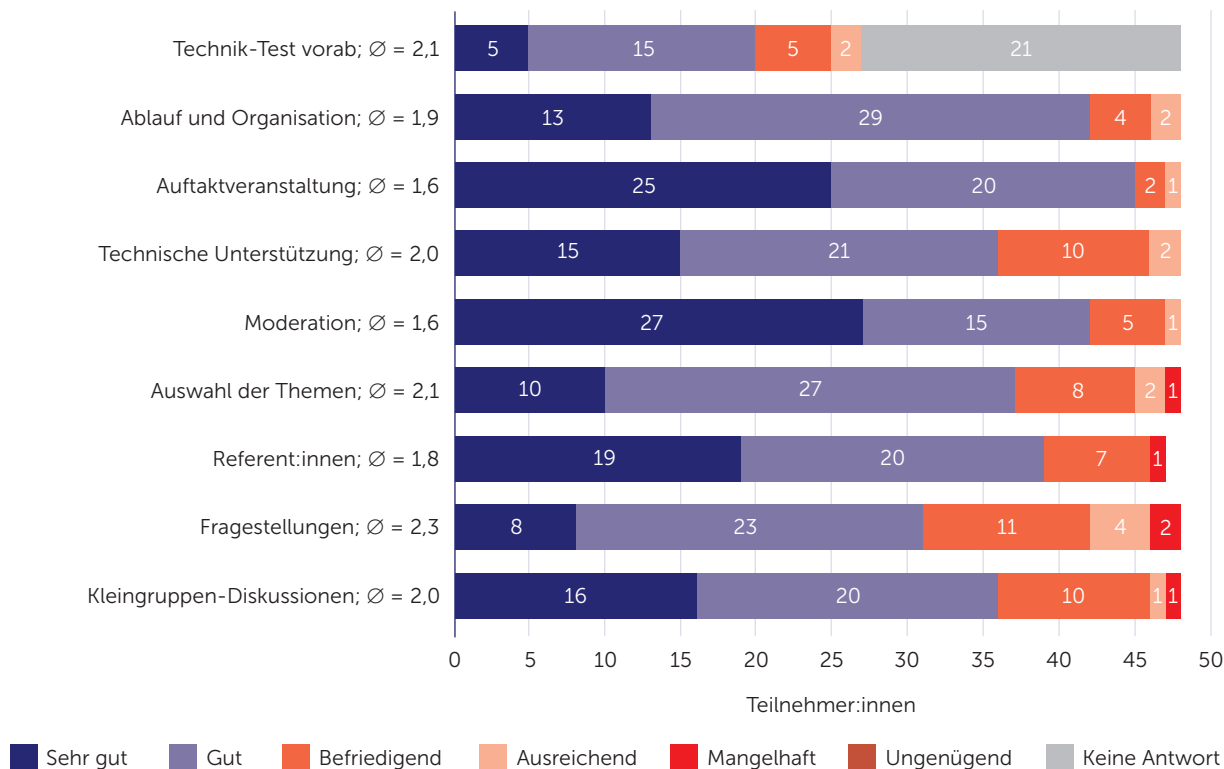


Abbildung 6: Verfahrensbewertung (Anzahl der vergebenen Schulnoten; n = 48)

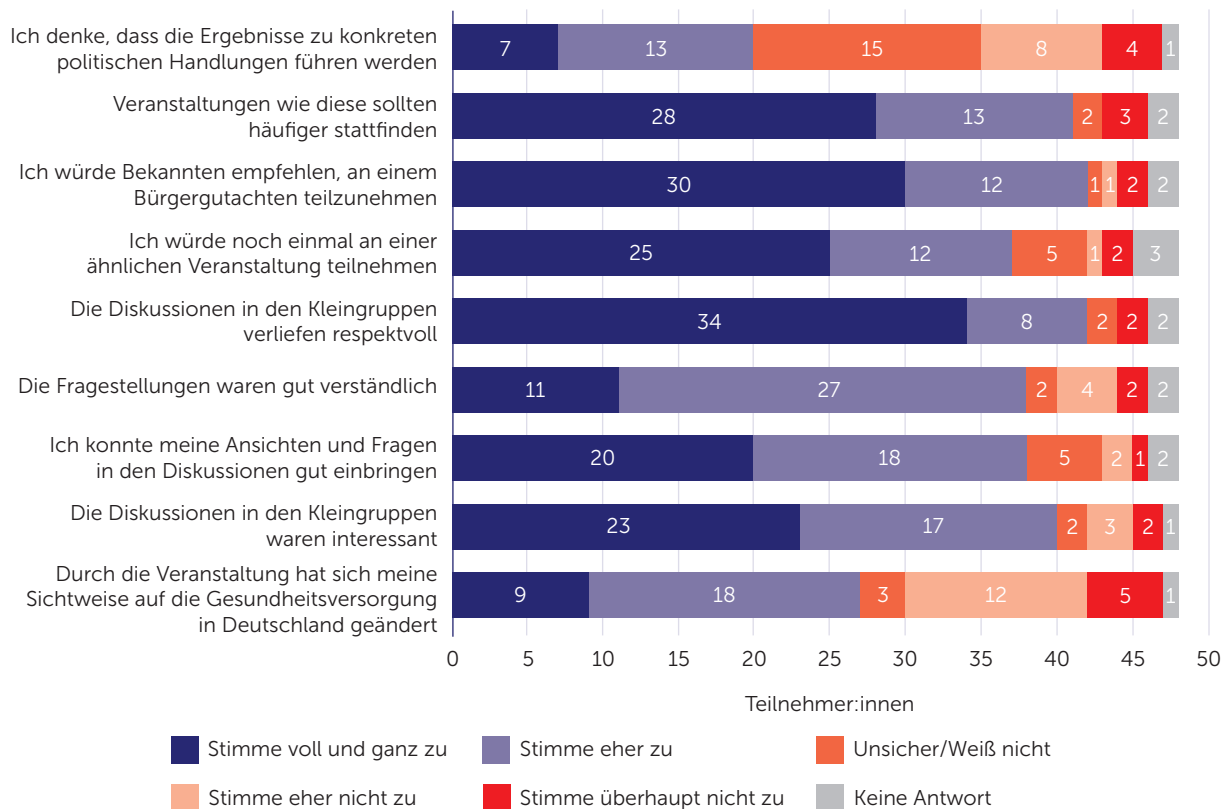


Abbildung 7: Bewertung der Planungszellen Gesundheit durch die Teilnehmer:innen (n = 48)

2. Ergebnisse

2.1 Arbeitseinheit 1: Einführung in das Verfahren „Planungszellen“ und inhaltliche Einstimmung

Über diese Arbeitseinheit

Die erste Arbeitseinheit (AE1) wurde im Rahmen der Auftaktveranstaltungen an drei Standorten in Präsenz (Bremen, Cottbus und Dortmund) und an einem als Online-Konferenz (Mannheim) umgesetzt.

Die Begrüßung der Teilnehmer:innen erfolgte durch Videobotschaften von Franz Müntefering, Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenorganisationen (BAGSO) und Schirmherr des Bürgergutachtens sowie von Dr. Stefan Schmidt-Troschke, Geschäftsführender Vorstand von GESUNDHEIT AKTIV e. V und Auftraggeber des Bürgergutachtens. Bei der Auftaktveranstaltung in Bremen war Dr. Stefan Schmidt-Troschke anwesend und konnte so sein Grußwort persönlich an die Teilnehmer:innen richten.

Nach der Begrüßung folgte die allgemeine Einführung in das Bürgerbeteiligungsverfahren „Planungszellen“ durch die Moderationsteams des nexus Instituts. Die methodische Arbeitsweise der Planungszelle wurde erläutert und die zentrale übergeordnete Fragestellung vorgestellt:

» *Welches Gesundheitssystem wünschen sich Bürger:innen in Zukunft und wie möchten sie dieses aktiv mitgestalten?*

Ein erster Überblick über die Themen aller elf Arbeitseinheiten, den Fokus der Expert:innenvorträge und die Aufgaben der Kleingruppendiskussionen ermöglichte den Teilnehmer:innen die vielfältigen Bezüge der Fragestellung zu erfassen und diente zudem als inhaltlicher Einstieg in das Thema.

Fragestellung der Arbeitseinheit

In der ersten Arbeitseinheit führte noch kein Expert:innenbeitrag in das Thema ein. Der thematische Einstieg in die Arbeit erfolgte über die sehr allgemeine Frage:

Was ist Ihnen in der Gesundheitsversorgung wichtig?

Die Teilnehmer:innen sollten jenseits der Schwerpunktsetzungen durch das Arbeitsprogramm die Möglichkeit haben, anknüpfend an eigene Erfahrungen Akzente zu setzen.

Diskussionsergebnisse der Bürgerinnen und Bürger

Die zahlreichen und vielfältigen Vorschläge der Teilnehmer:innen lassen sich in fünf übergeordneten Themenbereichen verdichten. Von zentraler Bedeutung ist demnach in allen Planungszellen die Forderung nach **Gerechtigkeit und Gleichbehandlung in der Versorgung**. Der Zugang zum Gesundheitssystem muss aus Sicht der Bürger:innen für alle Menschen in Deutschland sichergestellt sein. Auch die Leistungen für Gesetzlich- und Privatversicherte sollen gleich sein. Ebenso wichtig ist den Teilnehmer:innen, eine **gute Versorgung und Behandlung mit Fokus auf Ganzheitlichkeit und Patient:innen-Zentrierung sicherzustellen**. Dies bedeutet eine optimale individuelle Versorgung und Patient:innen-Beratung, die Abdeckung aller notwendigen Behandlungen sowie eine bessere Kooperation zwischen den Fachdisziplinen. **Strukturelle Verbesserungen** in der Gesundheitsversorgung sind den Teilnehmer:innen insbesondere in Cottbus sehr wichtig. Dies bedeutet konkret eine höhere Versorgungsdichte, eine Reform der Verwaltung, eine Reduzierung



Auftaktveranstaltung der Planungszelle Dortmund



Teilnehmer:innen der Planungszelle Dortmund stimmen über ihre Diskussionsergebnisse ab

der Anzahl der Krankenkassen, verlässliche, zeitnahe und flächendeckende Zugänge zur Gesundheitsversorgung sowie kurze Wege zu Krankenhäusern. Auch **Prävention und Vorsorge** sind für die Bürger:innen wichtig. Dies heißt konkreter, eine Gesundheitsversorgung zu entwickeln, die sich auch an Gesundheit und nicht nur an Krankheit orientiert, eine Erweiterung der Präventionsangebote, die

Förderung mentaler Gesundheit sowie gesellschaftlich einen Rahmen für gesunde und nachhaltige Ernährung zu schaffen. Schließlich ist den Bürger:innen wichtig, die **Demokratisierung des Systems und Mündigkeit der Patient:innen zu fördern**. Dies bedeutet, die Patient:innenmeinung ernst zu nehmen und das Mitspracherecht der Patient:innen zu stärken.

AE 1. Was ist Ihnen in der Gesundheitsversorgung wichtig?

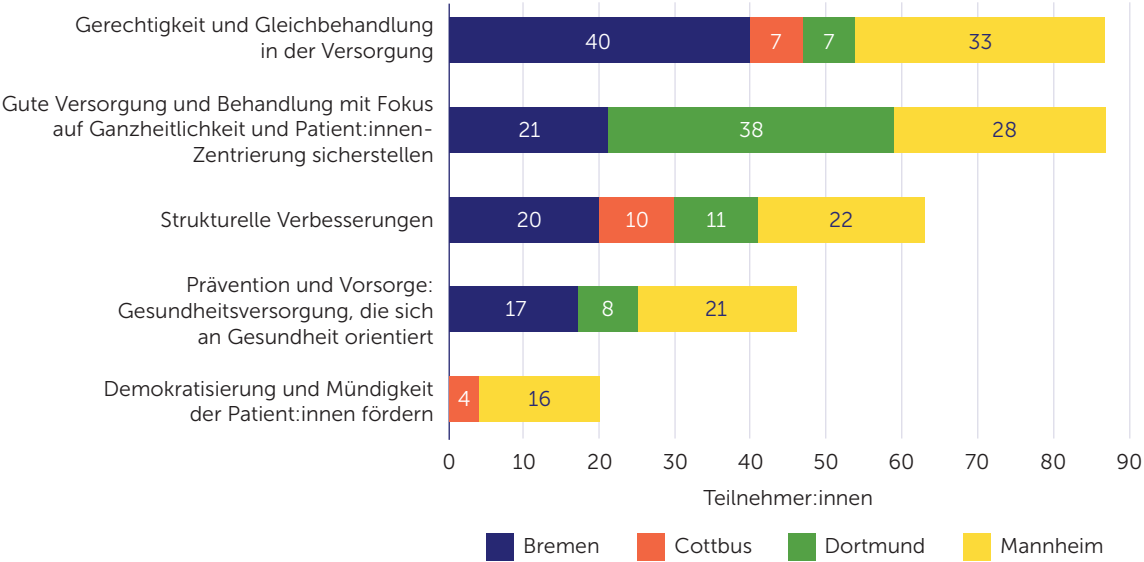


Abbildung 8: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 1

2.2 Arbeitseinheit 2: Unser Gesundheitssystem in der Corona-Krise

Über diese Arbeitseinheit

Ziel dieser Einheit war es, am Beispiel einer Coronainfektion die gesundheitliche Versorgung und die gesellschaftlichen Schutzmaßnahmen durch den Vergleich zweier fiktiver Fälle, der jeweiligen Erkrankung einer Privatversicherten und einer gesetzlichversicherten Person, darzustellen. Dabei wurde einmal der Weg von der Diagnose, der ambulanten, stationären und rehabilitativen Behandlung nachgezeichnet. Begleitend dazu wurde auch die Versorgungsdichte in zwei unterschiedlichen Sozialräumen und Regionen, in denen die beiden Fälle angesiedelt wurden, herausgearbeitet. In einem zweiten Schritt wurde der Fokus auf die Gesundheitsschutzmaßnahmen im Umfeld der Patient:innen gerichtet, bis hin zu landesspezifischen Pandemieregelungen. Hierbei wurde gleichzeitig die Rolle des Bundes und der Bundesländer in der Gesundheitspolitik im Spannungsfeld von bürgerlicher Zuständigkeit und allgemeinen Rahmengesetzgebungen illustriert.

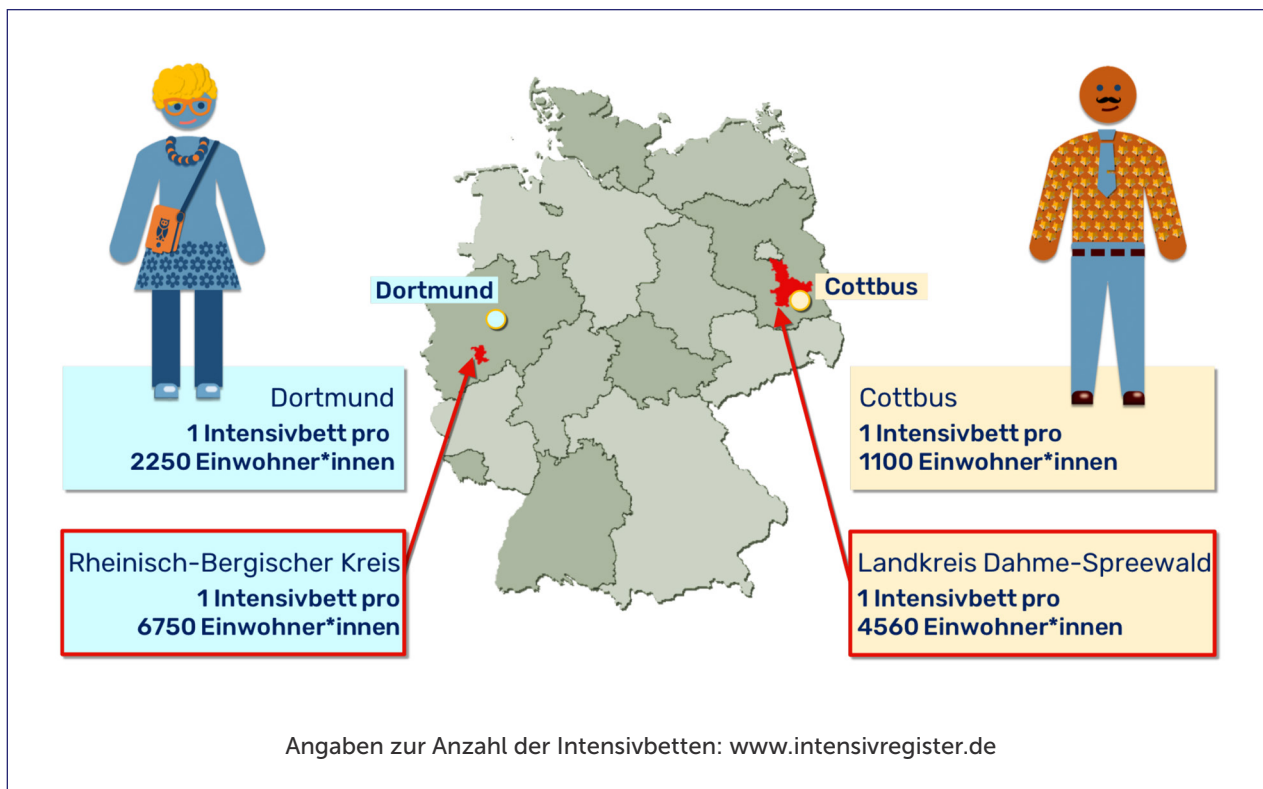
Fragestellung der Arbeitseinheit

Der Expert:inneninput dieser Einheit ging auf die folgenden Fragestellungen ein:

- » Wie stellt sich das Versorgungsnetz für gesetzlich und privat Versicherte im Falle einer Corona-Erkrankung dar?
- » Welche unterschiedlichen Akteure des Gesundheitssystems wirken zusammen und wie erleben dies Patient:innen in der direkten Versorgung und in gesundheitspolitischen Maßnahmen?

Expertinnen und Experten

Die Kick-Off Veranstaltungen für die einzelnen Planungszellen fanden unabhängig voneinander in den jeweiligen Städten bzw. in einem Fall online statt. Realisiert wurden die Einführungen durch interne Expert:innen aus dem nexus Institut. Dafür wurde ein Impulsvortrag von den Gesundheitswissenschaftler:innen der Projektleitung, Prof. Dr. Christiane Dienel, Professorin für Angewandte Sozialwissenschaften und Gesundheitspolitik, ehemalige Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt sowie Dr. Arnd Hofmeister, wissenschaftlicher Mitarbeiter am nexus Institut und Senior Lecturer an der Brunel University / London im Bereich Gesundheitswissenschaften, erarbeitet. Dieser Vortrag kam bei allen vier Kick-Offs der Planungszellen zum Einsatz.



Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Kleingruppenarbeit diskutierten die Teilnehmer:innen zu folgenden Fragestellungen:

*Was finden Sie an der unterschiedlichen Versorgung gerecht und was ungerecht?
Was soll geändert werden, um das System noch gerechter zu machen?*

Die Diskussionen in dieser Arbeitseinheit zeigten eine große Unterschiedlichkeit der Schwerpunkte in den einzelnen Planungszellen. Als zentrale Ungerechtigkeit bewerteten die Teilnehmer:innen die Unterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und forderten, **die Unterschiede in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung gerecht anzugleichen**. Dies bezog sich einerseits auf die unterschiedlichen Leistungen beider Versicherungssysteme, von der Prävention bis zur rehabilitativen Versorgung, aber auch auf die daraus resultierenden unterschiedlichen Anreize in der gesundheitlichen Versorgung beider Patient:innengruppen, bis hin zum unterschiedlichen Abrechnungssystem.

Wichtig war den Bürger:innen aus allen Planungszellen weiterhin **der Abbau regionaler und sozialräumlicher Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung**. Dies bezog sich sowohl auf den Zugang und die Erreichbarkeit

von haus- und fachärztlicher Versorgung als auch auf eine zeitnahe Terminvergabe. Die Lösungsvorschläge der Bürger:innen waren unterschiedlich. Als normative Grundorientierung forderten die Teilnehmer:innen, die **Patient:innen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung zu stellen, nicht finanzielle Interessen**. Auch in diesem Kontext ging es um finanzielle Anreize bei der Auswahl von Behandlungen. Hier wurde der Einfluss der Pharmaindustrie als problematisch angesehen, aber auch die geringe Berücksichtigung von integrativ-medizinischen Behandlungsoptionen.

Behandlungen sollten an der individuellen Situation der Patient:innen ausgerichtet werden, um dabei auch ihre Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu fördern. Ohne dass dieser Begriff in den Vorträgen genannt worden ist, forderten die Bürger:innen aus Bremen und Cottbus als Lösung auf politischer Ebene **die Einführung einer einkommensabhängigen einheitlichen Bürger:innenversicherung für alle**. Da es bei aller Kritik an der derzeitigen Gesundheitsversorgung auch um deren Stärken ging, wurde die **gleiche Grundversorgung für alle Bürger:innen** als Grundlage des bundesdeutschen Systems angesehen. Auch die **freie Arzt- und Krankenhauswahl** wurde von den Teilnehmer:innen aus Dortmund als Stärke betont. Schließlich wurde auch noch eine **bessere Ausstattung und Bezahlung des Gesundheitspersonals** gefordert.

Bund

- **Rahmengesetzgebung** zum Leistungskatalog
- **Allgemeine Richtlinien** zur Ärzt:innendichte

Länder

- **Absprachen mit Kassenärztlichen Verbänden** zur Ärzt:innendichte
- **Krankenhausplanung** und Bettenanzahl mit Krankenhausgesellschaft

Kassenärztliche Vereinigungen

- **Vergabe von Kassensitzen**
- **Sicherstellungsauftrag**

AE 2. Was finden Sie an der unterschiedlichen Versorgung gerecht und was ungerecht, und was soll geändert werden, um das System noch gerechter zu machen?

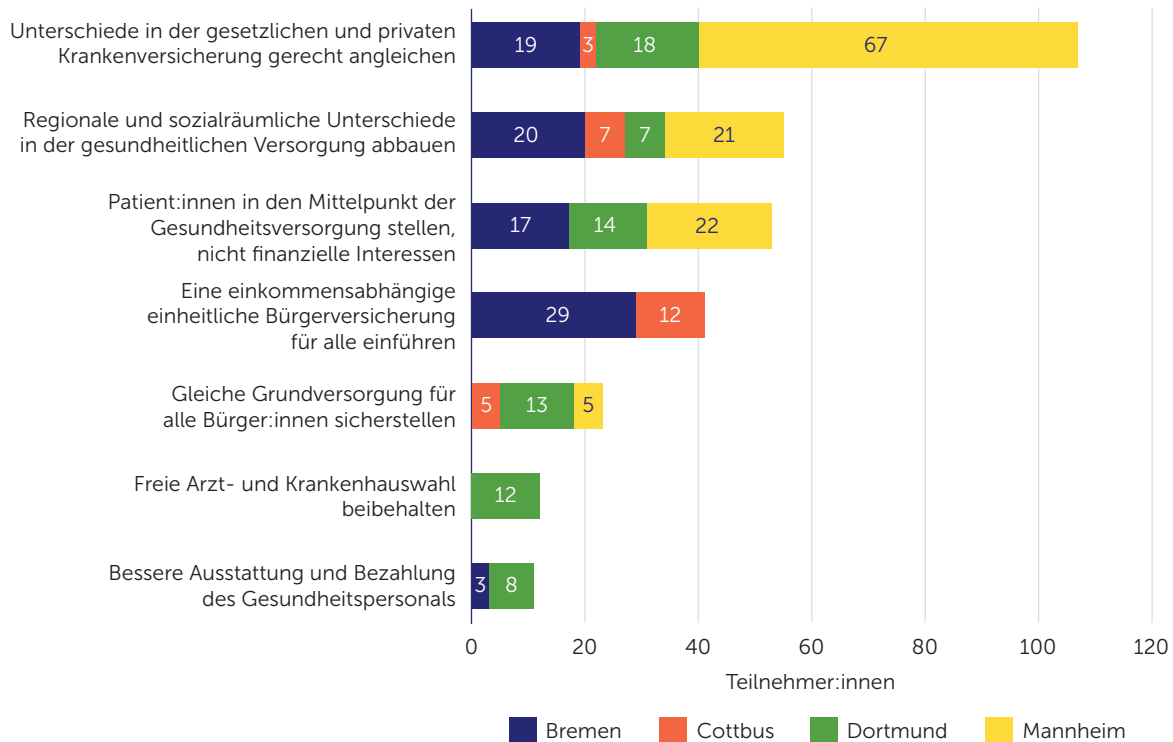


Abbildung 9: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 2

2.3 Arbeitseinheit 3: Herausforderungen chronischer Erkrankungen

Über diese Arbeitseinheit

Chronisch degenerative Erkrankungen dominieren das Krankheitsgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland. In dieser Arbeitseinheit sollte Gesundheitsversorgung aus einer Perspektive der Versorgungsforschung aufgerollt werden. Das Thema chronische Erkrankungen und ihre Behandlung wurde beispielhaft an Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorgestellt und anschließend diskutiert. Neben der Verbreitung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sollten als Behandlungsvarianten medikamentöse und interventionelle Behandlungen der Folgen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen thematisiert sowie komplementär-medizinische Behandlungsverfahren erläutert werden.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Die drei Expert:inneninputs in dieser Einheit behandelten die folgenden Fragestellungen:

- » Wie sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland verbreitet und welche Bedeutung haben sie für das Gesundheitssystem?
- » Wie sieht eine gute Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus?
- » Welche Evidenz gibt es bei konventionellen und komplementärmedizinischen Ansätzen?
- » Warum sind die vorgeschlagenen Therapieverfahren erfolgreich?

Expertinnen und Experten

Laurette Rasch (MPH) von der Alice Salomon-Hochschule Berlin und der Berlin School of Public Health stellte kurz die Definition und Verbreitung chronischer Erkrankungen sowie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und deren (beeinflussbaren) Risikofaktoren vor, um die Bedeutung von bedarfsgerechter Versorgungsplanung verständlich zu machen. PD Dr. Oliver Bruder, Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Angiologie am Elisabeth-Krankenhaus Essen, erläuterte effektive Behandlungsverfahren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus Sicht der interventionalen Kardiologie. Demgegenüber befasste sich Prof. Dr. Gustav Dobos, Direktor des Zentrums für Naturheilkunde und Integrative Medizin an der Universitätsklinik Essen, in seinem Vortrag mit naturheilkundlich-integrativer Therapie bei Bluthochdruck.

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Die Diskussionsfrage für die Kleingruppenarbeit lautete:

Bei Ihnen wird eine Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt: Welche Behandlungen, die Ihnen in den Vorträgen vorgestellt wurden, wünschen Sie sich?

Die Ergebnisse und Empfehlungen aus den einzelnen Planungszellen lassen sich in fünf Themengruppen unterteilen. Besonders wichtig war allen Teilnehmer:innen eine **intensive und individuelle ärztliche Betreuung**. Dazu gehörte für die Bürger:innen vor allem eine schnelle Behandlung, engere, verständliche, ganzheitliche und kontinuierliche Beratung und Begleitung durch den Arzt / die Ärztin sowie eine individuelle und langfristige Aufklärung zur Behandlung. Fast ebenso wichtig war den Teilnehmer:innen eine **gute Aufklärung und Zugang zu Informationen, wie Patient:innen durch Eigenverantwortung ihr Leben verbessern können, sowie Zugang zu ergänzenden Behandlungsoptionen/Integrativmedizin**. Sie empfahlen, dass dabei eine individuelle Auseinandersetzung mit den Patient:innen und ihren jeweiligen Lebensumständen, eine Inklusion von natürlichen Heilverfahren in den Behandlungsvorschlägen und eine Förderung der integrativen Medizin besonders berücksichtigt werden solle. Auch die **Prävention und Nachsorge** wurden bereits in dieser Arbeitseinheit betont. So schlugen die Bürger:innen als Schwerpunkte eine frühzeitige und verpflichtende Aufklärung zu gesunder Lebensweise, die Einführung von Gesundheit als Schulfach, die Erweiterung der Prävention auch für die jüngere Bevölkerung sowie weitergehende niedrigschwellige Präventionsangebote für die gesamte Bevölkerung, eine Sensibilisierung durch die Ärzt:innen sowie die aktive Erinnerung an Vorsorgeuntersuchungen und die Verpflichtung zur Nachsorge vor.

AE 3. Bei Ihnen wird eine Herz-Kreislauf-Erkrankungen festgestellt: Welche Behandlungen wünschen Sie sich und was ist Ihnen dabei wichtig?

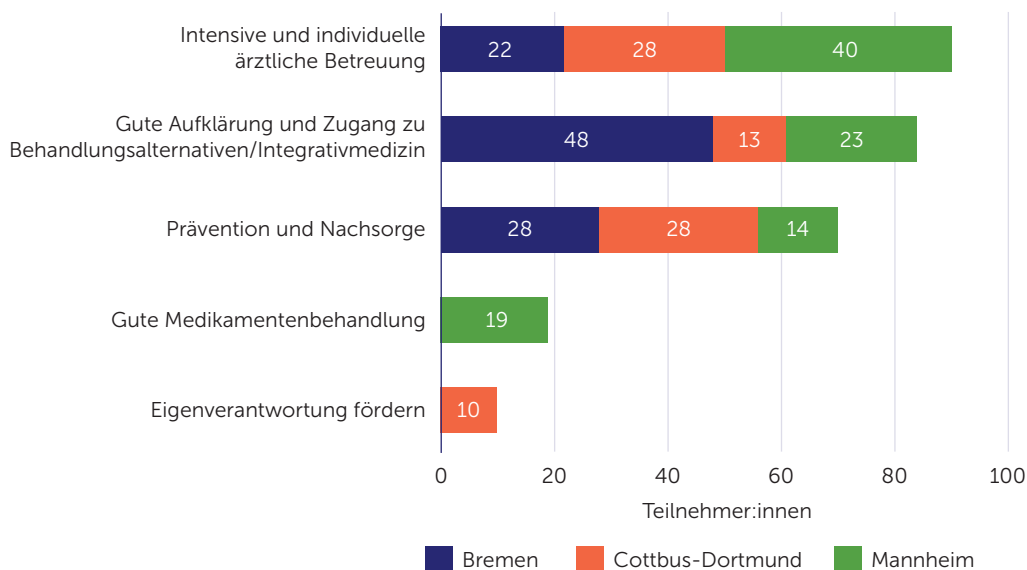


Abbildung 10: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 3

Den Mannheimer Bürger:innen war eine **gute Medikamentenbehandlung** wichtig. Gemeint war für sie damit eine empirische Belegbarkeit der Wirksamkeit von Behandlungen, die auch die Nebenwirkungen im Blick behält, sowie eine bessere und schnellere Verfügbarkeit

von Medikamenten. Die Teilnehmer:innen aus Dortmund und Cottbus betonten die **Förderung der Eigenverantwortung** der Patient:innen: diese sollen mit Unterstützung durch die beteiligten Ärzt:innen und Therapeut:innen darin gestärkt werden, Eigenverantwortung zu übernehmen.

2.4 Arbeitseinheit 4: Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem

Über diese Arbeitseinheit

Anknüpfend an das Thema Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurde über die Vorsorge, Nachsorge und Prävention im ärztlichen Setting und darüberhinausgehend in den Lebenswelten der Menschen diskutiert. Die Fragen, welche Rolle Gesundheitsförderung und Prävention im Umgang mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen sollte und wie das strukturell und finanziell unterlegt werden könnte, waren leitend für diese Arbeitseinheit.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Die zwei Expert:innenbeiträge behandelten die folgenden Fragestellungen aus unterschiedlichen Perspektiven:

- » Welche Rolle sollen das Medizinsystem und andere Akteur:innen in der Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen spielen?
- » Welche Rolle soll Gesundheitsförderung und Prävention im Umgang mit Herzkreislauferkrankungen spielen und wie soll das strukturell (neue Akteur:innen und Ansätze in den Kommunen) und finanziell unterlegt sein?
- » Was können Ärzt:innen jenseits der Medikamentenverschreibung tun?
- » Welche Rolle spielt dabei Kompetenzbildung und Gesundheitskompetenz?

Expertinnen und Experten

Der Impulsvortrag seitens konventioneller Ansätze zu Prävention und Gesundheitsförderung wurde von Dr. Meinolf Serafin, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Kempten-Allgäu, gehalten. Sein Fokus lag auf der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den ärztlichen Check-ups, sowie medikamentöser Einstellung der Patient:innen mit begleitenden verhaltenspräventiven

Maßnahmen. Kontrastiv befasste sich Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Lehrstuhlinhaber für Bewegung und Gesundheit und Leiter des Departments für Sportwissenschaft und Sport, mit Ansätzen der Bewegungsversorgung im Gesundheitssystem durch Etablierung von Präventions- und Versorgungsketten zur Bewegungsförderung für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen über das Medizinsystem hinaus.

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

In den Kleingruppen-Diskussionen diskutierten die Teilnehmer:innen die Frage:

Welche Unterstützung und welche Angebote wünschen Sie sich zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur allgemeinen Förderung Ihrer Gesundheit?

Dabei kristallisierten sich wiederum fünf Themenbereiche heraus. In Mannheim, Dortmund und Cottbus wird zentral die Verhaltensprävention in den Vordergrund gestellt, in Form des **Ausbaus von Aufklärung, Beratung, Präventionsangeboten und besseren Zugängen**. Konkret beinhaltet dies aus Sicht der Teilnehmer:innen Ausbau und Modernisierung der Infrastruktur für Sport und Bewegung in räumlicher Nähe zum Wohnort, Entwicklung ergänzender Angebote durch digitale Produkte (Apps), die z.B. Termin- und Vorsorgeerinnerungen, online Beratung und Coaching über Bewegungsangebote unterstützen und die sich gut in den Alltag integrieren lassen. Auch präventive Kuren wurden vorgeschlagen. Der Schwerpunkt in Bremen, der auch in Cottbus und Dortmund Widerhall fand, lag dagegen auf verhältnispräventiven Angeboten, die **Gesundheits- und Bewegungsförderung in die Lebenswelten integrieren** sollen. Dies bedeutet im Einzelnen, Erziehung zu gesunder Lebensweise/Gesundheit als Schulfach zu

etablieren, z.B. durch Ernährungskunde und gesunde Speiseplangestaltung in Schulen, Einbindung von Arbeitgeber:innen in den Präventionsprozessen und Ausbau der Präventionsangebote der Krankenkassen, betriebliche Bewegungsförderung und durch die Arbeitgeber:innen (mit-)finanzierte Gesundheitsangebote wie z.B. Yoga und Pausengymnastik. Untermauert werden sollte dies, so die Empfehlung der Bürger:innen, mit der **Etablierung der Gesundheitsförderung auf Strukturebene** durch die Politik. Hier standen bei den Vorschlägen der teilnehmenden Bürger:innen gesündere Essensangebote im öffentlichen Raum, Einführung eines verpflichtenden NutriScores, eindeutige Kennzeichnung ungesunder Lebensmittel, Krankenkassen-Gutscheine

und Bonuspunkte als Motivation für sportliche Aktivitäten sowie Finanzierung von Bewegungsangeboten für chronisch Erkrankte und Angehörige im Mittelpunkt. Die Rolle der Ärzt:innen in der Prävention und Gesundheitsförderung formulierten die Teilnehmer:innen der Planungszellen eher als unterstützende Mitwirkung, wenngleich dies eine nachgeordnete Forderung war, die vor allem die **optimale Betreuung im ärztlichen Setting** umfasst. Dies sollte gewährleistet werden durch genügend Fachkräfte und schnelle Terminvergabe, Einführung eines Fitnesstests und Therapiebegleitung (nicht nur Behandlung) über einen individuell ausreichenden Zeitraum. Abschließend wurde zudem die **Stärkung des individuellen Gesundheitsverhaltens** gefordert.

AE 4. Welche Unterstützung und welche Angebote wünschen Sie sich zur Vorbeugung/Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zur allgemeinen Förderung Ihrer Gesundheit?

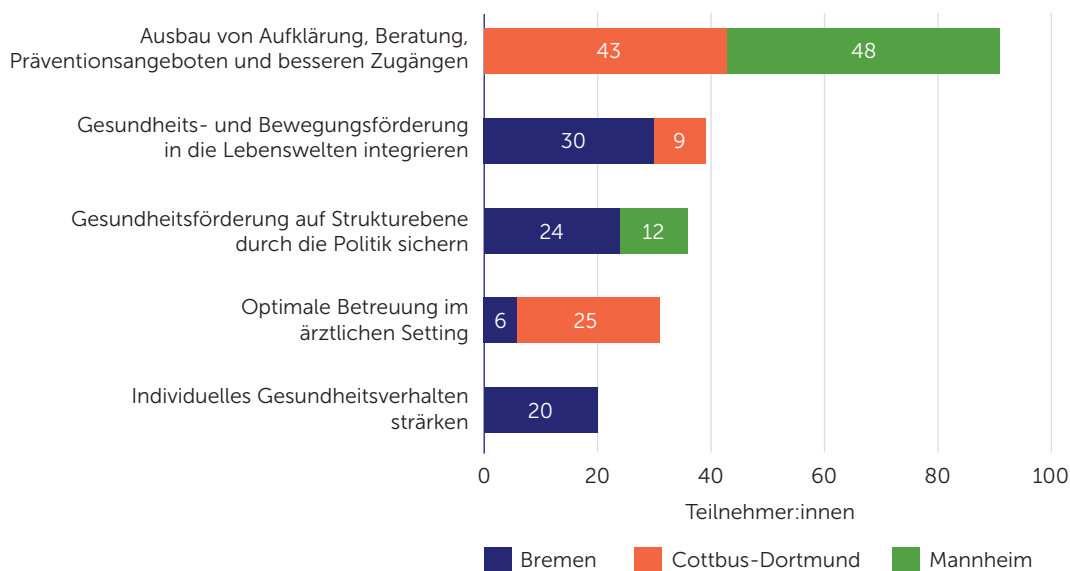


Abbildung 11: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 4

2.5 Arbeitseinheit 5: Zum Arzt/zur Ärztin gehen: Worauf kommt es aus Sicht von Patientinnen und Patienten an? Potentiale eines patient:innenzentrierten Ansatzes

Über diese Arbeitseinheit

Arbeitseinheit 5 thematisierte die ambulante Versorgung an den Beispielen der hausarztzentrierten Versorgung sowie der freien Facharztwahl. Die Diskussion um die hausarztzentrierte Versorgung gewinnt gerade angesichts der epidemiologischen Verschiebungen hin zu chronisch degenerativen Erkrankungen und Multimorbidität in einer alternden Gesellschaft zunehmend an Bedeutung. Derzeit gilt hingegen noch die freie Arztwahl, die zu den Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört. Dabei können Versicherte in Deutschland grundsätzlich die sie behandelnden Ärzt:innen frei wählen, was sowohl Hausärzt:innen als auch Fachärzt:innen betrifft. In vielen anderen europäischen Ländern gilt das Prinzip der freien Arztwahl nicht oder nur sehr eingeschränkt. Gleichwohl besteht in der ambulanten Versorgung in Deutschland neben der Möglichkeit der freien Facharztwahl auch die Möglichkeit, einen sog. Hausarzttarif zu wählen. Dabei nimmt der Hausarzt/die Hausärztin eine Lotsenfunktion im Gesundheitswesen ein, die gerade für ältere und multimorbide Patient:innen eine bessere Versorgung ermöglichen soll. Ebenso sollen Patient:innen bei der integrierten Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer wie Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer usw. von der Vernetzung des Hausarztes profitieren. So sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Fragestellung der Arbeitseinheit

In den Fachbeiträgen gingen die Referierenden auf folgende Fragestellungen ein:

- » Wie verbreitet sind in Deutschland die sog. Hausarzt-tarife (Statistiken)?
- » Für welche Patient:innengruppen sind Hausarzt-tarife bzw. die integrierte Versorgung besonders geeignet und warum?
- » Welche Vor- und Nachteile bietet die integrierte Versorgung bzw. das Hausarztmodell gegenüber der freien Facharztwahl für Patient:innen (hinsichtlich der Betreuung, finanzielle Aspekte usw.)?
- » Wie sieht aus Patient:innensicht eine gute evidenz-basierte Hausarztversorgung aus?

Expertinnen und Experten

Für diese Arbeitseinheit referierten Dr. Miriam Räker vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) sowie der Hausarzt und Buchautor Dr. Gunter Frank. Dr. Räker konzentrierte sich auf das Thema hausärztliche Versorgung aus einer Perspektive der Versorgungsforschung, während Dr. Frank insbesondere aus Patient:innensicht auf die Fragestellung einging. Dr. Miriam Räker arbeitet zum Schwerpunkt Gesundheitssystemgestaltung und Versorgungssteuerung. Dr. Gunter Frank ist seit über 20 Jahren niedergelassener Allgemeinarzt in Heidelberg und wirkt als Leitlinienbeauftragter der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin als Co-Autor der aktuellen S3-Adipositas Leitlinien mit.

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Kleingruppenarbeit diskutierten die Teilnehmer:innen zu folgenden Fragestellungen:

Was ist Ihnen bei einem Arztbesuch besonders wichtig?

In den Ergebnissen der Kleingruppenarbeit zeigten sich die folgenden Schwerpunkte. An erster Stelle standen zwei zentrale Punkte: So forderten die Teilnehmer:innen zum einen, dass **gute Beratung und Betreuung der Patient:innen gefördert** werden sollen. Dazu nannten sie Forderungen wie: die Förderung patient:innen-zentrierter Gesprächsführung, eine Gewährleistung einer ausreichenden Zeit für gute Kommunikation und Behandlung sowie einer Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Unterstützt werden soll dies zum anderen durch eine **Stärkung der Versorgungsstrukturen**. Im Einzelnen bezogen sich die Bürger:innen dabei auf eine ausreichende (Haus-)Ärzt:innendichte mit kürzeren Wartezeiten und besserer Erreichbarkeit, aber auch eine Vernetzung der Mediziner:innen untereinander. Auf struktureller Ebene soll dies begleitet werden durch die **Schaffung von Transparenz der Versorgungsstrukturen**. Hier wünschten sich die Bürger:innen Transparenz hinsichtlich der Abrechnung der Arzttätigkeit, des Beschwerdemanagements bei Behandlungsmängeln sowie eine allgemeine Überprüfung der Behandlungsqualität. Grundsätzlich

wurde gefordert, die **Finanzierung unabhängiger zu gestalten**, insbesondere in Hinblick auf die Reduzierung des finanziellen Drucks im Gesundheitssystem sowie in Bezug auf Behandlung und Diagnose. Weiterhin waren den Teilnehmer:innen die Kompetenz des Arztes/der

Ärztin, niedrigschwellige Zugänge, die freie Arztwahl sowie alternative Behandlungsmöglichkeiten wichtig. Diese Punkte fielen aber in ihrer Bedeutung weit hinter die obengenannten Forderungen zurück.

AE 5. Was ist Ihnen bei einem Arztbesuch besonders wichtig?

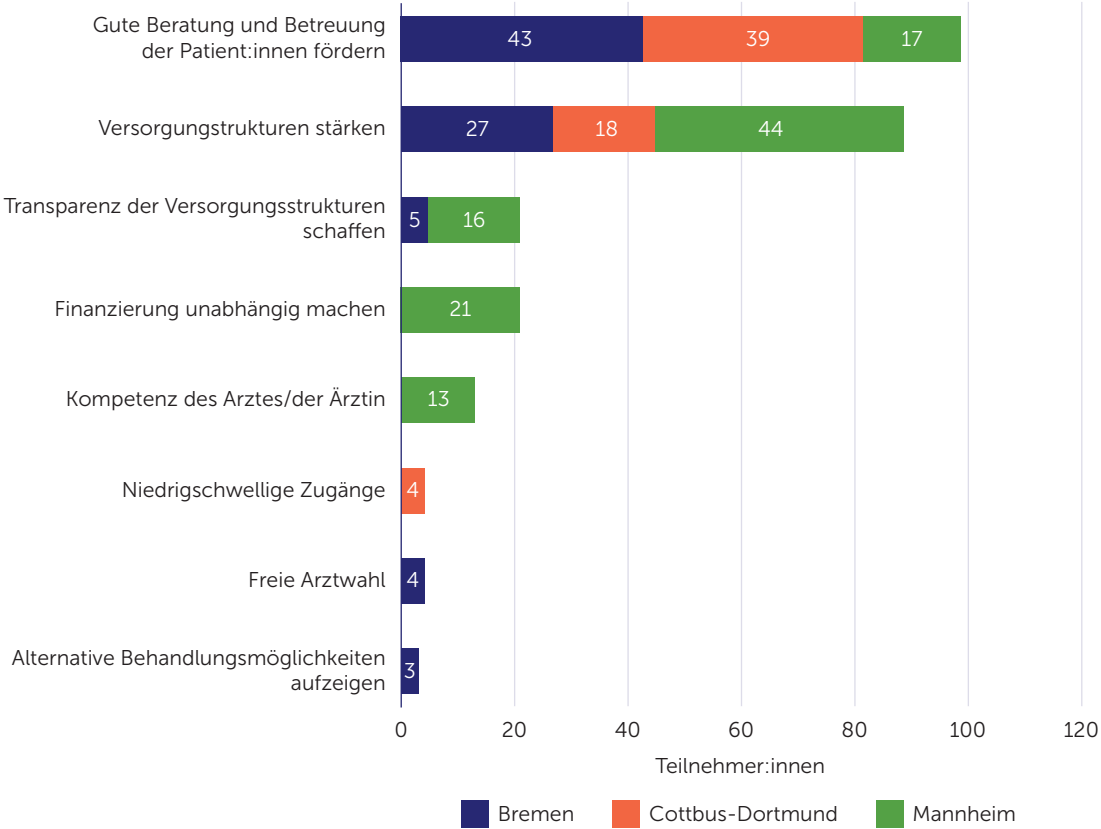


Abbildung 12: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 5

2.6 Arbeitseinheit 6: Ins Krankenhaus gehen: Worauf kommt es aus Sicht der Patientinnen und Patienten an? (aufgezeigt am Thema Krebs)

Über diese Arbeitseinheit

Neben der ambulanten Versorgung ist die stationäre Versorgung eine zentrale Säule des Versorgungssystems. Um diesen Bereich gerade in seiner herausfordernden Seite zu diskutieren, wurde die stationäre Versorgung am Beispiel einer erneuten Krebserkrankung (Rezidiv), die im Krankenhaus behandelt werden soll, durch die Expert:innen erläutert. Ein Fokus der Vorträge lag auf der Frage, was die Prämisse bei der Behandlung von Krebs ist und wie dabei eine informierte Entscheidungsfindung von Patient:innen sichergestellt werden kann. Neben dem Verständnis für die jeweiligen Vor- und Nachteile von Therapieangeboten sollten auch Aspekte wie Lebensqualität und Überlebenschancen als wichtige Entscheidungskriterien in die Überlegungen der Vortragenden einfließen. Dabei stellte sich auch die Frage, was Patient:innen in einer solchen Situation wollen und welche Unterstützung sie dabei benötigen (Wünsche und Bedürfnisse von Patient:innen). Um einen etwas distanzierteren Blick zu ermöglichen, sollten die Teilnehmer:innen Versorgungswünsche formulieren, die sie sich für einen erkrankten Angehörigen wünschen würden.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Die Expert:inneninputs dieser Arbeitseinheit gingen auf die folgenden Fragestellungen ein:

- » Wie würde typischerweise eine Beratung und Krebsbehandlung (Therapieformen) im Falle eines Rückfalls in Ihrem Krankenhaus aussehen?
- » Wie werden Patient:innen bzw. ihre Angehörigen bei der informierten Entscheidungsfindung unterstützt?
- » Welche Möglichkeiten werden mit den Patient:innen besprochen?
- » Was ist Ihrer Erfahrung nach Patient:innen während/ neben der eigentlichen Krebsbehandlung im Krankenhaus noch wichtig?

Expertinnen und Experten

Diesen Fragen widmeten sich Dr. Susanne Rittig von der Charité (Universitätsmedizin Berlin) sowie Dr. Friedemann Schad (Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin) in Berichten aus ihrem Klinikalltag. Dr. Susanne Rittig ist behandelnde und forschende Hämatologin und

Onkologin und lotete demnach die Fragestellung aus der Perspektive einer Ärztin in einem Krankenhaus der Maximalversorgung aus. Dr. Friedemann Schad arbeitet als Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Arzt für Anthroposophische Medizin im Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (GKH) und ist dort Leiter des Onkologischen Zentrums und der Abteilung für Interdisziplinäre Onkologie und Palliativmedizin. Sein Fokus lag auf den Möglichkeiten eines integrativmedizinischen Ansatzes in der Krebsbehandlung.

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Kleingruppenarbeit diskutierten die Teilnehmer:innen zu folgender Situation:

Eine Angehörige/ein Angehöriger hat einen Krebsrückfall: Welche Behandlung wünschen Sie sich für sie/ihn?

Zentrale Forderung der Bürger:innen war einerseits die **bedürfnisgerechte und individuelle Gestaltung von Behandlungsangeboten**. Dabei wurde der Wunsch formuliert, dass begleitend zur schulmedizinischen angeboten und für Patient:innen verständlich und kompetent durch den Arzt/die Ärztin erklärt werden sollen, dass ebenfalls die psychologische Begleitung der Patient:innen und der Bezugspersonen ausgebaut werden soll, und dass die Situation der Patient:innen ganzheitlich betrachtet werden soll. Andererseits soll dies durch eine Stärkung der **Versorgungsqualität im Krankenhaus** untermauert werden. Hier forderten die Bürger:innen gute Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter:innen im Krankenhaus, mehr Zeit für die Patient:innen, die Möglichkeit, an Studien teilzunehmen, eine zeitnahe Weitergabe von Diagnoseergebnissen sowie interdisziplinäre Therapiepläne. Schließlich wurde auch hier eine **Stärkung des Vertrauensverhältnisses zu den behandelnden Ärzt:innen** gefordert. Hierzu schlugen die Bürger:innen vor, dass die Behandlung möglichst nur durch einen Arzt/eine Ärztin erfolgt. Weiter empfahlen die Teilnehmer:innen die Weitergabe von Informationen in einfacher Sprache und den Ausbau eines partnerschaftlichen Ärzt:innen-Patient:innenverhältnisses, im Sinne mündiger Patient:innen.

Abbildung 13 verdeutlicht, wie die Teilnehmer:innen die einzelnen Aspekte bewertet haben.

AE 6. Eine Angehörige/ein Angehöriger hat einen Krebsrückfall: Welche Behandlung wünschen Sie sich für sie/ihn?

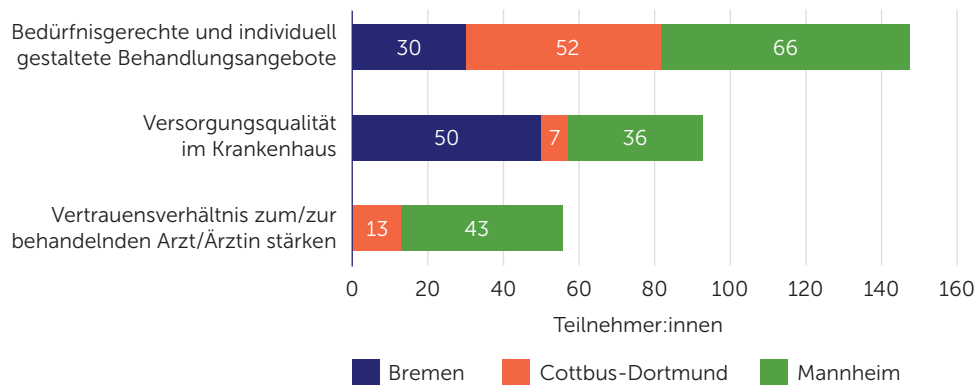


Abbildung 13: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 6

2.7 Arbeitseinheit 7: Schulmedizinische, komplementärmedizinische und naturheilkundliche Behandlungsverfahren: Was heißt, es wirkt und wer entscheidet?

Über diese Arbeitseinheit

Eine der stark umstrittenen Fragen in der gesundheitlichen Versorgung ist die Rolle der Komplementärmedizin und naturheilkundlicher Heilverfahren. Der Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung wird bei denjenigen Patient:innengruppen besonders laut, bei denen schulmedizinische Behandlungen nicht die gewünschten Wirkungen erzielen. Gleichzeitig sind diese Behandlungsverfahren traditionell stark verankert. Sie greifen somit auf ein großes „Erfahrungswissen“ zurück, das aber häufig nicht den „anerkannten wissenschaftlichen Standards“ entspricht. Vor diesem Hintergrund wurden die Experten gebeten, entlang der Fallstudie eines chronischen Rückenschmerzpatienten zu diskutieren, welche Behandlungsverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurden, welche ausgeschlossen sind und warum. Bei Letzteren handelt es sich vielfach um komplementärmedizinische und naturheilkundliche Verfahren. Die Frage der Evidenzbasierung sollte allgemeinverständlich und kritisch diskutiert werden.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Im Zentrum der Experteninputs wurde auf folgende Fragestellungen eingegangen:

- » Wie soll über die Zulassung von Behandlungsverfahren entschieden werden?
- » Welche Rolle sollen komplementärmedizinische Behandlungsverfahren im deutschen Gesundheitssystem spielen?

Expertinnen und Experten

Als Vertreter evidenzbasierter Medizin konnte Dr. Klaus Koch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gewonnen werden. Er verantwortet seit 2011 als Ressortleiter und Chefredakteur die IQWiG-Website: gesundheitsinformation.de. Den kontrastiven Impuls zu diesem Thema gab Dr. Marc Werner. Er ist Internist und Chefarzt am KEM, den Evangelischen Kliniken Essen-Mitte gGmbH, wo er den Bereich Naturheilkunde und integrative Medizin vertritt.

AE 7. Welche Behandlungsverfahren sollen durch die Krankenkassen finanziert werden und wer soll darüber entscheiden?

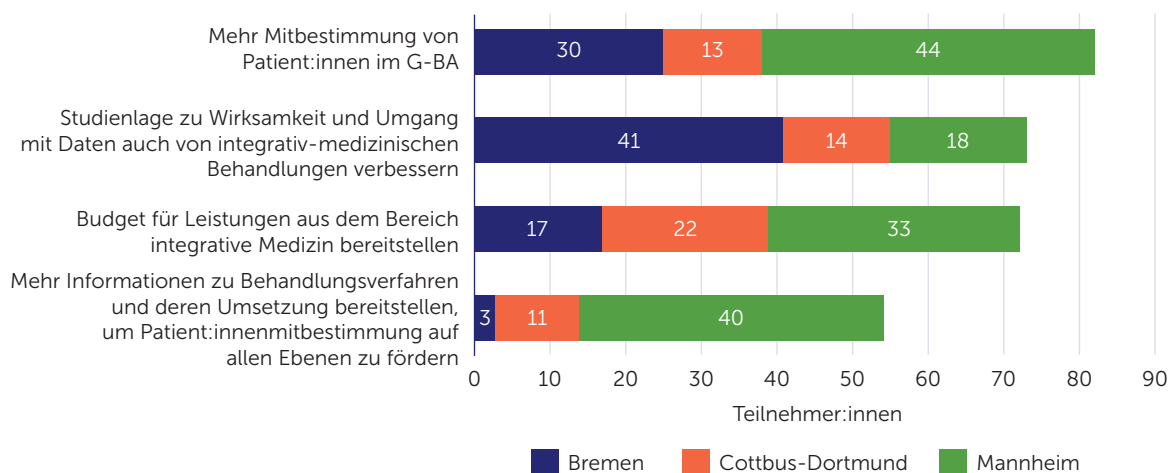


Abbildung 14: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 7

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Kleingruppenarbeit diskutierten die Teilnehmer:innen zu folgenden Fragestellungen:

Welche Behandlungsverfahren sollen durch die Krankenkassen finanziert werden und wer soll darüber entscheiden?

Die zentrale Forderung der Diskussionen dieser Arbeitseinheit war **mehr Beteiligung von Patient:innen im Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)**. Durch eine Reform sollten auch Patient:innen dort Stimmrecht erhalten. Aber auch bei der Erarbeitung von Leitlinien sollte ein breiteres Spektrum an Expert:innen und Patient:innen ein Mitspracherecht erhalten. Daran schloss die zweite Forderung der Bürger:innen an, nämlich die **Studienlage zu Wirksamkeit und Umgang mit Daten auch von integrativ-medizinischen Behandlungen zu verbessern**. Aktuelle Studien sollten schneller in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Die Qualität der Studien sollte von einer unabhängigen Kommission überprüft werden. Außerdem sollten Studien von verschiedenen Gruppen in Auftrag gegeben werden können. Dies würde ggf. staatliche Förderung bei besonderen Patient:inneninteressen

erfordern. Gleichwohl betonten die Bürger:innen, dass die Wirksamkeitsprüfung eine zentrale Grundlage der Kostenübernahme bleiben sollte. Allerdings, und hier schließt die dritte Forderung an, sollte auch ein **Budget für Leistungen aus dem Bereich integrativer Medizin bereitgestellt werden**. Hier sollte ein individuell abgestimmtes Vorgehen in einer Absprache von Ärzt:innen und Patient:innen ermöglicht werden, damit auch komplementäre Behandlungsverfahren bezuschusst werden können. So kann die Budgetplanung der Ärzt:innen in diesem Bereich flexibler gestaltet werden bzw. die Möglichkeit eines dafür ausgewiesenen individuellen Budgets für Patient:innen in Betracht gezogen werden. Grundlegend dafür ist die letzte Forderung der Bürger:innen in dieser Arbeitseinheit, **mehr Informationen zu Behandlungsverfahren und deren Umsetzung bereitzustellen, um Patient:innenmitbestimmung auf allen Ebenen zu fördern**. Das umfasst die Förderung der Mündigkeit von Patient:innen auf allen Ebenen - vom Arztgespräch über Informationen zu Behandlungsoptionen und Nebenwirkungen bis hin zur Antragsstellung bei Krankenkassen. Dabei sollten auch alternativ- und komplementärmedizinische Behandlungsoptionen in Patient:inneninformationen systematisch mit eingeschlossen werden.

2.8 Arbeitseinheit 8: Diskussionsrunde mit geladenen Politiker:innen zu Perspektiven zentraler gesundheitspolitischer Forderungen ihrer Parteien und die Rolle der Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem

Über diese Arbeitseinheit

Bürgergutachten entstehen nicht im politikfreien Raum – im Gegenteil. Deswegen ist eine Politiker:innenanhörung systematischer Bestandteil jedes Planungszellenverfahrens. In der Politikanhörung stellen sich Politikerinnen und Politiker den Fragen der Teilnehmer:innen. Dieses Gespräch findet traditionell gegen Ende einer Planungszelle statt, nämlich dann, wenn die Bürgergutachter:innen schon eingearbeitet und gut informiert sind, jedoch noch bevor abschließende Empfehlungen formuliert werden. Diesem Standard entsprechend wurden auch zu den Planungszellen des Bürgergutachtens zur zukünftigen Gestaltung des Gesundheitssystems Sprecher:innen aller im Bundestag vertretenen Parteien zu einer online Podiumsdiskussion eingeladen, die am 23.09.2021 von 19 bis 20 Uhr stattfand und die über YouTube live gestreamt wurde:



<https://www.youtube.com/watch?v=b7FKs7gaGD8>

Die nachfolgende Tabelle zeigt die teilnehmenden gesundheitspolitischen Sprecher:innen der Parteien bzw. gesundheitspolitischen Obleute im Gesundheitsausschuss des 19. Bundestages. Nachdem die Politiker:innen eingangs kurz zwei zentrale gesundheitspolitische Forderungen ihrer Parteien vorgestellt hatten, stellten sie sich zunächst den Fragen von ausgewählten Vertreter:innen aus den drei Planungszellen. Aus jeder Planungszelle wurden ein Bürger und eine Bürgerin nominiert. Die Fragen wurden dann in die Runde der

Politiker:innen gegeben. Auf die Fragen wurden jeweils Antworten von zwei Politiker:innen zugelassen. Insgesamt wurde auf eine gleichmäßige Beteiligung von Politiker:innen aus allen Fraktionen geachtet. Im Anschluss daran wurden Fragen aus dem Plenum der Planungszellen-Teilnehmer:innen gestellt, die in einer „Frage & Antwort Funktion“ gesammelt und dort von den Teilnehmer:innen auch gewichtet werden konnten. Schließlich wurden auch Fragen aus der Kommentarfunktion des YouTube-Kanals, und somit der allgemeinen Öffentlichkeit, aufgegriffen. In der Abschlussrunde konnten sich die Politiker:innen eine von zwei verbliebenen Fragen für ihr Abschlusstatement aussuchen.

Sabine Dittmar (SPD): Obfrau im Gesundheitsausschuss,

Dr. Achim Kessler (Die Linke): Obmann im Gesundheitsausschuss

Dr. Georg Kippels (CDU): stellvertretender Obmann im Gesundheitsausschuss

Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90 / die Grünen): gesundheitspolitische Sprecherin und Mitglied im Gesundheitsausschuss

Detlev Spangenberg (AfD): Obmann im Ausschuss für Gesundheit

Prof. Andrew Ullmann (FDP): Obmann im Ausschuss für Gesundheit

Tabelle 4: Überblick über die teilnehmenden Politiker:innen

2.9 Arbeitseinheit 9: Bürger:innenbeteiligung im Gesundheitssystem: Wie können sich die Bürgerinnen und Bürger sinnvoll in die Gestaltung des Gesundheitssystems einbringen?

Über diese Arbeitseinheit

Die Leitfrage des Bürgergutachtens bezieht sich einerseits auf die Gesundheitsversorgung der Zukunft, andererseits auch aber auf die Frage, wie Bürger:innen dieses System mitgestalten wollen. Hintergrund dieser Frage ist die in der Ottawa-Charta⁶ der Gesundheitsförderung der WHO angeführte These, dass Gesundheit nicht nur statisch als Zustand umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bestimmt ist, sondern auch dadurch gefördert wird, dass Menschen prozesshaft Kontrolle über die Bedingungen ihrer Gesundheit haben. Diese Kontrolle ist nicht nur auf der konkreten Versorgungsebene zu denken, sondern auch auf der Ebene der Systemgestaltung und Mitbestimmung. Deshalb zielte diese letzte Arbeitseinheit auf die Frage, unter welchen Voraussetzungen sich Bürger:innen aktiv in die Gestaltung einbringen können. Dazu wurden zunächst die unterschiedlichen Rollen bestimmt, in denen Bürger:innen diesem System begegnen, als Patient:innen, Kundin:innen, Bürger:innen etc., um sich dann den politisch gewünschten und derzeit umgesetzten Formen der Bürger:innenbeteiligung zuzuwenden und diese in ihrem Für und Wider zu diskutieren.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Mit dem Impulsvortrag sollte genauer bestimmt werden:

- » Wie begegnen Bürger:innen diesem Gesundheitssystem und welche Rolle spielen sie darin?
- » Welche Formen der Partizipation sind derzeit in diesem System vorgesehen und wie werden diese umgesetzt?

Expertinnen und Experten

Als Experte konnte Christoph Kranich gewonnen werden, der einerseits wissenschaftlich zu dem Thema Patient:innenbeteiligung seit Jahrzehnten forscht und publiziert und andererseits selbst aktiv in verschiedenen Positionen in der Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitssystems mitgewirkt hat: als Patient:innenvertreter im G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss), im Verwaltungsrat einer Krankenkasse, als Koordinator der

Patient:innenvertretung und als Deputierter im Gesundheitsministerium. So fanden in seinen Vortrag auch durch seine eigene Person sowohl politisch-konzeptionelle als auch politisch praktische Perspektiven Eingang.

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

Im Rahmen der Kleingruppenarbeit diskutierten die Teilnehmer:innen zu folgenden Fragestellungen:

Wie weit kann Mitbestimmung im Gesundheitswesen gehen?

Wie müssen Bürger:innen, die sie ausüben, ausgestattet werden?

Die zentrale Forderung der Bürger:innen ist, den **Patient:innen- und Bürger:inneneinfluss in bestehenden Gremien zu stärken**. An die Stelle der Beratungsfunktion sollte ein Stimmrecht im G-BA gesetzlich verankert werden. Gleichzeitig sollte dies durch einen finanziellen Ausgleich für die Mitwirkung und eine Freistellung durch die Arbeitgeber:innen unterstützt werden. Wichtig ist dabei aber, die Unabhängigkeit der Patient:innen und Bürger:innenvertretung und Transparenz auf allen Ebenen sicherzustellen. Damit Mitbestimmung auch informiert stattfinden kann, forderten die Bürger:innen weiter, die **Qualifizierungsangebote für mitwirkende Bürger:innen und Patient:innen flächendeckend auszubauen**. Diese Schulungen müssten kostenlos zugänglich sein und die Bürger:innen mit unabhängigen und zieldienlichen und aktuellen Informationen versorgen. Diese Art von Schulungen sollte allerdings nicht nur auf die politische Ebene zielen, sondern könnte sich ebenso positiv auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit auswirken. Dazu sollten auch technische Lösungen und der Zugang zu Datenbanken mitgedacht werden. Angedacht wurden Basis- und Fachschulungen, in denen es nicht nur um Informationsvermittlung, sondern zunehmend auch um aktive Auseinandersetzung mit den Themen geht. Derartige Schulungen sind eine sehr gute Voraussetzung für die dritte Forderung nach **alternativen Formen der Beteiligung von Bürgerinnen und Patient:innen im Gesundheitswesen**. So schlugen die Bürger:innen vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen

6 World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, ON: WHO; 1986. Online abrufbar unter: <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (zuletzt besucht am 26.10.2021).

in den Planungszellen die Durchführung weiterer Beteiligungsformate vor, die als Vorlagen für die Patient:innenvertretung im G-BA genutzt werden können. Aber auch ein verpflichtendes soziales Jahr könnte für die Mitgestaltung im Gesundheitswesen sensibilisieren. Zudem sollte diese Beteiligung sich nicht nur auf Krankenbehandlung und Patient:innenperspektiven beschränken, sondern auch die Gesundheitsförderung mit in den Blick nehmen.

Um dies gerade in der stationären Versorgung einfacher umzusetzen, schlugen die Mannheimer Teilnehmer:innen vor, dass **Krankenhäuser in öffentlicher Hand sein müssten**. Je stärker marktwirtschaftliche Prinzipien im Gesundheitssystem eingeführt werden, desto mehr könnten Bürger:innenrechte nur als Verbraucher:innenrechte wahrgenommen werden.

AE 9. Wie weit kann Mitbestimmung im Gesundheitswesen gehen und wie müssen Bürger:innen, die sie ausüben, ausgestattet werden?

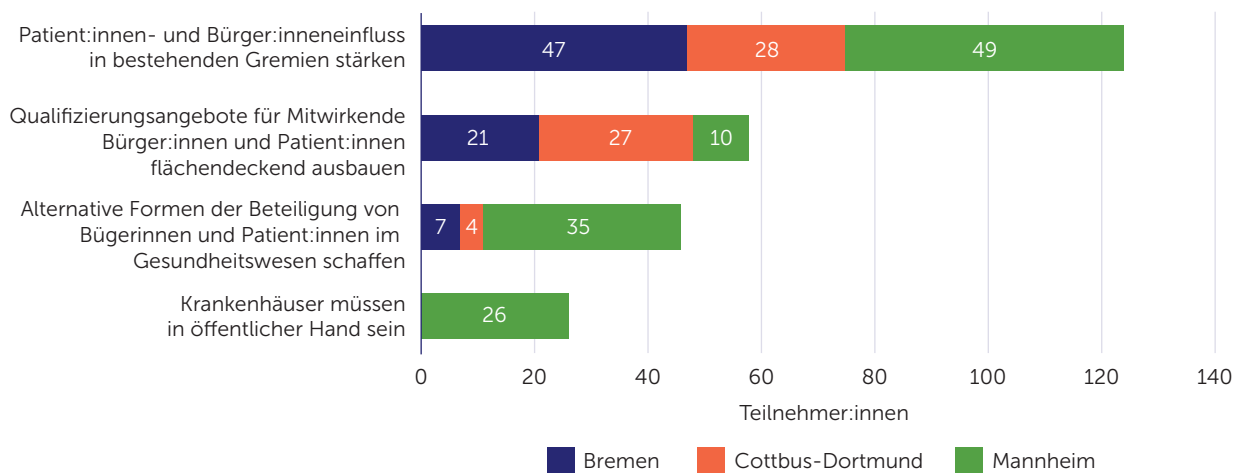


Abbildung 15: Gewichtung der einzelnen Cluster durch die Teilnehmer:innen in Arbeitseinheit 9

2.10 Arbeitseinheit 10: Vorstellung der Ergebnisse und Open Space

Über diese Arbeitseinheit

In dieser Arbeitseinheit wurden zunächst mit Hilfe einer PowerPoint-Präsentation die kondensierten Ergebnisse aller vorangegangenen Arbeitseinheiten und die Empfehlungen der Bürgerinnen und Bürger in ihren jeweiligen Planungszellen vorgestellt.

Im Anschluss hatten die Teilnehmer:innen die Gelegenheit, Themen wieder aufzugreifen, die in den vorangegangenen Arbeitseinheiten nicht ausreichend vertieft diskutiert wurden bzw. neue vorzuschlagen. Nach der Open-Space-Methode⁷ machten sich Teilnehmer:innen für ihr Anliegen stark und regten eine Kleingruppendiskussion zu dem Themenschwerpunkt an.

Fragestellung der Arbeitseinheit

Anhand der Impulsfragen wurden zunächst Themen/Anliegen gesammelt und zusammengetragen:

Was fehlt noch? Was muss noch ergänzt werden? Was muss noch genauer diskutiert werden?

Teilnehmer:innen, die ein zusätzliches Thema vorgeschlagen hatten, übernahmen die Patenschaft für ihr Anliegen sowie die Moderation der Diskussion in der Kleingruppe. Die Kleingruppen wurden in dieser Arbeitseinheit nicht per Zufall zusammengesetzt. Die Teilnehmer:innen konnten sich in diesem Fall interessegeleitet für das für sie wichtigste Anliegen entscheiden und es in der Kleingruppe diskutieren.

⁷ Für mehr Informationen: nexus Akademie, <https://partizipative-methoden.de/portfolio-items/open-space-konferenz/>

Empfehlungen durch die Bürgerinnen und Bürger

In den drei Planungszellen entstand eine Fülle an Themen und Empfehlungen, zum Teil auch solche, die gänzlich neu waren, d.h. in den vorhergehenden Arbeitseinheiten nicht angesprochen wurden.

Thema/Vorschlag	Unterpunkte
Gesundheit ganzheitlich denken	Nicht nur krankheitsbezogene, sondern ganzheitliche Gesundheitsversorgung ermöglichen
Gesundheitskompetenzen stärken	Gesundheits-Coaches bereits in KiTa und in anderen Lebenswelten einführen, z.B. Fach Gesundheit im weiteren Sinne (Ernährung, Bewegung, Entspannung, Stress, psychische Belastungen), in der Schule/Berufsschule und im Studium; Fortbildungsangebote über eine Gesundheitsakademie für „Gesundheitslotsen“ z.B. als Begleitperson im Alter
Ernährung als Gesundheitsfaktor mitdenken	Durch Gesundheitserziehung gesundes Ernährungsverhalten fördern, Fleischkonsum reduzieren und durch politische Maßnahmen wie einer Zuckersteuer unterstützen.
Psychotherapeutische Behandlung niedrigschwellig anbieten	Durch Aufklärung das Stigmatisierungspotential von Psychotherapie senken und niedrigschwellige Zugänge schaffen
Gesundheitsversorgung im Alter verbessern	Tagespflege ausbauen und Hausbesuche von Hausärzt:innen bei Senior:innen fördern
Versorgungszentren für seltene bzw. wenig erforschte Erkrankungen schaffen	Schulung von Haus- und Fachärzt:innen zu seltenen Erkrankungen entwickeln, das Mitspracherecht der betroffenen Patient:innen erhöhen und in diesem Bereich besonders Selbsthilfe-Ressourcen stärken
Zentrales Register für Behandlungsfehler	Transparenz durch unabhängiges Institut gewährleisten
Digitalisierung und Hausarztmodell kritisch weiterentwickeln	Patient:innendaten und Datenschutz in der hausärztlichen Versorgung beteiligungsorientiert umsetzen
Lobbyismus und Rolle der Pharma-Industrie regulieren	Ein Lobby-Register für die Pharmaindustrie einführen
Umsetzung von mehr Patient:innen-Rechten und mehr Mitbestimmung	Schulungen für Patient:innen-Vertreter:innen ausbauen
Gesundheitsberufe attraktiver machen	Personalschlüssel in Pflegeberufen überprüfen und Arbeitsbedingungen verbessern

Tabelle 5: Beiträge der Bürger:innen im Rahmen der Open Space-Sitzung

2.11 Arbeitseinheit 11: Formulierung der gemeinsamen Ergebnisse: Forderungen an die Politik

Über diese Arbeitseinheit

Ziel dieser Arbeitseinheit war die Formulierung der gemeinsamen Ergebnisse und ihre Kondensierung zu Empfehlungen und Forderungen an die Politik. Sie wurde direkt im Anschluss an die letzte thematische Arbeitseinheit durchgeführt, um sicherzustellen, dass die Teilnehmer:innen die Diskussionen der vorhergehenden Tage noch möglichst frisch im Kopf hatten. Zur dialogischen Vorbereitung verständigten sich die Teilnehmer:innen der jeweiligen Planungszellen in zufällig gebildeten Kleinstgruppen von jeweils 2 bis 3 Mitgliedern zunächst kurz über ihre zentralen Forderungen und Empfehlungen an die Politik. Diese wurden dann im Plenum

zusammengetragen und systematisiert. Anschließend sind die zugehörigen Einzelaspekte in diesen Empfehlungen eingearbeitet worden.

Die zentralen Forderungen und Empfehlungen aus den drei Planungszellen wurden in einem nächsten Schritt durch die Verfasser:innen dieses Bürger:innengutachtens in einer gemeinsamen Sitzung zusammengeführt. Sie finden sich zu Beginn dieses Bürgergutachtens als „wichtigste Ergebnisse im Überblick“. Die Erstfassung des Bürgergutachtens wurde den Teilnehmer:innen und einer Redaktionsgruppe aus den Planungszellen zur Validierung zugesandt.

Kleingruppendiskussion in der Planungszelle Bremen



Fazit

Schaut man sich die allgemeinen Empfehlungen der Bürger:innen an und wirft dann noch einen Blick auf die detaillierteren Ergebnisse aus den einzelnen Arbeitseinheiten, zeigt sich, dass die strategischen Ausrichtungen für eine bürgerzentrierte Gesundheitsversorgung der WHO auch den Wünschen der Bürger:innen entsprechen. Im Zentrum steht sicherlich „das Empowerment und die Einbeziehung der Menschen“ in die aktive Gestaltung ihrer eigenen Gesundheit und die Gestaltung des Gesundheitssystems. Die notwendigen Voraussetzungen dafür sind einerseits eine umfassende Information zu gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen, andererseits aber auch die Schaffung entsprechender Ermöglichungsstrukturen.

Die Mündigkeit der Patient:innen und die ernsthafte Einbeziehung in informierte Entscheidungsfindung, welche differenzierte Informationen und eine strukturelle Verankerung voraussetzt, werden immer wieder betont. Dabei ist es den Bürger:innen wichtig, sowohl in der ambulanten, als auch in der stationären Versorgung individuelle Behandlungsangebote zu erhalten und transparent über sowohl schulmedizinische wie komplementärmedizinische Optionen informiert zu werden. Nur durch eine umfassende Information werden die Bürger:innen in die Lage versetzt, auch durch Eigenverantwortung ihr Leben zu verbessern.

Gerade hinsichtlich der „Stärkung der politischen Gestaltungsstrukturen (Governance) und der Rechenschaftspflicht (Accountability)“ artikulieren die Bürger:innen Verbesserungsbedarfe. So taucht an verschiedenen Stellen der Wunsch nach einer verbesserten Transparenz des Systems auf. Die undurchschaubare Anzahl von gesundheitspolitischen Akteuren hinterlässt bei den Bürger:innen ein ungutes Gefühl. Aber auch die Forderung nach einer „Umorientierung der Versorgung zu primärer Gesundheitsversorgung und den lokalen Gemeinwesen (Community)“ wird deutlich formuliert. Eine gute und schnelle Erreichbarkeit von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen ist den Bürger:innen wichtig,

und zwar für alle Bürger:innen gleichermaßen, egal wo sie wohnen. Die Bürger:innen sehen die Notwendigkeit einer „Integrierten Versorgung und Koordination der Gesundheitsleistungen“, sorgen sich dabei aber auch um ihre Autonomie. Koordination von Leistungen darf nicht über die Köpfe der Bürger:innen hinweg geschehen. All dies erfordert die „Schaffung von ermöglichenden Umwelten“. Die Bürger:innen haben in ihrer Arbeit in den Planungszellen dafür eine Vielzahl wichtiger und konkreter Vorschläge gemacht, die Abbildung 16 abschließend zusammenfasst.

Es ist jetzt an der Politik, diese umzusetzen.

- 1 Prävention stärken**
- 2 Gesundheitsversorgung patient:innenzentriert organisieren**
- 3 Eine bezahlbare gemeinsame gesetzliche Krankenversicherung für alle**
- 4 Stärkung der Gesundheitsberufe**
- 5 Transparenz im Gesundheitssystem**
- 6 Stärkung der Mündigkeit der Patient:innen**
- 7 Patient:innenmitbestimmung stärken**

Abbildung 16: Empfehlungen der Bürger:innen auf einem Blick

Danksagungen

Das vorliegende Bürgergutachten entstand als Ergebnis der engagierten und konstruktiven Arbeit der Bürgerinnen und Bürger in den Planungszellen aus den Städten Bremen, Cottbus, Dortmund und Mannheim. Ihnen allen gilt unser Dank:

- » Faiez Ahmed Mohammed Alfdw
- » Fabian Arndt
- » Benjamin Asinda
- » Daniel Becker
- » Antoinetta Berwald
- » Merle Bilinski
- » Marion Binder-Benz
- » Mirko Birkenkamp
- » Carmen Bösen
- » Theresa Brüggemann
- » Mariama Camara
- » Ana-Maria Cengic
- » Hans-Wolf Colsman
- » Elisabeth Cornels
- » Joachim Dippold
- » Marc Dürr
- » Dr. Damaris Duttig
- » Andreas Gärtner
- » Waltraud Geißler
- » Artus Gnedysch
- » Manuel von Gösseln
- » Yalda Hashimi
- » Bernd Hellmann
- » Martina Hempel
- » Jan Hernandez Oels
- » Andrea Hesse
- » Maria Jagesberger
- » Marc Jedlicka
- » Maik Kettlitz
- » Kazimierz Klisowski
- » Olga Konovalova
- » Marvin Kräckel
- » Barija Krasnici
- » Arber Krasniqi
- » Stefanie Krautz
- » Moritz Kuban
- » Insa Kuhlmann
- » Claudia Kuhne
- » Anja Lambert
- » Petra Leers
- » Katarina Lukić
- » Marianne Marten
- » Yasmin Meinicke
- » Sandrine-Annie Merz
- » Jens Morgner
- » Mathias Möwitz
- » Jan Niehoff
- » Madlena Norberg
- » Vivien Oelschlegel
- » Viola Ötting-Lietz
- » Dr. Rosemarie Edith Pahlke
- » Ines Pelz
- » Jutta Petrow
- » Marianna Edeltraut Regner
- » Md Salim Reza
- » Kathrin Röhl
- » Brigitte Schenck
- » Karl-Hermann Schmidt
- » Onyou Schnaiter
- » Andrea Silber
- » Birgit Stahmann
- » Muhammad Tariq
- » Jochen Thaens
- » Uwe Thiede
- » Dr. Wolfgang Tietsch
- » Joanna Ufer
- » Helin Ünal
- » Marion Volz
- » Angela Maria Wannemacher
- » Marcel Warntjen
- » Lars Webler
- » Oliver Weiß
- » Andreas Winkler
- » Yasmin Wissner
- » Regina von Zelewski

Danken möchten wir auch den Referentinnen und Referenten:

- » PD. Dr. Oliver Bruder, Contilia Herz- und Gefäßzentrum, Klinik für Kardiologie und Angiologie; Chefarzt Elisabeth-Krankenhaus Essen
- » Prof. Dr. Dobos, Direktor Zentrum für Naturheilkunde und Integrative Medizin Universitätsklinik Essen
- » Dr. Gunter Frank, Allgemeinarzt in eigener Praxis und Buchautor, Heidelberg
- » Dr. Klaus Koch, Ressortleiter beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Berlin
- » Dipl. päd. Christoph Kranich, ehem. G-BA, ehem. Leiter der Fachabteilung Gesundheit und Patientenschutz der Verbrauch erzentrale Hamburg
- » Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Lehrstuhl für Sportwissenschaft mit Schwerpunkt Bewegung und Gesundheit an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Projekt BewegtVersorgt)
- » Dr. Miriam Räker, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Berlin
- » Laurette Rasch (MPH), wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Berlin School of Public Health / Alice Salomon Hochschule
- » Dr. Susanne Rittig, Fachärztin für Innere Medizin (Universitätsonkologie) am Campus Benjamin Franklin Charité Universität Berlin
- » Dr. Friedemann Schad, Leiter des onkologischen Zentrums Havelhöhe; Leitender Arzt interdisziplinäre Onkologie und Supportivmedizin; Stellvertretender Ärztlicher Leiter; Geschäftsführer Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe – Klinik für Anthroposophische Medizin
- » Dr. Meinolf Serafin, Facharzt Innere Medizin, Kardiologie, MVZ Kempten-Allgäu
- » Dr. Marc Werner, Direktor der Kliniken für Naturheilkunde und Integrative Medizin, KEM – Evangelische Kliniken Essen-Mitte

Für ihre Bereitschaft, den Bürgergutachterinnen und -gutachtern in der Politikanhörung Rede und Antwort zu stehen, danken wir den folgenden Mitgliedern des 19. Deutschen Bundestages:

- » Sabine Dittmar (SPD): Obfrau im Gesundheitsausschuss
- » Dr. Achim Kessler (Die Linke): Obmann im Gesundheitsausschuss
- » Dr. Georg Kippels (CDU): stellvertretender Obmann im Gesundheitsausschuss
- » Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90 / die Grünen): gesundheitspolitische Sprecherin und Mitglied im Gesundheitsausschuss
- » Detlev Spangenberg (AfD): Obmann im Ausschuss für Gesundheit
- » Prof. Andrew Ullmann (FDP): Obmann im Ausschuss für Gesundheit

Von Seiten des nexus Instituts haben mitgewirkt:

- » Prof. Dr. Christiane Dienel (wissenschaftliche Leitung)
- » Dr. Arnd Hofmeister (operative Projektleitung)
- » Tzvetina Arsova Netzelmann (wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- » Dr. Katja Aue (wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- » Nicolas Bach (wissenschaftlicher Mitarbeiter)
- » Dr. Carina Brumme (wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- » Vanessa Kügler (wissenschaftliche Mitarbeiterin)
- » Niklas Peter (wissenschaftlicher Mitarbeiter)
- » Karoline Pfeiffer (Projektassistenz)
- » Fabian Rennig (studentischer Mitarbeiter)
- » Timon Rüdiger (Teilnehmer im ökologischen Bundesfreiwilligendienst)
- » Sara Diekmannshenke (Praktikantin)
- » Amy Winkler (Teilnehmerin im ökologischen Bundesfreiwilligendienst)

Impressum

Verfasserinnen und Verfasser:

75 Bürgerinnen und Bürger aus den Städten Bremen, Cottbus, Dortmund und Mannheim

Auftraggeber:

GESUNDHEIT AKTIV e. V.
Gneisenaustraße 42
10961 Berlin
www.gesundheit-aktiv.de
sowie
NATUR UND MEDIZIN e. V.
Am Deimelsberg 36
45276 Essen
www.naturundmedizin.de

Unabhängige Durchführungsträgerschaft, Herausgabe, Zusammenfassung zu Texten, Diagrammen und Tabellen:

nexus Institut für Kooperationsmanagement
und interdisziplinäre Forschung e.V.
Willdenowstr. 38
12203 Berlin
Telefon (030) 318 054 63
www.nexusinstitut.de

Gestaltung, Infografiken, Satz und Layout:

Constantin Nimigean
www.nimigean.com

Fotonachweis Vorwort:

Dr. Stefan Schmidt-Troschke: Atelier Schild-Vogel
Dr. Anna Paul: M. Dahlhoff

Weitere Abbildungen:

Wanja Wotschak
nexus Institut für Kooperationsmanagement
und interdisziplinäre Forschung GmbH

Abbildungen:

Wanja Wotschak
nexus Institut für Kooperationsmanagement
und interdisziplinäre Forschung GmbH

Druck:

Copy Print, Berlin
Erschienen im November 2021
Auflage: 250 Exemplare

nexus