



Bericht Jahrestagung Patientenbeteiligung NRW

21. November 2025 in Dortmund/digital

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	02
Workshops	03
Ergebnisse der Fishbowl	05
Resilienz des Gesundheitssystems	05
Patientenorientierung vs. Patientensteuerung	08
Klimawandel	11
Diskriminierung im Gesundheitswesen	12
Schlussrunde	13
Anhang: Stellwände	

Einleitung

Am 21. November 2025 trafen sich rund 70 Patientenvertreter*innen auf Einladung der Projektstelle Patientenbeteiligung NRW zur Jahrestagung des Netzwerks der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in NRW. Die Veranstaltung fand in Dortmund und online statt. Schwerpunkt der Jahrestagung war die Frage, wie das NRW-Gesundheitswesen auf gegenwärtige gesellschaftliche Entwicklungen reagiert.

Wir leben in einer Zeit, in der gesellschaftliche Entwicklungen unser Zusammenleben herausfordern: Klimakrise, die Diskriminierung von Bevölkerungsgruppen sowie der demographische Wandel und seine Konsequenzen für die Versorgung führen zu der Frage, wie wir derzeitige Krisen bewältigen und uns für zukünftige Krisen wappnen können. Auf der Jahrestagung formulierten die Teilnehmenden gemeinsam mit hochkarätigen Gästen Antworten für das Gesundheitswesen, um an einer krisenresilienten, patientenorientierten Zukunft zu arbeiten.

Die Fragen und Statements, die die Engagierten zu den Themenfeldern

- Diskriminierung im Gesundheitswesen
- Klimawandel: neue gesundheitliche Versorgungsbedarfe berücksichtigen
- Patientenorientierung vs. Patientensteuerung: Primärarztsystem als Lösung von Terminnot bei Fachärzt*innen?
- Resilienz des Gesundheitssystems: Wie stellen wir in Krisen die Gesundheitsversorgung aller Menschen sicher?

am Vormittag in Workshops entwickelten, waren am Nachmittag Grundlage für die Diskussion mit folgenden Gästen: Professorin Lena Ansmann (Lehrstuhl für Medizinsoziologie, Universität zu Köln), Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung im MAGS NRW), Thorsten Klute (gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion) und Marco Schmitz (gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion) brachten die Perspektive von Politik, Verwaltung und Wissenschaft auf die erarbeiteten Themen ein. Christina Sartori (Wissenschaftsjournalistin) moderierte die Diskussion, die im Rahmen einer Fish Bowl auch das Publikum dazu einlud, sich einzumischen.

Begrüßung

Um 10 Uhr begrüßten Gregor Bornes und Jan Kaßner (Projektstelle Patientenbeteiligung NRW) die Teilnehmenden. In ihrem anschließenden Grußwort machte Claudia Middendorf als Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in NRW darauf aufmerksam, dass das Gesundheitswesen derzeit an vielen Stellen gefordert sei. Zur Resilienz des Gesundheitswesens gehöre die Beteiligung von Patient*innen, die erfreulicherweise durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW mit der Projektstelle gefördert werde.



Grußwort von Claudia Middendorf
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Workshops

Im weiteren Verlauf des Vormittags hatten die Patientenvertreter*innen die Möglichkeit, sich zu den vier Themen in Workshops auszutauschen und gemeinsam zu positionieren.

Resilienz des Gesundheitssystems: Wie stellen wir in Krisen die Gesundheitsversorgung aller Menschen sicher?

Unvorhersehbare Ereignisse und Krisen fordern unser Gesundheitssystem immer wieder heraus. Sie machen deutlich, wie wichtig eine verlässliche Versorgung und eine klare Kommunikation mit der Bevölkerung sind. Doch wie resilient ist unser Gesundheitssystem wirklich?

Wie kann sichergestellt werden, dass Patient*innen sowie deren Vertretungen auch in schwierigen Zeiten ihre Perspektive einbringen können und Selbstbestimmung und Teilhabe auch in Krisensituationen nicht aus dem Blick geraten? Welche Strategien helfen in diesem Kontext, um Ungleichheiten nicht zu verschärfen, sondern abzubauen? Der Workshop unter der Leitung von Bernd Hoeber und Anke Steuer (Paritätischer NRW) ging diesen Fragen nach, beleuchtete die bisherigen Entwicklungen in Nordrhein-Westfalen und diskutierte gemeinsam mit den Teilnehmenden, wie die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft resilient gestaltet werden kann.



Workshop Resilienz des Gesundheitssystems, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Patientenorientierung vs. Patientensteuerung: Primärarztsystem als Lösung für Terminnot bei Fachärzt*innen?

Durch den demographischen Wandel nimmt die Krankheitslast der Bevölkerung zu, immer mehr Ärzt*innen gehen in den Ruhestand ohne Nachfolge. Die Bundesregierung plant daher, die ambulante Versorgung durch ein Primärarztsystem zu reformieren. Hierbei können zukünftig Patient*innen nicht mehr selbstständig Fachärzt*innen aufsuchen, ohne vorab die hausärztliche Versorgung oder die Hotline 116 117 zu konsultieren. Begründet wird dies mit steigenden Kosten und verstopften Facharztpraxen.

Die Idee ist, dass Patient*innen in der Versorgung mehr gesteuert werden müssten, damit angeblich falsche oder überflüssige Arztaufsuche verhindert werden. Doch ist dies der richtige Weg, um Fachärztemangel und demografischem Wandel zu begegnen? Liegen die Probleme nicht eher in unklaren Versorgungsaufträgen für Praxen mit Kassenzulassung, der Bevorzugung von Privat- und Benachteiligung von Kassenpatient*innen oder unzureichenden Patientenkompetenzen für die eigenständige Navigation in der Versorgungslandschaft? Der von Gregor Bornes und Jan Kaßner moderierte, hybrid umgesetzte Workshop betrachtete Vor- und Nachteile des Primärarztsystems und formulierte Impulse zur Sicherstellung der Patientenorientierung der Reform.



Workshop Patientenorientierung vs. Patientensteuerung, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Klimawandel: Neue gesundheitliche Versorgungsbedarfe berücksichtigen

Der Klimawandel hat nachweislich Auswirkungen auf die Gesundheit: Hitze belastet das Herz-Kreislaufsystem und ist vor allem für kleine Kinder, Schwangere, ältere Menschen und chronisch Kranke eine starke Belastung. Zudem wirken Medikamente anders oder schlechter. Bisher nicht auftretende Insekten bringen neue Krankheitserreger mit und neue Pflanzen lösen Allergien und Atemwegserkrankungen aus.

Gesundheitseinrichtungen sind aufgefordert, Klimaschutz und Klimaanpassungsmaßnahmen in ihren Organisationsstrukturen und Einrichtungen vorzunehmen und neue Versorgungsbedarfe zu berücksichtigen. Der von Anne Kaiser (KOSKON NRW) und Marion Höllerhoff (Gesundheitsselbsthilfe NRW) geleitete Online-Workshop befasste sich mit den gesundheitlichen Risiken des Klimawandels und diskutierte, wie diese in der Versorgungslandschaft in NRW unter Einbindung der Patient*innen minimiert werden können.

Diskriminierung im Gesundheitswesen

Circa 31 Prozent der Menschen in NRW haben eine internationale Familiengeschichte. Dieser Sachverhalt wird derzeit von verschiedenen politischen Akteuren für populistische Statements missbraucht. Rassismus und Diskriminierung machen vor dem Gesundheitswesen nicht halt, obwohl im medizinischen Bereich besondere ethische Grundsätze



Workshop Diskriminierung im Gesundheitswesen, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

gelten. Menschen mit internationaler Familiengeschichte, die bereits länger in Deutschland leben, werden im direkten Versorgungskontext diskriminiert. Menschen im Asylverfahren erhalten keine vollumfassende Versorgung. Der Workshop reflektierte Zugangshürden für Betroffene im Gesundheitswesen und erörterte Lösungen für NRW. Ziel des von Lioba Heuel und Semra Yildiz-Can (Paritätischer NRW) moderierten Workshops war eine Diskussion über Diskriminierungen und Versorgungsgerechtigkeit im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen. Dabei kamen auch Betroffene zu Wort.

Ergebnisse der Regionalen Patientenforen

In der Mittagspause konnten sich die Patientenvertreter*innen an Stellwänden über die Ergebnisse der diesjährigen Regionalen Patientenforen informieren (s. Anhang). Die Regionalen Patientenforen sind ein Netzwerkformat der Projektstelle für communal engagierte Patientenvertreter*innen. Sie finden je Regierungsbezirk zweimal pro Jahr statt.



Ergebnisse der Regionalen Patientenforen
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Die Patientenforen befassten sich in diesem Jahr mit

- der patientenorientierten Gestaltung des Überleitungsmanagements (Detmold)
- Klimaschutz als Gesundheitsschutz (Münster)
- der Sicherstellung der Versorgung durch Fachärzt*innen (Arnsberg)
- dem Ausbau der kommunalen Gesundheitsförderung (Düsseldorf)
- der Berücksichtigung von Patientenbedarfen in der Versorgung (Köln)

Die rund 90 involvierten Patientenvertreter*innen positionierten sich zu den Themen und reflektierten, welche Aktivitäten die Patientenvertretung unternehmen kann, um selbst für Veränderungen einzutreten.

Ergebnisse der Fish Bowl

Nach der Mittagspause eröffnete Jan Kaßner (Projektstelle Patientenbeteiligung NRW) die Nachmittagsveranstaltung und übergab das Wort an die freie Autorin und Redakteurin Christina Sartori, die die Fish Bowl entlang der Workshop-Themen moderierte. Eine Fish Bowl ist eine Diskussionsmethode, bei der die Gesprächsrunde mit den Gästen mittig angeordnet ist, während die Teilnehmenden kreisförmig um diese herum sitzen und abwechselnd an der Diskussion mitwirken können.

Resilienz des Gesundheitssystems:
Wie stellen wir in Krisen die Gesundheitsversorgung aller Menschen sicher?

Bernd Hoeber (Paritätischer NRW) präsentierte die Ergebnisse des Workshops zur Resilienz des Gesundheitssystems. Er betonte dabei, wie wichtig es ist, ein Koordinatensystem für das Gesundheitssystem zu definieren:

- Wo möchten wir hin?
- Welche Rolle nehmen die Patient*innen dabei ein?

In der Covid-Pandemie habe die Beteiligung der Patient*innen nicht funktioniert. Dabei müsse das Gesundheitssystem von den Patient*innen lernen. Hierfür seien Beschwerdesysteme hilfreich. Damit das

Gesundheitssystem resilient werde, müsse der Health in All Policies-Ansatz stärker gewichtet sein und Sektorengrenzen überwunden werden. Die Teilnehmenden des Workshops äußerten die Sorge, dass Versorgungsstrukturen wegen der schwierigen Finanzlage abgebaut werden könnten.



Health-In-All-Policies... meint die Förderung von Gesundheit durch alle Politikbereiche, also nicht nur den Gesundheitsbereich. So wirkt sich beispielsweise die Arbeits- und Umweltpolitik direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Neben der Krisenresilienz, die aufgrund der Wahrnehmung multipler Krisen nötig werde, benötigten Patient*innen auch Alltagsresilienz, um mit bereits bestehenden Versorgungsproblemen zurechtzukommen.

„Wir leben in einem diffusen Krisen Nebel.“
Bernd Hoeber, Workshop-Moderator

Das Vertrauen in das System kann durch die Versorgungsengpässe erodieren, weshalb die Politik reagieren müsse, zum Beispiel durch die Sicherstellung der Notfallversorgung und Pflege. Laut Workshop denken viele Patient*innen nicht in Sektoren, sondern nehmen stattdessen ihre Lebenssituation wahr und merken, wie sich verschiedene Bereiche überschneiden. Daher müsse Politik über den engen Rahmen hinausdenken und weniger von Reform zu Reform springen. Auch müsse Beteiligung selbstverständlicher sein – sowohl strukturell als auch individuell im Arztgespräch. Es gehe darum, dass Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen.

Professorin Lena Ansmann ordnete den Resilienzbegriff aus wissenschaftlicher Perspektive ein. Resilienz sei seit einigen Jahren ein relevanter Begriff in der Forschung, auch wenn sich darüber noch kein einheitliches Verständnis etabliert habe. Schlagworte hierbei seien

- **Antizipieren:** Kann das Gesundheitswesen erkennen, dass Probleme auf uns zukommen? Laut Lena Ansmann gelingt dies bereits schon gut, zum Beispiel mit Blick auf den demographischen Wandel.
- **Monitoring:** Hierbei geht es um die Frage, ob gute Daten vorliegen. Dabei sollten auf jeden Fall Patientenbedürfnisse und –präferenzen eine relevante Rolle spielen.
- **Response:** Dabei steht die Reaktionsfähigkeit des Gesundheitssystems im Vordergrund. Hier bestehet Ausbaubedarf.



Christina Sartori im Gespräch mit Bernd Hoeber, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Daneben unterscheidet die Wissenschaft in System-, aber auch Organisationsresilienz: Wie resilient ist das Gesundheitssystem vs. wie resilient ist ein Krankenhaus? Bei Krankenhäusern fehlten gute Ansätze abseits des Beschwerdemanagements, um Patient*innen gut einzubinden.

In einigen Ländern wird bereits zur Resilienz des Gesundheitssystems geforscht, allerdings sei noch nicht sicher, ob sich die Ergebnisse gut auf Deutschland übertragen lassen. In den Studien geht es zum Beispiel darum, ob Krankenhäuser empfänglich dafür sind, was um sie herum passiert oder ob sie nur die eigene Absicherung fokussieren.



Professorin Lena Ansmann forscht an der Universität zu Köln u.a. zu patientenzentrierter Versorgung
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Die Teilnehmenden des Workshops wünschten sich mehr Best-Practice-Beispiele, so Bernd Hoeber. Eine These der Workshop-Teilnehmenden sei, dass die Resilienz der Nutzer*innen gestärkt werde, wenn Patient*innen mehr Feedback ins System geben könnten und dies auch wahrgenommen werde. Dadurch verbessere sich auch Versorgung und damit die Resilienz des Versorgungssystems.

Gerhard Herrmann pflichtete dem bei: Patient*innen mehr zu hören sei auch Thema im Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS NRW), auch wenn die bisherigen Maßnahmen noch nicht ausreichten. Beispielhaft sei der Workshop-Prozess zur Reform der ambulanten Versorgung, bei dem

Patientenvertreter*innen involviert sind, sowie das Landeskrebsregister mit seinem Patientenbeirat.

Die Krisenresilienz sei wichtig, weil sich die Bevölkerung in NRW auf Notlagen einstellen muss, die man in den letzten Jahrzehnten nicht erlebt habe und entsprechende Vorbereitungen nötig seien. Exemplarisch seien die aktuellen Verhandlungen zwischen der Bundeswehr und den Unikliniken über Versorgungskapazitäten. Die Landesgesundheitskonferenz beschäftigt sich daher in diesem Jahr mit der Krisenresilienz auf Basis einer Erklärung.

Daneben dürfe die Alltagsresilienz nicht vernachlässigt werden: Es gebe sehr viele Arzt-Patienten-Kontakte, aber der entsprechende gesundheitliche Output fehle, zum Beispiel bei der Alterserwartung, wo Deutschland im europäischen Vergleich zurückliege. Das müsse analysiert werden. Dabei gehe es auch um die Frage, ob die Übergänge zwischen den Sektoren funktionieren und ob Patient*innen mit den Aussagen der Ärzt*innen ihre Gesundheit eigenständig fördern können. Das Ministerium arbeite nach der Krankenhausreform nun an der Notfallreform für den Rettungsdienst, es sei involviert bei der Reform der ambulanten Versorgung auf Bundesebene und habe bereits den öffentlichen Gesundheitsdienst durch ein Gesetz und ein neues Landesamt in NRW neu aufgestellt, um die Versorgung resilenter zu machen.

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, Marco Schmitz, zitierte Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann, laut dem das System den Menschen dienen müsse, und nicht die Menschen dem System. Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Landtags waren in Skandinavien, um sich die dortigen Gesundheitssysteme anzuschauen. Hier erleichtere das steuerfinanzierte System Reformen durchzusetzen, gleichzeitig sei dort aber auch nicht alles gut.

Patient*innen müsste ein Grundverständnis für das Gesundheitssystem vermittelt werden, da nicht jedes Patientenbedürfnis ein tatsächlicher medizinischer Bedarf sei.

„ Ich muss nicht den Notruf rufen, nur weil ich 39 °C Fieber habe. “

Marco Schmitz, CDU-Landtagsfraktion

Die Systemresilienz stärke man derzeit im IT-Bereich durch entsprechende Investitionen, um die Resilienz von Krankenhäusern bei Hacker-Angriffen zu erhöhen. Generell seien Arztpraxen und Krankenhäuser nicht sicher, da sie ohne jegliche Sicherheitsvorkehrungen offen seien für alle. Das wolle man auch, gleichzeitig entstünden dadurch aber auch sicherheitspolitische Risiken.

Thorsten Klute, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Landtagsfraktion, stimmte zu, dass beim Begriff der Resilienz der Schutz von Einrichtungen nicht ausgeblendet werden könne. Er betonte die Relevanz der Krankenhausreform zur Stärkung der Gesundheitsresilienz. Auch der ambulante Bereich müsse resilenter sein; es bereite ihm Sorgen, dass Einschnitte in der hausärztlichen Versorgung drohten, jedoch am Ende die Privatpatient*innen weiterhin Versorgung erhalten würden. Hier bedürfe es mehr Beteiligung, wie auch bei den Gesundheitsregionen, die zur Sicherstellung der Versorgung beitragen könnten, wenn es nicht nur – wie bislang – zwei „Regönchen“ seien.

„ Je dramatischer die Situation wird, desto weniger Zeit wird für die Beteiligung der Patient*innen sein. “

Thorsten Klute, SPD-Landtagsfraktion

Bernd Hoeber formulierte die Erwartung, dass die Strukturen der Patientenbeteiligung resilenter werden müssten. Wenn über geopolitische Krisen oder gar Kriege gesprochen wird, erzeugt das bei den Patient*innen auch Befürchtungen. Die Risiken und die Konsequenzen für die Versorgung müssten besser von der Politik kommuniziert werden. Patient*innen fragten sich, wer die Versorgung in einer Krise mit militärischem Regime sichert.

Die Frage könne noch nicht beantwortet werden, so Marco Schmitz. Für Notfälle müsse in Kriegssituationen gesorgt werden. Deutschland habe gleichzeitig jedoch die Verantwortung inne, Soldat*innen von der NATO-Ostflanke zu versorgen.

Wenn dieses Szenario tatsächlich eintreffe, könnten keine elektiven Eingriffe mehr erfolgen.



Elektive Eingriffe...

sind chirurgische Eingriffe, die nicht akut oder zwingend erforderlich sind, weil beispielsweise kein Notfall besteht oder andere Therapien den Genesungsprozess fördern. Sie können demnach auch in begrenztem Umfang verschoben werden, wie z.B. zu Zeiten der Covid-19-Pandemie üblich.

Patientenorientierung vs. Patientensteuerung: Primärarztsystem als Lösung für Terminnot bei Fachärzt*innen?

Laut Gregor Bornes (Projektstelle Patientenbeteiligung NRW), der die Ergebnisse des Workshops in der Fish Bowl zusammenfasste, ist das deutsche Gesundheitssystem bei der Finanzierung, beim Personal und bei der Infrastruktur im internationalen Vergleich sehr gut aufgestellt: Es gebe nirgendswo mehr Krankenhausbetten und Ärzt*innen als in Deutschland. Gleichzeitig müsse man jedoch feststellen, dass das System verstopft ist und die Zugänge nicht einfach sind. Offensichtlich brauche es mehr Steuerung, die Frage sei jedoch, wer wie wohin gesteuert werden muss.

Menschen, die chronisch krank sind, sind Expert*innen ihrer Krankheit und wissen, wo sie gut versorgt werden. Gleichzeitig seien sich die Workshop-Teilnehmenden einig darin, dass viele Menschen nicht ausreichend kompetent sind, wie auch die Gesundheitskompetenzforschung bestätigt.

Eine Forderung im politischen Raum sei, dass Patient*innen mehr gesteuert werden müssen. Dies ist jedoch laut Workshop der falsche Ansatz: Patient*innen werden bei der Suche nach Versorgung allein gelassen. Die Debatte, die geführt werden müsste, wäre, wie das Gesundheitssystem so gesundheitskompetent werden kann, dass die Menschen das finden, was sie brauchen. Daher sei ein System vonnöten, dass die Türen öffnet, fragt, wie es einem geht, und dann bei der Suche hilft.

Wenn wir der Meinung sind, dass
Patient*innen zu den falschen
Fachärzt*innen gehen, dann müssen
wir in Gesundheitskompetenz auf beiden
Seiten investieren: Die der Patient*innen und
die des Gesundheitssystems.

Gregor Bornes, Workshop-Moderator

Die Teilnehmenden des Workshops befürworten laut Gregor Bornes ein Primärversorgungssystem, das darauf schaut, was die gesundheitlichen Bedarfe der Patient*innen sind. Im von den Teilnehmenden präferierten Primärversorgungszentrum als Versorgungseinrichtung treffen Patient*innen auf eine Community Health Nurse, die alle Gesundheitsangebote im Blick hat, zum Beispiel Selbsthilfe, Therapie und ärztliche Versorgung.

Ein weiteres Problem sei, dass Menschen unterschiedlich gut geholfen wird und so der Zugang zur Versorgung für viele Menschen durch den Versichertenstatus eingeschränkt ist. Patient*innen befürchten, dass durch die Primärarztreform die freie Arztwahl eingeschränkt werden könnte – dabei besteht sie bereits jetzt schon kaum, weil barrierefreie Praxen fehlen oder nicht ausreichend Ärzt*innen in der Region angesiedelt sind. Gregor Bornes warb in der Fish Bowl für eine freie Arztwahl im weiteren Sinne, die eine qualitative Versorgung und die Unterstützung bei der Terminsuche umfasst. Es könne Wählerstimmen kosten, wenn man den Patient*innen sagt, sie dürften die Facharztpraxis ihres Vertrauens nicht mehr aufsuchen. Stattdessen sei Vertrauen in die Bevölkerung wichtig; Selbstregulierung und Selbstlernen sollten priorisiert werden.

Eine Reform müsse außerdem auf Daten über das Leistungs- und Qualitätsgeschehen basieren. Dies sei bei der Krankenhausreform der Fall gewesen, bei der Primärarztreform jedoch nicht erkennbar. Gregor Bornes problematisierte die zu ärztezentrierte Reformdiskussion. Man könne nicht nur auf die Ideen der Ärzteschaft warten: Strukturen müssten niedrigschwellig erreichbar sein und gute Navigation bieten.

Gerhard Herrmann (MAGS NRW) betonte im Anschluss die Unterscheidung von Primärarztsystem, bei dem eine Teampraxis verschiedene Professionen vereinen soll, und Primärversorgungszentrum, das einen größeren Zusammenhang schafft, zum Beispiel inklusive sozialer Arbeit. Das MAGS NRW fokussiere sich derzeit auf das Primärarztsystem, soziale Versorgungsangebote würden zurzeit ausgeklammert. Zur Reform sei das MAGS auch im Austausch mit dem Bundesgesundheitsministerium. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels nehme die Krankheitshäufigkeit zu. Eine gewisse Steuerung sei daher nötig und möglich, weil nicht in jedem Fall ein medizinischer Notfall vorliege. Teampraxen und Delegation in den Praxen seien sinnvoll, weil medizinische Fachangestellte mehr leisten können, um die Ärzt*innen zu entlasten. Gerhard Herrmann verwies auf die Entwicklung von größer werdenden Praxen, weil Ärzt*innen zunehmend lieber angestellt arbeiten wollen. Für ihn sei die Frage noch nicht beantwortet, ob man eher eine Teampraxis oder ein vollumfängliches Versorgungszentrum braucht. Bei der Gesundheitskompetenz und Prävention müsse mehr geschehen, wozu es auch vom Landtag mehr Geld gebe, insbesondere für den öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene.



Gerhard Herrmann ist im MAGS NRW für Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung zuständig.
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Thorsten Klute (SPD) würdigte die Teilnehmenden als „Profipatient*innen“, die offen seien für alternative Versorgungsmodelle. Er nehme die Bevölkerung jedoch als sehr ärztezentriert wahr. Es brauche mehr Zeit und Information, um die Delegation oder andere medizinische Kontakte zuzulassen, auch wenn er selbst das Prinzip befürworte. Prävention sei ergänzend wichtig, aber wenn es konkret werde und beispielsweise Vorgaben zum Fleischkonsum gemacht werden, werde dies schnell als bevormundend kritisiert, was es der Politik nicht leicht mache.



Thorsten Klute ist der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Landtagsfraktion
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Laut Marco Schmitz (CDU) funktioniert das Konzept der Community Health Nurses in Kanada gut, die dort aufgrund der weiten, dünn besiedelten Flächen nötig seien. Deutschland habe jedoch noch kein Abrechnungssystem, das auf solche Versorgungsmodelle ausgelegt ist. Die Änderungen benötigten Zeit.

Professorin Lena Ansmann (Universität zu Köln) prognostizierte eine anders aussehende Arztpraxis der Zukunft aufgrund der äußeren Zwänge. Es werde nicht mehr so viele kleine Arztpraxen geben. Es gibt nicht das eine Primärversorgungssystem, sondern stattdessen viele Ideen, wie andere Professionen eingebunden werden können. Problematisch sei die sehr starke Ärztelobby, die sehr professionell auftritt.

„Wir sind im Vergleich zum Rest von Europa in einem sehr antiquierten Modell, in dem Ärzt*innen die Entscheidungen fällen müssen.“

Professorin Lena Ansmann, Universität zu Köln

Andere Interessenvertretungen, wie zum Beispiel im Bereich Pflege, seien weniger stark. Man könne von anderen Ländern lernen, wie zum Beispiel den Niederlanden: Dort ist Prävention wesentlicher Bestandteil des Arztbesuches. Gleichzeitig müsse die Verhältnisprävention politisch forciert werden, die besser funktioniert als individuelle Verhaltensprävention. Lena Ansmann plädierte für eine Änderung des Systems; es reiche nicht aus, dass Patient*innen besser aufgeklärt werden. Gesundheitskompetenz in Schulen sei förderlich für die Gesundheit, aber sie helfe nicht, das diffuse System zu erklären. Das System sei in der Verantwortung, einfacher zu sein.

Teilnehmende der Fish Bowl ergänzten, dass die Grundlage von Reformen die Wissenschaft sein sollte, laut der gesamtgesellschaftliche Gesundheitsversorgung der richtige Weg ist. Patient*innen engagierten sich nicht aus Geldinteressen, sondern aus dem eigenem Versorgungsinteresse. Patient*innen böten den Politiker*innen kostenlose Erfahrungsdaten an, die dazu eingeladen seien, auch Patient*innen zu sein.

„Warum schaffe ich ein System um eine Berufsgruppe, bei der der höchste Mangel besteht?“

Teilnehmerin

Abschließend betonte ein Teilnehmer, dass Selbsthilfe ein wichtiger Ansatz zur Prävention und Versorgung ist: Sie koste nicht viel, es gebe viele Engagierte und gute Strukturen. Das Peer-to-Peer-Prinzip funktioniere, weil niemand mit erhobenem Zeigefinger daherkommt. Die Verantwortlichen müssten sich fragen, wie sie das Geld sinnvoll investierten.

Klimawandel: Neue gesundheitliche Versorgungsbedarfe berücksichtigen

Im Mittelpunkt des Workshops stand die Erkenntnis, dass Politik langfristig denken müsse, um zukünftigen Generationen das Leben auf der Erde sicherzustellen, so Workshop-Moderatorin Anne Kaiser (KOSKON NRW). Ein offensichtlicher Konflikt dabei sei, dass Politik aufgrund von Wahlterminen häufig kurzfristig nach Lösungen sucht.



Anne Kaiser moderierte den Workshop zum Klimawandel
© Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Klimaschutz müsse vorrangig und aktiv umgesetzt werden, hierfür seien auch entsprechende Investitionen nötig. Klimaschutz sei Gesundheitsschutz, da der Klimawandel weitreichende Konsequenzen für die physische und psychische Gesundheit der Bevölkerung mit sich bringt. Daher müssten die Ziele der Klimaschutzgesetze auf Bundes- und NRW-Ebene nun auch durch entsprechende Maßnahmen verwirklicht werden, Kommunen sollten Klimaaktionspläne nicht nur verfassen, sondern auch umsetzen. Parallel seien quartiersbezogene, niedrigschwellige Versorgungs- und Vernetzungssangebote nötig, die die Folgen des Klimawandels für die Gesundheit kompensieren und gesundheitliche Aufklärung und den Aufbau von Gesundheitskompetenzen zu klimabezogenen Gesundheitsrisiken leisten. Die Bevölkerung zeige ein Interesse daran, Maßnahmen zum Klimaschutz selbst zu unterstützen, weshalb bürgerschaftliches Engagement zur Aktivierung der Menschen untereinander gestärkt werden sollte.

Marco Schmitz (CDU) verwies auf die Mittel des Landes, die bereits jetzt für Klimaschutz und -anpassung zur Verfügung gestellt würden: So seien ein Drittel der 2,5 Milliarden Euro zur Umsetzung der Krankenhausreform für Klimaanpassungsmaßnahmen vorgesehen, die Krankenhäuser klimaresilienter machen und CO2 einsparen sollen. Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU problematisierte, dass viele Maßnahmen in Deutschland nicht wirkten, wenn andere Emittenten auf internationaler Ebene nicht handeln. Daher sei wichtig, sich auf den Temperaturanstieg vorzubereiten, zum Beispiel mit Pocket-Parks und Sonnensegeln auf kommunaler Ebene. Er unterstützte die Idee, die Wähler*innen, die auch Politiker*innen seien, stärker einzubinden. Jedoch sei hier auch Protest vorgezeichnet: So unterstützten viele Menschen mehr Photovoltaik-Anlagen auf Dächern, aber wenn man selbst bauen wolle und entsprechende Auflagen bekomme, sei der Aufschrei groß.



Marco Schmitz, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Eine Teilnehmerin verwies im Anschluss darauf, dass sich schon viele Menschen engagierten, aber der Politik und Verwaltung viele Maßnahmen und Aktionen zu teuer seien, wie zum Beispiel öffentliche Trinkwasserbrunnen.

Laut Thorsten Klute (SPD) erschwert die Überschuldung der Kommunen ein wirksames Vorankommen. Das Investitionspaket des Bundes sei ein richtiger Schritt, jedoch würden die Kommunen

nur 47-60 Prozent der Mittel erhalten, obwohl sie rund 80 Prozent der öffentlichen Kosten stemmen müssen. Das Ziel der 1,5°C-Erderwärmung sollte möglichst nicht überschritten werden, daher braucht es mehr als nur Klimafolgenanpassung. In Deutschland leben rund 1 Prozent der Weltbevölkerung, wir seien aber für 2 Prozent des CO2-Ausstoßes verantwortlich. Wenn Deutschland es schafft, nur 0,5 Prozent auszustoßen, könne man international auch überzeugen.

Diskriminierung im Gesundheitswesen

Der Workshop „Diskriminierung im Gesundheitswesen“ sei zeitlich überzogen worden, weil es so viel zu erzählen gegeben hätte, berichtete die Workshop-Moderatorin Semra Yildiz-Can (Paritätischer NRW). In der Workshop-Diskussion sei deutlich geworden, dass sich Menschen verstanden fühlen wollen und ihre Menschenrechte geltend machen möchten. Eine zentrale Forderung sei die direkte Hilfe für Menschen, die eine Situation erleben, in der sie diskriminiert werden. Nötig sei eine 24-Stunden-Hotline als Diskriminierungsmeldestelle mit fachlicher Expertise, bei der die Ereignisse dokumentiert und ausgewertet werden. Patient*innen erwarten Gleichbehandlung, insbesondere bei den Zugängen zur Gesundheitsversorgung, egal ob mit oder ohne Beeinträchtigung, ob gesetzlich- oder privat-versichert, ob migrantisch gelesen, ob mit oder ohne Sprachbarrieren. So sollten beispielsweise Informationen in einfacher und leichter Sprache, für



Semra Yildiz-Can fasste die Ergebnisse des Workshops zusammen, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Menschen mit Hörschädigungen, mehrsprachig sowie mit Übersetzer*innen in Praxen und Kliniken bereitgestellt werden. Sprachmittler*innen würden bereits in Projekten eingesetzt, dabei dürfe es aber nicht bleiben. Der Workshop problematisierte zudem digitale Tools wie zum Beispiel Doctolib, die nicht für alle Menschen nutzbar sind. Daher seien Schulungen für medizinisches Personal inklusive interkultureller Schulungen wichtig.

Gerhard Herrmann (MAGS NRW) machte anschließend deutlich, dass das Ministerium den Themenkomplex bearbeite: Der Fachbeirat Gesundheit des Inklusionsbeirats beschäftige sich derzeit mit der Barrierefreiheit, aktuell insbesondere in der gynäkologischen Versorgung. Man müsse unterscheiden zwischen der Diskriminierung von Beschäftigten und Patient*innen. Erstere behandle das Ministerium gegenwärtig mit einer Studie zu Gewalt an Personal in Gesundheitseinrichtungen. Der Abbau von Diskriminierungen von Patient*innen sei wesentlich schwieriger. Sprache sei ein zentraler Faktor und er hoffe, dass der technische Fortschritt bei Übersetzungsprogrammen den Abbau von Diskriminierung erleichtere. Er stimme aber grundsätzlich im Sinne des shared decision makings zu, dass sich das medizinische Personal insgesamt mehr für die Patientinnen öffnen müsse.



Shared decision making...
meint die gemeinsame
Entscheidungsfindung von
Patient*innen und Ärzt*innen im
Behandlungsprozess. Grundlage ist
eine offene beidseitige
Kommunikation über Präferenzen
und Alternativen in der Behandlung.

Professorin Lena Ansmann (Universität zu Köln) schloss sich dem Gedanken an, dass in Zukunft womöglich die Künstliche Intelligenz für Übersetzungen hinzugezogen werden könne. Derzeit sei die KI aber noch nicht in der Lage, Beziehungen herzustellen. Grundsätzlich gebe es viel Forschung zu Übersetzungsoptionen. In Krankenhäusern werde häufig spontan durch Mitarbeitende mit entsprechendem Sprachhintergrund geholfen. Hier seien insbesondere die Krankenhäuser aktiv, die viele Patient*innen mit internationaler Familiengeschichte

behandelten und so aufgrund der äußeren Zwänge Sprachmittlung in die Versorgung integrierten. Übersetzer*innen seien jedoch nicht immer direkt zur Stelle. Telefonübersetzungen bieten professionelle Unterstützung, allerdings sei dies nicht immer praktisch anwendbar. Häufig würden Angehörige aushelfen, die aber befangen seien und womöglich nicht alles übersetzen, was aus medizinischer Sicht sinnvoll wäre. Man dürfe grundsätzlich nicht vergessen, dass Ungleichheiten multipel verteilt sind: Es gibt Personen mit Sprachproblemen, die gleichzeitig von Behinderungen und womöglich von Bildungsarmut betroffen sind. In der gesellschaftlichen Diskussion spreche man jedoch häufig nur von einer Ungleichheit.

Schlussrunde:

Am Ende zogen die Workshop-Moderator*innen und die Gäste ein gemeinsames Fazit. Gregor Bornes erinnerte daran, dass das Gesundheitswesen auf viele Ressourcen zurückgreifen kann, man müsse sie jedoch besser einsetzen – hin zu den Bedürfnissen der Patient*innen und der Gesundheitskompetenz und -förderung. Bernd Hoeber betonte die Schnittmengen zwischen den verschiedenen Themen. Speziell die Patientenressourcen müssten gut genutzt werden. Die Entscheidungsträger*innen sollten Niedrigschwelligkeit garantieren und neue Versorgungswege ressortübergreifend ausbauen. Anne Kaiser formulierte die Gleichung „Klimaschutz + Klimafolgeanpassung = Gesundheitsschutz“. Auch hierfür sei ressortübergreifendes Denken erforderlich. Wenn man gegen den Klimawandel vorgehe, werde man viele vermeidbare Krankheiten reduzieren. Semra Yildiz-Can forderte die Gleichbehandlung aller Patient*innen durch barrierearme Zugänge und interkulturell geschultes Personal.

Gerhard Herrmann versprach, die Impulse mitzunehmen. Der Klimawandel habe enorme gesundheitliche Auswirkungen, das sei bereits durch die Übersterblichkeit in Hitzeperioden nachweisbar. Professorin Lena Ansmann bedankte sich für die Inputs. Die Wissenschaft greife vieles auf, sei aber manchmal auch zu langsam. Die partizipative Forschung binde Patient*innen ein; alle Interessierten seien eingeladen, an Studien mitzuwirken.

Marco Schmitz hob das Interesse der Entscheidungsträger*innen hervor, Politik erklären zu wollen. Politik werde nicht allen gefallen, da es neben der Patientenvertretung auch andere Interessengruppen gebe. Politik müsse hier austarieren. Wenn die Menschen unzufrieden sind, hätten sie stets die Möglichkeit, jemand anderes zu wählen. Er zeigte sich zuversichtlich, dass bei den nächsten Anträgen die Impulse der Patientenvertretung mitgedacht würden. Thorsten Klute setzte sich abschließend für den Abbau der Ungleichheiten von Privat- und Gesetzlich-Versicherten ein. Dafür seien jedoch andere politische Mehrheiten nötig, die durch Wahlen erzielt werden können.

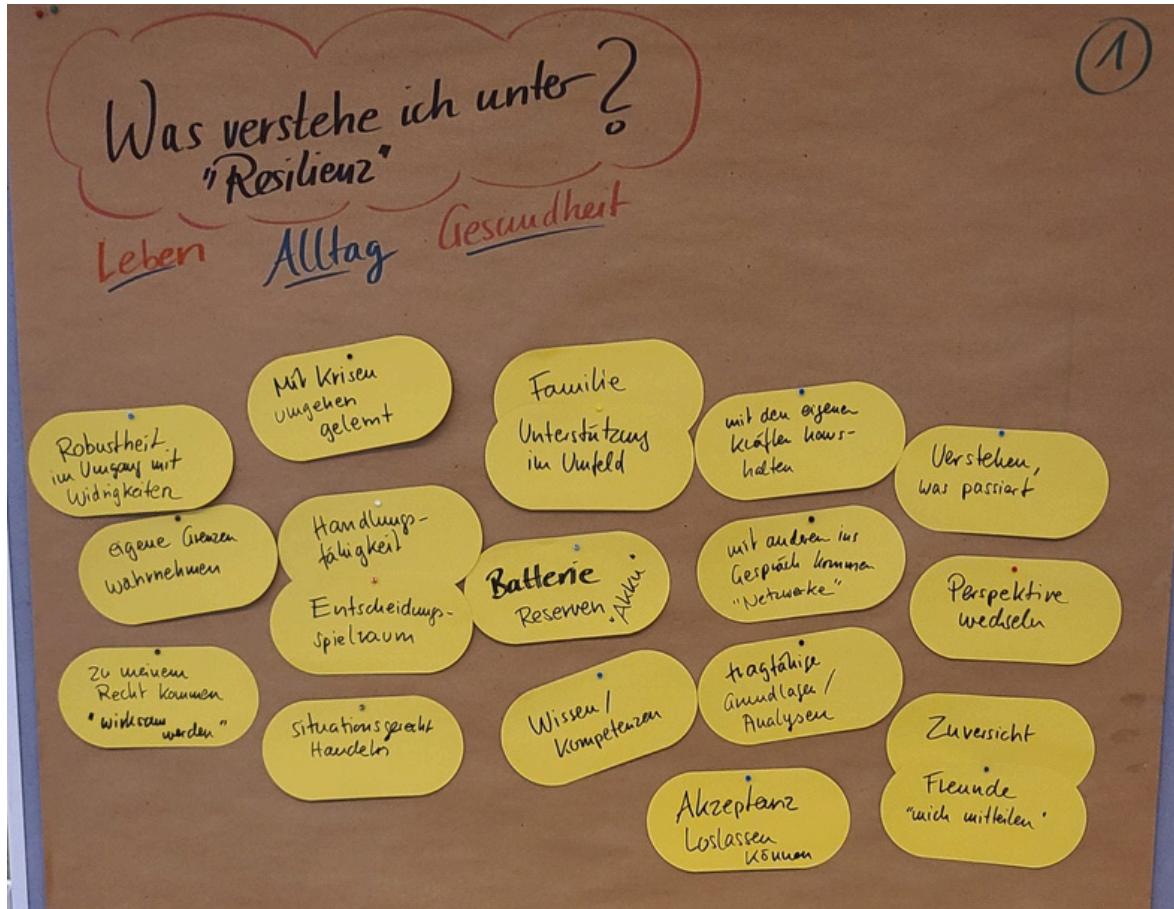
Christina Sartori, Gregor Bornes und Jan Kaßner bedankten sich abschließend bei den Gästen und den Engagierten für die gute Debatte. Jan Kaßner betonte die Notwendigkeit, sich nicht nur persönlich zu vernetzen, sondern die Ergebnisse auch nach außen zu tragen. Gregor Bornes machte darauf aufmerksam, dass ein Tag mit viel Programm zu Ende gehe, der sich jedoch gelohnt habe.



Fazit mit den Moderator*innen und Gästen, © Projektstelle Patientenbeteiligung NRW 2025

Anhang: Stellwände

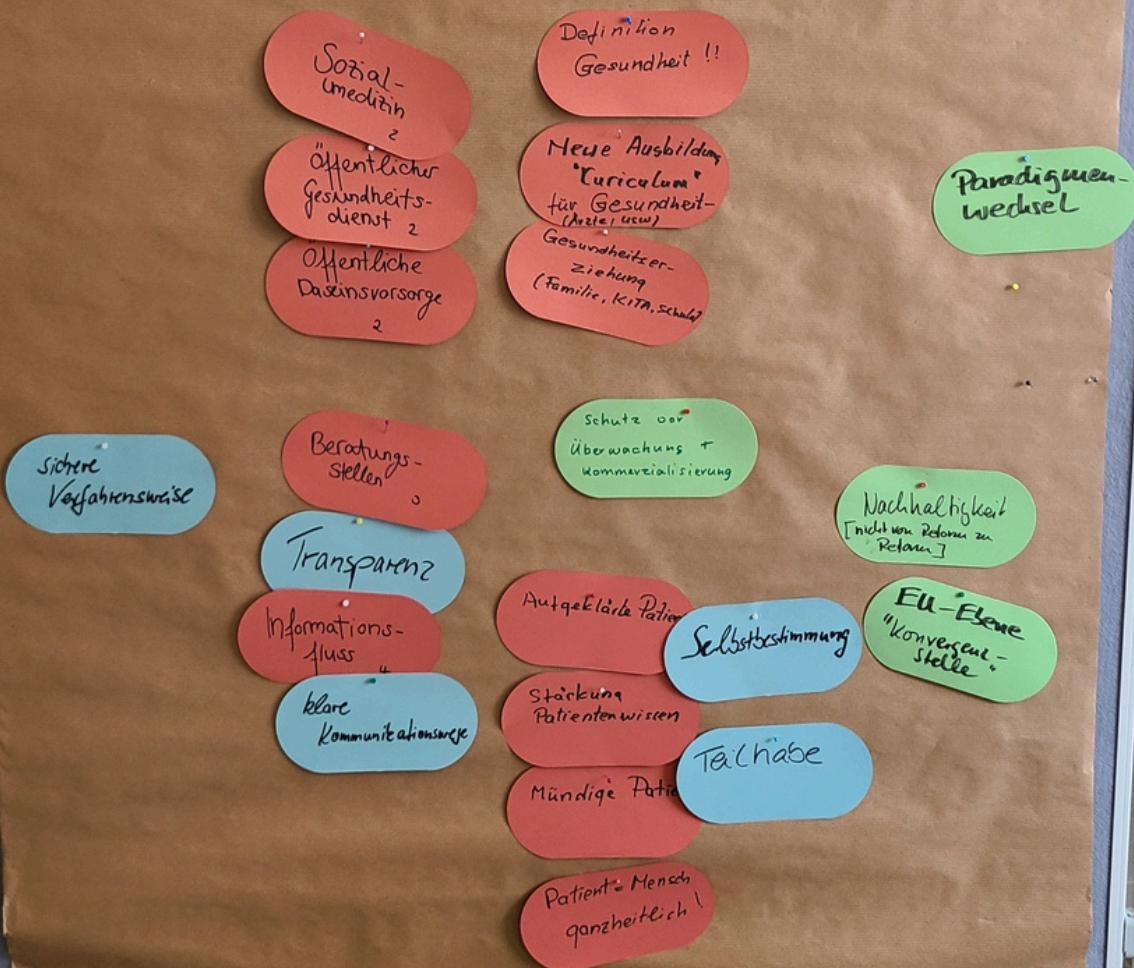
Workshop Resilienz des Gesundheitssystems:
Wie stellen wir in Krisen die Gesundheitsversorgung aller Menschen sicher?



Was brauchen wir?

②

- Welche Versorgung darf nicht ausfallen?
- Welche Informationen werden benötigt?
- Welche Unterstützungssysteme brauchen wir?
[Menschen - Infrastrukturen - digitale Tools]
- Was gibt uns "Sicherheit"?



"Resilienz - Lücken"

(3)

→ Wo sehen wir (große) Lücken, Baustellen, Veränderungsbedarfe?

Verschiebe-
bahnhof

Kriegstauflichkeit
des Gesundheits-
wesens als
Herausforderung

Patient im
Mitelpunkt
(Versorgung oder
Patienten)

Kein Primat
der
Ökonomie
Primat Patient
nicht
- Politik -

Gesundheit
gesamtgesellschaftl.
Autoga

"Augenhöhe"

Stärkung:
Patientenrechte
Patientenbeteiligung

Vertrauen

Ausreichende
Finanzierung von
Pflegeheimen

Notfallversorgung
(flächendeckend)

Alltagsresilienz
nicht nur
Kinderresilienz

→ Welche Maßnahmen würden helfen?

Mitsprache!

Sektoren-
übergreifende
Versorgung denke

"Best-
practice"

Resort
Wegeleitend
handeln + denken
+ planen

Beschwerde
v. Patient:innen
Rückmeldungen
überstellen

→ Was können wir als Patient:innen /-Organisationen
beitragen?

Lauter werden
sich einmischen
aktiv werden

"nicht nur
meckern,
sich engagieren"

Handlungsfelder
für Veränderung
schaffen

Workshop Diskriminierung im Gesundheitswesen

Diskriminierung ist für rassistisch markierte Menschen eine alltägliche Erfahrung. Unter rassistisch markierten Personen gibt mehr als jede zweite Person an (54 %), dass sie mindestens einmal im Monat Diskriminierung erfahren hat – bei nicht rassistisch markierten Menschen liegt der entsprechende Anteil bei 32 %. Insbesondere muslimische (61 %) und Schwarze Frauen (63 %) sowie Schwarze Männer (62 %) erleben verstärkt subtile Formen der Diskriminierung. Im Vergleich dazu berichten nicht rassistisch markierte Frauen (36 %) und Männer (26 %) deutlich seltener von solchen Erfahrungen.

Hautfarbe ist der zentrale Diskriminierungsgrund für

Schwarze (bis zu 84 %) und asiatische Menschen (bis zu 52 %), während muslimische Personen Religion (bis zu 51 %) als Hauptfaktor nennen. Zudem berichten bis zu 55 % der asiatischen und muslimischen Befragten, aufgrund der Wahrnehmung als „nicht deutsch“ diskriminiert zu werden. Diese Umstände verdeutlichen, dass Diskriminierungserfahrungen nicht zufällig, sondern anhand rassistischer Zuschreibungen erfolgen.

Internationale Studien zeigen, dass rassistische Erfahrungen „tiefe und langfristige Auswirkungen auf das Leben von Menschen haben, die über die direkten Folgen von Diskriminierung und Ausgrenzung hinausgehen. Solche Erfahrungen beeinträchtigen das Wohlbefinden, können den Zugang zu notwendigen Dienstleistungen behindern, das Vertrauen in Institutionen untergraben und das Gefühl der Zugehörigkeit beeinträchtigen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, das Ausmaß und die Art der rassistischen Erfahrungen älterer Migrant*innen zu verstehen und ihre Auswirkungen auf die gesellschaftliche Teilhabe zu untersuchen...“

Wo kein Widerstand ist, wird weniger gemacht.
Und Ausländer*innen sind meistens weniger kritisch.

Ergebnisse der Regionalen Patientenforen

Patientenforum Detmold: Überleitungsmanagement patientenorientiert gestalten!



Wir befürworten:

Mehr Informationen

Mehrsprachige Formulare und Informationsmaterialien für alle Patientengruppen

Stärkung der Gesundheitskompetenz (Kommunikation, Konfliktlösung) von Patient*innen und Einrichtungen

Nutzung digitaler Medien in Zimmern und Wartebereichen für Aufklärung

Frühzeitige, verständliche Informationen zum Überleitungsmanagement für Patient*innen

Mehr Qualität

Ausbau patientenorientierter Versorgungsforschung zum Überleitungsmanagement, Vergleichsforschung zu Nachbarländern wie den Niederlanden

schnelle Implementierung des geplanten QS-Verfahrens zum Entlassmanagement

Entwicklung einer Fehlerkultur in den Einrichtungen

Aufnahme des Überleitungsmanagements in Zertifizierungskriterien für selbshilfefreundliche Krankenhäuser

Einbindung des Überleitungsmanagements in die Evaluation der Krankenhausreform

Bessere Strukturen

Einrichtung von Patientenlots*innen und Liaisondiensten, Installation kommunaler Dienste zur Überprüfung des Überleitungsmanagements, Stärkung der Patientenfürsprechenden

Mehr qualifiziertes Personal in Krankenhäusern, um eine sichere Entlassung zu gewährleisten

Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen

Integration von Pflegediensten und sozialen Diensten in das Überleitungsmanagement

Patientenforum Münster: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz!



Wir befürworten:

Mehr Informationen

Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zu zusätzlichen Gesundheitsrisiken und präventiven Maßnahmen

Multimediale Aufklärung (z. B. Hitzeschutz-Kampagnen) in Praxen, Kliniken und öffentlichen Einrichtungen für Patient*innen und Personal

Verankerung von Klimaberatung als festen Bestandteil im gesamten Gesundheitswesen

Mehr Forschung und Teilhabe von Patient*innen

Intensivierte Forschung zu neu auftretenden, klimabedingten Gesundheitsgefahren und deren Prävention

Stärkung der psychischen Resilienz von Patient*innen gegenüber klimabedingten Stressoren

Ehrenamt-Strukturen (Hitzetelefone und -patenschaften) und breit angelegte Beteiligungs- und Netzwerk-Initiativen

Kommunale, partizipativ entwickelte Klimaanpassungspläne mit kostenlosen Trinkwasser-/Kühl-Standorten, UV-Schutz-Maßnahmen

Bessere Strukturen

Schaffung kühler, schattiger Räume und temperaturgerechter Infrastruktur in Kliniken, Praxen und Pflegeeinrichtungen

Ausbau des Katastrophen- und Extremwetterschutzes von Gesundheitseinrichtungen

Reduktion von Treibhausgas-Emissionen in den Gesundheitseinrichtungen

Anpassung des Versorgungssystems an neue Krankheitslasten mit Fokus auf vulnerable Patientengruppen

Sicherstellung einer stabilen Lebensmittelversorgung bei Dürre, Schädlings- und anderen Klimarisiken

Flexible Praxis- und Tele-Sprechstundenzeiten sowie angepasste Mahlzeiten- und Trinkwasserkonzepte an Hitzetagen

Verbesserter Arbeitsschutz als Grundlage einer klimaresilienten Gesundheit

Patientenforum Arnsberg: Versorgung mit Fachärzt*innen sicherstellen!



Wir befürworten:

Mehr Wissen

Aufbau von Patientenkompetenzen für eigenständige Navigation im Gesundheitssystem

Forschung zu Patientenbedarfen und transparente Darstellung ambulanter Versorgungsstrukturen

Bessere Kommunikation

Optimierte Kommunikation zwischen Patient*innen, Haus- und Facharztpraxen

Ausbau und bessere Erreichbarkeit der Hotline 116 117 sowie transparente Publikation ihrer Leistungsdaten

Bessere Strukturen

Ausbau von Ärztemobilen und mobilen Versorgungsangeboten in unversorgten Regionen

Ausbau integrierter Versorgungsmodelle, die Leistungen unter einem Dach bündeln (z. B. Versorgungszentren)

Förderprogramme für die Niederlassung von Fachärzt*innen sowie Unterstützung gemeinnütziger Versorgungszentren

Stärkung kommunaler Infrastruktur (Wohn-, Arbeits- und Freizeitumgebungen), um Fachärzt*innen den Standort attraktiv zu machen

Niedrigschwellige Versorgungs- und Beratungsangebote (z. B. Gesundheitskioske) für schnellen Zugang

Bedarfsorientierte Planung – Anpassung der Bedarfsplanung an tatsächliche Versorgungsanforderungen

nutzerfreundliche Terminvergabe – sowohl analog als auch digital, datenschutzkonform und barrierefrei

Ein solidarisches gesetzliches Krankenversicherungssystem, das allen Menschen ein gleichwertiges Versorgungsangebot garantiert

Patientenforum Düsseldorf: Gesundheitsförderung in Kommunen ausbauen!



Wir befürworten:

Bessere Programme zur Gesundheitsförderung

Niedrigschwellige, leicht zugängliche Angebote zur Gesundheitsförderung für alle Bevölkerungsgruppen

Forschung zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen und deren Einfluss auf die Krankheitslast

Langfristige, kontinuierliche Kurs- und Programmangebote statt einmaliger Aktionen

Weiterentwicklung und regelmäßige Aktualisierung bestehender Gesundheitsprogramme

Zielgruppengerechte Gestaltung von Programmen (Alters-, Kultur-, Sozial- und Gesundheitsaspekte)

Partizipation und Gerechtigkeit

Partizipation von Betroffenen bei Entwicklung, Planung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen

Abbau sozialer Ungleichheiten, um das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden aller Menschen zu steigern

Bessere Strukturen

Erhöhung der finanziellen Mittel zur Gesundheitsförderung, um Gesamtkosten im Versorgungssystem zu senken

Einrichtung von Lotsen-/Navigationsstrukturen, die über vorhandene Angebote informieren und vermitteln

Integration von Gesundheitsinformationen in hausärztliche Behandlungsgespräche

Verknüpfung von Gesundheitsförderung mit dem Überleitungsmanagement für nahtlose Versorgung

Transparente Darstellung von Finanzierungsstrukturen

Patientenforum Köln: Patientenbedarfe in der Versorgung berücksichtigen!



Wir befürworten:

Bessere Kommunikation in der Behandlung

Respektvoller, partnerschaftlicher Dialog auf Augenhöhe zwischen Ärzt*innen und Patient*innen

Anerkennung der Patient*innen-Expertise bezüglich ihres eigenen Körpers und ihrer Psyche

Sachliche und empathische Kommunikation sowie ausreichende Zeit für die Artikulation von Bedürfnissen

Gemeinsame Festlegung einer verständlichen Sprache (leichte Sprache, Übersetzungen) im Behandlungsgespräch

Bessere Gesundheitskompetenzen

Frühzeitige Gesundheitskompetenz-Förderung in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen zur Vermittlung von Wissen über Behandlungsgespräche

Stärkung der digitalen Kompetenzen von Patient*innen für eigenständige Vor- und Nachbereitung von Behandlungsgesprächen

Bessere Strukturen

Feedback-Systeme in Praxen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Reduktion unnötiger Diagnostik und verstärkte Aufklärung zu Prävention und gesundheitsförderndem Verhalten

Fortsetzung und Ausbau von Maßnahmen zur Behebung des Personalmangels im Gesundheitswesen

Einführung von Patientenfürsprechenden in Quartieren für die ambulante Versorgung

Sicherstellung einer zuverlässigen telefonischen Erreichbarkeit von Arztpraxen

Ausbau von patientenzentrierter Ausbildung (z.B. hinsichtlich Kommunikations- und Sozialkompetenzen, Interdisziplinarität), bessere Vergütung der sprechenden Medizin

Einführung von Verfahren zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung, Bürokratieabbau für Behandelnde und Patient*innen bei gleichzeitiger Förderung der Qualitätskultur in der Versorgung

Abbau der Ungleichheit zwischen Privat- und Gesetzlich-Versicherten bei der Berücksichtigung von Patientenbedarfen

Impressum

Mit dem Projekt zur Koordinierung und Vernetzung der Patientenbeteiligung in NRW fördert das Land Nordrhein-Westfalen die Struktur zur Stärkung und Vernetzung der Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen. Die entsprechende Projektstelle ist eine landesweite Anlaufstelle sowohl für die meist ehrenamtlichen Patientenvertreter*innen, als auch diejenigen, die es noch werden möchten. Auch andere Akteure im Gesundheitswesen und Interessierte rund um das Thema Patientenbeteiligung und Patientenvertretung können sich an die Stelle wenden. Die Projektstelle sitzt in Köln, Träger ist der gesundheitsladen köln e.V. Das Projekt wird gesteuert durch das PatientInnen-Netzwerk NRW (PNW) und den Koordinierungsausschuss der Patientenorganisationen nach §140f SGB V (KooA NRW).

Herausgeber/Redaktion:

Projektstelle Patientenbeteiligung NRW

c/o gesundheitsladen köln e.V.

Steinkopfstraße 2, 51065 Köln

www.patientenbeteiligung.de/nrw

nrw@patientenbeteiligung.de,

Tel. 0221/2762962

Grafisches Konzept und Layout:

Projektstelle Patientenbeteiligung NRW,

Köln

Druck: Saxoprint, Dresden

Köln, Dezember 2025

Gefördert vom:

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**

