

Bericht zur Regionalkonferenz Bielefeld – 22.09.2022

**Wie patientenorientiert ist kommunale Gesundheitspolitik?
Themen, Vernetzung und Strategien in kommunalen
Gesundheitskonferenzen**



Einleitung

Am 22. September 2022 diskutierten im Alten Rathaus in Bielefeld auf der Regionalkonferenz OWL der Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW Patientenvertreter*innen und Interessierte über die Themen kommunaler Patientenvertretung und über die Möglichkeiten, die Patientenvertretung vor Ort zu stärken.

Die Regionalkonferenz ist Teil eines neu eingeführten Austauschformats der Koordinierungsstelle. So ist für jeden Regierungsbezirk in NRW eine Regionalkonferenz vorgesehen. Die Konferenzen sollen zur Förderung des interkommunalen Informations- und Erfahrungsaustauschs von lokal engagierten Patientenvertreter*innen beitragen. Die Ergebnisse der Regionalkonferenzen werden auf der Jahrestagung der Patientenbeteiligung NRW am 18. November im Reinoldinum in Dortmund zusammengefasst. Hier soll auch reflektiert werden, wie eine Verstärkung des Formats zukünftig aussehen kann.

In der Einführung durch Gregor Bornes und Jan Kaßner (Koordinierungs- und Vernetzungsstelle Patientenbeteiligung NRW) wurden neben der Darstellung der Aufgaben der Koordinierungsstelle auch die Erwartungen der Teilnehmenden vorgestellt, die vorab bei der Anmeldung abgefragt worden sind. Die Teilnehmenden erhofften sich von der Veranstaltung unter anderem, andere Akteure der Patientenvertretung im Regierungsbezirk kennenzulernen, voneinander lernen und gemeinsam das Patientenwohl verbessern zu können (s. Abbildung 1).



Abbildung 1: Erwartungen der Teilnehmenden

Impuls-Vortrag:

Günter Hölling (Gesundheitsladen Bielefeld e.V.)

Fester Bestandteil jeder der fünf Regionalkonferenzen ist der Erfahrungsaustausch. Dieser soll durch eine*n Praktiker*in eingeleitet werden, die oder der den Teilnehmenden die Möglichkeiten der Patientenvertretung in den Städten und Kreisen anhand eines konkreten kommunalen Beispiels skizziert.

Auf der Regionalkonferenz in Bielefeld berichtete Günter Hölling von der Arbeit in der Kommunalen Gesundheitskonferenz (KGK) Bielefeld. Günter Hölling ist seit vielen Jahren in der KGK Bielefeld als Patientenvertreter für den Gesundheitsladen Bielefeld e.V. aktiv. Der Gesundheitsladen Bielefeld ist zudem mit einer Engagierten in der Konferenz Alter und Pflege (KAP) in Bielefeld vertreten.

Zu Beginn seines Vortrages attestierte Günter Hölling den KGK, medial häufig nicht präsent zu sein, obwohl die Gesundheitsversorgung ein drängendes Thema sei. Neben den im §24 ÖGDG festgehaltenen Zielsetzungen der Gesundheitskonferenzen würde in der Bielefelder KGK diskutiert, wie die Stadt Gesundheit ganzheitlich fördern könne. Hierfür wurden in der KGK verschiedene Gesundheitsziele verabschiedet, u.a. die Förderung der eigenen körperlichen Alltags-Aktivität und die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen in einer bewegungs- und gesundheitsfördernden Kommune.

Dazu gehöre auch das Zufußgehen, das neben der Förderung der eigenen Gesundheit auch als Klimamaßnahme ausgelegt werden müsse. Insbesondere für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen bestünden jedoch viele Barrieren auf den Fußwegen. Laut des in Auftrag gegebenen Bielefelder Gutachtens für eine „Mobilitätsstrategie / Green City“ sei zu kritisieren, dass es „bislang keine strategische Planung zum Fußverkehr und damit verbunden auch eine schwache Datenlage“ gebe.

In der Folge gründete sich 2019 nach einer Sitzung der KGK die Initiative „gesund unterwegs“. In dieser erörterten die Universität Bielefeld, der Stadtelternrat, die Initiative der Haus- und Kinderärzte, GKV und Unfallversicherung, Seniorenrat, Gesundheits-, Umwelt- und Verkehrsamt sowie der Gesundheitsladen Bielefeld e.V., wie Radverkehr und Fußverkehr gemeinsam weiterentwickelt und wie diese nicht gegeneinander ausgespielt werden könnten. Gute Impulse erhielt die Initiative aus dem Ausland durch eine Zufußgeh-Kampagne aus Toronto, Kanada.¹ In dieser wurde versucht, den Mehrwert des Zufußgehens herauszuarbeiten anstelle das Zufußgehen als Einschränkung zu betrachten. Auch im Inland konnte sich die Initiative einige gute Inputs einholen, zum Beispiel vom FUSS e.V.

¹ Das im Vortrag angesprochene Video zur Kampagne finden Sie hier:
<https://www.youtube.com/watch?v=9Ni32qPrGmM>

(Fachverband Fußverkehr Deutschland) und dem Karlsruher Institut für Technologie (KIT). Dabei kristallisierte sich heraus, dass eine zukünftige Strategie für den Fußverkehr insbesondere auf die schwächsten Verkehrsteilnehmenden – Kinder und Senior*innen („8-80-Stadt“) – ausgerichtet sein sollte. Als mögliches Instrument im Rahmen der Strategie wurde eine Checkliste für Fußgängerfreundlichkeit gesehen, die bei Begehungen angewendet werden könnte.

Die Initiative entwickelte einen 10-Punkte-Plan für das Gehen. Dieser wurde noch 2019 in die KGK eingebracht und als Handlungsempfehlung an die Politik weitergeleitet. Es folgte ein Jahr später eine politische Beschlussfassung durch den Stadtentwicklungsausschuss, die die Entwicklung einer Fußverkehrsstrategie bis Ende 2021 und die Einsetzung einer „Strategiegruppe Nahmobilität“ beinhaltete. Die Anfang 2022 dann angenommene Bielefelder Fußverkehrs-Strategie soll nun mit Hilfe einer externen Agentur und in Zusammenarbeit mit der Strategiegruppe Nahmobilität in die Praxis umgesetzt werden.



Abbildung 2: Impuls-Vortrag von Günter Hölling

Innerhalb von drei Jahren konnte so die Initiative, die monatlich tagte, mit ihrer Idee politisch Anklang finden. Das vergleichsweise schnelle Verfahren könne laut Günter Hölling darauf zurückgeführt werden, dass es vorab bereits einen politischen Beschluss zum

Radverkehr gegeben habe, aus dem Routinen für die Bearbeitung des Plans für den Fußverkehr abgeleitet werden konnten. Auch die „Bielefelder Gesundheitsziele“ (ab 2017) das „Handlungsprogramm Klimaschutz“ (2018), das „Klimaanpassungskonzept“ (2019) und die „Mobilitätsstrategie“ (2019) hätten gute Ausgangsbedingungen für die Entwicklung einer Strategie für den Fußverkehr geschaffen. Wichtig sei nun, dass der Plan auch in der Öffentlichkeit Anklang finde, weswegen die Pressearbeit verstärkt werde.

In der anschließenden Diskussion äußerten die Teilnehmenden der Regionalkonferenz Handlungsbedarfe im Fußverkehr mit Blick auf die E-Scooter, die für Rollstühle und Rollatoren oft gravierende Hindernisse darstellen. Auch wurde angeregt, den Autoverkehr einzubeziehen: Insbesondere für Menschen mit Beeinträchtigungen, die auf das Auto angewiesen seien, sei die notwendige Verkehrswende häufig zu einseitig auf die klimafreundlichen Alternativen ausgerichtet. Erörtert wurde in der Rückfragerunde zudem die Rolle des Fahrradfahrens. Dieses sei laut Günter Hölling Partner und Konkurrent zugleich. Durch die Zunahme von Pedelecs im Straßenverkehr und das dadurch gegebene erhöhte Tempo sei es jedoch schwerer, die Interessen von Fußgänger*innen und Radfahrer*innen in Einklang zu bringen.

Auf die Frage, ob der Fußverkehrsplan anfangs belächelt worden sei, entgegnete Günter Hölling, dass durch das Gutachten „Mobilitätsstrategie / Green City“ die Frage umgekehrt worden sei: Die Stadt sei durch das Gutachten damit konfrontiert worden, bis dato zu wenig für den Fußverkehr getan zu haben.

Workshops

Auf den Regionalkonferenzen gibt es jeweils zwei Workshoprunden. Im ersten Workshop werden die Themen und Bedarfe kommunaler Patientenvertreter*innen in Kleingruppen erörtert: Welche Themen beschäftigen die Patientenvertreter*innen? Sind diese identisch mit den Themen, die auf den Gesundheitskonferenzen und den Konferenzen Alter und Pflege platziert werden? Wo gibt es inhaltliche Gemeinsamkeiten zwischen den Kommunen?

Nach einer Mittagspause diskutieren die Teilnehmenden dann in einem zweiten Workshop, wie Patientenvertreter*innen vor Ort gestärkt werden können: Was sind Erfolgsfaktoren für die Berücksichtigung von Patienteninteressen? Wie können die Themen in den kommunalen Gremien besser platziert werden? Wie kann eine Vernetzung der Patientenvertreter*innen das Engagement fördern?

Anschließend werden die Ergebnisse aus den Workshops zusammengefasst.

Themen kommunaler Patientenvertretung

Von allen Workshops wurde festgehalten, dass das Gesundheitssystem derzeit aufgrund verschiedener Faktoren seinen Aufgaben nicht mehr ausreichend nachkommen kann; Theorie und Praxis lägen weit auseinander. Die von einem Workshop als „Systemnotstand“ beschriebene Situation umfasst

- ein fehlerhaftes Empfangs- und Entlassmanagement in Krankenhäusern
- den durch Corona forcierten Pflegenotstand (insbesondere in der Tagespflege und auf dem Land)
- die kürzeren Liegezeiten in den Krankenhäusern, wodurch Menschen krank entlassen werden würden
- die Privatisierung des Gesundheitssektors, wodurch Kapitalinteressen vor Patienteninteressen gestellt würden
- Kosten, die auf Patient*innen ausgelagert würden, z.B. bei barrierefreien Wohnungsanpassungen – es brauche einkommensunabhängige Lösungen
- lange Wartezeiten für einen Termin in der ambulanten Versorgung
- den Mangel an Psychotherapeut*innen
- ein damit verbundenes mangelhaftes Versorgungsmanagement
- die langfristigen Auswirkungen der Covid-Pandemie auf das Gesundheitswesen und die Gesundheit (Stichwort: Vereinsamung)

Die Patient*innen seien immer mehr auf sich allein gestellt. Notwendig sei daher ein Umdenken in der Gesundheitsversorgung: Man müsse stärker in Präventionsmaßnahmen investieren, um die Belastungen im Gesundheitssystem einzudämmen.

Parallel sei es jedoch auch notwendig, die Selbsthilfe zu stärken. Diese leide unter den neuen Entwicklungen im Ehrenamt: Durch die Covid-Pandemie sei viel Engagement verloren gegangen, auch schrecke die Digitalisierung viele Menschen davor ab, sich aus verschiedensten Motiven digital einzubringen. Es werde zudem zunehmend schwierig, junge Menschen für das Engagement zu begeistern. Dies treffe häufig auch auf Migrant*innen zu, die nicht mit den Ehrenamtsstrukturen vertraut seien, wodurch aber viel Potential verloren gehe. Auch Ärzt*innen würden aufgrund verschiedener Faktoren seltener Ehrenämter übernehmen, zum Beispiel in der Sozialberatung. Um die Selbsthilfe zu stärken, sei es notwendig, deren Aktivitäten stärker online und offline bekannt zu machen, wodurch ein Interesse an der Selbsthilfe aufgebaut werden könne. Die Covid-Pandemie könne auch als Aufbruch genutzt werden, Strukturen und Prozesse neu zu denken. Dennoch könne die Selbsthilfe nicht die obigen Krisensymptome alleine auffangen.



Abbildung 3: Diskussion in den Workshops I

Häufig seien die föderalen Zuständigkeiten für die verschiedenen Themen bei den Aktiven nicht bekannt. Gleichzeitig würde aber auch die politische Verantwortung auf andere Akteure oder Ebenen abgeschoben, was das Identifizieren der richtigen Ebene wie auch der richtigen Ansprechpartner*innen erschwere. Themen, die in bestimmten Gremien bearbeitet werden sollten, würden so dort nicht immer behandelt. Zum Beispiel würden in den KAP die Pflege, nicht aber altersbezogene Inhalte diskutiert.

Auch gebe es im Gesundheitswesen Kommunikationsdefizite durch die Verwendung komplizierter Fachbegriffe, die für viele Patient*innen nicht nachvollziehbar seien. Das Gesundheitssystem müsse somit wieder stärker an den Patient*innen orientiert werden. Dies gelinge jedoch nicht durch die zunehmende Privatisierung des Gesundheitswesens durch Finanzinvestoren. Patient*innenrechte, beispielsweise die Möglichkeit zum Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung (bei multi-faktoriellen Erkrankungen), müssten gewahrt werden und dürften nicht an bürokratischen Dokumentationsauflagen scheitern. Altersdifferenzen („Transition“) müssten stärker im Gesundheitssystem berücksichtigt werden, damit Patient*innen angemessene Leistungen angeboten werden könnten.

Zudem zeige sich am Beispiel der Gesundheitskioske, die der Bund deutschlandweit als Beratungsstellen einführen möchte, dass neue Projekte nur unzureichend bekannt seien und die Informationsvermittlung von Projekten im Gesundheitswesen nur schleppend verlaufe, obwohl die gesundheitliche und soziale Beratung zunehmend an Bedeutung gewinne. Wenn Angebote nicht bekannt gemacht werden würden, aber auch dafür notwendiges Personal fehle, schwinde mangels der Bekanntheit der Angebote auch das Vertrauen in die Gesundheitsdienste. Die Wissensvermittlung sei somit ein drängendes Problem auf kommunaler Ebene: Wie können Hilfsmittel beantragt werden? Welche Ansprüche können in der Versorgung geltend gemacht werden? An wen kann ich mich bei Fragen zu Arzneimitteln wenden? Beim Wissenstransfer müssten insbesondere die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen mitbedacht werden.

Die Teilnehmenden wurden, wie auch bei den anderen Regionalkonferenzen, dazu aufgerufen, die behandelten Themen über das Online-Tool *Mentimeter* in ihrer Relevanz auf einer Skala von 1 („kannste vergessen“) bis 10 („ohne geht nicht“) zu bewerten.

Wie wichtig sind Ihnen die erarbeiteten Themen?

 Mentimeter



Abbildung 4: Mentimeter-Ergebnis

Als wichtigstes Thema identifizierten die Teilnehmenden den Mangel an Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen (8,9 Punkte). Eine bessere Abstimmung und Transparenz der Angebote in der Versorgung, z.B. im Falle der Beratungsstellen, wurde ebenfalls mit 8,5 Punkten hoch priorisiert, wohingegen die Teilnehmenden dem Trend der Privatisierung im Gesundheitswesens eine vergleichsweise geringere Bedeutung (6,3 Punkte) beimaßen.

Erfolgsfaktoren für das Engagement

Wie können nun die Patientenvertreter*innen die benannten Themen erfolgreich in den gesundheitspolitischen Gremien in den Kommunen, insbesondere den KGK und den KAP, platzieren?

Zunächst bedürfe es bestimmter Softskills, um die Themen in den Gremien einbringen zu können: Man benötige ein gesundes Selbstvertrauen, um sich über Fehlentwicklungen auch empören zu können, müsse gleichzeitig diplomatisch agieren können, aufgrund langer Bearbeitungszeiten Geduld mitbringen, ein*e Teamplayer*in sein, sich offen gegenüber neuen Perspektiven zeigen und damit die eigenen Scheuklappen ablegen können und zu guter Letzt „groß denken“ können, also die eigenen Betroffenheiten politisieren und strukturell angehen wollen.

Die Softskills könnten mit der Zeit durch die Praxiserfahrung als auch durch Schulungen erworben werden. Letztere könnten von den Geschäftsstellen der Gremien organisiert werden. Um einen Einstieg in das Engagement zu finden, helfe es, den niedrigschwelligen Zugang in den Arbeitsgruppen der Konferenzen zu nutzen. Diese stehen meist allen Interessierten offen und sind themenzentriert. Zudem könnten insbesondere Interessierte aus der Selbsthilfe aus eigenen Betroffenheiten Erfahrungsberichte ableiten, die in Abhängigkeit von der Tagesordnung der Konferenzen in die Sitzungen eingebunden werden könnten. Junge Engagierte, die häufig unterrepräsentiert seien, könnten durch eine stärkere Verknüpfung der Gesundheitsprävention mit dem Themenfeld Klimapolitik gewonnen werden. Damit Interessierte langfristig engagiert blieben, müssten Ehrenamtspauschalen und Fahrtkostenerstattungen sichergestellt werden.

Zur erfolgreichen Themenplatzierung bräuchte es neben den benannten Softskills auch einer guten Vorbereitung, für die genügend Zeit eingeplant werden sollte: Auf Vorbereitungstreffen, ggf. gemeinsam mit den anderen Patientenvertreter*innen aus der KGK bzw. KAP, könnten Positionen abgestimmt werden. Im Falle der Selbsthilfe könnten vorab auf den Gesamttreffen der kommunalen Selbsthilfe mögliche Themen identifiziert und über die Sprecher*innen der Selbsthilfe in die Vorbereitungstreffen hineingetragen werden. Um Themen zu identifizieren, lohne sich ein Blick auf die Schnittstellen, beispielsweise zwischen zwei Versorgungsstationen, an denen Probleme sichtbar werden würden.

In den Vorbereitungstreffen gehe es nicht nur darum, neue Themen zu finden, sondern stattdessen auch eine Haltung zu bereits aufgegriffenen Themen in den Konferenzen aufzubauen. Hierfür bedürfe es eines entsprechenden Fachwissens, um eigene Positionen zu entwickeln. Das Fachwissen kann im Falle der Selbsthilfe bei den Dachverbänden der Selbsthilfegruppen im Rahmen von Vorträgen eingeholt werden. Die entwickelten Positionen sollten dann mit konkreten, zugespitzten Beispielen untermauert werden. Durch das Einsetzen für Begehungen könnten die Akteure in der KGK mit konkreten Problemen im Gesundheitswesen konfrontiert werden. Strategisch lohne es sich, die Gerechtigkeit für

Patient*innen argumentativ einzufordern, also auf bestehende Ungleichheiten aufmerksam zu machen, z.B. mit Blick auf den Versichertenstatus.



Abbildung 5: Diskussion in den Workshop II

Wünschenswert sei, dass die Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen frühzeitig vor den Sitzungen der KGK die Bedarfe der Teilnehmenden abfragen würden, damit diese in die Tagesordnungen integriert werden können. Dafür sei jedoch eine offene und interessierte Geschäftsstelle nötig. Für die Strategieentwicklung sei daher sinnvoll, die Geschäftsstelle einzuschätzen: Ist diese eher ablehnend? Muss folglich also mehr Druck aufgebaut werden? Gerade wenn mit Ablehnung zu rechnen ist, sollte man andere informelle Kontakte nutzen, um den Handlungsdruck zu erhöhen. Lokalpolitiker*innen (z.B. die zuständigen Ratsmitglieder in den Ausschüssen), der Runde Tisch Pflege, der Austausch mit Patientenlotsen, Selbsthilfe-Kontaktstellen in anderen Kommunen usw. sollten angesprochen werden, um Mehrheiten zu finden und Fachwissen zu erwerben. Hierfür sei es hilfreich, wenn Treffen nicht nur digital organisiert würden, da vor Ort im informellen Gespräch mit einzelnen Akteur*innen besser Positionen aufgedeckt werden könnten. Wichtig sei daher, stets Präsenz zu zeigen und an allen Sitzungen der Konferenzen teilzunehmen.

Parallel zur Gremienarbeit dürfe die Pressearbeit nicht zu kurz kommen, da auch über die Öffentlichkeit Druck auf die Entscheidungsträger*innen aufgebaut werden könne. Sollte auf Dauer eine ablehnende Haltung der Entscheidungsfinder*innen bestehen bleiben, könnten Unterschriften im Rahmen einer Petition gesammelt werden, wodurch die Legitimität der eigenen Position erhöht werden könne.



Abbildung 6: Diskussion in den Workshops III

Verstetigung der Vernetzung

Die Ergebnisse der fünf Regionalkonferenzen in NRW sollen am 18. November auf der Jahrestagung der Patientenbeteiligung in NRW zusammengefasst werden, woraus konkrete Handlungsempfehlungen für die Koordinierungsstelle als auch die Patientenvertreter*innen abgeleitet werden. Die Teilnehmenden befürworten, dass die Ergebnisse gegenüber anderen Akteur*innen des kommunalen Gesundheitswesens kommuniziert werden sollten, zum Beispiel den Ärztevertretungen und den Geschäftsstellen der KGK.

Die Koordinierungsstelle stellt den Teilnehmenden der Regionalkonferenz in Bielefeld den Mailverteiler der Teilnehmerrunde zur Verfügung, um sich eigenständig vor Ort austauschen

zu können. Zudem wurde der Wunsch geäußert, dass über den Mailverteiler die auf der Regionalkonferenz vertretenden Mitglieder der KGK die Tagesordnungen der letzten drei Jahre an die anderen Teilnehmenden schicken sollten, da man so noch stärker auf die Inhalte in den KGK eingehen und Gemeinsamkeiten identifizieren könne.

Feedback

Die Rückmeldungen zur Regionalkonferenz wurden mündlich vor Ort als auch schriftlich über einen Feedbackbogen eingeholt. Grundsätzlich bewerteten die Teilnehmenden die Regionalkonferenz positiv. Wichtig sei, nun die Themen und Bedarfe, die besprochen wurden, auch durchzusetzen. Eine Person wünschte sich eine stärkere Einbindung der Krankenkassen und der Vertreter*innen der Sozialverbände wie auch der kommunalen Behinderten- und

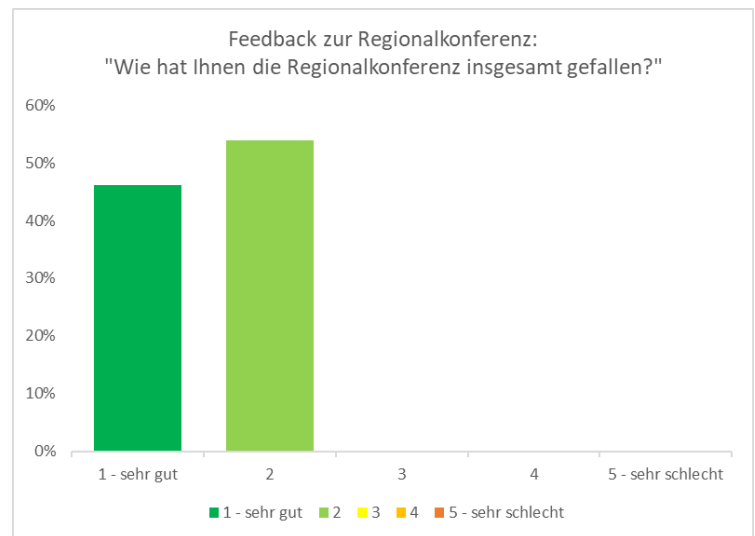


Abbildung 7: Auszug aus den Befragungsergebnissen

Inklusionsbeauftragten. Von anderer Seite wurde die Idee eingebracht, zukünftig die Strukturen der Patientenvertretung im kommunalen Gesundheitswesen stärker in den Mittelpunkt der Regionalkonferenzen zu stellen. Auch könnte die Heterogenität der Selbsthilfe und die Frage ihrer angemessenen Vertretung stärker eingebunden werden. Von einzelnen Teilnehmenden wurde die Barrierefreiheit und die verkehrliche Erreichbarkeit des Tagungsortes auf einer Skala von 1 („sehr gut“) bis 5 („sehr schlecht“) mit einer 3 bewertet. Die Koordinierungsstelle wird sich daher zukünftig um Alternativen bemühen, die besser zugänglich sind.

Anhang

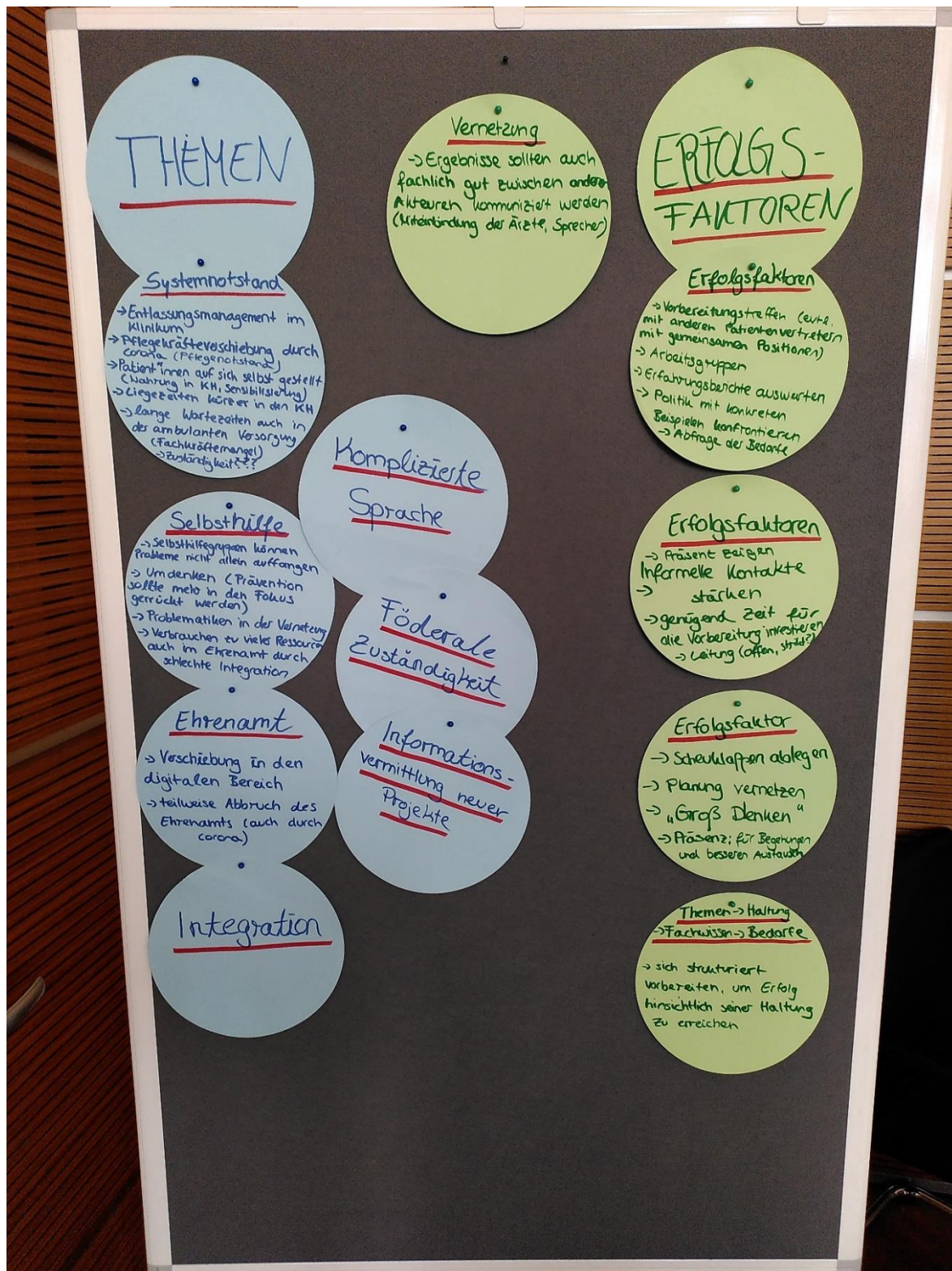


Abbildung 8: Ergebnisse Gruppe I



Abbildung 9: Ergebnisse Gruppe 2 I

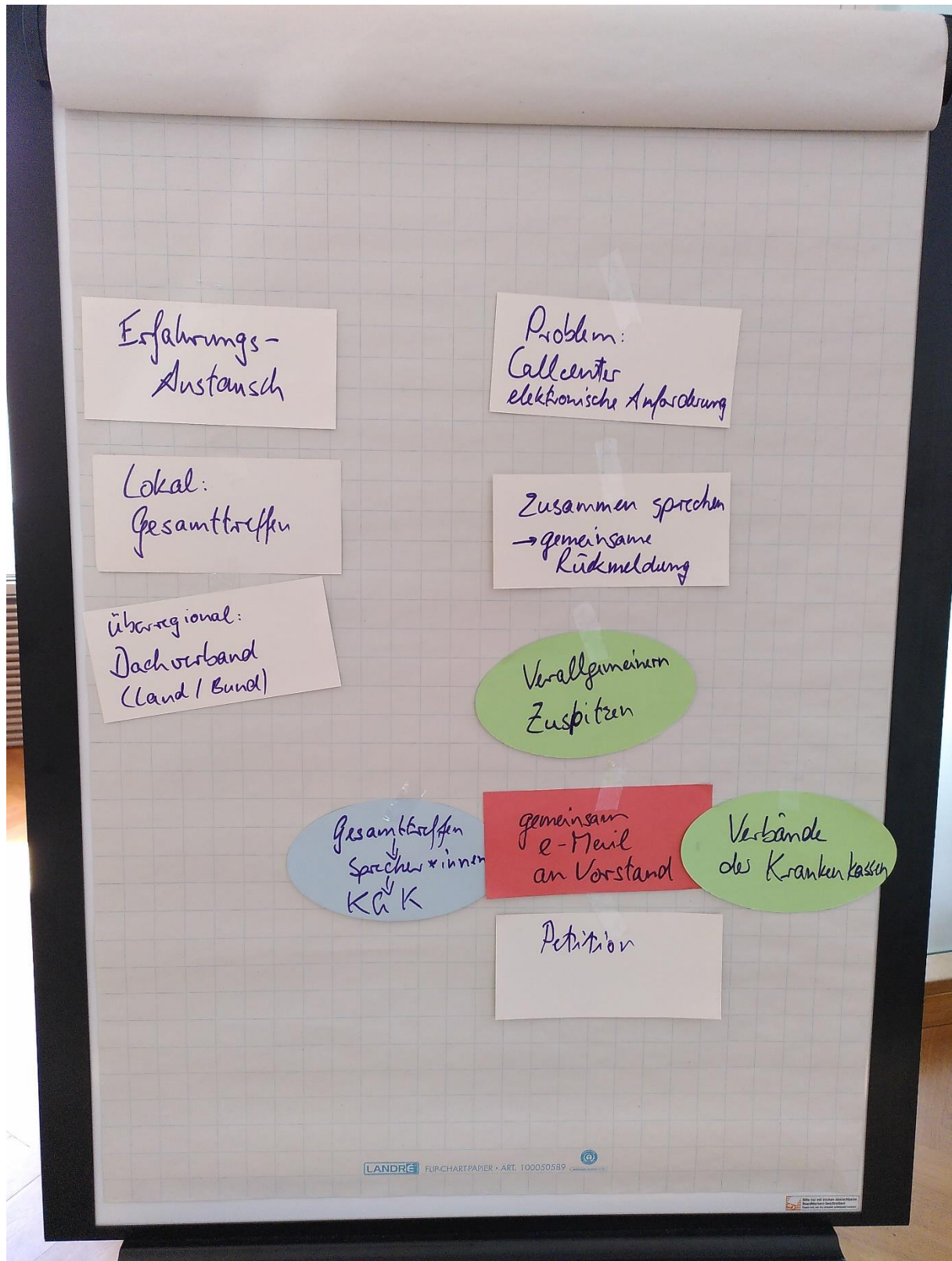


Abbildung 10: Ergebnisse Gruppe 2 II

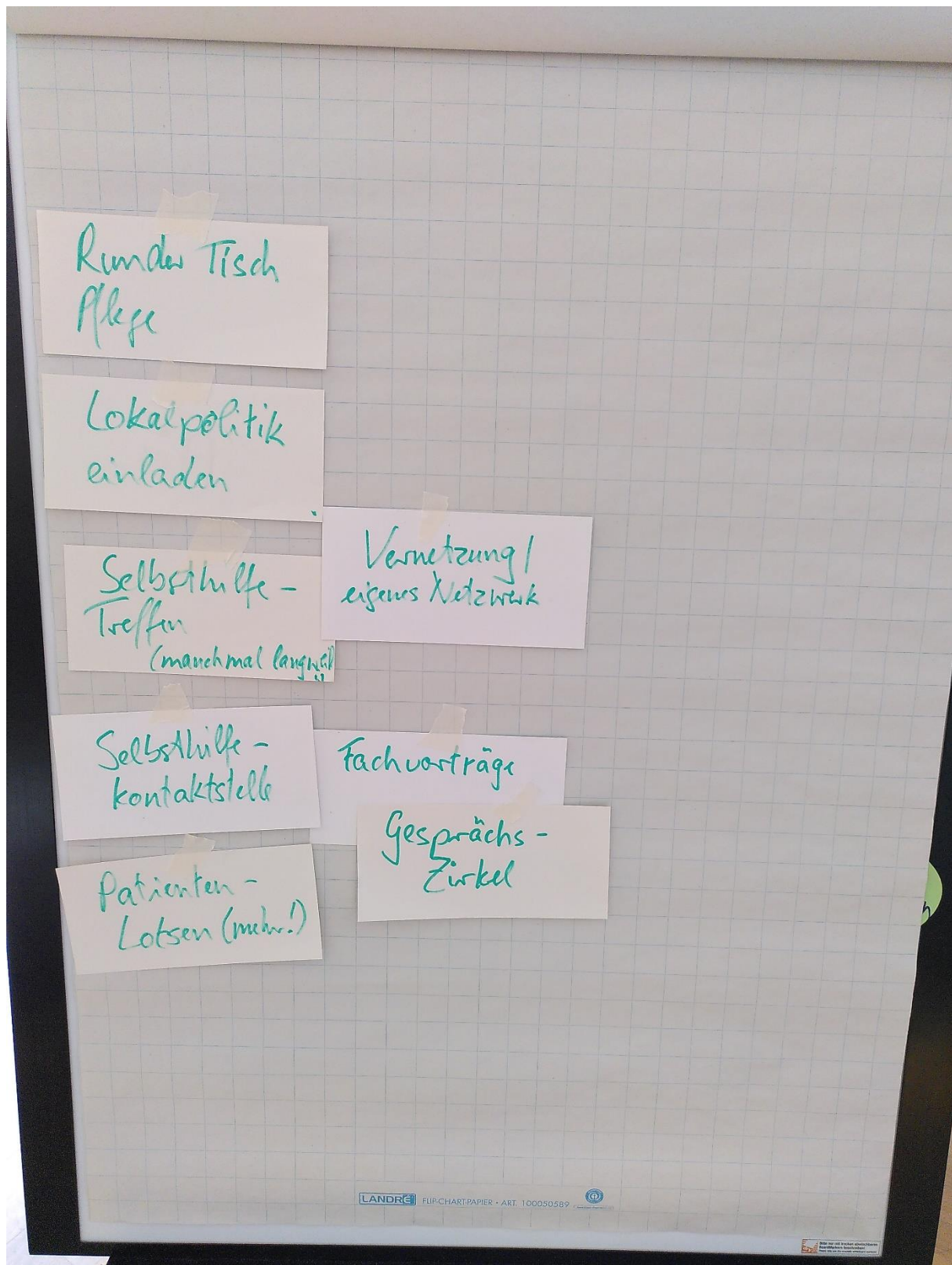


Abbildung 11: Ergebnisse Gruppe 2 III

1 Einflussmanagement

2 Gesundheitsidee + soziale Betreuung

3 Einkommens- und sonstige Lösungen finden

4 finanzielle Probleme bei Wohnungsaussparung

5 Vermögensmanagement + oft nicht vorhanden, woraus unklare finanzielle oder keine Wirkung folgt

6 Gesundheitsidee als Anlaufstelle + Arbeitsentlastung

7 Probleme pflegerische Versorgung zu Hause + auf dem Lande (KAP)

8 Altersbetreuung ist nicht Pflege, trotzdem in KAP Arbeitsbedingtes

9 Persönliche Versorgung wird Selbstbestimmen zu anderen Hilfen

10 Wenn Gesundheit über die wichtigen Versorgungsalternativen auch im Pflegeprozess

11 Lebenslagen problematisch 18, 65

1 Versteht, *innen, in KAP + KAP sind z.T. zu passiv post-positiv

2 Support ist nötig, *standing, konfliktuell mit anderen, Akteuren

3 Kommunikation, Vertrauen, zwischen Patienten, Pflege, Gesundheit

4 Ausstattung verbessern

5 Patientenwohl im Zentrum (Leben, Waschen)

6 Vertrauen in Gesundheitsidee ist gegeben, auch in KAP + KAP

7 Dokumentation steht oft bei der Patientenorientierung

8 Nicht nur die Einzelfälle sehen, sondern Befragene + Planung

9 Krankheitsausprägung + Behandlung

10 Patientenwohl im Zentrum

11 Privatization + Ökonomisierung von Leistungen

12 Theorie + Praxis mit einander

1 Wichtig ist eine Systemverantwortung, verantwortlich für gute Gesundheit + Gesundheitsversorgung

2 Schnelle Erfolge sind oft nicht möglich

3 Einzelkämpfer haben keine Chancen

4 Schulungen nötig, Skill-Training, wie kann ich die Patienten gut verstehen, ohne sich in den Einzelfällen zu verlieren

5 Rhetorikbedingte Rhetorik sichergestellt und Rhetorikselbst immer wieder in den Grenzen reklamieren

6 Wie erfolgreich werden? Diplomatisch sein, mit anderen Netzwerke, sich mit anderen austauschen und gemeinsam argumentieren

7 Das für die Konflikte? Selbstvertrauen nötig, zuhören-Tips? Gesundheitsfrage? Nachbarnprobleme? 28. Lebens + Gesundheit

8 Rhetorikversteht man wissen mit anderen Akteuren kooperieren, was es möglich ist, auch mit Lebenspolitik + Lebensweisen

9 Ehrenamtliche auch finanziell unterstützen, z.B. Rhetorik, Folienkosten

10 Öffentlichkeitsarbeit, Vorarbeit oder wie? Wissen fehlt oft über die Inhalte + Personen, Patienten besser als Vkl, trotzdem digitale Medien nutzen

11 Gerechtigkeit wichtig, bei Diskussion, Behandlung, bei Versicherungsstatus, Priorisierungen etc.

Abbildung 12: Ergebnisse Gruppe 3