

Johanne Pundt (Hrsg.)

Patientenorientierung:
Wunsch oder Wirklichkeit?



Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 4. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Patientenorientierung oder Patientenignorierung? – Positionen, Potenziale, Perspektiven“ facettenreich um weitere Perspektiven.

Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen
2. Auflage 2016

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Dr. Petra Becker, Bremen
Lektorat: Michael Loot, Oldenburg
Korrektur: Astrid Labbert, Bremen
Umschlaggestaltung, Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Druck und Bindung: Books on Demand, Norderstedt
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
<http://dnb.d-nb.de>

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-27-3

<http://www.apollon-hochschulverlag.de>

Johanne Pundt (Hrsg.)

Patientenorientierung:
Wunsch oder Wirklichkeit?



University of Applied Sciences
APOLLON
University Press

Inhalt

Vorwort	9
---------	---

Einleitung

Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? (Johanne Pundt)	11
---	----

I Politische Rahmenbedingungen für Patientenorientierung

1 Patientenrechte als Mogelpackung. Die mündige Patientin und das Patientenrechtgesetz (Christoph Kranich)	21
1.1 Was ist das für eine Denkfigur, die „mündige Patientin“?	22
1.2 Neue Wege	25
1.3 Was hat das alles mit dem neuen Patientenrechtgesetz zu tun?	27
2 Kunden- und Patientenorientierung im GKV-Wettbewerb (Herbert Rebscher)	31
2.1 Über „wen“ reden wir, wenn wir von Kunden-, Versicherten- und Patientenorientierung reden?	31
2.2 Bedarfsorientierte Patientenkontakte	33
2.3 Beurteilungsperspektiven	38
2.4 Integrierende Kontaktebenen	39
3 Patientenorientierung bei Leistungskatalogentscheidungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Jeanine Staber)	43
3.1 Einführung	43
3.2 Struktureller Hintergrund für Nutzerbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung: Das Prinzip der Selbstverwaltung	44
3.3 Patienten und Versicherte als Nutzer der gesetzlichen Krankenversicherung	45
3.4 Definition des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherung	46
3.5 Beteiligung des Nutzers an der Definition des Leistungskatalogs	48

3.6	Welcher Nutzer soll über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden?	53
3.7	Leistungskatalogdefinition durch die Versicherten – eine Skizze	54
3.8	Zusammenfassung und Ausblick	55
4	Welchen Stellenwert haben Patienten und ihre Vertretung bei der gesetzlichen Qualitätssicherung? (Ilona Köster-Steinebach)	59
4.1	Wo sollte Patientenorientierung in der Qualitätssicherung greifen?	59
4.2	Patientenbedürfnisse – verwirklicht oder vergessen in der Qualitätssicherung?	60
4.3	Patientenverständliche Berichterstattung: Risiko oder Chance?	68
4.4	Patientenbeteiligung bei der Festlegung der Qualitätssicherung: Status quo und Verbesserungspotenzial	74

II Instrumente und Wege für Patientenorientierung

5	Selbsthilfe als Wegbereiterin für mehr Patientenorientierung (Ursula Helms)	83
5.1	Selbsthilfe in Deutschland	83
5.2	Ziele und Wirkungen der Selbsthilfe	87
5.3	Rahmenbedingungen für chronisch kranke und behinderte Menschen	88
5.4	Selbsthilfe und Patientenorientierung	91
5.5	Schlussbetrachtung	93
6	Ehrenamtliche Patientenförsprecher an Krankenhäusern – ein wirksames Instrument der Patientenorientierung? (Sonja Schenk)	97
6.1	Einleitung	97
6.2	Ehrenamtliche Patientenförsprecher	99
6.3	Patientenförsprecher aus drei Perspektiven	100
6.4	Die Patientenfreundlichkeit des Amtes	104
6.5	Patientenförsprecher in Bremen	106
6.6	Stimmungsbild der Bremer Patientenförsprecher	107
6.7	Fazit	111

7	Der mündige Patient zwischen E-Health und Cybermedizin: Hilfreiche oder unheilvolle Informationen aus dem Internet? (Dietmar Löffner)	117
7.1	Das Internet als neue Informationsquelle	118
7.2	Die Qualität von Patienteninformationen im Internet und deren Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation	120
7.3	Schlussbetrachtung	130
8	Patientensicherheit und Patientenbeteiligung: Wie Patienten zu sicheren Versorgungsprozessen beitragen können (Constanze Lessing, Günther Jonitz)	135
8.1	Die vielen Rollen des Patienten	137
8.2	Was wünschen sich Patienten und was motiviert sie?	140
8.3	Beispiele aus dem Aktionsbündnis Patientensicherheit	142
8.4	Patientenbeteiligung und Patientensicherheit aus Sicht der Wissenschaft	147
III Durchsetzung und Perspektiven von Patientenorientierung		
9	Gesundheitskompetenz fördern – Souveränität der Bürger und Patienten im Gesundheitswesen stärken (Marie-Luise Dierks, Gabriele Seidel)	153
9.1	Gesundheitskompetenz gleich Health Literacy?	153
9.2	Gesundheitskompetenz der deutschen Bürger und Patienten – ein Blitzlicht	158
9.3	Gesundheitskompetenz stärken	161
9.4	Fazit	168
10	Patientenpartizipation: Entscheidungsteilhabe für mehr Gesundheit (Susanne Hartung)	173
10.1	Gesundheitsförderung: Stärkung von Gesundheitsressourcen	174
10.2	Erklärungsansätze für die gesundheitliche Relevanz von Partizipation	182
10.3	Individuelle und soziale Hindernisse für Partizipation	186
10.4	Fazit	188

11 Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung <i>Gesundes Kinzigtal</i> (Achim Siegel, Ulrich Stöbel)	195
11.1 Merkmale und Ziele der Integrierten Versorgung <i>Gesundes Kinzigtal</i> (IVGK)	196
11.2 Drei Dimensionen patientenorientierter Maßnahmen in der IVGK	198
11.3 Partizipative Entscheidungsfindung in der IVGK aus Sicht der Patienten – Resultate einer kontrollierten Kohortenstudie	204
11.4 Patientenzufriedenheit mit den „Ärzten des Vertrauens“ und der integrierten Versorgung im Kinzigtal – erste Ergebnisse einer Trendstudie	211
11.5 Resümee	222
12 Patientensicherheit als Qualitätsmerkmal – Qualifizierung als Merkmal von Patientenorientierung (Michael Rosentreter, Johanne Pundt)	231
12.1 Einleitung: Hintergrund und Ziel	231
12.2 Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung	233
12.3 Kernaspekt: Sicherheit erfordert Kommunikation	237
12.4 Vom Problembewusstsein zum Handeln	239
12.5 Rahmenbedingungen für Qualifizierungsmaßnahmen zur Patientensicherheit	243
12.6 Fazit	252
Anhang	259
Autoren	259
Abbildungsverzeichnis	263
Tabellenverzeichnis	265
Sachwortverzeichnis	267

Vorwort

Das Thema Patienten- bzw. Nutzerorientierung zieht sich wie ein roter Faden durch die gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskussionen der letzten Jahrzehnte. Wann immer man jedoch Patienteninterviews anschaut und am besten vorher die Jahre eliminiert, in denen sie durchgeführt wurden, zeigt sich, dass sie sich erschreckend ähneln – vor allem in ihrer Kritik am Versorgungswesen. Patienten bzw. Nutzer fühlen sich unzureichend beachtet, ungenügend einbezogen, nicht gewürdigt und nicht respektvoll behandelt. Oft sogar gegenteilig: Sie sehen sich als Objekt betrachtet und dem System und seinen Akteuren ausgeliefert. Klagen darüber ziehen sich seit Jahren durch Patienteninterviews (und auch durch die Fachliteratur), sodass der Eindruck entsteht, trotz aller Diskussionen über Patienten- bzw. Nutzerorientierung habe sich der Versorgungsalltag relativ wenig verändert.

Und doch haben die vergangenen Jahre auch in Deutschland einen deutlichen Progress beschert, was die Stärkung der Patientenpositionen anbetrifft. Stichwortartig seien einige wichtige Stationen erwähnt: Seit den 1990er-Jahren schreitet der *Ausbau der Patientenberatung und -information* sukzessiv voran, seit der Gesundheitsreform 2000 auch der der Unabhängigen Patienten- und Nutzerberatung. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 wurde ergänzend die flächendeckende Einrichtung von Pflegestützpunkten und Pflegeberatung beschlossen. Zudem erfolgte eine *Stärkung der Patientenrechte*: Im Jahr 2002 wurde zunächst die Charta der Patientenrechte verabschiedet und ein Jahr später konnte erstmals ein Vertreter für die Belange der Patienten – eine Patientenbeauftragte – von der Bundesregierung eingesetzt werden. 2004 wiederum hielten Vertreter von Patientenorganisationen Einkehr in wichtige Entscheidungsgremien und haben dort zwar kein Stimm-, aber ein Mitspracherecht in vielen versorgungsrelevanten Fragen. Schließlich wurde 2013 ein Patientenrechtegesetz verabschiedet. Dieses sind einige Stationen, die sich ergänzen ließen, etwa um Schritte zur Sicherung von Transparenz.

Insgesamt zeigen sie, dass die Realisierung von Patienten- bzw. Nutzerorientierung voranschreitet. Ein befriedigender Zustand ist jedoch noch nicht erreicht, zumal sich die Implementation vieler beschlossener Reformen schwierig darstellt. Auch die erwähnten Patientenäußerungen und vor allem die in der letzten Zeit erschienenen Befunde

zum Health Literacy Niveau der deutschen Bevölkerung unterstreichen, wie zahlreich die bestehenden Herausforderungen bei der Realisierung von Patienten- bzw. Nutzerorientierung sind. Sie belegen damit auch, dass ein Buch zu diesem Thema nach wie vor wegweisend und sinnvoll ist. Allein die Auswahl der Autoren, als auch die facettenreichen Beiträge lassen hoffen, dass es die Diskussionen über Patienten- bzw. Nutzerorientierung durch weitere Impulse und Anregungen bereichert.

PROF. DR. DORIS SCHAEFFER

Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld;

AG Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft und u. a.

Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Einleitung

Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?

JOHANNE PUNDT

Einstimmung in das Thema

Obwohl der Begriff „Patientenorientierung“ in den letzten Jahren an Profil gewonnen hat, ist es nach wie vor nicht einfach, eine geeignete Definition auszumachen. Der Terminus wird – je nach Kontext – ganz unterschiedlich diskutiert und heute vermehrt als Oberbegriff subsumiert, der je nach Einstellung der Akteure im Gesundheitswesen differieren kann (vgl. z. B. Feuerstein, Badura, 2001; Reibnitz et al. 2001; Klusen et al., 2009; Ose, 2011; Hoefert, Härter, 2011). So wird aus Sicht von Ökonomen die Unterstützung einer effizienten Steuerung der Gesundheitsversorgung in den Mittelpunkt gerückt, während Patientenvertreter dem Thema Autonomie und Gewährleistung von Patientenrechten Beachtung schenken und das Pflegepersonal wiederum den Subjektcharakter des Patienten im Zusammenhang von Betreuung und Therapie als zentralen Aspekt der Patientenorientierung ansieht. Innerhalb der Krankenhausorganisation spielt beim Thema Patientenorientierung die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement eine wichtige Rolle, denn hier werden Elemente wie Beschwerdemanagement, Patientensicherheit und -zufriedenheit berücksichtigt. Die Ursache der verschiedenen Sichtweisen hängt u. a. mit dem Prozess struktureller Gesundheitsreformen zusammen, in die die Vertiefung um das Thema Patientenorientierung integriert ist.

Eine Vielzahl an Publikationen widmet sich seit Jahrzehnten dem komplexen Thema. Sie sind kaum überschaubar, denn sie betrachten je nach Zielsetzungen und Fragestellungen Strukturen, Prozesse, Konzepte, Elemente, Verhaltensweisen, Interessen, Bedürfnisse und Instrumentarien der Patientenorientierung. Von neutraler Stelle hat insbesondere der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) – damals noch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – in seinen Gutachten 2000/2001¹ und 2003² das Thema aufge-

1 Im Kapitel: „Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation“.

2 Im Kapitel: „Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation“.

nommen und es konzeptionell mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen verknüpft (vgl. SVR, 2001, S. 148). Dies löste unter allen Akteuren eine intensivere Auseinandersetzung mit der Patientenorientierung aus als je zuvor. In der Folge ist das Thema parteiübergreifend zum Bestandteil der politischen Agenda geworden. Gleichwohl ist der Begriff nach wie vor „nebulös“ (vgl. Schaeffer, 2001, S. 49) und „bisweilen auch breit interpretierbar“ (vgl. Hoefert; Härter, 2011, S. 11).

Patientenorientierung meint, sich auf die spezifische Rolle der Patienten, ihre (subjektiven) Bedürfnisse, Rechte und (objektiven) Interessen zu fokussieren. Sie setzt auf der Makro-Ebene an, beispielsweise bei den politischen Rahmenbedingungen oder der Gesetzgebung. Diese wirken auf die Meso-Ebene der Strukturen und Institutionen ein mit dem Ziel, auf der Mikro-Ebene – also der Arzt-Patienten-Beziehung – erwünschte patientenbezogene Effekte zu erreichen. Gleich ob man von Kunden, Versicherten, Nutzern, Bürgern, Laien, Konsumenten, Bewertern (vgl. Dierks et al., 2001) oder eben von Patienten spricht, es ändert nichts daran, dass diese Menschen einerseits Empfänger von Gesundheitsleistungen sind und andererseits für ihre Gesundheit selbst sorgen müssen. Zu der altbekannten Rolle sind neue hinzugekommen. Sie alle existieren nebeneinander, sodass ein und dieselbe Person mehrere Rollen gleichzeitig wahrnehmen kann.

Doch bekanntlich hat jede Medaille zwei Seiten. Eine zeigt sich durch die beliebte Sentenz: „*Der Patient steht im Mittelpunkt.*“ Seine Präferenzen und Erwartungen an die Leistungserbringer, Kostenträger und an das Gesundheitssystem insgesamt haben sich deutlich gewandelt. Sowohl die Aktivitäten von Beratungsstellen und Verbänden als auch Maßnahmen zur Stärkung der Patientenautonomie, -beratung und -versorgung vonseiten des Gesetzgebers haben das Selbstmanagement der Patienten gefördert. Hierzu zählen z. B. neue Versorgungsinitiativen wie etwa die Partizipative Entscheidungsfindung sowie professionelle Beratungskonzepte. Empowerment ist hier das Stichwort.

Und selbst auf der politischen Ebene ist der Patient präsenter geworden, wenn auch nicht durchgängig mit aktivem Stimmrecht. Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten sind dennoch vorhanden, etwa in Gestalt des Patientenbeauftragten der Bundesregierung, der Patientenvertreter auf Landesebenen sowie der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, deren selektive Beteiligung und Etablierung auf Anraten des SVR zustande kamen.

Die andere Seite der Medaille – nicht minder komplex – weist auf die Probleme des Patienten hin, denen er ausgesetzt ist, wenn er als passiver Empfänger von Gesundheitsleistungen und als Kostenfaktor betrachtet wird, wenn er keine neutrale, qualitätsgesicherte medizinische Informationen erhält, wenn seine gesundheitsbezogene Versorgung nicht bedürfnisgerecht verläuft oder wenn ihm keine Entscheidungsrechte hinsichtlich Transparenz und Mitbestimmung seiner Behandlungsverläufe eingeräumt werden. Eine rigide Kostenausrichtung und eine strenge sektorale Gliederung scheinen daher im Widerspruch zur Patientenorientierung zu stehen. Sollen Maßnahmen zur verbesserten Patientenorientierung ihr Ziel wirklich erreichen, ist eine klärende Diskussion erforderlich.

Der vorliegende Themenband wird sich daher ausführlich den beiden zuvor skizzierten Seiten der Medaille widmen. Dabei wird er aus praxisnaher Perspektive aufzeigen, dass bei der Patientenorientierung Wunsch und Wirklichkeit nicht immer miteinander übereinstimmen. Die zwölf Beiträge heben hervor, dass Patienten Orientierung benötigen, um Rechte, Wahlmöglichkeiten und Selbstsorgepotenziale erkennen und nutzen zu können und um als „Koproduzenten von Gesundheit“ (vgl. SVR, 2003, S. 275) einen zentralen Beitrag zum Behandlungserfolg zu liefern. Und sie zeigen, dass Patienten in ihren spezifischen Rollen Problemen ausgesetzt sind, die zur Vernachlässigung, Missachtung und zum Verkennen ihrer Möglichkeiten und Chancen führen können.

Dazu werden in den nachfolgenden Beiträgen vielfältige Dimensionen angesprochen, die sich auf ökonomische, ethische, soziologische und versorgungspolitische Komponenten beziehen. Im ersten Teil geht es um die **politischen Konsequenzen für Patientenorientierung**, wenn *Christoph Kranich* – wie gewohnt kritisch – über das neue Patientenrechtegesetz berichtet und dabei das oft postulierte Leitbild des Patienten als mündigen Konsumenten im Gesundheitswesen im Kontrast zum Bürger und Kunden diskutiert. Für den Autor spielt das Vertrauen zwischen dem Professionellen (Arzt) und dem Patienten (Laien) eine zentrale Rolle, damit ein partnerschaftliches und kooperationsbereites Verhältnis entstehen kann. Dieses neue Verhältnis soll den Patienten aber nicht mit Gesundheitswissen überfordern. Zudem muss es die Grenzen der Patientenautonomie berücksichtigen.

Im nächsten Beitrag weist *Herbert Rebscher* unmissverständlich auf die unterschiedlichen Interessenlagen und Perspektiven der Kunden im wettbewerblichen Krankenversicherungssystem hin. Er segmentiert und differenziert die Kundenbedürfnisse

mit ihren möglichen gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Folgen und fordert, das Verständnis der Kundenorientierung zu präzisieren. Es folgt *Jeanine Staber*, die sich mit den Entscheidungen des Leistungskatalogs der GKV auseinandersetzt. Die Autorin analysiert, inwiefern Patienten bei der Definition des Leistungskatalogs mitwirken, und diskutiert, in welchem Maße die Präferenzen der Patienten adäquat bei der Leistungskataloggestaltung bedacht werden sollen und mit welchen Schritten dies umgesetzt werden kann. Welche Wege zur Patientenorientierung in diesem Kontext gelingen können, legt *Ilona Köster-Steinebach* in ihrem Beitrag dar. Sie mahnt die Gewährleistung von Patienteninformationen an und zeigt Maßnahmen auf, in denen Patientenorientierung innerhalb der externen Qualitätssicherung realisiert werden könnte. Die Autorin begründet das Verbesserungspotenzial der Patienteninteressen mit den nicht adäquat vertretenen Positionen der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Im zweiten Teil des Themenbands geht es um **Instrumente und Wege der Patientenorientierung**. Vier Beiträge gehen der Frage nach, wie die Patienten verstärkt zu autonomem Handeln befähigt werden können. Entscheidend forciert worden ist die Patientenorientierung von der Selbsthilfebewegung, auf die sich *Ursula Helms* konzentriert. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wurden die Krankenkassen verpflichtet, Selbsthilfegruppen und -organisationen zu fördern. Die Autorin betont diese aktive Rolle, appelliert an die Akteure der Gesundheitswirtschaft und betont, dass eine umfassende patientenorientierte Versorgungsausrichtung, die diesen Namen verdient, nur unter Beteiligung der Selbsthilfevereinigungen und -gruppen zu bewältigen ist. Ähnlich argumentiert *Sonja Schenk*, die sich in ihrem Beitrag mit den Aufgaben eines Patientenführers auseinandersetzt. Die Autorin fragt nach dem Einfluss, den die Ländergesetzgebung auf die Wahrnehmung und Ausübung dieser ehrenamtlichen Position im Krankenhaus hat, und reflektiert kritisch diese Möglichkeiten, die vom Selbstverständnis der stationären Einrichtungen abhängen.

Welche zentrale Rolle valide Gesundheitsinformationen für Patienten spielen, wird in dem Beitrag von *Dietmar Löffner* deutlich. Längst ist bekannt, dass immer mehr Patienten ihre Ärzte mit Informationen aus dem Internet konfrontieren. Es stellt sich für den Autor aber die Frage, wie seriös und geeignet diese im Cyberspace zur Verfügung stehenden Informationen sind, um sich ggf. eigenverantwortlich (wenn auch kooperativ) für oder gegen eine medizinische Maßnahme entscheiden zu können. Im Ergebnis

wird ein Kriterienkatalog präsentiert, der die Qualität ausgewählter Informationsseiten bewerten soll und dem Patienten damit wichtige Empfehlungen an die Hand gibt.

Stichwort Patientensicherheit: Um diesem Thema aufgrund der zunehmenden Meldungen von medizinischen Behandlungsfehlern und Schäden höchste Aufmerksamkeit zukommen zu lassen, stellen *Constanze Lessing* und *Günther Jonitz* in ihrem Beitrag fest, dass eine aktive Beteiligung der Patienten auch dazu dient, Fehler in der Gesundheitsversorgung so weit wie möglich zu vermeiden. Die beiden Verfasser erörtern, welche Inhalte und Kommunikationsformen es ermöglichen, Patienten in die Mitgestaltung der Patientensicherheit einzubeziehen. Sie zeigen auf, inwieweit Kampagnen zur Aktivierung der Patienten beitragen und konfrontieren den Leser mit Fragen über die Initiativen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und über die Bedarfe, die von Patientenseite zur eigenen Sicherheit eingefordert werden müssen.

Im dritten und letzten Teil werden in vier weiteren Beiträgen Möglichkeiten zur **Durchsetzung und Perspektiven der Patientenorientierung** präsentiert. Einerseits beziehen sich die Autoren dabei auf die Stärkung der Patientenkompetenz, auf seine Interessen und die damit verbundene Förderung der Patientensouveränität sowie auf die Chancen und Grenzen partizipativer Versorgungswege; andererseits werden Qualifizierungspotenziale für Ärzte aufgezeigt, die als wichtiges Qualitätsmerkmal im Sinne der Patienten eingestuft werden können.

Marie-Luise Dierks und *Gabriele Seidel* setzen sich kritisch mit dem Ansatz der Health Literacy auseinander, diskutieren wissenschaftliche Konzepte der Gesundheitskompetenz und verfolgen aktuelle Initiativen zu dessen Weiterentwicklung am Beispiel verschiedener Initiativen (z. B. der „Patientenuniversität“), die sich an Erwachsene, aber auch explizit an Schüler und Jugendliche wenden. *Achim Siegel* und *Ulrich Stößel* gehen auf neue Entwicklungen zur Partizipativen Entscheidungsfindung (SDM) ein. Sie analysieren im Rahmen der Integrierten Versorgung des Gesunden Kinzigtals die SDM-Implementierungsversuche und zeigen auf, wie sich das Potenzial für patientenorientierte Versorgungsangebote auf die Patientenzufriedenheit auswirkt. Darüber hinaus legen sie dar, welche Interventionen (Patientenschulungen, Informationsveranstaltungen) und vor allem welche institutionellen Prozesse und Hindernisse bei der Mitgestaltung zu berücksichtigen sind.

Susanne Hartung beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit den vielfältigen Einflussmöglichkeiten der Gesundheitskompetenz auf die Partizipation der Patienten. Die Au-

torin stellt im Sinne des Public Health Ansatzes beispielhafte Gesundheitsressourcen und ihre Barrieren in Zusammenhang zur Entscheidungsteilhabe und erklärt an einem Beispiel, wie relevant gesundheitliche Wirkungen für die partizipative Diskussion sein können. Den Abschluss bilden die Autoren *Michael Rosentreter und Johanne Pundt*, die nicht die Perspektive der Patienten in Punkto Sicherheit, sondern die Sicht der Leistungserbringer in diesem Kontext sichtbar machen möchten. Sie zeigen auf, dass gerade die Informationsasymmetrie und das Machtgefälle zwischen Arzt und Patient eine gelungene Kommunikation der Beteiligten erschwert. Nach Meinung der Verfasser könnte durch gezielte Aufklärungsarbeit in Form eines speziellen Qualifizierungsangebots für Mediziner eine Bewusstseinsweiterung in Richtung Patientensicherheit realisiert werden. Zur ärztlichen Patientenorientierung, so die Autoren, gehöre neben der fachlichen Kompetenz unbedingt die Möglichkeit, diese in (kommunikative) Handlungen umzusetzen.

In ihrer Gesamtheit beleuchten die in dem vorliegenden Themenband zusammengefassten Beiträge das facettenreiche und überaus komplexe Thema der Patientenorientierung umfassend und interdisziplinär. Sie spiegeln nicht nur die aktuelle Forschungslage wider, sondern zeigen dem Leser darüber hinaus eine Fülle möglicher Ansatzpunkte und Wege zu einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung auf. Der Themenband richtet sich somit sowohl an Studierende als auch an Wissenschaftler und Praktiker, die sich im Berufsalltag mit dem Thema befassen, um zukünftig einer wohlgemeinten Patientenorientierung hohe Priorität einzuräumen. Den Leserinnen und Lesern wünsche ich eine aufschlussreiche Auseinandersetzung mit diesem uns alle betreffenden Thema.

Autoren

Prof. Dr. Marie-Luise Dierks

Studium Erziehungswissenschaften, Sozialpädagogik und Psychologie. Professorin für Public Health am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); wissenschaftliche Leitung des weiterbildenden Master-Studiengangs Public Health an der MHH. Mit-Initiatorin und Leiterin der ersten deutschen Patientenuniversität an der MHH, in der interessierte Bürger und Patienten ihre Gesundheitskompetenz weiter entwickeln können.

Dr. Susanne Hartung

Diplom der Soziologie an der Technischen Universität Dresden; Master in European Labour Studies an der Universität Bremen und der Universität Autònoma de Barcelona. Promotion an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Von 2004 bis 2008 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der AG1 „Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemgestaltung“, von 2008 bis 2009 Projektmitarbeiterin in der AG4 „Prävention und Gesundheitsförderung“ im Forschungsprojekt „Bielefelder Evaluation von Elterner edukationsprogrammen“ (BEEP) in der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung von 2010 bis 2012. Seit 2013 freiberufliche wissenschaftliche Mitarbeiterin und Autorin.

Ursula Helms

Dipl.-Sozialwirtin. Bis 1988 Wiss. Assistentin an einem Lehrstuhl für Öffentliches Recht an der Georg-August-Universität Göttingen. Anschließend bis 1992 Referatsleiterin Grundsatzfragen Sozialarbeit/ Sozialrecht/Behindertenhilfe beim Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes in Bonn, bis 1998 Hauptabteilungsleiterin Soziale Dienste beim Deutschen Roten Kreuz Landesverband Berlin e.V., bis 2004 Landesgeschäftsführerin des Arbeiter Samariter Bundes Landesverband Berlin e.V. Seit 2005 im Feld der Selbsthilfe tätig als Geschäftsführerin der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen NAKOS in Berlin sowie als Patientenvertreterin beim Gemeinsamen Bundesausschuss.

Dr. Günther Jonitz

Facharzt für Chirurgie; seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin und Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer; Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer; Vorstandsmitglied der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg; Facharzt für Chirurgie im Unfallkrankenhaus Berlin; Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte

Medizin; Gründungsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, Fachexperte und Berater des Bundesministeriums für Gesundheit für Fragen der Patientensicherheit in internationalen Gremien (u.a. EU-Kommission, WHO).

Dr. Ilona Köster-Steinebach

Seit Juni 2010 Referentin für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen im Verbraucherzentrale Bundesverband. Sie ist stellvertretende Sprecherin der Patientenvertretung im Unterausschuss Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Vor ihrer Anstellung im Verbraucherzentrale Bundesverband war sie sechs Jahre lang als Fachreferentin und später als Senior-Projektmanagerin und Teamleiterin im Strategiebereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tätig. Frau Köster Steinebach studierte zunächst Japanologie und promovierte im Anschluss an ihr Examen im Fach Volkswirtschaftslehre, beides an der Philipps-Universität Marburg. Im Rahmen einer Förderung durch den DAAD verbrachte sie zwei Jahre in Tokyo an der Keio-Universität und an der Universität von Tokyo.

Christoph Kranich

Krankenpfleger; Dipl. Pädagoge mit Schwerpunkt Erwachsenenbildung, Weiterbildungsstudium Sozial- und Gesundheitsmanagement. Er war drei Jahre als geschäftsführender Mitarbeiter der Patienteninitiative Hamburg tätig; seit 1995 Leiter der Fachabteilung Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucherzentrale Hamburg; zudem unterrichtet er in verschiedenen Fern- und Weiterbildungsstudiengängen. Schwerpunkte seiner Arbeit sind Patientenorientierung, Patientenrechte und Beschwerdemanagement,

Dr. Constanze Lessing

Studium in Münster, Abschluss mit Promotion. 2001 bis 2005 gesundheitspolitische Referentin der LAG Selbsthilfe Nordrhein-Westfalen. Seit 2005 wissenschaftliche Arbeiten und eigene Forschungen zum Thema Patientensicherheit und klinisches Risikomanagement. 2005 bis 2008 Geschäftsstellenleiterin des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Patientensicherheit der Universität Bonn, seit 2011 Geschäftsführerin des Instituts für Patientensicherheit. Leiterin der AG Informieren-Beraten-Entscheiden im Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Dietmar Löffner

Studium der Medizin, der Soziologie und Pädagogik in Gießen und Marburg. Diplom-Pädagoge und Master-Absolvent der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft (Health Management). Seit 2003 Gebietsleitungen in der pharmazeutischen und medizintechnischen Industrie in unterschiedlichen Funktionen und Gebieten sowie Trainer in der Aus- und Weiterbildung. Berufsausbildung zum

Rettenungsassistent an den Westfalen-Schulen in Dortmund. Lehrrettenungsassistent und Dozent am Bildungszentrum Marburg (DRK Rettungsdienst Mittelhessen).

Prof. Dr. Johanne Pundt

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Ethnologie an der Freien Universität Berlin sowie Master-Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin. Ehemals wissenschaftliche Tätigkeiten an der TU Berlin und Universität Bielefeld (Fakultät für Gesundheitswissenschaften); Dekanin Gesundheitswirtschaft an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

Prof. Dr. Herbert Rebscher

Nach dem Studium der Wirtschafts- und Organisationswissenschaften an der Universität der Bundeswehr in München war Herbert Rebscher ab 1992 als stellvertretender Geschäftsführer beim VdAK tätig. 1996 wurde er Vorsitzender des Vorstandes des VdAK. Zum 1. Oktober 2003 wechselte er in den Vorstand der DAK. Mit Jahresbeginn 2005 wurde Prof. Dr. Rebscher Vorsitzender des DAK-Vorstandes (seit 2012 DAK-Gesundheit) und hat seit August 2005 eine Honorarprofessur für Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie an der Universität Bayreuth inne.

Michael Rosentreter

Studium der Soziologie, Psychologie, Pädagogik sowie mittleren und neueren Geschichte in Köln und Utrecht. 2006/07 Mitarbeit am Wissenschaftlichen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD); seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der RWTH Aachen; Lehr- und Forschungsprojekte zur Patienten- und Arzneimittelsicherheit.

Sonja Schenk

Bachelor-Absolventin der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft (Gesundheitsökonomie). Patientenfürsprecherin der Roland Klinik in Bremen und Sprecherin der Arbeitsgemeinschaft der Patientenfürsprecher und -fürsprecherinnen im Bundesland Bremen; Coach- und Mentorentätigkeit für neue Studierende an der APOLLON Hochschule.

Dr. Gabriele Seidel

Studium Erziehungswissenschaften, Psychologie und Soziologie. Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH); Geschäftsführerin der Patientenuniversität an der MHH, verantwortlich für Curriculumentwicklung und Evaluation.

Dr. Achim Siegel

Seit September 2011 Forschungskordinator am Lehrbereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg im Breisgau; von November 2006 bis Juni 2013 wissenschaftlicher Leiter der Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg im Breisgau. Seit 2007 Mitglied der Redaktion der Zeitschrift Public Health Forum.

Achim Siegel wurde 1991 an der Philosophischen Fakultät IV der Universität Freiburg im Breisgau promoviert. Anschließend arbeitete er u. a. an der Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), am Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung an der TU Dresden, am Institut für Soziologie der TU Dresden und an der Abteilung Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Dresden. 2003 schloss er an der TU Dresden den Aufbaustudiengang Gesundheitswissenschaften (Public Health) ab.

Dr. Jeanine Stäber

M.A., Dipl.-Gesundheitsökonomin (Univ.), Dipl.-Verwaltungswirtin (FH), Wissenschaftliche Mitarbeiterin an den Universitäten Bayreuth und Bremen sowie an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; derzeit Referentin beim Senator für Gesundheit: Referat „Kommunale Krankenhäuser – Sanierungsprozess“.

Dr. Ulrich Stößel

Seit 1979 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (jetzt Bereich Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie). Nach dem Studium der Sozialwissenschaften und der Erziehungswissenschaft an der Ruhr-Universität Bochum war er vier Jahre als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Dortmund in bildungs- und medizinsoziologischen Projekten tätig und promovierte dort in Erziehungswissenschaft.

In der über 30-jährigen Tätigkeit in Forschung und Lehre in den Bereichen Medizinische Soziologie, Sozialmedizin/Public Health und Gesundheitsökonomie gehörte er auch lange Jahre dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (DGMS) an und leitete kommissarisch die Deutsche Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften (DKGW) in Freiburg. Er ist langjährig auch einer der beiden wissenschaftlichen Projektleiter der Freiburger Forschungsstelle für Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS).