

Thüringer Landtag
Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Gleichstellung
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

Trägerverein: Verein zur Förderung
von Mitwirkung und Teilhabe älterer
Menschen in Thüringen e.V.

Erfurt, 12.03.2026

Stellungnahme des Landesseniorenrates zum Antrag der Fraktion Die Linke – Gesundheitskompetenz stärken – Patientensteuerung im Gesundheitssystem verbessern

Beteiligung: Allen Seniorenbeiräten und Seniorenbeauftragten wurde der Antrag der Fraktion Die Linke zur Verfügung gestellt. Es gab auf Grund der Terminierung und engen Fristsetzung kaum Rückmeldungen. Vertreter von Seniorenbeiräten und Seniorenbeauftragte artikulierten, insofern sie Stellungnahmen der Geschäftsstelle zur Verfügung stellten, ausschließlich Sorge um die in Teilen prekäre Gesundheitsversorgung. Auf Gesundheitskompetenzen nahmen sie keinen Bezug.

Zum Antrag der Fraktion Die Linke können wir folgendes mitteilen:

Im Grundsätzlichen unterstützt der Landesseniorenrat das Anliegen der Fraktion Die LINKE, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu stärken. Er teilt auch grundsätzliche Positionen zur Gesundheitskompetenz, wie sie Die Linke entwickelt, auch wenn die Definition der Gesundheitskompetenz zu eindimensional ist.

Kein Mensch und keine Organisation, die mit Gesundheitsfragen beschäftigt ist, kann etwas gegen eine verbesserte Gesundheitskompetenz der Menschen haben. Es gibt einen über zweitausendjährigen Diskurs über eine Philosophie der Lebenskunst, die genau das thematisiert, nämlich die Frage, wie Menschen gesund und lebensklug leben können. Insofern sind die Eingangsfeststellungen des Antrags, dass die Gesundheit Voraussetzung für Lebensqualität und Gesundheitskompetenz eine Schlüsselqualifikation eines mündigen Patienten darstellt, im Grunde trivial.

Allerdings enthält der Antrag der Fraktion die LINKE, was verwundert, verschiedene, aber sehr wesentliche Dysbalancen. Das kann an verschiedenen Punkten gezeigt werden:

1. Der Diskurs über die Gesundheitskompetenz hat auf die Alltagsgestaltung von Menschen und deren Gesundheitsstatus relativ wenig Einfluss, weil er genau jene Frage vernachlässigt, die auch dem Antrag der LINKS-Fraktion systemisch innewohnt, nämlich die Frage, wie Menschen auf einer Handlungsebene nachhaltig ihr Leben beeinflussen können, wenn ihnen die Lebensumstände und Produktionsweisen gegenteiliges suggerieren. Die Masse der verhaltenspräventiven, psychoedukativen und auf die Gesundheitskompetenz zielenden Maßnahmen (etwa der Krankenkassen) hatten und haben jedenfalls keinen wesentlichen Beitrag für die Bevölkerungsgesundheit geleistet. Dieser Befund sollte zunächst reflektiert werden.
Moderne Definitionen von Gesundheitskompetenz zielen deshalb nicht nur auf eine kognitive und funktionale „Gesundheits(informationsverarbeitungs)kompetenz“, sondern auf die Verhaltensebene. Gesundheitskompetenz wird in diesem Sinne nicht auf Wissen

reduziert, sondern fokussiert auf die Motivation und die Fähigkeit von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen anzuwenden.

Mit Bezug auf die Verhaltensebene muss man dennoch konstatieren, dass auf breite Bevölkerungsschichten zielende Maßnahmen zur Stärkung der funktionalen und verhaltensbezogenen Gesundheitskompetenz wenig bewirken. Um es pointiert zu sagen: Die Hoffnung, dass mehr auf (funktionale) Gesundheitskompetenz zielende Maßnahmen substantiell mehr Bevölkerungsgesundheit bewirken, führt in die Irre, was nicht bedeutet, auf sie gänzlich zu verzichten. Wir halten die Priorisierung für falsch und irreführend.

2. Damit hängt der substantiellere Einwand gegen den Antrag der Fraktion Die Linke zusammen:

In Punkt drei verweist der Antrag der LINKS-Fraktion zwar darauf, dass der Ausbau der Gesundheitskompetenz (gemeint ist ihre Stärkung) kein Ersatz für strukturelle Gerechtigkeit ist. Aber der gesamte Antrag wird nicht nur im Subtext, sondern explizit von dem neoliberalen Duktus getragen, der die Mündigkeit und Selbstbestimmung des Patienten, die Selbstgestaltungsmacht des Menschen für seine Gesundheit, gegen die auf einer subjektiven Ebene überhaupt nichts einzuwenden ist, systematisch und gesellschaftspolitisch überbewertet und der in der Gesundheitskompetenz die entscheidende Stellschraube eines reformierten Gesundheitssystems sieht. Der Siebte Altenbericht (vgl. BMFSFJ 2015, S. 63) und unzählige Studien verweisen hingegen darauf, dass unzureichende (Gesundheits-)Bildung von nachrangiger Bedeutung für den Gesundheitszustand ist. Wichtiger ist, dass geringe Bildung mit geringem Einkommen, schlechten Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie höhere Alltagsbelastungen und geringeren Bewältigungsmöglichkeiten assoziiert ist und diese Lebensbedingungen sich primär auf die Gesundheit auswirken. Ungesunde Wohn- und Arbeitsbedingungen, ungünstige Spiel- und Erholungsbedingungen, eine soziale Ungleichheit befördernde Sozialpolitik und unzureichende Gesundheitsversorgung sind die zentralen Themen kritischer Gesundheitskompetenz. Festzustellen bleibt deshalb, dass Armut, der durch systemisch ungleiche Bildungschancen verursachte geringe Bildungsstatus, soziale Ungerechtigkeiten und geringe Einkommensverhältnisse ursächlich mit der Gesundheit und dem Gesundheitsverhalten zusammenhängen.

Die derartig starke Fokussierung auf die (funktionale) Gesundheitskompetenz des Menschen, wie es der Antrag der Fraktion Die Linke impliziert, führt zur weiteren Individualisierung und Privatisierung der Gesundheit und des Gesundheitssystems und zu einer Übertragung der Gesundheitsfürsorge auf das Individuum. Menschen benötigen zwar nicht weniger Gesundheitskompetenz. Wichtiger sind aber ein alterssensibles Gesundheitssystem und Lebensumfeld, adäquate Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie niedrigschwellige Zugänge zu präventiven, medizinischen, psychosozialen und pflegerischen Angeboten.

3. Diese Fokussierung auf die individuelle funktionale Gesundheitskompetenz führt zu einer falschen Priorisierung von verhaltenspräventiven, auf Gesundheitskompetenz zielenden Maßnahmen und zu einer Überbewertung von Gesundheitswissen und Gesundheitsinformationen.

Es geht u. E. primär um verhältnisbezogene und erst nachgeordnet um verhaltenspräventive Maßnahmen.

Das kann an einer Feststellung im Antrag der Fraktion Die Linke gezeigt werden. Kinder und Jugendliche sollen, so ist die Feststellung des Antrags im Punkt 5, in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden, was nicht falsch ist. Es soll Wissen über den eigenen Körper und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit von Klein auf vermittelt werden. Das kann nicht falsch sein. Falsch ist die Priorisierung. Diese Hoffnung, dass mehr Wissen und mehr Information mehr Selbstkompetenz und folglich mehr Gesundheit bedeuten und Verhalten steuern, gehört zu den impliziten Fehlannahmen des Antrags der Linken. Damit Kinder sich adäquat und ausreichend in ihrem Alltag bewegen, dafür bedarf es nicht ein Mehr an trichterassoziierten Indoktrinationen im Unterricht, sondern einer adäquaten Sporthalle, ausreichender Bewegungsplätze an Schulen, Sportstunden statt Sportausfall, bewegungsorientierte Pausen, niedrigere Vereinsbeiträge usw. usf. Die überwiegend sitzenden Lerntätigkeiten an Schulen sind schädlicher als das vermeintlich geringe Wissen von Schülern über ihren Körper und gesundheitsbewusstes Verhalten. Die Krankheiten, die mit dem Sitzen assoziiert sind, sind Übergewicht, Stoffwechselerkrankungen, Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems, psychische Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose sowie bestimmte Krebsarten.¹ Gerade bei Kindern und Jugendlichen scheint es einen evidenten Zusammenhang zu geben zwischen dem Vorhandensein von Sport- und Bewegungsflächen, der Distanz zu und der Fläche von Parks und Spielplätzen und körperlicher Aktivität. D. h., das Vorhandensein, die Nähe und die altersspezifische Qualität von Sport- und Bewegungsgelegenheiten fördern aktivitätsorientiertes Verhalten in viel stärkerem Maße als eine reine Wissensvermittlung.² Pointiert gesagt: Dort, wo es bewegungsförderliche Raumstrukturen und Wohnumfeldbedingungen, ausreichend Sport- und Bewegungsmöglichkeiten, weniger ausfallende Sportstunden und eine Priorisierung auf Sport und Bewegung an Schulen gibt, sind auch die die Erkrankungsraten für Diabetes und Adipositas von Kindern und Jugendlichen geringer.

4. Im Antrag der Fraktion Die Linke gibt es kaum Hinweise auf ein inklusives Gesundheitssystem. „Mangelnde Gesundheitskompetenz“, so heißt es in Punkt drei, „steht im Zusammenhang mit Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem, mit häufigeren Krankenhausaufenthalten und einer häufigeren Inanspruchnahme der Notfallversorgung.“

¹ Starrett, K. (2017): Sitzen ist das neue Rauchen. Das Trainingsprogramm, um Haltungsschäden vorzubeugen und unsere natürliche Mobilität zurückzugewinnen. München: Riva Verlag. Suchert, V. (2017): Sitzen ist fürn Arsch. Warum die sitzende Lebensweise unsere Gesundheit gefährdet und was wir dagegen tun können. Rottenburg a. N.: Koppverlag. Thömmes, F. (2017): Wer länger sitzt, ist früher tot: Das Erste-Hilfe-Programm für Vielsitzer gegen Haltungsschäden und Schmerzen. München: Riva Verlag.

² Vgl. Bringolf-Isler: Kinder und Jugendliche (2014); in: Jens Bucksch und Sven Schneider, Walkability. Das Handbuch zur Bewegungsförderung in der Kommune 208 ff

Die Anpassungsleistung an das überkomplexe, komplizierte, systemisch überforderte, durch Wettbewerb, Leistungsdruck, Personalmangel und Gewinnorientierung getriebene Gesundheitssystem hat, so ist die implizite Unterstellung im Antrag der Linken, der Patient durch mehr Gesundheitskompetenz zu leisten. D. h., der Veränderungsansatz des Antrags der Linken setzt beim Individuum und nicht beim Gesundheitssystem an. Diese Priorisierung ist kein Zufall, sondern symptomatisch für den gesamten Antrag. Wie hochaltrige Menschen, die das Gesundheitssystem mehr als alle anderen Alterskohorten in Anspruch nehmen, Anpassungsleistungen erbringen können, wird im Antrag der Links-Fraktion nicht ansatzweise reflektiert. Diese neoliberale Intendierung des Antrags kann an dem so ambivalenten und nirgends kritisch reflektierten Begriff der Patientensteuerung illustriert werden.

Unterstellt wird einerseits Patientenmündigkeit und Patientenautonomie, das heißt u. a. die Fähigkeit der Menschen, sich im Versorgungssystem adäquat zu orientieren. Andererseits haben sie auf Grund ihrer mangelnden Gesundheitskompetenz, so heißt es explizit in Punkt 3 des Antrags der Linken, Orientierungsprobleme im Gesundheitssystem. Weil der Patient realiter auf Grund mangelnder Gesundheitskompetenz nicht in der Lage ist, sich im Gesundheitssystem zu orientieren, muss er im Sinne seiner Gesundheit, vor allem aber im Sinne der Systemeffizienz „gelenkt“ werden und benötigt gleichzeitig mehr Gesundheitskompetenz. Der Patient, das ist die implizite Unterstellung des Begriffs, ist verantwortlich für die Ineffizienz des Gesundheitssystems, für Mehrfachuntersuchungen, für die Fehlanreize des DRG-Systems usw. usf.

Entscheidender für ein effizientes Gesundheitssystem ist u. E. aber weniger die „Lenkung von Patienten“, sondern ein Gesundheitssystem, das sich an den tatsächlichen Bedarfen der Menschen orientiert. Im Schwedischen Patientengesetz heißt es als Ziel, dass das Gesundheitssystem die Gesundheit und Versorgung auf Augenhöhe für die gesamte Bevölkerung zu gewährleisten hat. Die Gesundheitsversorgung muss unter Achtung der Gleichwertigkeit aller Menschen und der Würde des Einzelnen erfolgen. Die Gesundheitsversorgung muss leicht zugänglich sein.³ Das hätten wir in einem Antrag der LINKS-Fraktion erwartet, dass sich Die Linke für ein Gesundheitssystem auf Augenhöhe der Patienten einsetzt, das heißt für ein effizientes Gesundheitssystem, bei dem die Lenkungsimpulse vom System selbst ausgehen und Überkomplexitäten reduziert werden. Die Landesregierung scheint uns da mit ihrer Orientierung auf Gesundheitszentren, auf eine Ambulantisierung, auf Gesundheitslotsen im Gesundheitssystem auf einem durchaus richtigen Weg zu sein.

5. Zu den einzelnen Punkten, die durch den Landtag festgestellt werden sollen:
 - 1. Die Feststellung ist so selbstverständlich, dass sie sich eigentlich erübrigt.
 - 2. Die Definition von Gesundheitskompetenz, die hier verwendet wird, findet man bei einer Oberflächenrecherche durch ChatGPT. Sie ist unterkomplex. Sie vernachlässigt motivationale und willensgesteuerte, d. h., auf Verhaltensänderung bezogene Aspekte. In der Forschungsliteratur wird u. a. eine funktionale Gesundheitskompetenz von einer interaktiven und kritischen Gesundheitskompetenz unterschieden. Diese

³ § 6 Kapitel 1; Patientlag (2014:821)

- differenziertere Bestimmung von Gesundheitskompetenz wäre u. E. sinnvoll gewesen, weil sie zu einer anderen Priorisierung geführt hätte, als sie im Antrag intendiert ist.
- 3. Die Unterstellung, dass mangelnde Gesundheitskompetenz im Zusammenhang mit Orientierungsproblemen im Gesundheitssystem steht, deutet die Ursachen der vermeintlichen Desorientierung falsch. Sie liegt nicht in erster Linie bei den Patienten, sondern an einem überkomplexen System, in dem die Patienten Teil einer Verwertungskette sind.
 - 4. Dieser Verweis auf sozioökonomische Benachteiligungen von Menschen ist essentiell. Er hätte den Antrag u. E. grundieren, einleiten und begründen müssen. Er hätte zu einem anderen Verständnis des Gesundheitssystems und zu einer anderen Priorisierung geführt.
 - 5. Der Bezug auf Kinder und Jugendliche ist u. E. wichtig. Mehr und bessere Bildung und mehr Wissen über Gesundheit sind natürlich nicht falsch. Auch hier erschiene uns aber der Hinweis auf die Lebenslagen in Familien und deren sozioökonomischen Bedingungen sowie verhältnispräventive Maßnahmen entscheidender.
 - 6. Dieser Hinweis auf den Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz ist nicht falsch. Uns erscheint die daraus abgeleitete Priorisierung als problematisch. „Die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse wie Wohnen, Bildung und Gesundheit muss für jeden Menschen unabhängig von seinem Geldbeutel gewährleistet werden.“ Das ist die Priorität, wie sie im Parteiprogramm der Linken steht und die wir im Grundsätzlichen teilen.
 - 7. Die sog. digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ist gering. Wenn digitale Gesundheitsdienste erst ihre Wirkung entfalten, wenn Menschen digital gesundheitskompetent sind, verfehlen sie diese. Umgekehrt erscheint es uns richtiger: Digitale Gesundheitsdienste und -angebote müssen barrierearm sein und die digitale Gesundheitskompetenz selbst befördern. Ansonsten erscheint uns in der Tat wichtig, eine kritische Gesundheitskompetenz von Menschen zu fördern. Die entscheidende Frage ist allerdings, wie und unter welchen Bedingungen Menschen auf einer Handlungsebene beeinflusst werden.
 - 8. Die Feststellung, dass ein erheblicher Handlungsbedarf hinsichtlich der (digitalen) Gesundheitskompetenz besteht, ist sicher nicht falsch. Es ist aber ein Trugschluss, dass, wenn etwa Schülerinnen und Schüler auf einer Wissens Ebene mehr Informationen z. B. über die Folgen von Adipositas erhalten und auf der Ebene der Gesundheitskompetenz gebildet werden, sich irgendetwas an der Übergewichtigkeit von Kindern und Jugendlichen ändern wird. Gleiches könnte man über bei jungen Menschen verbreitete psychische Probleme, Angststörungen, Panikattacken, Einsamkeitsempfinden, Essstörungen usw. sagen. Hier sind verhältnispräventive Maßnahmen prioritär in den Blick zu nehmen.
 - 9. Den Begriff der Patientensteuerung halten wir für hochproblematisch und irreführend. Er unterstellt Unmündigkeit und assoziiert, dass Patienten fremdgesteuert und womöglich gegen ihren Willen im Sinne von Effizienzparametern durch das

Gesundheitssystem geschleust werden. Es besteht auch die schwer erträgliche Neigung, den Patienten für die ineffizienten Versorgungswege verantwortlich zu machen, weshalb eben seine Steuerung notwendig erscheint. Den Fehl- und Mehrfachuntersuchungen und -operationen, den Fehl- und Polymedikationen, den zahlreichen unnötigen Krankenhauseinweisungen von hochaltrigen Patienten usw. usf. liegen aber nicht fehlende Gesundheitskompetenzen und auch keine fehlende Patientensteuerung zugrunde, sondern Fehlanreize im Versorgungssystem und ungenügende sektorenübergreifende Versorgungsansätze. Diese müssten zuallererst thematisiert werden. Insofern ist der Satz: „Eine bessere Orientierung der Patienten und Patienten würde helfen, Über- und

- Unterversorgung abzubauen.“ falsch!!! Richtig ist, dass eine bessere Orientierung **auf** die Patienten helfen würde.

6. Zu unter II. aufgestellten Forderungen:

- 1. und 2. U. E. gibt es keine speziellen Untersuchungen Thüringens zur (digitalen) Gesundheitskompetenz der Thüringer Bevölkerung. Sie sind auch nicht zwingend notwendig, weil hinreichende Untersuchungen und Studien auf Bundesebene vorliegen.
- 3. Die Fragen wären zunächst an die Krankenkassen zu stellen. Zu verweisen wäre, was die erwachsene Bevölkerung betrifft, auf die AGETHUR, die Volkshochschulen und betrieblichen Vorsorge- und Gesundheitsprogramme. Auch der Landesseniorenrat führt Veranstaltungen zur Gesundheitskompetenz durch und publiziert auf diesen Gebieten. Auch die Landesgesundheitskonferenz priorisiert Fragen der Gesundheitskompetenz. Allerdings sähen wir politischen Handlungsbedarf eher bei verhältnispräventiven Maßnahmen.
- 4. Diese Frage geht ins Zentrum der gesundheitspolitischen Problematik. Wir befürchten, dass hier die Handlungsspielräume der Landesregierung gering sind: gut bezahlte Arbeit, ausreichende Arbeitsplätze, gute Arbeits- und Wohnbedingungen, ein patientenorientiertes Gesundheitssystem, geringere Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem usw. usf. kämen hier in den Blick.
- 5. Auch diese Frage ist zielführend. Auch hier sind eher die Bundesebene und die Sozialgesetzgebung verantwortlich. Möglichkeiten des Landes sähen wir:
 - o bei der Schwerpunktsetzung der Landesgesundheitskonferenz und der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
 - o bei einem präventionsorientierten Krankenhausgesetz, in dem sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Versorgungssettings
 - o bei der Ausbildung von ehrenamtlichen Gesundheitsbegleitern
 - o bei der Bildung von Qualitätszentren, auf die die Krankenhausplanung fokussiert
 - o bei Kooperationsanreizen zwischen den Kliniken
 - o bei sektorenübergreifenden Gesundheits- und Versorgungsplanung

- bei einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung, die den ambulanten Bereich weiter stärkt
 - bei mehr Präventionspersonal und bessere Betreuung und Pflege in den Krankenhäusern
 - bei mehr Transparenz und verständliche Informationen für die in Thüringen präsenten Strukturen
 - bei der Verhinderung vermeidbarer Krankenhausaufenthalte von insbesondere hochaltrigen Menschen (in Pflegeeinrichtungen)
 - bei der besseren Vernetzung der sozialen Dienste der Krankenhäuser mit dem sozialen Umfeld der Menschen, mit sozialen Einrichtungen und Diensten
 - bei der Mitbestimmung, Mitwirkung und Beschwerdemöglichkeiten im Kontext der Patientensicherheit.
- 6., 7. Ohne Antwort
 - 8. Das Thüringer Sozialministerium betreut und finanziert verschiedene Medienprojekte. Hier könnte zukünftig digitale Gesundheitskompetenz ein weiterer Schwerpunkt sein.
 - 9. Mit Bezug auf die Altenbevölkerung sehen wir hier außer den Krankenkassen als Partner die Landesgesundheitskonferenz, die AGETHUR und den Landesseniorenrat, des Weiteren andere Senioren- und Patienten- und Pflegeverbände.
 - 10. Gegen ein Gesundheitsfach ist dem Grunde nach nichts einzuwenden. Allerdings ist Gesundheit kein Selbstzweck. Im weiteren Sinne geht es um Lebenssinn, Lebenserfülltheit, ein gelingendes Leben und eine adäquate Selbstsorge. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, dass sich der Staat in die privaten Gesundheitsdinge einmischt und eine Gesundheitspropaganda im Sinne der subjektiven gesundheitlichen Selbstermächtigung betreibt. Seine Verantwortung liegt in den Zugangsmöglichkeiten für alle Menschen.
7. Zu den unter III. aufgestellten Aufforderungen:
- 1. Wir sehen eine Landesstrategie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz, wie sie die LINKE offensichtlich intendiert, aus oben gemachten Einlassungen kritisch. Uns erscheint die Priorisierung fragwürdig. Ansonsten ist gegen mehr Gesundheitskompetenz, bessere Informationen, mehr Transparenz usw. nichts einzuwenden.
 - 2. Mehr Gesundheitsbildung ist nicht falsch. Die Fokussierung auf Bildung halten wir in dem von der LINKEN intendierten Sinne für problematisch. Wichtiger, naheliegender und wirksamer wären gute Sportstätten für Kinder und Jugendliche, Vermeidung von Sportausfall, „bewegte Schulen“, Vereinsförderungen, wortortnahe Sportstätten und sozialverträgliche Mitgliedsbeiträge, Radwege usw. usf.
 - 3., 4., 5., 6. Es gibt ein Überangebot an Wissen, an Informationskampagnen, an VHS-Angeboten zur Gesundheit, an Gesundheitsapps, Gesundheitsportalen, Gesundheitssendungen usw. Das führt in die Irre und setzt falsche Prioritäten.

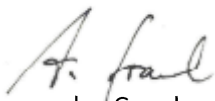
Sie werden vor allem von den Menschen mit geringer Bildung und geringen sozioökonomischen Ressourcen nicht adäquat wahrgenommen. Sie verfehlen ihr Ziel mit Bezug auf die entscheidenden Zielgruppen. Und es kann nicht Aufgaben der Landesregierung sein, hier weitere Angebote zu generieren. Eher ginge es mit Bezug auf die ältere Bevölkerung:

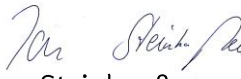
- um Ordnung und Übersichtlichkeit im System
- um eine adäquate Haus- und fachärztliche Versorgung mit Terminen und Zeit für eine anamnetische Beratung
- um eine adäquate Ausstattung der Gesundheitsämter und dass Kommunen so ausgestattet werden, dass sie auf einer verhältnispräventiven und quartiersorientierten Eben tätig sein können.
- um die Möglichkeit von Gesundheitsbegleitung und unabhängigen, niedrighschwelligigen Gesundheitsberatern.

Es wirkt ansonsten für Ältere zynisch, wenn Gesundheitskampagnen und Gesundheitsapps lanciert werden und sie auf einer individuellen Verhaltensebene angesprochen werden, aber keinen Facharzttermin erhalten.

- 7. Der Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsformen ist zu begrüßen.
- 8. Weniger Bürokratie und Berichterstattung. Mehr strukturelle Versorgungssicherheit.

Alles in allem: Gegen die Förderung der Gesundheitskompetenz ist im Grundsätzlichen nichts einzuwenden. Allerdings halten wir die Priorisierung für problematisch. Wir würden den Antrag in dieser Form nicht unterstützen und publizieren und im Grunde der Linken empfehlen, ihn zurückzuziehen. Wir könnten es drastischer ausdrücken: Für Ältere, deren Interessen wir vertreten, ist „Gesundheitskompetenz“, wie sie im Antrag der LINKEN verwendet wird, ein nebulöses Konstrukt, das leicht Gefahr läuft, elitären Charakter anzunehmen. Sie fragen danach, ob sie überhaupt einen Termin beim Haus- oder Facharzt bekommen. Sie sorgen sich darum, ob die Arztpraxen im ländlichen Raum erhalten bleiben und wie sie die Arztpraxis erreichen. Von der in Teilen unwürdigen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen gar nicht zu sprechen. Dass die Gesundheit in ihrem Alter zunehmend in ihren Blick gerät, ist ihnen überwiegend klar. Sie würden Gesundheitsappellen, die auf ihre vermeintlich schlechte „Gesundheitskompetenz“ zielen, vermutlich kaum begrüßen, zumal wenn sie ihre Versorgungssicherheit gefährdet sehen.


Alexandra Graul
Stellv. Vorsitzende LSR


Jan Steinhaußen
Geschäftsführer