

Beschlussempfehlung

des Ausschusses für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie

**zu dem Antrag der Fraktion Die Linke
- Drucksache 8/1211 -**

Gesundheitskompetenz stärken – Patientensteuerung im Gesundheitssystem verbessern

Berichterstattung:

Frau Abgeordnete Güngör

Beratungsverlauf:

Der Antrag wurde durch Beschluss des Landtags in seiner 31. Sitzung am 5. Dezember 2025 an den Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie überwiesen.

Der Ausschuss für Soziales, Gesundheit, Arbeit und Familie hat den Antrag in seiner 12. Sitzung am 29. Januar 2026, in seiner 13. Sitzung am 19. März 2026, in seiner 15. Sitzung am 7. Mai 2026, in seiner 16. Sitzung am 18. Juni 2026, in seiner 18. Sitzung am 3. September 2026 und in seiner 19. Sitzung am 23. September 2026 beraten sowie ein schriftliches Anhörungsverfahren durchgeführt.

Beschlussempfehlung:

Der Antrag wird mit folgenden Änderungen angenommen:

I. Nummer I wird wie folgt geändert:

1. Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. Gesundheitskompetenz – verstanden als die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und im Alltag anzuwenden – bildet eine entscheidende Grundlage, um die eigene Gesundheit aktiv zu gestalten. Sie ist eine Schlüsselqualifikation, die es ermöglicht, sich als mündige und selbstbestimmte Person im Gesundheitssystem besser zu rechtezufinden und dadurch Gesundheit, Prävention und Teilhabe zu stärken.“

2. Nummer 4 erhält folgende Fassung:

„4. Fehl- und Überinanspruchnahme von Versorgungsleistungen haben vielfach strukturelle Ursachen. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz kann hierzu einen Beitrag leisten, ersetzt jedoch weder den Abbau von Zugangsbarrieren noch eine bedarfsgerechte, wohnortnahe, barrierefreie und sozial gerechte Versorgungsstruktur.“

3. Nach Nummer 7 wird folgende neue Nummer 8 eingefügt:

„8. Digitale und telemedizinische Angebote können die Versorgung sinnvoll ergänzen, dürfen persönliche, wohnortnahe und barrierefreie Versorgungsangebote jedoch nicht ersetzen.“

4. Die bisherige Nummer 8 wird Nummer 9.

5. Nach der neuen Nummer 9 wird folgende neue Nummer 10 eingefügt:

„10. Die Stärkung der Gesundheitskompetenz ist auch eine Aufgabe gesundheitskompetenter Organisationen. Einrichtungen des Gesundheits-, Pflege-, Bildungs- und Sozialwesens sind folglich so auszugestalten, dass Informationen, Verfahren und Kommunikation verständlich, barrierearm, diskriminierungssensibel und alltagspraktisch nutzbar sind.“

6. Die bisherige Nummer 9 wird Nummer 11.

7. Der Nummer 11 wird folgende neue Nummer 12 angefügt:

„12. Maßnahmen zur Verbesserung der Patientinnen- und Patientensteuerung dürfen nicht zu Zugangshürden, verdeckter Rationierung oder einer Verlagerung von Systemverantwortung auf Patientinnen und Patienten oder Angehörige führen.“

II. In Nummer II Nr. 10 werden die Worte ‚möglichen Einführung eines eigenen Schulfachs „Gesundheit“ oder der‘ gestrichen.

III. Nummer III wird wie folgt geändert:

1. Nummer 1 erhält folgende Fassung:

„1. eine umfassende Landesstrategie zur Stärkung der Gesundheitskompetenz in Thüringen zu erarbeiten; diese Strategie soll alle Alters- und Bevölkerungsgruppen in den Blick nehmen und gemeinsam von den zuständigen Ministerien getragen werden; der Öffentliche Gesundheitsdienst, die kommunalen Gesundheitsämter, die maßgeblichen Patienten-, Behinderten- und Angehörigenvertretungen sowie die Freie Wohlfahrtspflege sind hierbei verbindlich einzubeziehen; in einem übergreifenden Konzept sind Ziele und Maßnahmen festzulegen, um Gesundheitskompetenz im Lebensverlauf zu fördern – von der frühen Bildung über die Schule bis hin zum Erwachsenenalter;“

2. Nummer 2 erhält folgende Fassung:

„2. in Zusammenarbeit mit dem für Bildung zuständigen Ministerium und relevanten Partnern (zum Beispiel Landeselternvertretung, Thüringer Lehrerverband e. V.) sicherzustellen, dass Gesundheitsförderung und Gesundheitswissen fester Bestandteil in Kindergärten und Schulen werden; Gesundheitskompetenz soll im Bildungsplan verankert und fächerübergreifend vermittelt werden – etwa durch Projekte zu gesunder Ernährung, Stressbewältigung, Suchtprävention und dem Kennenlernen des Gesundheitssystems bereits in der Schule; Lehrkräfte und Erzieherinnen und Erzieher sind entsprechend fortzubilden, mit qualitätsgesicherten Materialien zu unterstützen und durch multiprofessionelle Teams sowie ausreichende Zeitressourcen zu entlasten; die Vermittlung erfolgt idealiter fächerübergreifend, Aspekte der Ersten Hilfe, der Reanimationskompetenz und des angemessenen Umgangs mit akuten gesundheitlichen Notlagen sind hierbei altersgerecht zu berücksichtigen;“

3. Nummer 3 erhält folgende Fassung:

„3. für die erwachsene Bevölkerung Angebote zu schaffen beziehungsweise auszuweiten, die gesundheitsbezogenes Wissen und patientenorientierte Kompetenzen vermitteln; dazu zählen niedrigschwellige Informationskampagnen (etwa zu Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder einer sinnvollen Nutzung des Gesundheitssystems sowie zum Verhalten in medizinischen Notlagen, zu Erster Hilfe und zur Reanimationskompetenz) in barrierefreien, mehrsprachigen, analogen und digitalen Formaten sowie Bildungsangebote in Volkshochschulen, Betrieben oder Seniorinnen- oder Seniorenverbänden sowie in Angeboten für pflegende Angehörige; dabei ist nicht die Ausweitung bloßer Informationsmengen, sondern die Bereitstellung besser strukturierter, handlungsleitender, unterstützter und regelmäßig auf Verständlichkeit und Nutzung überprüfter Informationsangebote anzustreben; besonders berücksichtigt werden sollen Gruppen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf einschließlich älterer, chronisch erkrankter, behinderter und pflegender Menschen, damit diese besser am Gesundheitswesen teilhaben können; die Landesregierung soll hierbei mit Krankenkassen, Kommunen und Gesundheitsorganisationen kooperieren, um vorhandene Ressourcen der Prävention optimal zu nutzen;“

4. Nummer 4 erhält folgende Fassung:

„4. gemeinwesenorientierte und partizipative Gesundheitsbildung in den Lebenswelten zu fördern – insbesondere in benachteiligten Sozialräumen, migrantischen Communitys, queeren Zentren, Jugendhäusern und Seniorinnen- und Seniorentreffs sowie in Strukturen der Behindertenhilfe, Suchthilfe und psychosozialen Versorgung – unter Einbeziehung zivilgesellschaftlicher Träger und muttersprachlicher Angebote; niedrigschwellige Anlaufstellen, wie Gesundheitskioske, Sozialberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen, sind einzubeziehen;“

5. Nach Nummer 4 wird folgende neue Nummer 5 eingefügt:

„5. eine landesweite Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention zu entwickeln, die den Öffentlichen Gesundheitsdienst,

die Kommunen und die relevanten Akteurinnen und Akteure der Lebenswelten einbezieht und insbesondere verhältnispräventive Maßnahmen, kommunale Präventionsketten und niedrigschwellige Angebote in benachteiligten Sozialräumen stärkt, etwa durch gesundheitsfördernde Strukturen in Kindertageseinrichtungen und Schulen, aufsuchende und wohnortnahe Beratungsangebote, leicht zugängliche Bewegungs-, Ernährungs- und Unterstützungsangebote sowie eine bessere Vernetzung von Gesundheitswesen, Sozialbereich und Präventionsarbeit;“

6. Die bisherige Nummer 5 wird Nummer 6 und erhält folgende Fassung:

„6. die spezifischen Fähigkeiten im Umgang mit digitalen Gesundheitsangeboten und -informationen in allen Generationen durch nachgewiesen geeignete Maßnahmen zu verbessern; die Landesregierung wird aufgefordert, Programme zur digitalen Gesundheitsbildung zu fördern – zum Beispiel durch Integration von Gesundheitsthemen in bestehende Medienkompetenzschulungen an Schulen und in der Erwachsenenbildung; dabei sind gleichwertige analoge und telefonische Zugangswege, barrierefreie Standards, Assistenzangebote, Leichte Sprache, mehrsprachige Informationen sowie hohe Datenschutz- und Transparenzstandards sicherzustellen; außerdem soll auf bestehende vertrauenswürdige digitale Angebote verstärkt hingewiesen werden (wie das Nationale Gesundheitsportal gesund.bund.de oder qualitätsgesicherte Apps); Ziel ist es, Bürgerinnen und Bürger in die Lage zu versetzen, Chancen der Digitalisierung – etwa elektronische Patientenakten, Videosprechstunden oder Gesundheits-Apps – kompetent und sicher zu nutzen; das umfasst auch Aufklärungskampagnen zur Stärkung der kritischen Gesundheitskompetenz und der Bewertungskompetenz gegenüber falschen, irreführenden oder selektiv präsentierten Informationen aus dem Internet, insbesondere im Hinblick auf medizinische Inhalte und gesundheitsbezogene Entscheidungen; digitale Angebote dürfen nicht zum Selektionsfilter im Gesundheitssystem werden;“

7. Die bisherige Nummer 6 wird Nummer 7 und erhält folgende Fassung:

„7. gemeinsam mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens in Thüringen (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen – Körperschaft des öffentlichen Rechts, Landesärztekammer Thüringen – Körperschaft des öffentlichen Rechts, Krankenkassen, Patientinnen- und Patientenvertretungen und andere) Maßnahmen zu ergreifen, die einer besseren Patientinnen- und Patientensteuerung und koordinierten Versorgung dienen; dazu gehört insbesondere, die hausärztlich geleitete Primärversorgung als erste Anlaufstelle zu stärken und interprofessionelle Modelle der koordinierten Patientensteuerung zu unterstützen; des Weiteren sind Aufgaben, Qualifikationen, Kooperationspflichten und tragfähige Finanzierungswege für Patientenlotsen, Case-Management, Gemeindeschwestern, Gesundheitskioske und Community-Health-Nurses verbindlich zu klären und diese Strukturen stärker zu verankern, um Versicherten bei

komplexem Versorgungsbedarf zu helfen; hierbei sind interoperable Schnittstellen, klare Zuständigkeiten, transparente Kommunikations- und Schulungsstrukturen sowie eine Ausgestaltung sicherzustellen, die keine zusätzlichen administrativen Belastungen auf Leistungserbringende, Pflegepersonal, Angehörige oder Kommunen verlagert;“

8. Nach der neuen Nummer 7 werden folgende neue Nummern 8, 9, 10 und 11 eingefügt:

„8. sicherzustellen, dass digitale Koordinierungs-, Routing- und KI-gestützte Entscheidungsunterstützungssysteme im Gesundheitswesen nur unter Wahrung hoher Datenschutz- und Transparenzstandards eingesetzt werden; hierzu gehören insbesondere die Auditierbarkeit durch Protokollierung und stichprobenartige Kontrolle, eine verständliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Datenverarbeitung und Entscheidungsgrundlagen, die Beachtung der Anforderungen der Artikel 13, 14 und 22 der Datenschutz-Grundverordnung sowie die jederzeitige Möglichkeit menschlicher Überprüfung und Intervention; die medizinische Letztentscheidung muss bei qualifiziertem Fachpersonal verbleiben;

9. im Rahmen der eigenen Zuständigkeit das Entlassmanagement der Krankenhäuser in Thüringen dahin gehend weiterzuentwickeln, dass Patientinnen und Patienten und Angehörige – insbesondere bei erstmaliger Pflegebedürftigkeit – frühzeitig, verständlich und verlässlich über nachstationäre Versorgungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote informiert und bei deren Inanspruchnahme unterstützt werden;

10. zu prüfen, wie der barrierefreie Um- und Ausbau des Wohnraums von Privatpersonen sowie freiwillige, sozial abgesicherte Unterstützungsangebote für den Wechsel in bedarfsgerechten und seniorengerechten Wohnraum besser unterstützt werden können;

11. den Öffentlichen Gesundheitsdienst fachlich, personell und koordinierend so zu stärken, dass Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung, Gesundheitsplanung und Versorgungskoordination als öffentliche Aufgaben verlässlich wahrgenommen werden können; im Rahmen der Weiterentwicklung des Thüringer Gesundheitsdienstrechts sind diese Aufgaben rechtsverbindlich festzuschreiben und personell zu untersetzen;“

9. Die bisherige Nummer 7 wird Nummer 12 und erhält folgende Fassung:

„12. den Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsformen voranzutreiben – etwa durch regionale Gesundheitszentren oder Verträge zur integrierten Versorgung – damit Prävention, ambulante Behandlung, Krankenhaus und Rehabilitation besser verzahnt arbeiten; strukturierte Ersteinschätzungen, die bessere Verzahnung von Leitstellen, Rettungsdienst, Rufnummer 116117, Portalpraxen und ambulanter Akutversorgung sowie telemedizinische und digitale Koordinierungselemente sind dabei so auszugestalten, dass sie den Zugang zur Versorgung erleichtern und nicht einschränken; es ist sicherzu-

stellen, dass solche Systeme nicht zu Hürden beim Zugang zur Versorgung, zu Selektion oder zu einer indirekten Rationierung führen; der Grundsatz muss sein: Patientinnen- und Patientensteuerung dient der Orientierung, nicht der Kontrolle oder Beschränkung; insgesamt sollen diese Schritte dazu beitragen, unnötige Doppeluntersuchungen und Arztbesuche zu reduzieren und eine bedarfsgerechte Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten sicherzustellen;“

10. Nach der neuen Nummer 12 wird folgende neue Nummer 13 eingefügt:

„13. telemedizinische Angebote, Telekonsile und andere digitale Unterstützungsformen indikationsbezogen, wohnortnah und barrierefrei weiterzuentwickeln, soweit sie die Versorgung konkret verbessern; sie dürfen den persönlichen Kontakt und die Vor-Ort-Versorgung nicht ersetzen, wo diese medizinisch, pflegerisch oder sozial erforderlich sind; dabei ist auch zu prüfen, wie wohnortnahe, niedrighschwellige Zugangspunkte, insbesondere Apotheken, mobile telemedizinische Einheiten oder vergleichbare gemeinwohlorientierte Unterstützungsformate, telemedizinisch gestützte Beratung und Versorgung ergänzen können, ohne bestehende Primärversorgungsstrukturen zu ersetzen;“

11. Die bisherige Nummer 8 wird Nummer 14 und erhält folgende Fassung:

„14. die umgesetzten Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und Patientenorientierung regelmäßig wissenschaftlich zu evaluieren und ihre Wirksamkeit zu überprüfen; dabei sind neben Nutzungszahlen insbesondere soziale Reichweite, Barrierefreiheit, Notaufnahmeananspruchnahme, ambulant-sensitive Hospitalisationen, Wiederaufnahmen, Akzeptanz bei Patientinnen und Patienten sowie Personal-, Dokumentations- und Umsetzungsaufwand zu erfassen; über Fortschritte, erreichte Meilensteine und gegebenenfalls Anpassungsbedarfe der Strategie soll dem Landtag jährlich berichtet werden.“

Zippel
Vorsitzender