



Daten, Analysen, Perspektiven | Nr. 5, 2019

# Übersorgung

Überflüssige medizinische Leistungen können  
Patienten schaden

- **Patienten gefährdet:** Viele erhalten Leistungen, die für sie unnötig sind. Folgebehandlungen und Komplikationen können ihnen schaden
- **(Be-)Handlung erwartet:** 56 Prozent der Bevölkerung meinen, jede Therapie sei besser als Abwarten. Ängste bewirken viel Aktivität
- **Systemische Faktoren als Treiber:** Zu viele und schlecht verteilte Kapazitäten, falsche Vergütungsanreize und Renditestreben fördern Übersorgung
- **Ärzte unter Druck:** Zweifelhafte Patientenwünsche, Zeitmangel und betriebswirtschaftlicher Druck beeinflussen die Indikationsstellung
- **„Weniger ist mehr“:** Choosing Wisely kann helfen, Übersorgung abzubauen

## Autoren



Marion Grote Westrick  
Senior Project Manager  
marion.grotewestrick@bertelsmann-stiftung.de



Dr. Inga Münch  
Project Manager  
inga.muench@bertelsmann-stiftung.de



Eckhard Volbracht  
Project Manager  
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

**Z**u viele oder falsch eingesetzte Medikamente, fragwürdige Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), nicht behandlungsrelevante Diagnostik, überflüssige Operationen, riskante Therapien und lebensverlängernde Maßnahmen um jeden Preis: Überversorgung wird durch zahlreiche Studien belegt. Sie zeigen, dass Patienten medizinische Leistungen erhalten, die für sie nicht notwendig oder sogar schädlich sind – auch in Deutschland. Die Folgen: Gesunde werden durch Überdiagnosen zu Kranken gemacht, Patienten durch Überversorgung verunsichert und gefährdet. Überversorgung bindet Ressourcen, die für dringend notwendige Leistungen fehlen. Sie widerspricht dem ärztlichen Prinzip „Primum non nocere“ – zuallererst nicht schaden.

11,2 Prozent des Bruttoinlandsprodukts: Kein anderes Land in der EU gibt so viel für Gesundheit aus wie Deutschland. Pro Kopf betragen die Gesundheitsausgaben jährlich 3.996 Euro – 43 Prozent mehr als im EU-Schnitt. Zudem hat Deutschland die höchste Dichte an Krankenhausbetten. Doch die durchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen liegt bei 80,7 Jahren. Das ist EU-weit nur Platz 18. Für den EU-Gesundheitskommissar und ehemaligen Herzchirurgen Vytenis Andriuskaitis ist klar: „Deutschland leistet sich eine Überversorgung“. Die Ressourcen sollten effizienter eingesetzt werden – dort, wo sie Patienten mehr helfen.

### Zwischen Kommerzialisierung und Patientenwohl

Als Treiber für Überversorgung werden vor allem die Strukturen und Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems gesehen: Jedes der (zu) vielen kleinen Krankenhäuser hierzulande verfolgt seine eigenen betriebswirtschaftlichen Ziele, ohne dass es einen bundesweit abgestimmten, bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplan gibt. Klinikärzte stehen im Arbeitsalltag unter Druck, Unternehmensziele mit dem Patientenwohl in Einklang zu bringen. Im ambulanten Bereich wiederum sind es individuelle Einkom-

## Wie wird Überversorgung definiert?

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR) definiert Überversorgung als eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus. Gemeint sind medizinische Leistungen, die ein Patient nicht benötigt oder nicht wünscht bzw. wenn ein möglicher Schaden den möglichen Nutzen überwiegt. In seinem jüngsten Gutachten (2018) kommt der SVR zu dem Schluss, dass es in Deutschland weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie erhebliche Steuerungsdefizite gibt.

mens- oder Renditeziele, die selbstständige bzw. angestellte Ärzte in ihren medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Doch mit der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens allein lässt sich Überversorgung nicht erklären.

Um einen Überblick über die komplexen Zusammenhänge zu erhalten, hat sich die Bertelsmann Stiftung auf Spurensuche begeben. Im Mittelpunkt standen diese Fragen:

- › In welchen Bereichen ist Überversorgung besonders sichtbar?
- › Wie nehmen Patienten sowie Ärzte das Thema wahr?
- › Was sind Treiber und Ursachen für Überversorgung?
- › Welche Maßnahmen lassen sich dagegen ergreifen?

Anfang 2019 beauftragte die Bertelsmann Stiftung das Berliner Forschungsinstitut IGES mit einer Literaturanalyse zur Thematik und das Kölner Marktforschungsinstitut Rheingold mit der Durchführung qualitativer Tiefeninterviews mit 24 Patienten und 15 Ärzten. Zudem nahm Kantar im September 2019 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung vor (Methodik s. Kasten, S. 7). Die wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen fasst dieses Spotlight Gesundheit zusammen.

## Ausgewählte Beispiele zu häufig erbrachter Leistungen

Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung (IGeL)	Bildgebung bei unspezifischen Rückenschmerzen (RS)	Verschreibung von Protonenpumpeninhibitoren (PPI), die die Säureproduktion im Magen dämpfen	Schilddrüsenoperationen	Implantation von Defibrillatoren	Versorgung am Lebensende
Etwa jede 13. Frau ab 35 Jahre bezahlte privat für einen Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung – das sind schätzungsweise <b>2,1 Millionen Untersuchungen</b> im Jahr 2018.	Insgesamt etwa 6 Millionen Bildgebungen pro Jahr. Davon werden nach sehr konservativen Berechnungen ca. <b>49.000 Versicherte</b> jährlich zu früh oder gänzlich unnötig per Bildgebung diagnostiziert.	3,8 Milliarden Tagesdosen wurden 2016 insgesamt verschrieben – davon bis zu <b>70 Prozent</b> ohne klare Indikation. Die Verordnungszahlen haben sich in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt.	Rund 70.000 Eingriffe im Jahr 2017. Die Operationshäufigkeit hierzulande liegt um mehr als das Fünffache über dem niederländischen Vergleichswert von 2007. Die <b>regionalen Unterschiede</b> der OP-Häufigkeit pro 100.000 Einwohner hierzulande sind auffällig hoch.	Rund 27.000 Eingriffe im Jahr 2017. Bei <b>11 Prozent der Patienten</b> und <b>41 Prozent der Krankenhäuser</b> war 2017 gemäß externer Qualitätssicherung der Indikator „leitlinienkonforme Indikation“ auffällig.	Der Anteil von Übertherapie in der Intensivmedizin liegt Schätzungen zufolge bei <b>50 Prozent</b> der vorgenommenen Maßnahmen. In den letzten sieben Lebenstagen werden 8,5 Prozent der Patienten reanimiert, 15,2 Prozent operiert und 12 Prozent dialysiert.
Ultraschalluntersuchungen der Eierstöcke als IGeL sind nicht leitliniengerecht und steigern die Gefahr falsch-positiver Diagnosen sowie unnötiger und risikoreicher operativer Folgeeingriffe.	„Bilder“ verbessern Therapieentscheidung und Behandlungserfolg bei unspezifischen RS nicht. Zudem wird oft zuvor keine konservative Therapie durchgeführt. Zu frühe oder unnötige Bildgebung steigert die Gefahr von Operationen mit begrenztem oder fragwürdigem Nutzen.	Die Einnahme von PPI ist mit vielfältigen möglichen Schäden verbunden, die aufgrund der hohen Verschreibungszahlen eine erhebliche Bedeutung haben. Besonders die Selbstmedikation beinhaltet große Risiken, da sich PPI nach mehrwöchiger Einnahme ihre Indikation selbst schaffen.	Endokrinologen sehen viele Operationen als vermeidbar an. Diagnostische Möglichkeiten zur präoperativen Risikostratifizierung von Schilddrüsenknoten werden nicht ausgeschöpft.	Durch eine bessere Indikationsstellung und medikamentöse Behandlung wären viele Eingriffe vermeidbar.	Oft steht die Verlängerung des Lebens im Fokus und nicht die Verbesserung der Lebensqualität. Frühzeitige palliativmedizinische Versorgung kann die Risiken von Überdiagnostik und Übertherapie am Lebensende verringern.

Tabelle 1 | Quelle: IGES, eigene Darstellung

## Missverhältnis von OP-Zahlen und notwendigen Eingriffen

Vermutungen und Hinweise auf Überversorgung in Deutschland gibt es viele. In seiner aktuellen Analyse ist das IGES Institut einigen Statements zu Überversorgung nachgegangen und hat medizinische Bereiche identifiziert, die exemplarisch für das breite Spektrum unnötiger Leistungserbringung stehen (siehe Tabelle 1). Für den stationären Bereich wurden Indikationen aufgespürt, bei denen laut Experten ein Missverhältnis zwischen tatsächlichen Operationszahlen und notwendigen Eingriffen besteht. Beispiel Schilddrüsenoperationen: Nur bei etwa zehn Prozent aller Eingriffe liegen tatsächlich bösartige Ver-

änderungen vor. Als Ursachen für das teils verfrühte Operieren gelten unnötige Screenings und eine fehlende tiefere Diagnostik.

## IGeL: Mangelnde Evidenz und intransparenter Markt

Auch bei den IGe-Leistungen, deren Nutzen bisher nicht eindeutig belegt oder gar fraglich ist, und die daher von der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erstattet werden, deutet vieles auf ein „zu viel“ hin. Jährlich werden etwa 15 Millionen solcher Leistungen erbracht. Die Patienten zahlen dafür rund eine Milliarde Euro. Allerdings bemängeln etliche Verbraucherschützer und auch der IGeL-Monitor des Medizinischen

Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen neben der fehlenden Nutzenevidenz die mangelnde Transparenz sowie die offensive Vermarktung durch Ärzte und Praxispersonal.

Die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung beispielsweise ist die zweithäufigste IGe-Leistung und wird als solche mehr als zwei Millionen Mal jährlich erbracht. Das Problem: Bei Frauen ohne Risiko birgt die Untersuchung eine erhebliche Gefahr für falsch-positive Befunde, die sie psychisch belasten können. In der Folge werden zudem vermehrt unnötige und risikoreiche Eingriffe vorgenommen. Bislang liegt nur bei etwa zehn Prozent der operierten Frauen tatsächlich Eierstockkrebs vor; bei 90 Prozent bestätigt sich der Verdacht nicht.

### Überversorgung hat viele Gründe

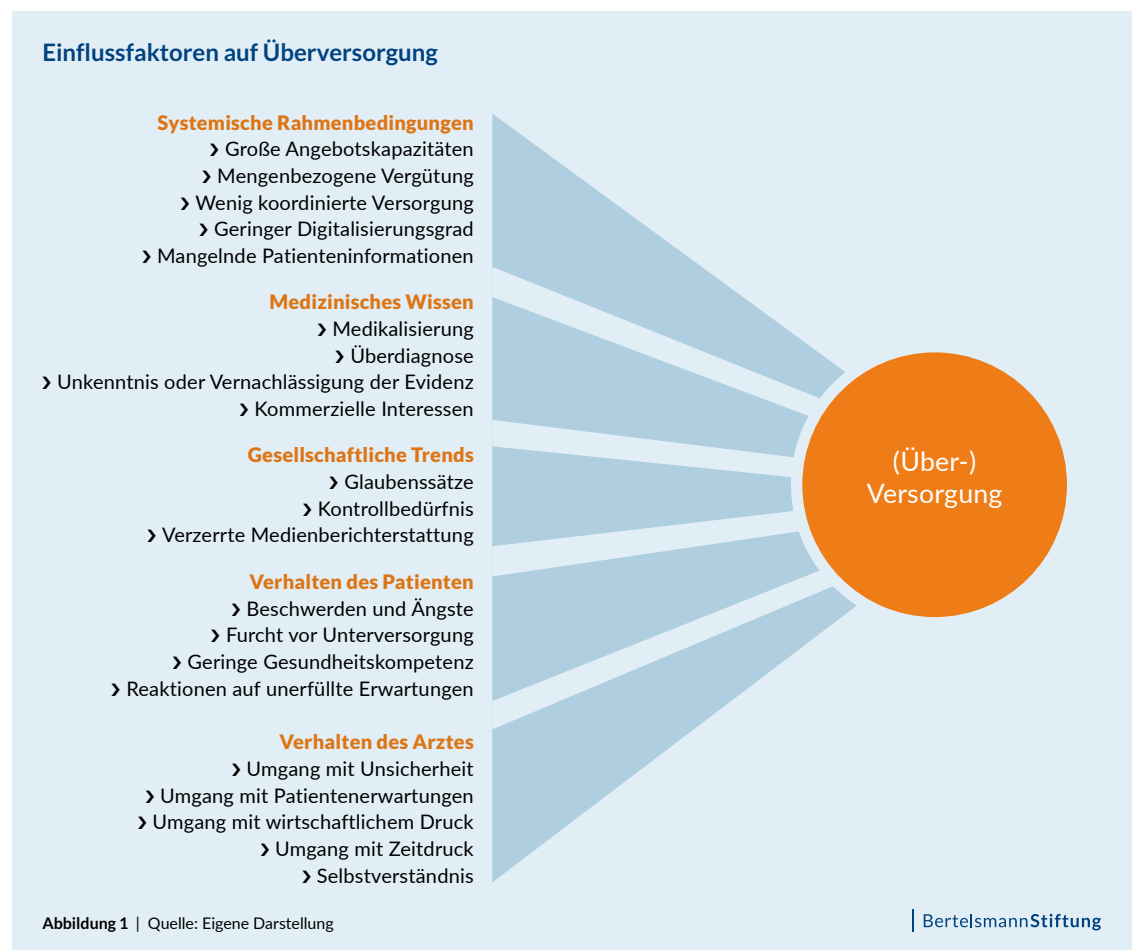
Wie es zu den in Tabelle 1 beschriebenen und anderen Fällen von Überversorgung kommen kann, wird von vielen Faktoren beeinflusst (siehe Abbildung 1): Neben den bereits genannten Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems hängt

eine angemessene Versorgung davon ab, in welcher Form medizinisches Wissen im Alltag umgesetzt wird. Auch tief verwurzelte Glaubenssätze wie „Viel hilft viel“ tragen zur Überversorgung bei, genauso wie ein zunehmendes Kontrollbedürfnis in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen. Schließlich spielen auch die Erwartungen eines Patienten und das persönliche Verhalten eines Arztes eine Rolle, welche Leistung erbracht wird.

### Bürger wenig sensibel für Überversorgung

Rund die Hälfte der Bürger stimmt in unserer bevölkerungsrepräsentativen Befragung der Aussage zu, dass in Arztpraxen und Kliniken (sehr) oft medizinisch nicht notwendige Leistungen erbracht werden (siehe Abbildung 2). Doch offenbaren die Tiefeninterviews, dass viele Patienten sich dessen kaum bewusst sind, möglicherweise

» Ich habe bei den Ärzten schon oft durchgesetzt, dass ich ein MRT oder CT oder Blutbild brauche.« Patient



## Überversorgung aus Sicht der Bevölkerung

Was vermuten Sie: Wie oft werden in Deutschland medizinisch unnötige, in gesundheitlicher Sicht überflüssige Leistungen erbracht?

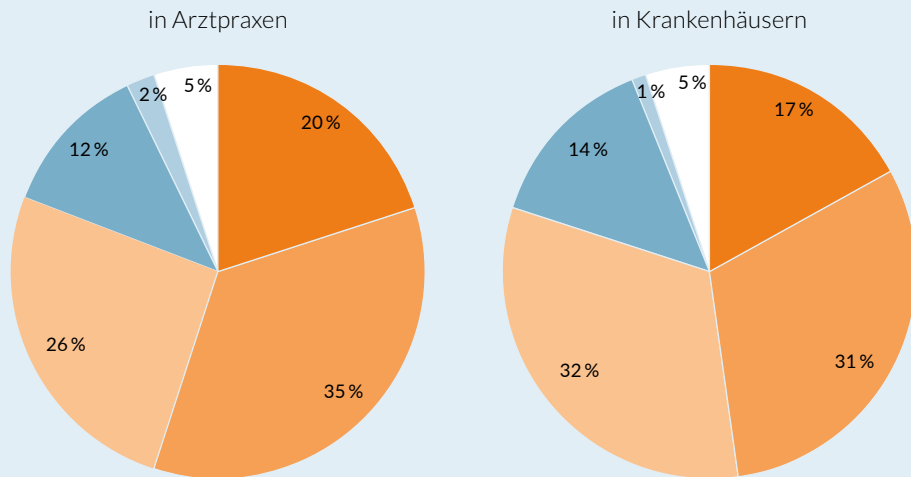


Abbildung 2 | Quelle: Kantar, September 2019, n = 1.004

BertelsmannStiftung

schon selbst einmal unnötige medizinische Leistungen erhalten zu haben. Sie fordern eher viele Leistungen ein und erachten diese überwiegend als wichtig und notwendig. Vor allem bei der Diagnostik fehlt das Bewusstsein für mögliche Risiken durch falsch-positive Befunde oder unnötige Folgebehandlungen. Nur wenn es um Operationen oder ähnlich invasive Therapien geht, werden Patienten kritischer und hinterfragen die Notwendigkeit der empfohlenen Maßnahmen etwas stärker.

Die Analyse der psychologischen Tiefeninterviews ergab einige Faktoren, die das Bewusstsein von Patienten für eine mögliche Überversorgung und ihre (oft unbewusste) Nachfrage danach beeinflussen.

- › Ängste: Je größer die Angst vor einer bestimmten Erkrankung ist, desto größer ist der Wunsch nach zusätzlichen Untersuchungen oder vorsorglichen Maßnahmen – und umso geringer ist das Bewusstsein der Patienten dafür, dass die erwünschte Leistung nicht notwendig sein könnte.
- › Ungeduld/Kontrollbedürfnis: In Zeiten von Digitalisierung und Selbstvermessung können Patienten Ungewissheit nur schwer akzeptieren. Der Drang zu handeln und der Wunsch nach Diagnostik und Behandlung sind groß und werden an den Arzt herangetragen.

- › Verhalten des Arztes / Angebot medizinischer und technologischer Leistungen: Bietet ein Arzt eine bestimmte Maßnahme an und ist diese weit verbreitet und bekannt, steigt deren empfundene Wichtigkeit – die Wahrscheinlichkeit sinkt, dass Patienten deren Angemessenheit hinterfragen.

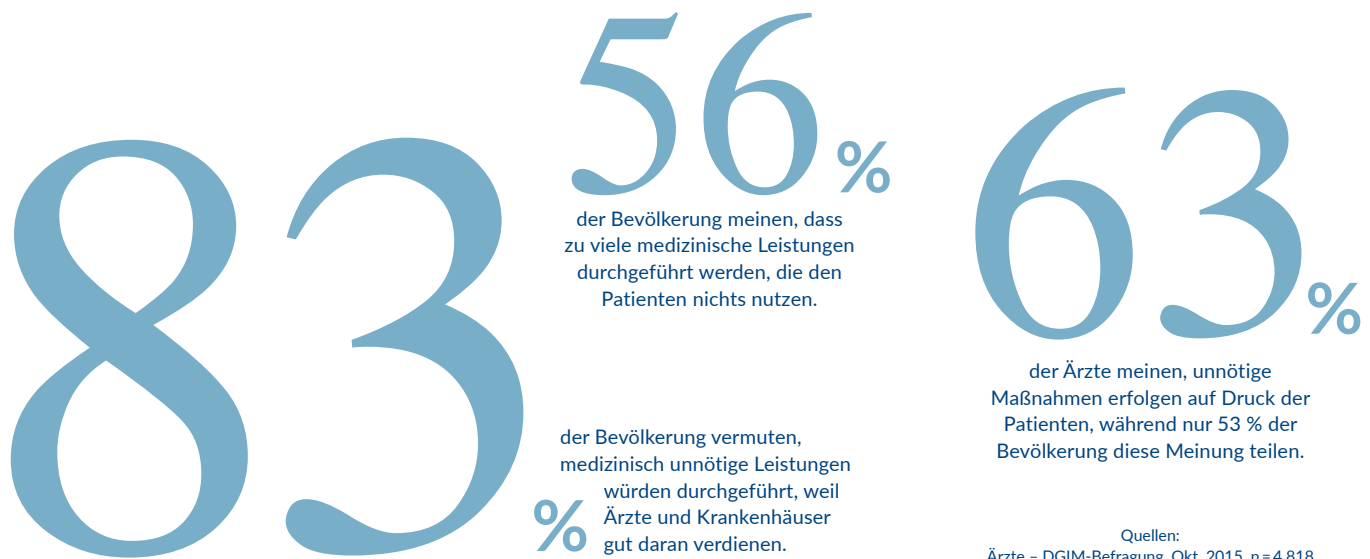
» Ich habe Angst, da tickt eine Zeitbombe in mir, und ich kriege es nicht mit. « Patient

» Ich bin für spezielle Tests gern bereit zu zahlen, um etwas auszuschließen. « Patient

- › Versicherungsverhältnis/Berichterstattung: Der Versichertenstatus (gesetzlich oder privat) und die Berichterstattung in den Medien sind weitere Faktoren, die das Bewusstsein von Patienten für Überversorgung sowie deren Wunsch nach ggf. unnötigen Leistungen beeinflussen.

### Schwer auszuhalten: Abwarten

Von ihrem Arzt wünschen sich Patienten vor allem Zuwendung, Fürsorge, aktive Hilfe und ernst genommen zu werden – so das Ergebnis der Interviews. Die Befragten gaben an, sich abgefertigt und schlecht behandelt zu fühlen,



» Ich bin noch nie ohne Rezept nach Hause gegangen. Das gibt mir ein gutes Gefühl: ernst genommen zu werden. « Patient

» Ich rate Patienten tatsächlich oft zu ‚Abwarten und Tee trinken‘. Manche gucken mich an, als sei ich bekloppt. « Arzt

wenn ein Arzt keine medizinischen Maßnahmen einleitet oder sich wenig Zeit für Erklärungen nimmt.

Übereinstimmend sagten Ärzte und Patienten in den Interviews, dass ein aktives Handeln oft besser sei als abzuwarten – was sie mit Nichtstun gleichsetzen. Sie gaben an, eine (Be-)Handlung könne Schuldgefühle reduzieren und als moralische Rechtfertigung dienen: Man habe wenigstens alles versucht. Die Angst vor einer Verschlechterung, die trotz eines medizinisch korrekten Abwartens und Beobachtens eintreten könnte, hat emotional mehr Gewicht. Entsprechend kannten die befragten Patienten viele Beispiele für schwerwiegende Verläufe und Todesfälle aufgrund „zu später“ Diagnosen oder Therapien.

Die Haltung, dass jede Therapie besser sei als Abwarten und Nichtstun, wird von den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung gestützt: 56 Prozent der Befragten stimmen der Aussage zu.

### Ärzte unter Druck

Bei den befragten Ärzten gehen die Auffassungen und Erfahrungen mit Überversorgung auseinander. Ein Teil der Ärzte reagiert auf eine offene Ansprache des Themas abwehrend oder verärgert. Dies kann als Indiz verstanden werden, unter welchem Druck Ärzte im Alltag teilweise agieren.

Aus den Ärzteinterviews lassen sich, neben den schon erwähnten Glaubenssätzen wie „Handeln ist besser als Nichtstun“, weitere Treiber für Überversorgung ausmachen: So sind die – manchmal unbestimmten und impliziten, manchmal ganz konkreten – Erwartungen der Patienten bedeutsam. Ärzte nehmen diese Erwartungen wahr. Einige versuchen, ihre Patienten davon zu überzeugen, dass eine Leistung für sie nicht notwendig ist. Andere geben den Patientenwünschen nach, auch aus Zeitdruck: Die Aufklärung über den geringen oder fehlenden Nutzen und mögliche Schäden einer Maßnahme ist häufig aufwendiger, als diese durchzuführen.

» In meinem Job werden Fehler sofort bestraft, da macht man lieber eine Diagnostik zu viel als zu wenig. « Arzt

» Wenn jemand Angst hat, dass seine Herzkranzgefäße verengt sein könnten, lege ich einen Herzkatheter; dann fühlen sich beide sicherer. « Arzt

Teilweise geben Ärzte konkreten Forderungen von Patienten nach unnötigen Leistungen auch nach, um Konflikte und negative Beurteilungen in Arztbewertungsportalen zu vermeiden.

Manche der interviewten Ärzte erbringen oder verordnen einem Patienten auch ganz bewusst medizinisch nicht notwendige Leistungen. Sie wollen damit eher seine seelischen Bedürfnisse nach Zuwendung und Fürsorge erfüllen.

Überversorgung begründen die befragten Ärzte zudem mit eigener Absicherung: zur Vermeidung von Schuldgefühlen und rechtlichen Konsequenzen. Auch finanzieller Druck und eigene Einkommens-

**» Ich habe maximal 15 Minuten pro Patient. Da wägt man schon ab, rede ich ihm das gewünschte Antibiotikum aus oder gebe ich es ihm einfach? Wenn Hoffnung auf Einsicht besteht, versuche ich es. (( Arzt**

**» Wir sprechen jeden Monat die Zahlen im Team durch und wie wir den Umsatz steigern können, mehr IGeL oder mehr Privatpatienten. (( Arzt**

**» Ich habe mir auf die Stirn geschrieben, alle Patienten gleich zu behandeln, ich will noch in den Spiegel gucken können. Aber ich weiß nicht, wie lange ich das noch durchhalten kann. (( Arzt**

interessen veranlassen Ärzte, Patienten nicht notwendige Maßnahmen anzubieten. Fallpauschalen und begrenzte Budgets empfinden einige zudem als mangelnde Wertschätzung ihrer ärztlichen Leistung und als Beschränkung ihrer ärztlichen Autonomie. Dieser Ärger führt zu Gegenreaktionen, die zum Teil in Überversorgung münden.

Das Selbstbild als Helfer oder Heiler wiederum hält einige Befragte, insbesondere Hausärzte ab, nicht notwendige Leistungen zu erbringen. Sie sehen sich als loyale Sachwalter ihrer Patienten.

### Strategienbündel gegen Überversorgung

Wie lässt sich Überversorgung vermeiden oder zumindest verringern? Da die Ursachen und Einflussfaktoren vielschichtig und komplex sind, ist auch eine Vielfalt an Gegenmaßnahmen erforderlich. In der Politik und im Gesundheitswesen werden bereits zahlreiche Maßnahmen diskutiert und evaluiert, besonders der Abbau von Überkapazitäten im stationären Bereich und die strin-  
gentere Ausrichtung auf Versorgungsqualität.

## Methodik

Die Analyse der Überversorgungsproblematik in Deutschland fußt auf drei Komponenten.

1. Literaturanalyse: Das IGES Institut ist Hinweisen auf Überversorgung in Deutschland exemplarisch in sechs medizinischen Bereichen nachgegangen.
2. Tiefeninterviews: Das Rheingold Institut hat 24 Patienten und 15 Ärzte im Sommer 2019 in zweistündigen Einzel-Interviews befragt, wie sie Überversorgung wahrnehmen und erleben. Alle Zitate in diesem Spotlight Gesundheit stammen aus diesen Interviews.
3. Telefonische Befragung: Per Computer Assisted Telephone Interviewing (CATI) befragte Kantar insgesamt 1.004 Personen ab 18 Jahren. Die Stichprobe ist für den Zeitraum 4.-10.09.2019 repräsentativ für die Bevölkerung.

Der Sachverständigenrat Gesundheit empfiehlt seit langem eine entschlossener, bedarfsorientierte Steuerung sowie eine Modifizierung der Vergütung: Nicht die Quantität, sondern die Qualität von Leistungen sowie die Indikationsqualität müsse belohnt werden. Das Patientenwohl muss das oberste Versorgungsziel sein. Neben den auf Seite 8 dargelegten Maßnahmen gegen Überversorgung stellt auch die ärztegeführte Choosing Wisely-Initiative einen vielversprechenden Ansatz dar.

Choosing Wisely nimmt Bezug auf die ärztliche Ethik und hinterfragt herrschende Glaubenssätze und Verhaltensmuster bei Ärzten und Patienten. Gestartet wurde die Kampagne vor einigen Jahren von Ärzten aus den USA und Kanada. Inzwischen hat sich der Ansatz international verbreitet, zum Beispiel in Australien, Italien, in den Niederlanden und auch in Deutschland. Kernelement von Choosing Wisely – zu Deutsch „klug entscheiden“ – sind von medizinischen Fachgesellschaften entwickelte Listen mit Leistungen, die hinterfragt und zum Wohle des Patienten ggf. besser unterlassen werden sollten. Nun geht es darum, kluge Aufklärungskampagnen für Patienten und Maßnahmen für die Implementierung in den Klinik- und Praxisalltag zu entwickeln, damit Patienten keine Leistungen mehr erhalten, die ihnen nicht oder nur wenig nutzen – oder ihnen sogar schaden.



Die Studien „Überversorgung – eine Spurensuche“ und „Erfahrungen mit Überversorgung“ stehen unter [www.patient-mitwirkung.de](http://www.patient-mitwirkung.de) zum kostenlosen Download bereit.

## Handlungsempfehlungen

### Versorgung bedarfsorientiert ausrichten – eine „Weniger kann mehr sein“-Haltung fördern

Nebenwirkungen und Spätfolgen, Zusatzkosten und Zeitmangel, überlastetes und demotiviertes Personal: Überversorgung im Gesundheitswesen schadet den Patienten und der Gesellschaft. Um das Personal und die Ressourcen im Gesundheitssystem nur dort einzusetzen, wo sie den Patienten am meisten nützen, ist entschlossenes Handeln auf verschiedenen Ebenen und seitens vieler Akteure erforderlich. Choosing-Wisely-Maßnahmen können dabei hilfreich sein.

#### Planung und Vergütung optimieren

- › Die Gesundheitsversorgung sollte bedarfsorientiert und sektorenübergreifend geplant und organisiert werden. Dies umfasst die Krankenhausplanung, die Anzahl und Verteilung der Ärzte, die Steuerung der Patientenwege und die Planung von Großgeräten und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Die Honorierung von Leistungen muss sich zudem stärker an deren Qualität, insbesondere der Indikationsqualität, bemessen.

#### Evidenz verdeutlichen

- › Nutzen und Risiken medizinischer Leistungen müssen transparenter gemacht werden. Dafür sind mehr systematische und teils verpflichtende Informationen und Entscheidungshilfen notwendig, die für Ärzte und Patienten leicht verfügbar sein müssen.

#### Ethische Verantwortung übernehmen

- › Ärzte stehen in der Verantwortung, mit ihren Patienten Nutzen und Risiken relevanter Behandlungsoptionen zu besprechen. Sie sollten dabei mögliche eigene Interessenkonflikte transparent darlegen.

#### Unnütze Leistungen unterlassen

- › Praxen und Kliniken sollten Strategien entwickeln zur De-Implementierung von Leistungen, die für Patienten nachweislich wenig Nutzen und zu viele Risiken haben. Zweitmeinungsverfahren zur Absicherung der Indikationsstellung sind auszubauen.

#### Bevölkerung sensibilisieren

- › Patienten müssen für potenzielle Schäden und Risiken von Untersuchungen und Behandlungen sensibilisiert werden. Ihnen muss bewusst werden, dass es besser sein kann und genauso viel Fürsorge bedeutet, wenn eine medizinische Maßnahme unterlassen wird.

SPOTLIGHT GESUNDHEIT ist ein Impulspapier des Programms „Versorgung verbessern – Patienten informieren“ der Bertelsmann Stiftung. Es erscheint in unregelmäßigen Abständen mehrmals pro Jahr und beschäftigt sich mit aktuellen Themen und Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Bertelsmann Stiftung setzt sich für ein Gesundheitssystem ein, das sich an den Bürgern orientiert. Mit ihren Projekten zielt sie auf eine konsequent am Bedarf ausgerichtete und hochwertige Versorgung sowie stabile finanzielle Grundlagen. Patienten sollen durch verständliche Informationen in ihrer Rolle gestärkt werden

Weitere Informationen auf [www.patient-mit-wirkung.de](http://www.patient-mit-wirkung.de)  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir auf die weibliche Sprachform verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

#### Impressum

Herausgeber:  
Bertelsmann Stiftung  
Carl-Bertelsmann-Str. 256  
33311 Gütersloh  
[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)

Verantwortlich:  
Uwe Schwenk  
Director des Programms  
„Versorgung verbessern –  
Patienten informieren“

Kontakt:  
Sonja Lütke-Bornefeld  
[spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de](mailto:spotlight-gesundheit@bertelsmann-stiftung.de)  
Tel.: + 49 5241 81-81431

Redaktion:  
Dr. Cinthia Briseño,  
Claudia Haschke

Bildnachweis:  
© pressmaster –  
stock.adobe.com,  
Kai Uwe Oesterhelweg  
Gestaltung: Dietlind Ehlers  
Druck: Druckhaus Rihn

ISSN (Print): 2364-4788  
ISSN (Online): 2364-5970

Veröffentlichung:  
November 2019