

## Gemeinwohlorientierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens

Das Menschenrecht auf Gesundheit sieht in den Augen vieler Menschen nahezu wie ein leeres Versprechen aus, kritisiert Dr. Petra Schmidt-Wiborg. Es fehle nicht an Eigeninitiative, eigenverantwortlichem Handeln, sondern an bedarfsgerechter flächendeckender gesundheitlicher Daseinsvorsorge. Sie fordert: „Über Gemeinwohlorientierung muss gesprochen werden.“

*Gemeinwohl ist für Schmidt-Wiborg der belastbare gesamtstrategische Bezugspunkt für die wertegeleitete Neuausrichtung des Gesundheitswesens. Diese sei erforderlich, weil der politische Wertekompass der vergangenen Jahrzehnte „erhebliche Fehlentwicklungen und Blockaden produziert“ hat. Schmidt-Wiborg sieht als Ursache dafür den hohen Stellenwert der Ökonomie und eine unangemessene Engführung des Verständnisses von Gesundheitspolitik. Diesen Befund analysiert sie am Beispiel der Krankenhausfinanzierung und der sozial determinierten Gesundheit.*



JILLING & VOSSBECK FOTOGRAFIE, Berlin

### Zur Person

Dr. Petra Schmidt-Wiborg arbeitet als Vortragsreferentin und Autorin zu Themen an der Schnittstelle von sozialer Gerechtigkeit und Gesundheit. Ihre beruflichen Erfahrungen umfassen langjährige Tätigkeiten im Bereich gemeinnütziger Dachverbände der Selbsthilfeorganisationen und in wissenschaftlichen Fachbereichen von Sozialer Arbeit, Pflege und Geschlechtergleichstellung. Sie ist promovierte Philosophin.

---

## Gemeinwohlorientierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens

*Ein Beitrag von Dr. Petra Schmidt-Wiborg*

### Einleitung

In der Bevölkerung tritt immer öfter das Gefühl auf, sich auf die gesundheitsbezogene Daseinsvorsorge nicht mehr verlassen zu können. Mancherorts mangelt es an schneller Notfallversorgung und Bürgerinitiativen wenden sich an die Presse, um Gehör zu finden. Sei es bei akuten, sei es bei länger andauernden Gesundheitsproblemen sind erforderliche Termine zur Begleitung und Behandlung schlecht zu bekommen; es mangelt an Angeboten, an Personal, Begriffe wie „Pflexit“ machen die Runde. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen und ihre Angehörigen bestehen hohe Hürden, für ihren Lebensunterhalt selbst zu sorgen, viele ältere Menschen können sich Gesundheit nicht mehr leisten.

Die Liste ließe sich fortsetzen, die Lektion ist stets gleich: Das Menschenrecht auf Gesundheit sieht in den Augen vieler Menschen nahezu wie ein leeres Versprechen aus. Es fehlt nicht an Eigeninitiative, eigenverantwortlichem Handeln, sondern an bedarfsgerechter flächendeckender gesundheitlicher Daseinsvorsorge.

So sehr auf der einen Seite viele konkrete Anpassungen erforderlich sind, so sehr kommt es doch auf der anderen Seite gegenwärtig auf die Diskussion über die Gesamtausrichtung des Gesundheitswesens an. Über Gemeinwohlorientierung muss gesprochen werden, nicht einfach im engeren Sinn, wenn es um Bedingungen für koordiniertes und kooperativeres Handeln der Akteure im Gesundheitswesen, um den Verantwortungsmix unterschiedlicher Gesundheitsberufe geht.

Gemeinwohl ist der belastbare gesamtstrategische Bezugspunkt für die wertegeleitete Neuausrichtung des Gesundheitswesens. Diese ist erforderlich, weil der politische Wertekompass der vergangenen Jahrzehnte erhebliche Fehlentwicklungen und Blockaden produziert hat. Dies hat mit dem hohen Stellenwert ökonomischer Werte und mit einer unangemessenen Engführung des Verständnisses von Gesundheitspolitik zu tun. Im Folgenden werde ich dies an den zwei Beispielen der Krankenhausfinanzierung und der sozial determinierten Gesundheit diskutieren.

### Kommerzialisierung von Gesundheit

Um die Notwendigkeit einer Neuausrichtung zu begründen, will ich zunächst auf die IST-Situation am Beispiel der Entwicklungen im Bereich stationärer Krankenhausversorgung eingehen. Die Balance zwischen den Werten, welche das Krankenhausfinanzierungssystem und dessen Anwendung seitens Kostenträgern und Trägern der Leistungserbringung leiten sollten, ging verloren.

Dahinter stehen jahrzehntelange Prozesse der Konzentration und Zentralisierung von Krankenhäusern und Kliniken. Entscheidungen über Schließungen, Verkäufe und Umstrukturierungen erfolgten über einen enormen wirtschaftlichen Druck. Dieser war systembedingt. Die Bundesländer kamen ihren Investitionsverpflichtungen nur sehr unzureichend nach. Das Fallpauschalensystem brachte eine von ökonomischen Gesichtspunkten geleitete Versorgung zu Lasten von Personal und Patient\*innen in Vorrangstellung.

In diesem Zusammenhang haben sich die Marktanteile zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern eindeutig zugunsten privater Trägerschaft entwickelt. Dies hat insbesondere dann einer vorrangig finanziell bewerteten betriebswirtschaftlichen Steuerung und Patientenversorgung Vorschub geleistet, wenn etwa Investment-, Kapitalgesellschaften und börsennotierte Unternehmen Krankenhäuser und Kliniken betreiben, um Gewinne zu erwirtschaften.

Es hat ebenso Spreizungen bewirkt: Konzerne und Verbände, die ihre Marktanteile steigerten, wurden immer finanzkräftiger und steigerten ihre Verhandlungsposition; Effekte von Über- und Unterversorgung führten zu einer insgesamt nicht gleichwertigen, ungerechteren Versorgung. Denn Investoren sichern sich gute Standorte und setzen auf Therapiemaßnahmen mit hohen Erlöschancen. Die Verantwortung für flächendeckende Grundversorgung überlassen sie anderen. Auch eher selten genannte Punkte, zum Beispiel externe Effekte der Immobilienwirtschaft auf das Gesundheitswesen, sind kaum zu unterschätzen.

## **Finanzierung neu aufstellen**

An erster Stelle steht für die Korrektur der Kommerzialisierung die Frage, wie das Finanzierungssystem neu aufgestellt, die Finanzierungsverantwortung verteilt wird und in welchem Sinn etwaige Entscheidungen wertegeleitet sind.

In Rücksicht auf die Träger besteht eine offensichtliche Ungleichheit, wenn ein Teil von ihnen finanzielle Gewinne aus ihrer Markttätigkeit ziehen. Es ist gerechtfertigt, von ihnen mindestens zu verlangen, dass sie mehr Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitswesens übernehmen und Gewinne re-investieren müssen. Denn gerecht ist, wenn Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt wird.

Die höhere finanzielle Verantwortung gewinnorientierter Träger kann legitimerweise auch deshalb verlangt werden, weil sie bei ihren gewinnorientierten wirtschaftlichen Aktivitäten von einem System sozialer Sicherung und staatlich gewährleisteter gesundheitlicher Daseinsvorsorge profitieren. Sie nutzen Mittel der entsprechenden Kostenträger und Steuermittel eben nicht nur zu vertragsgemäßen Leistungen, sondern für finanzielle Vorteile. Hinzu kommt, dass das unternehmerische Risiko im Vergleich etwa zu rein privatwirtschaftlichen Wirtschaftssektoren angesichts der hohen Regulierung des Gesundheitswesens ausgesprochen begrenzt ist.

Historisch gesehen hatten früher öffentliche und freigemeinnützige Träger eine bevorzugte Position gegenüber privaten Trägern. Wie auch immer man sich zu diesem Punkt positioniert – in jedem Fall besteht dringender Bedarf an solchen Marktregulierungen, bei denen das Gemeinwohl, der gemeine Nutzen erstes ordnendes Prinzip ist.

Leistungserbringung in der Hand von gewinnorientiert agierenden Eigentümern ist nicht nur im Bereich stationärer Krankenversorgung, sondern auch in anderen Bereichen, in verschiedenen Formen von Einrichtungen, deutlich gestiegen und steigt weiterhin. Häufig werden aktuell Pflege oder Medizinische Versorgungszentren genannt. Das umsteuernde ordnungspolitische Eingreifen und Regulieren ist von daher von allgemeiner Bedeutung.

Dies gilt auch mit Blick auf Veränderungen im Zuge der Digitalisierung; hiermit sind Gesundheits- und Pflegemärkte für solche Gesellschaften und Unternehmen attraktiv, die sich in Forschung, Wissenschaft und Versorgung engagieren und damit grundsätzlich für sich selbst bzw. ihre Shareholder finanzielle Vorteile erwirtschaften wollen. Dass sich mit Digitalisierung auch Fragen der Ressourcenverteilung neu stellen, ist selbstverständlich. Vor diesem Hintergrund ist die gemeinwohlorientierte Neuausrichtung des Gesundheitswesens insgesamt mehr als gerechtfertigt.

Klarerweise ist es eine politisch-demokratische Entscheidung, ob, unter welchen Bedingungen und welche gewinnorientierte Akteure Zugang zum Krankenhausmarkt, allgemeiner gefasst zu solidarisch finanzierten Gesundheits- und Pflegemärkten erhalten. Ebenso sind es politisch-demokratische Entscheidungen auf allen Ebenen des Bundes, der Länder und der Kommunen, in welchem Umfang die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft gestärkt werden soll und welche Mittel und Wege der Finanzierung genutzt werden sollen.

Dass die Bundesländer ihren finanziellen Verpflichtungen nachkommen sollen, wird von vielen seit langem angemahnt. Von den anderen bestehenden Vorschlägen haben aus meiner Sicht diejenigen ein besonderes Gewicht, die darauf zielen, dass zur Finanzierung des Gesundheitswesens die Ungleichheit von Einkommen und Vermögen mehr berücksichtigt werden muss. Wer von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen insgesamt stärker als andere profitiert, sollte auch in stärkerem Maß finanziell zur Sicherung des grundrechtlich geschützten Gutes der Gesundheit beitragen. Denn die unterschiedliche finanzielle Mitverantwortung der unterschiedlichen begüterten Gruppen in Wirtschaft und Bevölkerung ist sozial gerecht.

## **Demokratische Aushandlung stärken**

Anerkanntermaßen haben sich während der Pandemie bestehende Probleme besonders deutlich gezeigt. Strukturveränderungen durch

reformierte Finanzierung und Planung sind wichtig. Vor allem aber kommt es auf den Faktor Mensch an: Ohne genügend ausreichend qualifizierte Fachkräfte keine gute Gesundheit – womöglich mancherorts sogar keine Gesundheit, blickt man zum Beispiel auf Notfallversorgung, auf Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Hausärzt\*innen oder auf Wartelisten für Behandlungen psychischer Probleme.

Derzeit herrschen vielfach menschenunwürdige Arbeits- und Versorgungsbedingungen im Gesundheitswesen. Immer mehr ärztliches und vor allem pflegerisches Personal verlässt etwa den Krankenhausbereich wegen der unerträglichen Arbeitsbedingungen. Entsprechend nehmen die Risiken für Patientensicherheit und für Gewährleistung und Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgung der Patient\*innen zu.

Politisch ist anerkannt, dass neue sektorale Rahmenbedingungen und Reformen der DRG-Finanzierung im berechtigten Interesse aller liegen. Das Gewicht wissenschaftlicher Evidenz zu stärken muss dabei ein Element der Neu-Justierung der leitenden Werte sein. Die Diskussionen über die Fallpauschalen belegen dies eindrücklich: Eine wissenschaftliche Bedarfsermittlung bietet verobjektivierte Grundlagen für die Bemessung von Personalressourcen für möglichst bedarfsgerechte, qualitativ effektive und also patientenorientierte Versorgung.

Doch Reformvorhaben der Systematik von stationärer Finanzierung oder auch von Versorgungsstrukturen reichen für gerechtere, menschenwürdige Bedingungen nicht aus. In demokratischer und gerechter Weise kann die Aushandlung neuer Bedingungen nur erfolgen, wenn Beschäftigte, Patient\*innen und Bevölkerung ihr Recht auf Beteiligung wahrnehmen und eigene Interessen vertreten können.

Aus demokratischen Gründen sollten Mitsprache und Mitbestimmung weit über allgemeine Ebenen von Expertenkommission und Gesetzesvorhaben hinaus auch im Sinn allgemein gültiger tarifvertraglicher Regelungen gesichert werden. Diesseits von Tarifautonomie kann die Verbindlichkeit von Tarifvereinbarungen in vielfacher Weise erhöht und dadurch menschenwürdige und möglichst gesunde Arbeit gestärkt werden.

Darüber hinaus liegt es im allgemeinen Interesse der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, auf allen Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen für ausreichend strukturelle, finanzielle und personelle Ressourcen zur Gewährleistung von Patientenrechten und Verbraucherschutz sowie von Patienten-, Betroffenen- und Angehörigenbeteiligung Sorge zu tragen.

Mit der Digitalisierung kommen neue Kräfte ins Spiel, welche Handlungsmacht und -bedingungen aller beeinflussen. Dies wirkt sich etwa auf das Binnenverhältnis von Forscher\*innen respektive Behandler\*innen auf der einen und Patient\*innen auf der anderen Seite, von Arbeitgeber und Personal, letztlich von gesunden und kranken Bevölkerungsgruppen aus. Wir haben es mit bislang wenig bekannten neuen Rahmenbedingungen zu tun, die statt partikularen Interessen menschenwürdigen Rahmenbedingungen und Entwicklungen dienen sollen.

Demokratische Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse in Beteiligung von Beschäftigten, Patient\*innen und Bevölkerung und die Sicherung der Bedingungen für verbindliche Umsetzungen sind also unverzichtbarer Baustein für mittel- und langfristige gemeinwohlorientierte Ausgestaltung des Gesundheitswesens.

## **Strategie sozialer Gesundheit**

Eine zeitgemäße gemeinwohlorientierte Gesundheitspolitik muss über den Gesundheitssektor hinausgehen. Sie muss sich auch auf alle anderen Lebensbereiche beziehen. Denn deren politische Rahmung und Gestaltung ist ebenfalls unmittelbar relevant für Chancen und Risiken bestimmter Bevölkerungsgruppen in Bezug auf Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

Forderungen nach einer umfassenden Gesundheitspolitik, die, wissenschaftlich unabhängig begleitet, strategisch und systematisch in allen Politikfeldern betrieben wird („health in all policies“), sind keineswegs neu. Sie wurden jedoch bislang in viel zu geringem Maß aufgegriffen. Wenn gesundheitliche Chancen und die gesundheitliche Verfassung etwa durch die sozio-ökonomische Lage, durch Bildungs- und Arbeitschancen, durch Wohn- und Lebensbedingungen im alltäglichen Umfeld oder durch

Infrastrukturen an Mobilität determiniert sind und nur in geringem Maß in individueller Eigenverantwortung beeinflusst werden können, dann schulden gerechterweise Gesellschaft und Politik es betroffenen Bevölkerungsgruppen, dass wirksam gegengesteuert wird und dass dauerhafte Verbesserungen herbeigeführt werden.

Sie schulden es ihnen, weil trotz insgesamt wachsenden Wohlstands die soziale Ungleichheit nicht ab-, sondern zugenommen hat. Jüngst hat einmal mehr die SARS-CoV-2-Pandemie die Zusammenhänge von sozialer Lage und gesundheitlichen Risiken vor Augen geführt: Einkommenschwächere Haushalte, Bevölkerungsgruppen in sozial schwierigerer Lage, unter ihnen vor allem Frauen sowie Menschen mit Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund, waren vergleichsweise mehr betroffen, nicht nur von (Risiken der) Erkrankung, sondern allgemein von den pandemiebedingten Folgen. Bevölkerungsgruppen in vergleichsweise besserer sozio-ökonomischer Lage hatten weniger Risiken zu tragen.

Die Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozio-ökonomischen Status waren zugleich in hohem Maße die vielen, die, wie es hieß, „den Laden am Laufen hielten“, die für das Funktionieren der Gesundheitsversorgung und darüber hinaus allgemein für das Funktionieren von Wirtschaft und Gesellschaft sorgten, von Lebensmittelversorgung bis hin zu öffentlicher Sicherheit.

Zur neuen Normalität „nach Corona“ muss entsprechend aus Gründen sozialer Gerechtigkeit und aus Gründen nachhaltiger wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Stabilität eine Gesundheitspolitik quer durch alle Bereiche werden.

Es fehlt in keinster Weise an vor- und ausformulierten Strategien, an wissenschaftlich fundierten Konzepten für Programmbereiche, an evaluierten konkreten Instrumenten für Maßnahmen inklusive Bevölkerungsbeteiligung, sei es gesundheitsförderlicher Stadtentwicklung, Verkehrsplanung, Mobilität oder anderer Bereiche. Die entsprechend wertgeleiteten politisch-rechtlichen Entscheidungen können also bessere Chancen bzgl. Gesundheit und Pflege der Zukunft Wirklichkeit werden lassen.

Die Grundsätze des Gerechtigkeitstheoretikers John Rawls sollten Anwendung finden:

Es sollten zumindest gegenwärtige soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten so organisiert werden, dass es den am wenigsten Begünstigten den größtmöglichen Vorteil bringt.

Das heißt zum Beispiel: Wenn aufgrund der Preise für E-Autos und deren Betankung Autofahren nicht in gleichem Maß für unterschiedliche Personengruppen möglich ist, dann sind sozial gerechte Mobilitätschancen insgesamt so zu finanzieren, zu organisieren und zugänglich zu machen, dass die am wenigsten Begünstigten am meisten profitieren.

Die Herangehensweise lässt sich für Energiepreis-, Mietenpolitik und anderes wählen. Immer geht es darum, dass sie ein wichtiges Prinzip einer umfassenden und sozial gerechteren Gesundheitspolitik ist: In sozial gerechter Weise werden die sozial bedingt geringeren Gesundheitschancen bestimmter Bevölkerungsgruppen vorrangig verbessert. Zugleich lässt sich Gesundheitspolitik in allen Politikfeldern mit Zielen des nachhaltigen Umbaus in den jeweiligen Feldern verbinden, etwa mit dem klimagerechten Umbau von Mobilität. Soziale Gesundheitsstrategien und sozial-ökologischer Fortschritt sind zwei Seiten einer Medaille.

Strategien Top-down müssen wir gleichzeitig flankieren durch Stärkung von Ressourcen für Bottom-up-getragene, von Fachkräften ebenso wie von freiwillig Engagierten und ehrenamtlich Aktiven gemeinwohlorientierte Entwicklungen.

Menschen in schwierigen Lebenslagen sollen ihre spezifischen Herausforderungen möglichst gut bewältigen und ihre Fähigkeiten und Kompetenzen möglichst selbst bestimmt entwickeln und an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben können.

Entsprechend müssen wir in verlässliche, für die Zielgruppen zugängliche und nutzbare barrierefreie – digitale – Infrastrukturen, in bedarfsgerechte Einrichtungen und Dienste vor Ort – und das heißt insbesondere auch: in erforderliche personelle Ressourcen – investieren. Und wir müssen den Bedarfen an unabhängigen Informations-, Beratungs-, Unterstützungs- und Beschwerdemöglichkeiten sowie den Mitsprache- und Beteiligungsrechten der betroffenen Personengruppen gerecht werden. Somit gilt es, die

erforderlichen Ressourcen dauerhaft zur Verfügung zu stellen. Denn das Recht auf Gesundheit ist konkret und untrennbar verbunden mit dem Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung

### **Fazit**

Wir bringen im internationalen Vergleich steuerlich und über die Systeme sozialer Sicherung gewaltige Ressourcen für Gesundheit und Pflege auf. Wir verfügen gegenwärtig und künftig über stabile Kräfte, unsere Gesellschaft in Wohlstand und Sicherheit zu gestalten.

Somit bestehen ausgezeichnete Voraussetzungen, durch gemeinsame Anstrengungen von Politik, Interessenvertretungen und gesundheitspolitischer Selbstverwaltung, von Gesellschaft

und Wirtschaft dem Gesundheitswesen eine gemeinwohlorientierte Neuausrichtung zu geben und gesundheitliche Daseinsvorsorge für alle nachhaltig zu gewährleisten und zu sichern.

Der Wertekompass der Vergangenheit hat – blickt man auf die Folgen, die er produziert hat, offensichtlich ausgedient. Der vielfach belegte Vorrang ökonomischer Wertkriterien und die Geringschätzung sozialer Bedingungen in der Gesundheitspolitik haben unsere enormen Möglichkeiten in ungerechtfertigter Weise begrenzt. Nichts hindert uns, das Gesundheitswesen in Zukunft gemeinwohlorientiert zu gestalten und das Recht auf Gesundheit für alle, auf Teilhabe an Gesellschaft für gesunde und kranke oder pflegebedürftige Menschen mit Hilfe bedarfsgerechter personeller, struktureller und finanzieller Ressourcen zu verwirklichen.

---

## **Impressum**

### **Herausgeber und Redaktion**

Presseagentur Gesundheit  
Albrechtstraße 11  
10117 Berlin  
www.pa-gesundheit.de  
030 - 318 649 - 0  
V.i.S.d.P.: Lisa Braun

### **Mit Unterstützung von**

AOK-Bundesverband GbR  
Rosenthaler Straße 31  
10178 Berlin

Janssen-Cilag GmbH  
Johnson & Johnson Platz 1  
41470 Neuss

Allianz kommunaler  
Großkrankenhäuser e.V.  
Aroser Allee 70  
13407 Berlin

Pfizer Deutschland GmbH  
Linkstraße 10  
10785 Berlin

Roche Pharma AG  
Emil-Barell-Str. 1  
79639 Grenzach-Wyhlen

Sanofi-Aventis  
Deutschland GmbH  
Potsdamer Straße 8  
10785 Berlin