

Systemfragen des Gesundheitswesens

Einleitung zum Heftschwerpunkt

von Uwe Kremer, Felix Welti und Stefan Stache¹

Foto: © JP Photography - stock.adobe.com



Zu den wichtigsten politischen Erfahrungen der Pandemie zählt, dass Gesundheits- und Krankheitschancen sozial gebunden und ungleich verteilt sind, dass es im deutschen Gesundheitswesen nicht an Markt, sondern an Plan und Vernetzung mangelt, und dass der öffentliche Gesundheitsdienst und die bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung substantziell gestärkt werden müssten. Weiteren Fragestellungen aus der Pandemie wird sich spw in einer politischen Bilanz der Corona-Krise widmen. Dazu gehört die Rolle der gesellschaftlichen Kommunikation über Gesundheit.² Zu diskutieren wird dann auch sein, in wie weit und warum in links-alternativen Milieus Positionen anschlussfähig sind, die mit Impfgegnerschaft, Homöopathie und Wunderglauben sowie Sozialdarwinismus gegen störende „Ri-

sikogruppen“ eine extreme Individualisierung von Gesundheit und einen aggressiven Diskurs gegen Wissenschaftlichkeit und Professionalisierung betreiben. In diesem Schwerpunkt greifen wir verschiedene Aspekte der Pandemie erneut auf³, richten den Blick aber darüber hinaus auf die neuen Normalitäten, die das deutsche Gesundheitswesen in der kommenden Wahlperiode annehmen wird und sollte.

Zu den langen in der spw verfolgten Diskurslinien zählt, das Gesundheitswesen als Teil einer öffentlich verantworteten und durch öffentliche, gemeinnützige und kooperative Unternehmen geprägten Infrastrukturökonomie und in ihrer Verschränkung zu Sozialwesen und Sozialwirtschaft als Teil einer Care Economy anzusehen. Weiterhin zählt hierzu, die kommunalen Kontexte und die kommunale Selbstverwaltung substantziell im Sinne zivil-

1 Dr. Uwe Kremer ist Sozialwissenschaftler und Mitherausgeber der spw. Prof. Dr. iur. Felix Welti arbeitet am FB Humanwissenschaften der Universität Kassel und ist Mitherausgeber der spw. Stefan Stache ist Chefredakteur der spw und lebt in Hannover.

2 Diese Rolle wird z.B. bei *Bernard Braun* und *Cornelia Heintze* im Heftschwerpunkt angedeutet.

3 *Cornelia Heintze* und *Andreas Wulf* gehen im vorliegenden Schwerpunkt darauf ein.

gesellschaftlich basierter Partizipation und Demokratisierung zu stärken.

Die Frage sozialer Gerechtigkeit stellt sich im Gesundheitswesen nicht nur für monetäre Transfers, sondern auch im Versorgungssystem selbst. Soziale Differenzierungen in Gesundheitsstatus und Lebenserwartung sind kontinuierlich signifikant und nehmen in Bezug auf die Zugänge zum und die Wege durch das Gesundheitssystem und auf das Leistungsangebot selbst zu – was insbesondere sozialräumlich sichtbar wird: Zu den regionalen Versorgungsproblemen in ländlichen Räumen kommen stärkere sozialräumliche Differenzierungsprozesse in Ballungsräumen. Der Umbau des Krankenversicherungswesens zur sozialen Bürgerversicherung wird von uns als weitere essenzielle Stoßrichtung vorausgesetzt und hier nicht umfassend wiederholt. Allerdings sähen wir es als problematisch an, wenn sich progressive Kräfte zu sehr auf Fragen des Transfersystems beschränken und die sozial relevanten Disparitäten im realen Versorgungssystem vernachlässigen würden.

Mit diesem Heftschwerpunkt verfolgen wir Diskurslinien weiter, die in der spw seit langem diskutiert werden. Auch diesmal werden wichtige Aspekte vermisst werden, so dass wir auf frühere Hefte verweisen, die für Abonnent*innen im Online-Zugang und für alle Interessierten auf Anfrage zugänglich sind.⁴ Die zunehmende Häufigkeit der Heftschwerpunkte über Gesundheit, solidarische Wohlfahrtsstaatlichkeit und wohlfahrtsstaatliche Pfade, Care Ökonomie und gesellschaftliche Infrastrukturen zeigt, dass diese Themen in der Gesellschaft und bei uns im Zentrum von Reformstrategien angekommen sind.

Dierk Hirschel und *Hilde Mattheis* geben programmatische Impulse aus der politischen Praxis. *Hirschel*, Chefökonom von ver.di als der stärksten Interessenvertretung der Beschäf-

tigten im Gesundheitswesen, zeigt die ökonomische Bedeutung des Gesundheitswesens und die Nachteile profitorientierter Ökonomisierung für die Beschäftigten und für die Bevölkerung auf, indem er ungleiche Gesundheitsversorgung und Entwertung der Arbeit kritisiert. Er diskutiert die besonderen Rahmenbedingungen der organisierten Arbeit und der Berufe im Gesundheitssektor und die Erfolge, die ver.di schon erreichen konnte.

Hilde Mattheis, MdB, Mitglied der Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion und Vorsitzende des Forums DL 21, plädiert klar für eine Gemeinwohlorientierung der Gesundheitspolitik. Sie tritt für die Bürgerversicherung, die Stärkung der Selbstverwaltung, eine ausgeweitete Bundeskompetenz in der Gesundheitsgesetzgebung und die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein. Sie zeigt auf, dass in der laufenden Wahlperiode Schritte zur Reform der Vergütungssysteme für die niedergelassene Ärzteschaft und die Krankenhäuser sowie durch Investitionen für Krankenhäuser erreicht werden konnten, die aber noch nicht ausreichen.

Andreas Wulf, Berlin-Repräsentant von *medico international*, beschreibt kritisch die Reaktionen der globalen Gesundheitspolitik auf die Corona-Pandemie und die negativen Folgen von Budgetkürzungen und Privatisierung für die globale Gesundheit. Eine Universale Gesundheitssicherung ist Teil der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG) der Vereinten Nationen und damit der zeitgemäßen Konkretisierung der sozialen Menschenrechte. *Wulf* betont die Bedeutung der dem Gesundheitswesen vorgelagerten sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit und macht die Bedeutung öffentlicher Gesundheitsdienste im Sinne der Primary Health Care und ihrer partizipativen Ausgestaltung deutlich.

Thomas Gerlinger, Professor für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, beschreibt den Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung und Primärprävention in den letzten Jahrzehnten, kritisiert deren Praxis im Krankenkassenwettbewerb, die schwache

⁴ Hefte 152 (Gesundheitspolitik), 162 (Who cares about care?), 179 (Gesundheitsgerecht – Soziale Gesundheitspolitik und -wirtschaft), 213 (Behinderung und Inklusion), 231 (Moderner und solidarischer Wohlfahrtsstaat), 235 (Gesellschaftliche Infrastrukturen), 237 (Corona-Krise) und 239 (Corona-Kapitalismus?), 243 (Wohlfahrtsstaatliche Pfade und soziale Ungleichheit in Europa).

Ausstattung der kommunalen Gesundheitsämter und das institutionelle Design des Präventionsgesetzes. Er plädiert für die stärkere Datenbasierung, Einbettung in die öffentliche Daseinsvorsorge und Ausrichtung auf die Verminderung sozialer Ungleichheit.

Cornelia Heintze, Stadtkämmerin a.D., Politikwissenschaftlerin und Mitglied der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik zeichnet für den Abschnitt „Gesundheitspolitik: Lehren aus der Corona-Pandemie“ im Memorandum 2021 verantwortlich. Im Heft weisen wir mit einem Abstract darauf hin, im Netz dokumentieren wir den gesamten Text. Der aktuelle Grundagentext zeigt die Bedeutung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), ihrer auskömmlichen und unabhängigen Finanzierung für die Prävention von Pandemien, die durch die modernen Lebensbedingungen immer wahrscheinlicher werden. Die Bedeutung raschen und durchdachten staatlichen Handelns wird aufgezeigt, ebenso die politischen Voraussetzungen erfolgreicher Pandemiebekämpfung. *Heintze* zeigt, wie die Pandemie die verschleppten Probleme des deutschen Gesundheitswesens sichtbar gemacht und verschärft hat. Zu diesen gehören insbesondere die defizitäre Datenerfassung und wissenschaftliche Interpretation von Daten. Ausführlich werden die Probleme des Pflegenotstands in Krankenhäusern und Pflegeheimen analysiert, der tarifpolitische und berufspolitische Reformen zur Aufwertung des Pflegeberufs notwendig macht. Auch *Heintze* fordert den Ausbau des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ausführlich zeigt sie zudem die Schwächen der bisherigen Krankenhausfinanzierung und plädiert für alternative Elemente, namentlich eine Basisfinanzierung und eine auskömmliche Investitionskostenfinanzierung. Reformen des DRG-Systems oder eine Rückkehr zur Selbstkostendeckung werden alternativ diskutiert.

Hartmut Reiners, Referatsleiter in Landesministerien a.D. und Volkswirt, plädiert für einen präzisen und differenzierten Umgang mit Begriffen. Er pointiert, dass eine Ökonomie des Gesundheitswesens erforderlich ist und sich die Kritik an „Ökonomisierung“ tatsächlich gegen Kommerzialisierung richtet, eine alternative

Gesundheitspolitik aber Theorie und Praxis der Sozialwirtschaft entwickeln muss. In seinem Beitrag vertieft *Reiners* die Kritik der aktuellen Vergütungssysteme für ärztliche Leistungen und für Krankenhäuser. Er zeigt konkrete Alternativen zur Entwicklung einheitlicher und angemessener Vergütungen auf und benennt die Interessen, die die bestehenden Systeme stützen. Er zeigt, dass das in der laufenden Wahlperiode eingeführte Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik bereits wichtige Hinweise für eine Reform der Krankenhausfinanzierung enthält. *Reiners* bietet auch einen Ausblick auf mögliche Reformschritte für eine integrierte Bedarfsplanung und die zentrale Rolle der Länder.

Bernard Braun, Politikwissenschaftler und Herausgeber von www.forum-gesundheitspolitik.de, plädiert für eine Erweiterung der politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. Er zeigt Strukturdefizite des deutschen Gesundheitswesens in Über-, Unter- und Fehlversorgung auf und benennt die problematische Medikalisation sozialer Probleme. Er zeigt, dass das Zurückdrängen von Kommerzialisierung eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung besserer Versorgungsqualität ist. Zu den Strukturproblemen zählt er auch die Arztdominanz im deutschen Gesundheitswesen und die schwache Einbeziehung von Public Health in die ärztliche Ausbildung und Handlungsorientierung. Weiter zu diskutieren sein werden die Hinweise von *Braun* auf die Bedeutung kultureller und habituellder Faktoren im Umgang von Bevölkerung und Ärzteschaft mit Gesundheitsrisiken.

Felix Welti, Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht an der Universität Kassel, befasst sich mit der Bedeutung des Rechts und der Verrechtlichung für Gesundheitsreformen. Er zeigt die Bedeutung der jeweiligen verfassungsrechtlichen Rollen und Zuständigkeiten von Bund, Ländern, Kommunen und Sozialversicherung auf und plädiert für eine Verfassungsänderung, um eine integrierte Bedarfsplanung und Gesundheitspolitik in regionalen und kommunalen Räumen zu ermöglichen. Er diskutiert auch die Rolle von Rechtsnormen bei der Verfestigung von Interessen und Institutio-

nen und hält eine Erweiterung materialistischer Rechtsanalyse auf Bürokratiekritik für erforderlich, um die Strukturen und Probleme des Gesundheitswesens einzuordnen.

Fazit

Zieht man einen Strich unter den Heftschwerpunkt, so ist das Gesundheitswesen nach dreißig Jahren diverser Umbauten und Reformen unübersichtlich und unfertiger denn je. Fast jede regulative Maßnahme trifft auf bereits etablierte Interessen und die sie befestigenden rechtlichen und ökonomischen Positionen - mit dem Ergebnis regulativer Überkomplexität.

Angesichts der steckengebliebenen Bemühungen um eine nachhaltige Modernisierung angesichts von Über-, Unter- und Fehlversorgungen nimmt Ratlosigkeit selbst im hier publizierenden Expert*innenkreis eher zu. Gesellschaftlichen und politischen Akteuren ist das Gesundheitssystem zu einem großen Rätsel geworden, was zu problematischen Ausweichreaktionen entweder weg vom Thema oder hinein in unangemessene Reduktion von Komplexität führt.

Dem steht einerseits – die gute Botschaft – ein Gesundheitswesen gegenüber, das insgesamt noch von einer beachtlichen Leistungsfähigkeit geprägt ist, was nicht zuletzt seiner durchaus respektablen finanziellen Ausstattung und der Kompetenz der darin tätigen Professionen und Einrichtungen zu verdanken ist. Andererseits – die schlechte Botschaft – hat sich aber auch ein Stau an langfristig wirksamen Herausforderungen entwickelt, der immer weniger mit den im Bundestag wie auch in den Selbstverwaltungsgremien stattfindenden Nachregulierungen bewältigt werden kann, sondern nach Systemänderungen verlangt.

Wir möchten nachfolgend – keineswegs mit Anspruch auf Vollständigkeit – Systemfragen benennen. In der konkreten Umsetzung im Sinne „progressiver Strukturreformen“ wird man sich mit deren gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Restriktionen auseinandersetzen müssen.

1. **Die systematische Stärkung intermediärer Versorgungsstrukturen der Krankenbehandlung mit Bezügen zur Prävention, Rehabilitation und Pflege (klinische Ambulanzen, Versorgungszentren, poliklinische Strukturen, Versorgungsnetzwerke).** „Intermediär“ meint hier „zwischen“ stationärer Krankenhausversorgung und niedergelassener Praxis angesiedelt.
2. **Die Zusammenführung von stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung.** Dies steht im Zusammenhang mit den intermediären Versorgungsstrukturen, insbesondere mit der beständigen Ausweitung der von Krankenhäusern erbringbaren ambulanten Leistungen und der sukzessiven Schaffung von Gesundheitszentren. Regulativ bedeutsam wären eine einheitliche Bewertung ärztlicher Leistungen und eine einheitliche regionale Bedarfsplanung.
3. **Die Einbettung der neu gefassten medizinischen Versorgungsstrukturen in übergreifende Zusammenhänge.** Die systematisch patientenorientierte Verschränkung von medizinischen und sozialen Aspekten in der gesundheitlichen Versorgung erfordert eine Verstärkung regelbasierter und -finanzierter kooperativer Strukturen und Prozessen an den Schnittstellen zu Rehabilitation, Prävention und Pflege, darüber hinaus auch zu psychosozialen Angeboten und zur Jugendhilfe. Hierbei wird die Kommune – insbesondere mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst – gebraucht für die Organisation einer derartigen Verschränkung. Dies sollte sich auch in einer Infrastruktur medizinisch-sozialer Gesundheitszentren in ländlichen und städtischen Gebieten niederschlagen.
4. **Die Überwindung der Arztzentriertheit und die Etablierung kooperativer Interprofessionalität.** Das deutsche Gesundheitssystem ist de facto und de jure extrem arztzentriert (und hierbei noch stark individualmedizinisch ausgerichtet) und es stift die nicht-ärztlichen Berufe weitgehend als nachgeordnet, begleitend und ausführend

ein. Die eigenständige Bedeutung und Kompetenz dieser Berufe ist zu stärken – allerdings nicht im Sinne weiterer standesrechtlicher Abgrenzungen, sondern im Rahmen interprofessioneller Kooperation, die übergreifend angelegt sein und gesundheitsrelevante Sozialberufe einbeziehen müsste.

5. **Die Neubegründung bzw. Neufassung einer sozialräumlich orientierten Bedarfsplanung im Gesundheitswesen.** Die heutige Bedarfsplanung einerseits durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (Kassenarztsitze), andererseits durch die Länder (Krankenhaus) ist nicht geeignet, sozialräumliche Kontexte und Entwicklungen angemessen zu berücksichtigen. Die Planung der Krankenbehandlung, Prävention, Rehabilitation und Pflege muss integriert und mit weiteren sozialräumlichen Faktoren verbunden werden.
6. **Die Regionalisierung bzw. Kommunalisierung des Gesundheitssystems.** Aus allen zuvor aufgeführten Leitgedanken folgt, die Regionen und Kommunen als räumliche Basis einer sozial orientierten Gesundheitsförderung und -versorgung zu stärken und hierfür Veränderungen in den (verfassungs-)rechtlichen Rahmenbedingungen für die Kooperation von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Kommunen anzugehen. Mit Blick auf die schwache Positionierung der Selbsthilfe im System wie auch des Rückzugs der Krankenkassen aus „der Fläche“ geht es hier auch um die Zukunft von Selbstverwaltung und Partizipation.
7. **Die Etablierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes als weitere Säule des Gesundheitswesens.** Dies ist der übergreifende Leitgedanke, der über die aktuell im Vordergrund stehende Rolle im Infektionsschutz deutlich hinausgeht und die gesamte Prävention in ihrer Verschränkung mit einer bevölkerungsorientierten Gesundheitsversorgung betrifft. Ein guter erster Schritt wäre ein regional verankerter, übergreifender, unabhängiger und interdisziplinärer sozialmedizinischer Dienst.
8. **Die Schaffung einer leistungsfähigen, Sektoren übergreifenden öffentlichen Dateninfrastruktur.** Gerade auf diesem Kerngebiet der Digitalisierung versagt das deutsche Gesundheitssystem, was insbesondere mit Sektorgrenzen und der systemisch schwachen Verbindung von Gesundheitssystem und Gesundheitsforschung zu tun hat. Und gerade auf diesem Gebiet liegt eine der Kernfunktionen eines gestärkten Public Health Sektors – mit nationalen und regionalen Registerstrukturen und Monitoringssystemen bis hin zu einer starken Zuständigkeit für die gesamte bevölkerungsbezogene Gesundheitsforschung.
9. **Die Stärkung des deutschen Gesundheitssystems als Partner für universalen Gesundheitsschutz.** Auch hierfür ist die Stärkung von Public Health, einer bevölkerungsorientierten Herangehensweise an gesundheitliche Entwicklungen und der Dateninfrastrukturen essenziell. Es versteht sich, dass dies im Kontext einer europäischen und globalen Strategie zu verfolgen ist. ■