



Die Neustart! Zukunftsagenda - für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl

Die Neustart! Zukunftsagenda - für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl

Vorwort

Die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ der Robert Bosch Stiftung hat Bürgerinnen und Bürger aus ganz Deutschland in den Mittelpunkt einer mehr als zweijährigen Reformdebatte über das deutsche Gesundheitswesen gestellt. Auch über die Corona-Krise hinweg haben wir einen Dialog über Gesundheit und Gesundheitsversorgung ermöglicht und zugehört, was sich die Menschen in Deutschland für die Zukunft wünschen und vorstellen. Mit ihnen und einer Vielzahl von Fachleuten haben wir uns in die wesentlichen Züge des Gesundheitssystems hineingedacht und sind dabei vor allem auf den Wunsch nach einem Gesundheitssystem gestoßen, das tatsächlich die Förderung und Erhaltung von *Gesundheit* adressiert, bevor es Krankheiten heilt und lindert, was selbstverständlich ebenso seine Aufgabe ist. Aus dieser Sichtweise und den vielen fruchtbaren Dialogen mit Bürgern, Wissenschaftlern und Praktikern aus dem Gesundheitswesen beziehen wir den Mut, die „Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ vorzulegen. Wir wünschen uns, dass die darin formulierten Vorschläge für die dringend erforderliche Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems gehört und gewogen werden. Wir hoffen darüber hinaus, dass diese Neustart! Zukunftsagenda durch den dialogischen Prozess ihrer Entstehung auch einen Beitrag zur Weiterentwicklung unserer Gesellschaft, ihrer demokratischen Verfasstheit und ihres Zusammenhalts leisten kann.

Die Robert Bosch Stiftung bedankt sich bei den Beiratsmitgliedern der Neustart!-Initiative: Marion Caspers-Merk, Hans-Jürgen Firnkorn, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Dr. Zun-Gon Kim, Dr. Wolfgang Klitzsch, Dr. Claudia Maier, Prof. Dr. Gabriele Meyer, Prof. Dr. Andreas Michalsen, Dr. Dominik Graf von Stillfried und Dr. Matthias Zuchowski.

Unser Dank gilt außerdem den Kooperationspartnern: Prof. Dr. Mujaheed Shaikh, Dr. Alexander Haarmann, Prof. Dr. Detlev Ganten und Dr. Britta Rutert sowie allen beteiligten Bürgerinnen und Bürgern und den Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis, die sich im Verlauf der Initiative eingebracht haben.

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, im Juni 2021

Thesen

1. Das deutsche Gesundheitssystem braucht einen Paradigmenwechsel zu einem Gesundheits-System.

Das deutsche Gesundheitssystem ist zwar leistungsfähig bei der Behandlung kranker Menschen, aber es erfüllt seine Aufgabe nicht, sie durch Information, Gesundheitsförderung und Prävention vor Krankheiten zu schützen. Es klingt paradox, aber im Mittelpunkt unseres Gesundheitssystems steht nicht die Gesunderhaltung der Menschen. Damit das deutsche Gesundheitswesen seinen Namen verdient und endlich den Blick darauf richtet, Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen, braucht es eine dritte Revolution.

**Die dritte Revolution:
den Wechsel zu einem
Gesundheits-System
vollziehen**

2. Viele Menschen in Deutschland wollen ein solidarisches, am Gemeinwohl orientiertes Gesundheitssystem.

Der stark ausgeprägte Wunsch der Bürger und Versicherten nach einem solidarischen und gemeinwohlorientierten Gesundheitssystem muss endlich Eingang in die Politik finden. Dazu gehört auch die ernsthafte Debatte über die Einführung einer allgemeinen Krankenversicherung für alle. Ebenso der Wunsch der Menschen nach Transparenz, Mitbestimmung und Kommunikation auf Augenhöhe mit den im Gesundheitswesen Tätigen.

**Ein an Solidarität und
Gemeinwohl orientiertes
System sichern**

3. Die Neuausrichtung des Gesundheitswesens muss bei den Menschen ansetzen – bei ihrer Gesundheit und dort, wo sie leben.

Versorgung muss vor Ort bei den Menschen starten können und leicht zugänglich sein. Sie verknüpft Prävention und Gesundheitsförderung mit medizinisch-pflegerischer Versorgung. Primärversorgungszentren, die in ihre Region gut eingebunden sind, können dies leisten. Regionen übernehmen Verantwortung, stärken die öffentliche Gesundheit und werden darin von einem nationalen Zentrum mit Verantwortung für öffentliche Gesundheit unterstützt.

**Mit der Gesundheits-
versorgung bei den Menschen
ansetzen**

4. Die Partizipation der Bürger und Patienten muss auf allen Ebenen gestärkt werden

Gesundheit ist auf die Kooperation und Koproduktion aller Beteiligten angewiesen – in der Interaktion zwischen dem Patienten und seinen Helfern, in der Nachbarschaft und im informellen Engagement vor Ort, in der Gestaltung der regionalen Gesundheitsversorgung und in der Beratung von Entscheidungsträgern. Dazu müssen die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Partizipation auf allen Ebenen ermöglichen

5. Investitionen in Menschen und Qualität: Bildung ist der große Schlüssel

Gesundheitskompetenz, auch digital vermittelte Gesundheitskompetenz, ist wichtig für alle: für Bürger und Patienten, damit sie ihre Eigenverantwortung wahrnehmen und sich an der Gestaltung des Gesundheitswesens beteiligen können, ebenso wie für alle anderen, damit sie Zusammenhänge (besser) verstehen und vermitteln können. Investitionen in die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, in höchste Qualifizierungsstandards der Gesundheitsberufe und in das Erlernen von Zusammenarbeit versprechen große Gewinne für die Gesundheit.

In Menschen und Qualität investieren

6. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem entsteht nicht in Deutschland allein

Internationale Zusammenarbeit und Vernetzung sind unabdingbar, wenn es darum geht, auf Pandemien und Katastrophen vorbereitet zu sein. Dies gilt nicht nur im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Materialien und Gütern, sondern auch auf dem Gebiet einer sicheren Digitalisierung und bei gemeinsamen Herausforderungen wie dem Klimawandel.

International zusammenarbeiten für Gesundheit

7. Raus aus der Komfortzone: den Neustart wagen für eine Politik der langen Linien

Es muss gehandelt werden – aber nicht wie in der Vergangenheit in kleinteiligen, technokratischen Verbesserungsversuchen hier und dort, sondern mit Mut zu Weichenstellungen für große Ziele. Gefragt ist eine Politik der langen Linien, die nicht nur akute Krisen bewältigt, sondern für die Zukunft des Gesundheitswesens Rahmenbedingungen schafft, die Qualität weiterentwickeln und Innovation ermöglichen.

Jetzt handeln mit einer Politik der langen Linien

Inhalt

10	1	Warum ein Neustart notwendig ist – eine gesellschaftlich-historische Standortbestimmung des deutschen Gesundheitswesens
13	2	Neustart! – eine Plattform für den Austausch über das Gesundheitssystem von morgen
16	3	Die Botschaften aus der Mitte Deutschlands an die Politik
19	4	Paradigmenwechsel zu einem <i>Gesundheits</i>-System – oder die dritte Revolution
20		4.1 Ein neues Fundament
21		4.2 Gesundheit für das Individuum
23		4.3 Gesundheit für die Bevölkerung
24		4.4 Gesundheit in der vernetzten Welt
25		4.5 Politik der langen Linien
27	5	Das Gesundheitssystem erneuern – „von unten“ und von Grund auf
28		5.1 Primärversorgung durch örtliche Gesundheitszentren stärken
29		5.2 Regionen zur Gestaltung von Gesundheit befähigen
30		5.3 Nationales Zentrum mit Verantwortung für öffentliche Gesundheit
32	6	Mut fassen für eine gesunde Zukunft
36		Beteiligte Personen
38		Publikationsliste
40		Impressum

1

Warum ein Neustart notwendig ist – eine gesellschaftlich- historische Standort- bestimmung des deutschen Gesund- heitswesens

Gesundheit ist ein hohes Gut – für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft. Deutschland kann sich daher glücklich schätzen, ein im internationalen Vergleich leistungsfähiges Gesundheitssystem zu haben. Dennoch gibt es seit Jahren, gar Jahrzehnten, berechnete gesundheitspolitische und gesundheitsfachliche Debatten über die Zukunftsfähigkeit des Systems. Es steckt im Weiterentwicklungstau. Dieser zeigt sich etwa daran, dass intime Kenner des Systems inzwischen müde abwinken, wenn es um größere Reformen gehen soll. Bezeichnend ist auch, dass das Amt des Bundesgesundheitsministers unter Politikern eher als unbeliebt und riskant gilt – obwohl Gesundheit für die Menschen so wichtig ist.

Die aktuelle Corona-Pandemie überschattet viele angestauten Probleme und legt andere umso mehr unter das Vergrößerungsglas. Vor allem macht sie spürbar, welche zentrale Bedeutung individuelle und öffentliche Gesundheit haben: Ohne sie steht plötzlich alles kopf, brechen Lieferketten auseinander, bleiben Schulen und Arbeitsplätze leer, steht das öffentliche Leben weitgehend still. Die Pandemie gibt also allen Anlass, über die eigentlichen Ziele des Gesundheitssystems nachzudenken, weshalb eine kurze gesellschaftlich-historische Standortbestimmung hilfreich ist.

Systematisch vernachlässigt: Sozialmedizin und öffentliche Gesundheit

Das deutsche Gesundheitswesen ist keineswegs als entwickeltes System gestartet, sondern als Zwangsversicherung gegen Lohnausfall bei Krankheit. Seine Wurzeln reichen zurück in die Zeit der industriellen Revolution: Mit der Kaiserlichen Botschaft von 1881 wurde die Sozialgesetzgebung begründet, die nicht nur zum Ziel hatte, die Menschen vor materiellem Elend im Alter und bei Krankheit zu schützen – sondern auch das junge Reich vor revolutionären Bewegungen. Zeitgleich und dann massiv im 20. Jahrhundert begann der Aufstieg der modernen Medizin. Mit ihren erheblichen Reparaturerefolgen vor allem in der Chirurgie befeuerte sie sowohl die Individualmedizin als auch die Diktionsmacht der Medizinprofession – und prägte damit die Entwicklung der modernen Gesundheitsversorgung. Diese einseitige Ausrichtung des Systems vollzog sich auch deshalb so erfolgreich, weil Sozialmedizin und öffentliche Gesundheit („Public Health“) nach 1945 systematisch vernachlässigt wurden, was einerseits dem Missbrauch durch die Naziherrschaft geschuldet war, andererseits der Illusion, Penicillin würde die Infektionskrankheiten im Wesentlichen besiegen.

Diese Vernachlässigung der Sozialmedizin und die Verengung auf naturwissenschaftliche Betrachtungsweisen verstärkten den Trend zu einer arbeitsteiligen Medizin, die den Körper vor allem in seinen Einzelbestandteilen in den Blick nimmt bis hinein in den molekularbiologischen Bereich. Unter der Annahme einer der vermeintlichen Natur der Frau entspringenden Zugewandtheit und Dienstbarkeit wurde im Zuge der gesellschaftlichen Modernisierungsprozesse zudem versäumt, die im Mittelalter wurzelnde christlich-abendländische Pflege- und Fürsorgearbeit in die säkularisierte Welt zu überführen. So findet sich das deutsche Gesundheitssystem heute in der eigentümlichen Situation wieder, dass es in der Spitzenmedizin zwar wettbewerbsfähig ist, gleichzeitig jedoch im Pflegebereich immer wieder Personalnotstände zu verzeichnen sind.

Das Gesundheitssystem: weitgehend immun gegen Impulse von innen und außen

Niemand möchte die Errungenschaften der modernen Medizin missen, und kaum jemand könnte aufwändige Behandlungen ohne Weiteres aus eigener Tasche zahlen – fast alle erhalten sie dennoch: Anders als in anderen Ländern mit ähnlichem Entwicklungsstand gewährt das deutsche Gesundheitssystem nahezu allen Bürgern Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, weil durch die Sozialversicherungssysteme ein gewisser Ausgleich zwischen den verschiedenen Teilen der Bevölkerung (arm/reich, jung/alt, gesund/krank) hergestellt wird.

In seiner Architektur mit solidarischer Gleichbehandlung und einkommensabhängigen Versicherungsbeiträgen hat das deutsche Gesundheitssystem Kriege und Krisen überstanden sowie, seine prinzipielle Anpassungsfähigkeit und relativ hohe Resilienz gegenüber verschiedenen Herausforderungen bewiesen. Es hat in den letzten etwa fünf Generationen sein Leistungsniveau halten und ausbauen können und ist damit als ein prominenter Teil deutscher Kultur zu bewerten.

Doch so erfolgreich sich das System gegen unzählige politische Interventionen gewehrt hat (die der Versorgung häufig wenig Orientierung gaben), so viel Kraft und Zeit kosten mittlerweile selbst kleinere Veränderungen. Gesundheitspolitik schafft heute weniger Lösungen als dass sie durch ihr technokratisch-kleinschrittiges Handeln Teil des Problems geworden ist: Das Gesundheitssystem scheint geradezu immun zu sein gegen neue Impulse für seine

Weiterentwicklung. Manche Kritiker bezeichnen es in seiner gegenwärtigen Verfasstheit als „Krankheitssystem“ – weil es so sehr auf den Kampf gegen Krankheiten fixiert ist und so wenig Ressourcen für die Erhaltung und Förderung von Gesundheit bereitstellt.

Das hat entscheidend mit dem rechtlichen Rahmen des Gesundheitssystems zu tun, der durch Grundgesetz, Landesgesetze und die einschlägigen Sozialgesetzbücher definiert ist. Akteure, die Innovationen vorschlagen, kommen daher nicht umhin, sich damit auseinanderzusetzen, ob und wie der gesetzliche Rahmen ihre Reformvorschläge befördert oder behindert. Die Bearbeitung einer Vielzahl von Einzelfragestellungen und Partikularinteressen hat in der Vergangenheit zu fast ausschließlich pfadabhängigen Lösungen und zu kleinteiligen, oft inkohärenten und in manchen Bereichen selbst für Fachleute zu nicht mehr überschaubaren Regulierungen geführt. Übergreifende Anstrengungen mit dem Anspruch, Weichen neu zu stellen, müssen daher fast aussichtslos wirken – eine Herausforderung, die für Neustart! nicht zu übersehen war.

Weitgehend verschlossen zeigt sich das System auch gegenüber Ansätzen, die seit Jahrzehnten international auf höchster Ebene proklamiert und teilweise praktiziert werden. So hat beispielsweise die Erklärung der Weltgesundheitsorganisation von 1978 zur Stärkung der Primärversorgung (Alma Ata) die Gesundheitsversorgung hierzulande kaum strukturell prägen können. Auch passt sich das System veränderten Aufgaben nur sehr zögerlich an. Da es vor allem auf die Akutversorgung ausgerichtet ist, vernachlässigt es die kontinuierliche Begleitung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen, obwohl diese inzwischen das Krankheitsspektrum maßgeblich prägen. Auch deshalb ist bis heute keine befriedigende Antwort darauf gefunden, wie die vielen alten Menschen in einer Gesellschaft gepflegt werden sollen, die erst am Anfang eines historischen Schubs demografischer Alterung steht. Nicht zuletzt ist die zögerliche Digitalisierung der medizinischen Versorgung ein schlagender Beweis für die mangelnde Flexibilität eines offenbar selbstzufriedenen Systems.

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die Debatten über die ungelösten Probleme der Vergangenheit, über die aktuelle Corona-Krise sowie über die Herausforderungen in der Zukunft stellen den Status quo des Systems grundlegend in Frage.

Keine Fortsetzung alter Debatten – raus aus der gesundheitspolitischen Komfortzone

Vor diesem Hintergrund ist die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ 2018 auf den Plan getreten. Ihre Absicht ist nicht, Kritik an einem System zu üben, das in der Vergangenheit erstaunliche Leistungsfähigkeit bewiesen hat. Auch sollen alte Debatten nicht fortgesetzt und hier und dort weitere technokratische Verbesserungen vorgeschlagen werden (auch wenn am Ende konkretes Handeln gefragt ist). Die Pandemie sollte uns aber aufrütteln, die bisherige gesundheitspolitische Komfortzone mit den immer gleichen Diskursen und immer gleichen Interessensarenen zu verlassen und die eigentlichen Ziele des Gesundheitswesens in den Blick zu nehmen.

Die Initiative fällt in eine Zeit, die allgemein als Umbruch erlebt wird, in der demokratische Ordnungen und sozialer Zusammenhalt in Frage gestellt werden, in der sich technokratisch geprägte Strukturen als immer weniger tragfähig erweisen angesichts einer pluralistischen Gesellschaft. Die Menschen spüren, dass der Klimawandel, die Digitalisierung und neue, unser Erbgut verändernde Technologien dabei sind, die Welt komplett zu verändern.

Sollen Demokratie, sozialer Zusammenhalt und Krisenresilienz gestärkt werden, ist mehr Partizipation auf allen Ebenen der Gesellschaft unumgänglich. Gerade in der Corona-Krise zeigt sich, wie wirkungsmächtig verschiedene Meinungsbilder sein können und wie sehr belastbare Lösungen für ein demokratisches System auf ehrlichen Dialog angewiesen sind.

Neustart! ist deshalb der Versuch, aus der Mitte der Gesellschaft heraus Orientierung zu finden, Perspektiven für eine Gesundheitspolitik der langen Linien zu entwickeln und Mut zu machen für tiefgreifende Veränderungen. Neustart! will im besten Sinne einen Neustart auslösen für einen weiteren großen Entwicklungsschritt des Gesundheitssystems. Für ein System, das auch in Zukunft für alle Menschen in Deutschland eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellt, ihnen zugewandt ist – patientenorientiert, multiprofessionell, qualitätsgeprägt und offen für Innovationen. Für ein Gesundheitssystem, das diesen Namen zu Recht trägt.

2

Neustart! – eine Plattform für den Austausch über das Gesundheitssystem von morgen

Anspruch der Reformwerkstatt ist es, durch die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern Legitimation für Reformvorschläge herzustellen. Aus diesem Grund erschien es nicht sinnvoll, zusätzlich zum „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ einfach eine weitere Expertenkommission einzuberufen. Vielmehr drängte sich auf, Perspektiven der Bürger aus der Mitte der Gesellschaft zu erfahren. Ihre Ansichten und Einsichten bilden die wesentliche Grundlage für die Dialoge, denen die Neustart!-Initiative seit 2018 als Plattform diene für den Austausch mit Expertinnen und Experten, mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, mit Vertreterinnen und Vertretern der Selbstverwaltung und der Berufsgruppen sowie mit den parlamentarischen Politikerinnen und Politikern einschließlich dem Bundesgesundheitsminister.

Bei zwei großen Dialogveranstaltungen in den Jahren 2019 und 2020 versammelten sich annähernd 700 Bürgerinnen und Bürger in fünf Städten Deutschlands – in der Corona-Krise auf virtuellen Plattformen – und formulierten ihre Wünsche und Vorstellungen für das Gesundheitssystem von morgen. Ihre Anregungen wurden in parallel stattfindenden Think Labs mit Fachleuten aus Wissenschaft und Praxis aufgegriffen und durch Treffen von Bürgern mit Experten ergänzt. Die Think Labs wurden in Kooperation mit der Hertie School veranstaltet und behandelten folgende Fragen:

- Wie kann ein anderes Gesundheitssystem aussehen?
- Welche Entwicklungen auf dem Weg dahin sind zu berücksichtigen?
- Wer bildet die Zielgruppe: Patienten, Bürger, Konsumenten? Wie vielfältig ist sie? Was versteht sie unter Gesundheit und Krankheit? Wie verhält sie sich?
- Wie muss die Leistungserbringung aufgestellt werden, um die Ziele zu erfüllen?
- Woher kommen die finanziellen Mittel, und wie werden sie verteilt?
- Welche Form der Steuerung eignet sich für die Durchsetzung der Ziele und für schnellere Anpassungen an neue Herausforderungen?
- Welches sind die Aussichten für ein neues Gesundheitssystem?

Punktuell brachten weitere gesundheitspolitische Podiumsveranstaltungen interessierte Bürger, Fachleute und Politiker miteinander ins Gespräch.

Im Juli 2020 beantwortete Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Fragen der Bürgerinnen und Bürger und signalisierte Offenheit, Ideen für ein zukünftiges Gesundheitssystem entgegenzunehmen. Im zweiten Bürgerdialog 2020, hinterfragten und verdichteten die Teilnehmer die in den unterschiedlichen Formaten vorgebrachten Lösungsvorschläge. Mit Expertinnen und Experten diskutierten sie im Frühjahr 2021 die Aussichten auf tatsächliche Veränderungen.

Zusätzliche externe Expertise für die Ideen aus der Reformwerkstatt

Zwar bilden die vielfältigen Dialogformate das Herzstück von Neustart!. Dennoch erschien es angebracht, durch Aktivitäten und Kooperationen mit externen Institutionen zusätzliche Dimensionen in den Blick zu nehmen, um zu verstehen, warum Veränderungen – gar ein Paradigmenwechsel – bislang ausgeblieben sind. So erarbeitete das Institute of Comparative Politics and Public Policy der TU Braunschweig mit Förderung durch die Robert Bosch Stiftung eine Synopse zur „Reform- und Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens“. Die Arbeit legt dar, wie die politische Steuerung des Gesundheitssystems seit den 1950er Jahren bis heute verlief. Ihr wesentlicher Befund lautet, dass grundlegende Reformen nur unter spezifischen Bedingungen durchsetzbar sind. So gibt es auch in der aktuellen Gesundheitspolitik trotz großer Gesetzesfülle keine Strukturreformen, welche die großen Probleme – Finanzierung, Solidarität, Qualität, Fachkräftemangel – wirkungsvoll aufgreifen. Vieles wird aus den Logiken der Teilsysteme heraus geregelt, die untereinander nicht kompatibel sind. Mit anderen Worten: Es herrscht Aktionismus, wo vorausschauendes vernetztes Handeln gefragt ist.

Weitere Expertise von außen kam vom „Health Governance“-Lehrstuhl der Hertie School, der sich mit der Frage beschäftigt, wie die Steuerung des Gesundheitswesens weiterentwickelt, flexibler gestaltet und auf zukünftige Herausforderungen zugeschnitten werden kann. Auf Einladung der Robert Bosch Stiftung erstellte außerdem ein Arbeitskreis ausgewiesener Fachleute einen Handlungskatalog, in dem beschrieben ist, wie die Sozialgesetzgebung und vor allem das fünfte Buch auf der Grundlage wünschenswerter Ziele überarbeitet werden müsste. Die Leitgedanken dafür entstammten vor allem dem ersten Bürgerdialog: Wie können die Sektoren aufgelöst werden und eine

patientenorientiertere Gesundheitsversorgung gelingen? Wie erreicht man eine multiprofessionelle Leistungserbringung und neue verantwortliche Rollen in den Gesundheitsberufen? Wie kann der Stellenwert der öffentlichen Gesundheit erhöht werden? Wie können Regionen und Kommunen in ihrem Handeln für Gesundheit gestärkt werden? Welche Grenzen zieht das Grundgesetz? Wie lässt sich die konstruktive Nutzung der Digitalisierung abbilden?

Zusammenarbeit aller Disziplinen für Gesundheit und Wohlbefinden

Schließlich ist die Robert Bosch Stiftung im Rahmen von Neustart! auch eine Kooperation mit der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (BBAW), dem World Health Summit und Charité Global Health eingegangen. Im Mittelpunkt der Zusammenarbeit steht das Bemühen, ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit zu vermitteln. Denn die moderne Medizin ist heute in eine Vielzahl von Spezialisierungen verästelt, die sich in

unterschiedlichster Weise darum bemühen, Krankheiten zu heilen oder wenigstens Symptome zu lindern. Gerade die Corona-Pandemie zeigt jedoch, dass Umweltaspekte oder Präventionsmaßnahmen für die Gesunderhaltung möglichst vieler Menschen mindestens ebenso relevant sind wie die reine Behandlungsmedizin. Die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Zukunft der Medizin“ der BBAW beschäftigt sich deshalb mit den wissenschaftlichen Grundlagen einer zukünftigen Medizin – angefangen bei der Molekularbiologie über die Organsysteme bis zum Zusammenspiel der Körperfunktionen – und verbindet diese in einem ganzheitlichen Blick mit Umweltfaktoren, Lebensstilen und den Konsequenzen für die Krankenversorgung, Prävention und Gesundheit. Es geht letztlich um die Erfüllung des 3. Nachhaltigkeitsziels der Vereinten Nationen, wonach Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen zu ermöglichen sind. Die Kooperationspartner engagieren sich für den dafür notwendigen kontinuierlichen Dialog zwischen Zivilgesellschaft, Wissenschaft und Politik.

Neustart! und Corona

Die Corona-Pandemie durchkreuzte selbstverständlich auch die Pläne der Neustart!-Initiative und erzwang Online-Konferenzen, wo persönliche Begegnungen geplant waren. Im zweiten „Neustart! Think Lab“ im Juni 2019 – also nur wenige Monate vor den ersten bekannten Infektionen in China – wurde auf die Gefahr von Pandemien hingewiesen, die nicht nur durch die Ausbreitung und Mutation von Virenstämmen drohen, sondern auch durch die zunehmende Antibiotikaresistenz vieler bakterieller Keime.

In einer Serie von sieben „Neustart! Corona Calls“ im Sommer 2020 zogen 26 Fachleute aus Gesundheitsversorgung und Wissenschaft eine erste Bilanz der Krise und bereicherten die vorausgegangenen Diskussionen um wichtige Einsichten dahingehend, welche Veränderungen im Gesundheitssystem gerade im Lichte der Pandemieerfahrung nicht länger aufgeschoben werden dürfen.

3

Die Botschaften aus der Mitte Deutschlands an die Politik

Kern der Neustart!-Initiative bildeten Dialogveranstaltungen, an denen sich fast 700 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger aus ganz Deutschland beteiligten. Sie wählten rund 40 Botschafter, welche die Anliegen in weiteren Formaten wie den Bürger-Experten-Dialogen vertraten. Über die Neustart!-Webseite gingen etwa 270 Kommentare ein, und gut 1.000 Personen nahmen 2020 an einer repräsentativen Umfrage zu Reformansätzen für das deutsche Gesundheitssystem teil. Die wesentlichen Botschaften, die die Bürger in diesen Foren an die Politik richteten, lauten:

- Im Gesundheitswesen soll der **Mensch im Mittelpunkt** stehen. Dass eine Selbstverständlichkeit derart betont wird, kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass das Gesundheitssystem diese Erwartung oft eben *nicht* erfüllt und anderen Interessen dient.
- Bürgerinnen und Bürger machen sich stark für **mehr Gesundheitsförderung und Prävention**. Die Erhaltung der Gesundheit steht für sie an erster Stelle. Sie wünschen sich, dass die Weichen durch Gesundheitsbildung bereits in Kitas und Schulen früh gestellt werden.
- Sie schlagen eine **vermehrte Besteuerung gesundheitsschädlicher Nahrungs- und Genussmittel** vor. Alltag und Lebenswelten sollen für alle und in allen Bereichen so gestaltet sein, dass die Entscheidung für die gesunde und nachhaltige Alternative stets die einfache und normale ist – von der Ernährung über die Mobilität bis zum Stressverhalten.
- Die Menschen erwarten leicht verständliche und zugängliche und vor allem **verlässliche Informationen**.
- Bürgerinnen und Bürger haben keineswegs nur ihre eigene Gesundheit im Blick. Die Ergebnisse der Dialoge zeigen ein ausgeprägtes **Verständnis von Gesundheit als „Common Good“**. Diese Haltung spiegelt sich in einigen richtungsweisenden Vorschlägen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wider. So sprechen sich die Teilnehmenden sowohl in den Dialogen als auch in der repräsentativen Umfrage mehrheitlich für ein **solidarisches Versicherungssystem** aus, zum Beispiel in Form einer **allgemeinen Krankenversicherung**, die die wesentliche Versorgung abdeckt und optional Zusatzleistungen anbietet.
- Dieselbe Haltung kommt im Vorschlag für einen **Finanzausgleich zwischen** ärmeren und wohlhabenderen **Regionen** zum Ausdruck. Auch die Überlegungen zu „**Caring Communities**“, also gegenseitiger nachbarschaftlicher Hilfe, gehen in diese Richtung.
- Besonders deutlich sind die Sichtweisen zu den Themen Finanzierung und Vergütung: Das Gesundheitswesen soll nach Meinung der Menschen **gemeinwohlorientiert statt gewinnorientiert** gestaltet werden. Einzelne Teilnehmende wünschen sich sogar ein staatlich gesteuertes Gesundheitssystem. Dies dürfte seinen Ursprung in der Sorge haben, dass Gesundheit zunehmend den Kräften des freien Marktes ausgesetzt und als „Common Good“ in Gefahr ist.
- Mit dem Verständnis von Gesundheit als Gegenstand des Gemeinwohls ist eine weitere zentrale Botschaft aus den Bürgerdialogen erkennbar: Gesundheit bedarf des verantwortlichen Handelns aller Beteiligten: Die Bürgerinnen und Bürger sehen klar die **Verantwortung für die eigene Gesundheit** und sprechen sich für ihre Förderung aus. Zusätzlich zur Vermittlung von Grundkenntnissen bereits bei Kindern und Jugendlichen sollten weitere Möglichkeiten angeboten werden, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Transparente Informationsvermittlung, verlässliche Gesundheitsportale und Anlaufstellen sind ebenso wie ein konsequent nutzerfreundlich gestaltetes Gesundheitssystem insgesamt wichtige Schlüssel. Auch sollte die Fähigkeit gefördert werden, Informationen aus verschiedenen Quellen gegeneinander abzuwägen. Menschen mit eingeschränkter Gesundheitskompetenz sollten gezielt unterstützt werden.
- Der Anspruch an Verantwortung soll sich jedoch nicht in einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) erschöpfen. Gefordert werden auch mehr **Partizipation** und **Mitbestimmung**, was **Kommunikation auf Augenhöhe** mit den professionellen Helfenden voraussetzt, aber auch einen einfachen Zugang zu und transparenten Austausch mit den administrativen Bereichen des Gesundheitssystems wie zum Beispiel den Krankenkassen. So wünschen sich die Bürger **mehr Mitwirkung** etwa bei der Planung und Gestaltung regionaler und kommunaler Versorgungsstrukturen, zum Beispiel durch kommunale Gesundheitskonferenzen.
- Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung im engeren Sinne wünschen sich die Bürger vor allem eine **gesicherte Erst- und Grundversorgung** und einen niedrighschwelligen Zugang zu einer umfassenden und ganzheitlichen Betreuung. Darin und in einem breiten interdisziplinären Angebot sehen sie die Vorteile von **Primärversorgungszentren**, die zudem im ländlichen Raum Lücken der ärztlichen Versorgung schließen und Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention bündeln könnten.

- Die Teilnehmenden der Dialogveranstaltung empfinden eine hohe **Wertschätzung der Gesundheitsberufe** und sehen es als wichtig an, professionelles Handeln in diesen Berufen nachhaltig zu unterstützen – durch **angemessene Vergütung** und mehr Zeit für die Kommunikation mit den Patienten, durch eine verbesserte Situation der Pflege und vor allem durch einfachere Prozesse und Entlastung von Bürokratie. Auch soll ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal verstärkt in Kommunikations- und Sozialkompetenz qualifiziert werden, um Barrieren aufgrund von Sprache, kultureller Sozialisation, Bildungsniveau oder körperlicher bzw. kognitiver Beeinträchtigung abzubauen.
- Eindeutige Kritik üben die Bürger daran, dass das Gesundheitssystem an vielen Stellen intransparent und die Interaktion vielfach mühsam sei. Vorschläge zur Verbesserung reichen von **mehr Transparenz** in den Abrechnungssystemen über allgemeinverständliche Befunde und Berichte bis zu seriösen Online-Rankings der Anbieter von Gesundheitsleistungen.
- Bemerkenswert ist schließlich der Befund, dass Bürgerinnen und Bürger weder übertriebene Bedenkenträger noch Verhinderer sein wollen – im Gegenteil: Sie unterstützen ausdrücklich **Investitionen in Innovation und Forschung**. Sie wünschen einen konstruktiven **Einsatz der Digitalisierung** und verbinden damit die Chance, mehr Transparenz herzustellen und Bürokratie zu reduzieren. Sie heißen ein sicheres Datensystem gut, das ihre Gesundheitsdaten zentral speichert und bei dem sie selbst über den Zugriff auf ihre Akte entscheiden. Vom **vermehrten Einsatz der Telemedizin** erhoffen sie sich eine flexiblere und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung.
- Ein wichtiges Ergebnis der Dialoge ist schließlich auch das, was die Bürger *nicht* thematisiert haben. Denn auch wenn mangelnde Transparenz und Zeit im Kontakt mit den Ärzten angesprochen worden sind, hat die fachliche Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung in den Bürgerdialogen kaum eine Rolle gespielt.

4

Paradigmenwechsel zu einem *Gesundheits-* System - oder die dritte Revolution

Wenn die Gesundheit der Menschen im Mittelpunkt stehen und ernstgenommen werden soll, was bei den Dialogveranstaltungen klar gefordert wurde, braucht es Mut für Veränderungen. Dann muss das System zu einem echten *Gesundheits-System* umgebaut werden. Und das bedeutet nichts weniger, als einen Paradigmenwechsel einzuleiten oder historisch betrachtet gar eine dritte Revolution im Umgang mit Gesundheit. Ausgehend von dem Ziel, jedem Einzelnen und allen zusammen ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen, müssen Bestehendes und Bewährtes erneuert und verbessert werden, müssen über Partikularinteressen hinweg neue Lösungen entwickelt und Wege gefunden werden, die eine wirksame und nachhaltige Umsetzung versprechen. Dabei muss es darum gehen, den Blick umfassend auf Gesundheit auszurichten und die Rollen von Patientinnen und Patienten ebenso neu zu verorten wie die der Gesundheitsberufe. All das erfordert die Bereitschaft, Zuständigkeiten, Planungen, Umsetzung und Finanzierung sowie die Steuerung des Systems neu zu gestalten.

4.1 Ein neues Fundament

Der Grundstein für ein tragfähiges Fundament eines erneuerten deutschen Gesundheitswesens wurde bereits im UN-Sozialpakt von 1966 gelegt. Danach anerkennen die Vertragsstaaten das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit. Auch das dritte Nachhaltigkeitsziel der Vereinten Nationen verpflichtet darauf, allen Menschen jeden Alters ein gesundes Leben zu gewährleisten und ihr Wohlergehen zu fördern. Dies sind zivilisatorische Errungenschaften, die ihre Wirkkraft durch eine gemeinsame Haltung von Akteuren verschiedenster Nationen entfalten. Sie ermutigen, auch für die Gesundheitsversorgung in Deutschland eine gemeinsame Grundhaltung zu entwickeln – unabhängig von der Verschiedenheit der Akteure und ihrer jeweiligen Stellung in der Gesellschaft oder im Gesundheitssystem. Für den Kern einer neuen Haltung und für das Fundament eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems lassen sich aus den Dialogen der Neustart!-Initiative folgende Prämissen ableiten:

- **Gesundheit ist Teil der Daseinsvorsorge** und Gegenstand sozialer Sicherung, gebunden an die Werthaltungen des Sozialstaats und an ein Staatsverständnis, das die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im ländlichen und städtischen Raum anerkennt.
- Die Prioritäten der Politik folgen der Logik, 1. Gesundheit zu erhalten, 2. Gesundheit bestmöglich wiederherzustellen und 3. mit Krankheit und Behinderung so gut wie möglich zu leben. **Der Mensch** mit seinen gesellschaftlichen Bezügen **steht** dabei **im Mittelpunkt**.
- Gesundheit wird erheblich von sozialen Gegebenheiten beeinflusst und ist essentiell für eine leistungsfähige Gesellschaft. Gesundheit ist daher nicht nur Gegenstand von Gesundheitspolitik im engeren Sinne, sondern erfordert „Health in all Policies“, das heißt die **Berücksichtigung von Gesundheit in allen Politikbereichen**.
- Bürger, Versicherte und Patienten sind mündiger und aktiver Teil des Gesundheitssystems. Sie werden in ihrer **Verantwortung für die eigene Gesundheit** ernstgenommen und dazu befähigt. Menschen, die ihre Selbstbestimmung nur eingeschränkt wahrnehmen können, dürfen dennoch auf würdevolle und hochwertige Versorgung vertrauen. **Interaktion und Fürsorge bilden den existenziellen Kern des Versorgungsgeschehens** auch bei schwerster Krankheit und bis zum letzten Lebensmoment.

- Leistungen im Gesundheitswesen werden zielgenau und ressourcenschonend eingesetzt, das heißt im bestmöglichen Verhältnis von Zugänglichkeit, Qualität, Wirksamkeit und Bedarfsgerechtigkeit.
- Das Gesundheitswesen basiert auf **Vertrauen** und lernender Weiterentwicklung, auf **Kooperation** und **Verantwortung** aller. Es ermöglicht das Engagement und die **Partizipation** vieler Beteiligter. **Transparenz** ist eine notwendige Bedingung.
- Trotz aller Sorge um Gesundheit und Genesung wird die Endlichkeit des Lebens anerkannt: **Krankheit und Tod gehören zum Leben**. Ethische Fragen erhalten den angemessenen Raum, diskutiert zu werden.

Werden diese Prämissen erfüllt, gewinnt die gesundheitliche Versorgung der Zukunft Konturen: Die Akteure handeln ganzheitlich, vorausschauend und in einer Politik der langen Linien; sie treffen Vorsorge für potenzielle Krisen und investieren in Bildung, Forschung und Wissenschaft; sie sorgen für Innovation und setzen sie im Sinne der Gesundheit der Menschen ein; sie nehmen sich selbst als Teil der Weltgemeinschaft wahr.

4.2 Gesundheit für das Individuum

Die eigentliche Ressource des Gesundheitswesens ist der Mensch selbst. Ein Bürger, der keine Verantwortung für die eigene Gesundheit übernimmt, ein Patient, der im Heilungsprozess nicht aktiv mitwirkt, verhindert, dass die Gesundheitsversorgung ihr mögliches Leistungsniveau erreicht. Um Gesundheit zu erhalten, muss daher prioritär die Selbstverantwortungskraft von Bürgern und Patienten gestärkt und in ihre Gesundheits- und Digitalkompetenz investiert werden. Bildungsangebote und verlässliche Informationen sind wichtige Elemente, damit Bürger und Patienten sich in einer komplexen, oft widersprüchlichen Welt und ihrer eigenen Lebenssituation angemessen und eigenverantwortlich verhalten können. Im Versorgungsgeschehen zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit bzw. für ein gutes Leben mit ihrer Krankheit muss ihnen Koproduktion zugetraut und zugemutet werden.

Koproduktion ist ihrem Wesen nach in den Beziehungen zwischen dem Patienten und seinen Helfern verwurzelt und – für ein erfolgreiches Produkt – an Voraussetzungen gebunden. Im koproduktiven Versorgungsgeschehen dürfen die Bürger und Patienten erwarten:

- Zuwendung ihrer Helfer, die nicht anderen, sekundären Kalkülen folgt
- neutral geprüfte Qualität und hohe Professionalität aller Akteure
- Verzicht auf falsche Versprechungen und Hoffnungen, faire Kommunikation der Helfer und faires Aufzeigen der Behandlungsoptionen und ihrer Konsequenzen
- Hilfe und Unterstützung dabei die Selbstverantwortungskraft zu steigern sowie die eigenen Interessen erkennen und vertreten zu können
- Berücksichtigung der eigenen biografisch-sozialen Situation und gemeinsames Entscheiden über die Maßnahmen im Versorgungsprozess
- gute Kooperation der beteiligten Helfer im Hinblick auf die eigenen Gesundheitsziele
- unbedingte Begleitung und Hilfe in existenziellen Situationen

Die Interaktionssituation ist somit das Nadelöhr und das Moment der Koproduktion in der gesundheitlichen Versorgung. In der Begegnung mit den Patienten zeigt sich die Qualität der im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte – ob Ärzte, Pflegende oder Therapieberufe. Wenn diese versagen

oder weit von ihrem Optimum entfernt bleiben, bleiben alle Anstrengungen der Gesundheitspolitik, der Partner der Selbstverwaltung, der Verbände sowie der einschlägigen Institutionen und Entscheidungsgremien ohne Wirkung. Die hohe Verantwortung der Gesundheitsberufe verlangt deshalb nach ihrer Unterstützung durch:

- Anreize und Rahmenbedingungen, die das Handeln nach professionellen Standards und wissenschaftlicher Evidenz ermöglichen und befördern und die kluge sowie professionelle Entscheidungen nicht konterkarieren
- Investitionen in eine hohe und sensible Kommunikationskompetenz
- einen hohen Ausbildungsstand, der es erlaubt, über den Tellerrand der eigenen Spezialisierung hinauszusehen
- eine in der Ausbildung geübte Kooperationsorientierung und in der Praxis durch Prozesse, die kooperatives Handeln unumgebar machen
- Erkennen der jeweiligen Kompetenzgrenzen, u. a. auch als Voraussetzung für eine notwendige Kooperationsorientierung
- vernünftige und realistische Qualitätssicherungsprogramme
- die positive Bewertung von innovationsoffenem und investivem Handeln sowie von bewusstem therapeutisch-relevanten Nichthandeln

Insbesondere der bislang nicht ausreichend beachtete Beitrag der Pflegeberufe in der Gesundheitsversorgung muss erkannt und als solcher gefördert werden. Pflege- und Fürsorgearbeit halten die Gesundheitsversorgung am Laufen und sind wesentlich für die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten, insbesondere in vulnerablen Situationen und wenn Heilung nicht (mehr) möglich ist. Diese Arbeit ist höchst voraussetzungsvoll, benötigt Bildung und tragfähige Anreize.

Die Koproduktion zwischen Patienten und ihren Helfern muss in ein Versorgungsgeschehen eingebettet werden, das konsequent am individuellen Verlaufskontinuum ausgerichtet ist – von Prävention über Kuration, Rehabilitation und Pflege bis zur End-of-Life-Care mit den Zielen, Gesundheit wiederherzustellen oder chronische Erkrankungen dauerhaft zu stabilisieren und dabei die Lebensqualität zu erhalten.

Voraussetzungen dafür sind

- eine funktionierende Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe und weiterer Helfer
- ein guter Zugang zur Gesundheitsversorgung – digital, vor Ort und im Notfall
- eine starke Primärversorgung mit koordinierten Übergängen in die Spezialversorgung und zurück

Eine nahtlose Versorgung der Patienten entlang des individuellen Verlaufskontinuums muss die Regel sein. Die Sozialgesetzgebung ist entsprechend zu überarbeiten, so dass Sektoren(-Grenzen) nicht mehr überwunden werden müssen und die derzeit darin gebundenen Ressourcen für die eigentliche Patientenversorgung frei werden.

4.3 Gesundheit für die Bevölkerung

Die öffentliche Gesundheit („Public Health“) wird seit 1945 systematisch vernachlässigt. Ziel muss es sein, sie zu stärken – und zwar nicht nur durch die Stabilisierung der kommunalen Gesundheitsämter und die Infektionskontrolle. Gerade die Corona-Pandemie steigert die Bedeutung der Bevölkerungsgesundheit und eines funktionierenden öffentlichen Gesundheitsdiensts, der allein der Daseinsvorsorge verpflichtet ist und keine Individualinteressen vertritt. Bei aller Verantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit kann nicht alles auf das Individuum abgeschoben werden. Auch können die Gesundheitsberufe bei allem professionellen Anspruch, der an sie gestellt wird, nicht jede Krankheit heilen und sind weitgehend machtlos gegenüber ungünstigen sozialen Lebensbedingungen ihrer Patientinnen und Patienten. Gesundheit ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge und die epidemiologischen Entwicklungen in den letzten Monaten zeigen, dass der Staat vermehrt direkte Verantwortung für die Gesundheit seiner Bürger übernehmen muss und die Eigenverantwortung des Individuums und die professionelle Verantwortung der Gesundheitsberufe ergänzt.

Verantwortung für die öffentliche Gesundheit bedeutet, eine bedarfsorientierte Versorgung zu gewährleisten. Gesundheitsförderung und Prävention müssen auf Ebene der Städte und Gemeinden verankert werden. Im Sinne von „Health in All Policies“ muss der Verhältnisprävention der Stellenwert eingeräumt werden, der ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung entspricht, das heißt staatliche Institutionen müssen auf gesunde Lebenswelten für die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppen hinwirken.

Gesundheitsförderung und Prävention dürfen nicht – wie derzeit vielfach üblich – unverbunden neben dem Bereich der Gesundheitsversorgung stehen. Sie müssen konstitutiver Teil einer zu stärkenden Primärversorgung sein und in pflegerisch-therapeutische Maßnahmen vor Ort integriert werden. Folglich bedarf es einer stärkeren Verknüpfung von ambulanter und stationärer Versorgung mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und auch den Gesundheitsämtern. Bürgerinnen und Bürger müssen eng eingebunden werden. Die Ebene der Primärversorgung eröffnet insgesamt zahlreiche Optionen der kontinuierlichen Partizipation – von der Vereinsarbeit über Heimräte bis zur Beteiligung in kommunalen und regionalen Gesundheitskonferenzen. Voraussetzung sind Strukturen, wie sie bereits in einigen

Bundesländern existieren. Kommunale und regionale Gesundheitskonferenzen können zum Dreh- und Angelpunkt der Gesundheitsversorgung werden. Dazu braucht es klare rechtliche Befugnisse sowie Gestaltungsspielraum.

Eine wirksame öffentliche Gesundheit ist zwingend angewiesen auf verlässliche Informationen. Eine bedarfsorientierte regionale Gesundheitsplanung sowie eine rationale Bewertung von Maßnahmen und ihren Ergebnissen erfordern geeignete Datenerhebungen bzw. -auswertungen, außerdem die Verknüpfung mit den Daten der Sekundär- und Spezialversorgung und damit Datenmodelle, die höchste Effizienz und Qualität in der Gesundheitsberichterstattung ermöglichen. Die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung könnte hier ihre größte Wirkung entfalten. Gesundheitsämter müssen befähigt werden, geeignete Daten zu erheben und die ihnen bereits vorliegenden Daten im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung flächendeckend aufzuarbeiten. Auch müssen sie befähigt werden, als verständliche Multiplikatoren aufzutreten.

Die Gestaltung der öffentlichen Gesundheit muss inhaltlich und datentechnisch anschlussfähig sein an die Strukturen der Europäischen Union und an die Bemühungen um globale Gesundheit im internationalen Raum.

4.4 Gesundheit in der vernetzten Welt

Die Leistung eines nationalen Gesundheitssystems kann exzellent sein – und dennoch verheerende Wirkungen in anderen Teilen der Welt auslösen. Dies kann der Fall sein durch toxische Entwicklungen in der Organtransplantation (Organhandel), durch die Produktionsbedingungen national erforderlicher Güter im Ausland (Antibiotika), durch die Ressourcenverteilung knapper Güter weltweit (Impfdosen), durch den Abzug von Fachkräften aus dem Ausland zur Sicherstellung der Versorgung im Inland (Brain Drain) oder durch den eigenen CO₂-Abdruck und die Verbindungen zur Gesundheit anderer Lebewesen (One Health). Ein nationales Gesundheitswesen, das derartige Wechselbeziehungen nicht in den Blick nimmt, ist nicht nur moralisch fragwürdig, sondern konterkariert auch internationale Abkommen und verkennt die systemischen Zusammenhänge und Einflussfaktoren für die Gesundheit. Klimawandel, Pandemien, Wertschöpfungsketten und Datenmanagement erzwingen internationale Zusammenarbeit in Sachen Gesundheit.

Mehr noch als in ihrer Unterschiedlichkeit sind die Staaten Europas angesichts globaler Entwicklungen in ihren Gemeinsamkeiten gefragt. Aus der gemeinsamen Wertebasis ergibt sich die Verpflichtung, allen Menschen ein möglichst gesundes Leben zu ermöglichen. Dazu gehören eine für alle zugängliche, qualitätsbasierte Gesundheitsversorgung und eine Gesundheitspolitik, die sich aus den Prinzipien der Demokratie und der Achtung vor der Menschenwürde ableitet. Ganz besonders ist Europa im Umgang mit Gesundheitsdaten in der digitalisierten Welt aufgerufen, als Wertegemeinschaft einen eigenen Weg zu finden. Konkrete Maßnahmen sind das Aktionsprogramm „EU4Health“, die Bemühungen um die Einrichtung eines europäischen Datenraums für Gesundheit („European Health Data Space“) und die Erarbeitung eines europäischen „Code of Conduct“ zur Nutzung von Gesundheitsdaten sowie der Aufbau einer „European Health Union“. Letztere vertritt als zentralen programmatischen Punkt das Ziel einer „EU Global Health Policy“ zur Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation – auch um Europas Solidarität mit den anderen Ländern der Welt zu bekunden, wenn es darum geht, die Nachhaltigkeitsziele der Vereinten Nationen zu erreichen.

Mit der „Strategie der Bundesregierung zur globalen Gesundheit“ will Deutschland in bemerkenswerter Weise Verantwortung für die globale Gesundheit übernehmen und wirbt für eine gemeinsame Strategie zur Verbesserung der globalen Gesundheit innerhalb der EU. Das ist begrüßenswert. Die in der Strategie geltend gemachten Prinzipien sollten auch in der Gestaltung der deutschen Gesundheitsversorgung Anwendung finden.

4.5 Politik der langen Linien

Anstatt vieler kleiner technokratischer Veränderungsschritte ist für die Neugestaltung des Gesundheitswesens die Bereitschaft gefragt, in langfristig zu erreichende Ziele zu investieren. Dafür muss ressortübergreifend ein gemeinsames Verständnis wachsen. Eine Reformpolitik des langen Atems gibt Raum für ernsthaftes und rationales Nachdenken über alternative Wege, denen beherzte Umsetzungsmaßnahmen folgen müssen und die durch kluge Evaluationen begleitet werden. Um zu überprüfen, ob die strategischen Ziele erreicht werden, werden Kennzahlen definiert wie die Lebenserwartung, Lebensqualitäts- und Partizipations-Scores, Prävalenz und Inzidenz vermeidbarer und vom Lebensstil beeinflussbarer chronischer Erkrankungen u. v. m.

Die Kernthemen einer Politik der langen Linien müssen sein:

- Weil Gesundheit keine Ware ist, sondern „Common Good“ und Grundlage einer leistungsfähigen Gesellschaft, muss das **Zusammenspiel von Markt, Staat und Selbstverwaltung** ebenso permanent neu überdacht werden wie die Anreize: Marktmechanismen müssen im Sinne der Gesundheitsziele klug und mit Bedacht genutzt werden und dürfen die auf Solidarität ausgelegten Strukturen nicht aushöhlen. Solidarität ist zu stärken. Anreize müssen in erster Linie die Steigerung der Versorgungsqualität und die Förderung von Innovationen bewirken. Vergütungen müssen ausgewogen sein und im Verhältnis zum Nutzen stehen.
- Das Gesundheitssystem muss sich **dauerhaft auf potenzielle Krisen einstellen**: Auf Basis der Erkenntnis, dass Krisen wie Pandemien und Katastrophenfälle infolge des Klimawandels zukünftig eine Art von Normalfall darstellen, muss eine Krisenvoreinstellung verankert werden. Potenzielle Krisen müssen mit Frühwarnsystemen antizipiert, mit Szenarien unterlegt und mit geeigneter Vorsorge bedacht werden. Benötigt wird eine qualifizierte Datenbasis, anhand derer Entscheidungen getroffen und Blindflüge vermieden werden können. Ein weiteres Element langfristig agierender Gesundheitspolitik bildet die sachgerechte Kommunikation zwischen Wissenschaft (alle relevanten Fachrichtungen), Politik und Bevölkerung. Die Wissenschaftskommunikation ist zu stärken. Entscheidungsträger und Vermittler von Kommunikation wie Medienvertreter müssen ein Grundverständnis von gesundheitlichen Zusammenhängen entwickeln. Gleichzeitig müssen Kommunikationskanäle von der Alltagsebene „nach oben“ geöffnet werden.
- Das Krankheitsspektrum in Deutschland muss stärker in den Fokus genommen werden: In den nächsten zehn Jahren wird ein demografischer Ruck durch Deutschland gehen. Die **Alterung der Gesamtbevölkerung** wird das bereits jetzt vorherrschende Krankheitsspektrum an chronischen, individuell oft komplexen Erkrankungen zementieren. Angesagt sind daher Investitionen in Gesundheitsförderung und Prävention zur Reduktion des Versorgungsbedarfs, eine gestärkte Primärversorgung zur Stabilisierung chronischer Erkrankungen sowie eine höchst professionelle Pflege wider die strukturelle Lieblosigkeit und zur Sicherung der Pflegequalität in der Breite.
- **Bildung – Bildung – Bildung**: Sie ist der größte Einflussfaktor für die individuelle Gesundheit. Ein hoher Bildungsstand verspricht gute Gesundheitsergebnisse. Gesundheitskompetenz – ergänzt um Digitalkompetenz – ist ein Schlüsselement für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Bildung brauchen jedoch nicht nur die Bürgerinnen und Bürger, sondern auch die Gesundheitsberufe. Ihre Curricula sind kontinuierlich anzupassen. Pflege- und Therapieberufe benötigen in wachsendem Ausmaß akademische Qualifizierung.
- Über Bildung hinaus braucht das Gesundheitssystem als Ganzes eine funktionierende Lernkultur. Es kann sein potenzielles Leistungsniveau nicht entfalten, ohne permanent zu lernen und sich anzupassen. Unbedingte Voraussetzung dafür ist **Innovationsoffenheit in jeder Hinsicht**: für Verbesserungen bei der Bildung und beim Engagement der Akteure, für neue Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung und für neue technologische Entwicklungen. Der Innovationsfonds kann als Initialzündung verstanden werden, seine Problemlösungsfähigkeit und seine Wirkkraft für eine durchgehende Verbesserung der Versorgungsqualität sind jedoch noch nicht absehbar. Aus dem **Innovationsstau in der Digitalisierung** des Gesundheitswesens müssen Schlüsse für eine wirksame Lern- und Innovationskultur gezogen werden. Am Vorabend der Einführung von Künstlicher Intelligenz und von Erbgut verändernden Technologien ist es höchste Zeit für tragfähige Meinungs- und Entscheidungsfindungsprozesse unter Beteiligung der Bürger. Die Grundlage dafür ist eine transparente Nutzen- und Folgenabschätzung.

Flexiblere Governance ist ein Muss: Regulierungen und Bürokratie sind notwendig, damit komplexe Systeme wie das Gesundheitswesen funktionieren. Sie müssen jedoch auf ihre tatsächliche Notwendigkeit beschränkt und damit Gegenstand kontinuierlicher Anpassung sein. Politik muss die Fähigkeit entwickeln, sich in ihrer Zuständigkeit selbst zu hinterfragen und diese sachgerecht zu ändern. Das beinhaltet, die **Sozialgesetzgebung konsequent auf die Anforderungen der Zukunft auszurichten** und sie einer grundlegenden Überarbeitung bis zu einer Neusortierung ihrer Bücher zu unterziehen. Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem muss in diesem Zusammenhang einen konstruktiven Umgang mit den Partikularinteressen finden, denn es ist mehr denn je auf gute Zusammenarbeit angewiesen: zwischen den Gesundheitsberufen, zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen Bund, Region und Kommune, zwischen Administration und Praxis, zwischen allen Ressorts für „Gesundheit in allen Politikbereichen“ und zwischen Deutschland, der EU und dem weiteren internationalen Raum.

5

Das Gesundheitssystem erneuern – „von unten“ und von Grund auf

5.1 Primärversorgung durch örtliche Gesundheitszentren stärken

Die radikale Neuausrichtung des Gesundheitswesens, wie hunderte von Bürgern aus der Mitte der Bevölkerung sie bei den Neustart!-Dialogveranstaltungen und in anderen Foren forderten, würde im unmittelbaren Umfeld der Menschen spürbar – in einer völlig neuen, niederschweligen Gesundheitsversorgung vor Ort. Der paradigmatische Wechsel zielt darauf ab, das System von Grund auf und „von unten“ so zu erneuern, dass es den Erhalt und die Förderung von Gesundheit stärker in den Vordergrund rückt, dass es besser auf die Bedarfe der Menschen vor Ort ausgerichtet ist und die Gesundheitsversorgung insgesamt zukunftsfähig wird. Einmal ins Rollen gekommen, kann die Neuausrichtung selbst zum Motor weiterer Veränderung werden – auch weil ein Leitgedanke von Primärversorgung die Partizipation ist. Sie kann Primärversorgungszentren zu lebendigen „Häusern der Gesundheit“ in ihren Gemeinwesen machen zu Orten, an denen verschiedene Gesundheitsberufe, multidisziplinäre Teams, Sozialberatung, ehrenamtliches und zivilgesellschaftliches Engagement ein Versorgungsangebot machen, wie es die versäulte Struktur des gegenwärtigen Gesundheitssystems nicht kennt. Mit Partizipation können darüber hinaus in der regionalen Gestaltung von Gesundheitsversorgung das Leistungsgeschehen besser an die Bedarfe der Menschen vor Ort angepasst und tragfähige Lösungen in Veränderungsprozessen gefunden werden. Kommunale und/oder regionale Gesundheitskonferenzen, in denen die Akteure der Gesundheitsversorgung mit den Bürgern zusammenkommen, bieten die Möglichkeit, Verantwortung zu übernehmen und Demokratie zu leben.

In nicht weniger als drei Gutachten hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, 2014 und 2018 deutlich gemacht, dass eine Stärkung der Primärversorgung und der Aufbau von Primärversorgungszentren in Deutschland notwendig sind. Wissenschaftliche Studien belegen, dass Länder mit einer gut entwickelten primärmedizinischen Basisversorgung der Bevölkerung eine qualitativ hochwertigere Versorgung bei gleichzeitig geringeren Gesundheitskosten aufweisen.

Die Robert Bosch Stiftung beschreitet diesen Weg bereits seit Jahren mit ihrem PORT-Förderprogramm. Dabei gehen die geförderten Gesundheitszentren von einem umfassenden Gesundheitsverständnis aus und verknüpfen Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung mit der jeweiligen individuellen medizinisch-pflegerischen Betreuung, insbesondere bei chronisch kranken Menschen, die vorausschauend über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg begleitet werden. Daher spielt auch die Integration anderer Gesundheitsprofessionen in die Patientenversorgung eine zentrale Rolle. Der Aufbau solcher Primärversorgungszentren in ganz Deutschland als fester Bestandteil des Gesundheitssystems kann ein Weg zur Lösung der gesundheitspolitischen Herausforderungen darstellen, wofür u. a. folgende Gründe sprechen:

- Die Zentren sind eine adäquate Antwort auf den demografischen Wandel und den damit verbundenen Anstieg der Zahl chronisch kranker und älterer Menschen
- In ländlichen und strukturschwachen Regionen können die Zentren bis zu einem gewissen Grad den Mangel an Haus- und Fachärzten auffangen
- Das Konzept bietet die Chance, vor allem kleinere, von der Schließung bedrohte Krankenhäuser in Primärversorgungszentren umzuwandeln. Es bieten sich regional-spezifische Lösungen an, zum Beispiel der Anschluss von Betten für die Kurzzeitpflege im Rahmen der Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt

5.2 Regionen zur Gestaltung von Gesundheit befähigen

Die Arbeit in den PORT-Gesundheitszentren zeichnet folgende Merkmale aus:

- Die Versorgungsschwerpunkte sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt.
- Multiprofessionelle Behandlungsteams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen arbeiten auf Augenhöhe zusammen, um die Behandlungsziele mit den Patientinnen und Patienten zu erreichen.
- Die Versorgung erfolgt patientenzentriert, koordiniert und kontinuierlich, auch über verschiedene Sektoren hinweg.
- Die Patienten werden im alltäglichen Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützt.
- Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung werden angeboten oder vermittelt, sowohl pauschal den Bürgern der Region als auch individuellen Patienten.
- Eine gute kommunale bis regionale Einbindung – zum Beispiel im Rahmen kommunaler Gesundheitskonferenzen – ermöglicht die Vernetzung mit Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung und eröffnet die Möglichkeit, mit ehrenamtlichen Helfern ergänzende, niederschwellige Angebote aufzubauen.
- Potenziale wie E-Health werden genutzt, um die Kommunikation im Team und mit den Patienten zu verbessern sowie Expertise auch über die Distanz einzuholen.

PORT-Zentren müssen keine Solitäre in der Versorgungslandschaft sein, sondern können die flächendeckende Grundversorgung einer Region sicherstellen. Bereits eine Transformation von rund 10 % der Arztsitze würde einen bundesweit flächendeckenden Zugang zu diesem neuartigen Versorgungsmodell ermöglichen. Je nach Ausgestaltung wären hierfür mehr als 1.000 PORT-Zentren und mehr als 2.000 akademisch qualifizierte Pflegefachkräfte wie Community Health Nurses erforderlich, was verdeutlicht, dass dies ein ambitioniertes aber mittelfristig realisierbares Ziel darstellt.

Die Stärkung der Primärversorgung in den Stadt- und Landkreisen kann nur mit einer Dezentralisierung der Gesundheitsversorgung einhergehen. Regionen, Stadt- und Landkreise müssen mehr Autonomie und Verantwortung in der regionalen Gestaltung, Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung erhalten und dazu befähigt werden. Andere Länder – etwa Lettland und Italien – betreiben eine solche Dezentralisierungspolitik schon seit längerem. Internationale Erfahrungen müssen bei der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems stärker berücksichtigt werden. Elemente dieser internationalen Modelle verknüpfen auf interessante Art und Weise die von den Menschen gewünschte Nahbarkeit und Niederschwelligkeit der Versorgung mit der Notwendigkeit zu übergeordneter Planung, Steuerung und Administration durch größere geographische Einheiten. Sie bieten neue Möglichkeiten der Partizipation und der Übernahme lokaler Verantwortung. Wie die zu bildenden Gesundheitsregionen im Einzelfall zugeschnitten sein müssen und worauf sich ihre Zuständigkeit bezieht, bleibt zu erörtern. Es muss zwar klare bundesweite Rahmenbedingungen geben, gleichzeitig ist aber ein einheitliches Modell für ganz Deutschland wenig sinnvoll, zumal bestimmte Elemente der Spezialversorgung, wie beispielsweise Zentren für seltene Erkrankungen oder besondere Behandlungen, regionsübergreifend betrachtet werden müssen. Keinesfalls jedoch kollidiert die Idee von Gesundheitsregionen – wie gelegentlich behauptet – mit der föderalen Verfasstheit der Bundesrepublik. Das zeigen zahlreiche Zweckverbände und Arbeitsgemeinschaften, in denen Gemeinden, Städte und Landkreise über ihre jeweiligen Grenzen hinweg gemeinsam den Nahverkehr, die Wasserversorgung, Gewerbeansiedlungen und andere öffentliche Belange zum gegenseitigen Vorteil organisieren. Ein wesentlicher Aspekt dieser regional organisierten Strukturen ist die Entwicklung einer regionalen Gesundheitskompetenz, also die Befähigung von Bürgern, Patienten und allen relevanten Akteuren der Region, sich mit Fragen der Gesundheit informiert auseinanderzusetzen und selbst einen aktiven Beitrag im regionalen Gesundheitsdialog zu leisten.

Damit Regionen Gesundheit und Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung gestalten können, brauchen sie klare Strukturen und verlässliche Daten für die Planung und Steuerung ihres Versorgungsangebots. Die Digitalisierung eröffnet hier alle Chancen, Gesundheitsdaten zu generieren, um

5.3 Nationales Zentrum mit Verantwortung für öffentliche Gesundheit

die Versorgung auf die spezifischen Bedürfnisse der Bevölkerung in der Region zuzuschneiden. Dabei können – je nach Interesse der Akteure im regionalen Gesundheitsdialog und im Sinne einer Gemeinwohlorientierung – klassische Indikatoren wie Prävalenz und Inzidenz von Krankheiten ergänzt werden um Analysen der Lebensqualität und ähnlicher Parameter. Gerade auf kommunaler Ebene stehen zahlreiche Daten, u. a. in den Sozial-, Jugend- und Gesundheitsämtern zur Verfügung, die in sinnvoller Ergänzung mit weiteren Daten der Sozialversicherungsträger und anderer Partner verknüpft werden können.

Der öffentliche Gesundheitsdienst erhält in einer solchen neuen Ausrichtung von regionaler Gesundheitsgestaltung im Sinne eines „Public-Health“-Ansatzes eine neue Rolle. Die Gesundheitsämter könnten die notwendigen Daten generieren, vorhalten, auswerten und verknüpfen, um die regionale Entwicklung mit verlässlichen Informationen zu untermauern und als verständlicher Multiplikator aufzutreten sowie für Transparenz zu sorgen. Zudem könnte der öffentliche Gesundheitsdienst mit seiner Gesundheitsplanung weitere regionale Aktivitäten im Sinne eines integrierten Vorgehens einbinden.

Zum Konzept der Regionalisierung von Gesundheit gehören zwingend der Austausch und Vergleich zwischen den Regionen, um Fort- oder Rückschritte in der Versorgungsqualität erkennbarer zu machen, das Interesse an der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und regionsübergreifende Lernprozesse in Gang zu setzen. International gibt es dazu interessante Ansätze wie zum Beispiel das in italienischen Regionen verwendete „Dartboard“ mit diversen Indikatoren und Indizes. Diese Verortung führt zu fruchtbaren Diskussionen zwischen den Regionen über Weiterentwicklungspotenziale. Das „Dartboard“ wird als öffentlicher Bewertungsmaßstab verwendet und ist Ausgangspunkt für kontinuierliche Verbesserungsbemühungen in Richtung des patientenzentrierten Versorgungsansatzes.

Im Kern geht es darum, neue Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Verbesserungsbemühen müssen budgetär unterlegt werden und womöglich muss für Ausgleiche zwischen den Regionen gesorgt werden. Die Budgets der Gesundheitsregionen könnten zunächst aus Teilen des Innovationsfonds bestritten werden, später aus dem Gesundheitsfonds.

Die Corona-Krise hat die Schwächen des öffentlichen Gesundheitsdiensts schonungslos offengelegt. So ging zum Beispiel das Thema Risikokommunikation fast völlig unter, spielte und spielt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in der Pandemie so gut wie keine Rolle. Während die Pandemie vor allem infektiologisch und epidemiologisch auf Bundesebene durch das Robert Koch-Institut bearbeitet wurde, blieben zahlreiche andere Aspekte – soziale, kulturelle, religiöse, psychische, somatische, wirtschaftliche – vielfach ausgeblendet, weil es keine Institution des Bundes gibt, die entsprechende Daten und Fakten aufbereitet.

Die Themen öffentliche Gesundheit und staatliche Daseinsvorsorge haben durch die Pandemie einen neuen Stellenwert erlangt. Die Notwendigkeit einer inhaltlichen und strukturellen Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitsdiensts ist offenkundig. Seine zukünftige Rolle muss geklärt und es müssen verbindliche Ziele und Strategien definiert werden. Auch ist die Aufteilung der Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Kommunen kritisch zu beleuchten und in der Konsequenz neu zuzuschneiden.

Das breite Aufgabenspektrum des öffentlichen Gesundheitsdiensts erfordert eine wissenschaftliche Unterstützung, die Leitlinien und Standards für seine spezifischen Aufgabenfelder entwickelt und zur Qualitätssicherung beiträgt. Auf Bundesebene gibt es keine einheitliche Stimme des öffentlichen Gesundheitsdiensts. Bis auf das Zentrum für Öffentliches Gesundheitswesen und Versorgungsforschung an der Universität Tübingen gibt es zudem keine Verankerung des öffentlichen Gesundheitsdiensts im universitären Bereich, die Forschung und Lehre vereint. Die in den 1980er Jahren etablierten Lehrstühle für „Public Health“ haben bislang kaum Zugang zu den Gesundheitsämtern gefunden. Gleichzeitig bietet der öffentliche Gesundheitsdienst die Möglichkeit eines datenbasierten Informationsaustausches. Strukturelle Maßnahmen können auf der fundierten Grundlage kommunaler Gesundheitsberichterstattung aufbauen. Auf Landes- und Bundesebene können diese Daten zusammengeführt werden.

Vor diesem Hintergrund ist die Etablierung eines „Nationalen Zentrums für öffentliche Gesundheit“ notwendig – eines Zentrums, das auch die Umsetzung des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst begleiten könnte, der 2020 von Bund und Ländern beschlossen wurde.

Darüber hinaus könnte ein solches Zentrum folgende Funktionen übernehmen:

- Digitalisierung des öffentlichen Gesundheitsdiensts und Vernetzung mit anderen Akteuren und Institutionen im Gesundheitsbereich
- Integration unterschiedlicher Daten, u. a. auch aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder und Kommunen
- Erarbeitung fachlicher Standards und Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle Aufgabenfelder des öffentlichen Gesundheitsdiensts
- Koordination der Aus-, Fort- und Weiterbildung im öffentlichen Gesundheitsdienst
- systematischer Aufbau von Kompetenz sowie einer relevanten Datenbasis, um Krisen zu antizipieren und zu managen
- Vernetzung von vorhandenen Kompetenzen
- Organisation des Kommunikationsprozesses innerhalb der Wissenschaft, zwischen Wissenschaft/Politik und Wissenschaft/Gesellschaft sowie Wissenschaft/öffentlichem Gesundheitsdienst
- Fungieren als Kommunikator für gesundheitsrelevante Bedarfe in allen Politikbereichen und Stärkung des „Health-in-All-Policies“-Ansatzes
- Koordination der professionellen Perspektiven auf die multidimensionalen Aspekte krisenhafter Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen
- Abstimmung nationaler Präventionsziele sowie Erarbeitung einer nationalen „Public-Health“-Strategie
- Fungieren als Dachorganisation für die kommunalen Gesundheitsämter: Koordination, Zielsetzung, Erfahrungsaustausch, Problemartikulation, Vertretung der Interessen im öffentlichen Raum etc.
- Aufbau einer qualifizierten Gesundheitsberichterstattung als Basis für politisch qualifizierte Entscheidungen
- Erstellung von Konzepten für eine systematische Kompetenzsteigerung der Bürger, Versicherten und Patienten

Für die Versorgung von Patienten verfügt das deutsche Gesundheitssystem über starke institutionelle Strukturen, nicht jedoch für Prävention, soziale Gesundheit und Krisenmanagement im Sinne einer vorsorgenden Gesundheitspolitik. Eine starke nationale Agentur oder Bundesoberbehörde muss diesen Mangel kurieren. Sie wäre auch die Institution, welche die in eigener Autonomie handelnden Regionen und deren öffentliche Gesundheitsdienste moderierend verbindet, ihre Datenaufbereitung und Vergleiche untereinander begleitet sowie unterstützt und vor allem auch die inhaltliche Weiterentwicklung der Primärversorgung vor Ort mit Leitlinien und Handlungsempfehlungen vorantreibt. Sie vernetzt vorhandene Kompetenzen und verschiedene Ebenen horizontal sowie vertikal, treibt als starker Akteur und Kümmerer, der dem „Public-Health“-Gedanken verpflichtet ist, innovative Versorgungskonzepte und Versorgungsforschung voran.

Das deutsche Gesundheitssystem muss systematisch weiterentwickelt werden, um zu einem *Gesundheits*-System zu werden. Um nicht in alte Beharrungstendenzen zurückzufallen, könnte die Institutionalisierung eines neuen angesehenen Akteurs wie eines „Nationalen Zentrums für öffentliche Gesundheit“ dazu beitragen, als innovationsfähige Struktur eine neue Haltung im Gesundheitsbereich zu vertreten und die notwendigen Veränderungen im Zusammenhang mit innovativer Datennutzung voranzubringen. Auch auf dieser Ebene könnte direkte Partizipation ermöglicht werden, zum Beispiel durch die Zusammenarbeit mit Bürgerräten. Zudem ist eine gute Verbindung zu den europäischen und internationalen Einrichtungen, wie beispielsweise dem European Centre for Disease Control und der Weltgesundheitsorganisation, unabdingbar für die Zusammenarbeit auf internationaler Ebene.

6

Mut fassen für eine gesunde Zukunft

Zum ersten Mal erleben wir, wie in modernen, hochdifferenzierten Gesellschaften bisherige Lösungen an Grenzen stoßen: Das, was in vielen Jahren und Jahrzehnten (an Strukturen, Institutionen und Prozessen) aufgebaut wurde, liefert heute nur dürftige Antworten auf Pandemien und Katastrophen, auf eine völlig veränderte Kommunikation rund um den Globus oder auf die Endlichkeit der Ressourcen. Die Wucht neuer Technologien trifft uns, ohne dass wir hinreichend darauf vorbereitet wären. Anstatt uns mutig anzupassen und mit den vielen zur Verfügung stehenden Mitteln neue Lösungen für kommende Generationen zu entwickeln, finden wir uns gewissermaßen als Gefangene unserer eigenen Welt wieder, begrenzen unser Handeln in Pfadabhängigkeiten und verlieren uns im Dschungel von Regulierungen und Bürokratie.

Es gibt kaum Rezepte und Vorbilder, wie ein friedlicher, konstruktiver Wandel von hochdifferenzierten Systemen rasch gelingen kann. Moderne Gesellschaften finden kaum noch die Kraft für tiefgreifende Reformen jenseits von Krisen. Mit der Corona-Pandemie stecken wir in einer globalen Krise, die auch noch eine Gesundheitskrise ist, mit vielen leidvollen Erfahrungen. Gerade deshalb sollten wir das außergewöhnliche Momentum für Erneuerung nicht verpassen, das in ihr liegt.

Nicht nur das Gesundheitssystem erscheint als Baustelle. Auch andere Bereiche der Gesellschaft erwecken den Eindruck, als benötigten sie beherzte Richtungswechsel – sogar in der Politik selbst sind solche Töne zu vernehmen. Immer wichtiger wird es daher, dass gute Angebote und Lösungen gefunden werden, bevor viele Bürger vor Enttäuschung über den Umsetzungsstau sich ganz vom demokratischen Prinzip abwenden und für Dialoge und Partizipation nicht mehr zur Verfügung stehen.

Die Neustart!-Bürgerdialoge der Robert Bosch Stiftung haben gezeigt: Gesundheit kann wie kaum ein anderes Thema Konsens erzielen. Sie bietet ein herausragendes Handlungsfeld, wenn es darum geht, notwendige und auch eingreifende Änderungen anzugehen. Ohne die das Gesundheitswesen umgebende Gesellschaft in den Blick zu nehmen, kann eine zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik nicht auskommen. Umgekehrt gilt, dass sich die Gesellschaft des 21. Jahrhunderts dadurch auszeichnet, dass in ihr die Gesundheit selbst zur treibenden Kraft wird.

Wir verlieren, wenn wir so weitermachen wie bisher. Wenn wir mutig vorgehen, haben wir die Chance, eine gesunde Zukunft für uns und für nachfolgende Generationen zu gewinnen.

Neustart! im Überblick

Die Robert Bosch Stiftung startete Mitte 2018 die Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“, um im Dialog mit Bürgerinnen und Bürgern und in der Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten eine Verortung vorzunehmen und Impulse für ein Gesundheitssystem zu setzen, das auch in Zukunft und trotz aller Herausforderungen den Menschen zugewandt, patientenorientiert, multiprofessionell, qualitätsgeprägt und offen für Innovationen ist.

„Neustart!“ gab den Beteiligten den Raum und die Möglichkeit, eine Neuordnung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu skizzieren:

- 1. In Bürgerdialogen konnten Bürgerinnen und Bürger ihre Wünsche, Ideen und Vorstellungen für eine gute Gesundheitsversorgung äußern und die von Fachexpertinnen und -experten erarbeiteten Vorschläge bewerten und ergänzen.**
- 2. Vertreterinnen und Vertreter der Fachöffentlichkeit kamen in gesundheitspolitischen Podiumsveranstaltungen zusammen und diskutierten Brennpunkt-Themen für die zukünftige Gesundheitsversorgung.**
- 3. In Think Labs entwickelten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Experten und Expertinnen ihre Ideen, bereits vorliegende Ansätze und die Ergebnisse der Bürgerdialoge in Richtung auf ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen weiter.**

Die Beteiligten modellierten ideale Formen der Leistungserbringung und nahmen Partizipationsmöglichkeiten, nachhaltige Finanzierungsmodelle und Ansätze wirksamer Steuerung unter die Lupe. Dabei bezogen sie die Herausforderungen und Chancen der Digitalisierung sowie weiterer innovativer Technologien mit ein.

Die im Rahmen von „Neustart!“ erarbeiteten Impulse sollen Orientierung geben und ermutigen, neue Wege einzuschlagen.

Neustart! kooperiert mit

- der Hertie School zur Gestaltung und Durchführung der Think Labs.
Die Stiftungsprofessur „Health Governance“ ist ebenfalls Teil der Initiative.
- dem World Health Summit und der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften in der Zusammenarbeit für die „Gesundheit von morgen“.



September 2021

24

Publikationen

19

Newsletter

271

Eingereichte Ideen auf
der Website

43

Veranstaltungen

- Podien
- Think Labs
- Corona Calls
- Bürgerdialoge
- Bürgerredaktionssitzungen
- Dialog mit Jens Spahn
- Bürger-Experten-Dialoge
- Beiratstreffen
- SGB V-Arbeitskreis
- Veranstaltungen im
Rahmen der Kooperation
RBSG, BBAW, WHS

1.011

Befragte Personen
(Forsa Umfrage)

1.930

Teilnehmerinnen
und Teilnehmer

an

5

Personen im
Neustart!-Projektteam

151

Studierende an der
Stiftungsprofessur
„Health Governance“

11

Beiräte

134

Expertinnen und
Experten

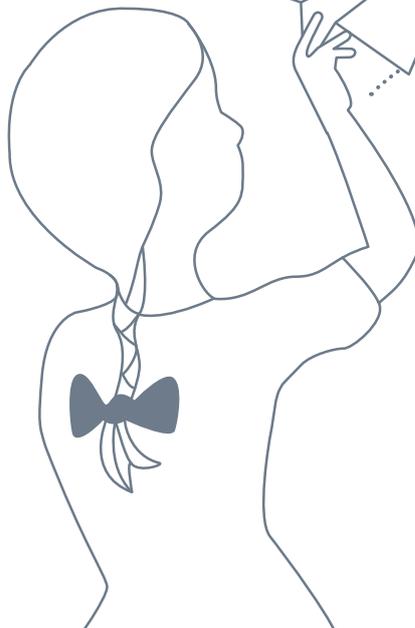
679

Bürgerinnen und
Bürger

41

Bürgerbotschafter

Start:
Juni 2018



Beteiligte Personen

Die Robert Bosch Stiftung bedankt sich bei allen, die sich an der Neustart! Initiative aktiv und kritisch zugleich beteiligt haben. Die Neustart! Zukunftsagenda spiegelt nicht zwangsläufig die Meinung aller Beteiligten wieder.

Dr. Susanne Armbruster, Prof. Dr. Boris Augurzky, Prof. Dr. Nils C. Bandelow,
Prof. Dr. Jürgen M. Bauer, Bianca Bendisch, Lina Behrens, Prof. Dr. Franz Benstetter,
Prof. Dr. Katharina Blankart, Dr. Jan Böcken, Prof. Dr. Gian Domenico Borasio,
Prof. Dr. Hermann Brandenburg, Lisa Braun, Prof. Dr. Martin Burgi, Prof. Dr. Reinhard Busse,
Prof. Dr. Mirella Cacace, Marion Caspers-Merk, Birgit Dembski, Christina Derksen,
Philipp Dickel, Prof. Dr. Marie-Luise Dierks, Helle Dokken, Dr. Susanne Eble,
Prof. Dr. Tobias Esch, Dr. Stefan Etgeton, Hans-Jürgen Firnkorn, Birgit Fischer,
Prof. Dr. Detlev Ganten, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Gunnar Geuter, Dr. Bernhard Gibis,
Dr. Heidrun Gitter (†), Dr. Dominik Graf von Stillfried, Dr. Oliver Gröne, Dr. Matthias Gruhl,
Dr. Alexander Haarmann, Prof. Dr. Ernst Hafen, Bastian Hauck, Dietmar Haun,
Dr. Helmut Hildebrandt, Dr. Martin Hirsch, Prof. Dr. Claudia Maria Hofmann,
Prof. Dr. Heidi Höppner, Prof. Dr. Claudia Hornberg, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann,
Prof. Dr. Gerhard Igl, Dr. Günther Jonitz, Prof. Dr. Jana Jünger, Prof. Dr. Robert Jütte,
Hans-Joachim Karopka, Dr. Ali Ekber Kaya, Dr. Kerstin Kemmritz, Prof. Dr. Dr. Ilona Kickbusch,
Dr. Zun-Gon Kim, Maria Klein-Schmeink, Andreas Kleinsteuber, Dr. Wolfgang Klitzsch,
Hannes Klöpffer, Franz Knieps, Dr. Thomas Kostera, Dr. Ilona Köster-Steinebach,
Prof. Dr. Heyo K. Krömer, Prof. Dr. Marcus Krüger, Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse,
Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Dr. Michael Lauerer, Anja Leetz, Dr. Monika Lelgemann,
Prof. Dr. Ralf Lobmann, Maximilian Lückemann, Dr. Claudia Bettina Maier,
Prof. Dr. Giovanni Maio, Susanne Mauersberg, Prof. Dr. Gabriele Meyer,
Prof. Dr. Andreas Michalsen, Sascha Mundstein, Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel,
Hans-Dieter Nolting, Prof. Dr. Corinna Petersen-Ewert, Andreas Podeswik,
Dr. Nadine Reibling, Hartmut Reiners, Steven Renner, Thomas Reumann, Monika Rimmele,
Lars Roemheld, Dr. Gottfried Roller, Dr. Britta Rutert, Sascha Saßen,
Prof. Dr. Doris Schaeffer, Dr. Christoph Scheuplein, Dr. Andreas Schmid,
Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Markus Schmitt, Dr. Isabelle Scholl,
Prof. Dr. Jonas Schreyögg, Prof. Dr. Michael Schulz, Thomas Schulz, Uwe Schwenk,
Dr. Gabriele Seidel, Dr. Julia Serong, Prof. Dr. Mujahed Shaikh, Martina Stamm-Fibich,
Prof. Dr. Jost Steinhäuser, Prof. Dr. Dr. Daniel Strech, Dr. Katharina Thiede,
Ali Ertan Toprak, Priv.-Doz. Dr. Uwe Torsten, Andreas Ullrich, Dr. Christof Veit,
Julian Visarius, Prof. Dr. Raymond Voltz, Prof. Dr. Ralf von Baer, Prof. Dr. Jürgen Wasem,
Prof. Dr. Hans-Fred Weiser, Prof. Dr. Felix Welti, Prof. Dr. Claus Wendt,
Prof. Dr. Ulrich Wenner, Prof. Dr. Michel Wensing, Dr. Verina Wild,
Prof. Dr. Stefan N. Willich, Karin Wolf, Robert Wolf, Dr. Silvia Woskowski,
Dr. Dogus Yagbasan, Prof. Dr. Thomas Zahn, Prof. Dr. Boris Zernikow,
Dr. Matthias Zuchowski

Publikationsliste

Alle Publikationen sind auf der Neustart! Webseite veröffentlicht:
www.neustart-fuer-gesundheit.de/veroeffentlichungen

Bürgerreports

Robert Bosch Stiftung. 2021. Bürger-Experten-Dialog im Rahmen des Think Labs 7.
Wie kann die Transformation unseres Gesundheitssystems gelingen? Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung. 2020. Bürgerreport 2020.
Reformschritte aus Bürgersicht. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung. 2020. Bürger-Experten-Workshop.
Thesen. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung. 2019. Bürgerreport 2019.
Reformvorschläge aus den Bürgerdialogen. Stuttgart.

Ergebnisse der forsa Umfrage

forsa Politik- und Sozialforschung GmbH. 2020.
Meinungen zu Reformvorschlägen für das deutsche Gesundheitssystem.
Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. Berlin.

Diskussionspapiere aus den Think Labs

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Wie kann die Transformation unseres Gesundheitssystems gelingen?
Diskussionspapier – Think Lab 7. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Die Governance des zukünftigen Gesundheitssystems.
Diskussionspapier – Think Lab 6. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Finanzierung und Vergütung eines nachhaltigen Gesundheitssystems –
Ansätze und Möglichkeiten.
Diskussionspapier – Think Lab 5. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2021.
Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem der Zukunft.
Diskussionspapier – Think Lab 4. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung. 2020.
Brennglas Corona-Krise – Was können wir von der Pandemie für unser
Gesundheitssystem lernen?
Diskussionspapier – Neustart! Corona Calls. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020.
Patienten-Typologien im Gesundheitssystem von morgen.
Diskussionspapier – Think Lab 3. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2020.
Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen.
Diskussionspapier – Think Lab 2. Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung & Hertie School. 2019.
Die Zukunft unseres Gesundheitswesens.
Diskussionspapier – Think Lab 1. Stuttgart.

Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung

Robert Bosch Stiftung. 2021. Neustart! für das Gesundheitsrecht.
Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. Stuttgart.

Studie zur zukunftsfähigen Primärversorgung

Robert Bosch Stiftung. 2021. Gesundheitszentren für Deutschland.
Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Stuttgart.

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Dr. Bernadette Klapper
Telefon +49 711 46084-880
bernadette.klapper@bosch-stiftung.de

Copyright 2021

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

LogoPrint GmbH, Metzingen

ISBN 978-3-939574-67-5

