

LÜNENER ERKLÄRUNG

PRÄMISSEN FÜR EINE GRUNDLEGENDE RESTRUKTURIERUNG DES
GESUNDHEITSWESENS IN DEUTSCHLAND UNTER BERÜCKSICHTIGUNG VON ERFAHRUNGEN
UND ERKENNTNISSEN AUS DER CORONA-PANDEMIE

VON Prof. Dr. Michael Schäfer // Clemens Galuschka // Wolfram Kuschke //
Ludger Rethmann // Axel Weinand



VORBEMERKUNG

// Pflegenotstand, Anreize nach dem Motto „Masse statt Klasse“, Monetarisierung von humanem Handeln, Intransparenz oder linke Tasche, rechte Tasche – das sind nur einige Stichworte der seit geraumer Zeit geführten gesellschaftspolitischen und fachlichen Debatte zum Zustand unseres Gesundheitswesens. Etliche Themen haben sogar schon Jahrzehnte „auf dem Buckel“. In Sonntagsreden wird kühnes Handeln gefordert. Über den Werktagen aber liegt der Mehltau.

// Schlussfolgerungen aus Corona. Oder besser: Welche sattsam bekannten Probleme hat die Pandemie wieder ins Licht gerückt? Diese aktuelle Sensibilität müssen wir **jetzt** nutzen. Denn es besteht **nach** Corona die reale Gefahr des „weiter so“ oder „das haben wir schon immer so gemacht“.

// Auf viele substantielle Probleme wurde bisher mit halbherzigen und nie zu Ende gedachten „Reformchen“ reagiert.

// Grundlegende Fragen wurden bei allen bisherigen Versuchen, unser Gesundheitssystem zu optimieren, gar nicht oder nur sektoral gestellt. Das zeigen beispielhaft die im Jahr 2003 eingeführten Fallpauschalen. Damit wurden die Verweilzeiten in deutschen Krankenhäusern signifikant reduziert. Weil das einseitige Motiv aber die Reduktion von Kosten (aber nicht die bessere Patientenversorgung) ist, wurde der gewollte Effekt zwar erreicht, allerdings mit Nebenwirkungen vor allem in Gestalt unnötiger Leistungs- und Mengenausweitungen, die die solitär erzielten, positiven Wirkungen zunichtemachen.

// Bevor wieder nur im Detail gedacht und ohne jede Koordination an einzelnen Stellschrauben gedreht wird, müssen grundlegende Voraussetzungen und Ziele und deren Stellenwert in einem Wertesystem definiert werden. Diese **Prämissen** sind im ersten Schritt zu formulieren. Erst in einem zweiten Schritt folgen die konkreten Maßnahmen zur Umsetzung.

// Prämissen sind etwas Grundlegendes, Elementares. Mithin das komplette Gegenteil von den üblichen Formelkompromissen, dem Konsensbrei, mit denen alle großen Reformansätze bis dato endeten: Start als Tiger, Landung als Bettvorleger.

Solche Vorgaben kann man nicht formulieren, wenn man die quälenden Umsetzungsdebatten vor Augen hat. Mit dieser Gewissheit haben sich einige Persönlichkeiten – jede von ihnen kennt unser Gesundheitssystem aus recht unterschiedlichen Perspektiven, aber langjährig und mit einigem Tiefgang – mit folgender Intention zusammengesetzt: Vor den Umsetzungsmühen auf der Ebene müssen die Richtungen und Ziele einer grundlegenden, ja radikalen Reform unseres Gesundheitswesens formuliert werden. Dies haben wir versucht. Wichtige Anregung dafür waren die in diesem Jahr bei Springer Gabler, Wiesbaden, erschienenen Bücher **Öffentlich-Private Partnerschaften. Auslaufmodell oder eine Strategie für kommunale Daseinsvorsorge?** und **Öffentlich-Private Daseinsvorsorge (ÖPD) in Deutschland. Gemischt-wirtschaftliche Unternehmen auf kommunaler Ebene als strategischer Erfolgsfaktor**“.



Vier der fünf Autoren der Lünener Erklärung (von links nach rechts): Prof. Dr. Michael Schäfer, Professor für Kommunalwirtschaft i. R., Clemens Galuschka, Gesundheitsexperte und Geschäftsführer Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH sowie Geschäftsführer Katholische St. Lukas Gesellschaft mbH Dortmund, Wolfram Kuschke, Minister in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen a. D., Ludger Rethmann, Aufsichtsratsmitglied der Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH. Hier nicht im Bild: Axel Weinand, Geschäftsführer Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH

An der Formulierung der Prämissen wirkten mit:

// Prof. Dr. Michael Schäfer, bis 2018 (Ruhestand)
Professor für Kommunalwirtschaft an der Hochschule für nachhaltige Entwicklung Eberswalde

// Clemens Galuschka, Geschäftsführer Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH, Geschäftsführer Katholische St. Lukas Gesellschaft mbH, Dortmund

// Wolfram Kuschke, Minister in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen a. D., Minister für Bundes-, Europaangelegenheiten und Medien des Landes Nordrhein-Westfalen a. D., Regierungspräsident des Regierungsbezirks Arnsberg a. D., langjähriges Mitglied des Landtags von Nordrhein-Westfalen, Kuratoriumsmitglied des Vereins „Geschichtliches Forum Cappenberg e. V.“, Autor diverser Veröffentlichungen, u. a. „Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen“

// Ludger Rethmann, Vorstandsmitglied der RETHMANN Gruppe, Vorstandsvorsitzender der REMONDIS SE & Co. KG, Vizepräsident der Transdev-Gruppe, Mitglied des Aufsichtsrats der Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH sowie Präsident des Kuratoriums des Vereins „Geschichtliches Forum Cappenberg e. V.“

// Axel Weinand, Geschäftsführer Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH



Diese Persönlichkeiten stellen gleichberechtigt und in inhaltlicher Übereinstimmung die folgenden Prämissen zur Diskussion.

PRÄMISSEN AUF DER GESELLSCHAFTSPOLITISCHEN UND STAATSRECHTLICHEN EBENE



1. Wir müssen grundlegende und strukturelle Veränderungen endlich wieder mit dem Anspruchsniveau der Stein-Hardenbergschen Reformen Anfang des 19. Jahrhunderts in Preußen in Gang setzen.

Freiherr vom und zum Stein gilt als Vater der von 1808 bis 1831 konzipierten und umgesetzten Städteordnung. Deren Kern ist die kommunale Selbstverwaltung – zentrales Element unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung. Der Freiherr starb am 29. Juni 1831 im westfälischen Cappenberg bei Lünen. In seinem Sinne mahnen wir auch für die Reform des Gesundheitswesens an: kein vordergründiges Denken in den derzeitigen Strukturen, sondern vor allem deren mutige Infragestellung. Mit diesem historisch-inhaltlichen Bezug nennen wir unsere Prämissen **Lünener Erklärung**.

2. Das Gesundheitswesen ist **auch** ein Feld der Wertschöpfung, der Begriff **Gesundheitswirtschaft** insofern zutreffend. Dass der Mensch in dieser Sphäre aber als eine Art Katalysator fungiert, der die Wertschöpfung befördert, ja sogar deren Gegenstand ist, ist die Ursache für die „Verbetriebswirtschaftlichung“ (Matthias Möhring-Hesse) und die strukturellen Fehlentwicklungen unseres Gesundheitswesens.

Im Mittelpunkt muss vielmehr die Erfüllung der Aufgabe stehen, die gesundheitliche Betreuung des Menschen auf hohem Niveau zu garantieren. Das ist die zentrale und wichtigste Prämisse für die Reform des Gesundheitswesens in Gänze und für jedes einzelne Segment.



Richtig ist, was den Menschen gesund macht bzw. erhält. Diese Maßnahmen der Prävention, der Diagnostik und der Therapie sind vielfach eher weniger renditeträchtig. Das mag für den einen oder anderen Erbringer von Leistungen ein Ärgernis sein. Gesellschaftlich ist es ein Segen. Denn mit diesem Verständnis gewährleisten wir existenzielle Daseinsvorsorge in bester Qualität für jedermann und dies zu vertretbaren Kosten. Alle Anreize, die ökonomischen und die ordnungspolitischen, müssen folgerichtig unter Wahrung des Primats der Daseinsvorsorgeaufgabe die höchstmögliche Effizienz bei der Erbringung gesundheitlicher Leistungen stimulieren und nicht den höchstmöglichen Gewinn.

3. Verantwortlich im Sinne einer Aufgabenträgerschaft ist die öffentliche Hand, das sind der Staat (Bund und Länder) und die kommunale Ebene, hier die Landkreise und kreisfreien Städte. Wer die Leistung letztendlich erbringt, ist in erster Linie eine Frage der Kompetenz, keinesfalls eine der Eigentumsform. Im Krankenhausbereich spricht alles für die Beibehaltung der Trägerstruktur aus öffentlichen, frei-gemeinnützigen und privaten Häusern. Die Regulierung dieses Gesamtsystems muss sich in erster Linie auf die kooperative Vernetzung dieser Strukturen konzentrieren. Dabei leitet sich aus der politischen Gesamtverantwortung der Politik für die Erbringung der gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorgeleistungen ab, dass sie die Führung bei der dringend nötigen Optimierung des Gesundheitssystems übernehmen muss und dies nicht an partikulare Strukturen unter Hinweis auf das Prinzip der Selbstverwaltung delegieren kann. In diesem Zusammenhang hat die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes einen hohen Stellenwert.

4. Das Erfordernis zur ständigen Optimierung der Zielgrößen Daseinsvorsorgeleistung und Effizienz mit dem Primat der Daseinsvorsorge ist im extrem kostenintensiven Gesundheitswesen eine ganz besondere Herausforderung. In Daseinsvorsorgefeldern wie der kommunalen Energiewirtschaft und der Entsorgung haben kooperative Unternehmensstrukturen auch unterschiedlicher Eigentümer gezeigt, dass sie für diese Optimierung besonders geeignet sind. Diese Kooperationsformen (in den genannten Feldern dominieren Öffentlich-Private Unternehmen) sollten dahingehend untersucht werden, ob sie mit ähnlichen Effekten im Gesundheitswesen – dort sind sie derzeit die Ausnahme – genutzt werden können.

5. Über den konkreten Verantwortungsebenen steht die gesamtstaatliche Verantwortung. Deshalb muss die Daseinsvorsorge im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland an zentraler Stelle normiert werden. Das impliziert auch eine Neuordnung der Bund-Länder-Beziehungen vor allem unter dem Aspekt der notwendigen aufgabenadäquaten Finanzierung.

6. Aus der grundgesetzlichen Normierung der Daseinsvorsorge folgt für das Gesundheitswesen die Frage, ob die derzeitige Aufteilung der Verantwortlichkeiten zwischen Bund und Ländern noch den Erfordernissen genügt. Für die Krankenhäuser muss das zumindest partiell verneint werden. Stichworte sind die länderübergreifende Optimierung der Standorte und die erheblichen Unterschiede bei der Finanzierung und hier vor allem bei den Investitionen.

7. Das Gesundheitswesen ist eine nationalstaatliche Aufgabe. Zu beachten ist aber auch die europäische Dimension, vor allem im Maßstab der EU. Hier geht es z. B. um Abstimmungen zur Produktion lebenswichtiger Pharmaka.

Zudem ist der weltweite Blick über Ländergrenzen, z. B. nach Skandinavien, Südkorea oder Taiwan, für die Strukturoptimierung ein Muss.



Foto: New Africa - Adobe Stock



Damit wird klar: Es geht nicht nur um die grundlegende Verantwortung im Sinne eines Postulats, sondern auch darum, den dynamischen Kanon aller existentiellen Leistungen regelmäßig zu überprüfen und wenn nötig anzupassen (d. h. entweder zu reduzieren oder zu ergänzen) sowie die definierten Leistungen mit qualitativen und quantitativen Standards zu untersetzen.



PRÄMISSEN FÜR DIE EBENE DER ÜBERGREIFENDEN STRUKTUR-, ORDNUNGS- UND FACHPOLITISCHEN RAHMENSETZUNGEN



1. Das Primat der Aufgabenerledigung im Gesundheitswesen muss im untrennbaren Zusammenhang mit der Forderung nach höchster Effizienz normiert werden. Effizienz ist dabei keine rein betriebswirtschaftliche Kategorie, sondern hat auch eine ethische und humanistische Dimension. Das Gesundheitswesen ist definitiv nicht der Bereich, für den Investoren und Anleger hohe und höchste Renditen erwarten und kalkulieren dürfen.

2. Notwendig ist die komplexe und detaillierte Analyse aller relevanten ökonomischen Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen.

3. Das Gesundheitswesen ist nicht der Platz für einen Wettbewerb nach lehrbuchhaftem Verständnis. Nur mit dieser grundlegenden Einsicht dürfen die rechtlichen und ordnungspolitischen Rahmensetzungen erfolgen.

Weitgehend wettbewerblich funktioniert die Herstellung der medizinischen Güter wie Medizintechnik, medizinische Heil- und Hilfsmittel. Nur eingeschränkt folgen die ambulante und stationäre Versorgung Marktmechanismen (z. B. unterliegen Praxen- und Krankenhausstandorte einer starken Regulierung). Diskussionsbedarf sehen wir für alle medizinischen Leistungen am Patienten. Die notwendige Effizienz muss in erster Linie durch ein transparentes Benchmarking organisiert werden. Die Implementierung wettbewerblicher Strukturen muss wohlüberlegt und Gegenstand intensiver Befassung sein.

4. Gebraucht wird in erster Linie der Wettbewerb, oder nennen wir es in Abgrenzung zur rein ökonomischen Dimension des Begriffs den „Wettstreit“, um die beste medizinische Ergebnisqualität.

5. Strukturoptimierung muss sich auf die Beseitigung von Pseudowettbewerben konzentrieren. Dazu muss eine radikale Entbürokratisierung in Gang gesetzt und das Wettbewerbsrecht – auch auf europäischer Ebene – reformiert werden.

// Bundesweite Allokation von Krankenhausstandorten nach Bedarf unter Beachtung regionaler Spezifika

// Beseitigung der Parallelstrukturen bei den Krankenkassen

// Stattdessen einheitliche Krankenversicherung (inkl. Wegfall der Separierung nach gesetzlich und privat) mit starken regionalen Dependancen zur Berücksichtigung territorialer Spezifika und zur Implementierung eines transparenten Benchmarkings mit dem Ziel einer radikalen Reduzierung der Verwaltungskosten

// Das Vergaberecht muss die unterschiedlichen Ausprägungen von Markt und Wettbewerb berücksichtigen. Damit könnte der Regulierungsaufwand drastisch reduziert werden. Ein Stichwort lautet Budgetierung.

→ Der öffentliche Finanzierungsanteil muss transparent sein. Die Investitionen müssen nach sachlichen und regionalen Erfordernissen erfolgen und das Prinzip gleiches Geld für gleiche Bedingungen umsetzen. Mit der durchgängigen Bundesfinanzierung wird das Prinzip „linke Tasche, rechte Tasche“, etwa durch sinnlose Transfers von der Kranken- in die Rentenkasse, außer Kraft gesetzt.

6. Den Erfordernissen der Digitalisierung darf keinesfalls dadurch entsprochen werden, dass für überlebte Strukturen und Anreizsysteme EDV-Programme von gestern und vorgestern implementiert werden. Zuerst bedarf es einer geforderten radikalen, ja revolutionierenden Umgestaltung. Erst im zweiten Schritt können also die Programme zur IT-gestützten Umsetzung geschrieben und implementiert werden. Ein Stichwort dafür ist lebenslange elektronische Patientenakte, abgelegt mit den höchsten Sicherheitsstandards in einer Cloud.

7. Wir plädieren dafür, die notwendigen und steuerfinanzierten Zuschüsse für das Gesundheitswesen (in erster Linie für Investitionen) für alle Segmente auf Ebene des Bundes anzusiedeln. In diesem Zusammenhang muss auch der Grundsatz der Selbstverwaltung in Verbindung mit der objektiv notwendigen zentralistischen Komponente neu definiert werden. Die Bereitstellung öffentlicher Mittel impliziert in der Daseinsvorsorge auch Mitspracherechte.

8. Wir sind uns sicher, es ist genug Geld im Gesundheitssystem. Aber das Gros dieser Mittel muss endlich für die Erbringung der medizinischen Leistungen, die nachweislich dem Patientenwohl dienen, eingesetzt werden. Die größten Einspareffekte und damit auch Umschichtungspotentiale sehen wir bei der Optimierung der Strukturen und der radikalen Reduzierung von Bürokratie zur Steuerung und Dokumentation fragwürdiger Anreizsysteme.

9. Auch für Extremfälle gilt, dass die hier formulierten Anforderungen mit qualitativen und quantitativen Standards unteretzt werden.

10. Geboten ist die grundlegende Restrukturierung der derzeitigen Anreizsysteme (wegen der bekannten Fehlsteuerungen) und der Kooperationsformen und -strukturen vor allem für die Bereiche ambulant und stationär und trägerübergreifend für die Krankenhauslandschaft.

Stichworte sind z. B.:

- // Bessere Einflussmöglichkeiten auf die Allokation der Produktion bei Pharmaka
- // Weniger Pharmaka durch Abbau wirkungsgleicher Angebote und personalisierte Medizin
- // Primat der Prävention unter Einbindung von Annexbereichen wie der Land- und Nahrungsgüterwirtschaft
- // Qualitative und monetäre Neubewertung des Gesundheitswesens und der dort Beschäftigten an vorderster Stelle in der ethischen Werteskala
- // Eigenbeteiligung der Menschen im Kontext mit Sanktionierungen von grob fahrlässigen und vorsätzlichen gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen
- // Primat gesundheitlicher Effekte vor Auslastung von Strukturen
- // Gesundheitsbetreuung von der Wiege bis zur Bahre aus einer Hand (Vermeidung von Paralleluntersuchungen, lebenslange, einheitliche Strukturen und Zuständigkeiten)
- // Anpassung langfristig gewachsener Infrastrukturen an aktuelle und künftige Bedingungen (Neubau vs. Anbau), trägerübergreifende Kooperationen, integrierte Strukturen (stationär – ambulant, trägerunabhängig, differenziert)
- // Primat der Qualität und des Benefits für den Menschen als Patienten und als Gegenstand von Prävention mit den entsprechenden Konsequenzen für die Vergütung der entsprechenden Leistungen



Der Staat steht hier ganz besonders in der Daseinsvorsorge-Verantwortung. Das heißt beispielsweise, dass er sicherstellen muss, dass lebenswichtige Pharmaka bzw. deren Grundstoffe, Produkte für den Seuchen- und Katastrophenschutz, intensivmedizinische Ausrüstungen usw. auch unter extremen Umständen wie denen einer Pandemie in ausreichendem Umfang verfügbar sein müssen. Das ist die Prämisse. Ob dazu globale Wertschöpfungsketten verändert oder die Struktur und die Umfänge von vorzuhaltenden Reserven neu bestimmt werden müssen, kann nur im Ergebnis fundierter Analysen entschieden werden. Wir plädieren dafür, dass dieser Prozess auf EU- und nationaler Ebene stattfindet. Zentrale Fragen sind u. a., welche Reserven (Nomenklatur und Mengen) für Krisen vorgehalten werden müssen, wo dies geschehen muss und welche Anforderungen an funktionsfähige und effektive Kontrollmechanismen bestehen.

