

ECKPFEILER BÜRGERLICHER GESUNDHEITSPOLITIK

PETER NAWROTH

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als teuer und wenig effizient und dies trotz der hohen Qualifikation der Mitarbeiter und exzellenter technischer Ausrüstung. Das Missverhältnis zwischen Aufwand und Erfolg, so die These dieses Beitrags, liegt in der Ideologisierung einer interessensgeleiteten Gesundheitspolitik und einer bevormundenden Gesundheitserziehung. Das System der Ruhigstellung von Interessensgruppen durch (nicht nur am Patientenwohl orientierter) Zuteilung von Geld, das an anderer Stelle fehlt, hat dazu geführt, dass eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt keine besseren, sondern teilweise sogar schlechtere Ergebnisse erbringt.

Februar 2025

Es bedarf

- nicht immer noch höherer Beiträge, sondern eines klügeren, **evidenz-basierten Einsatzes des vorhandenen Geldes** im Gesundheits- und damit assoziierten Wissenschaftssystem;
- eines **Abbaus bürokratischer Gängelung** und unnötiger Misstrauenskultur, bei gleichzeitiger Förderung von Eigeninitiative und Selbstverantwortung (wo möglich);
- eines **Abbaus von kostenintensiven Sektorengrenzen** und hierarchischer Berufsstände, die nicht der Verbesserung der Patientenversorgung dienen, und des Einsatzes der freiwerdenden Ressourcen für die Patientenversorgung;
- einer **verbesserten Attraktivität der Berufstätigkeit** im Gesundheits- und Wissenschaftssystem, ergänzt durch eine am Patientenwohl orientierte Stärkung der klinisch-translationalen Forschung;
- **am Patientenwohl orientierter Strukturen**, um Hilfe zu garantieren, wenn und wo Hilfe benötigt wird.

ÜBERBLICK

1. PRÄMISSEN EINER BÜRGERLICHEN GESUNDHEITSPOLITIK

- 1.1. *Das Menschenbild*
- 1.2. *Die Multikontextualität der Gesundheit*
- 1.3. *Das Helfen als intrinsische Motivation einer bürgerlichen Gesundheitspolitik*
- 1.4. *Die Auflösung der Reibungsverluste zwischen Berufsständen und Sektoren*
- 1.5. *Die Bedeutung der Wissenschaft*

2. BESTEHENDE MÄNGEL

- 2.1. *Der Blick von außen*
- 2.2. *Der Blick von innen*
- 2.3. *Der Missbrauch der Wissenschaft*
- 2.4. *Die Vernachlässigung klinischer Studien*
- 2.5. *Die Patientensicht*
- 2.6. *Die Sicht der Kostenträger*
- 2.7. *Mangelnde Fehlerkultur*

3. REFORMVORSCHLÄGE FÜR EINZELNE BEREICHE

- 3.1. *Organisation der Gesundheitspolitik auf Ebene der Ministerien*
- 3.2. *Optimierung der Gesundheitspolitik durch sachkundige Behörden*
- 3.3. *Zusammenführen der in unterschiedlichen Sektoren tätigen Berufsgruppen*
- 3.4. *Abbau unnötiger Bürokratie*
- 3.5. *Aufbau einer positiven Fehlerkultur*
- 3.6. *Einführung einer evidenz-abwägenden Betrachtung von wissenschaftlichen Ergebnissen*

4. FAZIT: GRUNDLEGENDE STRUKTUREN AUFBRECHEN

Eckpfeiler einer bürgerlichen Gesundheitspolitik

von Professor Peter P. Nawroth

Eine bürgerliche Gesundheitspolitik lässt sich aus der Überzeugung entwickeln, dass Menschen vernunftbegabt sind, daher eigenständig und sowohl informiert als auch intuitiv (nach gesundem Menschenverstand) entscheiden können. In nicht allein lösbaren Situationen, wie Erkrankungen und Notfällen, dürfen die Bürger mit der Solidarität der Gesellschaft rechnen. Dafür stehen die Institutionen des Gesundheitswesens und seine Mitarbeiter bereit, die über den neuesten Stand des Wissens und der Technik verfügen. Statt Bevormundung obliegt dem Staat die Aufgabe, es jedem zu ermöglichen, das für ihn Beste im Bereich Gesundheit und Teilhabe an der Gesellschaft zu erreichen. Da Leben und Schicksal des Menschen multikontextuell sind, werden Gesundheit und Krankheit nicht nur durch medizinische Maßnahmen beeinflusst. In einer bürgerlichen Gesundheitspolitik werden alle Bereiche der Politik koordiniert eingesetzt, um Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu therapieren. Daher wird eine bürgerliche Regierung Gesundheitspolitik als Querschnittsaufgabe betreiben. Im Sozial-, Wirtschafts- und Bildungsministerium werden Vertreter des Gesundheitsministeriums durch Stabsstellen vertreten sein. Daraus ergeben sich zwei Vorteile: Erstens wird in jedem Politikbereich auf die gesundheitlichen Folgen einer politischen Entscheidung geachtet. Zweitens besteht die Chance, vergleichend zu bewerten, welcher Politikbereich bei einer bestimmten Frage am ehesten in der Lage ist, gesundheitliche Risiken zu verringern.

Das Ziel einer bürgerlichen Gesundheitspolitik ist daher eine Beendigung des Ressourcenkampfes der Berufsgruppen und der Sektoren (ambulant, stationär), denn das dient dem Bürger nicht. Nicht Meinungen, Ideologien oder gar Mehrheiten dürfen bestimmen, was gemacht wird, sondern die Qualität eines Arguments. Evidenz muss durch Forschung hergestellt, bewertet, dann wahrgenommen und in gesundheitspolitisches Handeln überführt werden. Wo Evidenzen noch fehlen, müssen innovative Forschung (Ausrichtung der Wissenschaftspolitik anhand von Fragen aus der Gesundheitspolitik) und Vertrauen auf den gesunden Menschenverstand weiterhelfen. Die Fokussierung auf das Endergebnis (Outcome) der gesundheitspolitischen Entscheidungen für den Patienten ist ressourcenschonend, da es wirkungslose und kostenintensive Aktionen vermeidet und die Reibungsverluste durch Berufsgruppen, sachfremde Interessen und Besitzstandswahrung der Sektoren reduziert. Die Begründbarkeit gesundheitspolitischer Entscheidungen aus Patientensicht führt zu mehr Transparenz. Das Ergebnis wird für den Bürger besser sein als das Öffnen des staatlichen Füllhorns für diejenigen Interessensgruppen, die am öffentlichkeitswirksamsten klagen. Eine bürgerliche Gesundheitspolitik ist mitfühlend (abrahamisches Menschenbild) und rational (wissenschaftsorientiert).

Eine bürgerliche Gesundheitspolitik ist weiterhin ökonomisch sinnvoll, da sie durch rational begründbare Entscheidungen für die Bürger und Patienten Qualität sicherstellt und eine kosten- und personalintensive Überbürokratisierung (eine Folge der Sektorenstreitigkeiten, Besitzstandswahrung von Berufsgruppen und fehlender evidenz-geleiteter Entscheidungen) abbaut. Der Fokus auf das Patientenwohl statt auf Berufsgruppen- und Sektoreninteressen hebt den kostenintensiven Verlust der Sinnstiftung (Problem: Berufsausstieg und Mitarbeitermangel) für Mitarbeiter im Gesundheitssystem auf.

1. PRÄMISSEN EINER BÜRGERLICHEN GESUNDHEITSPOLITIK

1.1. *Das Menschenbild*

Einer bürgerlichen Gesundheitspolitik liegt ein abrahamisches Menschenbild zugrunde, das in allen abrahamitischen Religionen Ausdruck findet. Kernelement dieses Menschenbildes ist die Verantwortungsübernahme für den Nächsten und die Erkenntnis, dass Erkrankungen keine Strafen Gottes sind und daher vermieden und therapiert werden dürfen. Seit der Aufklärung, der Entdeckung der regulativen Kraft der Vernunftbegabung des Bürgers, ist der Staat verpflichtet, jedem Bürger die Möglichkeit zur Vernunftentfaltung bereitzustellen. Alle Menschen sollen das Optimum dessen, was ihnen möglich ist, entfalten können. Dadurch unterliegt das staatliche Handeln der Einschränkung, dass individuelle Freiheit vor staatlichen Rechten vorrangig ist. Im Bereich Gesundheit bedeutet dies den Erhalt einer möglichst guten Gesundheit und die Therapie von Erkrankungen. Eine bürgerliche Gesundheitspolitik ist dem Schicksal des Einzelnen verpflichtet. Auf Grund ihres Menschenbildes hat der Blick auf den Einzelnen Vorrang vor der sogenannten „bevölkerungsbasierten“ Sichtweise und vor ideologischer Bevormundung und Gängelei.

Grundvoraussetzung dafür ist das staatliche Vertrauen in den Bürger. Ein Staat ohne Vertrauen in die Vernunftbegabung seiner Bürger und die Ehrlichkeit seiner Mitarbeiter neigt (auch im Bereich Gesundheit) zu Bevormundung, evidenz-freiem Ideologisieren und Misstrauen. Als Folge des Misstrauens ufern Kontrollbestrebungen aus, die den Reibungsverlust durch Ressourcenkämpfe der Berufsgruppen und Sektoren befeuern. Statt „Empowerment“ zerstört eine kontrollierend-bevormundende Gesundheitspolitik die intrinsische Motivation. Eine bürgerliche, auf obigem Menschenbild aufbauende Vertrauenskultur ist eine wirksame Voraussetzung einer neuen bürgerlichen Gesundheitspolitik. Eine Misstrauenskultur hingegen ist durch Regulierungswut, ideologischer Bevormundung, Demotivierung der Mitarbeiter und Evidenzferne teuer und wenig erfolgreich.

1.2. *Die Multikontextualität der Gesundheit*

Gesundheit, Krankheit, Glück und Zufriedenheit speisen sich aus vielen Quellen. Man spricht daher von der Multikontextualität des Mensch-Seins und der Gesundheit. Da es nicht den einen Faktor gibt, der Gesundheit und Erkrankung reguliert, bedarf es des Vertrauens in die die Selbstverantwortung der Bürger. Ein Teil dessen ist die intuitiv richtige Verhaltensweise der meisten Bürger. Ein Durchregieren des Staates top-down ist unnötig. Es ist auch wirkungslos, vielleicht sogar kontraproduktiv, denn es verliert die Multikontextualität der Gesundheit aus dem Blick. Viele in hochentwickelten Gesellschaften zunehmende und in Teilen vermeidbare Erkrankungen (z.B. Hochdruck, Typ 2 Diabetes, Adipositas, Depression) sind wegen ihrer Vielschichtigkeit klassischen medizinischen Vorsorgemaßnahmen schlecht zugänglich. Sie können von kluger Sozial-, Arbeits-, Bildungs- und Wirtschaftspolitik sowie einer positiv-motivierenden Grundstimmung im Land beeinflusst werden. Eine bürgerliche Gesundheitspolitik, die die Multikontextualität der Gesundheit im Blick hat, entwickelt daher die Gesundheitspolitik zu einem Querschnittsbereich verschiedener Ministerien.

1.3. Das Helfen als intrinsische Motivation einer bürgerlichen Gesundheitspolitik

Aus vielen verschiedenen Gründen, seien es genetische, familiäre oder psychosoziale Gründe, ist es nicht jedem Menschen möglich, präventiv das optimal Mögliche für seine Gesundheit zu tun, und auf sich gestellt mit Krankheit und ihren Folgen umzugehen. Daher wohnt einer neu gedachten Gesundheitspolitik, basierend auf den Wurzeln der abrahamitischen Religionen, der Aspekt des selbstlos dienenden Helfens inne. Das Helfen gibt allen, die im Gesundheitssystem tätig sind, auch den Wissenschaftlern, eine besonders wirksame Form der Sinnstiftung und Motivation. Daher achtet eine bürgerliche Gesundheitspolitik darauf, dass die Mitarbeiter ihre Motivation nicht verlieren durch Bürokratisierung, Kontrolle, ökonomische Zwänge oder gar aus nicht zeitgerechten Konflikten zwischen den althergebrachten Berufsgruppen und Sektoren. Eine Voraussetzung bürgerlicher Gesundheitspolitik ist der Erhalt der intrinsischen Motivation aller Mitarbeiter.

1.4. Die Auflösung der Reibungsverluste zwischen Berufsständen und Sektoren

Der Fokus auf das Ergebnis der Gesundheits-, Alten- und Krankheitsfürsorge aus Patientensicht verlangt ein reibungsfreies, zielorientiertes und evidenz-basiertes Miteinander aller Beschäftigten im Gesundheitssystem. Die Hauptauseinandersetzung der heutigen Gesundheitspolitik gilt den Anforderungen der verschiedenen konkurrierenden Berufsgruppen und der Sektoren (ambulant versus stationär, für Details siehe III. Bestehende Mängel). Eine Prämisse bürgerlicher Gesundheitspolitik ist daher nicht die Wahrung überkommener Besitzstände und Vorrechte, sondern die Verantwortungsübernahme für Patienten. Eine weitere Voraussetzung der neuen bürgerlichen Gesundheitspolitik ist eine am Bürger- und Patientenwohl orientierte Neuordnung der Berufsstände und Sektoren (siehe IV. Reformvorschläge).

1.5. Die Bedeutung der Wissenschaft

Die Nachvollziehbarkeit und Beweiskraft eines Argumentes erhöhen Transparenz und Verständnis für gesundheitspolitische Maßnahmen. Die Feststellung der Evidenzlage, unbeeindruckt von berufsgruppen- und sektorenspezifischen Interessen, und das Erkennen des Nicht-Wissens ist eine unentbehrliche Grundlage bürgerlicher Gesundheitspolitik. Daher dürfen klinische Studien nicht länger das Stiefkind staatlicher Forschungsförderung sein oder nur den jeweiligen Firmen überlassen werden. Dies gilt insbesondere, wenn es um die Erfolgsbewertung geht, die verschiedene Eigenschaften und Lebensumstände von Menschen einbeziehen muss. Ebenso wichtig ist die Stärkung der die klinische Medizin begleitenden Grundlagenforschung und (zusammen mit etablierten und neu gegründeten Firmen) der translationalen Forschung. Eine bürgerliche, wissenschaftsbegründete Gesundheitspolitik unterstützt die Schaffung qualitativ hochwertiger Arbeitsplätze in einer auch in unserem Land und Kontinent wieder stärker angesiedelten Industrie. Diese ist sich der Vorläufigkeit wissenschaftlicher Erkenntnis bewusst und gewinnt daraus Kraft und Energie, Arbeitsplätze zu schaffen, Innovationen zu treiben und die Lebensumstände der Bürger zu verbessern.

Die Hoffnung, dass etwas Besseres immer das Gute ersetzen kann, fördert die Motivation der Mitarbeiter und das Vertrauen der Patienten. Beides, die Festlegung des augenblicklich Richtigen und des zukünftig Besseren,

muss Regeln folgen. Dafür ist „evidenzbasierte Medizin“ das Stichwort. Meinungen sollten, dort wo vorhanden, durch Beweise ersetzt werden. Da nicht alles bewiesen werden kann, muss in der Abwägung der Qualität eines Argumentes hinzugezogen werden. So ist das Argument, das nur auf einer Hochrechnung, Modellierung oder einer korrelationsbasierten Beobachtungsstudie beruht, dem Argument unterlegen, das aus einer qualitativ gut gemachten Interventionsstudie resultiert.

Der sachliche Blick auf die Multikontextualität ist Teil des notwendigen und verantwortungsvollen Umgangs mit den personellen, sachlichen und finanziellen Ressourcen und führt, durch die patientenorientierte Ergebnisbewertung, zu einer vermehrten Hinwendung zu den Leistungsträgern in klinischer Medizin und Wissenschaft.

2. BESTEHENDE MÄNGEL

2.1. *Der Blick von außen*

Die Gesundheitspolitik ist ein vermintes Feld, mit Interessensgruppen, die mit Vehemenz und moralisierenden Argumenten um begrenzte Ressourcen kämpfen. Zu den Interessensgruppen gehören Berufsgruppen, Fachgesellschaften, Organisationen der Selbstverwaltung, Patientenvertreter, Firmen, Krankenkassen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und viele mehr. Die verschiedenen Argumente sind von außen weder durchschaubar noch überprüfbar.

Wir haben eines der teuersten Gesundheitssysteme der Welt, dazu pro Einwohner die meisten Intensivstationen und Universitätsklinika, dennoch nicht die längste Lebenserwartung oder beispielsweise beste Prognose bei einer Erkrankung. Eine Ursache sind die Reibungsverluste im Interessenskampf der Beteiligten und in der überbordenden Verwaltung, Bürokratie und administrativen Überregulierung. Eine Fehlsteuerung durch staatliche Maßnahmen und Erfüllung von Wünschen der Interessensgruppen führt zu Fehlanreizen und sinnloser, manchmal sogar gefährlicher Medizin. Es herrscht der Eindruck der Intransparenz und Leistungsschwäche. Wenn eine von Interessensgruppen geleitete Selbstbedienung überhandnimmt und am Patientenwohl vorbei agiert, ist das Nebeneinander von staatlichem Dirigismus und wirtschaftlichem Handeln der Interessensgruppen ein Stolperstein zu einer bestmöglichen Gesundheitsversorgung.

2.2. *Der Blick von innen*

2.2.1. *Reibungsverlust & Demotivation durch Berufsgruppenzugehörigkeit*

Die Berufsstände innerhalb der unmittelbar am Patienten tätigen Medizin (Arzt, Pflege, Apotheker, Altenpflege, Krankengymnastik, Ernährungsberater, etc.) entwickelten sich aus den Anforderungen der Medizin und Pflege von vor 200 Jahren. Von innen betrachtet, führen diese Zersplitterung der sich bekämpfenden Einzelinteressen (der Berufsgruppen und Sektoren) und die zunehmende Bürokratisierung zu einer Entfremdung vom eigentlichen Ziel, Menschen zu helfen oder neue Erkenntnisse, die dem Menschen dienen, voranzutreiben. Die Sinnstiftung geht verloren, wenn nur ein geringer Teil der täglichen Arbeit den

Dingen gewidmet ist, die man in der Ausbildung lernte und ein immer größerer Teil der Arbeitsbelastung darin besteht, administrative Aufgaben zu erfüllen. Sinnstiftung und intrinsische Motivation gehen verloren, wenn wissenschaftliche Argumentationen nicht mehr auf der Ebene der Qualität des Beweises und des nachweisbaren Nutzens für Menschen ausgefochten werden. Wie in anderen Politikbereichen sind die diskursive Lufthoheit, die Bewirtschaftung des Mainstreams und das Erreichen einer Mehrheit zur Gestaltung der öffentlichen Meinung in der Diskussion um richtige Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit und Therapie von Erkrankungen zentral. Doch diese Diskussion verfehlt die Bedürfnisse der Erkrankten und trägt zur Demotivation der Beschäftigten bei.

Das geht einher mit der Moralisation von Argumenten und evidenzfreien staatlichen Eingriffsplänen (Beispiel Zuckersteuer, Gesundes Herz-Gesetz). Selbst sinnvolle Pläne, wie eine Reform der Krankenhauslandschaft, werden – schon bevor alle Details bekannt sind – moralisierend angegriffen. So behauptete die Deutsche Diabetes Gesellschaft zum Beispiel schon im August 2024, dass die Reform zu mehr Amputationen bei Diabetikern führen werde. Das Nachdenken über den besten Lösungsweg wird durch drastische Bilder und als Kampf um die Lufthoheit, anstatt als Auseinandersetzung über das beweiskräftige Argument geführt. Ein echter Dialog, der zu einer Neuausrichtung der Gesundheitspolitik im Sinne des Patienten führt, wird erschwert, da Interessensvertretung Vorrang vor dem Erfolg für Bürger und Patienten hat. Das demotiviert Mitarbeiter, verhindert Teambildung, zerstört die Arbeitsatmosphäre (insbesondere im stationären Bereich der Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen). Dies ist einer der Gründe, die das deutsche Gesundheitssystem so teuer machen.

2.2.2. Reibungsverlust & Demotivation durch überbordende Kontrolle und Verwaltung

Eine nicht den Abläufen und Aufgaben entsprechende Zersplitterung von Berufsgruppen und Sektoren führt zusammen mit staatlichen Eingriffen zu Fehlanreizen. Daraus entsteht die Notwendigkeit von Kontrollen, durch die sich die administrative Last erhöht. Leistungsträger in allen Sektoren leiden zunehmend unter dem Gefühl, sie seien nur Erfüllungsgehilfen von Top-Down-Managementplänen, einer Kontroll- und Regelungswut, die nicht dem Wohl des Bürgers und des Patienten dient. Die Zahl der Mitarbeiter in Verwaltungen (einschließlich der Selbstverwaltung, Krankenkassen, Krankenhäusern) nimmt stetig zu. 2400 Ärztinnen und Ärzte, 4000 pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter, insgesamt 10.800 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, aber nicht direkt am Patienten. Zu ihren Aufgaben gehören gutachterliche Fragen, aber auch die Abrechnungskontrolle von Praxen, Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern. Eine bürgerliche Gesundheitspolitik sorgt – anstatt die Kontrolle zu intensivieren – prioritär dafür, die Fürsorge für Patienten zu verbessern.

Im stationären Bereich führte die Einführung einer neuen Abrechnungsmethode nach Fallpauschalen zu Abrechnungsbetrügen. Als Folge wurde der medizinische Dienst verstärkt. Um dessen Fragen zu beantworten, wurden in den Krankenhäusern Stabsstellen eingerichtet, die die eigene Abrechnung und die Qualität der eigenen Dokumentation überprüfen, um sachgerecht abrechnen zu können. Die Last für die Dokumentation der erbrachten Leistung wurde den Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern aufgebürdet. Das

Personal bearbeitet sowohl die internen als auch die externen Anfragen und leidet so unter einer doppelten administrativen Last, ohne dass dies direkt den Patienten zugutekommt. Die in den letzten 20 Jahren zunehmende, kosten- und personalintensive administrative Last und Kontrolle der Arbeit am Patienten steht im Widerspruch zu den knappen Ressourcen für medizinisch-wissenschaftliche Leistungsträger und dem Mangel an ausgebildeten Kräften für die Patientenversorgung. Hinzu kommt der Umstand, dass Verwaltungsmitarbeiter in medizinisch-wissenschaftliche Entscheidungsfindungen direkt oder indirekt eingreifen. Dies trägt selbstverständlich nicht zur Motivation leistungsfähiger und -williger Fachleute bei. Nur ein Mitarbeiter, dem man die Entscheidungskompetenz in seinem/ihrem spezifischen Fachgebiet zutraut und zubilligt, bleibt motiviert. Die Realität zeigt allerdings auch, dass durch berufsgruppenspezifische und externe Interessen und Fehlanreize (z.B. durch Firmen) viele Maßnahmen ergriffen werden, die unnötig oder fraglich sind (Beispiel Anzahl der über Achtzigjährigen, die in Deutschland invasiv beatmet auf Intensivstationen sterben, Chemotherapie wenige Tage vor dem Tod).

Die Folge dieser Misstände ist eine hohe Zahl von Mitarbeitern, die den Beruf abbrechen, in die Verwaltung oder das Management wechseln, ihre Arbeitszeit verkürzen, weil sie die Motivation verlieren. Dies spiegelt sich auch in dem sinkenden Interesse an der Ausbildung in einigen Berufen des Gesundheitssystems. Der Personalmangel ist nicht nur, aber auch Folge einer erfolglosen Gesundheitspolitik. Eine Stunde weniger Bürokratie pro Tag setzt nach Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (7.8.2024) 21.000 Ärzte frei.¹ Allein diese Zahl zeugt von einem dysfunktionalen Umgang mit Ressourcenumgang und zeigt, dass eine neue Gesundheitspolitik, die mit dem vorhandenen Geld zielgerichtet und inhaltlich-sachorientiert umgeht, nicht zu höheren Kosten führen wird.

2.3. Der Missbrauch der Wissenschaft

Angesichts der Unfähigkeit, grundlegende Reformen der Gesundheitspolitik innerhalb der letzten Jahrzehnte umzusetzen, greift der Berufsgruppen- und Sektorenkampf auch auf die Wissenschaft über – so zu beobachten u.a. beim Thema Zuckersteuer², Gesundes-Herz-Gesetz³ oder gesunde Ernährung und Umwelt, wo auf Hochrechnungen beruhende Schätzungen von den Interessensvertretern als Beweise ausgegeben werden. Während der Corona-Zeit führten Aussagen zu „Impfdrängern“, „Impfverweigerern“ oder zur „Pandemie der Ungeimpften“, die sich nachträglich als falsch herausstellten, dazu, dass der Staat nicht als helfend unterstützend, sondern als übergriffig und Bevölkerungsgruppen gegeneinander ausspielend erlebt wurde. Gesundheitspolitik wurde seither auch ein Baustein (von vielen) für Politikverachtung, Staatsverdrossenheit und Ablehnung demokratisch-liberaler Grundwerte. Populismus und autoritäre Politik finden Anhänger, wenn Wissenschaft, deren Wesen das Hinterfragen und Überprüfen von Aussagen ist, zum Kampfinstrument mutiert. Diese Form der Wissenschaft zerstört echte Wissenschaft, weil sie politischen und

¹ Vgl. Ärztezeitung: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kliniken-mahnen-Buerokratieabbau-an-451834.html>

² Vgl. Monitor Versorgungsforschung (5/2024): https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/09/MOVS-0524_Zuckersteuer_160924.pdf

³ Vgl. BMG (2024): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundeskabinett-beschliesst-gesundes-herz-gesetz-pm-28-08-2024.html>

berufspolitischen Einzelinteressen dient, aber nicht dem Erkenntnisgewinn zugunsten von Bürgern und Patienten.

2.4. Die Vernachlässigung klinischer Studien

Die Wissenschaftspolitik und die Forschungsergebnisse der Wissenschaftler sind wesentliche Pfeiler einer neuen bürgerlichen Gesundheitspolitik. Die Sinnstiftung des Helfens, sei es in der Beratung oder direkten Therapie, setzt voraus, dass den Menschen das wissenschaftlich Bewiesene, das für jeden individuell Richtige und Optimale angeboten wird. Die Voraussetzung dafür sind qualitativ hochwertige klinische Studien. Diese sind jedoch ein Stiefkind staatlicher Forschungsförderung und werden zu einem großen Teil den Firmen überlassen. Aber gerade wenn es um eine, die verschiedenen Eigenschaften und Lebensumstände von Menschen betreffende Bewertung der Möglichkeiten der Medizin geht, sind staatlich geförderte klinische Studien und die translationale Forschung wichtig. Wegen der Unabhängigkeit sind von ihnen zuverlässige, nicht von ökonomischen Interessen eingefärbte Urteile zu erwarten. Die Ergebnisoffenheit dieser unabhängigen Studien führt zu medizinischem Fortschritt und trägt neue Impulse aus den klinischen Studien wieder zurück ins Labor. Dies stärkt die Leistungsfähigkeit der deutschen Forschungsinstitute, und schafft hochwertige Arbeitsplätze.

2.5. Die Patientensicht

Aus Sicht der Patienten herrscht insbesondere das Gefühl, den intransparenten, konträren Argumenten der Fachvertreter und Gesundheitspolitiker ausgeliefert zu sein. Dieses wird bei vielen Patienten durch den Verdacht intensiviert, dass die Mediziner ihnen nicht unbedingt das für sie Beste empfehlen, sondern die Interessen der Anbieter bedienen. Dieser Eindruck wird verschärft, wenn Mitarbeiter des Gesundheitssystems über die Entfremdung von ihrer Tätigkeit berichten, die vor allem daraus resultiert, dass sie aufgrund überbordender Bürokratie⁴ sowie anderen fachfremden Tätigkeiten, kaum mehr Zeit finden, einmal in Ruhe mit einer Patientin oder einem Patienten zu sprechen. Gelöst werden können diese Probleme nur durch eine qualitativ höherwertige Wissenschaftlichkeit in der Medizin und eine Verringerung der Reibungsverluste zwischen den Berufsgruppen und Sektoren. Erst nach Wegfall der Verteilungskämpfe können alle Ressourcen wieder dem Patienten gewidmet werden und der Patienten und seine Gesundheit steht wieder im Mittelpunkt.

2.6. Die Sicht der Kostenträger

Aus Sicht der Kostenträger, denen Wirtschaftlichkeit ebenso wie Erfolg der Maßnahmen wichtig ist, schmerzt es erstens, viel Geld ausgeben zu müssen, um dann im internationalen Vergleich unbefriedigende Ergebnisse zu kassieren. Zweitens ist es mühsam, auch bei sachdienlichen Vorschlägen, einem Sperrfeuer der verschiedenen Interessensvertreter ausgesetzt zu sein. Drittens merken die Kostenträger, dass sie angesichts der nicht dem Bürger- und Patientenwohl dienenden Einzelinteressen große Ressourcen aufwenden müssen,

⁴ Vgl. Ärztezeitung (2024): <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Kliniken-mahnen-Buerokratieabbau-an-451834.html>

um das System zu kontrollieren. Letztlich ist das Handeln der Kostenträger Ausdruck eines begründet fehlenden Vertrauens in die Ehrlichkeit, Selbstverwaltung und sachgerechte Ausgabe der zur Verfügung gestellten Ressourcen. Angesichts der mangelnden Transparenz sehen sie sich verpflichtet, selbst für die aus ihrer Sicht sachgerechte Geldverwendung zu sorgen. Sie stehen im Spagat zwischen staatlichen Einflüssen, wissenschaftlicher Evidenz und den Eigeninteressen aller im Gesundheitssystem tätigen Akteure.

2.7. Mangelnde Fehlerkultur

Eine mangelnde Fehlerkultur wirkt sich in verschiedenen Bereichen zu Lasten von Bürgern und Patienten aus. Zum einen führen Handlungszwänge gegenüber Erkrankungen und Ressourcenkämpfe zwischen Sektoren und Berufsgruppen dazu, Studien positiver darzustellen, als sie tatsächlich sind. Das führt zu unnötigen Risiken⁵ für die Patienten. Zum anderen hat sich in der klinischen und wissenschaftlichen Medizin angesichts von Intransparenz und Effizienzproblemen eine „Denunziationskultur“ herausgebildet. Anonyme Angriffe in virtuellen Portalen aber auch in zunehmender Zahl gegen Leistungsträger an Kliniken und Universitäten können ohne Beweispflicht gestartet werden.⁶ Obwohl die meisten dieser anonymen Angriffe sich nachträglich als falsch und ungerechtfertigt herausstellen, oft sogar politisch motiviert sind, führen sie den betroffenen Person Schaden zu und blockieren gleichzeitig Ressourcen (z.B. Rechtfertigungsdruck vor zahlreichen Gremien). Diese Verdächtigungs- und Denunziationskultur gibt anonymen Agitatoren Macht, wirkt der notwendigen positiven Fehlerkultur in Medizin und Wissenschaft entgegen und gefährdet Motivation und Leistungsbereitschaft der Betroffenen.

3. REFORMVORSCHLÄGE FÜR EINZELNE BEREICHE

3.1. Organisation der Gesundheitspolitik auf Ebene der Ministerien

Da Gesundheit und Krankheit alle Bereiche des Mensch-Seins betreffen, sollte die Gesundheitspolitik ein Querschnittsthema der Politik sein. Es gibt viele gute Gründe für ein Gesundheitsministerium, aber auch gute Gründe für Referenten aus dem Gesundheitsministerium, die in den Ministerien für Soziales, Familie, Wirtschaft, Bildung und Wissenschaft tätig sind. Nur so gelingt die Suche nach dem Ansatz, der am besten die gesundheitlichen Risiken und Erkrankungen der Bürger und Patienten bessern kann. Ein praktisches Beispiel: Eine amerikanische Studie zeigte, dass eine soziale Intervention bei sozial Benachteiligten (es war ein Umzug in eine bessere Wohngegend) größere Effekte auf das Gewicht und Diabetesrisiko hatte, als von einer Ernährungsberatung, Zuckersteuer oder anderen staatlichen Maßnahmen erwartet werden kann. Für eine bürgerliche Gesundheitspolitik folgt daraus, dass in gewissen Fällen soziale Verbesserungen wirksamer sein können als aufwändige Beratungsprogramme oder gar Versuche, die Ess- und Lebensgewohnheiten der

⁵ Vgl. Focus-Online (29.10.2024): https://www.focus.de/experts/gefaehrlicher-als-fliegen-warum-arztbesuche-zum-risiko-werden-koennen_id_260380099.html

⁶ Vgl. Ärzteblatt Baden-Württemberg (09/2024), S. 594: <https://www.aerztekammer-bw.de/aerzteblatt-baden-wuerttemberg-heft-9-2024-bd5aae8bd237687e>

Menschen durch steuerliche Mehrbelastung zu ändern. Die Fürsorge für den Einzelnen ist wirksamer als kollektive Maßnahmen.

3.2. Optimierung der Gesundheitspolitik durch sachkundige Behörden

Nicht Willkür und Meinung, sondern Evidenz soll dort, wo vorhanden, eine bürgerliche Gesundheitspolitik leiten. Die Wissenschaft ist eine hinterfragende Disziplin. Daher wird es immer eine Kakophonie verschiedener Ansichten seitens der Wissenschaftler geben. Da die Mehrheit der Wissenschaftler kein Argument für die Richtigkeit einer Meinung ist, bedarf es hochqualifizierter, staatlich geleiteter, aber inhaltlich souveräner Institute und Behörden, die die aus Verifikation, Falsifikation, Validierung etc. lebende wissenschaftliche Erkenntnis bewerten. Das einzige Bewertungskriterium darf die Wertigkeit und Qualität des wissenschaftlichen Argumentes, jedoch nicht die Ideologie einer Partei sein. Die Bewertung der Beweiskraft und Qualität eines wissenschaftlichen Argumentes kann niemals von sich aus zu normativen Urteilen führen. Daher wird sich eine bürgerliche Politik nicht hinter Aussagen wie „Die Wissenschaft sagt uns ...“ oder „Wir hören auf die Wissenschaft ...“ verstecken und aus der Verantwortung stehlen.

Stattdessen wird eine bürgerliche Politik Institutionen pflegen, die aus den unterschiedlichen Argumentationen der verschiedenen Wissenschaften die besten Argumente herausfiltern. Dazu bedarf es keiner Konsenspapiere (denn Mehrheiten sagen nichts über Wahrheit aus) sondern eines institutionell geregelten Zuhörens und Bewertens der Argumente. Solch ein interdisziplinäres, offenes, zuhörendes Vorgehen hätte viele Fehler durch vorschnelle Bildung normativer Urteile während der Corona-Pandemie vermieden. Es wäre ein guter Schutz gegen bevormundendes, ideologisch geleitetes und nicht datengestütztes Vorgehen der Politik, die während der Corona-Krise wissenschaftliche Aussage mit normativer Bewertung verwechselte. Eine bürgerliche Gesundheitspolitik wird daher nach Sammlung der unterschiedlichen wissenschaftlichen Argumente die Bildung normativer Urteile als eine ihrer wichtigsten Aufgaben sehen und dafür die Verantwortung übernehmen.

Dafür stehen gut ausgebildete Mitarbeiter an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Politik, zwischen Kostenträger und Patienten, wie das Paul-Ehrlich-Institut, das Robert-Koch-Institut und insbesondere das IQWiG (spezialisiert für die Bewertung wissenschaftlicher Daten) zur Verfügung. Anstatt diese (wie während der sozialdemokratisch geführten Gesundheitspolitik) zu schwächen und Umgehungskreisläufe zu etablieren, die Meinungen Vorrang vor Daten geben, wird eine für alle Fragen offene, ideologisch nicht gebundene bürgerliche Gesundheitspolitik die Rolle dieser Institute im Prozess der Entscheidungsfindung stärken. Zusammen mit diesen Institutionen kann vorrausschauend und nach Wissensstand beraten werden, welche medizinischen Maßnahmen künftig notwendig sein könnten (z.B. Impfung zur Abwehr biologischer Kriegsführung).

Da nach Max Weber immer klar sein muss, ob ein Wissenschaftler für die Wissenschaft oder die Politik denkt und argumentiert, sind solche Institute und Behörden ideal, die unterschiedlichen Auffassungen aus der Wissenschaft und Medizin aufzunehmen, zu vergleichen und die Bewertung dann der Politik zur Entscheidung vorzulegen. Fehlentwicklungen wie beim „Gesundes-Herz-Gesetz“ können so vermieden werden.

3.3. Zusammenführen der in unterschiedlichen Sektoren tätigen Berufsgruppen

3.3.1. Beseitigung der Reibungsverluste durch Berufsgruppenzugehörigkeit

Die Berufsstände der direkt am Patienten tätigen Medizin (Arzt, Apotheker, Pflege, Altenpflege, Krankengymnastik, Physiotherapie, Ernährungsberatung, Diabetesberatung, medizinisch-technische und Röntgenassistenten etc.) entsprechen nicht mehr den Anforderungen an eine moderne Medizin. Das Problem der jetzigen scharfen Trennung der Berufsgruppen wird überdeutlich, wenn man bedenkt, wie viele Pflegekräfte nach einem Pflegestudium in die Verwaltung wechseln, weil es in der klinischen Versorgung keinen ihrer neuen Qualifikation entsprechenden Arbeitsplatz gibt. Um die Grenzen durch Berufsgruppenzugehörigkeit durchlässig zu gestalten, wird die Ausbildung für alle Gesundheitsberufe in aufeinander aufbauenden Modulen angeboten. Dafür stehen die unterschiedlichen Bildungseinrichtungen schon jetzt zur Verfügung.

Es wird die Möglichkeit geschaffen, durch Erwerb von Zusatzmodulen, unabhängig von Eingangsvoraussetzungen wie dem Abitur oder Anerkennung vorausgegangener Studienleistung, einen anderen Verantwortungsbereich für den Patienten zu übernehmen. Je nach Erwerb verschiedener, aufeinander aufbauender Module kann dann die Tätigkeit aufgenommen werden, zu der die jeweiligen Module berechtigen. Zusätzliche Module können berufsbegleitend oder mit Unterbrechung des Berufes erworben werden. Die momentan unüberwindbare Schwelle zwischen Pflege, Krankengymnastik, Beratungsberuf und Arzt wird durch kleinere Zwischenstufen ersetzt. So sind Aufstiegs- und Wechselmöglichkeiten jederzeit für alle gegeben, weil die Mitarbeiter ihrer Neigung und beruflichen Erfahrung entsprechende Qualifikationen erwerben können. Die Einteilung in verschiedene Berufsgruppen wird ersetzt durch eine gemeinsame, den „Gesundheitsberuf“, der je nach Verantwortungsübernahme für Patienten spezifiziert wird. Diese Unterteilung wird den modernen Abläufen und Anforderungen in Praxen, Kliniken und Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen gerecht.

Eine durchlässige, modulartige Ausbildung und die permanent bestehende Chance zur Weiterbildung hilft, die Sinnstiftung der beruflichen Tätigkeit mit sich ändernden persönlichen Bedürfnissen und bisherigen beruflichen Erfahrungen zu vereinen. So bleiben für jeden die Wege zu allen Berufen im Gesundheitssystem immer offen. Zusammenarbeit und Weiterentwicklung, Flexibilität für die persönlichen Bedürfnisse und ein entsprechend gestuftes neues Tarifsystem für Gesundheitsberufe werden berufsständisches Denken und Abgrenzungen ersetzen und Motivation, sowie Verbleib im Beruf stärken.

Das eine, um den Patienten gebildete Team bedarf der Vertretung nur durch eine Gewerkschaft, mit einem Tarifsystem. Es wird das Tarifsystem „Gesundheitsberuf 1-20“ eingeführt. Je nach übernommener Verantwortung, ermöglicht durch die erworbenen Module, wird die Eingruppierung in den „Gesundheitsberuf 1 bis 20“ erfolgen. Die Durchbrechung standesrechtlicher Beschränkungen wird die Sinnstiftung und Motivation der Mitarbeiter erhöhen, die administrative Belastung derer senken, die Patienten versorgen und den Mangel an qualifizierten Mitarbeitern im Gesundheitssystem beheben. Die

Stärkung der persönlichen Motivation wirkt effizienter als alle staatlichen Förderprogramme und Lenkungsversuche. Dazu wird auch die Aufhebung der Sektorengrenzen beitragen.

3.3.2. Beseitigung von Reibungsverlusten durch Doppelstrukturen der Sektoren

Die Sektorierung der Gesundheitsversorgung in ambulant und stationär, ergänzt durch Interessenskonflikte zwischen privaten, kommunalen und staatlichen Krankenhausträgern, führt zu administrativen Strukturen, die nur schwer zu durchschauen sind. Das belegt die Kritik an der Kassenärztlichen Vereinigung und Selbstverwaltung niedergelassener Ärzte. Diese Einteilung in Sektoren, letztlich eine Definition von Strukturen zur Bewahrung von Besitzständen, hat das Interesse der Sektoren und deren Regulation im Auge, aber nicht ausschließlich das Wohl der Patienten. Es wird eine große Aufgabe bürgerlicher Gesundheitspolitik, die Sektorierung aufzuheben und die Vorhaltung medizinischer Leistung regional regeln zu lassen.

Als Beispiel: Fehlen in einer Region niedergelassene Ärzte, sollte ein Krankenhaus der Region die Möglichkeit erhalten, die gleichen Leistungen anzubieten, die die niedergelassenen Ärzte übernommen hätten. Wichtig ist es, die Regionen groß genug zu fassen, denn die in vielen kleineren Häusern nachweisbare Unterbelegung ist eine Gefahr für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Eine gut organisierte Notfallstruktur ermöglicht es, auch auf größere Entfernung hin Patienten gut und rechtzeitig zu versorgen.

3.4. Abbau unnötiger Bürokratie

Selbstverständlich sind eine gute Organisation, Struktur und Kontrolle der Abläufe und Qualität notwendig. Diese dürfen aber kein Selbstzweck werden. Letztlich muss die Administration einer möglichst exzellenten Leistungsfähigkeit in Medizin und Wissenschaft im Sinne bestmöglicher Ergebnisse für Patientinnen und Patienten und dem inhaltlichen Fortschritt dienen. Das Gleichgewicht zwischen patientennaher bzw. wissenschaftlich sinnstiftender Arbeit und der administrativen Belastung der Mitarbeiter ist durch Überregulation und fehlende sinnvolle Digitalisierung gestört. Durch Überregulation wurde das Gesundheitssystem nicht reformierbar. Jeder Änderungsvorschlag wird durch die Interessenskonflikte zwischen Sektoren und Berufsgruppen zerrieben – ein Grund für die hohen Kosten eines nicht sehr effizienten deutschen Gesundheitssystems.

Eine bürgerliche Gesundheitspolitik wird dieses Missverhältnis bessern und die Dominanz überbordender, unnötiger Bürokratie und Administration über Leistungsträger auf ein angemessenes Maß zurückführen, das Patienten sowie medizinischen und wissenschaftlichen Leistungsträgern und deren inhaltlicher Arbeitsfähigkeit wieder die oberste Priorität gibt. Der Ersatz der verschiedenen Sektoren durch eine lokal organisierte Bedürfnisplanung wird einen Teil der Entbürokratisierung erwirken. Dies stärkt die positive Motivation der Mitarbeiter durch einen Vertrauensvorschuss, der staatliche und berufspolitisch orientierte Regulierung ersetzt. Ergänzt wird dies durch eine konsequente Verbesserung der IT-Infrastruktur. Insbesondere im Krankenhaus, aber auch in Praxen und Pflegeeinrichtungen sind die verfügbaren „elektronischen Akten“ viel zu sehr auf administrative und juristisch relevante Belange und zu wenig auf die Arbeitserleichterung für die Mitarbeiter und Verbesserung der Patientenversorgung ausgelegt.

3.5. Aufbau einer positiven Fehlerkultur

Eine bürgerlich-soziale Gesundheitspolitik wird dafür sorgen, dass die Verantwortung für Fehlerkontrolle und ökonomische Belange zwischen Leistungs- und Kostenträgern besser als bisher geteilt wird. Gesunde Mechanismen der Fehlerkultur beinhalten Deregulation, Vertrauen in die Leistungserbringer, Machtentzug gegen anonyme Hetzer, Abbau unnötiger Verwaltungslasten und Vorschriften, eine auf nachvollziehbare wissenschaftliche Erkenntnis beruhende Medizin und die Wiederbelebung des hippokratischen „Du sollst nicht schaden“ als wichtigste Regel der Medizin. Eine faire Fehler- und Aufarbeitungskultur gedeiht nur in einem Umfeld des Vertrauens, das den ganzen Menschen (siehe erste Prämisse) mit seiner Möglichkeit der Fehlbarkeit sieht.

3.6. Einführung einer evidenz-abwägenden Betrachtung von wissenschaftlichen Ergebnissen

Transparenz und Vertrauen, sowie Qualität und rationaler Ressourceneinsatz sind möglich, sobald berufsständische und sektorenbedingte Interessen hinter dem Wohl für Patienten zurückstehen müssen. Aber es bedarf noch eines wichtigen Faktors für eine bürgerliche Gesundheitspolitik: der objektiven Bewertung von Evidenz, an der es oftmals fehlt. Eine Ursache ist die rechtlich schwierige, bürokratisch zu aufwendige und finanziell nicht ausreichend vom Bund geförderte klinische Studienkultur in Deutschland. Doch gerade diese Forschungsrichtung leistet wichtige Beiträge, um neue Grundlagenerkenntnisse schneller und effizienter als bisher in die klinische Anwendung an Patientinnen und Patienten zu bringen.

Die künftige bürgerliche Gesundheitspolitik wird sich dafür einsetzen, dass bei Zulassung von Medikamenten und nicht-medikamentösen Therapieverfahren (anders als bisher) zusätzliche Parameter vorgelegt werden müssen, die die Relevanz für den Patienten nachweisen. Dazu zählen Angaben über (a) die zeitliche Verschiebung des Endpunktes (statt nur einer Angabe über % Risikoreduktion), (b) Angaben über die Charakteristika der Personen, die nicht von einer Therapie profitieren (um dann Studien zu fördern, die herausfinden, wie man diejenigen identifizieren kann, die von einer Therapie profitieren) und (c) Berücksichtigung individueller Patienteneigenschaften bei der Therapieentwicklung. Die dazu notwendige massive Stärkung der translationalen Forschung mit ihrer Einbindung in eine gängelnde sozialmarktwirtschaftliche Wirtschaftspolitik wird die Patientenversorgung und den Wirtschaftsstandort Deutschland stärken und die Abhängigkeit von ausländischen Zulieferern verringern.

Damit werden Zulassungsverfahren versachlicht, ebenso wie die Bewertung der Erstattungsfähigkeit von Therapien. Die zu schaffende Stabsstelle des Gesundheitsministeriums im Wissenschaftsministerium wird sich dafür einsetzen, dass in Deutschland und auf europäischer Ebene die zur Verbesserung der Patientenversorgung und Evidenzlage notwendigen klinischen Studien initiiert werden. Zu den notwendigen Schritten einer erfolgreichen, am Patientenwohl orientierten Gesundheitspolitik gehört eine Veränderung in der Wahrnehmung der Forscherrolle. Es muss wieder eine Atmosphäre des freien Gedankenaustauschs geschaffen werden, ohne ungerechtfertigte Angriffe auf Wissenschaftler, die insbesondere dann gezielt vorgebracht werden, wenn einzelne Äußerungen als gegen den politisch nicht dem Mainstream gerichtet

wahrgenommen werden. Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass auch ungewöhnliche, disruptive Ideen ihre Chance finden.

4. FAZIT: GRUNDLEGENDE STRUKTUREN AUFBRECHEN

Eine bürgerliche, sich zu der Ethik und Verpflichtung ihrer abrahamischen Wurzeln bekennende Gesundheitspolitik wird grundlegende Strukturen im Gesundheits- und dem mit ihr assoziierten Wissenschaftssystem aufbrechen. Das einzig relevante Kriterium wird der Erfolg bzw. die Innovation für gesunde Bürgerinnen und Bürger sowie Patientinnen und Patienten sein.

Gelingt einer neuen bürgerlichen Gesundheits- und Wissenschaftspolitik die Korrektur eines festgefahrenen, überregulierten Systems, werden die Bürger Vertrauen in das System zurückgewinnen und spüren, dass Teilhabe, Eigenengagement, Generationengerechtigkeit und ökonomische Machbarkeit mit weltweiter Spitzenleistung vereinbar sind.

Dazu bedarf es

- nicht immer noch höherer Beiträge, sondern eines klügeren, evidenz-basierten Einsatzes des vorhandenen Geldes im Gesundheits- und damit assoziierten Wissenschaftssystem;
- eines Abbaus bürokratischer Gängelung und unnötiger Misstrauenskultur, bei gleichzeitiger Förderung von Eigeninitiative und Selbstverantwortung (wo möglich);
- eines Abbaus von kostenintensiven Sektorengrenzen und hierarchischer Berufsstände, die nicht der Verbesserung der Patientenversorgung dienen, und des Einsatzes der freiwerdenden Ressourcen für die Patientenversorgung;
- einer verbesserten Attraktivität der Tätigkeit für die im Gesundheits- und Wissenschaftssystem Tätigen, ergänzt durch eine am Patientenwohl orientierte Stärkung der klinisch-translationalen Forschung;
- am Patientenwohl orientierter Strukturen, um Hilfe zu garantieren, wenn und wo Hilfe benötigt wird.

Diese Veröffentlichung der Denkfabrik für neue bürgerliche Politik dient ausschließlich der Information.

Im Allgemeinen wird in dieser Publikation das generische Maskulinum verwendet. Das heißt: Die verwendeten grammatikalisch maskulinen Personen- und Berufsbezeichnungen sind auf alle Geschlechter bezogen. Sie gelten damit allgemein für Personen, deren biologisches Geschlecht unbekannt, nicht von Bedeutung oder – im Plural – unterschiedlich zusammengesetzt ist.

HERAUSGEBER

REPUBLIK21 e.V. DENKFABRIK FÜR NEUE BÜRGERLICHE POLITIK

Büro München (Sitz des Vereins)

Baierbrunner Straße 25
81379 München
info@denkfabrik-r21.de

Büro Berlin

Albrechtstraße 13
10117 Berlin
hauptstadtbuero@denkfabrik-r21.de

T +49 89 2000 80 752

F +49 89 288 555 25

www.denkfabrik-r21.de

