

Mehr gesunde Lebensjahre – Warum wir einen Paradigmenwechsel für ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen brauchen.

Autoren: Jürgen Graalman und Tim Rödiger

Die Herausforderung: Das eigentliche Problem adressieren

Die gesundheitspolitische Debatte dreht sich seit Jahrzehnten in derselben Schleife um zwei Fragen: „**Woher kommen die Mittel?**“ und „**Wie werden sie verteilt?**“. Mehr als 200 Gesetze in drei Legislaturperioden. Dass die Probleme trotz wachsender Mittel nicht kleiner, sondern größer werden, ist kein Zeichen mangelnden Einsatzes – es ist ein Hinweis darauf, dass wir es mit einem grundsätzlichen Systemproblem zu tun haben, das sich mit Symptombehandlung nicht lösen lässt. Denn was nicht adressiert wird, ist der eigentliche Treiber: **unser Gesundheitsverständnis** und damit der Versorgungsbedarf.

Unser System operiert unter einer Logik, die Gesundheit über Abweichungen von einem Idealzustand definiert – als Abwesenheit von Krankheit oder als Zustand vollständigen Wohlbefindens. Jede Abweichung wird zum Defizit, jedes Defizit begründet Behandlungsbedürftigkeit. Die Folge: 94 Prozent der Erwachsenen erhalten laut BARMER-Arztreport innerhalb eines Jahres mindestens eine ICD-Diagnose. Das System produziert, was es vergüten kann: Fälle. Weil kein gemeinsames Ziel existiert, optimieren Kliniken auf Fallzahlen, Kassen auf Ausgaben, Hersteller auf Marktanteile. Niemand handelt fahrlässig – aber alle zusammen treiben einen Versorgungsbedarf an, der unsere Ressourcen strukturell übersteigt. Bleibt das so, **droht am Ende offene oder verdeckte Rationierung** – ethisch problematisch und demokratisch gefährlich.

Ein neues Gesundheitsverständnis als Ausgangspunkt

Der Ausweg aus dieser Endlosschleife beginnt mit einer anderen Antwort auf die **Frage, was Gesundheit ist.**

Gesundheit ist kein Zustand, der erreicht oder verfehlt wird. **Gesundheit ist eine Fähigkeit:** die Fähigkeit, mit den körperlichen, seelischen und sozialen Anforderungen des Lebens konstruktiv umzugehen und es aktiv zu gestalten – auch mit Erkrankung, auch im Alter. Wer diese Fähigkeit besitzt oder stärkt, bleibt länger selbstständig, braucht weniger Versorgung und hat ein besseres Leben. Die Fähigkeitsorientierung im Gesundheitswesen entwickelt sich seit 40 Jahren kontinuierlich weiter. Als der konzeptionelle Rahmen stand, wurde in den 00er Jahren auch die Versorgungsforschung dazu intensiviert. 2015 hat die WHO dann erstmals ein Framework und eine Umsetzung für die Routineversorgung entwickelt. Auf dieser Basis wurden dann große populationsbasierte Studien

durchgeführt. Neuste Ergebnisse zeigen, dass die Fähigkeitsorientierung im täglichen Einsatz funktioniert und systemisch verankert werden kann, vom Health Assessment über die Allokation der Versorgungskapazitäten bis hin zur Vergütung.

Internationale Erfahrungen aus Japan, Frankreich und den Niederlanden zeigen: Wer Gesundheitssysteme auf Gesundheitsfähigkeit ausrichtet, senkt nachweislich den Versorgungsbedarf. Menschen mit höherer Gesundheitsfähigkeit werden seltener stationär aufgenommen, erholen sich besser nach Operationen, sprechen besser auf Therapien an, benötigen weniger Medikamente. In einigen Fällen gelingt sogar die Remission chronischer Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes. Was intuitiv einleuchtet, bestätigt sich also auch in der Forschung – ein besserer Allgemeinzustand senkt den Versorgungsbedarf und stärkt die Selbstbestimmung

Wichtig dabei ist: Es geht nicht um mehr Prävention im herkömmlichen Sinne. Kampagnen, die zu gesünderem Verhalten aufrufen, haben seit Jahrzehnten wenig bewirkt – weil sie im selben Defizitdenken verhaftet sind wie die Behandlung selbst. Ein fähigkeitsorientierter Ansatz ist grundlegend anders. Er **zielt auf mehr gesunde Jahre** durch eine Stärkung der Gesundheitsfähigkeit in vier Dimensionen, die zusammen gedacht werden müssen:

- in der **Vorsorge**, die nicht Risiken vermeidet, sondern Fähigkeiten aufbaut,
- in der **Versorgung**, die nicht nur Krankheit behandelt, sondern funktionale Gesundheit erhält und stärkt,
- in der **Fürsorge**, die soziale und pflegerische Unterstützung konsequent auf Autonomie und Teilhabe ausrichtet
- und in der **Selbstsorge**, die Menschen unterstützt, ihre eigene Gesundheit aktiv und selbstbestimmt zu gestalten – nicht als Appell, sondern als reale Möglichkeit.

Ein neuer Ordnungsrahmen für mehr gesunde Jahre

Ein neues Gesundheitsverständnis verändert nur dann etwas, wenn es systemisch verankert wird. Dafür braucht es **einen politischen Ordnungsrahmen**, der **drei grundlegende Prinzipien** konsequent auf Gesundheitsfähigkeit ausrichtet.

- **Gesundheitsprinzip: vom Zustand zur Fähigkeit.** Gesetze, Verordnungen und Leitlinien kodifizieren danach Gesundheit als Fähigkeit, nicht als unerreichbaren idealen Zustand, der zwangsläufig verfehlt werden muss. Das verändert, was als Versorgung gilt, was gemessen wird und was Vorsorge bedeutet. Statt Defizite zu finden und zu behandeln, geht es darum, funktionale Gesundheit zu erhalten und zu stärken.
- **Zugangsprinzip: gesteuert statt ungesteuert.** Heute steuert jeder weitgehend seinen eigenen Weg durch das System – mit unterschiedlichem Erfolg, je nach Wohnort, Netzwerk und Wissen. Ein verlässlicher Zugang braucht eine klare (digital gestützte) Ersteinschätzung und einen definierten Versorgungspfad als Standard. Wer Orientierung bekommt, bevor er im System “versickert”, wird besser versorgt – und das System wird entlastet.
- **Belohnungsprinzip: Fähigkeitsgewinne statt Fälle.** Was belohnt wird, wird produziert. Solange Vergütung auf Fallzahlen basiert, optimiert das System auf Fälle. Wer Gesundheitszugewinne als Maßstab setzt – stufenweise, datenbasiert, praktikabel –, gibt jedem Akteur im System einen Grund, in dieselbe Richtung zu arbeiten.

Diese drei Prinzipien bauen aufeinander auf. Einzelne greifen sie zu kurz. Gemeinsam erzeugen sie eine andere Systemlogik: eine, die nicht länger Behandlungsbedürftigkeit produziert, sondern Gesundheitsfähigkeit stärkt.

Neue Rollen, neue Logik

Ein Paradigmenwechsel ist kein technisches Update. Er **verändert, wie Akteure im Gesundheitswesen ihre Rolle verstehen** und was von ihnen erwartet wird.

Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten sind heute primär darauf ausgerichtet, Krankheit zu behandeln. In einer fähigkeitsorientierten Versorgung kommt **eine weitere Dimension** hinzu: Sie begleiten Menschen darin, ihre Gesundheitsfähigkeit zu erhalten und auszubauen – auch dann, wenn keine akute Erkrankung vorliegt. Das erfordert andere Kompetenzen, andere Gesprächsformen und andere Zeitstrukturen. Krankenkassen werden vom Kostenträger zum partnerschaftlichen Unterstützer eines gesünderen Lebens. Und **die Menschen selbst sind nicht länger Objekte der Versorgung**, sondern Mitverantwortliche für ihre eigene Gesundheit – mit realer Unterstützung statt hohler Eigenverantwortungsrhetorik und unrealistischen Anforderungen.

Dasselbe gilt für neue Versorgungsansätze. Die **Primärversorgung** etwa bietet großes Potenzial als erste und verlässliche Anlaufstelle – aber nur, wenn sie konsequent aus einer Fähigkeitslogik heraus organisiert wird: **mit dem Ziel, Gesundheitsfähigkeiten zu stärken, Versorgungspfade sinnvoll zu steuern und Chronifizierung zu bremsen.**

Ein fähigkeitsorientiertes Gesundheitswesen bietet auch **neue Chancen** für die Rollenbilder der Akteure im System zum Einsatz ihrer Kompetenzen (Delegation und Substitution) – aber auch für eine nachhaltige, sorgeorientierte Stärkung der Prävention, die mehr ist als eine Früherkennung von Krankheiten. Die Orientierung an Gesundheitsfähigkeit erweitert die Perspektive auf den Wert und den Nutzen von Innovationen in der Versorgung – das gilt insbesondere auch für eine Neuausrichtung des AMNOG für Arzneimittel. Für die Pflege schafft ein verstärkt fähigkeitsorientiertes Gesundheitswesen die Rückbesinnung auf den Autonomieerhalt Menschen.

Was auf dem Spiel steht

Mehr gesunde Jahre sind kein Ziel für sich. Sie bedeuten, dass Menschen länger selbstständig leben können. Sie bedeuten höhere Erwerbstätigkeit, weniger Pflegebedarf, gebremstes Kostenwachstum. Und sie bedeuten, dass **das politische Versprechen einer guten Versorgung für alle auch dann noch einlösbar bleibt**, wenn die Gesellschaft älter wird und die Ressourcen knapp bleiben.

Statt weiter Krankheit zu optimieren, **brauchen wir ein Fundament, das die Gesundheitsfähigkeit aller stärkt** – in Vorsorge, Versorgung, Fürsorge und Selbstsorge.

Die BrückenKöpfe arbeiten daran, diesen Paradigmenwechsel zu gestalten – mit konkreten Konzepten, mit Akteuren aus Politik, Wissenschaft und Versorgung, und mit dem Ziel, dass ein guter Zugang zu Versorgung für jeden auch künftig möglich bleibt.

Autoren



© Patricia Haas

Jürgen Graalmann ist seit 30 Jahren im Gesundheitswesen aktiv. Nach Studium und Stationen in der privaten Krankenversicherung, lange Jahre Leiter Gesundheits- und Unternehmenspolitik der BARMER, danach AOK-Politik Geschäftsführer und bis 2015 Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. Er ist Gründer und Geschäftsführer der Berliner Impact-Agentur Die BrückenKöpfe sowie Geschäftsführer des Deutschen Pflergetages, den er 2014 mit initiiert hat.



© Patricia Haas

Tim Rödiger arbeitete nach Ausbildung und Studium zum Diplom Kaufmann (FH) als Sachgebietsleiter Risikomanagement in der BARMER Hauptverwaltung und wechselte 2008 zum AOK-Bundesverband, wo er bis 2016 die Leitung der Unternehmensentwicklung verantwortete. Seit 2017 arbeitet er bei den BrückenKöpfen als Partner mit dem Schwerpunkt Strategie.