

RPG

Band 31 | Heft 1 | 2025

1 | 2025

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

■ Übersicht

**Kosten vs. Ethik:
Die Balance in der Pflege.
Eine Analyse der Auswirkungen der
Ökonomisierung auf die ethischen
Prinzipien der Diakonie**

■ Zur Diskussion gestellt

**Private Equity in Arztpraxen –
Ausschüttungsobergrenze als
wirksames Regulierungswerkzeug**

**Keine Ruhmesgeschichte:
Prävention im deutschen
Gesundheitssystem**

HERAUSGEBER

V. Ulrich
S. Huster
G. Marckmann
E. Wille
G. Ulrich
J. Stoschek (Schriftleiter)

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
G. Noelle
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Autoren des Heftes

Anna Breiter
Andreas Meusch
Uwe Zöllner

83

Editorial

Die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung als Teil der Daseinsvorsorge sollte nicht allein den Kräften des freien Marktes überlassen sein. Leistungen der Daseinsvorsorge, die unter den Bedingungen des privaten Wettbewerbs erbracht werden, bedürfen der staatlichen Regulierung.

Zwei Beiträge in diesem Heft beschäftigen sich mit dieser Thematik. Im ersten Beitrag analysiert unsere Autorin die Auswirkungen der Ökonomisierung auf die ethischen Prinzipien der Diakonie und stellte dazu auch Lösungsansätze vor.

Im zweiten Beitrag geht es um die Rolle privater Investoren im Gesundheitssektor und deren Gewinnerwartungen. Um überhöhte Renditen zu begrenzen und langfristig orientierte Investitionen zu ermöglichen stellt unser Autor die Einführung einer „Ausschüttungsobergrenze“ zur Diskussion.

Kritisch setzt sich der dritte Beitrag mit der Geschichte der Prävention als Teil staatlicher Daseinsvorsorge auseinander.

Wir wünschen eine anregende Lektüre und viele neue Erkenntnisse.

Jürgen Stoschek
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

Übersicht

Kosten vs. Ethik: Die Balance in der Pflege.
Eine Analyse der Auswirkungen der Ökonomisierung auf die ethischen Prinzipien der Diakonie

Anna Breiter 3

Zur Diskussion gestellt

Private Equity in Arztpraxen – Ausschüttungsobergrenze als wirksames Regulierungswerkzeug

Uwe Zöllner 14

Keine Ruhmesgeschichte: Prävention im deutschen Gesundheitssystem

Andreas Meusch 20

Aus der Rechtsprechung

24

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die *Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. GRPG* hat es sich zum Ziel gesetzt, den interdisziplinären Austausch und die wissenschaftliche Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes wie auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zu fördern. Darüber hinaus möchte die GRPG zu einem verbesserten gegenseitigen Verständnis im Gesundheitswesen beitragen und dazu rechtliche, volkswirtschaftliche, ethische und medizinische Gesichtspunkte vertiefen.

Vor diesem Hintergrund schreibt die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 3000 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten, bevorzugt von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern, aus. Die Arbeit muss sich mit Themen aus Gesundheitsversorgung, Gesundheitsrecht oder Gesundheitspolitik beschäftigen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf – mit Ausnahme von Dissertationen und Masterarbeiten – in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die GRPG nimmt Bewerbungs-Arbeiten für den 31. Wissenschaftspreis bis zum Eingangsschluss 31. Mai 2025 an. Zusendung der Arbeiten und der jeweiligen Gutachten (Erstgutachten und falls vorhanden auch Zweitgutachten) in zweifacher Ausfertigung an: Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 28, 80538 München.

Weitere Informationen wie die Satzung des Wissenschaftspreises und der Gesellschaft erhalten Sie unter www.grpg.de oder in der GRPG-Geschäftsstelle.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

HERAUSGEBER

Prof. Dr. rer. pol. Volker Ulrich
Lehrstuhl VWL und
Gesundheitsökonomie
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. jur. Stefan Huster
Lehrstuhl für Öffentliches Recht,
Sozial- und Gesundheitsrecht
und Rechtsphilosophie
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
MPH Institut für Ethik, Geschichte
und Theorie der Medizin
Universität München
Lessingstraße 2
80336 München

Prof. Dr. Eberhard Wille
Universität Mannheim
L7, 3-5
68131 Mannheim

Dipl.-Volkswirtin Gaby Ulrich
Böttgerweg 3
95448 Bayreuth

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Geroldsreuth 61
95179 Geroldsgrün

MITHERAUSGEBER

St. Allroggen
B. Brennecke
G. Demmler
K. Kemmritz
A. Kießling
O. Kirst
M. Meyer
G. Noelle
S. Postel
U. A. Richter
C. Schmidtke
G. Schulte
K. Schulz-Asche
T. Sorge
A. Tecklenburg
J. Zerth

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2025 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

VERLAG

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH
Holmblick 10
24857 Fahrndorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 •
Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisl-
ste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout
und Produktion: creative vision, 44534
Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte
Warenzeichen werden nicht immer
besonders kenntlich gemacht. Aus
dem Fehlen eines solchen Hinwei-
ses kann nicht geschlossen wer-
den, dass es sich um einen freien
Warenamen handelt. Die Zeitschrift und
alle in ihr enthaltenen Beiträge und Ab-
bildungen sind urheberrechtlich geschützt.
Mit Ausnahme der gesetzlich zugelas-
senen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung des Verlages strafbar. Weder
Herausgeber noch Verlag haften für
Inhalte, Informationen sowie die Richtig-
keit der Aktenzeichen, die verlagsseitig
mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2025 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten
und Kommunikation mbH

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Anna Breiter

Kosten vs. Ethik: Die Balance in der Pflege. Eine Analyse der Auswirkungen der Ökonomisierung auf die ethischen Prinzipien der Diakonie

1 Einleitung

Helfendes und solidarisches Handeln stellt eine grundlegende menschliche Fähigkeit dar. Jüngste anthropologische und neurobiologische Forschungen belegen, dass Kooperation und Hilfsbereitschaft essenziell für das Überleben des Menschen im Verlauf der Evolution waren. Menschen sind fähig, sich vom Leid anderer berühren zu lassen und mit Barmherzigkeit zu reagieren.¹

In der Vergangenheit galten diese Werte, vor allem für die Pflegearbeit in diakonischen Wohlfahrtsverbänden, als selbstverständlich. Heute stehen sie jedoch vor der Herausforderung, sich in einem System zu behaupten, das zunehmend von betriebswirtschaftlichen Interessen dominiert wird. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens schafft ein Spannungsfeld zwischen wirtschaftlichen Zwängen und diakonischen Grundsätzen. Aktuelle Medienberichte verdeutlichen, dass das Gesundheitssystem vor erheblichen Herausforderungen steht. Missstände und Probleme, die die Funktionsfähigkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung beeinträchtigen, rücken immer mehr in den Fokus, insbesondere im Bereich der Pflege. Die Konflikte

werden sich aufgrund demografischer und gesellschaftlicher Trends weiter verschärfen: Die Bevölkerung wird zunehmend älter, und die Wertvorstellungen zwischen den Generationen könnten sich weiter divergieren.² Diese Entwicklungen verdeutlichen die dringende Notwendigkeit, sich intensiv mit den bestehenden Problemen auseinanderzusetzen und Lösungen zu finden, um die Effektivität und Gerechtigkeit des Gesundheitssystems zu gewährleisten.

Die vorliegende Arbeit widmet sich einer Analyse der Ökonomisierung des Gesundheitswesens und der diakonischen Ethik, sowie der Frage, inwieweit diese beiden Aspekte aktuell im Pflegeberuf miteinander vereinbar sind.

In dieser Arbeit wird zunächst die Integration ökonomischer Prinzipien in den sozialen Sektor und deren Auswirkungen auf das Gesundheitswesen analysiert. Im Fokus der Untersuchung steht, wie die seit den 1990er Jahren verstärkte Anwendung betriebswirtschaftlicher Ansätze in sozialen Einrichtungen – insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung und des Fallpauschalensystems – zu einer Transformation in Richtung eines quasimarktwirtschaftlichen Systems geführt hat. Im weiteren Verlauf wird dargelegt,

welche spezifischen Auswirkungen diese Entwicklungen auf die Diakonie hatten und wie diese darauf reagiert hat.

Im darauffolgenden Kapitel wird die diakonische Ethik untersucht, wobei besonders hervorgehoben wird, warum diese für die Arbeit von Pflegekräften von zentraler Bedeutung ist. Die Prinzipien der Nächstenliebe und der Menschenwürde werden dabei als zentrale ethische Handlungsgrundsätze identifiziert, ausführlich erläutert und begründet. Zudem wird erörtert, wie dieser ethische Ansatz im Pflegeberuf praktisch umgesetzt werden kann.

Im Hauptteil der Arbeit wird die komplexe Beziehung zwischen dem ökonomisierten Gesundheitssystem und den ethischen Werten der Diakonie am Beispiel des Pflegealltags eingehend untersucht. Anhand verschiedener Studien wird herausgearbeitet, welche Herausforderungen seit der Einführung von Fallpauschalen in der Pflege aufgetreten sind. Dabei wird analysiert, inwieweit die Arbeit nach den ethischen Leitlinien der Diakonie weiterhin gewährleistet werden kann und warum es so schwierig ist, die Diskrepanz zwischen Ethik und Ökonomie zu überwinden.

Im letzten Kapitel werden verschiedene Lösungsansätze vorgestellt und kritisch analysiert. Dabei wird erneut die besondere Stellung der Diakonie auf dem Arbeitsmarkt hervorgehoben und aufgezeigt, wo Potenziale zur Überwindung der aktuellen Missstände liegen.

¹ Vgl. Hentschel, Anni: Begründungsansätze helfenden Handelns, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): *Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie*, Stuttgart 2021, S. 91.

² Vgl. Vgl. Langer, Andreas/Brink, Alexander u.a.: *Ethische Dilemmasituationen in der Pflege. Eine Analyse aus Perspektive der Neuen Institutionsökonomik*, in: *Pflege und Gesellschaft* 14 H.2, 2009, S. 168.

Abschließend wird eine Empfehlung ausgesprochen, die auf die Fortführung und Förderung sozialer Innovationen abzielt.

2 Ökonomisierung des sozialen Sektors

Die Rede von der Ökonomisierung des sozialen Sektors verdeutlicht, dass ökonomische Überlegungen zunehmend im Gesundheitswesen Einzug finden.³ Das patientenbezogene Denken und Handeln in sozialen Einrichtungen wird somit zunehmend durch eine betriebswirtschaftliche Handlungslogik geprägt.⁴

Diese Entwicklung wurde für den Sozialstaat in Deutschland insbesondere in den 1990er Jahren diagnostiziert.⁵ Angesichts der Notwendigkeit, weitere Kostenerhöhungen im Gesundheitswesen zu stoppen, wurde zunehmend gefordert, das Gesundheitswesen zu ökonomisieren.⁶

Unser Gesundheitssystem unterscheidet sich von freien Märkten durch die besondere Bedeutung des Zugangs zu Gesundheit als allgemeines Gut, das jedem Menschen zusteht. Im Bereich der Sozialwirtschaft kann in den meisten Handlungsfeldern von einem Quasi-Markt gesprochen werden. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dass er zwar Wettbewerb enthält, die Preisbildung jedoch durch

den Staat festgelegt oder mit ihm vereinbart wird.⁷

Es entsteht ein sozialwirtschaftliches Dreieck, in dem der Staat den Bürgern den Zugang zu sozialen Dienstleistungen in einem sozialrechtlich definierten Umfang garantiert. Dabei tritt der Staat in der Regel nicht selbst als Leistungserbringer auf, sondern schließt öffentlich-rechtliche Versorgungsverträge mit Leistungserbringern ab.⁸ Durch ökonomisierende Entwicklungen hat sich das sozialrechtliche Dreiecksverhältnis von einer traditionell korporatistischen zu einer wettbewerblichen Struktur gewandelt.⁹

Um die dynamische Beziehung zwischen zwei Vertragspartnern zu verstehen, bietet der Institutionenökonomische Erklärungsansatz der Prinzipal-Agenten-Theorie wertvolle Einblicke, da sie hilft zu verstehen, wie asymmetrische Informationsverteilung zwischen dem Staat und den Leistungserbringern zu Interessenkonflikten führen kann. In unvollständigen Märkten, wie es der Sozialmarkt ist, ist die Information asymmetrisch verteilt, sodass der Auftraggeber (Prinzipal) über weniger Informationen verfügt als der Leistungserbringer (Agent). Dadurch besteht die Gefahr, dass der Agent bei der Verfolgung eigener Interessen die des Prinzipals verletzt. Diese Problematik wird üblicherweise durch Anreizsysteme reguliert.¹⁰

Die Einführung der Pflegeversicherung stellt eine bedeutende Veränderung dar, die in ihrer Auswirkung tiefgreifend war.

Sie wurde nach jahrelanger Debatte aufgrund eines gesellschaftlich gestiegenen Pflegebedarfs unter anderem im Zuge des demographischen Wandels 1995 eingeführt. Damit wurden den freigemeinnützigen Trägern gewerbliche an die Seite gestellt.¹¹ Der Vorrang freier Träger in der Sozialpolitik verfiel somit und der Wettbewerb zwischen allen Trägerformen wurde möglich.¹² Durch die Neufassung des § 93 BSHG und der § 78a-78g KJHG wurden Instrumente wie Leistungsvereinbarungen, Entgelte und Qualitätsentwicklung eingeführt, die das Verhältnis von öffentlichem Kostenträger und Leistungserbringern steuern. Hierdurch entstand ein neuer Typus von Finanzierung, die so genannten leistungsbezogenen Entgelte, die auf Dauer das Selbstkostenerstattungsprinzip zurückdrängten und langfristig ablösten.¹³ Eine weitere ergänzende Umstellung hin zu einer höheren Ökonomisierung im Gesundheitswesen war die Umstellung auf ein Vergütungssystem mittels Fallpauschalen, bei denen die Gesundheitseinrichtungen einen festen Geldbetrag pro Patienten mit einer bestimmten Diagnose bekommen, ausgenommen vom psychiatrischen Bereich. Durch die Einführung von so genannten Diagnosis Related Groups (DRGs) wird einer bestimmten Erkrankung eine Pauschalvergütung, also ein Festpreis bezahlt, unabhängig von den individuellen Aufwendungen. Die tatsächliche Liegezeit eines Patienten spielt für die Leistungsabrechnung der Gesund-

3 Vgl. Druml, Christiane & Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt: Medizin und Ökonomie. Stellungnahme der Bioethikkommission, Wien 2018, S. 14.

4 Vgl. Marrs, Kira: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: WSI Mitteilungen 60 H. 9, Baden-Baden 2007, S. 502.

5 Vgl. Moos, Thorsten: Diakonische Ethik. Systematisch-theologische Beiträge, Stuttgart 2023, S. 152.

6 Vgl. Maio, Giovanni: Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 192.

7 Vgl. Eurich, Johannes: Besonderheiten der Sozialwirtschaft und der Homo Oeconomicus. Anmerkungen zur Weiterentwicklung von Diakonie-Management-Modellen, in: Eurich, Johannes/Herrmann,Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 227.

8 Vgl. Cremer, Georg: Dilemmata von Wohlfahrtsverbänden im Wettbewerb, in: Andeßner, Rene/Greiling, Dorothea u.a. (Hrsg.): Ressourcenmobilisierung durch Non-Profit-Organisationen, Linz 2015, S. 25f.

9 Vgl. ebd., S. 26.

10 Vgl. Langer/Brink u.a.: Ethische Dilemmasituationen in der Pflege, S. 160.

11 Vgl. Schroeder, Wolfgang: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Fortführung des deutschen Sonderwegs durch vorsorgende Politik?, Wiesbaden 2017, S. 35.

12 Vgl. Jöst, Frank: Ökonomisierung und diakonisches Handeln, in: Moos, Thorsten (Hrsg.): Diakonische Kultur. Begriff, Forschungsperspektiven, Praxis (Diakonie: Bildung – Gestaltung – Organisation 16), Stuttgart 2018, S. 52.

13 Vgl. Maaser, Wolfgang: Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen normativem Selbstverständnis und operativen Zwängen, in: Eurich, Johannes/Herrmann,Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 22.

heitseinrichtungen eine nachgeordnete Rolle. Dementsprechend ist das erklärte Ziel dieser Reform die deutliche Reduktion der Verweildauer von Patienten,¹⁴ was Voraussetzung dafür ist, dass Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Zukunft stabil gehalten werden können.¹⁵ Diese Vorgehensweise verursacht in Krankenhäusern auch einen ökonomischen Anreiz Patienten mit möglichst wenig Ressourcen erfolgreich zu behandeln und die Anzahl an Fällen mit lukrativen Diagnosen zu steigern.¹⁶

Nachdem die grundlegenden ökonomischen Veränderungen im Gesundheitswesen erläutert wurden, ist es wichtig, die spezifischen Auswirkungen auf die Diakonie zu betrachten. Die Diakonie musste sich an die bereits oben genannten Veränderungen anpassen. Auch sie stehen nun im Gegensatz zu früher unter einem Spatzwang und Rationalisierungsdruck.¹⁷ Das Wettbewerbsprinzip hat die bisherigen Absprachen zwischen den Wohlfahrtsverbänden erschwert. Die früheren Koalitionäre treten nun als Konkurrenten auf, nicht nur untereinander, sondern auch im Wettbewerb mit privaten Anbietern. Außerdem konnten die Wohlfahrtsverbände nun nur noch bedingt die sozial-anwaltschaftliche Funktion im Interesse ihrer sozial benachteiligten Kunden ausüben, da es zu Konflikten zwischen eigenen wirtschaftlichen Organisationsinte-

ressen und Interessen des Kunden kommen konnte.¹⁸ Damit lief die Diakonie Gefahr die diakonische Selbstverständlichkeit zu verlieren.¹⁹ Elemente aus ökonomischen Kontexten wurden nun bestimmend: die Festlegung von Leistungszielen, die erreicht werden müssen, und ein Qualitätsmanagement zur Optimierung von Abläufen.²⁰ Auch Unterstützungsgruppen wie Angehörigen-Gruppen, Sponsoren oder kirchliche Aufsichtsräte, die Nutzererwartungen an die diakonische Einrichtung haben, wurden zu Stakeholdern und müssen im Rahmen des Stakeholder-Managements in die Entwicklung einer diakonischen Organisationskultur eingebunden werden.²¹ Des Weiteren mussten zum Teil kleinere Einrichtungen von größeren übernommen werden, um nach der Fusion leistungsfähigere Strukturen zu bilden.²² Die Konkurrenzfähigkeit, die die Wohlfahrtsverbände zeigen mussten, waren jedoch nicht immer unter gleichen Voraussetzungen. Während für sie feste Gehaltsregelungen galten, konnten private Pflegeanbieter ihre Gehaltsstrukturen frei verhandeln, was einen eindeutigen Wettbewerbsvorteil auszeichnete. Frei gemeinnützige Träger mussten nun Entlohnungssysteme entwickeln, die es ihnen ermöglichten, die Lohnkosten an das Niveau der privaten Träger anzupassen. Die so bewirkte Abwärtsentwicklung der Löhne in der Pflege wurde

2010 mit einem Branchenmindestlohn aufgehoben.²³ Dies alles mündet in einer zunehmenden Homogenisierung mit privaten Anbietern. Als Folge sind die diakonischen Wohlfahrtsverbände gezwungen, zwischen wirtschaftlichen Funktionen und ihrem religiösen Auftrag zu balancieren.

Die Diakonie sieht diesen Wandel nicht nur negativ, da bereits im 19. Jahrhundert der Erfolg und die Gründung diakonischer Einrichtungen von soliden ökonomischen Grundlagen abhingen.²⁴ Auch die vielen Vorteile – vor allem aus Nutzerperspektive – werden herausgestellt: Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen erhalten beispielsweise mehr formale Wahlmöglichkeiten. Außerdem kommt seine innovative Kraft auch der Qualität der Dienste zugute.²⁵ Hartmund Drude betonte bereits 1996, dass Diakonie und Effizienz keine unvereinbaren Gegensätze darstellen. Er argumentiert, dass die Diakonie traditionell stets effizient agiert hat und die wahrgenommene Entfremdung dieser beiden Konzepte eine relativ junge Entwicklung ist. Effizienz wird dabei als Wirkkraft oder Wirksamkeit verstanden.²⁶ Auch Degen plädierte 2004 für eine dialektische Betrachtung der Beziehung zwischen Diakonie und Ökonomie. Er argumentiert, dass die soziale und wirtschaftliche Realität komplex ist und dass diese Komplexität von jenen vereinfacht wird, die ein Spannungsverhältnis zwischen Ökonomisierung und dem Menschenbild der Diakonie postulieren. Degen betont: „Demnach ist Diakonie in ihrer Gesamtheit, wie auch in ihrer organisatorisch-betrieblichen

14 Vgl. Marrs, Kira: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, S. 503.

15 Vgl. Simon, Michael: Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 297.

16 Vgl. Marckmann, Georg: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, in: Ethik der Medizin 2 (2021), S. 190.

17 Vgl. Gerhard, Michael: Diakonisches Handeln – Ökonomisches Denken – Ethisches Erwägen. Eine Untersuchung zu den sozialen, ökonomischen und ethisch-theologischen Grundlagen der Diakonie (ESOPA 8), Eichstätt 2001, S. 113.

18 Vgl. Eurich, Johannes: Nächstenliebe als berechenbare Dienstleistung. Konsequenzen der neuen Wohlfahrtspolitik für das theologische Selbstverständnis und die Restrukturierung der Diakonie, in: Eurich, Johannes/Herrmann, Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 78.

19 Vgl. Manzeschke, Arne: Diakonische Identität, in: Deeg, Alexander/Heuser, Stefan u.a. (Hrsg.): Identität. Biblische und theologische Erkundungen (BThS 30), Göttingen 2007, S. 160.

20 Vgl. Eurich: Nächstenliebe als berechenbare Dienstleistung, S. 84.

21 Vgl. Eurich: Besonderheiten der Sozialwirtschaft und der Homo Oeconomicus, S. 236.

22 Vgl. Schroeder: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch, S. 135.

23 Vgl. Buchmann, Klaus-Peter: Gewalterleben in der stationären Langzeitpflege. Perspektiven und Präventionsmaßnahmen, Leipzig 2022, S. 132.

24 Vgl. Eurich: Besonderheiten der Sozialwirtschaft und der Homo Oeconomicus, S. 223.

25 Vgl. Agoston, Ilona: Menschenwürde in der Pflege. Pflegeethik und Ethik – Theologische Grundlagen und diakonische Profilierung (Ethik in Forschung und Praxis 10), Hamburg 2010, S. 97f.

26 Vgl. Gerhard: Diakonisches Handeln – Ökonomisches Denken – Ethisches Erwägen, S. 252.

Auffassung als Unternehmen zu verstehen, weshalb ein Verzicht auf Ökonomisierung nicht zulässig ist.²⁷

Inwieweit jedoch die Erzielung ökonomischer Effizienz im Bereich der Pflege teilweise mit Mitteln zu erreichen versucht wird, die für die Diakonie abzulehnen sind, wird in Kapitel vier tiefergehend untersucht. Es lässt sich aber bereits feststellen, dass sich Diakonie und Kirche in den vergangenen Jahrzehnten mehr und mehr entkoppelt haben. Der kirchliche Auftrag rückt somit durch den Imperativ des Marktes und die rechtlichen Vorgaben des Gesellschaftsrechts immer weiter in den Hintergrund.²⁸

Mit der zunehmenden Ökonomisierung des sozialen Sektors wächst die Skepsis. Es wird immer häufiger die Befürchtung geäußert, dass solche Ökonomisierungsprozesse tendenziell die egoistischen und rein rationalen Verhaltensweisen fördern, die in der Theorie des Homo Oeconomicus beschrieben werden.²⁹

Um sich auf dem Markt von anderen Anbietern abzuheben, ist ein diakonisches Profil unerlässlich. Das biblisch-theologische Fundament der diakonischen Wohlfahrtsverbände ist zentral für das Selbstverständnis der Organisation und prägt ihre einzigartigen ethischen Grundsätze.³⁰ Diese Grundsätze sind auf dem Sozialmarkt von Bedeutung, da hier besondere Dienstleistungen, insbesondere pflegerische und medizinische Leistungen, erbracht werden. Am Beispiel der Pflege, einer der größten Gruppen im Gesundheitssystem, wird untersucht, wie sich ethisches Handeln in einem ökonomisierten Gesundheitswesen gestalten lässt. Zunächst werden daher die ethischen Grundsätze der Diakonie erläutert und begründet.

27 Agoston: Menschenwürde in der Pflege, S. 97.

28 Vgl. Manzeschke: Diakonische Identität, S. 145.

29 Vgl. ebd., S. 148.

30 Vgl. Schroeder: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch, S. 136.

3 Christliche Werte als Grundlage

3.1 Diakonische Ethik

Die evangelische Theologie bildet das Fundament der Diakonie. Dies zeichnet sich auch in den zugrunde liegenden Wertevorstellungen ab, die als Form einer impliziten Ethik auf Erzählungen, Gleichnissen oder Briefen aus der Bibel basieren.³¹

Ethik allgemein wird als eine Theorie des Handelns bezeichnet, das sich durch Nachdenken über Formen, Begründungen und Ziele des Handelns manifestiert, die nicht nur für eine einzige Situation gelten, sondern auf andere übertragbar sind.³² Naheliegend sind für die diakonische Ethik hierfür imperativische Formulierungen, die in der Bibel immer wieder zu finden sind. Ethisch betrachtet wird hier der Wille Gottes als die oberste Norm angesehen, aus der heraus das menschliche Handeln begründet und damit auch geboten wird, was eine deontologische Ethik impliziert. Doch auch spezifische Normen treten innerhalb der Bibel immer wieder als verdichtete Knotenpunkte in Erscheinung und werden aus der Bibel heraus begründet: Nächstenliebe, Gerechtigkeit, Barmherzigkeit oder Liebe.³³

Ethische Fragestellungen in der Pflegepraxis sind oft komplex und vielschichtig. Sie berühren zudem individuelle Überzeugungen, persönliche Kompetenzen und die Umsetzung der Organisationskultur. Insbesondere in Zeiten der Globalisierung und des Zusammenwachsens von Märkten und Kulturen werden Norm- und Wertesysteme zunehmend pluralistischer und theologische Motive konvergieren

31 Vgl. Zimmermann, Ruben: Ansätze biblischer Ethik, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie, Stuttgart 2021, S. 87.

32 Vgl. ebd., S. 86

33 Vgl. ebd., S. 89.

oft mit humanen Motiven.³⁴ Umso wichtiger erscheint es, dass die Diakonie ihre eigenen Werte hervorhebt und nach ihnen handelt. In der Pflege kann ein gerechtes und würdevolles Handeln gegenüber Patienten nicht auf äußere Autoritäten und Konventionen zurückgreifen, da diese während der Pflege nicht anwesend sind. Stattdessen muss es aus der Vernunft und der inneren Haltung der einzelnen Pflegekraft entspringen.³⁵ Außerdem muss beachtet werden, dass Pflegepersonen nicht nur ihre eigenen Wertevorstellungen evaluieren müssen, sondern auch die des Patienten, da diese aufgrund kognitiver oder motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage sein könnten, diese selbst zu artikulieren.³⁶

Es geht also nicht nur um ethische Einzelfallentscheidungen, sondern um eine grundsätzliche Haltung, die man hilfsbedürftigen Menschen gegenüber einnimmt. Der wohl wichtigste ethische Aspekt der Bibel und damit auch der Diakonie ist die Nächstenliebe, die eng mit der Wahrung der Menschenwürde verbunden ist. Die Diakonie wünscht sich von ihren Mitarbeitern eine solche innere Einstellung und hofft, dass die kulturelle Pflegekraft des christlichen Glaubens auf die Kultur des Helfens insgesamt einwirkt.³⁷

3.2 Nächstenliebe und Menschenwürde

Der Begriff des Nächsten bezieht sich auf nahestehende Personen oder Mitmenschen, mit denen in den engen sozialen Strukturen der Antike eine spezifische Beziehung bestand. Wichtig ist nun, dass in Levitikus 19 der Nächste gerade auch in konflikthafter oder sogar feindlicher

34 Vgl. Gerhard: Diakonisches Handeln – Ökonomisches Denken – Ethisches Erwägen, S.194.

35 Vgl. Schiff, Andrea/Dallmann, Hans-Ulrich: Ethik in der Pflege, München 2021, S. 22.

36 Vgl. Langer/Brink u.a.: Ethische Dilemmasituationen in der Pflege, S. 167.

37 Vgl. Moos: Diakonische Ethik, S. 151.

Beziehungen gemeint ist.³⁸ Außerdem gilt in Levitikus 19 sowie in Deuteronomium 10,17 die Liebe – und Fürsorgepflicht – nach dem Vorbild der Liebe Gottes vor allem den bedürftigen Menschen (*persone miserae*), zu denen ebenfalls Fremde gezählt werden.³⁹

Eines der in diesem Kontext wichtigsten Gebote ist das Nächstenliebegebot aus Levitikus 19: „Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst; ich bin der Herr.“⁴⁰ Eine weitere bedeutende ethische Grundlage, die zur Kategorie der Nächstenliebe gehört, ist die Goldene Regel aus dem Matthäus-Evangelium: „Alles nun, was immer ihr wollt, dass euch die Menschen tun, tut so auch ihnen!“⁴¹ Diese universelle Handlungsmaxime bietet eine allgemeine Richtlinie für ethisches Verhalten, lässt jedoch Raum für persönliche Interpretation und Anpassung an spezifische Kontexte. Zusätzlich kann das Konzept der Nächstenliebe durch die Vorstellung der Gottebenbildlichkeit des Menschen begründet werden.⁴²

Auch die Geschichte des barmherzigen Samariters aus dem Lukasevangelium wird gerne als vorbildliches Handeln im Rahmen der Nächstenliebe erwähnt.⁴³ Diese Erzählung illustriert, wie Hilfeleistung im Sinne der Nächstenliebe über die Grenzen von Sympathie, Religion und ethnischen Gruppen hinausgeht.⁴⁴ Der barmherzige Samariter verschließt sich nicht vor dem Elend, sondern bringt sowohl das notwendige Wissen als auch die erforderlichen Ressourcen ein, um

großzügige, jedoch nicht grenzenlose Unterstützung zu leisten.⁴⁵ Vor allem der letzte Punkt macht deutlich, dass das Gebot der Nächstenliebe menschliche Grenzen anerkennt und nicht zu unbegrenzter Hilfe verpflichtet, auch damit der Hilfeempfangende nicht in dauerhafter Abhängigkeit bleiben muss.⁴⁶ Diese Prinzipien sind auch für das Pflegepersonal relevant, insbesondere im Hinblick auf das professionelle Nähe-Distanz-Verhältnis. Pflegekräfte müssen eine Balance finden zwischen empathischer Nähe und notwendiger Distanz, um die professionelle Integrität zu wahren. Sie sollten ihre eigenen Grenzen respektieren und vermeiden, sich selbst in der Fürsorge für andere zu verlieren. Ein gesundes Verhältnis von Nähe und Distanz ermöglicht es Pflegekräften, effektive Unterstützung zu bieten, ohne ihre eigenen Bedürfnisse und Grenzen zu vernachlässigen, und fördert gleichzeitig die Autonomie und Würde der Patienten.

Der Begriff der Würde ist im Kontext der Nächstenliebe von zentraler Bedeutung, da es darum geht, die Würde des Nächsten zu achten und ihm somit die Liebe entgegenzubringen. Diese Würde manifestiert sich in der uneingeschränkten Anerkennung der gesamten Person, die allen Menschen gemeinsam ist. Sie ist unabhängig von kognitiven oder körperlichen Fähigkeiten, Alter, Geschlecht, Nationalität, Hautfarbe, sexueller Orientierung oder weltanschaulichen Überzeugungen.⁴⁷

Nächstenliebe und die damit eng verbundene Menschenwürde sind von großer Interpretationsvielfalt geprägt.⁴⁸ Diakonische Arbeit nach dem Prinzip der

Nächstenliebe zeichnet sich schon allein durch den Dienst am leidenden Mitmenschen aus. Es erweist sich jedoch als deutlich anspruchsvoller, das Konzept der Nächstenliebe konkret auf die Praxis des Pflegepersonals zu übertragen und operationalisierbar zu machen.

Das Gebot der Nächstenliebe stellt deutlich heraus andere Menschen so zu behandeln, wie man selbst gerne behandelt werden würde. Dies sollte wohl eine ausreichende Unterstützung und Sicherstellung wichtiger Bedürfnisse wie Schlaf, Nahrung, Sauberkeit und Sicherheit bedeuten. Der Patient ist genau so individuell wie man selbst. Diese Sichtweise knüpft an den Begriff der Würde an, der sich durch die unbedingte Anerkennung der ganzen Person kennzeichnet.⁴⁹ Im pflegerischen Kontext ist es erforderlich, mit den Patienten persönlich zu kommunizieren, um deren aktuelle Wünsche und Bedürfnisse zu erfassen und ihre Individualität zu fördern. Dies sollte stets im Rahmen von Mitgefühl, Respekt, Geduld und Toleranz geschehen, um der Haltung der Nächstenliebe gerecht zu werden und eine einfühlsame und angemessene Pflege zu gewährleisten.

Meines Erachtens kann der christliche Glaube in der Pflege somit als Vorteil betrachtet werden, da er das Potenzial erhöht, dass Pflegekräfte ihr pflegerisches Handeln in hohem Maß an den christlichen Werten wie Nächstenliebe und Menschenwürde ausrichten. Dies kann zum einen daran liegen, dass die Vorstellung von Gott als autoritärer Instanz die Entscheidungsfindung beeinflusst, oder zum anderen daran, dass die ethischen Werte des Glaubens so tief verinnerlicht sind, dass sie die Handlungen der Pflegekraft prägen und leiten.⁵⁰ Im nächsten Kapitel wird untersucht, wie sich dieses

38 Vgl. Hentschel, Anni: Begriffserklärungen, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): *Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie*, Stuttgart 2021, S. 32.

39 Vgl. ebd.

40 Lev. 19,18.

41 Mt. 7,12.

42 Vgl. Körtner, Ulrich H. J.: *Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin*, Göttingen 2007, S. 63.

43 Vgl. Hentschel: *Begriffserklärungen*, S. 33.

44 Vgl. ebd., S. 34.

45 Vgl. Hofmann, Beate: *Diakonische Unternehmenskultur. Handbuch für Führungskräfte (Diakonie. Bildung – Gestaltung – Organisation 2)*, Stuttgart 2008, S. 22.

46 Vgl. Hofmann: *Diakonische Unternehmenskultur*, S. 22.

47 Vgl. Moos: *Diakonische Ethik*, S. 120.

48 Vgl. Körtner: *Ethik im Krankenhaus*, S. 60.

49 Vgl. Moos: *Diakonische Ethik*, S. 27.

50 Vgl. Schiff/Dallmann: *Ethik in der Pflege*, S. 36.

moralische Handeln von Pflegekräften in einem ökonomisierten Gesundheitssystem umsetzen lässt.

4 Spannungsfeld Ökonomisierung und Ethik am Beispiel der Pflege

Ethik und Ökonomisierung stehen nicht grundsätzlich im Widerspruch zueinander. Beide teilen den ethischen Kern der Verantwortung, die verfügbaren Ressourcen wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich einzusetzen und dabei der Solidargemeinschaft gegenüber Rechenschaft abzulegen. In diesem Sinne verbinden sich ethische Prinzipien und ökonomisches Handeln im Streben nach verantwortungsvollem Haushalten.⁵¹ Knappheit der Ressourcen ist und bleibt jedoch eine Tatsache und eine große Herausforderung – gerade in der täglichen Arbeit von Pflegekräften.⁵²

Wer jemals mit Pflege- und Gesundheitseinrichtungen in Berührung gekommen ist, weiß, dass die Arbeit einer Pflegekraft kaum mit Tätigkeiten in anderen Wirtschaftssektoren vergleichbar ist. Tätigkeiten der Pflege werden durch praktizierte Zwischenmenschlichkeit bestimmt.⁵³ Dies steht dem standardisierten Patienten und den standardisierten Zeitvorgaben des DRG-Systems entgegen.⁵⁴

Der erhebliche Pflegemangel in Deutschland ist mittlerweile bekannt. Im Jahr 2021 betreute eine Pflegekraft in Deutschland durchschnittlich 10 Patienten pro

Schicht. Zum Vergleich: In Norwegen lag dieser Wert bei 3,7 Patienten pro Schicht.⁵⁵ Doch der Zusammenhang zwischen dem akuten Pflegemangel und der Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird erst bei genauerer Betrachtung deutlich.

Als eine der wohl fatalsten Auswirkungen der Einführung ökonomischer Prinzipien auf das Arbeiten nach ethischen Grundsätzen kann in erster Linie der bundesweite und systemische Stellenabbau in der Pflege zwischen 1997 und 2007 angeführt werden, wie es ihn in der Geschichte der Bundesrepublik zuvor noch nie gegeben hat.⁵⁶ Da die DRG-Fallpauschalen auf Grundlage der durchschnittlichen Ist-Kosten aller Krankenhäuser kalkuliert werden sollten, musste circa die Hälfte der Einrichtungen, vor allem solche in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft, mit einer Budgetabsenkung rechnen. Ein erheblicher Teil musste sogar mit Budgetkürzungen von bis zu 20 bis 30 Prozent rechnen.⁵⁷ Diese finanziellen Einschnitte hatten für Gesundheitseinrichtungen existenzbedrohende Auswirkungen, die zudem von den Verantwortlichen bewusst in Kauf genommen wurden.⁵⁸ Die Maßnahmen zur Kostensenkung setzten überwiegend in den Jahren 2003 und 2004 ein, zeitgleich

mit der Einführung des DRG-Systems, wobei insbesondere die Personalkosten reduziert wurden, da diese beispielsweise in der Diakonie rund 68 Prozent der Gesamtausgaben ausmachten.⁵⁹ Dies betraf vor allem zwei Bereiche: den hauswirtschaftliche Bereich und den Bereich der Pflege.⁶⁰ In der Pflege wurden insgesamt 47.000 Vollzeitäquivalente aktiv eingespart. Geht man von einer Erhöhung des Personalbedarfs aufgrund gestiegener Leistungsanforderungen im Zeitraum 1993 bis 2013 in Höhe von circa 25 Prozent aus, so folgt daraus, dass allein der pflegerische Bereich der Normalstationen allgemeiner Krankenhäuser im Jahre 2021 gegenwärtig um mehr als 100.000 Vollzeitkräfte unterbesetzt ist.⁶¹ Diese Situation wird sich perspektivisch bis zum Jahre 2035 auf eine Versorgungslücke von insgesamt 500.000 Pflegekräften im gesamten Pflegesektor ausweiten.⁶² Auch die langjährige Unterbezahlung im Pflegebereich, die im Zuge der Marktöffnung verstärkt wurde und bereits in Kapitel zwei thematisiert wurde, hat wahrscheinlich dazu beigetragen, dass der Pflegeberuf vermehrt aufgegeben wurde oder als nicht attraktiv genug erschien, um darin Fuß zu fassen.

Durch den aktiven Stellenabbau im Pflegebereich, der mit der Einführung ökonomischer Systeme einherging, hat sich eine Abwärtsspirale entwickelt, die sich zunehmend verschärft. Die verbleibenden Pflegekräfte sehen sich aufgrund der reduzierten Personalausstattung mit immer schwieriger werdenden Arbeitsbedingungen konfrontiert, was wiederum zu einer weiteren Zunahme von Kündi-

51 Vgl. Brügger, Urs: Gesundheitsökonomie, Ethik und Pflege, in: Monteverde, Settimio (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, S. 359f.

52 Vgl. ebd., S. 360.

53 Vgl. Marrs: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, S. 504

54 Vgl. Madörin, Mascha: Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege, Winterthur 2015, S. 76.

55 Vgl. Berberich, Christian: Deprofessionalisierung der Pflege. Coolout als inhärente Grundlage einer unauflösbaren deprofessionellen Berufswirklichkeit?, Flensburg 2021, S. 46.

56 Vgl. Simon, Michael: Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 220.

57 Vgl. Simon, Michael: Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 15f.

58 Vgl. Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, unter: < www.boeckler.de/fpdf/HBS-007898/p_fofoe_WP_196_2020.pdf > (22.08.2024), S. 178.

59 Vgl. Manzeschke: Diakonische Identität, S. 155.

60 Vgl. Simon: Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, S. 16.

61 Vgl. Berberich: Deprofessionalisierung der Pflege, S. 45.

62 Vgl. Berberich: Deprofessionalisierung der Pflege, S. 45.

gungen führt. Im Jahre 2020 wurde versucht, die Abwärtsspirale durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den DRG-Fallpauschalen zu durchbrechen. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass seitdem gestiegene Eintrittszahlen in der Pflegeausbildung verzeichnet werden.⁶³ Doch da diese Entwicklung zeitgleich mit der Corona-Pandemie erfolgte, verschärfte sich die Situation seitdem dennoch zunehmend.⁶⁴ Die im Pflegesektor verbliebenen Pflegekräfte, die das System dennoch aufrechterhalten müssen, erhofften sich nun nach der Corona-Pandemie eine bessere Stellung in der Gesellschaft und somit auch wieder mehr Personal, das Gefallen an diesem Beruf finden könnte. Doch Studien konnten nicht zeigen, dass die Pandemie zu einer dauerhaften Verbesserung der öffentlichen Anerkennung der Pflege beitragen konnte.⁶⁵ Es hat sich jedoch gezeigt, dass es zu einem drastischen Anstieg von Berufskrankheiten in der Pflegebranche kam, wodurch der Personalmangel nochmals weiter verschärft wurde.⁶⁶ Dies behindert nicht mehr nur das ethische Arbeiten, sondern dürfte auch die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser schwächen.⁶⁷ Befürworter des DRG-Systems argumentieren, dass der Rückgang der Pflegekräfte bereits vor der Einführung des DRG-Systems begonnen hatte, was ihrer Ansicht nach beweist, dass der Pflegekräfteabbau nicht auf das DRG-System

zurückzuführen ist.⁶⁸ Zwar handelt es sich beim Pflegemangel um ein multifaktorielles Problem, jedoch bestätigen mehrere Quellen, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen der Einführung des DRG-Systems und dem Stellenabbau der Jahre 2002 bis 2007 nachweisbar ist.⁶⁹ Doch nicht nur der Personalmangel in der Pflege führt zu einer erhöhten Arbeitsbelastung für die verbleibenden Mitarbeiter. Das DRG-System setzt ökonomische Anreize für eine Verkürzung der Liegezeiten von Patienten und eine Erhöhung der Fallzahlen. Es müssen also mehr Patienten in geringerer Zeit versorgt werden, damit die Rechnung aufgeht.⁷⁰ Dieser Effekt konnte bereits 2007, kurz nach der Einführung des DRG-Systems, beobachtet werden: die Zahl der Betten ist um 13 Prozent gesunken, die Aufenthaltsdauer der Patienten wurde um 24 Prozent reduziert und die Anzahl der stationär behandelten Fälle um 12 Prozent erhöht.⁷¹ Die Auswirkungen der Ökonomisierung auf den Pflegebereich sind jedoch noch umfassender. In einer Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) aus dem Jahr 2021 wurden Pflegekräfte nach den größten Belastungsfaktoren in ihrem Arbeitsalltag befragt. Dabei wurden Zeitdruck und hoher Verwaltungsaufwand als die Hauptbelastungen identifiziert.⁷² Der hohe Verwaltungsaufwand liegt ebenfalls in der Ökonomisierung und dem ein-

geführten DRG-System begründet. Fast jeder Handgriff muss mittlerweile dokumentiert werden.⁷³ Dies zeichnet sich jedoch selbst als Dokumentations-Paradoxon aus. Wird aufgrund mangelnder Zeit nur wenig dokumentiert, kann dies dazu führen, dass weniger Personal für die Arbeit eingeplant wird, da offiziell weniger geleistet wird. Wird viel dokumentiert, wird der Pflegeschlüssel heruntergesetzt, da man mit dem bestehenden Personal die Leistungen erbracht hat.⁷⁴ Die Notwendigkeit des Dokumentierens kann die Pflegekraft selbst in eine schwierige Situation bringen. Denn nun stehen Pflegekräfte häufig vor der Entscheidung, ob sie mehr Zeit für die sorgfältige Versorgung der Patienten oder für die detaillierte Dokumentation aufwenden. Unter dem Druck, Ressourcen effizient zu nutzen und gleichzeitig den Dokumentationsanforderungen gerecht zu werden, kann es für Pflegekräfte verlockend erscheinen, sich auf die Dokumentation zu konzentrieren. Dies liegt daran, dass unvollständige oder fehlende Dokumentation sofort von der nächsten Schicht bemerkt wird und hier als Verfehlung in der Verantwortlichkeit der Pflegekraft sichtbar wird und somit als Mehrarbeit für die nächste Schicht anfällt. Im Gegensatz dazu sind potenzielle Folgen einer mangelnden Patientenversorgung, wie etwa Mangelernährung oder Dekubiti, oft schwerer direkt der einzelnen Pflegekraft zuzuschreiben. Diese Dynamik kann dazu führen, dass die Dokumentation priorisiert wird, um direkte Rechenschaftspflichten zu erfüllen, während die Patientenversorgung potenziell vernachlässigt wird.⁷⁵ Auch in diesem Dilemma ist der

63 Vgl. Simon: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, S. 179.

64 Vgl. Schudmann, Jörg & Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege, Hamburg 2022, S. 32.

65 Vgl. ebd., S. 59.

66 Vgl. ebd., S. 65.

67 Vgl. Marckmann: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, S. 193.

68 Vgl. Braun, Bernard: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden 2014, S. 98.

69 Vgl. Simon: Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, S. 246.

70 Vgl. Marrs: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, S. 504f.

71 Vgl. Marrs: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, S. 506.

72 Vgl. Schudmann & Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Pandemie trifft auf Fachkräftemangel, S. 27.

73 Vgl. Marrs: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, S. 504.

74 Vgl. Langer/Brink u.a.: Ethische Dilemmasituationen in der Pflege, S. 170.

75 Vgl. Straubenmüller, Viola: Achtsam und ethisch sensibel pflegen, in: Riedel, Annette/Linde, Anne-Christin (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene, Esslingen 2018, S. 48f.

Druck hoch zwischen menschlichem Verhalten und der ökonomischen Anforderung abzuwägen.

Die Annahme, dass Pflegekräfte die Diskrepanz zwischen ethischen Prinzipien und ökonomischen Zielen aufgrund ihrer moralischen Verantwortung ausgleichen könnten – schließlich sollten für Menschen in diesem Beruf ethische Motive wichtiger sein als wirtschaftliche Ziele – wird durch Kerstings Beobachtungen zum Coolout-Phänomen widerlegt. Die hohen normativen Anforderungen an eine Pflegekraft innerhalb der wirtschaftlichen Imperative, in derer alle Abläufe im Stationsalltag trotz knapper Ressourcen erledigt werden müssen, objektivieren sich in einer empfundenen Kälte gegenüber den hilfsbedürftigen Patienten.⁷⁶ Dabei kommt es zu einer Hinnahme der Missachtung der Norm, und regelverletzendes Verhalten im Pflegealltag setzt sich durch.⁷⁷ So nahm auch der Anteil der Pflegekräfte, die einen hohen Wert auf eine würdevolle Behandlung der Patienten legten, bereits zwischen 2003 und 2008 von 88 Prozent auf 79 Prozent ab.⁷⁸ In einem solchen Szenario ist es schwer vorstellbar, wie ethisch gute Pflege gewährleistet werden kann, was die Gefahr birgt, dass die Diakonie mit ihrem Konzept der Nächstenliebe an Glaubwürdigkeit verliert.⁷⁹ Der durch die Ökonomisierung bedingte Personalmangel, gepaart mit dem Effizienzdruck und der zusätzlichen Belastung durch umfassende Dokumentationsanforderungen, kollidiert direkt mit dem religiös-moralischen Ansatz der Pflegearbeit. Ein individuelles Einlassen auf den Patienten und in diesem Sinne zeitlich aufwendigere empathische

Zuwendung und Kommunikation im Sinne der Nächstenliebe wird im DRG-System nicht abgebildet und wird somit auch nicht honoriert.⁸⁰ Doch auch akut patientengefährdende Situationen schleichen sich mittlerweile ein. 57 Prozent der Pflegekräfte konnten 2014 verwirrte Patienten nicht mehr ausreichend beobachten, 53 Prozent ihre Patienten nicht mobilisieren und 26 Prozent Medikamente nicht rechtzeitig verabreichen oder deren Richtigkeit überprüfen.⁸¹ Somit ist nicht nur die Pflege gemäß den Prinzipien der Nächstenliebe, wie in Kapitel drei dargestellt, nicht mehr gewährleistet, sondern es besteht bereits eine Gefährdung der grundlegenden Patientenversorgung. Auch empirische Studien konnten belegen, dass eine höhere Arbeitsbelastung von Pflegekräften die Mortalität von Patienten erhöht.⁸²

5 Lösungsansätze

Wie im vorherigen Kapitel aufgezeigt, ist der Konstruktionslogik des DRG-Systems ein starker Druck in Richtung einer Abwärtsspirale der nicht erlösrelevanten Bereiche, zu denen der Pflegebereich gehört, immanent.⁸³ Die weitreichenden Auswirkungen bleiben auch in der Politik nicht unbeachtet. Am 15. Mai 2024 beschloss das Bundeskabinett eine Krankenhausreform, nach der Kliniken sogenannte Vorhaltepauschale erhalten sollen. Diese Regelung sieht vor, dass Krankenhäuser einen erheblichen Teil

ihrer Finanzierung dafür erhalten, qualifiziertes Personal bereitzuhalten, notwendige medizinische Geräte vorzuhalten und zentrale Einrichtungen wie Notaufnahmen zu betreiben.⁸⁴ Dies birgt unter anderem die Chance auf eine Entlastung des Pflegepersonals.⁸⁵ Es bleibt jedoch abzuwarten, welche konkreten Auswirkungen diese Reform auf die pflegerische Versorgung in Gesundheitseinrichtungen haben und ob sie den bestehenden Pflege-notstand lindern kann.

Um die Ethik in Zeiten einer von ökonomischen Interessen geprägten Gesundheitsversorgung wieder in den Vordergrund zu rücken, könnten Ethikkommissionen eine zentrale Rolle spielen. Diese Gremien könnten darauf hinwirken, ethische Fragestellungen und Probleme frühzeitig zu identifizieren und das Personal bei der Bewältigung solcher Herausforderungen gezielt zu unterstützen. Da Ethikkommissionen im DRG-System nicht honoriert werden,⁸⁶ ist es nicht verwunderlich, dass eine ethische Mangelverwaltung in Kliniken zu erkennen ist.⁸⁷ Selbst, wenn Ethikkommissionen flächendeckend eingeführt werden würden, bleibt die Herausforderung bestehen, Sanktionen für unmoralisches Verhalten wirksam durchzusetzen und die Einhaltung ethischer Leitlinien sicherzustellen. Außerdem wurde von den Pflegeethikerinnen Edwards und Haddad festgestellt, dass ethische Belange von Pflegenden als Mitglieder in multidisziplinären Ethikkommissionen

76 Vgl. Berberich: Deprofessionalisierung der Pflege, S. 82.

77 Vgl. ebd., S. 95.

78 Vgl. Braun: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, S. 103.

79 Vgl. Moos: Diakonische Ethik, S. 154.

80 Vgl. Weimann, Arved/Meyer, Hans-Joachim: Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 129.

81 Vgl. Braun: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, S. 108.

82 Vgl. Marckmann: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, S. 192.

83 Vgl. Simon: Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, S. 247.

84 Vgl. Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/KHVVG_RefE.pdf (23.08.2024), S. 61ff.

85 Vgl. ebd.

86 Vgl. Weimann/Meyer: Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht, S. 129.

87 Vgl. Marckmann: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, S. 191.

tees oftmals nicht angemessen gesehen und behandelt wurden.⁸⁸

Als interessant stellt sich Marckmanns Ansatz der Organisationsethik in Krankenhäusern heraus. Die Organisationsethik widmet sich ethischen Fragen auf Ebene der Organisation innerhalb von Gesundheitseinrichtungen. Betrachtet wird die Organisation als soziales System, in dem verschiedene Akteursgruppen miteinander kooperieren. Damit möchte sie einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Organisation und damit zur Organisationskultur leisten. Die Organisationsethik kann auf diese Weise die Rahmenbedingungen mitgestalten. Für nähere Informationen zur konkreten Umsetzung verweise ich auf die Veröffentlichung von Marckmann.⁸⁹ Der organisationsethische Ansatz trägt jedoch nur insofern zur Verbesserung bei, als dass er die Organisation dazu anregt, sich selbst zu reflektieren und den politischen Diskurs zu intensivieren, um den Druck im Hinblick auf die erforderlichen Veränderungen der übergeordneten Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem zu erhöhen.⁹⁰

Meiner Ansicht nach könnte gerade die Diakonie in diesen Zeiten einen potenziellen Vorteil haben, da Religion nicht als störender Faktor betrachtet werden muss, sondern als wertvolle reflexive Ressource zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen dienen kann.⁹¹ Mit ihrem Menschenbild und der normativen Tradition der Nächstenliebe könnte die Diakonie zu einem attraktiven Arbeitgeber für Mitarbeitende im Pflegebereich werden, die sich danach

sehen, Patienten eine menschenwürdige Pflege zu bieten. Um dies zu erreichen, sollten jedoch die Managementstrukturen in Richtung einer stärkeren Integration theologischer Perspektiven erweitert werden. Außerdem müssten Leitlinien angesichts der zunehmenden Säkularisierung überarbeitet oder zumindest offener – eventuell auch konfessionsübergreifend – gestaltet werden. Gerade für Pflegepersonal sind klare Sinnorientierungen und Möglichkeiten zur Thematisierung von ethischen und beruflichen Anliegen von großer Bedeutung. Diakonische Einrichtungen oder Unternehmen können hier eine gewisse undogmatische Kirchlichkeit anbieten. Dies könnte zu einer diakonischen Profilierung ihres Angebotes beitragen.⁹² Die Betonung von ethischen Leitlinien und die Gewährleistung diese auch umzusetzen kann sich im Rahmen des Wettbewerbs nicht nur auf Kunden positiv auswirken, sondern meines Erachtens auch auf Personal. Dies könnte die Arbeitsbedingungen in diakonischen Einrichtungen verbessern und dazu beitragen, weiteres Personal anzuziehen. Christliche Nächstenliebe also im Sinne der Ökonomie als Geschäftsmodell.⁹³

Ein Ansatz, der für den Caritas-Verband diskutiert wurde, besteht darin, den Wohlfahrtsverband in zwei separate Organisationen aufzuteilen. Dies würde es ermöglichen, die Anforderungen der ökonomischen Steuerungselemente und die Werteorientierung des Verbandes besser in Einklang zu bringen. In diesem Modell würde der Unternehmensverband den Sozialverband sowohl finanziell als auch betrieblich unterstützen.⁹⁴ Ob dies ein geeigneter Ansatz zur Lösung der oben genannten Probleme ist, muss weiter disku-

tiert werden. Ein Gegenargument ist, dass die ökonomische Seite nicht vollständig ausgeblendet werden sollte, sondern vielmehr aus einer sozialen Perspektive heraus auf die Grenzen einer rein ökonomischen Logik hingewiesen werden muss.⁹⁵

Oft wird über eine höhere Vergütung im Pflegeberuf debattiert, in der Hoffnung, mehr Personal zu gewinnen und so die Situation entschärfen zu können. Nach ökonomischer Theorie sollte eine zunehmende Knappheit tatsächlich zu einem Anstieg des Wertes eines Guts führen.⁹⁶ Ob dies in der Pflegebranche tatsächlich umsetzbar ist, bleibt fraglich, da die Personalkosten aufgrund der Wettbewerbsfähigkeit weiterhin unter Kontrolle gehalten werden müssen.⁹⁷ In dieser Arbeit wurde auf Lösungsansätze auf Mikroebene, wie Mitarbeiter-schulungen in Ethik oder Supervisionen, verzichtet, da diese meiner Ansicht nach nicht nachhaltig gegen die Kraft der übergeordneten Rahmenbedingungen bestehen werden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gesundheitspolitik auf nationaler Ebene die bekannten Fehlanreize im DRG-System weiter analysieren und reduzieren sollte. Die Gesundheitseinrichtungen sollten ihrerseits die vorhandenen Handlungsspielräume nutzen und mit einem konsequenten Wertemanagement dafür Sorge tragen, dass zentrale Leitwerte für eine patientenorientierte Versorgung und für den Umgang mit den Mitarbeitenden durch den zunehmenden Kostendruck nicht beeinträchtigt werden.⁹⁸ Gerade für letzteres scheint die Diakonie einen Vorteil

88 Vgl. Kohlen, Helen: Partizipation von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees, in: Monteverde, Settimio (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, S. 329.

89 Vgl. Marckmann: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, S. 194.

90 Vgl. ebd.

91 Vgl. Moos: Diakonische Ethik, S. 259.

92 Vgl. Schroeder: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch, S. 134.

93 Vgl. Moos: Diakonische Ethik, S. 149.

94 Vgl. Eurich: Nächstenliebe als berechenbare Dienstleistung, S. 93.

95 Vgl. Manzeschke: Diakonische Identität, S. 154.

96 Vgl. Brügger: Gesundheitsökonomie, Ethik und Pflege, S. 360.

97 Vgl. ebd., S. 357.

98 Vgl. Marckmann, Georg: Ethik als Führungsaufgabe: Perspektiven für einen ethisch vertretbaren Umgang mit den zunehmenden Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 216.

zu haben. Es ist notwendig, die Diakonie und den Sozialmarkt weiterzuentwickeln, um eine effektive Verbindung zwischen ökonomischen und sozialen Aspekten herzustellen, wofür soziale Innovationen erforderlich sind.⁹⁹

6 Schluss

Schlussendlich hat sich gezeigt, dass die Ökonomisierung des sozialen Sektors zu einer verstärkten betriebswirtschaftlichen Ausrichtung in sozialen Einrichtungen geführt hat. Seit den 1990er Jahren wurden im Gesundheitswesen und in der Sozialwirtschaft ökonomische Überlegungen zunehmend relevant, was sich unter anderem durch leistungsbezogene Entgelte und Fallpauschalen zeigt. Diese Veränderungen haben zu einem wettbewerblichen Modell im sozialrechtlichen Dreieck geführt und erfordern von Einrichtungen wie der Diakonie eine Balance zwischen wirtschaftlicher Effizienz und ihrem ethischen Auftrag. Die Diakonie steht vor der Herausforderung, ökonomische Anforderungen mit ihren diakonischen Werten in Einklang zu bringen, um weiterhin qualitativ hochwertige und ethisch fundierte Dienstleistungen anzubieten.

Des Weiteren konnte untersucht werden, dass zentrale Prinzipien wie Nächstenliebe und Menschenwürde die Basis ihrer Ethik bilden. Diese ethischen Vorstellungen, die auf biblischen Erzählungen und Imperativen beruhen, sind im Pflegekontext besonders relevant, da sie eine Balance zwischen empathischer Nähe und professioneller Distanz erfordern. Während die Nächstenliebe eine universelle Richtlinie für das ethische Verhalten bietet, betont sie auch die Bedeutung der Menschenwürde, die unabhängig von individuellen Unterschieden gilt. In einer zunehmend pluralistischen Gesellschaft

⁹⁹ Vgl. Eurich: Besonderheiten der Sozialwirtschaft und der Homo Oeconomicus, S. 236.

ist es für die Diakonie essenziell, diese Werte in der Pflegepraxis herauszuarbeiten und zu betonen.

Ethik und Ökonomisierung sind nicht zwangsläufig unvereinbar, da beide auf verantwortungsvolle Ressourcennutzung abzielen. Doch die Realität der Pflege zeigt, dass ökonomische Prinzipien oft den ethischen Anforderungen entgegenstehen. Die Einführung des DRG-Systems und die damit verbundene Reduzierung der Personalkosten haben zu einem massiven Stellenabbau und einem Anstieg der Arbeitsbelastung für die verbleibenden Pflegekräfte geführt. Diese Entwicklungen beeinträchtigen die ethische Pflegequalität und verstärken die Abwärtsspirale von Personalmangel und Überlastung. Die vom DRG-System vorgeschriebenen hohen Dokumentationsanforderungen verschärfen die Situation weiter, was dazu führt, dass Pflegekräfte oft zwischen intensiver Patientenversorgung und umfangreicher Dokumentation abwägen müssen. Trotz moralischer Überzeugungen ist es schwierig, ethisch einwandfreie Pflege unter diesen Bedingungen aufrechtzuerhalten, was das Risiko birgt, dass diakonische Werte wie die Nächstenliebe unterminiert werden. Ein Zusammenhang der Ökonomisierung und aktuellen Missstände im Pflegealltag konnte gezeigt werden.

Die kürzlich beschlossene Krankenhausreform, die Vorhaltepauschalen für Personal vorsieht, zeigt ein Bewusstsein für die bestehenden Probleme. Es bleibt jedoch fraglich, inwiefern diese Maßnahme die aktuellen Herausforderungen im Pflegektor tatsächlich lösen kann. Ethikkommissionen könnten helfen, ethische Fragestellungen in Kliniken zu adressieren, jedoch fehlt es an Anreizen und effektiven Durchsetzungsmechanismen. Marckmanns Organisationsethik bietet einen Ansatz zur Verbesserung der internen Ethik, indem sie Organisationen zur

Selbstreflexion anregt. Für die Diakonie bietet sich die Chance, durch ihre Werteorientierung und Tradition der Nächstenliebe ein attraktiver Arbeitgeber zu werden, wenn sie ihre Strukturen entsprechend anpasst. Eine Aufteilung von Organisationen in ökonomische und wertorientierte Bereiche ist ein interessanter Ansatz, wird jedoch kritisch betrachtet. Höhere Vergütung im Pflegeberuf könnte helfen, den Personalmangel zu beheben, ist aber aufgrund der Wettbewerbsbedingungen fraglich. Langfristige Lösungen erfordern eine Verknüpfung von ökonomischen und sozialen Aspekten und soziale Innovationen.

Abschließend kann gesagt werden, dass Gesundheitseinrichtungen aktuell wie Wirtschaftsunternehmen agieren müssen, wobei die Gewinnmaximierung über die knappen Personalschlüssel und demzufolge auf Kosten der Pflegefachkräfte und somit der pflegerischen Versorgungsqualität reguliert wird.¹⁰⁰ Die Priorisierung von Effizienzsteigerung über Qualität hat den Pflegesektor in einen Wettbewerb gedrängt, der ihn als Arbeitsbereich zunehmend unattraktiv gemacht hat.¹⁰¹ Auf Grundlage dieser Analyse lässt sich feststellen, dass die Pflege im gegenwärtigen ökonomisierten Gesundheitssystem als potenzieller Verlierer betrachtet werden kann.

Eine ergänzende Betrachtung auf die Auswirkungen ökonomischer Anreize auf die Ärzteschaft ist ebenfalls von Interesse. Hierbei kann es vorkommen, dass Ärzte aufgrund unterschiedlicher Vergütungsmodelle bestimmte Eingriffe bevorzugen, was ethische Fragestellungen aufwirft.¹⁰²

¹⁰⁰ Vgl. Berberich: Deprofessionalisierung der Pflege, S. 51.

¹⁰¹ Vgl. Buchmann: Gewalterleben in der stationären Langzeitpflege, S. 125.

¹⁰² Vgl. Weimann/Meyer: Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht, S. 127.

Es bleibt die Frage offen, ob der Zentralwert der Gesundheit weiterhin einen betriebsökonomischen Fall darstellen soll und darf.¹⁰³

Gerade in solchen Zeiten der Herausforderungen und Unsicherheiten ist es wichtig, an unserem Streben nach Verbesserung festzuhalten. Im Sinne der Diakonie: „Lasst uns aber Gutes tun und nicht müde werden; denn zu seiner Zeit werden wir auch ernten, wenn wir nicht nachlassen.“¹⁰⁴

Literaturverzeichnis

Agoston, Ilona: Menschenwürde in der Pflege. Pflegeethik und Ethik – Theologische Grundlagen und diakonische Profilierung (Ethik in Forschung und Praxis 10), Hamburg 2010.

Berberich, Christian: Deprofessionalisierung der Pflege. Coolout als inhärente Grundlage einer unauflösbaren deprofessionellen Berufswirklichkeit?, Flensburg 2021.

Braun, Bernard: Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, in: Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (Hrsg.): 20 Jahre Wettbewerb. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden 2014, S. 91-114.

Brügger, Urs: Gesundheitsökonomie, Ethik und Pflege, in: Monteverde, Settimio (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, S. 350-361.

Buchmann, Klaus-Peter: Gewalterleben in der stationären Langzeitpflege. Perspektiven und Präventionsmaßnahmen, Leipzig 2022.

Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen, unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/KHVG_RefE.pdf (23.08.2024).

Cremer, Georg: Dilemmata von Wohlfahrtsverbänden im Wettbewerb, in: Andeßner, Rene/Greiling, Dorothea u.a. (Hrsg.): Ressourcenmobilisierung durch Non-Profit-Organisationen, Linz 2015, S. 25-38.

Die Bibel. Nach Martin Luthers Übersetzung. Revidiert 2017, Stuttgart 2016.

Druml, Christiane & Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt: Medizin und Ökonomie. Stellungnahme der Bioethikkommission, Wien 2018.

Eurich, Johannes: Besonderheiten der Sozialwirtschaft und der Homo Oeconomicus. Anmerkungen zur Weiterentwicklung von Diakonik-Management-Modellen, in: Eurich, Johannes/Herrmann, Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 223-238.

Eurich, Johannes: Nächstenliebe als berechenbare Dienstleistung. Konsequenzen der neuen Wohlfahrtspolitik für das theologische Selbstverständnis und die Restrukturierung der Diakonie, in: Eurich, Johannes/Herrmann, Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 75-99.

Gerhard, Michael: Diakonisches Handeln – Ökonomisches Denken – Ethisches Erwägen. Eine Untersuchung zu den sozialen, ökonomischen und ethisch-theologischen Grundlagen der Diakonie (ESOPA 8), Eichstätt 2001.

Hentschel, Anni: Begriffserklärungen, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie, Stuttgart 2021, S. 27-39.

Hentschel, Anni: Begründungsansätze helfenden Handelns, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie, Stuttgart 2021, S. 91-96.

Hofmann, Beate: Diakonische Unternehmenskultur. Handbuch für Führungskräfte (Diakonie. Bildung – Gestaltung – Organisation 2), Stuttgart 2008.

Jöst, Frank: Ökonomisierung und diakonisches Handeln, in: Moos, Thorsten (Hrsg.): Diakonische Kultur. Begriff, Forschungsperspektiven, Praxis (Diakonie: Bildung – Gestaltung – Organisation 16), Stuttgart 2018, S. 46-56.

Kohlen, Helen: Partizipation von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees, in: Monteverde, Settimio (Hrsg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege, Stuttgart 2020, S. 327-336.

Körtner, Ulrich H. J.: Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin, Göttingen 2007.

Langer, Andreas/Brink, Alexander u.a.: Ethische Dilemmasituationen in der Pflege. Eine Analyse aus Perspektive der Neuen Institutionsökonomik, in: Pflege und Gesellschaft 14 H. 2 (2009) S. 155-177.

Maaser, Wolfgang: Gemeinnützige Wohlfahrtsverbände zwischen normativem Selbstverständnis und operativen Zwängen, in: Eurich, Johannes/Herrmann, Volker (Hrsg.): Diakonie in der Sozialökonomie. Studien zu Folgen der neuen Wohlfahrtspolitik (VDWI 47), Leipzig 2013, S. 19-39.

Madörin, Mascha: Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege, Winterthur 2015.

Maio, Giovanni: Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 187-201.

Manzeschke, Arne: Diakonische Identität, in: Deeg, Alexander/Heuser, Stefan u.a. (Hrsg.): Identität. Biblische und theologische Erkundungen (BThS 30), Göttingen 2007, S. 142-163.

Marckmann, Georg: Ethik als Führungsaufgabe: Perspektiven für einen ethisch vertretbaren Umgang mit den zunehmenden Kostendruck in den deutschen Krankenhäusern, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 201-218.

Marckmann, Georg: Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung, in: Ethik der Medizin 2 (2021), S. 189-201.

Marrs, Kira: Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: WSI Mitteilungen 60 H. 9, Baden-Baden 2007, S. 502-507.

Moos, Thorsten: Diakonische Ethik. Systematisch-theologische Beiträge, Stuttgart 2023.

Schiff, Andrea/Dallmann, Hans-Ulrich: Ethik in der Pflege, München 2021.

Schroeder, Wolfgang: Konfessionelle Wohlfahrtsverbände im Umbruch. Fortführung des deutschen Sonderwegs durch vorsorgende Politik?, Wiesbaden 2017.

Schudmann, Jörg & Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Pandemie trifft auf Fachkräftemangel: Überlastung verstärkt Ausstiegstendenz. Auswirkungen der Coronapandemie auf die Berufsgesundheit in der Pflege, Hamburg 2022.

Simon, Michael: Das deutsche DRG-System: Vorgesichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 3-28.

Simon, Michael: Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 295-324.

Simon, Michael: Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, unter: www.boeckler.de/fpdf/HBS-007898/p_fofoe_WP_196_2020.pdf (22.08.2024).

Simon, Michael: Die Bedeutung des DRG-Systems für Stellenabbau und Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 219-252.

Straubenmüller, Viola: Achtsam und ethisch sensibel pflegen, in: Riedel, Annette/Linde, Anne-Christin (Hrsg.): Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene, Esslingen 2018, S. 47-54.

Weimann, Arved/Meyer, Hans-Joachim: Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht, in: Dietrich, Anja/Braun, Bernhard u.a. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden 2019, S. 127-138.

Zimmermann, Ruben: Ansätze biblischer Ethik, in: Lanckau, Jörg/Popp, Thomas u.a. (Hrsg.): Biblisches Arbeitsbuch für Soziale Arbeit und Diakonie, Stuttgart 2021, S. 86-90.

Autorin:

Anna Breiter

Studentische Hilfskraft

Universität Heidelberg

Diakoniewissenschaftliches

Institut

Email: [\[dwi.uni-heidelberg.de\]\(mailto:dwi.uni-heidelberg.de\)**](mailto:ana.breiter@</p>
</div>
<div data-bbox=)**

¹⁰³ Vgl. Berberich: Deprofessionalisierung der Pflege, S. 120.

¹⁰⁴ Gal 6,9.

Uwe Zöllner

Private Equity in Arztpraxen – Ausschüttungsobergrenze als wirksames Regulierungswerkzeug

Private Investoren, insbesondere Private-Equity-Gesellschaften, dringen zunehmend in den Gesundheitssektor ein, doch ihre kurzfristige Renditeorientierung führt oft zu strukturellen Problemen wie steigenden Kosten, schlechterer Versorgungsqualität und erhöhter Schuldenlast der übernommenen Einrichtungen. Um exzessive Gewinnabschöpfung in der Daseinsvorsorge zu verhindern, schlagen wir einen Ausschüttungsdeckel¹ als Regulierungsmaßnahme vor. Dieser begrenzt überhöhte Renditen, fördert langfristig orientierte Investitionen und stellt eine nachhaltige medizinische Versorgung sicher.

1. Die Debatte um private Investoren im Gesundheitssektor

Spätestens seit der Corona-Pandemie steht das Gesundheitssystem wieder im Fokus politischer Diskussionen. Debatten über Investitionsstaus, unzureichende Digitalisierung und mangelnde Versorgungssicherheit, insbesondere in ländlichen Regionen, spielen dabei eine große Rolle. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sind erhebliche Investitionen erforderlich.²

Um diesen Investitionsbedarf zu decken, setzt die Gesundheitspolitik auch auf private Investitionen.³ Häufig wird die Meinung vertreten, dass nur solche Investoren den Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur finanzieren und die Einrichtungen effizient betreiben können. Entsprechend hat

die Bundesregierung in den letzten Jahrzehnten den Marktzugang bei Pflege und Gesundheit für private Investoren erleichtert. Die damit verbundenen Probleme bleiben jedoch in der Debatte meist unbeachtet.

Der erwartete Beitrag der Investoren zu einer verbesserten Ausstattung des Gesundheitssektors kommt häufig nicht zustande. Stattdessen zielen die Strategien vieler Finanzinvestoren darauf ab, bestehende Strukturen zu übernehmen und möglichst hohe Renditen zu erzielen – ohne signifikanten Mehrwert in Form zusätzlicher Kapazitäten oder besserer Ausstattung. Gleichzeitig führt die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens zu Problemen, etwa in Krankenhäusern und der Altenpflege, wo die Versorgungsqualität sinkt und der Druck auf das Personal steigt.⁴ Solche extraktiven Praktiken helfen dem Gesundheitssektor nicht und müssen daher unterbunden werden.

Wir dürfen uns nicht darauf verlassen, dass private Geldgeber automatisch das Richtige für den Gesundheitssektor

tun. Daher bedarf ihre Einbindung in den medizinischen Bereich sorgfältiger Gestaltung und Kontrolle.

Dieser Text befasst sich mit dem vermehrten Engagement privater Investoren in Arztpraxen. Er analysiert die Folgen für die ärztliche Versorgungsqualität und präsentiert mit dem Ausschüttungsdeckel einen Regulierungsvorschlag, um extraktive Strategien einzudämmen.

2. Private Equity – kein Privatinvestor wie jeder andere

In den letzten Jahren hat eine spezielle Gruppe von Investoren ihre Aktivitäten im Gesundheitsbereich verstärkt, so genannte Private Equity-Gesellschaften. Diese arbeiten für große Kapitalpools wie z.B. Pensionsfonds, Versicherungen oder auch private Großvermögen. Deren Geld bündeln sie in Fonds und investieren es dann in den Ankauf kompletter Unternehmen. Ziel ist es, durch geeignete Maßnahmen den Wert dieser Unternehmen in kurzer Zeit signifikant zu steigern, um sie zu deutlich höheren Preisen innerhalb von 3 bis 7 Jahren weiterzuverkaufen. Für die Anleger werden dabei Renditen von

1 Die Begriffe „Ausschüttungsobergrenze“ und „Ausschüttungsdeckel“ werden im Folgenden synonym verwendet.

2 Allein für Krankenhäuser schätzt die Gewerkschaft verdi den Investitionsbedarf jährlich auf mindestens 6,5 Milliarden Euro. <https://gesundheit-soziales-bildung.verdi.de/themen/gesundheitspolitik/++co++009d90ca-e139-11ea-9be2-001a4a160100>

3 <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/baek-einfluss-von-finanzinvestoren-bei-mvz-begrenzen>

4 Die Zeit, 18.06.2021, „Stopp der Kommerzialisierung im Gesundheitswesen gefordert“, zuletzt abgerufen am 17.04.2023. <https://www.zeit.de/news/2021-06/18/kieler-landtag-beraet-ueber-gesundheitssystem-und-uniklinikum>

15–20% angestrebt. Zusätzlich profitieren auch die Managementgesellschaften durch hohe Gebühren.

Da sie anders als viele andere Kapitalanleger ganze Firmen kaufen, hat das Handeln von Private Equity-Fonds sehr starken Einfluss auf den Unternehmenssektor. Dabei sind einige Besonderheiten dieser Fonds von großer Bedeutung:

Sie sind nicht klassische Investoren, sondern agieren mehr wie Händler, die Unternehmen ankaufen und wieder verkaufen. Da sie dem Unternehmen nicht auf Dauer verbunden sind, haben sie einen kürzeren Zeithorizont. Sie wollen schnell messbare Erfolge liefern. Oft geht das zu Lasten von Zukunftsinvestitionen.

Da sie die Firmen nur für einige Jahre besitzen, liefern sie kein Kapital, das auf Dauer im Sektor arbeitet. Daher sind sie auch keine klassischen Unternehmer, die etwas schaffen und dauerhaft betreiben wollen – eher kaufen und verkaufen sie Bestehendes. Weiterhin hat Private Equity die Kunst perfektioniert, möglichst wenig von den Mitteln aus dem Anlegerfonds als Eigenkapital einzubringen. Denn auf diese Art können sie aus dem eingesammelten Geld eine größere Zahl von Investments tätigen und damit mehr Rendite für ihre Anleger erzielen. Private-Equity-Firmen minimieren ihren Eigenkapitaleinsatz, indem sie erworbene Unternehmen mit Schulden belasten. Die Fonds und ihre Anleger*innen sind im Insolvenzfall weitgehend geschützt, während die gekauften Unternehmen mit hohen Schulden in die Zukunft gehen. Unerwartete Krisen können diese Unternehmen deshalb besonders treffen. Aktivitäten der Daseinsvorsorge sind in der Regel weniger krisenanfällig als der Rest der Gesellschaft, aber ganz frei von unangenehmen Überraschungen ist man nie.

Ein kurzer Zeithorizont und eine extreme Renditefokussierung verbinden sich zu einer Haltung, die extrem stark auf öko-

nomische Effizienz fokussiert. Jeder Unternehmer, oder Freiberufler muss auf die Kosten achten und denkt über zusätzliche Einnahmemöglichkeiten nach. Doch Private Equity treibt diese Haltung zum Extrem. Dadurch entsteht ein permanenter Druck im operativen Geschäft, finanzielle Überlegungen überlagern alles andere. Die Investoren verfolgen eine rein ökonomische Effizienzorientierung und haben keine emotionale Bindung an das Unternehmen oder dessen gesellschaftlichen Auftrag.

Zu guter Letzt zahlen Private Equity-Firmen in der Regel wenig Steuern in Deutschland. Es werden verschachtelte Strukturen geschaffen mit Zwischengesellschaften in den einschlägigen Steueroasen. Im Ergebnis fließen die Gewinne immer dorthin, wo wenig Steuern anfallen. Das ist hier besonders ärgerlich, weil die Einnahmen im Gesundheitssektor zu einem großen Teil aus Steuermitteln oder aus staatlich verordneten Pflichtabgaben finanziert werden.

Es gibt einige Dinge, die wir generell kritisch sehen bei Private Equity, insbesondere die konsequente Steuervermeidung. Andererseits gibt es durchaus Erfolgsgeschichten, bei denen Private Equity Investoren festgefahrene, prokrastinierende Unternehmen restrukturiert und ihre Wettbewerbsfähigkeit wiederhergestellt haben. Aber gerade im Gesundheitsbereich überwiegen nach unserer Einschätzung die negativen Wirkungen von Private Equity.

3. Stand von Private Equity Firmen im ambulanten Gesundheitsbereich in Deutschland

Das Interesse von Private Equity Investoren am deutschen Gesundheitsmarkt ist in den letzten Jahren stark gestiegen. Für Investoren ist der Gesundheitssektor hoch attraktiv. Die Nachfrage ist sta-

bil, denn es handelt sich um Leistungen der sogenannten Daseinsvorsorge, die für die Kund*innen unverzichtbar sind. Konjunkturbedingte Nachfrageschwankungen sind deshalb kein Thema. Darüber hinaus kommt ein großer Teil der Bezahlung von öffentlichen Trägern, finanziert durch gesetzlich geregelte Beitragseinnahmen, sodass auch das Risiko des Zahlungsausfalls gering ist.⁵

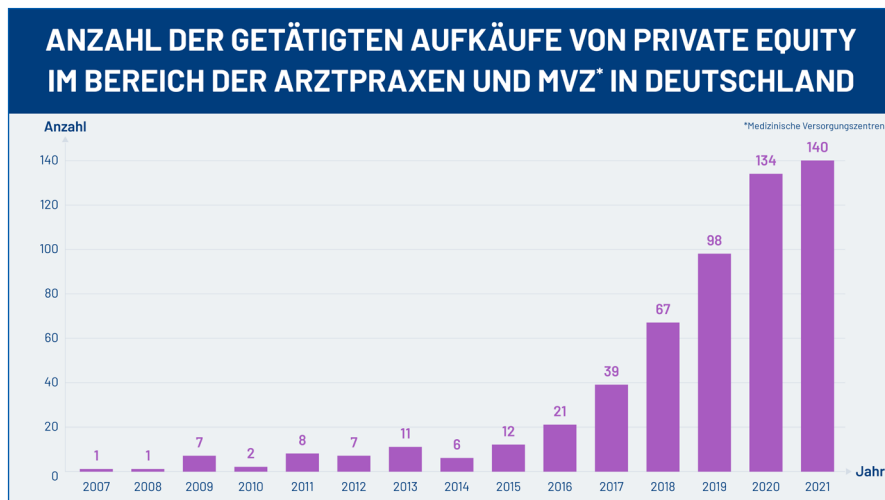
Zusätzlichen Schub bekam die dynamische Entwicklung von Aufkäufen durch Private Equity-Fonds im deutschen Gesundheitssektor durch eine Reihe von Deregulierungsmaßnahmen in den letzten Dekaden. Bei Arztpraxen wurde der Zugang privater Investoren über den Ankauf von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in mehreren Deregulierungsschritten spürbar erleichtert. Finanzinvestoren erwerben MVZ und kaufen weitere Praxen auf, wodurch große Ketten entstehen. Dieser Prozess, bekannt als „Buy-and-Build“, ermöglicht es Private-Equity-Firmen, regional oder bundesweit Netzwerke von Facharztpraxen mit Hunderten von Standorten zu etablieren.⁶

Die folgende Graphik zeigt den starken Anstieg der Akquisitionstätigkeit von Private Equity-Investoren im Bereich der Arztpraxen in den letzten Jahren.

In der Regel entstehen dabei Ketten von Arztpraxen, die alle einer Fachrichtung angehören. Zunächst hatten Private Equity Firmen dabei besonders Interesse an Gesundheitsbereichen, die gemeinhin als besonders profitabel gelten wie der Augenheilkunde, Labor- und Zahnarzt- und Radiologie-/Strahlentherapiepraxen gezeigt, doch in jüngster Zeit werden offenbar Hausarztpraxen, Orthopädie und

5 <https://www.sueddeutsche.de/projekte/artikel/politik/arztpraxis-investoren-lauterbach-gesundheitssystem-patient-e230593/?reduced=true>

6 Li, Aurora; Zöllner, Uwe; Peters, Michael (2023): Profite vor Patientenwohl – Private-Equity-Beteiligungen an Arztpraxen, Finanzwende Recherche, Berlin. S. 10ff



auch Kardiologie als weitere Renditeobjekte identifiziert.^{7,8}

Trotz des Anstiegs dieser Übernahmen sind investorengeführte Arztpraxen noch nicht marktdominant. Bundesweit betrachtet ist der Anteil der in MVZ tätigen Ärzt*innen nach vorhandener Datengrundlage überschaubar: für 2020 waren das ein Anteil an 13,7%⁹. Noch kann der Trend also aufgehalten werden.

Obwohl der deutsche Gesundheitsmarkt attraktiv ist, wirkt das Interesse der Private Equity-Branche auf den ersten Blick doch überraschend, denn die Renditen von 15–20% auf das eingesetzte Kapital, die diese Anleger erwarten, sind nicht typisch für eine Gesundheitsbranche, in der zweistellige Renditen schwer erzielbar sind.¹⁰ Es stellt sich also die Frage,

wie Finanzinvestoren ihre Zielrenditen erzielen wollen und welche Folgen dies für die Patient*innen hat.

Systematische Untersuchungen fehlen hier, schon allein, weil die Transparenz über die Besitzverhältnisse von MVZ und Arztpraxen nicht sehr gut ist. Aber es gibt Hinweise, die Grund zur Besorgnis geben. Medical Tribune fasst die Diskussion wie folgt zusammen: „Wie verbreitet es ist, dass Ärztinnen und Ärzte von MVZ-Trägern in die Pflicht genommen werden, gewinnoptimierend zu arbeiten ist nicht bekannt. Aktuell häufen sich in den Medien Berichte [...] aus dem augenärztlichen und zahnärztlichen Bereich, die von umsatzorientierten Leistungsvorgaben sprechen, teils in ausgeprägtem Maß. Andere Ärztinnen und Ärzte bestreiten dies.“¹¹ Konkret gibt es Berichte, dass auf Mitarbeitende Druck ausgeübt wird, den Umsatz zu steigern.¹²

Auf jeden Fall kann man beobachten, dass sich investorengeführte Einrichtungen oft stark auf lukrative Leistungen fokussieren. So findet man in den Geschäftsber-

ichten von Augenarztketten Aussagen über Operationen als „Werttreiber“ und detaillierte Angaben über die Anzahl der geplanten und erreichten Operationen.¹³ Andere weniger lukrative Leistungen werden von investorengeführten MVZ hingegen oft nicht mehr angeboten.¹⁴ Eine weitere Auffälligkeit ergab sich bei einer Analyse von Abrechnungsdaten, durchgeführt von der IGES im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Dabei zeigte sich, dass die Behandlungskosten pro Patienten in investorengeführten MVZ um 8,3% höher sind als in Einzelpraxen.¹⁵

Akquisitionen sind ein wesentlicher Baustein der Strategie investorengeführter Unternehmen. Organisches Wachstum, also der Aufbau neuer MVZ oder Arztpraxen spielt kaum eine Rolle, stattdessen werden bestehende Praxen aufgekauft und in die Organisation eingegliedert. Daher schafft Private Equity i.d.R. kein neues Leistungsangebot zur Verbesserung der medizinischen Versorgung. Der Fokus auf Akquisitionen ist sehr gut erkennbar bei einem Blick in die Bilanzen von Arztpraxenkettens. Wenn man sich hier das langfristig gebundenen Anlagekapital anschaut, überwiegt dort der Firmenwert aus Übernahmen bei weitem den Wert der Geräte- und Praxisausstattung.¹⁶ Daher schafft Private Equity i.d.R. kein neues Leistungsangebot zur Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Auch erkennbar wird in den Bilanzen, dass die Finanzierung dieser Strategien über massive Kreditaufnahme erfolgt. Damit entstehen im Ergebnis Unterneh-

7 R. Bobsin, April 2022, „Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren. Private-Equity-Gesellschaften forcieren Konzentrations-, Internationalisierungs- und Digitalisierungsprozesse“, zuletzt abgerufen am 05.02.25.

<https://www.offizin-verlag.de/images/dbimages/upload/files/Bobsin%20PE%20Arztpraxen-MVZ%20APR.2022%282%29.pdf>

8 <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/auch-hausaerztliche-versorgung-im-fokus-von-finanzinvestoren>

9 KBV <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php>

10 Deutsches Ärzteblatt, 27. Dezember 2022: Lauterbach will Finanzinvestoren den Kauf von Arztpraxen verbieten. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/139879/Lauterbach-will-Finanzinvestoren-den-Kauf-von-Arztpraxen-verbieten>

11 A. Wasner, 07.04.2022, Auch hausärztliche Versorgung im Fokus von Finanzinvestoren“, zuletzt abgerufen am 17.04.2023. <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/niederlassung-und-kooperation/artikel/auch-hausaerztliche-versorgung-im-fokus-von-finanzinvestoren>

12 Süddeutsche Zeitung, 16.02.2023, Der Arzt Ihres Vertrauens“, zuletzt abgerufen am 26.04.2023. <https://www.sueddeutsche.de/projekte/artikel/politik/arztpraxis-investoren-lauterbach-gesundheitssystem-patient-e230593/?reduced=true>

13 Geschäftsberichte Ober Scharrer 2016 (Bundesanzeiger).

14 V. Meusel, Fonds kaufen alles, was Ihnen vor die Flinte kommt, in: KVB-Forum: 3/2021, S. 22

15 IGES, Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich des KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren, S. 23,

16 Zum Beispiel in diversen Geschäftsberichten der Firma Ober-Scharrer, Bundesanzeiger.

men mit hoher Schuldenlast. Bei der Analyse Private Equity-geführter Praxisketten fand die Finanzanalyse Recherche mehrere Unternehmen mit weniger als 5 % Eigenkapital.¹⁷ In einigen Fällen war das Eigenkapital sogar negativ.

Zwar ist, wie erwähnt, der Bereich der ambulanten Versorgung ein recht stabiles Geschäftsfeld, aber auch hier können negative Überraschungen nicht ausgeschlossen werden. So kam es im Zuge der Covid-Krise zu einer Verlangsamung des Geschäftes in einigen Fachbereichen. In einem so zentralen Bereich der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sollte jedes Stabilitätsrisiko vermieden werden, entsprechend ist eine solide Finanzstruktur essenziell.

Ein weitere negative Folgewirkung der Expansionsstrategie ist die Ausbildung regionaler Monopolstrukturen. Dies wurde beispielsweise in Einzelrecherchen für Augenarztpraxen dargelegt.¹⁸ Eine Folge dieser Entwicklung ist, dass es für Patienten schwieriger wird, eine unabhängige Zweitmeinung zu bekommen z.B. bei der Frage, ob eine bestimmte Operation notwendig ist. Gleichzeitig ist die Abhängigkeit der ärztlichen Versorgung vom Wohl und Wehe eines einzelnen Unternehmens generell ein Grund zur Sorge.

Auch dem Bundeskartellamt sind die Entwicklungen nicht entgangen. Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamtes, äußerte die Besorgnis, dass „in den vergangenen Jahren zunehmend Übernahmen und Beteiligungen von Finanzinvestoren an Arztpraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Kliniken [stattgefunden haben]. Leider kann [das Bundeskartellamt] [...] aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nur einen geringen Teil dieser Vorgänge kartellrechtlich kon-

trollieren.“¹⁹ Denn die Behörde kann nur eingreifen, wenn das aufgekaufte Unternehmen mehr als 17,5 Millionen Euro Umsatz erzielt und der Umsatz der aufgekauften Einzelpraxen liegt naturgemäß deutlich unter diesem Schwellenwert.²⁰

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Auftreten privater Finanzinvestoren im Bereich der Gesundheitsdienste generell nicht zu einer Verbesserung der Versorgungslage führt. Gleichzeitig gibt es einige Entwicklungen, die Grund zur Sorge bieten. Auch wenn systematische Untersuchungen fehlen – nicht zuletzt aufgrund der mangelnden Transparenz über die Eigentumsstrukturen im Bereich der Arztpraxen – kann man doch feststellen, dass einem sehr geringen Nutzen signifikante Risiken gegenüberstehen, die sich aus der Natur des extrem gewinnorientierten Handelns privater Investoren ergeben. Dies unterstreicht in unseren Augen die Wichtigkeit einer Regulierung, die extraktiven, einseitig auf Gewinnabschöpfung ausgerichteten Geschäftspraktiken einen Riegel vorschiebt.

4. Bestehende Regulierungsansätze

Die Gesellschaft tut sich bislang schwer, solche Entwicklungen wirksam einzudämmen. Zwar existieren verschiedene regulatorische Ansätze, und einige Fehlentwicklungen konnten begrenzt werden. Ansatzpunkte bieten das Aufsichts- und Berufsrecht.²¹ Allerdings erfordern viele dieser Maßnahmen äußerst detaillierte und komplexe Regulierungen, die mit hohem bürokratischem Aufwand verbun-

den sind und dennoch oft von Experten der regulierten Sektoren umgangen werden.

Ein weiteres Problem ist, dass solche Maßnahmen auch jene privaten Unternehmer*innen betreffen, die nicht Teil des Problems sind – nämlich diejenigen, die langfristig im Markt tätig sein wollen und realistische, also moderate Gewinnerwartungen haben.

Zudem berücksichtigen viele Ansätze nicht, dass Finanzakteure bereits tief in den Märkten verwurzelt sind und Eigentumsrechte erworben haben. Eine Rückkehr zu einer vorherigen Marktstruktur ohne diese Akteure ist daher nicht ohne Weiteres möglich. Die Frage ist dann, wie mit Unternehmen im Gesundheitssektor umzugehen ist, die sich bereits im Besitz von Private-Equity-Fonds oder anderen renditeorientierten Finanzakteuren befinden. Bislang fehlt eine Regulierung, die genau dort ansetzt, wo das Problem entsteht – bei der überhöhten Renditeerwartung der Finanzakteure. Hier setzt unser Konzept des Ausschüttungsdeckels an: Es begrenzt Geschäftsmodelle mit übersteigerten Renditezielen und macht ganze Sektoren für diese Finanzinvestoren unattraktiv, ohne langfristig orientierte Investoren abzuschrecken.

Denn wir wollen Entfaltungsraum bieten für aktive, engagierte Privatunternehmer*innen. In vielen Bereichen bringen sie Kapital, Wissen und Motivation ein, um eine gute Dienstleistung in der Daseinsvorsorge zu erbringen. Unternehmerische Initiative leistet dann einen wertvollen Beitrag zur effizienten und innovativen Implementierung des notwendigen Wandels. Dieser soll auch angemessen entlohnt werden. Wer im Bereich der Daseinsvorsorge auf diese Art Leistung bringt, hat eine angemessene Kapitalrendite verdient, aber keinen „Super-Return“²², wie ihn Pri-

17 Li, Aurora; Zöllner, Uwe; Peters, Michael (2023): Profite vor Patientenwohl – Private-Equity-Beteiligungen an Arztpraxen, Finanzwende Recherche, Berlin. S. 21

18 NDR-Panorama ‚Spekulanten greifen nach Arztpraxen‘ vom 05.04.2022

19 https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Meldung/DE/Pressemitteilungen/2022/29_06_2022_Augenarztpraxen.html

20 Li, Aurora; Zöllner, Uwe; Peters, Michael (2023): Profite vor Patientenwohl – Private-Equity-Beteiligungen an Arztpraxen, Finanzwende Recherche, Berlin. S. 10ff

21 KVB-Forum 3/2011, S. 6

22 „Super Return“ ist der Name einer großen Industrietagung der Private Equity-Branche, die jedes Jahr in Berlin stattfindet.

vate Equity verspricht. Das soll der Ausschüttungsdeckel sicherstellen.

5. Der Ausschüttungsdeckel – unser Lösungsvorschlag im Überblick

Unser Ziel ist, Investoren mit überhöhten Renditezielen auszubremsen, während gleichzeitig Unternehmer*innen, die langfristig investieren und realwirtschaftlich erzielbare Renditen anstreben, wieder stärker zum Zug kommen können.

Zu diesem Zweck schlagen wir für eine begrenzte Anzahl schützenswerter Sektoren wie z.B. Pflege und Gesundheit einen Ausschüttungsdeckel vor, der als Obergrenze für Gewinnausschüttungen dienen soll. Der Ausschüttungsdeckel soll nicht für die gesamte Wirtschaft gelten, sondern gezielt für Bereiche der Grundversorgung. Die Obergrenze wird als Prozentsatz des Eigenkapitals definiert. Sie soll so bemessen sein, dass sie für solide wirtschaftende Unternehmen eine dem Sektor angemessene Gewinnmarge ermöglicht. Damit wird eine nachhaltige Bewirtschaftung gefördert.

Gewinne, die über diese Ausschüttungsbergrenze hinausgehen, verbleiben dauerhaft im Unternehmen und werden dort reinvestiert. Sie werden in einer sektoralen Rücklage verbucht als Teil des Eigenkapitals. Die Mittel aus dieser Rücklage dürfen auch in Zukunft nicht an die Eigentümer ausgezahlt werden.

Unser Ansatz reguliert nicht **direkt** die Geschäftspraktiken und begrenzt deshalb auch nicht die Höhe des Gewinns. Stattdessen begrenzen wir die maximale Ausschüttung aus dem Gewinn auf ein angemessenes Niveau. Exzessive Gewinne werden damit dauerhaft der Verfügungsgewalt der Eigentümer entzogen und stellen daher keinen finanziellen Wert für die Eigentümer dar. Das bedeutet: Unabhängig von der Höhe der Unternehmensgewinne bleibt die tatsächlich an den Eigner

fließende Rendite durch unseren Ausschüttungsdeckel begrenzt. Dadurch wird der Anreiz für kurzfristige, aggressive Gewinnmaximierung erheblich reduziert.

Beurteilung des Ansatzes:

- **Investoren erhalten einen fairen Ertrag, jedoch keine Extremrenditen.** Der Ansatz ist marktwirtschaftlich, verhindert aber übermäßige Gewinne auf Kosten der Allgemeinheit. Er gibt Raum für produktive unternehmerische Tätigkeit.
- **Erfolgreiches Wirtschaften bleibt attraktiv,** denn wer höhere Gewinne erzielt, schafft zusätzliches Eigenkapital und kann daher auf Dauer auch mehr ausschütten. Mehr Gewinn führt auf die lange Sicht immer noch zu mehr Geld für die Anleger.
- **Reduzierung aggressiver Geschäftsstrategien,** denn dieser Vorteil ist deutlich geringer und damit auch der Anreiz für kurzfristig ausgerichtete aggressive Strategien der Gewinnsteigerung. Denn der Hebel für den Investor ist viel geringer, da ein großer Teil des Mehrgewinns aus solchen aggressiven Geschäftspraktiken reinvestiert wird.
- **Schlanke Regulierung:** Der Regulierungsansatz benötigt wenige Inputgrößen, Es ist daher im Vergleich zu anderen Regulierungen eine schlanke Maßnahme, Komplexität wird vermieden und eine Umsetzung ist zu vertretbarem Aufwand möglich.

Die erwartete Wirkung besteht aus zwei Komponenten:

- **Änderung der Geschäftspraxis** – aggressive Strategien lohnen sich nicht mehr, die Profitabilität normalisiert sich auf ein vernünftiges Maß.
- **Änderung der Akteure** – Kurzfristige Gewinnmaximierer verlieren das Interesse an diesen Sektoren, während langfristig orientierte Anleger weiterhin investieren.

Ziel ist es, die Spreu vom Weizen zu trennen. Langfristig orientierte Investoren

(win-win) können investieren und jedes Jahr eine in diesem Sektor realistisch erzielbare Rendite ausschütten. Kurzfristig denkende Finanzinvestoren mit Renditezielen von 15 % und mehr (Win-lose) werden ausgebremst.

6. Bestimmung der Obergrenze

Ausgangspunkt für die Bestimmung des maximal ausschüttungsfähigen Betrages ist das Eigenkapital, also eine Kennzahl, die sich problemlos aus der handels- und steuerrechtlichen Rechnungslegung entnehmen lässt.

Die zweite erforderliche Kennzahl ist die Ausschüttungsbergrenze, ausgedrückt in Prozent des Eigenkapitals. Dabei muss sie hoch genug sein, um solide wirtschaftenden Unternehmen eine angemessene Rendite zu ermöglichen, jedoch niedrig genug, um exzessive Renditen auszuschließen

Diese Obergrenze sollte flexibel gestaltet sein, um sich an wirtschaftliche Rahmenbedingungen wie Inflation oder Zinsänderungen anzupassen. Deshalb sollte die Obergrenze eine variable Komponente haben. Als Berechnungsgrundlage bietet sich ein marktgängiger variabler Referenzzinssatz an, ergänzt um einen **Wagniszuschlag**, der das unternehmerische Risiko abbildet.

Bei der Bestimmung dieses Aufschlages spielen die Besonderheiten der Daseinsvorsorge eine große Rolle. Wie schon erwähnt, werden hier unverzichtbare Güter mit stabiler Nachfrage angeboten, oft finanziell alimentiert von der öffentlichen Hand. In diesen Sektoren ist daher das Risiko der Investoren deutlich niedriger als in der Gesamtwirtschaft und entsprechend niedriger ist auch die angemessene Rendite der Anleger.

Für die Berechnung eines solchen Wagniszuschlages gibt es Beispiele. Bei der Regulierung von Versorgernetzen, z.B.

im Strom- und Gasbereich wird, wenn auch für andere Zwecke, eine kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung berechnet. Hier existieren konkrete Erfahrungswerte und eine solide theoretische Fundierung. Auf diese Ergebnisse kann man bei der konkreten Ausgestaltung der Ausschüttungsobergrenze zurückgreifen.

Die genaue Höhe der Ausschüttungsobergrenze kann erst im Prozess dieser detaillierten Analyse ermittelt werden. Erste Hinweise kann ein Blick in die Historie geben, danach lagen die zu erwartenden Renditen eher im mittleren einstelligen Bereich und auf jeden Fall weit entfernt von den 15–20%, wie sie Private Equity Investoren erwarten.²³

7. Institutionelle Verankerung des Ausschüttungsdeckels

Das Ergebnis dieser methodischen Berechnung soll nicht automatisch umgesetzt werden, sondern dient als Input einer Kommission oder Regulierungsbehörde, die dann eine endgültige Festlegung vornimmt, auch unter Heranziehung anderer Daten wie historischer Renditen oder tatsächlicher Renditeerwartungen z.B. gemeinnütziger Anbieter im Sektor. Theoretisch wäre es auch denkbar, gesetzlich eine formelbasierte Obergrenze festzuhalten, das erscheint uns aber nicht sinnvoll und ist wohl auch generell nicht üblich.

Grundsätzlich wollen wir eine Institution etablieren, die die Obergrenze festlegt. Die Bundesnetzagentur als unabhängige Behörde, die auf eine eigene Fachinfrastruktur und ein Netzwerk von neutralen Experten zurückgreift, könnte hier eine Orientierungshilfe sein.

Diese Behörde sollte auch mit Kontrollrechten ausgestaltet sein, um die Berechnung des ausschüttungsfähigen Betrages

und die korrekte Verwendung der einbehaltenen Gewinne zu kontrollieren. Dabei sollte sie auf Inputs anderer Kontrollinstitutionen wie den Steuerbehörden, Wirtschaftsprüfer und andere zurückgreifen können.

Idealerweise könnte eines der bestehenden Aufsichtsorgane im Sektor entsprechend ausgebaut werden, um die Bestimmung und Implementierung der Ausschüttungsobergrenze zu übernehmen. So würde der Aufbau zusätzlicher bürokratischer Strukturen vermindert.

8. Buchhalterische Implementierung – Die sektorale Rücklage

Ein zentrales Instrument der Regelung ist die neu zu schaffende sektorale Rücklage. In diese Rücklage müssen alle von der Regulierung betroffenen Unternehmen den Teil ihres Gewinnes einstellen, der über den ausschüttungsfähigen Betrag hinausgeht. Diese Rücklage würde zum Eigenkapital gerechnet, kann aber nicht aufgelöst werden. Gewinne, die wegen der Ausschüttungsobergrenze nicht an die Eigentümer ausgezahlt werden dürfen, müssen von der Unternehmensleitung in der regulierten Branche reinvestiert werden.

Beim Verkauf des Gesamtunternehmens bleibt die Rücklage bestehen und unterliegt auch unter dem neuen Eigentümer der Begrenzung. Auch bei Auflösung bzw. Abwicklung der Gesellschaft würden die Mittel aus der speziellen Rücklage nicht an die Eigentümer fließen, sondern müssten im Sektor investiert bleiben.

9. Rechtliche Überprüfung

Die Finanzwende e.V. hat das Konzept des „Ausschüttungsdeckels“ durch einen Gutachter auf seine juristische Durch-

führbarkeit prüfen lassen.²⁴ Das Konzept hält einer verfassungs- und auch einer europarechtlichen Prüfung grundsätzlich stand. Das Konzept einer Ausschüttungsobergrenze kann so ausgestaltet werden, dass es mit den grundgesetzlich geschützten Rechten der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG), der Eigentumsgarantie (Art. 14 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) vereinbar ist.

Auch die europarechtlichen Grundfreiheiten – die Niederlassungsfreiheit, die Dienstleistungsfreiheit sowie die Kapitalverkehrsfreiheit – stehen einem entsprechend ausgestalteten Ausschüttungsdeckel nicht im Wege.

10. Fazit

Extraktive Geschäftsmodelle sind im Bereich der Daseinsvorsorge fehl am Platz. Am Beispiel der Arztpraxen zeigt sich, welche negativen Folgen eine ungebremste Gewinnmaximierung haben kann.

Unsere vorgeschlagene Ausschüttungsobergrenze sorgt dafür, dass überhöhte Renditeerwartungen in diesen Sektoren begrenzt werden, während engagierte Unternehmer*innen weiterhin eine faire Rendite erzielen können.

Es geht um eine kluge Balance: Solide wirtschaftende Unternehmen sollen angemessen entlohnt werden – aber ohne exzessive Renditen. Genau das stellt der Ausschüttungsdeckel sicher.

Autor:

Uwe Zöllner

Bürgerbewegung Finanzwende e. V.

Motzstraße 32

10777 Berlin

²⁴ Kerkemeyer, Andreas; Rechtsgutachten zum Thema „Verfassungs- und europarechtliche Zulässigkeit eines „Ausschüttungsdeckels“, Darmstadt/Hamburg 2025. https://www.finanzwende.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Gutachten_Ausschuetungsdeckel.pdf

²³ Foundational Economy Collective, Die Ökonomie des Alltagslebens, 2019, S. 119

Andreas Meusch

Keine Ruhmesgeschichte: Prävention im deutschen Gesundheitssystem

In Deutschland sterben jährlich 124.000 Menschen wegen unzureichender Prävention (BKK-Dachverband 2025). Im aktuellsten Länderprofil Gesundheit für Deutschland der Europäischen Union (2023, S. 2) wird unter „Highlights“ berichtet: „Im Jahr 2019 lagen die Raten für Rauchen, Fettleibigkeit und starken Alkoholkonsum in Deutschland über dem EU-Durchschnitt. Bei Menschen mit niedrigem Bildungsniveau ist die Wahrscheinlichkeit größer, zu rauchen oder fettleibig zu sein. Die Rate des starken Alkoholkonsums liegt bei Menschen mit hohem und niedrigem Bildungsniveau über dem EU-Durchschnitt, jedoch neigen Personen mit hohem Bildungsniveau häufiger zu starkem Alkoholkonsum“.

Die Ausgangsbefunde sind eindeutig und wenig erfreulich: Die Lebenserwartung in Deutschland ist 2024 erstmals unter den Durchschnitt der Staaten der Europäischen Union (EU) gesunken, während wir zeitgleich die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit haben (OECD 2024).

Egal, ob man Studien der EU, der OECD oder des Statistischen Bundesamtes heranzieht: Die Zahlen zeigen eindeutig, dass Deutschland sein Potenzial, vermeidbare Todesursachen zu bekämpfen, nicht ausreizt.

Der Beitrag will zeigen, dass Prävention und Gesundheitsförderung relevante Hebel für Verbesserungen der Gesundheit wie der Dämpfung des Anstiegs von Kosten im Gesundheitssystem bieten. Denn: Prävention und Gesundheitsförderung sind keine Ruhmesgeschichte im

deutschen Gesundheitssystem. Es besteht Handlungsbedarf.

Die Praxis von Prävention und Gesundheitsförderung ist ein Spiegel der Gesellschaft. Prävention hat sich zu einer „machtvollen Leitorientierung“ (Leanza 2017) in relevanten Teilen der Gesellschaft und in der veröffentlichten Meinung entwickelt. Sie beeinflusst individuelle Formen der Lebensführung so stark, dass sich die Studien zu sozialen Milieus auch mit Blick auf das Verhältnis der jeweiligen Angehörigen zum Thema Prävention lesen lassen. Prävention berührt sowohl privateste Wertorientierungen und Verhaltensweisen wie gesellschaftliche Orientierungen und staatliches Selbstverständnis. „Und sag, wie hast Du’s mit der Prävention“ ist zur modernen Gretchenfrage geworden.

Der Vergleich in den Präventionsansätzen verschiedener Länder zeigt, wie unterschiedlich Herangehensweisen an Prävention und Gesundheitsförderung sein können (van der Vliet 2020). Wie die Zuständigkeiten zwischen Individuum, gesellschaftlichen Akteuren und dem Staat verteilt sind, ist auch im Laufe der Zeit (Leanza 2017) und in den unterschiedlichen westlichen Staaten höchst unterschiedlich geregelt. Aus dem Vergleich ergeben sich Möglichkeiten, von anderen zu lernen, es besser zu machen. Der Beitrag geht von der Analyse aus, dass es in Deutschland kein Gesamtkonzept für Prävention und Gesundheitsförderung gibt, fordert dies nicht nur ein, sondern formuliert auch Handlungsbedarfe für die nächste Bundesregierung.

Schaffung eines gesunden Umfeldes ist Teil staatlicher Daseinsvorsorge

Der Schutz für Umwelt und Gesundheit gehören zusammen.

Es gilt jetzt nachhaltige Entscheidungen zu treffen und kluge Präventionsstrategien zu entwickeln. Denn die Herausforderungen an unsere Gesundheit nehmen zu: Chronische Erkrankungen, Stress und Umwelteinflüsse belasten immer mehr Menschen. Der Klimawandel und seine Folgen für Umwelt und Menschen haben direkte Auswirkungen auf unsere Gesundheit und das Gesundheitswesen. Prävention und Nachhaltigkeit müssen daher zusammen gedacht werden. Der Staat hat hier eine Gestaltungsaufgabe.

Dieser Gestaltungsauftrag reicht weiter als die Kompetenzen des Gesundheitsministeriums. Zu Recht fordert deshalb der Sachverständigenrat Gesundheit „im Hinblick darauf, dass Gesundheit von vielen anderen Lebens- und damit Politikbereichen – etwa Umwelt, Arbeit, Wohnungs- und Städtebau, Verkehr, Wirtschaft und Bildung – beeinflusst wird, das ressortübergreifende Prinzip „Health in All Policies“ zu stärken (SVR-Gesundheit 2023, S. XXV).

Für den SVR-Gesundheit ist das deutsche Gesundheitswesen ein „wenig anpassungsfähiges „Schönwettersystem““ (ibid., S. XXV). Es ist von wenig Koordination, Abstimmung und Wechselwirkungen zwischen individuellen, gemeinschaftlichen und staatlichen Ebenen geprägt.

Im föderalen Bundesstaat ist eine Rahmengesetzgebung des Bundes zur Stärkung der Krisenfestigkeit notwendig. Dazu gehört auch ein Konzept der Datenverfügbarkeit, das den Entscheidern die notwendigen Daten sinnvoll aufbereitet und zeitnah zur Verfügung stellt (Baas 2023). Ein an Krisenszenarien orientiertes Datenkonzept, das dies gewährleistet, gibt es derzeit nicht, es ist nicht einmal erkennbar, dass daran konzentriert gearbeitet wird.

Expertenkommissionen bergen das Risiko, notwendige Entscheidungen zu verzögern. Wir haben kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.

Die staatlichen Aufgaben gehen weiter: Die Schaffung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes, der auch in der Prävention aktiv ist, ist unverzichtbar¹. Hier besteht eindeutig Handlungsbedarf in Deutschland. Mit Blick auf internationale Standards blieben die Ansätze in den letzten beiden Legislaturperioden, den Rückstand Deutschlands in diesem Bereich aufzuholen, erstaunlich unambitioniert. Es fehlt auch hier ein politisches Umsetzungskonzept für vorliegende Konzepte der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aus dem Jahr 2018 oder dem Zukunftsforum Public Health. Es ist Zeit für Entscheidungen.

Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung erfordert aber weitergehendes Engagement des Staates. Dies ergibt sich daraus, dass ein erheblicher gesundheitlicher Nutzen auf soziale Faktoren zurückzuführen ist. Verhältnisprävention ist effektiver und effizienter als Verhaltensprävention. Dies zeigen wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, die belegen, dass staatlich initiierte, verhältnispräventive Maßnahmen auf der Bevölkerungsebene besonders erfolgreich sind (Wiesing

2023, S. 24-27; van der Vliet et al. 2020). Zwei Beispiele:

- Im Kampf gegen Lungenkrebs sind Maßnahmen zur Reduktion von Rauchen über staatliche Maßnahmen wie Rauchverbote, Verbot von Werbung, Rauchverbote im öffentlichen Raum erfolgreicher als verbesserte Behandlungen oder Verhaltensprävention (Stiftung Gesundheitswissen 2022).
- Rauchen, Bluthochdruck, starkes Übergewicht, Diabetes und erhöhtes Cholesterin: Dieses Quintett ist verantwortlich für jeden zweiten Herz-Kreislauf-Todesfall und damit für einen erheblichen Teil der über 100.000 vermeidbaren Todesfälle in Deutschland (EU-Kommission 2023, S. 11). Der Erfolg von Maßnahmen der Verhältnisprävention wie Steuern auf ungesundes Fastfood oder einer Preiserhöhung von zehn Prozent auf Produkte mit hohem Zuckergehalt im Vergleich zu Maßnahmen der Individualprävention (van der Vliet 2020) war für die WHO so überzeugend, dass sie zur Vermeidung von Adipositas dazu geraten hat, die Politik möge weniger auf Individualprävention setzen und stattdessen die „structural drivers of obesity“ adressieren (WHO 2022, S. 184).

Der deutsche Sonderweg verzichtet auf staatliche Maßnahmen, die in anderen Ländern schon erfolgreich implementiert wurden. Er verursacht Kosten in der Lebenserwartung der Menschen und für das Gesundheitswesen und die Volkswirtschaft. Die deutsche Gesellschaft und der Gesetzgeber müssen sich fragen, ob dies der richtige Weg ist.

Gesundheitsförderung in den Lebenswelten stärken

Staatliche Regulierung ist ein notwendiger, aber bei Weitem kein hinreichender Weg, bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Es ist unbestritten, dass die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten, Schulen, KiTas, Betrieben und Quartieren ein unverzichtbarer Ansatz ist. Nachdem die TK schon vor der Jahrhundertwende Projekte im Setting Schule gefördert hatte, hat auch der Gesetzgeber im Jahr 2000 im § 20 SGB V festgelegt, dass die Gesetzliche Krankenversicherung in den Lebenswelten Leistungen erbringen soll, die insbesondere zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Das Präventionsgesetz von 2015 hat neben der Verringerung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen auch das Ziel der Verminderung geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen gesetzlich festgeschrieben (§ 20,1) (Kaba-Schönstein, L.; Trojan, A. 2018).

Die Zahlen belegen, dass die Gesetzliche Krankenversicherung die mit dem Präventionsgesetz gestellten Aufgaben erfolgreich umsetzt: Die Krankenkassen erreichten im Jahr 2023 rund 7,7 Millionen Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten (GKV-SV/MD-Bund 2024, S. 34). Solche Maßnahmen sind auch in Zukunft unverzichtbar, die Kritik, dass diese zielgerichteter sein müssten, ist aber ernst zu nehmen. Es findet insgesamt eine Ausweitung der Ausgaben in diesem Bereich und eine Umsteuerung in die Projekte der Lebenswelten statt:

Es ist sinnvoll, die Gesundheitsförderung in den Lebenswelten weiter zu stärken. Dies ist auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und muss in allen Politik-

¹ Mehr zum Thema in der Ringvorlesung des CCG am 24. April 2025



bereichen verankert und stärker steuerfinanziert erbracht werden.

Präventionsangebote in Betrieben, Universitäten, Schulen, Kindertagesstätten und Kommunen stärken Kinder, Jugendliche und Erwachsene in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit. Sie erreichen betroffene Gruppen ohne Stigmatisierung. Die Angebote können aber nur dort ihre volle Wirkung entfalten, wo die Einrichtungen und Akteure in den Lebenswelten die Möglichkeit haben, sie umzusetzen. Durch den Fachkräftemangel ist die personelle Belastungsgrenze in den Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen erreicht. Es fehlt an Personal für die regulären Aufgaben der Bildungseinrichtungen und an Zeitressourcen für Fortbildung und Qualifizierung für die neuen Anforderungen. Gesundheitsförderung wird dann als zusätzliche Belastung empfunden und kann nicht umgesetzt werden. Um auch in Zukunft qualitätsgeprüfte und wirksame Gesundheitsförderungsangebote anbieten zu können, sind gesetzliche Maßnahmen notwendig, die Träger von Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten stärken, damit Gesundheit in diesen wichtigen Settings gestärkt werden kann.

Individuelle Prävention: zielgerichtete Maßnahmen notwendig

2023 förderten die Krankenkassen 1.613.532 individuelle Kursangebote zur individuellen Prävention oder Gesundheitsförderung, 22 Prozent davon online. Die Ausgaben stiegen um 16 Prozent im Vergleich zum Vorjahr auf fast 200 Millionen Euro (GKV-SV/MD-Bund 2024, S. 35).

Der vorliegende Beitrag geht von der wissenschaftlichen Erkenntnis aus, dass die Verhältnisprävention gegenüber der Verhaltensprävention kollektiv und volkswirtschaftlich die stärkeren Hebel bietet. Dies gilt auch – worauf Wildner (2025, S. 17) zu Recht hinweist – bei Hochrisikopatient:innen wie Schlaganfallpatient:innen: „Das Präventionspotential einer Hochrisikostategie beträgt hier nur etwa gut ein Zehntel der Fälle gegenüber einem geschätzten Präventionspotential einer kombinierten bevölkerungsweiten Präventionsstrategie von über 50 Prozent“.

Dennoch wird es dem Bild des selbstbestimmten Menschen nicht gerecht, ihn aus der Verantwortung für sein Tun zu

entlassen. Klassische Verhaltensprävention gehört in das Maßnahmenset zur Prävention und wird auch in Zukunft eine Rolle spielen. „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Das umfasst auch die Förderung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung der Versicherten“. Das in Paragraph 1 SGB V formulierte Konzept bleibt deshalb auch in Zukunft die Richtschnur des Handelns.

Allerdings ist es notwendig, die Maßnahmen in Zukunft deutlich fokussierter einzusetzen. Gerade der individuelle Ansatz in der Prävention impliziert es, den einzelnen Menschen gerecht zu werden. Der Handlungsbedarf und das Potential soll an zwei Beispielen erläutert werden:

- **Frauengesundheit:** Mit dem Präventionsgesetz wurde mit dem neuen Paragraphen 2b im Sozialgesetzbuch V der Blick auf geschlechtsspezifische Ansatzpunkte in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung gelenkt. Dennoch macht der Bericht des Robert Koch-Instituts zur Frauengesundheit (2023) deutlich, dass hier noch erheblicher Handlungsbedarf auch im Bereich der Prävention besteht, um die Gesundheitssituation von Frauen zu verbessern.
- **Suizidprävention:** Die Suizidraten sind in den letzten Jahren gesunken. Dennoch verstarben 2023 fast doppelt so viele Menschen durch Suizid wie durch Verkehrsunfälle, illegale Drogen und Mord zusammen. Von allen Menschen, die sich 2023 in Deutschland das Leben nahmen, waren 72,6 Prozent Männer. (Berliner Fachstelle 2025). Dass Handlungsbedarf besteht, hat die Ampel-Regierung erkannt und noch im November 2024 einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Suizidprävention auf

den Weg gebracht, der allerdings nicht mehr umgesetzt wurde (BMG 2024). An ihn kann in der nächsten Legislaturperiode angeknüpft werden² wie auch an die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes von 2015.

Zielgerichteter Prävention durch kluge Datennutzung³

Zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Maßnahmen ist ein Neustart in der individuellen Prävention notwendig. Den Krankenkassen sollte erlaubt werden, Präventionsangebote auf der Basis von individuellen Gesundheitsdaten passgenau anzubieten. Durch den Einsatz von Künstlicher Intelligenz (KI) können individuelle Gesundheitsrisiken frühzeitig erkannt und so maßgeschneiderte Präventionsmaßnahmen angeboten werden. Die Versicherten entscheiden dabei stets selbst, welche Daten sie zur Verfügung stellen wollen.

Ein Beispiel für sinnvollen Einsatz von KI in der Prävention liefert das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft mit dem Projekt „Erweiterte Gesundheitsintelligenz für persönliche Verhaltensstrategien im Alltag (www.eghi-projekt.de). Dabei handelt es sich um ein auf künstlicher Intelligenz basierendes, lernendes Assistenzsystem, das gesundes Alltagsverhalten unterstützt. Hierzu werden Daten aus Wearables und Smartphones ausgewertet, um den Nutzenden – basierend auf Situationsanalysen, Verhaltensmodellen und digitalem Zwilling (virtuelles Abbild eines Menschen) – Vorschläge für gesundheitsförderliches Verhalten zu unterbreiten. Die im Rahmen des Projektes entwickelte App für adipöse Patient:innen hat bereits den Prä-

xistenz durchlaufen (Ivezić 2024). Es wäre schwer nachvollziehbar, dass die Erkenntnisse aus diesem steuerfinanzierten Projekt zwar von gewinnorientierten Unternehmen, nicht aber durch die mit Blick auf die Datennutzung viel stärker reglementierten Krankenkassen für freiwillige Angebote genutzt werden dürften.

Verbesserung der Gesundheitskompetenz⁴

Eine wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche digitale Transformation des Gesundheitswesens ist eine gut ausgeprägte digitale Gesundheitskompetenz (DGK) der Bevölkerung. Die vorliegenden Daten zeigen, dass die noch unzureichend ist (Dratva 2024).

Die DGK kann nicht isoliert von der allgemeinen Gesundheitskompetenz betrachtet werden. Auch hier ist der Handlungsbedarf unstrittig: Die erste repräsentative Untersuchung zur Gesundheitskompetenz in Deutschland fand 2014 statt (HLS-GER 1). Eine Folgestudie, HLS-GER 2, wurde 2021 veröffentlicht. Diese Studie zeigte, dass 58,8 Prozent der Bevölkerung Schwierigkeiten haben, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Nur 15 Prozent der Befragten gaben an, über exzellente Gesundheitskompetenz zu verfügen (NAG 2025). Dies zeigt: In der Verbesserung der Gesundheitskompetenz liegt ein hohes Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit, das bislang nur unzureichend genutzt wird.

Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung sind systemrelevant. Sie sind Teil der staatlichen Daseinsvorsorge und Aufgabe der Gesellschaft wie des Einzel-

nen. Wirksame Rahmenbedingungen für erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung zu schaffen ist unverzichtbar, damit das Gesundheitssystem seine Rolle als Stabilitätsanker in der Demokratie erfüllen kann. Deshalb gilt:

- Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, wir brauchen ein Gesamtkonzept.
- Als Teil der Daseinsvorsorge muss der Staat seine Aufgaben aus Steuermitteln finanzieren.
- Health in all Policies ist ein Ansatz, der die Gesundheit stärkt und zur Verbesserung der Lebenserwartung beiträgt. Er muss Eingang in die Gesetzgebungspraxis aller relevanten Bundesministerien finden.
- Die Krisenfestigkeit von Staat, Infrastruktur und Gesellschaft ist zu verbessern. Das Gutachten des Sachverständigenrates zur Resilienz im Gesundheitswesen zeigt Wege und Optionen, die auf Umsetzung warten.
- Die Rahmenbedingungen für Präventionsmaßnahmen in den Lebenswelten wie den Betrieben, Universitäten, Schulen, Kindertagesstätten und Quartieren müssen verbessert werden, um wirksame Präventionsangebote umsetzen zu können.
- Mit Gesundheitsdaten können individuelle Präventionsangebote zielgenauer und besser gemacht werden. Dazu müssen bessere Voraussetzungen geschaffen werden, dass mit Zustimmung der Versicherten Krankenkassen Daten nutzen können, um Präventionsangebote zielgerichtet anbieten zu können.
- In der Verbesserung der Gesundheitskompetenzen liegt ein hohes Potenzial für die Verbesserung der Gesundheit, das genutzt werden sollte.

Wer mitdiskutieren will, kann dies unter anderem in der öffentlichen Ringvorlesung tun, die an fünf Terminen mittwochs ab

² Mehr zum Thema in der Ringvorlesung des CCG am 25. Juni 2025

³ Mehr zum Thema in der Ringvorlesung des CCG am 11. Juni 2025

⁴ Mehr zum Thema in der Ringvorlesung des CCG am 9. Juli 2025

ZUR DISKUSSION GESTELLT

17.00h im Sommersemester in Hamburg stattfindet und die auch über Zoom übertragen wird <https://www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ringvorlesung/>. Anmeldung per Mail an ccg@haw-hamburg.de

Literatur

Baas, J. (Hrsg.) (2023): Resilienz. Für ein krisenfestes Gesundheitssystem. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

Berliner Fachstelle für Suizidprävention (2025): <https://www.suizidpraevention-berlin.de/suizid-statistiken-weitere-informationen/?t>

BKK-Dachverband (2025): Forderungen zur Bundestagswahl; <https://www.bkk-dachverband.de/politik/gesunderhaltung-muss-zum-neuen-massstab-werden>

Competenz Center Gesundheit (CCG; 2025): Ringvorlesung Prävention; <https://www.haw-hamburg.de/ccg/veranstaltungen/ringvorlesung/>

Dratva J, Schaeffer D, Zeeb H. Digitale Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland: Aktueller Stand, Konzepte und Herausforderungen [Digital health literacy in Germany: current status, concepts, and challenges]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2024 Mar;67(3):277-284. German. doi: 10.1007/s00103-024-03841-5. Epub 2024 Feb 5. PMID: 38315221; PMCID: PMC10927882.

EU-Kommission (2023): State of Health in the EU. Deutschland

Länderprofil Gesundheit 2023; https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/overview_en

GKV-Spitzenverband (2015): Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ‚Suizidprävention verbessern und Menschen in Krisen unterstützen‘ Bundestagsdrucksache 18/5104; <https://www.bundestag.de/resource/blob/391626/5c750dadd8af21ef68e14d564b19a1a6/GKV-Spitzenverband.pdf?t>

GKV-Spitzenverband/Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) (2024): Präventionsbericht; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praeventionsbericht/2024_GKV_MD_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf

Ivezić, D. et al. (2024): EghiFit: Smartphone based Behaviour Monitoring and Health Recommendation in a Weight Loss Intervention Study; <https://f1000research.com/articles/13-1347/v1>

Kaba-Schönstein, L.; Trojan, A. (2018). Gesundheitsförderung 5: Deutschland. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZ-GA:Q4-i053-1.0>

Leanza, M.(2017): Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie; Velbrück Wissenschaft, Weilerswist
Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz (NAG, 2025): Forschungsergebnisse für Deutschland; <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/forschungsergebnisse-für-deutschland/?t>

OECD (2024): Report: Health at a Glance: Europe 2024; https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html

Robert Koch Institut (2023): Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland – wichtige Fakten auf einen Blick; <https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/F/Frauengesundheit/GBE-Broschuere.html>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/SVR_Gutachten_2023_Executive_Summary_19012023.pdf

Stiftung Gesundheitswissen (2022): Tabakkontrolle: Welche Regeln gelten in Deutschland? <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/gesund-leben/psyche-wohlbefinden/tabakkontrolle-deutschland-hinkt-bei-regulierung-hinterher>

Van der Vliet, N. et al. (2020): Ranking Preventive Interventions from different policy domains: What are the most cost-effective ways to improve public health? https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/32948036/2020_03_30_van_der_Vliet_N_.pdf

WHO (2022): European Regional Obesity Report; <https://www.who.int/europe/publications/item/9789289057738>

Wiesing, U. (2023): Zeitenhandel. Über die Kunst der Prävention, Frommann-Holzboog Verlag, Stuttgart

Wildner, M. (2025): Strategien der Prävention, in: Gesundheitswesen 2025; 87: 17-20; DOI: 10.1055/a-2419-8655

Autor:

Dr. Andreas Meusch

Dozent Gesundheitspolitik

HAW Hamburg

AUS DER RECHTSPRECHUNG

Annahme der Intransparenz einer Ausschlussklausel in der Auslandsreisekrankenversicherung bei „bereits vorher bekanntem Krankheitszustand“

Eine Auslandsreisekrankenversicherung ist nicht von ihrer Leistungspflicht gegen dem Versicherten befreit, wenn sie in ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen eine Klausel verwendet, nach

welcher keine Leistungspflicht der Versicherung bei „bereits vorher bekannten Krankheitszustand“ aufseiten des Versicherten bestand. Diese Klausel ist nicht transparent, da der durchschnittliche Versicherte aus dieser nicht hinreichend klar entnehmen kann, wann die Leistungspflicht der Versicherung genau ausgeschlossen sein soll. Er kann diesbezüglich u.a. schon nicht abschließend bestimmen, welche vor Reiseantritt bestehenden

gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu einem Leistungsausschluss führen können. Auch ist für den Versicherten nicht zu erkennen, in welchem Umfang das Bestehen eines solchen Zustands den Versicherungsschutz ausschließt.

Urteil des BGH vom 10.07.2024, Az.: IV ZR 129/23