

Klaus Piwernetz, Edmund A. M. Neugebauer

STRATEGIEWECHSEL JETZT!

Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung
unseres Gesundheitssystems

DE GRUYTER

Autoren

Klaus Piwernetz

Dr. med., Dr. rer. nat.
CEO medimaxx health management GmbH
Am Leimbichl 13
83229 Aschau i. Ch.
E-Mail: kpi@medimaxx.net

Edmund A.M. Neugebauer

Univ.-Prof. Dr. Prof. h.c. Dr. h.c.
Präsident Medizinische Hochschule
Brandenburg
Theodor Fontane
Campus Neuruppin
Fehrbelliner Str. 38
16816 Neuruppin
E-Mail: Edmund.Neugebauer@mhb-fontane.de

ISBN: 978-3-11-070674-1

e-ISBN (PDF): 978-3-11-070682-6

e-ISBN (EPUB): 978-3-11-070692-5

Library of Congress Control Number: 2020944770

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen mit den Autoren große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe der Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

© 2021 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston

Einbandabbildung: alexsl / iStock / Getty Images

Satz/Datenkonvertierung: L42 AG, Berlin

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck

www.degruyter.com

Vorwort

Die Corona-Pandemie hat uns allen eine Idee davon vermittelt, was unser Gesundheitssystem zu leisten im Stande ist. Insbesondere die hohe Kompetenz der Leistungserbringer und deren Engagement waren mitentscheidend für den vergleichsweise noch moderaten Verlauf der Pandemie in Deutschland. Gemeinsam mit Pflegenden kämpften Ärztinnen und Ärzte für das Wohl der Menschen. Wesentlich war in der ersten Welle der rasche Aufbau von Notfallkapazitäten und zusätzlichen Beatmungsplätzen und deren übersichtliche Bewirtschaftung. Hilfreich war auch die Einweisung von nur wirklich schwerkranken Patienten in entsprechende Krankenhäuser.

Und trotzdem: Zahlreiche Fachleute waren der Überzeugung, dass die konsequentere Umsetzung bestehender Erfahrungen bessere Ergebnisse mit deutlich geringerem Aufwand ermöglicht hätte. Dafür hätten nur Bedingungen erfüllt sein müssen, die für ein modernes Gesundheitssystem eigentlich selbstverständlich sind: klare Ziele, eindeutige Verantwortlichkeiten, eingespielte integrierte Versorgungsvorgänge, umfassende IT-unterstützte Kommunikation und zeitnahe Transparenz über das Infektionsgeschehen. Dies wird seit langer Zeit eingefordert. Vieles ist sogar in nationalen und regionalen Pandemieplänen explizit genannt. Die reale Corona-Pandemie hat klar die Nachteile eines in die Jahre gekommenen Gesundheitssystems überdeutlich sichtbar werden lassen.

Sogar ein Bündnis „Junge Ärzte“ und weitere 23 unterstützende Verbände fordern in einem offenen Brief an die Spitzen der Gesundheitspolitik „eine Medizin, die sich am Wohle des Menschen orientiert und die den besonderen Herausforderungen weit besser gerecht wird als die bisherige Medizin, die immer stärker von Kommerzialisierung und bürokratischen Hindernissen geprägt ist.“

Für die Unterzeichner ist klar: Nach der Krise kann es kein „Weiter so!“ geben. Sie fordern im Einzelnen:

1. „Ein Ende der Profitmaximierung entgegen dem Patientenwohl,
2. Bürokratieabbau und Digitalisierung und
3. Wissende Ärzte für eine zukunftsfähige Medizin.

Die Patientinnen und Patienten müssen – wie es in der Corona bedingten Ausnahmesituation bereits geschehen ist – wieder konsequent vor der Profitorientierung rangieren.“

Bereits 2019 hatte eine große Ärzte-Gruppe mit Unterstützung zahlreicher Fachgesellschaften den Appell „Rettet die Medizin“ mit ähnlichen Forderungen an die Öffentlichkeit gerichtet. Ihre Aussagen stimmen weitgehend mit dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen überein. Dieses Buch verdichtet Gedanken aus dessen mehr als 20 Verlautbarungen seit 1987 sowie von weiteren wissenschaftlichen Einrichtungen und Gruppierungen wie dem Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, der Arbeitsgemeinschaft Medizinisch Wissenschaftlicher Fachgesellschaften, dem Deutschen Ethikrat, der Akademie der

Wissenschaften Leopoldina sowie verschiedener Stiftungen zu einer Ausgangsbasis für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems.

Ausgewiesene Experten haben wiederholt dargelegt, was in unserem Gesundheitssystem gut funktioniert und was dringend optimiert werden sollte. Viele offensichtlich notwendige Verbesserungsvorschläge scheitern immer wieder an Partikularinteressen. An den verfügbaren Ressourcen liegt es nicht. Wir geben jetzt schon nach den USA und der Schweiz am meisten Geld pro Bürger aus, gemessen am Bruttoinlandsprodukt.

**WIR HABEN KEIN WISSENS- ODER RESSOURCENPROBLEM –
WIR HABEN EIN UMSETZUNGSPROBLEM!**

Trotz positiver Entwicklungen zum Thema „Patientenorientierung“ (Patientenrechtegesetz, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Förderung der Gesundheitskompetenz) scheinen die Patienten selbst der Gesundheitsversorgung abhandeln gekommen zu sein. Dabei sind sie es, die als Beitrags- und Steuerzahler dem Gesundheitssystem die umfangreichen Mittel zur Verfügung stellen. Folgerichtig sollten sie, wie in anderen Bereichen üblich und normal, auch an der Gestaltung des Gesundheitssystems maßgeblich beteiligt sein. Ohne sie brauchten wir gar kein Gesundheitssystem!

Dieses Buch zeigt Wege zu einem Gesundheitssystem, wie wir alle es eigentlich verdienen: ein System, das wirklich für Patienten da ist! Die Gesundheitsversorgung sollte sich ausschließlich am Bedarf der Bevölkerung, an wissenschaftlicher Evidenz und dem großen Potenzial unserer Leistungsträger ausrichten. Um dahin zu gelangen, analysieren wir in diesem Buch mit Methoden der Systemtheorie die logischen Beziehungen zwischen den Ebenen im Gesundheitssystem: von der Gesundheitspolitik, über die Selbstverwaltung bis zu den Leistungserbringern und den Patienten. Ausgehend vom Patienten entwickeln wir 15 Regeln, mit denen man das Referenzsystem konstruieren kann, das wir zur Unterscheidung **salu.TOP**¹ nennen. Ergänzend werden Schlüsselemente für ein funktionierendes und zukunftsfähiges Gesundheitssystem beschrieben, das sich am Gemeinwohl ausrichtet. Für diese Neuausrichtung fordern wir einen Strategiewechsel, der allen Beteiligten Vorteile bringt. An oberster Stelle steht die Formulierung von Gesundheits- und Versorgungszielen, die von der gesamten Gesellschaft getragen werden. Ihre Umsetzung geht konsequent von Patientenorientierung, Bedarfsorientierung, Verantwortung und Transparenz aus. Integrative Gesundheitsversorgung und informationstechnische Vernetzung sind unverzichtbar.

salu.TOP will das aktuelle Gesundheitssystem nicht ersetzen. Es bietet vielmehr eine Referenz für die schrittweise Neuausrichtung. Der Vergleich mit dem aktuellen

1 salus: Gesundheit | **Utopia:** der Ort, den es eigentlich geben musste | **TOP:** Position unseres Gesundheitssystems

System zeigt, an welchen Stellen unser Gesundheitssystem derzeit „klemmt“ und wo Verbesserungen konkret ansetzen können.

Das Neue an diesem Buch ist, dass es sich nicht in Defizitbeschreibungen ergeht, derer gibt es wahrlich genug. Und jeden Tag finden sich in den Medien neue Berichte! Vielmehr zeigen wir auf, wie man das aktuelle System aus sich heraus verändern könnte. Dazu muss man aber einige Zielkonflikte auflösen, Fakten und Evidenz nutzen, um zielorientiert und methodisch die Zukunft zu gestalten.

Viel zu lange schon kennen Verantwortliche die Schwächen des aktuellen Systems. Viel zu lange geben wir uns mit zu kleinen Teillösungen und mit immer neuen Gesetzen zu Teilaspekten zufrieden. Nur beherztes Handeln bringt uns angesichts bevorstehender Herausforderungen in Gesundheitsversorgung und digitaler Transformation weiter. Neben einem wissenschaftlich fundierten und strukturierten Vorgehen brauchen wir dazu vor allem drei Dinge: Mut, Entschlossenheit und Energie.

Ein Buch allein kann dies natürlich nicht bewirken. Ein Buch kann aber wirkungsvolle Konstruktionsprinzipien aufzeigen, um „unser Gesundheitssystem“ konstruktiv neu auszurichten. Diese Aufgabe ist allerdings so groß, dass sie nur gemeinsam zu bewältigen ist. Gesellschaft, Gesundheitspolitik, Selbstorganisation, Bundesländer, Versorgungseinrichtungen und Leistungsträger müssen alle an einem Strang ziehen. Und zwar in die gleiche Richtung! Für die Neuausrichtung sollte jetzt ein Gesamtkonzept erstellt werden. Die Vorschläge des Sachverständigenrates bilden dafür eine wichtige inhaltliche Quelle.

Das Buch unterstreicht inhaltlich viele Empfehlungen des Sachverständigenrates, insbesondere aus den Gutachten von 2009 und 2018, sowie viele Verlautbarungen des Ethikrates. Zukunftsweisende Entwicklungen wie etwa Evidence-Based Health Care, Value-based Health Care, Open Notes oder Choosing Wisely sind mit unserem Referenzsystem kompatibel. Für die Bewältigung der digitalen Transformation schlagen wir vor, dass die Informationstechnik dem Gesundheitssystem folgt und nicht umgekehrt oder den Worten von Harald Lesch zum Algorithmus-basiertes Maschinenlernen („Künstliche Intelligenz“) folgend: „Wir sind die, die die Maschinen ein- und ausschalten. Wir sind die, die die Entscheidungen treffen“. Das gilt genauso für das Gesundheitssystem. In der Pflicht stehen jetzt die Verantwortlichen, das Gesundheitssystem so gestalten, wie wir als Patienten es eigentlich verdienen. Noch können sie bestimmen, wie sie selbst einmal als Patienten behandelt werden wollen.

„So kann es jedenfalls nicht weitergehen.“ Deshalb haben wir das Buch geschrieben:

STRATEGIEWECHSEL JETZT!

im September 2020

Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer

Inhalt

Vorwort — VII

Geleitwort I — XI

Geleitwort II — XV

Danksagung — XVII

Verzeichnis der Abkürzungen — XXV

Orientierungshilfen im Buch — XXVII

1 Gedanken vorab — 1

1.1 Von der Prävention bis zur Palliation — 4

1.2 Eine Bitte noch — 6

2 Einmal vorausgesetzt — 7

2.1 Eigentlich war es einmal gut gemeint ... — 7

2.1.1 Manche können nicht, wie sie wollen — 8

2.1.2 Der Baum der Erkenntnis — 8

2.1.3 Neue Regeln haben uns gerade noch gefehlt — 17

2.1.4 Und jetzt etwas genauer — 19

2.2 Und täglich grüßt das Murmeltier — 25

2.2.1 Systemtheoretisch gesehen ist das Gesundheitssystem komplex! — 25

2.2.2 Ohne Ziele und Prozesse wird es nicht gelingen — 29

2.2.3 Zweckrationalität allein hilft auch nicht weiter — 33

2.2.4 Digitale Transformation und Gesundheit — 34

2.3 Der Patient im Mittelpunkt – oder: Der Berliner Kreidekreis — 41

2.3.1 Zielkonflikt: Medizin – Organisation – Ökonomie – Ethik — 42

2.3.2 Zielkonflikt: Bedarf – Angebot – Nachfrage — 44

2.3.3 Zielkonflikt: Gesundheitsversorgung und Ökonomisierung — 46

2.3.4 Zielkonflikt: Berufsalltag – Ausbildung — 51

2.4 Wenn Antrieb und Motivation in die falsche Richtung führen — 53

2.4.1 Kennzahlen, Kennzahlen, Kennzahlen ... — 53

2.4.2 Was bewegt uns? — 55

2.4.3 Was wollen wir? — 56

2.4.4 Was erwarten wir? — 57

3 Umdenken: Von Institutionen zu Funktionen — 59

3.1 Wie gehen wir vor? — 64

3.2 Wege zum systemischen Denken — 64

3.2.1 Bottom-up-Prozess: Induktive Herleitung von Regeln — 66

3.2.2 Top-down-Prozess: Umsetzung der Regeln — 66

3.3 Was immer gilt, aber nicht selbstverständlich ist ... — 69

3.3.1 Ohne Grundprinzipien geht es nicht — 70

3.3.2	Auf den Charakter kommt es an —	75
3.3.3	Diese Eigenschaften bringen uns weiter —	80
3.3.4	Kompetente Fachleute: Wenn man nur auf sie hören würde ... —	83
3.4	Umgang mit Corona – Stresstest bestanden!? —	90
3.4.1	Vorerfahrungen —	90
3.4.2	Wissenschaftliche Empfehlungen und Bewertungen —	94
3.4.3	Wie gut waren wir vorbereitet? —	94
3.4.4	Was ist gemeint? Einzelthemen —	95
3.4.5	Zusammenfassung —	97
3.5	Innovationen haben es schwer —	99
4	Bottom-Up: Regeln gehen vom Patienten aus —	103
4.1	Die Grundregel —	105
4.1.1	Das Gesundheitssystem gehört der Gesellschaft —	105
4.2	Ebene 5: „Alle wollen gut behandelt werden“ —	107
4.2.1	Der Patient entscheidet, was geschieht (pat1) —	108
4.2.2	Die Behandler entscheiden, wie die Maßnahmen durchgeführt werden (pat2) —	110
4.2.3	Der Nutzen ist immer größer als der Schaden (pat3) —	111
4.3	Ebene 4: „Aber es muss auch organisiert werden“ —	113
4.3.1	Die Behandlung erfolgt über definierte patientenorientierte und evidenzbasierte Prozesse (org1) —	114
4.3.2	Die Einrichtungen erfüllen die bedarfsorientierten Versorgungsziele (org2) —	115
4.3.3	Effektivität und Effizienz werden regelmäßig und transparent berichtet (org3) —	116
4.4	Ebene 3: „Regionen sind sooo unterschiedlich ...“ —	117
4.4.1	Regionale Einrichtungen wirken ziel- und aufgabenbezogen innerhalb integrativer Versorgungsketten zusammen (reg1) —	118
4.4.2	Jede Region passt die nationalen Versorgungsziele den regionalen Gegebenheiten an; ihr Erreichungsgrad wird transparent berichtet (reg2) —	119
4.4.3	Umfang und Qualität der Versorgung sind in allen Regionen angemessen und gleichmäßig (reg3) —	119
4.5	Ebene 2: „Unser Gesundheitssystem organisieren wir selbst“ —	120
4.5.1	Die Selbstorganisation schafft die Grundlagen dafür, dass die Versorgungsaufgaben in allen Regionen und auf allen Ebenen unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht erfüllt werden können (op1) —	122
4.5.2	Die Selbstorganisation optimiert die Ressourcenzuordnung im Sinne allokativer Effizienz und gleicht Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit aus (op2) —	123

- 4.5.3 Die Selbstorganisation erstellt jährlich operative Versorgungsziele und definiert Versorgungsaufgaben für die nachfolgende Ebenen und Einrichtungen (op3) — **124**
- 4.6 **Ebene 1: „Politik als Sprachrohr der Gesellschaft“ — 125**
- 4.6.1 Die Gesundheitspolitik definiert in breitem Konsens nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, die exekutiven Rahmenbedingungen und den Ethikkodex (ziel1) — **125**
- 4.6.2 Die Gesundheitspolitik stellt angemessene Mittel bereit (ziel2) — **126**
- 4.6.3 Die Gesundheitspolitik delegiert die Umsetzung der nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele an die Selbstorganisation (ziel3) — **128**
- 5 Top-down: Alles Gute kommt von oben — 129**
- 5.1 Einiges wird sich ändern müssen — **129**
- 5.2 Ein gutes Systemdesign bestimmt alles — **130**
- 5.3 Mit Manchem müssen wir auch weiterhin leben — **131**
- 5.4 Unser System salu.TOP — **133**
- 5.4.1 Das Regelwerk — **133**
- 5.4.2 Die Konstruktionsbedingungen — **135**
- 5.4.3 Der Werkzeugkasten — **136**
- 5.4.4 Die beteiligten Menschen — **138**
- 5.5 Das Nationale Institut für Gesundheit — **143**
- 5.5.1 Ziele, Integration und Kooperation — **143**
- 5.5.2 Eigenschaften und Aufbau — **144**
- 6 Jetzt wird es ernst! — 145**
- 6.1 **Ebene 1: „Die Gesellschaft setzt Ziele und ethische Normen“ — 146**
- 6.1.1 Die Gesundheitspolitik definiert in breitem Konsens nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, exekutive Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe (G1) — **147**
- 6.1.2 Die Gesundheitspolitik stellt angemessene Mittel bereit (G2) — **151**
- 6.1.3 Die Gesundheitspolitik delegiert die Erreichung der nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele an die Selbstorganisation (G3) — **154**
- 6.2 **Ebene 2: „Wenn man sie nur machen ließe ...“ — 156**
- 6.2.1 Die Selbstorganisation setzt die Gesundheits- und Versorgungsziele um, erstellt operative Versorgungsziele und definiert generische Behandlungspfade (S1) — **158**
- 6.2.2 Die Selbstorganisation optimiert die Ressourcenzuordnung im Sinne allokativer Effizienz und gleicht Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit aus (S2) — **166**

6.2.3	Die Selbstorganisation schafft die Grundlagen dafür, dass die Versorgungsaufgaben in allen Regionen und auf allen Ebenen unabhängig von Alter, Geschlecht und sozialer Schicht erfüllt werden können (S3) — 170
6.3	Ebene 3: „Jede Region hat ihre Besonderheiten“ — 178
6.3.1	Jede Region passt die operationalisierten Versorgungsziele den regionalen Gegebenheiten an; ihr Erreichungsgrad wird jährlich transparent berichtet (R1) — 179
6.3.2	Regionale Versorgungsketten verbinden die Einrichtungen ziel- und patientenorientiert (R2) — 182
6.3.3	Umfang und Qualität der Versorgung sind in allen Regionen angemessen und gleichmäßig (R3) — 188
6.4	Ebene 4: „Unsere Einrichtungen könnten eigentlich noch viel mehr“ — 190
6.4.1	Die Einrichtungen erfüllen die bedarfsorientierten Versorgungsziele (E1) — 193
6.4.2	Die Ziele werden über patientenorientierte und evidenzbasierte Prozesse erreicht (E2) — 198
6.4.3	Effektivität und Effizienz werden regelmäßig und transparent berichtet (E3) — 202
6.5	Ebene 5: „Das Maß aller Dinge: Unsere Patienten und Patientinnen!“ — 204
6.5.1	Der Patient entscheidet, was geschieht (P1) — 205
6.5.2	Die Behandler entscheiden, wie die Maßnahmen durchgeführt werden (P2) — 208
6.5.3	Der Nutzen muss immer größer sein als der Schaden (P3) — 210
7	Gesetze, Gesetze, Gesetze, ... — 213
7.1	Was steckt hinter den Gesetzen und Verordnungen? — 213
7.2	Legislaturperiode 18 — 214
7.2.1	Mindestmengen — 214
7.2.2	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren — 219
7.3	Legislaturperiode 19 (aktuell) — 225
7.3.1	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) — 225
7.3.2	Pflegepersonal-Untergrenzen Verordnung (PpUGV) — 229
7.3.3	Implantateregister-Errichtungsgesetz (EIRD) — 234
7.3.4	Elektr. Arzneimittelinformations-Verordnung (EAMIV) — 239
7.4	Pandemien: Testfall für salu.TOP — 242
7.4.1	Vorliegende Materialien — 243
7.4.2	Die Regeln und die Pandemie — 244
7.4.3	Lernbotschaften aus der aktuellen Pandemie — 249
7.4.4	... sobald es eine Behandlung gibt — 251
7.5	Gesetze, Richtlinien oder Verordnungen und salu.TOP — 253

8 Es ginge doch, wenn ... — 257

- 8.1 Wie das aktuelle Gesundheitssystem lernen könnte — 257
- 8.2 salu.TOP macht sogar einige Gesetze überflüssig — 262
- 8.2.1 Terminvergabe bei salu.TOP statt TSVG — 263
- 8.2.2 Lenkung des Personaleinsatzes bei salu.TOP statt PpUGV — 265
- 8.2.3 Akkreditierung statt Mindestmengenverordnung — 267
- 8.3 Beispiele gibt es viele – manche sogar bei uns zu Hause — 268
- 8.3.1 Gesundheitsziele — 268
- 8.3.2 Robert Bosch Stiftung: Zukunftsfähiges Gesundheitssystem — 278
- 8.3.3 Patientenorientierung in der Dokumentation — 280
- 8.3.4 Patientensicherheit — 283
- 8.3.5 Partizipative Entscheidungsfindung — 285
- 8.3.6 Nationale Versorgungskonzepte — 291
- 8.3.7 Projekte Innovationsfond — 294
- 8.3.8 Gesundheitsversorgung in Dänemark — 295
- 8.3.9 Innermountain Health Care — 298
- 8.3.10 Choosing Wisely — 300
- 8.3.11 Priorisierung in Schweden — 302
- 8.3.12 Zugang zur Versorgung in Kanada — 304
- 8.3.13 Digitalisierung — 304

9 Zusammenfassung — 311

- 9.1 Wo stehen wir? — 311
- 9.2 Was wollen wir? — 312
- 9.2.1 Systemtheorie — 312
- 9.2.2 Fünf Ebenen — 313
- 9.2.3 Regeln — 314
- 9.3 Welche Grundprinzipien gelten? — 315
- 9.3.1 Schlüsselemente — 315
- 9.3.2 Organisationsprinzipien — 318
- 9.4 Was könnten wir als nächstes tun? — 320
- 9.5 Wie können wir vorgehen? — 321

10 Anhang — 323

- 10.1 Glossar — 323
- 10.2 Gesetze — 339
- 10.3 LÜKEX 07: Anhang F1:
Handlungsempfehlungen in Tabellenform — 341

Literatur — 345**Stichwortverzeichnis — 361**

2.4.2 Was bewegt uns?

Trotz zahlreicher Beteuerungen und Initiativen zu patientenorientierter Versorgung (Patientensicherheit, Patientenrechte, ...) ist der Patient im System verloren gegangen.

DAS GESUNDHEITSSYSTEM IST FÜR DIE PATIENTEN DA.
Ohne Patienten brauchen wir kein Gesundheitssystem.

Gefühlt verspricht auch mindestens jedes zweite Leitbild eines Krankenhauses auf seiner Internetseite, der Patient stehe im Mittelpunkt Ihres Handelns – vielleicht Wunschdenken!

Der Deutsche Ethikrat stellt deshalb im Oktober 2014 fest [15]:

Als zentrales Problem der Patientenversorgung im Krankenhaus wurde ein vorrangig an ökonomischen Effizienzgesichtspunkten ausgerichtetes Finanzierungssystem herausgearbeitet, bei dem das Patientenwohl und die Qualität der Versorgung zunehmend in den Hintergrund geraten.

Auf einem Symposium der Leopoldina in Halle [50] wurde als These 1 verabschiedet:

**„ÖKONOMISCHES HANDELN IM GESUNDHEITSSYSTEM IST GEBOTEN –
ABER AUSSCHLIESSLICH ZUM WOHL DES EINZELNEN PATIENTEN UND DER GESELLSCHAFT.“**

Das jetzige System ist derzeit in der Gänze unkontrollierbar und blockiert sich für dringend erforderliche zukunftsorientierte Entwicklungen selbst. Aus systemtheoretischer Sicht kann sich ein komplexes System wegen der hochgradigen internen Vernetzung (siehe oben) nicht aus sich selbst heraus verändern.

Aktuell treffen im Gesundheitssystem drei sich rasch entwickelnde Bereiche aufeinander. In allen drei Bereichen erfolgt die Entwicklung so rasch, dass eine Lenkung allein durch gesetzgeberische Maßnahmen oder Richtlinien viel zu langsam ist, um Chancen nutzen oder um Risiken rasch genug erkennen und abwehren zu können:

- das immer schneller anwachsende medizinische Wissen,
- die zunehmenden technischen und pharmakologischen Möglichkeiten sowie
- die digitale Transformation.

Zahlreiche verantwortliche Leistungserbringer wollen hohe Kompetenz mit Patientenorientierung verbinden. Sie werden aber von einigen Trägern auf die ökonomische Maximierung oder auf Eigeninteressen ausgerichtet. Arbeitsverdichtung, Prozessoptimierung und Outsourcing sind als Mittel zur weiteren Steigerung von Gewinnen (neudeutsch: Schöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven) in vielen Krankenhäusern

ausgeschöpft, ohne dass damit deren Existenz wirklich langfristig gesichert werden kann.

„Die Arbeitsverdichtung und die Überformung medizinischen sowie pflegerischen Handelns durch wirtschaftliche Faktoren werde von vielen Krankenhausmitarbeitern internalisiert, und es werde als persönliches Versagen empfunden, Patienten nicht mehr so versorgen zu können, wie man es eigentlich fachlich für notwendig hält“. Eine wachsende Zahl von Ärzten ist nicht mehr bereit, sich diesem Diktat weiter zu unterwerfen. Als Beispiel sei ein Appell von mehr als 215 Ärzten aus dem Stern genannt „Rettet die Medizin! Gegen das Diktat der Ökonomie.“, den auch namhafte Fachgesellschaften wie AWMF, DGIM oder DGCh unterzeichnet haben [7]. In die gleiche Richtung weisen Ergebnisse einer Befragung von Wehkamp und Naegler hin: „Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus“ [19].

Als Folge ist in vielen Bereichen eine Unter-, Über- und Fehlversorgung zu beobachten, die der SVR bereits in einem früheren Gutachten festgestellt hat [5,17,85].

2.4.3 Was wollen wir?

Es ist deshalb an der Zeit, das Gesundheitssystem unvoreingenommen, ohne Scheuklappen und frei von Partikularinteressen auf den Prüfstand zu stellen.

Die Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie könnten nach gründlicher Analyse hier unterstützen.

Ziele

Wir wollen die Patienten und Versicherten wieder in den Mittelpunkt der Planungen und Umsetzungen stellen und damit eine angemessene Versorgung für alle Patienten ermöglichen.

Wir wollen aufrütteln und für Systemfehler sensibilisieren und das Bewusstsein dafür schärfen, dass es sich lohnt, diese endlich abzustellen.

Wir wollen Hemmnisse aufzeigen, die Verantwortliche im Gesundheitssystem daran hindern, das System entsprechend den Möglichkeiten und Erfordernissen weiterzuentwickeln. Wir wollen Wege zur deren Überwindung aufzeigen.

Wir wollen Arbeitsbedingungen schaffen, in denen die Leistungserbringer wieder mit hoher Zufriedenheit ihre Patienten entsprechend ihrem Berufsethos behandeln können.

Wir wollen Voraussetzungen aufzeigen, wie man das Gesundheitssystem als selbst lernendes System aufbauen kann – also genau das Gegenteil eines staatlich gelenkten, bürokratischen Monsters!

Wir wollen neue Perspektiven für eine dringend erforderliche Weiterentwicklung eröffnen.

Dazu schlagen wir Konstruktionsprinzipien für ein Gesundheitssystem vor, das wir uns alle wünschen. Zur besseren Unterscheidung nennen wir es **salu.TOP**.

Der Vergleich zwischen dem aktuellen System und **salu.TOP** bietet die Möglichkeit, besser zu verstehen, warum symptomorientierte Lösungen nicht wirklich helfen. Aus den Unterschieden kann man Prioritäten ableiten, welche eklatanten Widersprüche zuerst aufgelöst werden sollten.

Dafür beziehen wir uns in diesem Beitrag auf bekannte Tatsachen und Methoden, die von einschlägigen Einrichtungen umfassend und fundiert wiederholt vorgetragen wurden. Wir bringen Bekanntes mit Methoden der Systemtheorie auf wissenschaftlicher Grundlage in einen logischen Zusammenhang.

Im Kap. 8 zeigen wir an Beispielen, dass unsere Vorschläge umsetzbar sind und in verschiedenen Regionen sogar schon umgesetzt werden: „Es ginge doch ...“.

2.4.4 Was erwarten wir?

Wenn die Vorschläge aus diesem Buch umgesetzt werden, erwarten wir, dass ...

- die Patienten wirklich an erster Stelle stehen.
- eine WIN⁴-Situation zwischen Patienten, Leistungserbringern, Versorgungseinrichtungen und Gesundheitspolitik geschaffen wird.
- die in den unterschiedlichen Bereichen vorhandenen Kompetenzen konstruktiv und kreativ zusammenwirken, um das Patientenwohl laufend zu steigern.
- eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Handeln der Leistungsträger zum Nutzen der Patienten zum Agens movens wird.
- ein selbstlernendes Gesundheitssystem, das ohne dauernde Eingriffe von außen auf medizinische, technische, pharmakologische und informationstechnische Herausforderungen reagiert und sich zum Nutzen der Partner adaptiert und weiterentwickelt.
- die Entwicklung des Gesundheitssystems in der Zukunft möglichst frei von Partikularinteressen erfolgt.

5 Top-down: Alles Gute kommt von oben

In Kap. 5 wird die Implementierung der Regeln vorbereitet. In Kap. 6 werden die Regeln umgesetzt. Der Prozess beginnt in der obersten Ebene bei der Gesundheitspolitik mit der Definition der Ziele und endet top-down bei der Behandlung der einzelnen Patienten durch das Team.

Nach Hinweisen zur klassischen Umsetzung wird in Kap. 5.3 gezeigt, wie die Neuausrichtung des Gesundheitssystems nach salu.TOP aufgebaut ist und wie es funktionieren kann. Dazu ist das strukturierte Zusammenwirken der bisher nebeneinander wirkenden Elemente erforderlich: Das Regelwerk salu.TOP, die exekutiven Rahmenbedingungen und der Ethikkodex bildet die Ausgangsbasis für die Gestaltung der Rollen für Einrichtungen und beteiligte Personen.

Die Menschen haben bei salu.TOP eine entscheidende Rolle: Sie bekommen im Rahmen des Wertesystems, der aktuellen Evidenz und der verfügbaren Mittel in diesem System alle Freiheiten, um die Ziele patientenorientiert umzusetzen. **Als Unterstützung werden wichtige Voraussetzungen für ein Lernendes Gesundheitssystem geschaffen: Ziele, Umsetzungsverantwortung, Transparenz und Optimierungsmöglichkeiten.** Mit Regeln allein würde man sich leicht in zweckrationalen Wunschkildern verlieren.

5.1 Einiges wird sich ändern müssen

Das System **salu.TOP** ist das Modell eines selbstlernenden Gesundheitssystems, das allen Beteiligten Vorteile bietet, die sich im Rahmen des Wertesystems zur patientenorientierten und evidenzbasierten Umsetzung der Gesundheits- und Versorgungsziele verpflichten.

Es ist offensichtlich, dass eine direkte Umsetzung mit den gegebenen Strukturen, den aktuell wirksamen Anreizen und der Sozialisierung manche maßgeblich Beteiligten schlicht nicht vorstellbar erscheint. Daran ist aber auch gar nicht gedacht. Vielmehr ermöglichen die Konstruktionsprinzipien von **salu.TOP**, die Blaupause eines Referenzsystems zu erstellen. Im Vergleich mit dem aktuellen Gesundheitssystem lässt sich dann zeigen, an welchen Stellen die größten Hindernisse für die Realisierung der wichtigeren Verbesserungen und der angemessenen Berücksichtigung von Patientenwünschen bestehen. Manche dieser Hindernisse sind in den Gutachten des Sachverständigenrates, in zahlreichen Veröffentlichungen namhafter Wissenschaftler und von ausgewiesenen Experten fast immer wieder Mantra-artig benannt. Mit dieser Blaupause lassen sich diese Hindernisse übersichtlich darstellen, logisch mit ihren Ursachen verbinden und damit anschaulich verorten und für Lösungen aufbereiten.

Die Ökonomie hat sich vom Idealbild des Homo ökonomikus verabschiedet. **Die Überlegungen innerhalb salu.TOP zeigen: es gibt auch keinen Homo sanitarius.** Es gibt keinen Menschen, der sich in allen Belangen des Themas „Gesundheit“ rational verhält – weder auf Seiten der Patienten noch auf Seiten der Funktionsträger, Leistungserbringer oder Gesundheitspolitiker (vgl. Kap. 2.2.1). Die neurobiologische

Konstruktion des menschlichen Gehirns und seine evolutionäre Basis als Sammler und Jäger lassen das einfach nicht zu. Die Evolution des Gehirns hat mit den Entwicklungen im Anthropozän nicht Schritt halten können. **Niemand kann also davon ausgehen, dass ein System, in dem Menschen agieren, allein durch Regeln in seinen Reaktionen korrekt beschrieben werden kann.** Das gilt gleichermaßen für gesellschaftliche, politische, ökonomische und auf die Gesundheit bezogene Systeme, für glaubensbezogene sowieso.

Stefan Kühl hat dazu Ergebnisse von James March [180] neu interpretiert [181]. Danach ist es nicht möglich, eine Organisation rein regelbasiert aufzubauen und zu führen. Diese Auffassung teilen wir in vollem Umfang. **Allerdings funktioniert auch keine Organisation ohne einen gewissen Satz von Regeln, Werten und verbindlichen Übereinkünften zwischen den Partnern.**

salu.TOP schlägt einen solchen Satz von Regeln vor, verbindet ihn mit gesellschaftlich konsentierten Gesundheits- und Versorgungszielen und ergänzt diese durch exekutive Rahmenbedingungen und einen Ethikkodex. Zudem wird sichergestellt, dass innerhalb von **salu.TOP** wissenschaftlich anerkannte Methoden die verlässliche Basis für die gelebte Alltagspraxis bilden.

Die Konstruktion des aktuellen, korporatistischen Systems verhindert, dass die Player aus sicher heraus das System wirklich ändern können. Aufgrund ihrer Satzungen sind sie den Interessen ihrer Mitglieder genauso verpflichtet wie den Gesundheits- und Versorgungszielen oder den Interessen der Patienten. Einen solchen schier unlösbar verworrenen Knoten konnte in der griechischen Sage nur Alexander der Große lösen. In unserem Gesundheitssystem schaffen wir dazu ein **Nationales Institut für Gesundheit.**

5.2 Ein gutes Systemdesign bestimmt alles

Bei der Neuausrichtung eines Systems geht man klassischerweise von Zielen aus, die erreicht werden sollen. Daraus leitet man die Prozesse ab, die für die Zielerreichung erforderlich sind. Aus den Prozessen ergeben sich dann die Spezifikationen für die erforderlichen Strukturen. Nun haben wir aber bereits ein Gesundheitssystem. Manche halten es für das beste der Welt, andere sehen Entwicklungspotenziale. **Wenn es wirklich so hervorragend wäre, müssten nicht so viele Gesetze zu immer neuen Korrekturen verabschiedet werden.**

Es ist nicht realistisch anzunehmen, dass man das Gesundheitssystem von Grund auf neu aufbauen kann, obwohl die Zahl derer wächst, die z. B. das DRG-System für den stationären Bereich gänzlich abschaffen wollen. Dem stünden allerdings noch zu viele systembewahrende Interessen entgegen. Sie dienen nicht der Verbesserung des Systems und der Förderung der Patientenorientierung, weil sie mit individuellen Vorteilen verbunden sind. Außerdem wäre es unwirtschaftlich und zu langwierig, das System von Grund auf neu aufzubauen.

Eine sinnvolle Option besteht darin, ein Referenzsystem zu konstruieren, es mit dem aktuellen Gesundheitssystem zu vergleichen und dabei die Schwachstellen zu identifizieren, die man am einfachsten, am raschesten und mit dem geringsten Aufwand optimieren kann. Uns ist klar, dass trotzdem erhebliche Widerstände zu erwarten sind. Jede Änderung erzeugt Widerstand. Durch jede Änderung werden bestehende Interessen berührt. Und viele dieser Interessenträger sind gut vernetzt und werden versuchen, den Status quo noch eine Weile zu erhalten.

Ein solches Modellsystem soll im Kap. 6 konstruiert werden. Referenz und Realität werden in den Kap. 7 und 8 verglichen.

Im folgenden Kapitel wird beschrieben, welche strukturellen Gegebenheiten zu nächst beibehalten werden sollen. Mit diesen Voraussetzungen und den im Kap. 4 definierten Regeln wird im folgenden Kap. 6 das Modell Schritt für Schritt top-down entwickelt. An entsprechenden Stellen verweisen wir immer wieder auf **Grundprinzipien, Charakteristika und Eigenschaften**, die für die Konstruktion erforderlich sind und insgesamt Geltung haben. Deshalb wurden sie bereits in Kapitel 3.3 im Einzelnen beschrieben.

5.3 Mit Manchem müssen wir auch weiterhin leben

Bei der Konstruktion werden einige Annahmen getroffen. Diese Annahmen sind nicht unbedingt für das Funktionieren von **salu.TOP** erforderlich. Vielmehr muss man realistischerweise annehmen, dass sie auf absehbare Zeit aus politischen, interessengelenkten oder praktischen Gründen nicht angetastet werden (können).

Annahmen, die getroffen werden (müssen):

- Das Gesundheitssystem besteht aus fünf hierarchisch gegliederten Ebenen (vgl. Kap. 3).
- Die Organe der bisherigen Selbstverwaltung bleiben erhalten.
- Die Regionalisierung von Gesundheitsversorgung erfolgt auf der Ebene der Bundesländer.
- Ambulante und stationäre Versorgung bestehen vorerst nebeneinander weiter.

Die Regeln könnten dazu verleiten zu glauben, dass man das Gesundheitssystem rein zweckrational wie eine Maschine konstruieren kann. Eine wachsende Zahl von Autoren aus dem Bereich Organisationssoziologie zeigt, dass dieser Ansatz fehlschlagen muss. An vorderster Stelle seien dazu die Arbeiten von Stefan Kühl [27] genannt. Eine aktuelle zusammenfassende Darstellung findet sich im Buch „Sisyphos im Management. Die vergebliche Suche nach der optimalen Organisation“ [28].

Betrachtet man das Gesundheitssystem unter systemtheoretischen Gesichtspunkten, so fällt die hochgradige, oft informale, interne Vernetzung auf. Die Kopplungen zwischen den verschiedenen Einrichtungen und manchmal sogar innerhalb

der Einrichtungen sind durch ihre Mehrdimensionalität gekennzeichnet. Sie sind in Tab. 5.1 beschrieben.

Tab. 5.1: Beispiele von Verbindung zwischen Institutionen, Einrichtungen und/oder Verantwortungsträgern innerhalb des bestehenden Gesundheitssystems.

Art der Verbindung	Gegenstand der Verbindung
logisch, inhaltlich	Verbindungen entlang den Inhalten der Versorgungsaufgaben und der Behandlungspfade
organisatorisch	Nahtstellen zwischen organisatorisch verbundenen Einweisungen zur stationären Behandlung, Überweisung zur Mitbehandlung, Entlass-Management, ...
prozedural	Abhängigkeiten innerhalb der Behandlungspfade und Ablaufbeschreibungen: wer macht wann was und informiert wen worüber
institutionell	Zusammenarbeit oder Wettbewerb zwischen verschiedenen Einrichtungen: Krankenhaus, fachärztliche oder hausärztliche Praxis
persönlich	Beziehungen aus Verhandlungen oder innerhalb verschiedener Gremien, Expertenrunden, Kongressteilnahmen, pers. Vorgeschichte
ökonomisch	Welche Einrichtung bekommt wie viel aus welchem Topf für welche Behandlung? Verhandlungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen sowie zwischen KBV und Krankenkassen, ...
positionell	Peer-artige Beziehungen zwischen Funktionsträgern auf unterschiedlichen Hierarchieebenen: Verband der Krankenhausdirektoren, AG der Leitenden Angestellten in den Landesgesundheitsministerien, zahlreiche Dachverbände und Bundesverbände im Bereich Gesundheit

Diese Beziehungen führen dazu, dass sich Betroffene in einem Gesetzgebungsverfahren von den Anhörungen zu Referentenentwürfen bis zur Veröffentlichung der Gesetze innerhalb kurzer Zeit untereinander informal verständigen, um Auswirkungen auf ihre Klientel zu antizipieren und unerwünschte Effekte zu minimieren. Folglich zeigen Eingriffe in das System in der Regel oft nur volatile Effekte. Bereits nach kurzer Zeit haben die Betroffenen ein neues Gleichgewicht gefunden, das zwar die Eingriffe berücksichtigt, ihre vorherige Situation aber weitgehend erhält (vgl. Abb. 2.4).

Dies gilt insbesondere bei strukturellen Eingriffen, und das ist die Mehrzahl. Manche Verantwortliche ändern mit ihrer hohen Kompetenz interne Prozesse so rasch und geschickt, dass sich die angestrebten Änderungen zeitnah nivellieren oder durch Escape-Strategien einfach umgehen lassen. Dies ist der Hintergrund, warum so viele Gesetzesänderungen nicht den gewünschten Erfolg erzielen und durch immer wieder neue Gesetze, Richtlinien oder Verordnungen ergänzt werden müssen. Aller-

dings mit der Folge, dass sich in der Summe der angestrebte Erfolg wiederum nicht quantitativ einstellt. ... und täglich grüßt das Murmeltier.

Würde man hingegen Ziele vorgeben und Transparenz herstellen, gelänge das nicht ganz so einfach.

5.4 Unser System salu.TOP

Das System **salu.TOP** besteht aus vier Komponenten: dem Regelwerk, den Konstruktionsbedingungen, dem Werkzeugkasten und den beteiligten Menschen. Nur mit den zusätzlichen Elementen, Menschen und Werkzeugkasten, kann das Regelwerk seine eigentliche Kraft entfalten. Die Rahmenbedingungen mit den Themen „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit sowie Transparenz und Rückkopplung“ ergänzen die Regeln durch Werte und Methoden. Die beteiligten Menschen spielen allerdings die entscheidende Rolle. Die Handelnden im Gesundheitssystem zeichnen sich durch hohe Kompetenz und besonderes Engagement aus. Lenkt man beides durch Regeln und Rahmenbedingungen in Richtung der Gesundheits- und Versorgungsziele, so sind erste Voraussetzungen für ein lernendes Gesundheitssystem geschaffen, das viele positiven Wirkungen der Schwarmintelligenz gezielt nutzen kann.

Voraussetzung ist, dass alle Beteiligten akzeptieren, dass sie nur **Sachwalter der Interessen der Patienten** sind und dass das Gesundheitssystem kein Selbstbedienungsladen für Partikularinteressen ist. Eine Bemerkung sei vorangestellt: Die Funktionsträger in diesem System handeln ganz überwiegend gesetzeskonform und rational innerhalb der bestehenden Gesetze. Nur ist das Gesetzeswerk nicht mehr zeitgemäß und in seinem Patchwork nicht geeignet, die Herausforderungen der Zukunft zu bewältigen. Manchmal scheitert es sogar schon an Problemen der Gegenwart.

DAS JETZIGE SYSTEM IST MARODE, NICHT DIE AKTEURE.

Das System **salu.TOP** überwindet den rein zweckrationalen Ansatz durch das Zusammenwirken folgender Elemente:

- **das Regelwerk**
- **die Konstruktionsbedingungen**
- **der Werkzeugkasten**
- **die beteiligten Menschen**

5.4.1 Das Regelwerk

Für jede der fünf Ebenen werden die jeweils drei Regeln aus Kap. 4 logisch verknüpft. Die Verknüpfung erfolgt über die Weitergabe von Zielen, Aufgaben, Verantwortung, Informationen und Dokumenten. Auf jeder Ebene entstehen Berichte aus der inter-operablen Dokumentation des Versorgungsgeschehens. Sie beschreiben den Grad der Zielerreichung und sichern die Rückkopplung zur höheren Ebene.

Tab. 5.2: Das Regelwerk bildet die zweckrationale Komponente des Systems.

Ebene		Regeln	Aufgabe	Prinzipien
1	Ziele setzen	G1 Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele Rahmenbedingungen	Ziele und Werte, Ethikkodex	Selbstbestimmung
		G2 Ressourcen	Quellen und Umfang definieren	Angemessenheit, Wirtschaftlichkeit
		G3 Delegation	Auftrag zur Umsetzung an die Selbstorganisation	Umsetzungsverantwortung
2	Operationalisieren	S1 Operative Versorgungsziele und generische Behandlungspfade	NIG schafft die Evidenzbasis, klärt Bedarfe und setzt um	Selbstorganisation, Bedarfsgerechtigkeit, Value-Based Healthcare Priorisierung statt Rationierung
		S2 Allokative Effizienz und §§ 12 und 70 SGB V	Umgang mit der Nahtstelle Volkswirtschaft/ Betriebswirtschaft	Kooperative Selbstverwaltung
		S3 Determinanten für Regionalisierung	Grundlagen für die Regionalisierung	Gleichmäßigkeit der Lebensbedingungen
3	Regionalisieren	R1 Regionale Gesundheits- und Versorgungsziele	Anpassung an regionale Besonderheiten Determinanten bestimmen	Patientenorientierung, regionaler Versorgungsbedarf
		R2 Regionale, sektorübergreifende Versorgungsketten	Umfassende, integrative Versorgung	Zugang, Kontinuität
		R3 Umfang und Qualität sind angemessen und gleichmäßig	Lokale Voraussetzungen für §§ 12 und 70 SGB V schaffen	Schnittstelle Mikro-/Makroökonomie
4	Organisieren	E1 Bedarfsorientierte, einrichtungsspezifische Versorgungsziele	Integration in die Versorgungskette nach Spezialisierung und Leistungsfähigkeit	Unternehmensziele zur Beherrschung der Zielkonflikte
		E2 Lokale, integrative Behandlungspfade	Organisatorisches Zusammenwirken	Patientenorientierung, Qualitätsmodelle nach Donabedian
		E3 Qualität, Effektivität und Effizienz sind transparent	Monitoring und Evaluierung zur zielorientierten Führung	Lernendes Unternehmen

Tab. 5.2: (fortgesetzt).

Ebene		Regeln		Aufgabe	Prinzipien
5	Patienten behandeln	P1	Patient entscheidet, was geschieht.	Partizipative Entscheidung	Individuelle Gesundheits-Kompetenz, Patientenuniversität
		P2	Team entscheidet, wie es ausgeführt wird.	Partizipative Entscheidung, Behandlungsziele Fachkunde und Evidenz	Organisationale Gesundheitskompetenz
		P3	Nutzen > Schaden	Allokative Effizienz, §§ 12 und 70 SGB V	Lernendes Unternehmen

5.4.2 Die Konstruktionsbedingungen

Das Regelwerk wird durch Rahmenbedingungen aus folgenden vier Bereichen ergänzt. Diese Festlegungen sind verbindlich im Sinne von Richtlinien, sie sind keine Vorschläge, die wahlweise verwendet oder abgewählt werden können. Gelungene Beispiele werden publiziert, deutliche Abweichungen werden sanktioniert.

- **Ethik:** Damit man im Zweifelsfall zu möglichst eindeutigen Entscheidungen gelangt, werden an vorderster Stelle ethische Forderungen gesetzt und in einem Ethikkodex veröffentlicht. Der Kodex ergänzt den demokratischen Wertekanon und bietet die Grundlage für die Auflösung von Zielkonflikten.
- **Werte:** Die Festlegungen im Bereich Werte werden in einem Wertekanon zusammengefasst. Er beschreibt die wertemäßige Grundlage für das Zusammenwirken der verschiedenen Partner in und zwischen den fünf Ebenen.
- **Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit:** Qualität und Wirtschaftlichkeit können sich gut ergänzen. Eine einseitige Betonung nur einer Facette ist nicht sinnvoll. Mögliche Zielkonflikte sind auf Leitungsebene aufzulösen und werden in der Ebene 2 von den Einrichtungen proaktiv transparent gemacht. Der Gesetzgeber hat klugerweise diese Trias in das SGB V aufgenommen (§ 70). Allerdings ist dieser Paragraph bisher noch nicht operationalisiert.
- **Transparenz und Rückkopplung:** Entscheidungen und Ergebnisse werden auf jeder Ebene transparent gemacht und auf die Ziele und Vorgaben aus der vorherigen Ebene rückgekoppelt. Dadurch wird der Zielerreichungsgrad sichtbar. Werden Ziele nicht erreicht, korrigiert zunächst die verantwortliche Ebene selbst und erst bei ausbleibendem Erfolg – entsprechend dem Prinzip „Management by Objectives (MbO)“ – die beauftragende Ebene. Dies ermöglicht im neu ausgerichteten Gesundheitssystem eine umfassende Selbstorganisation im Rahmen der vorgegebenen Korridore.

Managements und einer langfristig nachhaltigen Unternehmensführung zählt sich eine positive Mitarbeiterentwicklung aus. **Respekt und Anerkennung** bilden dafür eine wichtige Grundlage.

5.5 Das Nationale Institut für Gesundheit

Als eine der wichtigsten Änderungen im Referenzsystem salu.TOP tritt zwischen die Gesundheitspolitik in Ebene 1 „Ziele setzen“ und die bisherige Selbstverwaltung ein neu zu gründendes Institut im Sinne eines operativen Clearing Houses. Es muss neu geschaffen werden und könnte **Nationales Institut für Gesundheit (NIG)** genannt werden – analog zum National Institute of Health in den USA. Allerdings ist das NIG allein einer patientenorientierten und evidenzbasierten Gesundheitsversorgung verpflichtet. Das NIG ist allein den Gesundheits- und Versorgungszielen verpflichtet, erarbeitet evidenzbasiert patienten- und bedarfsorientierte Entscheidungsgrundlagen für die Gesundheitspolitik.

Das Institut berät die Gesundheitspolitik in allen Fragen zu den Themen Gesundheit und Versorgung von Beginn der Prävention bis zur Palliation.

5.5.1 Ziele, Integration und Kooperation

Das **BMG delegiert an das NIG direkt** die Operationalisierung der Gesundheits- und Versorgungsziele sowie direkte Aufträge des Gesetzgebers. Dabei hat das NIG Anordnungs-kompetenz in die Bundesbehörden hinein. Die Bundesbehörden stimmen ihre strategische Ausrichtung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben inhaltlich mit dem NIG ab. Das NIG berichtet den Umsetzungsstand von Projekten innerhalb der ausführenden Organe regelmäßig an das BMG. Klare Verantwortung und Transparenz im gesamten Institut sichern ein konstruktives und kooperatives Arbeitsklima. Patienten und Versicherte werden in geeigneter Form informiert und an wesentlichen Entscheidungen beteiligt. Das NIG repräsentiert den Schlüssel für die Verwirklichung der Selbstorganisation im Gesundheitssystem.

Aufträge des NIG an den **Gemeinsamen Bundesausschuss** ersetzen die bisherige Beauftragung über Gesetze oder Verordnungen.

Zu besonderen Aufgaben – wie etwa die Umsetzung der digitalen Transformation – kann das NIG eine **einrichtungsübergreifende Task-Force** einrichten. Das Institut kann seine Kompetenz durch Aufträge an andere obere Bundesbehörden ergänzen, die mit dem BMG abgestimmt sind. Es pflegt eine **enge Kooperation** mit einschlägigen wissenschaftlichen Instituten und begleitet spezifische Projekte und Initiativen im Gesundheitswesen (z. B. Innovationsfond).

Ergänzend zu diesen direkten Aufträgen fungiert es als Clearing House. Das Institut koordiniert Ausrichtung und Umsetzung nationaler Aktionspläne, überlässt die

inhaltliche Gestaltung aber den wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Es aggregiert die Empfehlungen der verschiedenen Gruppen wie Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Ethikrat oder weiterer wissenschaftlicher Gruppierungen. Der SVR könnte gleichzeitig als empfehlender Beirat fungieren.

Das NIG übernimmt die Koordination der Pflege der inhaltlichen Kompetenz. Dazu organisiert es zusammen mit der AWMF, den medizinischen Fachgesellschaften und Kompetenzträgern aus der Versorgungs- und Pflegeforschung die Entwicklung der generischen Behandlungspfade.

Das Nationale Institut für Gesundheit arbeitet transparent und berichtet regelmäßig über laufende Aufträge, Zwischenergebnisse, Ergebnisse und über den Umsetzungsgrad der Gesundheits- und Versorgungsziele. Einmal jährlich gibt es den **Nationalen Gesundheitsbericht** heraus. Dazu betreut und supervidiert es die **Gesundheitsberichterstattung auf allen Ebenen**.

Mit der Wahrnehmung dieser Führungsaufgaben im gesamten Gesundheitssystem kann das NIG einen seit langem geschilderten Gestaltungsbruch im deutschen Gesundheitssystem schließen und so zu dessen Zukunftsfähigkeit beitragen.

5.5.2 Eigenschaften und Aufbau

Das NIG zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus:

- Gesundheits- und Versorgungszielen und dem Ethikkodex verpflichtet
- an Patienten- und Gemeinwohl orientiert
- auf evidenzbasierte Kompetenz gegründet
- ausgleichend zwischen Zielkonflikten
- schafft Transparenz auf allen Ebenen
- politisch unabhängig und frei von Partikularinteressen

Zahlreiche der beschriebenen Aufgabenbereiche werden auch bisher schon im Gesundheitssystem bearbeitet. Das neue Institut wird von der Spitze her schrittweise aufgebaut. Zur Umsetzung bieten sich Methoden des Design-Thinking an [190]. Das NIG plant von vorneherein auf höchstem informationstechnischem Niveau.

6 Jetzt wird es ernst!

In Kap. 4 wurden die Regeln vom Patienten ausgehend bottom-up abgeleitet. Die Ableitung endete auf der Ebene 1 mit der Regel, dass Gesundheits- und Versorgungsziele definiert werden. Erst dann kann man in der Evaluation prüfen, ob das System das leistet, was wir von ihm erwarten.

Um das Referenzsystem salu.TOP mit diesen Regeln zu konstruieren, werden diese in hier in Kap. 6, top-down implementiert und logisch miteinander und mit vorhandenen Strukturen und Einrichtungen verbunden.

Die Konstruktion beginnt auf der obersten Ebene mit Regel 1, Gesundheits- und Versorgungsziele zu definieren.

Für jede der fünf Ebenen wurden jeweils drei Regeln definiert. In diesem Kapitel wird jede Regel weiter gegliedert und konkretisiert (vgl. Abb. 6.1, rechte Pyramide). Für jeden Teilaspekt wird die Umsetzung strukturiert beschrieben. Dabei werden folgende Themen bearbeitet:

- Welches Ergebnis liefert dieser Aspekt?
- Wie könnte man das Ergebnis erreichen?
- Wer kann Verantwortung übernehmen?

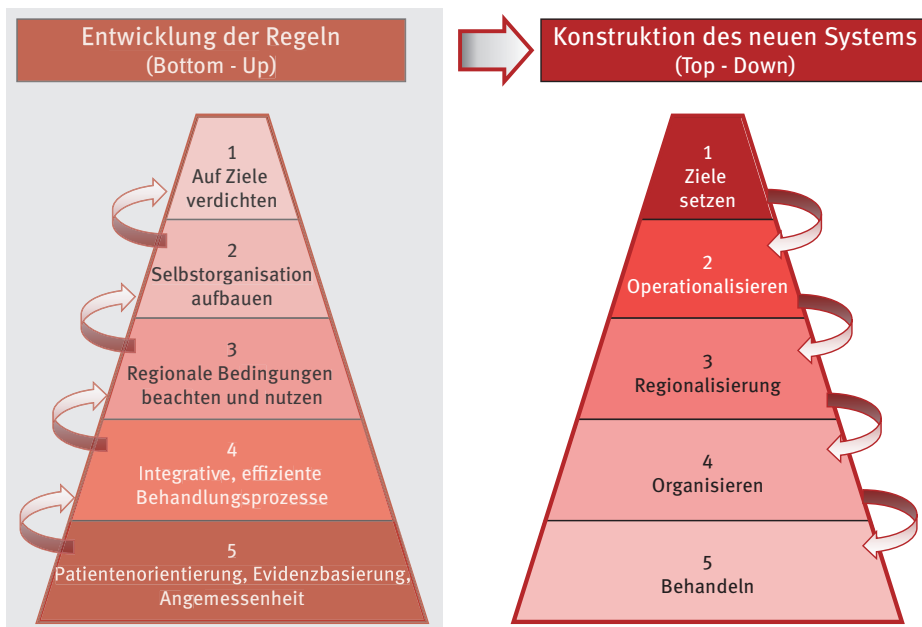


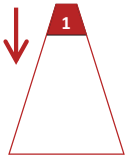
Abb. 6.1: Implementierung der salu.TOP Regeln (Top-down).

6.1 Ebene 1: „Die Gesellschaft setzt Ziele und ethische Normen“

Die Regeln dieser Ebene sorgen im ersten Schritt dafür, dass Gesundheits- und Versorgungsziele definiert sowie begleitende Rahmenbedingungen, Werte und ethische Setzungen geschaffen werden. Hier wird der Korridor für die Lösung möglicher Zielkonflikte abgesteckt. Im zweiten Schritt werden Ressourcen für ihre Umsetzung bestimmt und die Bereitstellung geregelt. Das Referenzsystem **salu.TOP** folgt den Grundsätzen der **Selbstorganisation**. Die Institutionen der Gesundheitspolitik werden also nicht selbst operativ tätig – **keiner will ein staatliches Gesundheitssystem**. Die Selbstorganisation bekommt über eine strukturierte Delegation klare Aufgaben und einen klaren Rahmen für die Umsetzung.

Für die Akzeptanz ist ein breiter gesellschaftlicher Konsens von größter Bedeutung. Es kann nicht Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, Bürgern und Patienten Gesundheits- und Versorgungsziele oder ein Gesundheitssystem vorzuschreiben.

Regeln der Ebene 1



- G1: Die Gesundheitspolitik ermöglicht gesellschaftlichen Konsens über nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe.
- G2: Die Gesundheitspolitik stellt angemessene Mittel bereit.
- G3: Die Gesundheitspolitik delegiert die Erreichung der nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele an die Selbstorganisation.

Um was geht es?

In der ersten Regel G1 werden die Säulen unseres Gesundheitssystems definiert. Der Umgang mit den Patienten und die insgesamt erforderlichen Mittel beschreibt Regel G2. Da die Gesundheitspolitik in der Gesundheitsversorgung nicht operativ tätig sein kann, delegiert sie mit Regel G3 die Umsetzung formal an das selbstorganisierte Gesundheitssystem. Die formale Verbindung der Regeln zeigt Abb. 6.2.

Was ist neu?

Die wesentlichen Unterschiede zum aktuellen System bestehen darin, dass salu.TOP konkrete Ziele definiert und diese in der Folge operationalisiert. Rahmenbedingungen definieren den Korridor, innerhalb dessen sich die Selbstorganisation bei der Umsetzung bewegen kann. Der Ethikkodex in Regel G1 setzt Prioritäten im Umgang mit Patienten und miteinander sowie im Umgang mit den umfangreichen Mitteln, die Steuer- und Beitragszahler bereitstellen.

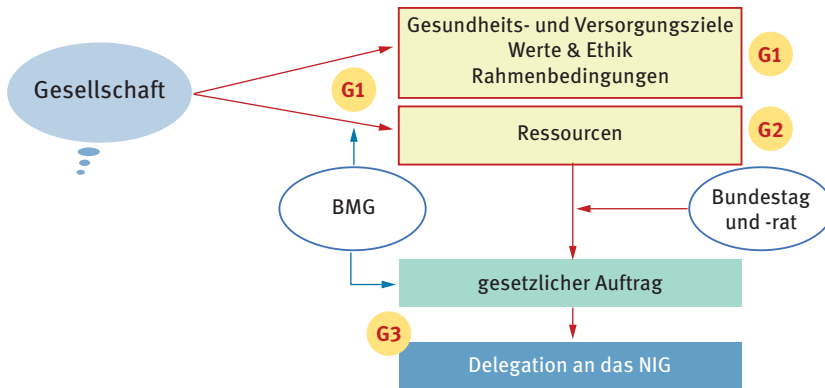


Abb. 6.2: Gesundheits- und Versorgungsziele, Ressourcen, Rahmenbedingungen, Werte und Ethik bilden die Säulen für die Gestaltung des Gesundheitssystems. Das BMG ermöglicht und fördert den Prozess der gesellschaftlichen Willensbildung zur Definition von Gesundheits- und Versorgungszielen (Regel G1). Ergänzend werden in diesem Prozess Werte und ethische Normen definiert, die bei der Umsetzung zu beachten sind. Rahmenbedingungen leiten alle nachfolgenden Einrichtungen bei der Zielerreichung und beim Verbrauch der Ressourcen (Regel G2). Aus diesen Vorgaben formuliert das BMG die gesetzlichen Grundlagen, die von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden. Sie bilden den Auftrag an die Selbstorganisation, der in einem formalen Delegationsverfahren mit klaren Zielen, Terminen und Verantwortung übergeben wird (Regel G3). Empfänger ist das neu zu gründende Nationale Institut für Gesundheit (NIG, vgl. Kap. 5.5 und 6.2.1).

6.1.1 Die Gesundheitspolitik definiert in breitem Konsens nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, exekutive Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe (G1)

G1

Diese Regel erklärt sich aus sich selbst. Die nationalen Gesundheits- und Versorgungsziele geben eine deutliche Richtung für die Entwicklung des gesamten Systems vor.

Klare Rahmenbedingungen und ethische Setzungen beschreiben den Korridor möglicher Optionen für die Zielerreichung.

Folgende Aufgaben sind zu erfüllen:

- 6.1.1.1 Nationale Gesundheits- und Versorgungsziele
- 6.1.1.2 Exekutive Rahmenbedingungen
- 6.1.1.3 Ethikkodex
- 6.1.1.4 Offenheit für Innovationen

Zur Legitimierung werden die ersten drei Ergebnisse von Bundestag und Bundesrat verabschiedet.

8 Es ginge doch, wenn ...

Als wir begannen, die Regeln zu entwickeln, erschien uns ein nach den salu.TOP-Regeln neu ausgerichtetes Gesundheitssystem als reine Utopie. Das hat sich längst geändert. Spätestens seit Beginn der Corona-Pandemie wurden wir auf den Boden der Tatsachen gestellt. Das Referenzsystem salu.TOP ist keine Utopie mehr, es ist nur noch nicht verwirklicht. Zugegeben: man erkennt in verschiedenen Ansätzen und isolierten Projekten bereits Veränderungen in die hier vorgeschlagene Richtung. Auch der Sachverständigenrat erarbeitet wiederkehrend hervorragende Vorschläge in wissenschaftlich fundierter Tiefe. Hilfreich wäre eine übergeordnete Klammer, die alles zusammenhält – **das soll salu.TOP leisten**.

Zunächst werden die Unterschiede zwischen salu.TOP und dem aktuellen System aufgezeigt. An Beispielen wird dann gezeigt, wie man salu.TOP erfolgreich realisieren kann.

8.1 Wie das aktuelle Gesundheitssystem lernen könnte

Im Kap. 6 wurde das Referenzsystem **salu.TOP** von der obersten Ebene „Ziele setzen“ bis zur untersten Ebene „Behandeln“ konstruiert. Das System ist in sich schlüssig. In diesem Kapitel wird **salu.TOP** mit dem aktuellen System verglichen: Was ist schon erreicht, was wurde zumindest begonnen und was ist noch komplett offen.

Im ersten Teil wird dieser Vergleich bei jeder Regel durchgeführt. Danach werden die Hauptunterschiede zusammengefasst und herausgestellt. Betrachten wir die Übersicht aus Kap. 7 und vergleichen **salu.TOP** mit dem aktuellen Gesundheitssystem, so ergibt sich folgendes das in Tab. 8.1 dargestellte Bild.

9 Zusammenfassung

Die Aufgabe unser Gesundheitssystem neu auszurichten ist so groß und anspruchsvoll, dass sie keine einzelne Gruppe allein bewältigen kann.

WIR ALS GESELLSCHAFT SIND GEFORDERT!

Und WIR haben letztlich die Verantwortung, welches Gesundheitssystem wir uns schaffen, wie wir selbst einmal behandelt werden wollen.

9.1 Wo stehen wir?

Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Es hat die Patienten vergessen. In den fast täglichen Schlagzeilen vor Corona las man, dass Pflegekräfte und Ärzte wegen schlechter Arbeitsbedingungen protestieren, dass Krankenhäuser überfordert sind und dass Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung der Ökonomisierung zu lange freien Lauf gelassen haben. Trotzdem und auch wegen der vergleichsweise glimpflich verlaufenden ersten Welle der Pandemie in Deutschland, wird von Entscheidungsträgern immer wieder behauptet, dass unser Gesundheitssystem im internationalen Vergleich doch zu den Besseren auf dieser Welt gehört. Um dies aber wirklich beurteilen zu können, benötigt man operationalisierte Gesundheits- und Versorgungsziele als Referenz. Allerdings kann man bereits jetzt Möglichkeiten, vorhandenes Wissen und verfügbare Ressourcen in Beziehung setzen und erhebliche Verbesserungspotentiale erkennen. Dass diese bisher noch nicht in ausreichendem Maße genutzt worden sind, liegt nicht an den Leistungserbringern oder Funktionsträgern, sondern an den Bedingungen, unter denen sie systembedingt arbeiten müssen.

Die bisher definierten Gesundheitsziele wurden bisher nicht operationalisiert. Folglich blieb der Zusammenhang zwischen Zielen und Angeboten lose und das **Gesundheitssystem hat sich als angebotsorientiertes System entwickelt**. Vermehrt belasten nicht-evidenzbasierte Versorgungsangebote die Ressourcen ohne angemessenen Nutzen zu schaffen. Explizite, quantitative Evaluationen fehlen oft. Der Umfang des Ressourcenverbrauchs wächst und muss immer wieder durch Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien mittels Pauschalierungen, Vergütungsabschlägen, Mindestmengen oder Fixkostendegressionsabschlägen eingegrenzt werden. Betroffene finden mittels ihrer Schwarmintelligenz oft Umgehungsmechanismen, die die angestrebten Beschränkungen zumindest teilweise konterkarieren.

Christiane Woopen formulierte den Zielkonflikt zwischen Versorgungsqualität und Ökonomisierung einmal so: „**Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Erlösmaximierung**“.

Nicht nur in der Corona-Pandemie sind Stärken und Schwächen wie unter einem Brennglas sichtbar geworden. Die zahlreichen Gesetze, Richtlinien und Verordnun-

gen machen deutlich, dass das Gesundheitssystem aus sich selbst heraus diese Verbesserungspotenziale nicht heben kann. Und dies, obwohl das erforderliche Wissen dazu bei weitem ausreichen würde. Dies ist eine beklemmende Manifestation der wissenschaftlich fundierten **KAP-Lücke** (Knowledge – Attitude – Performance – Gap).

**WIR HABEN KEIN WISSENSPROBLEM –
WIR HABEN EIN UMSETZUNGSPROBLEM**

salu.TOP stellt ein Konzept vor, wie man diese Lücke schließen kann.

9.2 Was wollen wir?

Das Gesundheitssystem verfügt über keine geeigneten Mechanismen, um sich selbst von innen heraus erneuern zu können. Einige der aktuellen Stakeholder sind in ihren gesetzlichen Aufträgen und ihren Satzungen so gebunden, dass sie das System nicht ändern können, andere sind in ihren Partikularinteressen so gefangen, dass sie das System verständlicherweise nicht ändern wollen. Bürger, Versicherte und Patienten als bedeutsamste Stakeholder, haben derzeit aber weder die Macht noch wirksame Methoden, um sich in die Gestaltung wirksam einbringen zu können.

Wir zeigen im Folgenden wissenschaftliche Grundlagen und ein methodisches Vorgehen auf, wie WIR als Gesellschaft unser Gesundheitssystem neu ausrichten können.

Der Kern des Konzeptes besteht darin, dass wir das Gesundheitssystem wirklich als System im Sinne der Systemtheorien betrachten und die Methoden der Systemtheorie konsequent auf das Gesundheitssystem anwenden (vgl. Kap. 3).

9.2.1 Systemtheorie

Als methodische Grundlage für die Neuausrichtung verbinden wir verschiedene Konzepte aus der Systemtheorie: den kybernetischen Ansatz von Ludwig von Bertalanffy, Niklas Luhmanns Ansatz, der Systeme aus ihrem Unterschied zur ihrer Umgebung und deren Kommunikation heraus definiert und Talcott Parsons Systemvorstellungen, die sich auf Rollen und Funktionen aufbauen und psychologische Aspekte berücksichtigen.

Entsprechend Luhmanns Verständnis grenzen wir an der Basis beginnend fünf Ebenen voneinander ab: Behandlung, Einrichtungen, regionale Versorgung, Selbstorganisation und Gesundheitspolitik (Kap 3.2). Sie erfüllen Luhmanns Anforderungen an Systeme: aus der Abgrenzung zum jeweils nächsthöheren Teilsystem ergibt sich eine formale Hierarchie der Ebenen.

Parsons geht bei Gesellschaftssystemen von nur drei Ebenen aus: Gesellschaft – Einrichtung – Personen. Wegen der besonderen Struktur des Gesundheitssystems erweitern wir den Ansatz um die Ebene „Selbstorganisation“ und die Ebene „regionale Gesundheitsversorgung“. Die Rollen ergeben sich aus den patienten- und evidenzbasierten regionalen Versorgungsketten und internen Behandlungspfaden. Das Rollenverständnis der Funktionsträger in der bisherigen Selbstverwaltung wird bei der Neuausrichtung des Gesundheitssystems salu.TOP in Kap. 4.5 und 6.2 besonders wichtig.

Die funktionale Verbindung der Ebenen ergibt sich aus dem kybernetischen Verständnis von Bertalanffy. Im Zentrum der Kybernetik stehen geregelte Systeme. Vereinfacht dargestellt werden in gewissen Abständen SOLL- und IST-Werte verglichen. Aus den Differenzen leiten sich Maßnahmen ab, die das System so beeinflussen, dass sich die Differenz verkleinert. Dieses Rückkopplungsprinzip kennt jeder von seiner Zentralheizung. Die Soll-Werte entsprechen den erwarteten Ergebnissen der Gesundheitsversorgung in unterschiedlichen Bereichen wie klinische Outcomes, Zufriedenheit, Lebensqualität, Ressourcenallokation, Effizienz oder wirtschaftliches Ergebnis. Wir schlagen vor, auch organisatorische Aspekte wie etwa Zugang zum System, Wartezeiten, Weiterbehandlung oder Doppeluntersuchungen zu berücksichtigen. Ergebnisse und Performance (Ist-Werte) werden durch Indikatoren beschrieben, die aus dem IT-Netz „Gesundheitsversorgung“, aus Abrechnungsdaten oder aus der Gesundheitsberichterstattung abgeleitet werden können.

9.2.2 Fünf Ebenen

Als Ergebnis der Systemanalyse beschreiben wir die Ebenen nach ihrer Funktion im Gesamtsystem (Kap. 3.2) und nicht wie bisher nach ihren Institutionen:

1. Ziele setzen (statt: Gesundheitspolitik)
2. Operationalisieren (statt: Selbstverwaltung)
3. Regionalisieren (statt: Landesgesundheitspolitik)
4. Organisieren (statt: Versorgungseinrichtungen)
5. Behandeln (statt: Arzt-Patient-Beziehung)

Aus diesem Systemverständnis heraus ergibt sich zwangsläufig, was die Personen und Einrichtungen der jeweiligen Ebene zum Funktionieren des Gesamtsystems beitragen können. Die Ebenen sind in sich und untereinander kybernetisch verbunden. Das bedeutet, dass sie sich koordiniert auf gemeinsame Ziele hinbewegen können. In Ebene 1 wollen Gesundheitspolitiker die Gesundheit der Bürger fördern; in Ebene 5 wollen Patient und Behandlungsteam das Beste für die individuelle Gesundheit einzelner Patienten erreichen.

Tab. 9.1: Aufgaben in den Ebenen und Verbindung zwischen ihnen.

1 Ziele setzen	Gesundheits- und Versorgungsziele, Rahmenbedingungen, Ethikkodex	Delegation
2 Operationalisieren	Generische Behandlungspfade Ressourcenallokation § 12 und § 70	Bedarf, Plan-QL, generische Behandlungspfade
3 Regionalisieren	Regionaler Versorgungsbedarf Versorgungsketten Zentren & Wohnortnähe	Versorgungskette, Akkreditierung
4 Organisieren	Unternehmensziel, Zugang & Kontinuität Spezifische Behandlungspfade Einstellung, Einrichtung, Ausstattung	Spezifische Behandlungspfade
5 Behandeln	Gesundheitskompetenz, Evidenzbasierung, Partizipative Entscheidung, Nutzen > Aufwand und Schaden	

Mit Tab. 9.1 wird der Unterschied zum aktuellen Gesundheitssystem deutlich: Zurzeit verfolgen die Institutionen innerhalb der Ebenen eher eigene Ziele im Glauben zum Gesamterfolg beizutragen. Die verbindlichen funktionalen Kopplungen zwischen den Ebenen fehlen weitgehend, so dass nationale und regionale Gesetzgeber und/oder Selbstverwaltung immer wieder direktiv eingreifen müssen, um das Gesundheitssystem zu stabilisieren.

9.2.3 Regeln

Die salu.TOP-Regeln werden innerhalb der Ebenen so abgeleitet, dass die obigen systemtheoretischen Voraussetzungen erfüllt werden. Für die Ableitung der Regeln (Kap. 4) nutzen wir das Prinzip der **analytischen Reduktion**, für deren Implementierung (Kap. 6) konstruieren wir das Referenzsystem mittels der **holistischen Synthese**.

Für die **Ableitung der Regeln** reduzieren wir das System zunächst auf die Beziehung zwischen Patienten und Behandlungsteam. **Die Entwicklung beginnt beim Patienten** als handelnder Person (Kap. 4.2.1) und sie endet bei den Gesundheits- und Versorgungszielen (Kap. 4.6.1), in denen Patienten als Zweck der Versorgung verankert sind. Für jede Regel sind ihr Zweck und die damit verbundenen Ziele beschrieben.

Die **Synthese des Gesundheitssystems** erfolgt entsprechend der **Implementierung der Regeln** von der Spitze her, top-down (Kap. 6). Für die Umsetzung jeder Regel sind jeweils mehrere sehr konkrete Aufgaben zu erfüllen. Für jede Aufgabe ist ausgeführt, welche Ergebnisse sie liefert, wie sie beispielhaft erledigt werden könnte und wer **Verantwortung** übernehmen kann. Die Aufgaben sind als Vorschläge zu verstehen, da das System für eine vollständige und umfassende Definition zu umfangreich ist. Für die Umsetzung sind Themengruppen mit vielen sich ergänzenden Kompetenzen erforderlich. Sie sollen strikt im Sinne der propagierten Selbstorganisation ausreichende Gestaltungsfreiheit haben.

9.3 Welche Grundprinzipien gelten?

9.3.1 Schlüsselemente

Das Konzept für das System **salu.TOP** ist durch folgende Schlüsselemente gekennzeichnet:

1. Gesundheits- und Versorgungsziele und Werte
2. Patientenorientierung
3. Bedarfsorientierung
4. Verantwortung
5. Transparenz

Diese fünf Elemente und ihr Zusammenwirken sind in Abb. 9.1 übersichtlich dargestellt und werden nachfolgend erläutert.

1. Gesundheits- und Versorgungsziele und Werte

Nach **salu.TOP** werden an erster Stelle und mit hoher Priorität verbindliche nationale Gesundheits- und Versorgungsziele entwickelt. Diese werden von exekutiven Rahmenbedingungen und einem Ethikkodex flankiert. Verantwortlichkeiten werden klar geregelt. Inhalte von Medizin und Pflege basieren auf belastbarer wissenschaftlicher Evidenz. Die Selbstorganisation wird neu aufgestellt und definiert die Prozesse, mit denen die Gesundheits- und Versorgungsziele umgesetzt werden. Der **Ethikkodex** liefert ein Grundgerüst für die Lösung der unvermeidlichen Zielkonflikte. Entscheidend ist, dass das Referenzsystem **salu.TOP** den Hauptzweck verfolgt, Bürger und Patienten mit ihren Bedarfen in den Mittelpunkt zu stellen. Davon ausgehend leitet sich die Neuausrichtung des Gesundheitssystems ab.

2. Patientenorientierung

Kennzeichnende Merkmale des neu ausgerichteten Gesundheitssystems sind **Patienten- und Nutzenorientierung**. Diese Orientierungen werden durch gesellschaftlich

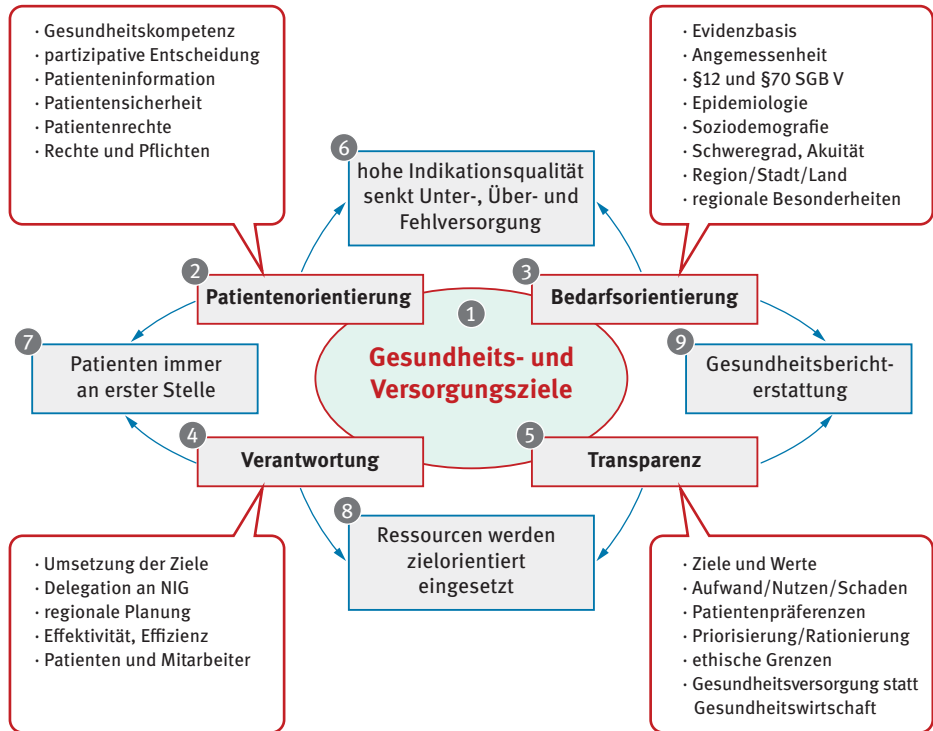


Abb. 9.1: Determinanten und Abhängigkeiten im neuen Gesundheitssystem **salu.TOP**. Im Zentrum stehen die auf breitem gesellschaftlichem Konsens formulierten Gesundheits- und Versorgungsziele (1). Flankierende exekutive Rahmenbedingungen und ein Ethikkodex sichern deren Umsetzung ab. Patientenorientierung (2), Bedarfsorientierung (3), Verantwortung (4) und Transparenz (5) sind die Schlüssel zur Operationalisierung und effizienten Umsetzung der Ziele. Die Verbindung von Patienten- und Bedarfsorientierung (6) reduziert über die daraus resultierende hohe Indikationsqualität Unter-, Über- und Fehlversorgung signifikant. Aus der Verbindung von Schlüsselementen leiten sich als weitere Konsequenzen ab, dass (7) Patienten immer an erster Stelle stehen, dass (8) Ressourcen immer zielorientiert eingesetzt werden, dass (9) die Bedarfsorientierung über die Gesundheitsberichterstattung immer transparent nachgewiesen werden kann.

gesetzte Normen ergänzt. Aktuelle Entwicklungen wie Förderung der Gesundheitskompetenz sowie die Entwicklung von Patientenrechten und Patientensicherheit sind eingebunden. **salu.TOP** nutzt Kompetenz, Engagement und Ressourcen aller Beteiligten **zum Wohle der Bürger und Patienten**.

3. Bedarfsorientierung

salu.TOP orientiert sich am Versorgungsbedarf der Bevölkerung, an den medizinischen Möglichkeiten, den wissenschaftlich akzeptierten Grundlagen und den verfügbaren Ressourcen.

Der Versorgungsbedarf geht von der Verbindung epidemiologischer Fakten mit soziodemografischen Gegebenheiten der Bevölkerung aus. Dieses Grundgerüst wird mit wissenschaftlich gesicherter Evidenz und verfügbaren Ressourcen ausgestaltet. Ein **Nationales Institut für Gesundheit (NIG)** neu zu gründen ist eine der wesentlichsten Aufgaben des **salu.TOP**-Ansatzes zur Neuorientierung. Das NIG vermittelt die Anforderungen aus den drei Bereichen Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Wissenschaft. Es wirkt im Sinnes operativen Clearinghauses, hat aber größere Handlungsspielräume.

4. Verantwortung

Die Verantwortung dafür, Gesundheits- und Versorgungsziele in breitem gesellschaftlichem Konsens zu definieren, hat die Gesundheitspolitik. Das NIG als „Kompetenzzentrum“ des selbstorganisierten Gesundheitssystems unterstützt operativ. Die Umsetzung der Gesundheits- und Versorgungsziele wird formal an das neu zu gründende **Nationale Institut für Gesundheit (NIG)** delegiert. Diese Einrichtung muss so aufgebaut sein, dass sie die komplexen Aufgaben zur Gestaltung und Lenkung des Gesundheitssystems bewältigen kann. Die Delegation setzt sich dann weiter nach unten durch alle Ebenen fort. Ziele und Ressourcen sind jeweils vorgegeben, die Wege zur Realisierung beinhalten Gestaltungsspielräume, die nur durch Gesetze, die exekutiven Rahmenbedingungen und den Ethikkodex eingeschränkt sind.

Mit der Zuordnung und Übernahme von Verantwortung hielte ein von Günther Jonitz lange propagiertes Element in das Gesundheitssystem Einzug: patientenorientierte und evidenzbasierte Führung [40].

5. Transparenz

Transparenz ist im System **salu.TOP** ein wichtiger Anspruch. Ihre Realisierung setzt voraus, dass zumindest

- valide und strukturierte Daten existieren,
- die Anwender interoperabel vernetzt sind,
- die Kommunikation schnell und sicher ist,
- die Daten nur dafür genutzt werden, wofür sie erzeugt wurden,
- die Daten sicher gespeichert werden,
- die informationelle Selbstbestimmung gewahrt bleibt.

Diese Voraussetzungen sind selbsterklärend und sollten in einem Land unserer Leistungsfähigkeit problemlos realisierbar sein. Leider wurden in den letzten Jahrzehnten Chancen der Informationstechnik immer wieder übersehen oder nicht ausreichend gefördert (Kap. 2.2.4).

Die technische Unterstützung von Dokumentation und Kommunikation durch Mittel und Methoden der Informationstechnik werden in **salu.TOP** durch eine gesetzlich verankerte Standardisierung von Dokumentation und informationstechnischer

Interoperabilität zwischen allen Beteiligten strukturiert und gesichert. Dies bildet die Datengrundlage für eine **versorgungsorientierte Kommunikation** und eine **ebenspezifische Gesundheitsberichterstattung** über Ziele, Aufgaben, Verantwortung, Zielerreichung, Qualität und Mittelverbrauch.

Die Verknüpfung der Schlüsselemente (1 bis 5) bedingt weitere positive Konsequenzen vgl. dazu Abb. 9.1 Punkte 6 bis 9. Solchen wohl klingenden formalen Forderungen kann man leicht zustimmen. Allerdings darf man nicht glauben, dass allein damit ein so hoch vernetztes System wie das Gesundheitssystem neu ausrichten ließe. Von einem solchen Zweckrationalismus muss man sich rasch befreien (vgl. Kap. 2.2). Die beteiligten Personen spielen immer noch die wichtigste Rolle!

9.3.2 Organisationsprinzipien

Neben den versorgungsorientierten Schlüsselementen bestimmen noch einige Prinzipien die Organisation der Gesundheitsversorgung. **Wir propagieren kein staatliches Gesundheitssystem – ganz im Gegenteil!**

Das Referenzsystem salu.TOP ist durch folgende Organisationsprinzipien bestimmt:

1. Ein hohes Maß an Selbstorganisation
2. Integrative Versorgung über alle Schnittstellen hinweg
3. Belohnung von Qualität
4. Lernendes System aus sich heraus
5. Zukunftssicherheit

1. Selbstorganisation

Das neu ausgerichtete Gesundheitssystem organisiert sich weitgehend selbst. Und hier kommen die beteiligten Personen ins Spiel. Operationalisierte Gesundheits- und Versorgungsziele dienen als klare Vorgaben dafür, **was** das Gesundheitssystem konkret **bis wann** erreichen soll. Rahmenbedingungen und Ethikkodex beschreiben, **wie** das geschehen kann und welche **Werte** bei der Gesundheitsversorgung zu beachten sind. Festgelegt ist auch der Umfang der **verfügbaren Ressourcen**.

Die Verantwortung für die Steuerung liegt beim neu zu gründenden **Nationalen Institut für Gesundheit (NIG)**. Es berichtet direkt dem Bundesgesundheitsministerium und steht an der Spitze der Ebene 2 „Operationalisieren“, die die bisherige Selbstverwaltung erweitert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen begleitet das NIG als systemisches Beratungsorgan.

Das organisatorische Prinzip der Selbstorganisation wird in allen Ebenen realisiert. Damit das System trotz dieser Freiheiten nicht „aus dem Ruder laufen kann“, ist über das IT-Versorgungsnetz eine zeitnahe und valide Gesundheitsberichterstattung etabliert. Als erstes optimieren sich die jeweiligen Prozesseigentümer selbst. Zeigt dies nicht den erwarteten Erfolg springt jeweils die nächsthöhere Ebene zur Sicherung ein.

2. Integrative Versorgung

Integrative Gesundheitsversorgung bei salu.TOP verbindet folgende bisher häufig getrennte Bereiche:

- Versorgungssektoren (stationär – ambulant – Reha – Pflegeeinrichtungen)
- medizinische Fachrichtungen
- an der Versorgung beteiligte Berufsgruppen (Arzt, Pflege, Therapeuten)
- zentrumsbetonte und wohnortnahe Versorgung

Organisatorisches Rückgrat dieser Versorgungsform sind die regionalen Versorgungsketten, die inhaltlich durch die evidenzbasierten, generischen Behandlungspfade definiert sind und die kommunikativ durch ein hochsicheres IT-Versorgungsnetz unterstützt werden. Bundesländer richten effektive Einrichtungen zu Planung und Steuerung ein.

3. Belohnung von Qualität

salu.TOP sieht ein **qualitätsorientiertes Vergütungssystem** vor. Vergütung wird an die Teilnahme an den Versorgungsketten gekoppelt, leistungs- und qualitätshemmende Elemente werden aus dem DRG- und dem EBM-System entfernt.

Durch die transparente und mit der aktuellen Versorgungsdokumentation verbundenen Gesundheitsberichterstattung können erzielte Ergebnisse und verbrauchte Ressourcen aufeinander bezogen werden. Grundlage bildet ein indexiertes Indikatorensystem, das die Kompetenz der Einrichtungen, Schweregrad von Patienten und Komplexität von Behandlungen berücksichtigt. Einrichtungen haben es deutlich schwerer, besondere Leistungen oder Patienten nach Fallschwere auszuwählen oder auszuschließen (Rosinen-Picking).

4. Lernendes System aus sich heraus

Das System **salu.TOP** lernt mit Unterstützung von Methoden der Versorgungsforschung auf der Grundlage der validen Dokumentation der Versorgung und der ebenspezifischen Gesundheitsberichterstattung.

Durch den Ansatz salu.TOP schaffen wir erstmals die Voraussetzungen dafür, dass das Gesundheitssystem aus sich heraus lernen kann. Teilaspekte könnten im weiteren Ausbau mit Unterstützung von Versorgungsforschung und Informationstechnik algorithmisiert werden. Lernen aus eigenem Verhalten und Handeln ist durch die transparente Datenlage auf allen Ebenen für alle Beteiligten möglich. Die Auslöser für den Lernprozess werden laufend verbessert, die Lehrinhalte laufend ergänzt.

So entstanden z. B. in den Legislaturperioden 18 und 19 Situationen, die den Gesetzgeber veranlassten, folgende Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien zu verfassen: Plan-QI, Mn-V, PpUGV, EIDR, TSVG (vgl. Kap. 7). Unter den Bedingungen eines lernenden Systems wären die zugrunde liegenden Probleme entweder gar nicht aufgetreten oder das System hätte selbst eventuelle Abweichungen erkannt und korrigiert.

5. Zukunftssicherheit

Die obigen Schlüsselemente, die Selbstorganisation und die Fähigkeiten eines Lernenden Systems machen das neu ausgerichtete Gesundheitssystem transparent, flexibel und steuerbar. In Abstimmung mit dem Gesetzgeber ist es in der Lage, selbstständig und aus eigenem Antrieb zukünftige Herausforderungen zu antizipieren und Vorschläge zu deren Bewältigung zu entwickeln. **Lernende Organisationen sind zukunftssicher.**

Einige ausgewählte innovative Projekte und Initiativen (Kap. 8) zeigen auf, wie Vorschläge des Referenzsystems salu.TOP schon jetzt konkret umgesetzt werden könnten. Die Themen reichen von Patientenorientierung (Kap. 8.3.4, 8.3.5) über die Förderung der Gesundheitskompetenz (Kap. 8.3.6) und nationale Versorgungskonzepte (Kap. 8.3.7) hin zu Beispielen aus dem internationalen Umfeld (Kap. 8.3.9 bis 8.3.13) und der digitalen Transformation (Kap. 8.3.14).

Angesichts der Dynamik bei der Umsetzung der digitalen Transformation weisen wir daraufhin, dass strukturelle und prozedurale Änderungen des Gesundheitssystems unbedingt in Spezifikationen für neue Versorgungsformen einfließen müssen. Sonst folgen am Ende die Versorgungsprozesse der Technik statt umgekehrt (Kap. 2.1.2 Punkt 12, Kap. 2.2.4).

9.4 Was könnten wir als nächstes tun?

- Die **wichtigsten Erkenntnisse** aus diesem Buch können als Basis für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems dienen. Für die **Neuausrichtung** sollte jetzt ein **Gesamtkonzept** erstellt werden. Die **Vorschläge des Sachverständigenrates** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bilden eine wichtige inhaltliche Quelle für ein solches Gesamtkonzept.
- **Gesundheits- und Versorgungsziele** werden umfassend formuliert und operationalisiert.
- **Patientenorientierung** wird beschleunigt.
- Das Gesundheitssystem sollte **bedarfsorientiert** gestaltet und gesteuert werden.
- Die **Transparenz** sollte über das IT-Versorgungsnetz und die Gesundheitsberichterstattung erweitert, mit der realen Versorgung verbunden und zeitgerecht verfügbar sein.
- Ein **Nationales Institut für Gesundheit (NIG)** wird eingeführt und mit der Umsetzung gesundheitspolitischer Entscheidungen betraut.
- **Umsetzungsverantwortung** wird in allen Ebenen für alle Funktionen und Aufgaben konkret und messbar beschrieben.
- Die **Wirkungen von Gesetzen und Verordnungen** werden durch Monitoring oder Begleitforschung evaluiert.
- Die **Entwicklung integrativer Versorgungsformen** wird für alle Aspekte beschleunigt.

- Das NIG versetzt den **Gemeinsamen Bundesausschuss** in die Lage, an der Neuausrichtung des Gesundheitssystems zusammen mit den Organen der Selbstverwaltung kompetent und konstruktiv mitzuwirken.
- Die **digitale Transformation** erfolgt strategisch entsprechend dem Gesamtkonzept für die Neuausrichtung des gesamten Gesundheitssystems.
- Die **organisatorische und informationstechnische Vernetzung** erfolgt entsprechend der Komplexität der Anforderungen an eine moderne Gesundheitsversorgung.
- Mechanismen zur **Lösung unvermeidlicher Zielkonflikte** werden eingeführt.

Für die Umsetzung im neu zurichtenden Gesundheitssystem dient **salu.TOP als Referenzsystem**. Im Vergleich zwischen dem aktuellen Gesundheitssystem und der Referenz kann man aktuelle Probleme anschaulich ebenenspezifisch verorten und zugrundeliegende Ursachen einfacher identifizieren. Unterschiede zwischen beiden Systemen stellt man in einer Liste dar, die als Grundlage für die Strukturierung und Priorisierung möglicher Änderungen dient.

Aktuelle strategische Initiativen und die Ergebnisse innovativer Projekte und ihre konkreten Beiträge zur Lösung aktueller Probleme werden in die Priorisierung für die Neuausrichtung einbezogen.

Als Kriterien für die Priorisierung dienen:

- Nutzen der Änderung für Bürger und Patienten
- Erfolgsfaktoren und Risiken
- erforderlicher Aufwand
 - Personalaufwand
 - materieller Aufwand
 - Überzeugungsaufwand
- erforderliche Kooperationen
- zeitliche Perspektive
- Synergieeffekte mit anderen Ministerien

Methoden der Versorgungsforschung werden eingesetzt, um im Sinne einer agilen Begleitforschung zeitnah Input für das Lernen auf der Metaebene zu liefern.

9.5 Wie können wir vorgehen?

Nach der konkreten Ausformulierung des Referenzsystems salu.TOP veranlasst eine **Expertengruppe** die Erstellung der Liste der Differenzen zwischen dem Referenzsystem salu.TOP und dem aktuellen Gesundheitssystem. Diese Liste wird nach definierten Kriterien bewertet und danach hinsichtlich Dringlichkeit, Nutzen und Machbarkeit priorisiert. Auf der Grundlage der Prioritätsliste wird ein **Masterplan** erstellt, nachdem die Neuausrichtung strukturiert wird. Der Masterplan beschreibt Teilprojekte, Ziele,

Meilensteine, verfügbare Ressourcen und Verantwortlichkeiten. Die Umsetzung des Masterplans verbindet erprobte Verfahren des Re-Engineerings und Change-Managements mit Neuentwicklungen wie Design-Thinking, Systems-Thinking, und Agilität. Im Masterplan wird **Verantwortung** für die Umsetzung klar zugeordnet.

Die **Gesundheitspolitik** initiiert die Formulierung von Gesundheits- und Versorgungszielen, des Ethikkodex, richtet das Gesundheitssystem nach dem Versorgungsbedarf aus und stellt angemessene Ressourcen bereit. Das BMG delegiert die Umsetzung an das neu zu gründende **Nationale Institut für Gesundheit (NIG)**. Patientenorientierung findet in alle Planungen und Dokumente an zentraler Stelle Eingang.

Das NIG steht an der Spitze der Ebene für **Selbstorganisation**, operationalisiert dort die Vorgaben des BMG und trägt die Verantwortung für die Umsetzung. Für die Umsetzung bezieht es andere Bundesbehörden ein und ersetzt die bisherigen gesetzlichen Aufträge und Verordnungen des BMG an den Gemeinsamen Bundesausschuss durch gezielte Aufträge für die Neuausrichtung und die Bewältigung aktueller Aufgaben.

Die **regionale Gesundheitspolitik** wird in Planung und Umsetzung der regionalen Versorgung gestärkt. Integrative Versorgung wird in den Bundesländern über Versorgungsketten realisiert. Unter Nutzung existierender Einrichtungen wird Zentrenbildung mit wohnortnaher Versorgung verbunden. Die Mitwirkung der Einrichtungen wird durch qualitätsorientierte Vergütung gefördert.

Die **Einrichtungen** (Krankenhaus, MVZ, Praxen) definieren und finanzieren sich durch ihre Einbindung in die regionalen Versorgungsketten. Für besondere, komplexe Leistungen werden sie gezielt akkreditiert. Ihre Vergütung orientiert sich an ihren Beiträgen zur Deckung des regionalen Versorgungsbedarfs, die sich aus der aktuellen Dokumentation der laufenden Versorgung ergibt.

In der konkreten Behandlung sind die **Patienten** in die Lage versetzt, ihre Gesundheitskompetenz zu steigern und damit stärker als bisher Verantwortung für sich und ihre Gesundheit zu übernehmen. Das am 1. September 2020 geöffnete Portal www.gesund.bund.de und Patientenuniversitäten unterstützen sie dabei, Partner in der Gesundheitsversorgung auf „Augenhöhe“ zu werden. Das **Medizinstudium** vermittelt neue Schlüsselqualifikationen, um Ärzte der Zukunft als Begleiter der Patienten auszubilden. Integrierte Ausbildungsformen werden fächerübergreifend entwickelt. Die **Behandlungsteams** können in ihren Einrichtungen patientenorientiert und evidenzbasiert arbeiten. Das NIG hat die Berücksichtigung von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit etabliert. Nutzen ist immer größer als Aufwand und Schaden zusammen.

Auf dieser Grundlage sind wir alle aufgerufen, aktiv zu werden – bevor es andere Player tun. Alphabet, Alibaba, Amazon, Apple, Facebook oder Google warten nur darauf, aus **unserem Gesundheitssystem** mit Big Data ein Big Business zu machen.

Deshalb:

STRATEGIEWECHSEL JETZT!