

Umwelt, Ökonomie, Gesundheit: Resilienz statt Reparatur

Neuausrichtung des Gesundheitssystems: Fit für die Zukunft!

DR. DR. KLAUS PIWERNETZ, MEDIMAXX HEALTH MANAGEMENT GMBH, PROF. DR. EDMUND NEUGEBAUER,
MEDIZINISCHE HOCHSCHULE BRANDENBURG



Das deutsche Gesundheitssystem hat im Prinzip eine hohe Leistungsfähigkeit. Im Sinne eines ungeplanten Stresstests hat aber die Corona-Pandemie in besonderer Weise gravierende Mängel mit teilweise drastischen Folgen aufgezeigt. Dysfunktionale Konstruktionsmängel verhindern, dass Leistungserbringer ihr hohes Engagement und ihre große Kompetenz zum Wohle der Patienten angemessen einbringen können. Sektorierung, Partikularinteressen, Angebotsorientierung und Ökonomisierung sind hier an erster Stelle zu nennen. Solche strukturellen und methodischen Systemdefizite sind gesetzlich im SGB V verankert. Ein Strategiewechsel mit einer Neuausrichtung des Gesundheitssystems am Patienten soll eine Gesundheitsversorgung herstellen, die der tatsächlichen Leistungsfähigkeit Deutschlands entspricht. In der Verbindung von Good Governance und Selbstorganisation können Methoden der kybernetischen Systemtheorie helfen, in einem funktional neu gegliederten Gesundheitssystem evidenzbasierte und bedarfsorientierte Anforderungen zu erfüllen. Fünf Schlüsselemente sind wegleitend: Gesundheits- und Versorgungsziele, Patientenorientierung, Bedarfsorientierung, Verantwortung und Transparenz.

Hintergrund

„Früher war alles einmal ganz einfach“

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde 1883 durch Reichskanzler Otto von Bismarck noch vor der Unfallversicherung (1884) und der gesetzlichen Rentenversicherung (1889) eingeführt. Neben der Kranken- und Altersversicherung umfasste sie auch die Invaliden- und Hinterbliebenen-Fürsorge. Es gab nur einen Kostenträger.

Seit der Gründung hat sich die Sozialversicherung geschichtlich weiterentwickelt. Das Sozialgesetzbuch umfasst inzwischen zwölf Bücher. Jedoch erweisen sich unter den heutigen Bedingungen nicht alle Änderungen als optimal; im Gegenteil – oft reagiert das System nicht wie erwartet.

Warum? Nach der linearen Vorstellung des Gesetzgebers wird ein Gesetz veröffentlicht, die Betroffenen handeln erwartungsgemäß und die erhoffte Wirkung tritt ein. Dem steht aber die Realität gegenüber: betroffene Organe der Selbstverwaltung, der Landeseinrichtungen sowie Vertreter der stationären und ambulanten Versorgung interpretieren das Gesetz und prüfen es darauf hin, wie man das Gesetz den Buchstaben nach befolgen und trotzdem seine eigenen Ziele weiterverfolgen kann. Am Ende entspricht die Wirkung des Gesetzes dann oft nicht den Erwartungen des Gesetzgebers. Solche Abweichungen werden dann durch eine – wiederum lineare – Gesetzesänderung korrigiert. Das SGB V wird zwar immer dicker, beseitigt aber weder die Systembrüche noch löst es die drängendsten Probleme – es ist aus der Zeit gefallen.

Mantra-artige Beteuerungen beschwören immer wieder, dass unser Gesundheitssystem doch ganz gut funktioniert, insbesondere, wenn man es mit anderen Ländern

vergleiche. Insgesamt muss man aber heute feststellen, dass unser Gesundheitssystem vergleichsweise teuer, aber dennoch den aktuellen Herausforderungen längst nicht mehr gewachsen ist. Maßstab für Vergleiche sind also nicht andere Länder, sondern allein die Möglichkeiten und Ressourcen unseres Landes. Die Option, das Gesundheitssystem über Gesetze steuern zu können, hat über die Jahre zunehmend an Wirksamkeit verloren. In keinem Fachressort gibt es seit Gründung der Bundesrepublik mehr Gesetze und Gesetzesänderungen als im Ressort „Gesundheit“. Das liegt nicht an den Gesundheitsministern. Es ist in der Konstruktion des aktuellen Gesundheitssystems verankert.

Alle Fachleute wissen das, viele bemühen sich um Verbesserungen und dennoch kommen wir nicht entscheidend voran. Die Probleme von heute und morgen können wir nicht mit einer Haltung und Denkweise von gestern lösen. Das Gesundheitssystem ist nach Definitionen der Systemtheorie ein komplexes System. Zahlreiche nicht-lineare Elemente (Menschen, Organisationen) wirken eng zusammen, ohne dass das Zusammenwirken immer klar definiert ist. Im Gegensatz dazu sind Gesetzesänderungen jedoch lineare Maßnahmen. Als Folge der Komplexität lässt sich die Gesamtreaktion des Systems bei linearen Eingriffen nur begrenzt vorhersagen.¹ Dennoch wird es immer wieder versucht – und täglich grüßt das Murmeltier!

Der Patient ist verloren gegangen

„Der Patient ist Zweck der Gesundheitsversorgung, nicht Mittel zur Erlösmaximierung.“ Dieser Satz stammt von Christiane Woopen² und bringt eine der Hauptursachen auf den Punkt. In den letzten Jahrzehnten hat das deutsche Gesund-

heitssystem die Patienten mit fortschreitender Ökonomisierung leider aus den Augen verloren. Trotz Ausbau der Patientenorientierung und Sicherung einiger Patientenrechte stellte sich in vielen Fällen keine Balance zwischen Versorgungsqualität und Ökonomie ein. Eine Förderung der Gesundheitskompetenz der Patienten lässt einige Fortschritte erwarten, aber die Neuausrichtung des Gesundheitssystems wird mehr Energie benötigen und Geduld verlangen.

Gesundheitsversorgung vor Ökonomie

Natürlich braucht Gesundheitsversorgung zur Unterstützung eine gut funktionierende Gesundheitswirtschaft. Klar ist auch, dass Methoden der Betriebswirtschaft die Organisation der Gesundheitsversorgung nutzbringend unterstützen können. Einrichtungen müssen auskömmlich wirtschaften können. Sie können auch Gewinne erzielen, solange sie sich an den Gesundheits- und Versorgungszielen ausrichten und verbindliche Forderungen wie etwa eine hohe Indikationsqualität, hohe Patienten- und Mitarbeitersicherheit, valide und verständliche Patienteninformation, Evidenzbasierung und allokativen Effizienz nachweislich erfüllen. Am Ende rangieren in der Gesundheitsversorgung immer Gemeinwohl und Patientenorientierung vor der Gewinnmaximierung. Für gewinnmaximierende Kommerzialisierung ist kein Platz.

In unserem Gesundheitssystem verdienen Patienten jeden Schutz vor überflüssigen oder zweifelhaften Medikamenten und Produkten genauso wie vor Serviceleistungen oder IT-Produkten mit zweifelhaftem Nutzen. Dazu sollte(n) beispielsweise:

- der Arzneimittelmarkt überprüft und bereinigt werden,
- das CE-Siegel durch wirksame Zertifizierungen ersetzt werden,

- Leistungen wie Individuelle Gesundheitsleistungen oder Homöopathie auf einen härteren Prüfstand gestellt oder abgeschafft werden und
- Patienten vor sinnlosen und nutzenbefreiten IT-Produkten bewahrt werden.

Das Gesundheitssystem gehört den Bürgern

Die Geldgeber im Gesundheitssystem sind schnell identifiziert: die Beitragszahler der Krankenversicherung und die Steuerzahler. Beitragszahler der GKV und Steuerzahler zahlen direkt, Beitragszahler der PKV finanzieren indirekt durch teilweise überflüssige und oft überteuerte Leistungen mit.

Aufgrund dieser Geldquellen ist es nur logisch, dass auch alle Bürger an der Beantwortung der Frage mitwirken sollen: „Wie wollen wir als Patienten in unserem Gesundheitssystem behandelt werden?“. Konkret sollen die Bürger daran beteiligt werden, die Gesundheits- und Versorgungsziele, die Rahmenbedingungen und den Ethikkodex mit zu definieren. Die Gesundheitspolitik unterstützt diese Maßnahme. Es gibt erprobte Methoden, eine Bürgerbeteiligung sinnvoll herzustellen. Siehe dazu auch die Initiative „Neustart“ der Robert Bosch-Stiftung.³

Bürger wollen auch darüber informiert werden, was das Gesundheitssystem mit den eingesetzten Mitteln für sie leistet. Die Öffentlichkeit könnte in einem nationalen Gesundheitsbericht jährlich darüber informiert werden, inwieweit die Ziele erreicht wurden, wofür die Mittel von wem eingesetzt wurden und wie sich die Gesundheit der Bevölkerung weiterentwickelt hat. Eine virtuelle Bürgerkonferenz würde dann das Ergebnis diskutieren.

Berufsalltag heute

Patienten verbringen oft lange Zeit im Wartezimmer, um dann in ein paar Minuten „behandelt“ zu werden. Ärzte beklagen zunehmende Bürokratie und Technisierung, einen wachsenden Kostendruck und einen deutlich unterbewerteten persönlichen Kontakt mit den Patienten. Diese auf beiden Seiten enttäuschten Erwartungen sind der Grund dafür, dass sich Arzt und Patienten immer weiter entfremden und das Vertrauensverhältnis zunehmend verloren geht. Dabei ist lange wissenschaftlich bestätigt, dass der Erfolg einer medizinischen Behandlung entscheidend davon abhängt, wie gut der Betroffene über seine Krankheit und die möglichen Behandlungsmöglichkeiten Bescheid weiß und mitentscheiden kann, wie das weitere Vorgehen aussehen soll. Die Bereitschaft, eine Therapie

auch durchzuhalten, steigt, wenn der Patient bei der Entscheidungsfindung wirklich beteiligt war.

Quo vadis ?

- Immer neue Gesetze helfen nicht weiter.
- Die Selbstverwaltung blockiert sich systembedingt selbst.
- Vergütungssysteme sind qualitätsfeindlich und veraltet (DRG, EBM).
- Die digitale Transformation hat gerade erst begonnen und geht schleppend voran.
- Die Integration kommt erst langsam auf den Weg.
- Zu wenig Pflegekräfte und zu viele Krankenhäuser mit starren Strukturen.
- Die Gesundheitsversorgung ist nicht am Patienten ausgerichtet
- Der Innovationsfonds zeigt erste Insellösungen; die Umsetzung scheitert noch zu oft am Rechtsrahmen. Was wollen wir? Es ist an der Zeit, das Gesundheitssystem unvoreingenommen, ohne Scheuklappen und frei von Partikularinteressen auf den Prüfstand zu stellen. Die Erkenntnisse aus der Corona-Pandemie können dabei nach gründlicher Analyse unterstützen.

Strategiewechsel jetzt!

So kann es nicht weitergehen:

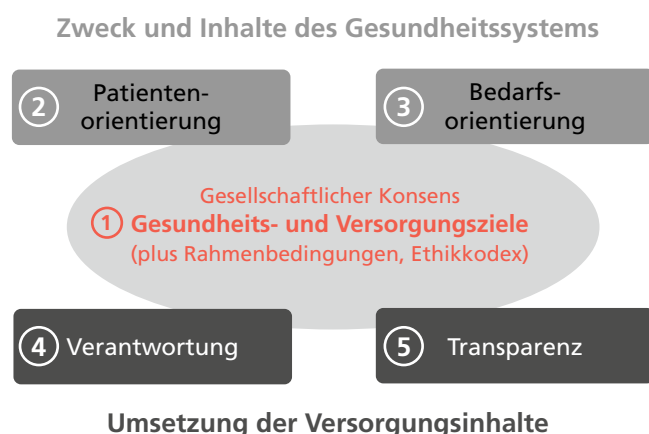
Was ist zu tun, wenn das Gesundheitssystem neu ausgerichtet und auf die Bewältigung der Herausforderungen der Zukunft ausgerichtet werden soll? Man stellt sich zu erst einige einfache Fragen:

- WARUM brauchen wir ein Gesundheitssystem?
--> **Patienten behandeln**
- WAS soll erreicht werden?
--> **Gesundheits- und Versorgungsziele**
- WIE wollen Bürger behandelt werden?
--> **Werte**
- WORAN orientiert sich Gesundheitsversorgung?
--> **am Versorgungsbedarf**
- WER muss/darf/soll was entscheiden?
--> **Klare Verantwortungsregelungen**
- WIEVIEL wurde bisher erreicht?
--> **für mehr Transparenz sorgen**

Über die Antworten auf diese Fragen besteht sicher ein breiter Konsens. Wer wollte widersprechen? Ganz bewusst bleibt dabei offen, wie die Antworten jeweils realisiert werden können. Dazu sind mehrere Modelle denkbar, die an dieser Stelle aber nicht diskutiert werden sollen. Der Appell **Strategiewechsel jetzt!**¹ stellt für das Referenzsystem salu.TOP¹ fünf Schlüsselemente in das Zentrum der Neuausrichtung (siehe Abb. 1): Sie bekommen in einem neu ausgerichteten Gesundheitssystem globale Bedeutung.

Die Entwicklung von Gesundheits- und Versorgungszielen steht im Zentrum und am Beginn aller Überlegungen für eine Neuausrichtung. Ziele allein reichen jedoch nicht aus, sie müssen durch exekutive Rahmenbedingungen und einen Wertekanon flankiert werden. Andernfalls bleiben weiterhin Unter-, Über- und Fehlversorgung sowie eine unerwünschte Kommerzialisierung mögliche Folgen. In dieser Verbindung kann der in Paragraph 70 SGB V gesetzlich geforderte Ausgleich zwischen Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit endlich hergestellt werden. Die Bedeutung und das Zusammenwirken der Schlüsselemente sollen hier nur angedeutet werden. Eine ausführliche Würdigung findet sich in „Strategiewechsel jetzt!“¹

Fünf Schlüsselemente für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems



Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 1: Die Schlüsselemente definieren zum einen Zwecke und Inhalte (Gesundheits- und Versorgungsziele, Rahmenbedingungen und Ethikkodex) und bilden zum anderen methodische Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung (klar zugeordnete Verantwortlichkeiten und eine umfassende Transparenz).

Wichtig ist, dass Gesundheits- und Versorgungsziele in einem Verfahren entwickelt werden, das einen breiten gesellschaftlichen Konsens herstellt. Methoden dafür sind ausreichend vorhanden. Ein aktuelles Beispiel für ein solches Vorgehen findet sich in den Mitteilungen zur Konferenz über die Zukunft der Europäischen Union.⁴ Wenn solche Methoden auf europäischer Ebene wirksam umgesetzt werden können, so sollte dies in einem deutlich kleineren und kulturell homogeneren Gebiet wie Deutschland erst recht möglich sein.

Die anderen vier Schlüsselemente sind in sich unstrittig. Zu klären ist einzig, wie sie in einem neu ausgerichteten Gesundheitssystem konkret verbunden und umgesetzt werden können.

Die Konstrukteure des alten Gesundheitssystems denken immer wieder von Strukturen her. Steuerung soll über Gesetze, Richtlinien und Vergütungen erfolgen: Wer darf was tun oder eben nicht tun, wer bekommt welche Vergütung wofür? Von Zielen und Ergebnissen ist nur selten die Rede, klare Zuordnung von Verantwortung findet sich nur in Ausnahmefällen. Vieles wird in die Entscheidung des G-BA gestellt, mit entsprechenden Folgen (siehe unten).

Die idealtypische Bewältigung der aktuellen Pandemie demonstriert eindrucksvoll die Sinnhaftigkeit dieser Schlüsselemente. Klare Ziele sind im nationalen Pandemieplan veröffentlicht⁵, sie wurden aber nicht sichtbar operationalisiert, ein Grad der Zielerreichung kann deshalb nicht berichtet werden. Patienten- und Bedarfsorientierung sind unstrittig. Klar zugewiesene Verantwortung und Transparenz lassen deutlich zu wünschen übrig. Transparenz bezüglich der aktuellen Situation oder bezüglich der Infektionsraten und Ausbreitungswege fehlt weitgehend. Informationen über die Auslastung des Gesundheitssystems waren erst deutlich verzögert verfügbar.

Die konkrete Zielrichtung jeweils aktuell geltender Maßnahmen und deren Evidenzbasis werden eher allgemein dargestellt oder bleiben ganz verborgen. Verantwortlichkeiten sind zwar in der „Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen“ aus dem Jahr 2013 klar beschrieben.⁶ Die konkrete Umsetzung lässt jedoch viel Raum für Verbesserungen. Wieviel Leid hätte vermieden, wieviel Geld eingespart werden können, wenn allein diese fünf Schlüsselemente und der Nationale Pandemieplan konsequent und wirksam umgesetzt worden wären?

Kybernetische Systemtheorie

Bei den Vorschlägen zur Neuorientierung des Gesundheitssystems sind die Grundsätze der kybernetischen Systemtheorie von Ludwig von Bertalanffy wegweisend.⁷ Die Ergebnisse eines Systems werden in viel stärkerem Maße von den funktionalen Verbindungen zwischen den Elementen als durch die Elemente selbst bestimmt.

Bedrückende Beispiele, wie missglückte Rückkopplungen zu Anreizen für desaströse Entwicklungen werden, haben Gerhard Schick⁸ und Ernst Ulrich von Weizsäcker⁹ vorgetragen. Schick zeigt, wie die viel zu niedrigen Eigenkapitalquoten bei der Kreditvergabe und die funktionale Kopplung von Geschäfts- und Investmentbanken maßgeblich zum wohl unvermeidlichen Desaster der Finanzwirtschaft beitragen. Von Weizsäcker zeigt im Ergebnisbericht des Club of Rome „Wir sind dran“¹⁰, dass viel zu niedrige Preise für Ressourcen- und Energieverbrauch sowie für Landverbrauch und menschliche Arbeitskraft Treiber der bedrohlichen Klimaentwicklung sind. Solange solche falschen Kopplungen nicht optimiert werden, können korrigierende Eingriffe kaum ihre volle Wirkung entfalten. Das gilt für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems genauso wie für Maßnahmen zum Klimaschutz.

Ein System allein mit Strukturmaßnahmen gezielt und wirksam zu beeinflussen, gelingt selten. In der Regel führen solche Versuche jeweils dazu, dass die Verantwortungsträger innerhalb einzelner Strukturelemente wie Krankenhäuser oder Praxen die Umsetzung selbst so gestalten, dass zwar gesetzliche Vorgaben zu einem notwendigen Minimum erfüllt, die eigenen Ziele jedoch weiterhin möglichst weitgehend umgesetzt werden können. Dieses Verständnis, dass Anreize (Rückkopplungen) die Abläufe in einem System oft wirksamer beeinflussen können als Strukturvorgaben, bildet eine wesentliche Grundlage für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems.

Grundkonzept zur Neuausrichtung

Entsprechend den Schlüsselementen (siehe Abb. 1) geht die Neuausrichtung von folgenden Prämissen aus:

1. Die Gesundheitspolitik erarbeitet auf breiter gesellschaftlicher Basis Gesundheits- und Versorgungsziele. Sie steckt den Rahmen ab, greift selbst aber nur bei besonderen Situationen in das operative Geschehen im Gesundheitssystem ein.
2. Das Gesundheitssystem organisiert sich im Rahmen der Vorgaben selbst.

Fünf funktional verbundene Ebenen



Quelle: Eigene Darstellung

Abb. 2: Entsprechend der kybernetischen Systemtheorie nach Bertalanffy sind die Ebenen über Ziele und Rückkopplungen verbunden. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass sich das Gesundheitssystem selbst steuern und dabei stetig aus den Ergebnissen lernen kann.



3. Die Ebenen im Gesundheitssystem werden über ihre Zwecke und Funktionen definiert und nicht wie bisher über Einrichtungen und deren Satzungen.

4. Zwischen den Ebenen werden funktionale Verbindungen in beiden Richtungen eingerichtet.

5. Innerhalb der Ebenen werden Regeln für die Umsetzung der Zwecke und Ziele definiert.

Aus diesen Prämissen ergibt sich eine Struktur für das Gesundheitssystem nach Abbildung 2. In der linken Spalte finden sich zum Vergleich die klassischen Strukturen. In der mittleren Spalte finden sich die Ebenen wieder, allerdings sind sie nicht mehr über die Einrichtungen und Strukturen definiert, sondern über die Zwecke, die jeweils realisiert werden sollen. In der rechten Spalte ist angedeutet, dass die Ebenen nicht mehr über Gesetze, Richtlinien und Verordnungen verbunden sind, sondern über Ziele und Evidenzen sowie durch Transparenz über erreichte Ergebnisse und verbrauchte Ressourcen. Dies realisiert einige Voraussetzungen der kybernetischen Systemtheorie nach Ludwig von Bertalanffy.⁷

Das gemeinsame Ziel aller Ebenen in ihrem Zusammenwirken ist die erfolgreiche und effiziente Umsetzung der Gesundheits- und Versorgungsziele. Dazu arbeiten die Ebenen so zusammen, dass die jeweils obere Ebene dafür sorgt, dass die nachfolgende Ebene ihre Aufgaben optimal erfüllen kann – Unterstützung statt Überwachung. Im Sinne von Transparenz als Grundvoraussetzung für die Regelungsfähigkeit des Gesundheitssystems informiert die jeweils untere Ebene, wie weit sie mit der Umsetzung ihrer Aufgaben gekommen ist und welche Ressourcen dazu verbraucht wurden. So kann die jeweils obere Ebene ihre Unterstützung bei der Umsetzung der Gesundheits- und Versorgungsziele optimieren.

Es geht also nicht um Anordnung und Vollzugsmeldungen im Sinne von Abhängigkeitsverhältnissen, sondern um das gemeinsame Bemühen aller, die Gesundheits- und Versorgungsziele für das Gemeinwohl und zum Nutzen der breiten Bevölkerung subsidiär umzusetzen. Diese Einstellung ist eine Grundvoraussetzung. Sie stellt als ethische Setzung das Gemeinwohl immer über kontraproduktive Individualziele und Gewinnoptimierung.

Die Regeln innerhalb der Ebenen

In jeder Ebene sind drei Regeln definiert, also insgesamt 15 Regeln. Um das Grundprinzip zu verdeutlichen, wird aus

jeder Ebene eine Regel hervorgehoben und ihr Zweck im Sinne der Aufgaben der Ebene erläutert.

Ebene 1: Ziele setzen

G1: *Die Gesundheitspolitik ermöglicht gesellschaftlichen Konsens über nationale Gesundheits- und Versorgungsziele, Rahmenbedingungen und ethische Maßstäbe.*

Die Gesundheitspolitik schafft die erforderlichen Voraussetzungen dafür, Gesundheits- und Versorgungsziele, exekutive Rahmenbedingungen und die ethischen Maßstäbe auf breitem gesellschaftlichem Konsens zu entwickeln und setzt den Prozess in Gang. Beschlüsse von Bundestag und Bundesrat machen die Ergebnisse verbindlich.

Wichtig ist in dieser Ebene festzustellen, dass die Gesundheitspolitik keine operativen Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb des Gesundheitssystem hat. Sie setzt Ziele und ermöglicht deren Umsetzung. Allerdings kann sie bei eklatanten Fehlentwicklungen jederzeit als Ultima ratio eingreifen.

Ebene 2: Operationalisieren

O1: *Die Selbstorganisation operationalisiert Versorgungsziele und definiert generische Behandlungspfade.*

Der Schlüsselbegriff in dieser Ebene lautet „**Selbstorganisation**“. Im Gegensatz zur bisherigen Selbstverwaltung hat diese Ebene die Aufgabe, das Gesundheitssystem so zu organisieren, dass einerseits die gesetzlichen Vorgaben erfüllt werden können und andererseits das Gesundheitssystem zukunftsfähig ausgebaut wird. Niemand will ein staatliches Gesundheitssystem! Aber niemand will auch ein durch partikular ausgerichtetes Funktionsträger oder kommerzielle Wirtschaftsunternehmen bestimmtes Gesundheitssystem. Deshalb ist die Ausrichtung dieser Ebene von entscheidender Bedeutung.

In Ebene 2 werden die evidenzbasierten Voraussetzungen zusammengestellt, damit die Regionen eine gleichmäßige Gesundheitsversorgung auf wissenschaftlicher Grundlage gemäß Paragraf 12 SGB V sicherstellen können. Die Bedeutung des Paragrafen 70 „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit“ soll herausgestellt werden, denn dieser Paragraph bringt die drei Grundforderungen in einen harmonischen Ausgleich.

Ebene 3: Regionalisieren

R1: *Jede Region passt die operationalisierten Versor-*

gungsziele den regionalen Gegebenheiten an; ihr Erreichungsgrad wird jährlich transparent berichtet.

Die Regionen sind dafür verantwortlich, die Gesundheitsversorgung regional selbst zu organisieren und in allen Bereichen – ambulant, stationär, präventiv und palliativ – umzusetzen. Dazu müssen sie in vielen Bereichen neue, managementfähige Strukturen aufbauen. Die aktuell gültige Hoheit der Krankenhausplanung wird um die ambulante Versorgung erweitert und umfasst schließlich die gesamte Planung des integrativen Versorgungsgeschehens.

Versorgungsketten sind die tragenden Elemente dieser Ebene. Ihr Funktionieren garantiert allen Bürgern einen angemessenen Zugang zum Gesundheitssystem, eine evidenzbasierte Gesundheitsversorgung und die Sicherstellung von Kontinuität.

Ebene 4: Organisieren

O1: *Die Einrichtungen erfüllen die bedarfsorientierten Versorgungsziele.*

Diese Regel bindet die regionalen Organisationen wie Krankenhäuser, MVZ und Arztpraxen in das Versorgungsge-

schehen derart ein, dass die regionalen Versorgungsziele umgesetzt werden können. Die Orientierung an den spezifischen regionalen Versorgungsbedarfen ersetzt die bisherige Angebotsorientierung. Bei der Umsetzung dieser Anforderungen sind die Einrichtungen im Sinne von Corporate Governance und Selbstorganisation frei soweit sie die exekutiven Rahmenbedingungen und den Ethikkodex beachten.

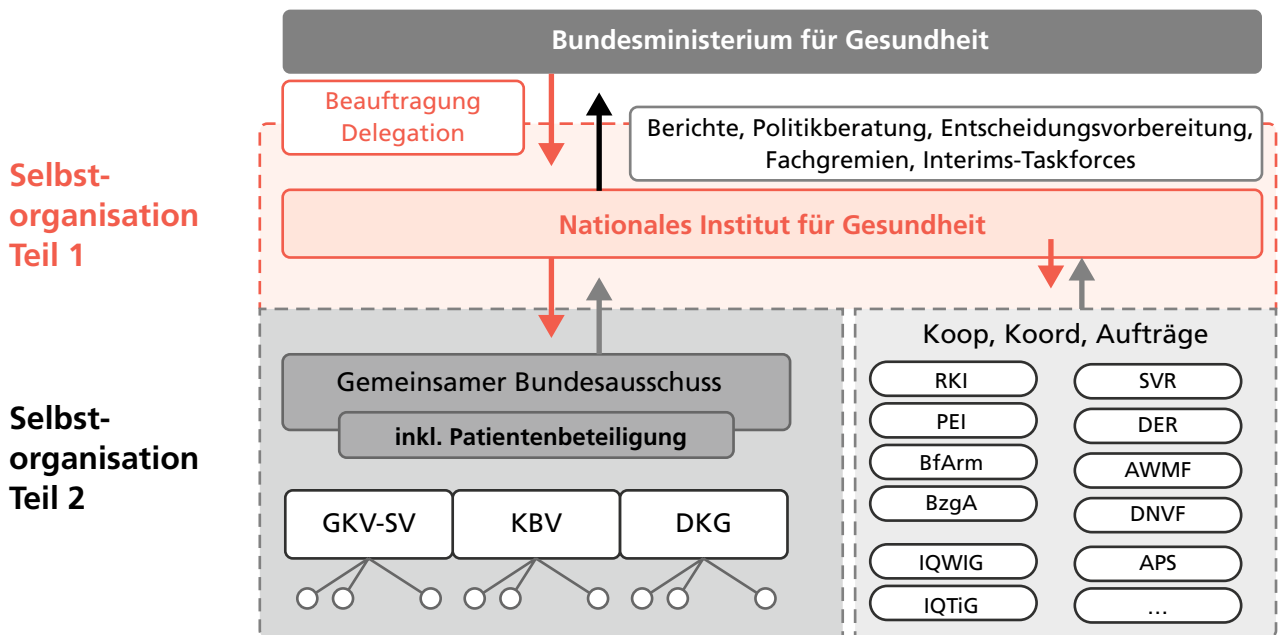
Ebene 5: Behandeln

P1: *Der Patient entscheidet, was geschieht.*

Dieser Punkt ist eigentlich nach dem Grundgesetz und dem Strafgesetzbuch selbsterklärend. In der Realität muss er allerdings durch Förderung der Gesundheitskompetenz dahingehend konkretisiert werden, dass Patienten auch in die Lage versetzt werden, rational zu entscheiden. Zumindest dann, wenn sie dies wollen und können.

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle die Regel P 3 explizit erwähnt werden. Sie besagt, dass der Nutzen für Patienten immer größer sein muss als der Aufwand und eventuell zugefügter Schaden. Allein schon aus dieser Regel

Das Nationale Institut für Gesundheit

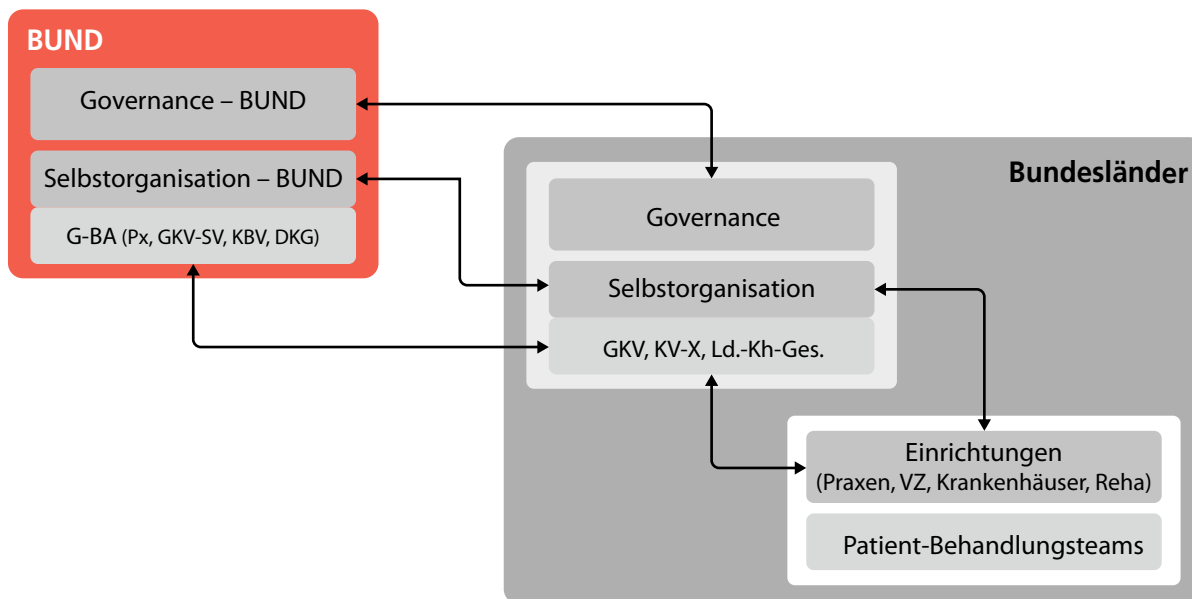


Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 3: Als wesentlicher Teil der Selbstorganisation in Ebene 2 operationalisiert das Nationale Institut für Gesundheit (NIG) die Vorgaben des Gesetzgebers und bereitet so die Umsetzung im G-BA vor. Damit befreit das NIG die bisherigen Organe GKV-SV, DKG und KBV aus ihren Zielkonflikten. Die KZBV kann zwanglos integriert werden.

Governance, Selbstorganisation und Föderalismus



Quelle: Eigene Darstellung



Abbildung 4: Im Referenzsystem werden die Aufgaben und Bundes- und Landesebene funktional verbunden. Das kann nach den Prinzipien von **Good Governance, Selbstorganisation und Subsidiarität** funktionieren.

leitet sich etwa eine hohe Indikationsqualität ab, die eine Mindestmengenregelung in der jetzigen Form überflüssig machen sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung deutlich reduzieren würde.

Grenzen traditioneller Selbstverwaltung

Die traditionelle Selbstverwaltung besteht im G-BA aus den drei unabhängigen Vertretern einschließlich des Vorsitzenden und den sogenannten Bänken GKV-SV, DKG, KBV und KZBV. Patienten haben das Recht, gehört zu werden. Sie haben aber keine Stimme. Das Problem zeigt sich an der realen „Machtverteilung“: Die Bänke entscheiden mit wechselnden Mehrheiten, die Patienten sitzen am „Katzentisch“. Das entspricht nicht dem aktuellen Demokratieverständnis, sondern wirkt eher wie ein Relikt aus alten Zeiten. Bürger und Mitglieder der Krankenkassen stellen die Mittel für die Gesundheitsversorgung bereit. Also haben sie ein Mitspracherecht, wie diese Mittel eingesetzt werden sollen. Der Volksmund geht sogar noch weiter und fordert: „Wer zahlt, schafft an!“ Das Selbstverständnis der Bänke wird in ihren offiziellen Verlautbarungen in folgenden Auszügen deutlich:

- GKV-SV: „Über uns: Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland.“¹¹
- KBV: „Die KBV nimmt die Interessen der rund 172.000 freiberuflichen, in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten wahr.“¹²
- DKG: „Die DKG unterstützt die Krankenhäuser in der Bundespolitik. Sie setzt sich als Dachverband der Krankenhausträger für die Interessen und Belange der Krankenhäuser ein.“¹³

Die Bänke sehen sich als Interessenvertreter und handeln im G-BA aufgrund ihrer Satzungen auch so. Wo bleiben da die Patienten und das Gemeinwohl? Wie sollen solche Interessensvertreter ein Gesundheitssystem zum Gemeinwohl der Gesellschaft auf die Bewältigung der Zukunft neu ausrichten? Das ist nur schwer vorstellbar. Sie sind in einem „Deadlock“ zwischen gesetzlichen Aufträgen und ihren satzungsgemäßen Pflichten gefangen.

Um es ganz klar zu sagen: Den handelnden Personen ist kein Vorwurf zu machen. Sie müssen entsprechend ihren Arbeits- und Dienstverträgen die Interessen ihrer Einrichtungen vertreten. Die Ursache liegt allein in der Gesetzgebung, die sie in solche, kaum auflösbaren Ziel-

konflikte stellt. In den letzten zwanzig Jahren wurden diese Konflikte jedenfalls nicht gelöst. Die Liste der Formelkompromisse sprechen eine eindeutige Sprache: von den 84 Beschlüssen des G-BA bis 2020 bezogen sich nur knapp zehn Prozent auf systemrelevante Fragen.¹

Fazit: die traditionelle Selbstverwaltung ist grundsätzlich nicht in der Lage, das Gesundheitssystem im Sinne des Gemeinwohls und der Umsetzung von Gesundheits- und Versorgungsziele neu auszurichten.

Das Nationale Institut für Gesundheit

Das grundsätzlich Neue an der vorgeschlagenen Neuausrichtung wird an einer Maßnahme besonders deutlich: am Nationalen Institut für Gesundheit (NIG). Das NIG belebt erstarrte Strukturen durch seine zielorientierte und funktionstüchtige Aufstellung und ermöglicht es den aktiven Organen der klassischen Selbstverwaltung, ihre Kompetenz wirksam in die Neuausrichtung einzubringen.

Deshalb noch einmal und grundsätzlich:

1. Niemand will ein staatliches Gesundheitssystem!
2. Die Aufgaben und Grenzen des NIG sichern die Selbstorganisation.
3. Vor einer Bewertung sollten Kritiker Funktion und Einbindung des NIG erst zu Ende denken.

Dieses Institut hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

1. Die Operationalisierung der Gesundheits- und Versorgungsziele unter Berücksichtigung des Ethikkodex. Dazu optimiert es die exekutiven Rahmenbedingungen und strukturiert die Aufgaben des neu gestalteten Gemeinsamen Bundesausschusses und seiner Organe.
2. Aufbau, Pflege und Bereitstellung der Evidenzbasis für das medizinische, pflegerische und therapeutische Geschehen. Die Definition der wissenschaftlichen Inhalte bleibt den jeweiligen Fachgesellschaften vorbehalten,
3. Koordination beim Aufbau der organisatorischen, technischen und informationstechnischen Grundlagen für das Versorgungsgeschehen.
4. Aufbau, Pflege und Bereitstellung der gesundheitsbezogenen Information und Kommunikation sowie der nationalen Gesundheitsberichtserstattung.
5. Koordination der Statistik und Analysen des nationalen Gesundheitsversorgungsbedarfs.
6. Unterstützung der Bundesländer bei der Umsetzung ihrer föderalen Aufgaben.

Abbildung 3 zeigt die organisatorische Positionierung des NIG zwischen Gesundheitspolitik und traditioneller Selbstverwaltung. Weitere Details finden sich in¹.

Governance, Selbstorganisation und Föderalismus

Im Referenzsystem salu.TOP verbinden sich die drei Elemente Governance, Selbstorganisation und Föderalismus zu einem zielorientierten, selbstlernenden System (siehe Abb. 4).

Die Aufgaben des Bundes und der Bundesländer im Gesundheitssystem sind gesetzlich verankert. Bisher definiert der Bund den Rahmen der Gesundheitsversorgung oft unter Mitwirkung des G-BA in dem Sinn, dass der G-BA die Gesetze konkretisieren und ausgestalten soll. Nicht selten wird deshalb der gesetzliche Auftrag in den Formelkompromissen der Bänke GKV-SV / DKG / KBV verwässert. Eigeninitiativen des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher bilden die Ausnahme.

Die Kompetenzen der Bundesländer beschränken sich derzeit auf die Gestaltung der stationären Versorgung und auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im Übrigen setzen sie die gesetzlichen Vorgaben des Bundes um.

Im Referenzsystem salu.TOP werden die Aufgaben auf Bundes- und Landesebene funktional verbunden.¹⁴ Dies kann nach den Prinzipien von Good Governance funktionieren.^{15,16} Wichtig ist die klare Abgrenzung der Verantwortlichkeiten. Wissenschaftliche Inhalte und Methodik sowie Faktenbasis etwa aus Epidemiologie, Soziodemografie und Gesundheitsberichtserstattung gelten bundesweit einheitlich und werden deshalb aus Effizienzgründen auf Bundesebene verbindlich definiert. Sie bilden die Grundlage für die organisatorische Umsetzung in den Regionen nach den Regularien eines subsidiären Föderalismus.

Unterhalb der jeweiligen Governance-Bereiche lassen Bund und Länder reichlich Spielraum für die Selbstorganisation der Gesundheitsversorgung durch die Leistungserbringer.

Ausblick

Die Lernbotschaften aus der Corona-Pandemie zeigen bereits jetzt, dass das Grundkonzept des Referenzsystems salu.TOP zu wesentlichen Verbesserungen des Gesundheitssystems führen würde. Nicht nur, dass eine nächste Pandemie mit wesentlich geringerem Aufwand und Leid

für die Bevölkerung und mit deutlich niedrigeren Kosten für Steuerzahler und Wirtschaft beherrscht werden könnte, nein, auch das Gesundheitssystem an sich würde deutlich effizienter funktionieren und wäre in dem Sinne zukunftsfähiger, da es aus sich heraus Bedrohungen erkennen und durch die lernende Selbstorganisation auch besser bewältigen könnte.

Deshalb schlagen wir vor: **Strategiewechsel jetzt!**

E-Mail-Kontakt: kpi@medimaxx.net oder edmund.neugebauer@mhb-fontane.de

I.: salus: Gesundheit | Utopia: der Ort, den es eigentlich geben müsste | TOP: Position unseres Gesundheitssystems

Literatur

1. Klaus Piwernetz, Edmund Neugebauer: Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems. Verlag deGruyter 2021. ISBN: 978-3-11-070674-1, e-ISBN (PDF): 978-3-11-070682-6, e-ISBN (EPUB): 978-3-11-070692-5
2. Christiane Woopen: Ethischer Anspruch und Kostendruck im Krankenhaus sind nur schwer miteinander vereinbar. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2014, 24.Okt. 2014.
3. Robert Bosch Stiftung: Neustart: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/neustart-buergerreport-2020>. Download 20.04.2021
4. Europäische Union: Konferenz zur Zukunft Europas. https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/conference-future-europe_de. Download 01.06.2021
5. Robert-Koch-Institut: Nationaler Pandemieplan. Band 1 und 2. 2016 und 2017.
6. Bundesdrucksache: Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die Koordinierung des Infektionsschutzes in epidemisch bedeutsamen Fällen (Verwaltungsvorschrift-IfSG-Koordinierung - IfSG-Koordinierungs-VwV), 12. Dezember 2013
7. Ludwig von Bertalanffy: General Systems Theory. Braziller Inc. 2015.
8. Gerhard Schick: Finanzkrise: Erwartbar? - Beherrschbar? Die ökonomischen Konsequenzen. Siehe den Beitrag in diesem Heft.
9. Ernst Ulrich von Weizsäcker: Umwelt – Klima – Energie: Neue Politik erforderlich. Siehe den Beitrag in diesem Heft.
10. Weizsäcker, Ernst Ulrich von; Wijkman, Anders: Wir sind dran. Club of Rome: Der große Bericht: Was wir ändern müssen, wenn wir bleiben wollen. 2017. Gütersloher Verlagshaus. ISBN 978-3-641-21996-3.
11. GKV-Spitzenverband: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/gkv_spitzenverband.jsp. Download 20.4.2021
12. Kassenärztliche Bundesvereinigung: <https://www.kbv.de/html/437.php>. Download 20.4.2021
13. Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft: <https://www.dkgev.de/dkg/aufgaben-ziele/>. Download 20.4.2021
14. Klaus Piwernetz, Edmund Neugebauer: Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt! Teil 2: Governance und Selbstorganisation. 2021. in „Monitor Versorgungsforschung“ (03/21), S.36-39. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.03.21.1866-0533.2013>.
15. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Good Governance – Rahmenbedingung für Entwicklung, Good Governance – Rahmenbedingung für Entwicklung, Good Governance – Rahmenbedingung für Entwicklung; <https://www.bmz.de/de/themen/goodgovernance/index.html?follow=adword>. Download am 15.03.2021
16. The Hertie School of Governance, The Governance Report 2019. Health Governance, Inequalities, Health Security, Patient-centered Care, Health Politics, Global Health; Oxford University Press. 2019. ISBN 978-0-19-882150-2 ebook ISBN 978-0-19-255466-

DR. MED. DR. RER. NAT. KLAUS PIWERNETZ



Arzt (seit 1981: Bereich Innere Medizin) und Dipl.-Physiker (seit 1974: Biokybernetik und kybernetischer Systemtheorie). Entwicklung von IT-Systemen, 1989 bis 1999 für WHO-EURO und EU (Gesundheitssysteme, Telematik, Qualitätsmanagement), seit 1994 selbständig (QM in Klinik und Praxis, Telematik, Gesundheitsportal Qualität, Systemanalyse). Qualitätskliniken.de (2009-16). Strategiewechsel jetzt! (seit 2020).



PROF. DR. PROF. DR. H.C. EDMUND A. M. NEUGEBAUER



Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB), 2016–2018 Dekan der MHB. Bis zur Emeritierung Lehrstuhl für Chirurgische Forschung an der Universität Witten / Herdecke. Gründungsmitglied und Vorsitzender des DNVF (2012–2018) und des DNEBM (2007–09). Strategiewechsel jetzt! (seit 2020).

