



Dr. Dr. Klaus Piwernetz¹, Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Edmund A. M. Neugebauer²
 1: medimaxx health management GmbH, München
 2: Präsident der Medizinischen Hochschule Brandenburg

Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!

Teil 1: Good Governance und Gesundheitsziele

>> Der bekannte deutsche Trend- und Zukunftsforscher Matthias Horx nennt es **Re-Gnose**. Mit dieser Sichtweise fordert er seine Leser und Zuhörer auf, sich quasi auf den Stuhl des Zeitreisenden zu setzen und aus der Position der Zukunft auf das Heute zurückzuschauen. Die Gegenwart ist Corona und unser heutiges Gesundheitssystem. Nehmen wir an, dass in zehn Jahren Corona endemisch geworden, Impfungen rasch und in ausreichender Zahl verfügbar sind und eine erfahrene Nationale Pandemie-Taskforce mit einem vernetzten Infektions-Monitor einen Ausbruch rasch erkennt, die Öffentlichen Gesundheitsdienste unmittelbar die Infektionspfade analysieren und betroffene Bürger gegebenenfalls in Quarantäne nehmen kann, das **Nationale Institut für Gesundheit** online die verfügbaren Ressourcen wie Schutzkleidung, Desinfektionsmittel, Intensivkapazitäten, Impfstoffvorräte, Produktionskapazitäten abfragt und gegebenenfalls ergänzt und die Bevölkerung zeitnah, korrekt und verständlich informiert. Die Pandemie würde sich nicht exponentiell ausbreiten, das Gesundheitssystem käme mit den überschaubaren Fällen gut zurecht und Politiker könnten auf einer täglich aktualisierten Entscheidungsgrundlage handeln: kein Lockdown, weniger Tote, viele Milliarden Euro gespart.

Die Frage ist, zurückblickend von 2030 auf die Gegenwart: Was hat uns damals gefehlt? Wir hatten aktuelle Pandemiepläne, wir hatten kompetente Wissenschaftler, die Leistungserbringer in Krankenhäusern und Praxen waren kompetent und engagiert, und die Bevölkerung hatte zu Beginn gut mitgemacht. Der Rest ist Geschichte. Glücklicherweise war man nach dem Abklingen der Pandemie vorausblickend, und hat das Gesundheitssystem insgesamt auf den Prüfstand gestellt und stellte sich einfache Fragen: Was soll das Gesundheitssystem eigentlich leisten? Was würde der Bevölkerung und insbesondere den Patienten am besten helfen? Welche Aufgaben wären dabei zu bewältigen? Welche Einrichtungen und welche Personen können dabei welche Verantwortung übernehmen und was brauchen sie dazu? Woran erkennt man, ob die Ziele auch erreicht worden sind? Werden die Ressourcen sinnvoll eingesetzt? Mit professionellem politischem Handeln und einer klug formulierten **Good Governance** begann alles. Und erstaunlicherweise machten alle mit! Na ja, fast alle. Jedenfalls erarbeiteten ausreichend viele mit ihrer Kompetenz und ihrem Engagement erfolgreiche Lösungen, mit modernen Methoden der Selbstorganisation und ohne bürokratische Fesseln oder direktive Gängeleien.

Zurück in die Gegenwart: Natürlich wird während der Pandemie niemand ernsthaft fordern, neben allen Herausforderungen, die uns das überaus volatile Virusgeschehen eh schon aufbürdet, auch noch das Gesundheitssystem neu auszurich-

ten. Doch im Übergang von der Pandemie zur Endemie ist die richtige Zeit darüber nachzudenken, wie man die dringend nötige Neuausrichtung in Angriff nehmen kann und welche Weichenstellungen und/oder Impulse schon jetzt in eine zukunftsweisende Richtung gesetzt werden können. Das hätte den großen Vorteil, dass man gleich nach Corona einigen Ballast abwerfen kann, um den Zugang für Patienten zu vereinfachen, die Qualität der Gesundheitsversorgung weiter zu heben, die Arbeitszufriedenheit der gebeutelten Leistungsträger zu fördern, das Gesundheitssystem insgesamt zukunftsfähiger zu machen und gleichzeitig auch noch einige Effizienzreserven zu heben. Das klingt einleuchtend.

Es gelingt aber seit vielen Jahren und Jahrzehnten nicht, obwohl jeder, der unser System näher kennt, weiß: **Unser Gesundheitssystem ist dringend reformbedürftig.**

Klar ist auch: Das weiß man schon sehr viel länger, nur hat bislang niemand umfassend und konsequent reagiert. Viele der in der Pandemie zu Tage tretenden Probleme wurden auf mehr als 10.000 Seiten der Gutachten des Sachverständigenrats und vieler anderer Institutionen beschrieben. Und nicht umsonst gibt es in keinem Ressort mehr Gesetze und Gesetzesänderungen als in der Gesundheitspolitik.

Das Problem ist: Die Beharrungskräfte, die den Status quo erhalten wollen, sind hoch, manche aus reiner Behäbigkeit, einige, weil sie ganz gut in und mit dem jetzigen System verdienen. Doch gerade in Krisen wie der lange noch nicht überwundenen Corona-Pandemie zeigt sich, dass die überwiegende Mehrzahl der kompetenten, engagierten und vor allem am Patientennutzen orientierten Leistungserbringer versucht, die Funktionalität des Systems auch dann noch zu erhalten, wenn Politik und Bürokratie, aus welchen Gründen auch

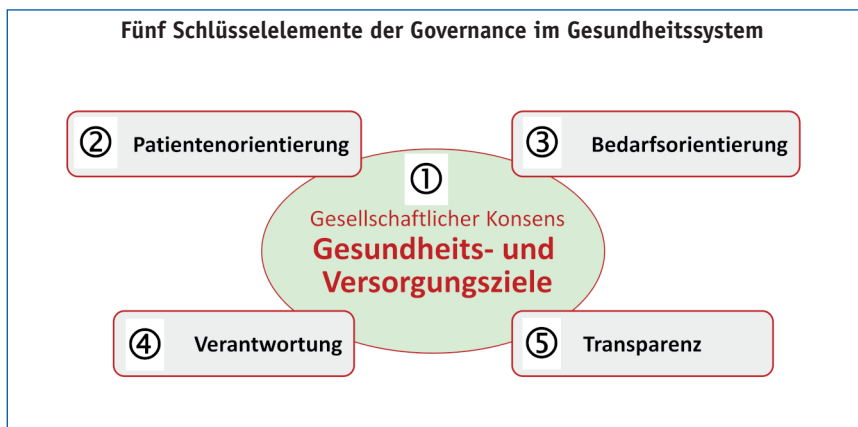


Abb. 1: Die Schlüsselemente Gesundheits- und Versorgungsziele, Patientenorientierung, Bedarfsorientierung, Verantwortung und Transparenz stehen an der Spitze des Systems. Die ersten drei definieren den Zweck und die Inhalte des Gesundheitssystems, die beiden letzten bestimmen, wie die Zwecke erfüllt und die Inhalte umgesetzt werden.

immer, hinter der Dynamik der Krisenentwicklung hinterherhinken.

An dieser Stelle sieht man, wie sinnvoll es doch wäre, zum einen genau diesen Menschen größere Gestaltungsfreiräume als bisher zu schaffen; zum anderen Bürgern und Patienten endlich eine verantwortungsvolle Mitwirkung zu ermöglichen.

Bei der durchaus möglichen, wenn auch mit Sicherheit langwierigen Neuausrichtung des Gesundheitssystems darf man sich trotz aller Visionen keinen zweckrationalen Träumereien hingeben. Weder werden sich alle Einrichtungen und Leistungserbringer – welcher Trägerschaft auch immer – fröhlich auf einmal in neue Versorgungsstrukturen einbinden wollen. Noch werden sich beteiligte und betroffene Menschen immer so verhalten, wie es für das Gesundheitssystem optimal wäre. Beide Gruppen, das ist so sicher wie das Amen in der Kirche, werden immer eigene Ziele verfolgen und jene Prioritäten setzen, die sie für sich am besten halten. Das ist im Sinne einer funktionierenden Marktwirtschaft durchaus erwünscht, solange sie im Sinne einer sozialen Marktwirtschaft jene Vorgaben und Prämissen beachten, die sich auch alleine schon aus der Governance ergeben.

„Der Begriff Governance umfasst die Art und Weise, wie in einem Staat Entscheidungen getroffen, politische Inhalte formuliert und umgesetzt werden. Good Governance ist transparent, effektiv und legt Rechenschaft ab. Sie beteiligt die gesamte Bevölkerung und berücksichtigt die Meinung und die Bedürfnisse von Minderheiten und Schwachen. Alle Bürgerinnen und Bürger werden mit den notwendigen öffentlichen Gütern und sozialen Dienstleistungen versorgt.“

Das schreiben nicht wir, sondern das BMZ, das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (1). Dabei ist ein entsprechendes Grundverständnis über Führung bei der Umsetzung staatlicher Aufgaben von ausschlaggebender Bedeutung, das hier vereinfachend als „Governance“ bezeichnet wird, wobei man im positiven Sinne eher von „Good Governance“ spricht.

Eine umfassende Diskussion von Governance und deren Bedeutung für das Gesundheitswesen liefert der „Governance Report 2019“ (2). Die Berücksichtigung dieser Grundsätze würde sich jeder im Gesundheitssystem wünschen, auch wäre die Bewältigung der Corona-Pandemie durch die Bundes- und Landespolitik sowie durch die vielen damit befassten staatlichen und kommunalen Organe erfolgreicher gewesen. Hier offenbart sich ein wesentlicher Erfolgsfaktor, denn **Good Governance bietet einen Ordnungsrahmen** für alle. Die in diesem Rahmen mögliche wie nötige Selbstorganisation ermöglicht es zudem allen Systempartnern, ihre individuellen Kompetenzen und ihr persönliches Engagement zu entfalten. Dazu müssen Governance und Selbstorganisation jeweils spezifisch auf Bundesebene und Länderebene – die weiterhin die Gesundheitsversorgung organisatorisch und materiell gestaltet und verantwortet – definiert werden. Indes nicht als einzeln abgeschlossene Bereiche, sondern als verbundene, miteinander kommunizierende Einheiten, die ein gemeinsames Ziel verfolgen (Abb. 2). Diese gibt es aber bisher hierzulande nicht.

Das stimmt nicht ganz. Gesundheitsziele wurden bei uns bereits vor 20 Jahren definiert. In den Folgejahren wurden auch einige Ziele ausgerufen. Sie bleiben aber zum einen deutlich hinter den WHO-Ansätzen „Gesundheit für alle“ in Inhalt und Vollständigkeit zurück.

Zudem wurden sie nicht so operationalisiert, dass ihre Umsetzung verbindlich gemacht wurde und der Erreichungsgrad hätte gemessen werden können. Noch wurden sie in praxis- und patientennahe Versorgungsziele überführt, die für alle Systempartner handlungsanleitend gewesen wären. Doch ohne explizit formulierte und konsentrierte Gesundheits- und Versorgungsziele bleibt die Deutungshoheit über operative Ziele immer bei den Anbietern von Versorgungsleistungen. Anders ist es etwa in Österreich: Bei unseren Nachbarn wurden bereits im Jahr 2012 zehn Gesundheitsziele in einem breit abgestimmten Prozess mit zahlreichen Vertretern aus Politik und Gesellschaft entwickelt, die bis zum Jahr 2032 den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bilden sollen (3).

Davon träumen wir nur. Und genau deshalb spielen in dem von uns vorgeschlagenen Referenzsystem, das wir salu.TOP genannt haben, **Gesundheits- und Versorgungsziele** eine bedeutsamere Rolle (siehe Abb.1). Ihre Legitimation sollen sie – wie in Österreich – dadurch bekommen, dass sie auf breiter gesellschaftlicher Basis entwickelt und vom Parlament verabschiedet werden. Dies allerdings ergänzt mit der Maßgabe, dass die Exekutive dem Parlament regelmäßig über den Umsetzungsgrad berichten muss.

Ziele zu definieren, **was** das Gesundheitssystem konkret erreichen soll, ist das eine, das erste. Damit ist jedoch noch absolut offen, **wie** das geschehen soll. Dies sollen in unserem Konzept **exekutive Rahmenbedingungen** und ein **Ethikkodex** festlegen, die die Gesundheits- und Versorgungsziele flankieren.

Die **Exekutiven Rahmenbedingungen** regeln etwa, wie der Zugang zum Gesundheitssystem gemäß den jeweiligen, individuellen Anforderungen garantiert wird. Darin wird auch geregelt, dass Schnittstellen durch Nahtstellen zu ersetzen sind und wie das realisiert werden kann. Damit wird es zwar noch Sektoren, aber nach und nach keine Sektorengrenzen mehr geben. Die Rahmenbedingungen enthalten ebenso Hinweise, welche Elemente in Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ausformuliert werden sollten, damit diese nahtlos und ohne Zusatzaufwand im Gesundheitssystem direkt eingesetzt werden können. Das gleiche gilt für die Art und Weise wie evidenzbasierte Innovationen nicht nur ins System, sondern in die Regelversorgung kommen sollen. Alles zum Besten der Patienten.

Der **Ethikkodex** regelt schließlich das Verhältnis zwischen dem Zweck des Gesundheitssystems und individuellen Zielsetzungen. Er stellt den Patienten absolut in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems und gibt Anregungen zu Themen wie Respekt, Anerkennung, Fürsorge sowie Teilhabe und Mitbestimmung. Da Unternehmen verständlicherweise in erster Linie ihren Stakeholdern verpflichtet sind, ethische Wegleitungen zwar vorkommen können, aber nicht zwingend sind, muss Governance gerade angesichts der Zielkonflikte zwischen Gemeinwohl und Unternehmenszielen eindeutig und verlässlich Stellung beziehen. Das alles leistet der Ethikkodex.

Um es klar zu sagen: **Niemand will ein staatliches System.** Allerdings will auch niemand ein System, das dem freien Spiel ökonomischer Marktkräfte ausgeliefert ist. Deshalb ist für ein Gelingen die **konstruktive, funktionale Verbindung von Governance und Selbstorganisation** entscheidend

Mit dieser Verbindung können sich die Potenziale der Leistungs-

träger auf allen Ebenen sinnvoll entfalten. Gesundheitspolitik kann sich so auf das Setzen von Zielen und Werten sowie auf die Bereitstellung angemessener Ressourcen konzentrieren, die sich evidenzbasiert an Zielen und Bedarfen orientieren. Damit entfallen zahlreiche Leistungs- und Gestaltungs-bremsen für das konstruktive und kooperative Zusammenwirken der verschiedenen Partner.

Governance auf Bundesebene (Abb. 2) bezieht sich auf Gesundheits- und Versorgungsziele, exekutive Rahmenbedingungen und den Wertekanon. Die Selbstorganisation leitet die gemeinsamen Inhalte des Gesundheitssystems aus der wissenschaftlichen Evidenzbasis ab und bereitet deren Umsetzung in der Gesundheitsversorgung so vor, dass gleichmäßige Lebensbedingungen im gesamten Land geschaffen werden können. Auch die Bereitstellung der Ressourcen und die Prinzipien für die Allokation der Mittel im Versorgungsprozess werden hier geregelt.

Governance auf Landesebene bezieht sich auf rationale Regionalisierung der Ziele und Werte sowie die Anpassung der regionalen Gesundheitsversorgung an die spezifischen Bedarfe, die sich aus Epidemiologie, Soziodemografie und geopolitischen Besonderheiten ableiten. Sie definiert auch die Grundsätze für die organisatorische Realisierung der Versorgung. Die regionale Selbstorganisation realisiert diese Vorgaben so, dass die Einrichtungen in den Ländern patienten- und bedarfsorientiert sowie evidenzbasiert arbeiten können. Die effizienzorientierte Allokation der Mittel ermöglicht den Einrichtungen, den Regelbetrieb zu bestreiten und gleichzeitig Rücklagen für Investitionen aufzubauen. Die Einrichtungen in der Ebene der Gesundheitsversorgung leiten ihre **Corporate Governance** aus den Vorgaben von Bund und Ländern ab. Auch sie nutzen in der praktischen Umsetzung der Vorgaben die Chancen der Selbstorganisation.

Governance steht in dem von uns vorgeschlagenen Referenzsystem salu.TOP an erster Stelle. Sie wird durch fünf Schlüsselemente und 15 Regeln definiert und durch exekutive Rahmenbedingungen sowie einen Ethikkodex vervollständigt.

Weitere Hinweise finden sich in (4) oder auf der Internetseite www.strategiewechsel-jetzt.de. Im Teil 2 (MVf 03/21) wird die Verbindung zwischen Governance und Selbstorganisation weiter konkretisiert. Dabei spielen die Schlüsselemente (Abb. 1) eine zentrale Rolle. <<

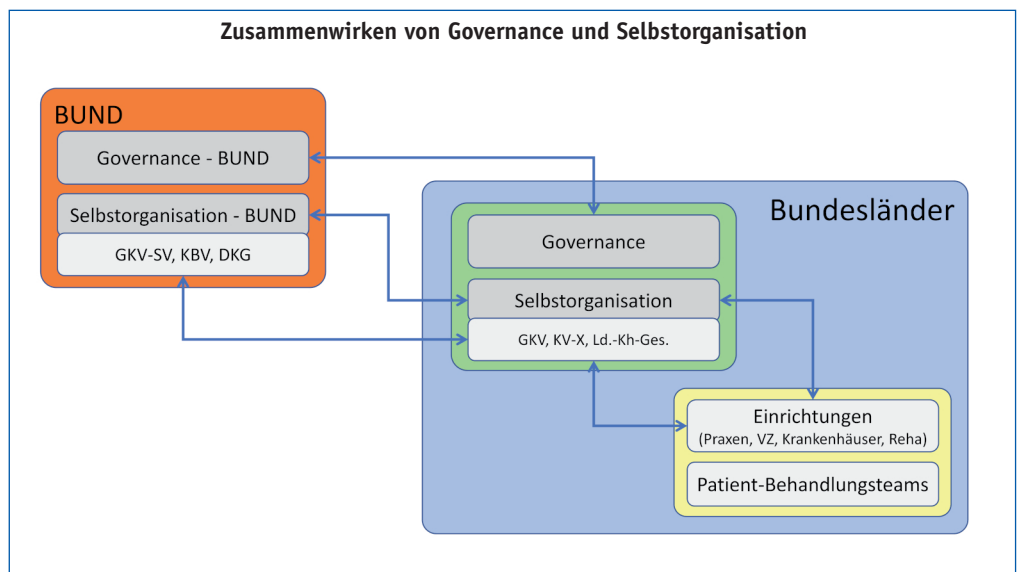


Abb. 2: Im Referenzsystem salu.TOP sind Governance und Selbstorganisation funktional verbunden. Die Regelungsinhalte unterscheiden sich entsprechend den spezifischen Verantwortlichkeiten von Bund und Ländern. Auf Landesebene ist schließlich die Gesundheitsversorgung angeben.

Zitationshinweis

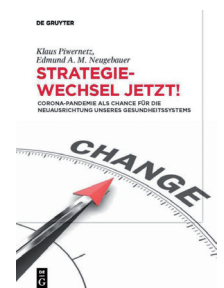
Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.: „Gesundheitssystem neu denken: Strategiewechsel jetzt!“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/21), S. 40-42. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.02.21.1866-0533.2295>

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz
 medimaxx health management GmbH, München
 Briener Str. 55
 80333 München
 E-Mail: info@medimaxx.net

Autoren: Piwernetz, K., Neugebauer, E.A.M.
Strategiewechsel jetzt! Corona-Pandemie als Chance für die Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems

Verlag: De Gruyter, 2021
 363 Seiten, Paperback
 ISBN: 9783110706741
 Digital: 9783110706826
 Preis: 79,95 Euro



Literatur

- 1: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung; <https://www.bmz.de/de/themen/goodgovernance/index.html?follow=adword>. Download am 15.03.2021
- 2: 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
- 3: <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/10-ziele/>
- 4: Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer. Strategiewechsel jetzt! Die Corona-Pandemie als Chance für eine Neuausrichtung unseres Gesundheitssystems. Verlag deGruyter. 2020. ISBN 978-3-11-070674-1