

Inhalt

Vorwort — VII

Geleitwort I — XI

Geleitwort II — XV

Verzeichnis der Abkürzungen — XXIII

Orientierungshilfen im Buch — XXV

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	