

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 Wunschbildern 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 zunächst 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, Wirtschaft- lichkeit
		G3 Delegation	Auftrag zur Umsetzung an die Selbstorgani- sation	Umsetzungsverantwortung
2	Operationalisieren	S1 Operative Versorgungs- ziele und generische Behandlungspfade	NIG schafft die Evidenz- basis, klärt Bedarfe und setzt um	Selbstorganisation, Bedarfs- gerechtigkeit, Value-Based Healthcare Priorisierung statt Rationierung
		S2 Allokative Effizienz und §§ 12 und 70 SGB V	Umgang mit der Naht- stelle Volkswirtschaft/ Betriebswirtschaft	Kooperative Selbstverwaltung
		S3 Determinanten für Regionalisierung	Grundlagen für die Regionalisierung	Gleichmäßigkeit der Lebens- bedingungen
3	Regionalisieren	R1 Regionale Gesundheits- und Versorgungsziele	Anpassung an regiona- le Besonderheiten Determinanten be- stimmen	Patientenorientierung, regio- naler Versorgungsbedarf
		R2 Regionale, sektorüber- greifende Versorgungsk- etten	Umfassende, integrati- ve Versorgung	Zugang, Kontinuität
		R3 Umfang und Qualität sind angemessen und gleichmäßig	Lokale Voraussetzungen für §§ 12 und 70 SGB V schaffen	Schnittstelle Mikro-/Makro- ökonomie
4	Organisieren	E1 Bedarfsorientierte, ein- richtungsspezifische Versorgungsziele	Integration in die Ver- sorgungskette nach Spezialisierung und Leistungsfähigkeit	Unternehmensziele zur Beherr- schung der Zielkonflikte
		E2 Lokale, integrative Be- handlungspfade	Organisatorisches Zu- sammenwirken	Patientenorientierung, Quali- tätsmodelle nach Donabedian
		E3 Qualität, Effektivität und Effizienz sind trans- parent	Monitoring und Evaluierung zur zielori- entierten 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.