

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 Verordnungen

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.