Gesundheitssystem: Wege aus der Sackgasse

Können oder wollen sie nicht?

Nahezu alle Fachleute sind sich darüber einig, dass das deutsche Gesundheitssystem an seine Grenzen gestoßen ist und umfassend überarbeitet werden muss. Zwar geben Versicherte und Steuerzahler sehr viel Geld für Gesundheitsversorgung aus, erhalten dafür aber nicht immer entsprechende Spitzenleistungen. Und das, obwohl im Gesundheitssystem hochkompetente Leistungserbringer tätig sind und in weiten Bereichen leistungsfähige Einrichtungen und Strukturen bereitstehen. Dem stehen Leistungsbremsen gegenüber, die in verschiedenen Bereichen Dysfunktionalitäten mit teilweise gravierenden Folgen erzeugen: unzureichende Kompromissfähigkeit zwischen Bundes- und Landespolitik, dysfunktionale Sektorierung, Diskrepanzen zwischen Angebot und Bedarf, Wettstreit zwischen Qualität und Ökonomie und über allem steht als Gipfel die mangelhafte Beteiligung der Patienten/Versicherten – sie finanzieren schließlich das Gesundheitssystem! Dieser Artikel geht über die Beschreibungen der aktuellen Situation hinaus und versucht zu analysieren, warum es Deutschland nicht gelingt, die sehr guten inhaltlichen und strukturellen Voraussetzungen in ein modernes, leistungs- und lernfähiges Gesundheitssystem zu übersetzen.

>> Immer wieder wurde betont: **Es gibt kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem.** Von einem modernen System würde man idealerweise erwarten, dass Zielabweichungen automatisch sichtbar und erkannt werden. Danach folgt eine Analyse der Verantwortlichen, die entsprechende Korrekturen einleiten. So kennt man das aus gut geführten Unternehmen. Die Umsetzung hin zu einem solchen System kann nur von der Spitze her gelingen: **Am Beginn steht die klare politische Setzung von Zielen und Werten sowie die Schaffung förderlicher Rahmenbedingungen.**

Gesundheitspolitiker und Funktionsträger sind sich zwar grundsätzlich darin einig, dass man das Gesundheitssystem vom Patienten her denken muss, dies gelingt aber nicht, weil die verschiedenen Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung bei entsprechenden Vorschlägen der jeweils anderen Seite wie ein Mantra zuerst ihre Kritik und eigenen Ansprüche herausstellen. Eindrücklich kann man das bei den aktuellen Diskussionen zur Krankenhausreform und beim Einstieg in die längst überfällige Digitalisierung im Gesundheitssystem beobachten. Viele Notwendigkeiten sind klar, offensichtlich und in weiten Bereichen akzeptiert.

Eine strukturübergreifende und umfassende Lösung wird aber nicht erreicht. Die kleinteiligen Lösungen in den jeweiligen Verantwortungsbereichen sind oft unzureichend und kaum transportierbar. Der gemeinsame Erfolg wäre bei umfassenderen Maßnahmen deutlich größer, der Aufwand reduziert und der Nutzen für alle spürbar – insbesondere für Patienten.

Eine Beobachtung am Rande: In fast allen Kommentaren, Positions- und Diskussionspapieren wird nur der eigene Standpunkt und Anspruch herausgestellt, Patienten und Bürger kommen in den Diskussionen kaum vor. Die Diskussionen gehen zudem über die Köpfe der Patienten/Versicherten hinweg und bleiben oft unverstanden, weil diese wegen der Komplexität des Gesundheitssystems die Argumentation von Funktionsträgern und Selbstverwaltungsorganen für sich nicht werten können (mangelnde Gesundheitskompetenz). Darüber hinaus sind Bürger und Patienten bisher nicht effektiv organisiert und haben keine Lobby. Auch die Deutsche Stiftung Patientenschutz kann dies nicht leisten, da sie zum Schutz der Patienten und nicht als Plattform für die Neuausrichtung des Gesundheitssystems gegründet wurde.

Verantwortung und Handeln

So geht bei zahlreichen Verhandlungen wertvolle Zeit und sehr viel Geld verloren: Es ist bedrückend, festzustellen, wie viele kompetente Politiker und Funktionsträger sich immer wieder treffen, ohne zu richtungsweisenden Entscheidungen zu kommen. Eigentlich kommt ihnen dafür eine gemeinsame Verantwortung zu:

> ***„Verantwortlich ist man nicht nur für das, was man tut, sondern auch für das, was man nicht tut." (Lao-Tse)***

Warum tun sich die Verantwortlichen so schwer?

Politiker, Mitglieder der Selbstverwaltung und Entscheidungsträger in den Versorgungseinrichtungen sind doch keine böswilligen Menschen. Dennoch finden sie selbst für offensichtliche Probleme keine klugen Lösungen. In diesem Sinne tragen sie alle Verantwortung auch dafür, was sie nicht erreichen. Wenn es um die Klärung von Ursache und Wirkung geht, zeigt jeder mit Überzeugung auf den anderen und macht ihn für die zu erwartende Katastrophe verantwortlich: anstatt einmal die Perspektive zu wechseln und sich zu fragen, wie denn der Weg zu einer Lösung aussehen könnte. Auf der Metaebene ist es relativ einfach zu erkennen, dass es nicht am grundsätzlichen Willen scheitert, sondern an der Überlagerung inhaltlicher Probleme mit Sekundärinteressen, die mit dem zu lösenden Problem wenig zu tun haben.

Jeder hat also Verantwortung im eigenen Bereich und besteht auch zu Recht darauf, dass ihm niemand hineinregiert:

> **Wer Verantwortung trägt, muss auch entscheiden können!**

So könnte der erste Grundsatz im Management lauten. Die verschiedenen Bereiche im Gesundheitssystem sind hochgradig vernetzt, mehrfach wurde die Komplexität herausgestellt. Wer sollte also den Gordischen Knoten durchschlagen, wenn zu viele gegeneinanderarbeiten, um die eigenen In-

teressen zu sichern, und nicht miteinander, um das Gemeinwohl zu stärken?
Das Denken von Strukturen und Ressourcen her führt regelhaft zu Diskussionen über Gestaltungshoheit und Mittelverteilung, letztlich also über Macht und nicht über Maßnahmen.

Das könnte man einfach überwinden, wenn man die Sichtweise ändert:

Das Gesundheitssystem muss man vom Patienten her denken!

Denn Zweck des Gesundheitssystems insgesamt ist es, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung auf hohem Qualitätsniveau zu angemessenen Kosten [1] bereitzustellen. Dazu soll eine angemessene und effiziente Versorgungsqualität mit effizienter Ressourcenallokation entsprechend den Versorgungszielen erreicht werden. Der deutsche Ethikrat hat dies mehrfach gemeinplatzartig festgestellt.

Systemimmanente Blockaden

Die eingesetzten Ressourcen in Höhe von derzeit fast 500 Mrd. Euro [2] würden ausreichen, um ein Gesundheitssystem auf höchstem Qualitätsniveau zu betreiben. Gutachten und Kommentare der letzten Jahre lassen als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass das bisher noch nicht erreicht worden ist. Dies liegt aber nicht an fehlender Kompetenz der Entscheidungsträger in Politik und Selbstverwaltung, sondern an systemimmanenten Dysfunktionalitäten, die sich im Spiel der freien Kräfte entwickelt haben. Im Spiel der freien Kräfte deshalb, weil die Entwicklung des Gesundheitssystems nicht zielorientiert stattfand – Gesundheits- und Versorgungsziele sind bis heute nicht formuliert [3]. Im Laufe der letzten Jahrzehnte standen häufig wirtschaftliche Notwendigkeiten (z. B. steigende Kosten) neben strukturellen Problemen (z. B. Mangel an Pflegekräften) oder Angebotsausweitungen (z. B. wegen Fehlanreizen) im Vordergrund, um nur einige Treiber zu nennen.

Solche Dysfunktionalitäten münden regelmäßig in Blockaden zukunftsorientierter Entwicklungen. Zwar werden immer wieder akute Probleme zumindest für beschränkte Zeit behoben, längerfristige Korrekturen fanden trotz zahlreicher Hinweise aus anerkannten Fachkreisen nicht in ausreichendem Maße statt. Die aktuellen Entwicklungen zeigen, dass es einige Veränderungen im Gesundheitssystem gibt, um gravierende Folgen zu reduzieren. Die Beteiligten verharren also nicht in Starrheit, die ihnen auch selbst erheblich schaden würde. Dabei erzielen sie oft Kompromisse, die nur Symptome kurieren und nur temporär aus unerträglichen Situationen herausführen.

Diese Kompromisse sind nach eigener Analyse in der Regel **Formelkompromisse**, die die Interessen der Beteiligten im Sinn von Geben und Nehmen ausgleichen. Im Vordergrund steht die Frage: Was bringt mir das und was kostet es mich? Formelkompromisse reichen aber nicht aus, wenn es nicht nur um den Ausgleich zwischen den an den Blockaden Beteiligten geht, sondern um zukunftssichere Lösungen von Sachproblemen. Vielmehr wären an dieser Stelle **kooperative Kompromisse** in dem Sinn erforderlich, dass sich die Beteiligten fragen:

Was kann ich beitragen, um die Gesundheits- und Versorgungsziele zu erreichen?

Kompromissart	Zweck
Formel-kompromiss	Ausgleich zwischen Geben und Nehmen (Selbsterhaltung)
Kooperativer Kompromiss	Bedingungen schaffen, damit die Gesundheits- und Versorgungsziele erreicht werden können.

Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung orientieren sich bisher also eher an ihren eigenen Zielen. Die Bürgerforen des Projektes Neustart! [4] haben eindeutig gezeigt, dass beide Gruppen Vorstellungen und Erwartungen der Bürger mit dieser Orientierung kaum erfüllen können.

Aus der Diskrepanz zwischen Zweck des Gesundheitssystems und Partikularzielen ergeben sich signifikante systemimmanente Blockaden:

Ebene	Systemziele	Partikularziele
Gesundheits-politik	Umfassende Neuausrichtung	Wiederwahl
Selbstverwal-tung	Patienten- und bedarfsorien-tierte Gesundheitsversorgung	Partikularziele der SV-Organe
Versorgungs-einrichtungen	Versorgungsqualität und Wirt-schaftlichkeit	Ökonomie

Blockaden entstehen durch eine – zumindest auf den ersten Blick – scheinbare Unvereinbarkeit von Systemzielen und Partikularzielen.

Daraus folgende Formelkompromisse lösen Probleme aber nicht wirklich und langfristig. Patientenorientierung bleibt dabei meist auf der Strecke.

1 Gesundheitssystem

Zweck des Gesundheitssystems ist es, für Patienten eine angemessene Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die §§ 12 und 70 SGB V beschreiben dies skizzenhaft. In der vergangenen Zeit hat sich das Gesundheitssystem im freien Spiel der verschiedenen Kräfte entwickelt. Da Gesundheits- und Versorgungsziele nie formuliert wurden, fehlt eine belastbare Grundlage für die Beurteilung, ob der Zweck im Sinne des Gesetzes erfüllt wird. Gesundheitsziele auf freiwilliger Basis entfalten nicht die erwünschte Wirkung [5]. Systematischere Ansätze sieht man seit einigen Jahren in Österreich [6].

Dass sich Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung jeweils eher an eigenen Zielen orientieren als an den Forderungen von Patienten und Leistungserbringern, ist Gegenstand zahlreicher Publikationen wie z.B. der Zusammenfassung des Projektes Neustart! der Robert-Bosch-Stiftung [7].

2 Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik hat die Pflicht die Gesundheitsversorgung entsprechend sich ändernder Anforderungen weiterzuentwickeln. Da das Gesundheitssystem ein komplexes System ist, sind die Wirkungen gesetzgeberischer Einflüsse nicht genau genug vorhersagbar. Zudem erfordern Formulierung und Umsetzung von Gesetzen eine Zeit, die oft über die Grenzen von Legislaturperioden hinausgeht. In der Regel muss sich zu Beginn einer Legislatur die Administration erst etablieren. Im letzten Drittel einer Legislatur reicht dann die Zeit nicht mehr aus, Gesetze durch den gesamten Prozess zu bringen, sodass sie vor dem Ende der Legislatur noch vom Gesetzgeber beraten und beschlossen werden könnten.

Deshalb gibt es für umfassendere Eingriffe eine dysfunktionale Diskrepanz zwischen dem Zeitbegriff von der Planung bis zur Verabschiedung eines Gesetzes und der Dauer von Legislaturperioden. Dies mündet in beklemmenden Zeitverzögerungen bei der Lösung drängender Probleme wie etwa der Reform

der Pflegeversicherung [8].

In der Gesundheitspolitik konkurrieren zwei große Themenbereiche: die Lösung von Sachproblemen und die Förderung der Wiederwahl in der folgenden Bundestagswahl und den zwischenzeitlichen Landtagswahlen.

3 Selbstverwaltung

Im Gemeinsamen Bundesausschuss sind die Organe der Selbstverwaltung vertreten: GKV, DKG und KBV sowie KZBV. Sie teilen sich die Stimmen mit drei unabhängigen Vertretern. Von manchen Seiten wird kritisiert, dass Vertretung und Mitwirkung von Patienten in diesem Gremium ungenügend seien. Diese Organe vertreten ihre jeweiligen Mitglieder und sind durch Satzung an die Vertretung deren Interessen gebunden [9].

Innerhalb ihres Bereiches haben sie eine hohe Kompetenz. Ohne gemeinsame Ziele konzentrieren sie sich auf ihre eigenen Ziele. Patientenorientierung und Gemeinwohl erhalten deshalb entgegen plakativer Bekundungen jeweils nachrangige Prioritäten. Dies zeigt sich schon allein daran, dass aussagekräftige Indikatoren für diese Kenngrößen fehlen.

Als logische Folge muss der Gemeinsame Bundesausschuss an der Aufgabe scheitern, eine hochqualitative, effiziente und zukunftsorientierte Gesundheitsversorgung für Bürger und Patienten zu denken und zu etablieren. Darüber entscheiden könnte sowieso nur der Gesetzgeber.

4 Versorgungseinrichtungen

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind professionelle Einrichtungen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass Entscheidungen über Inhalte und Menge der Versorgung und Entscheidungen über Finanzen und Organisation in getrennten Händen liegen. Vereinfacht formuliert bestimmen Inhalte und Menge die Einnahmen, Aufbau- und Ablauforganisation vor allem die Kosten. Versorgungsqualität und Effizienz sind funktionell eng miteinander verbunden. Keine der beiden Seiten hat Anordnungskompetenz in die jeweils andere hinein.

In der Konsequenz führte dies einerseits dazu, dass die Organisationsseite materielle Anreize für Mehreinnahmen schaffen wollte. Zuletzt hat sich der 128. Deutsche Ärztetag 2024 entschieden gegen „Boni mit Zielen, die finanzielle Auswirkungen haben“ ausgesprochen [10]. Andererseits senkten manche Träger Kosten insbesondere im Bereich der Pflege, was zu deutlichen Qualitätsverlusten führte. Der Gesetzgeber versuchte, entsprechend gegenzusteuern [11].

Der 126. Deutsche Ärztetag hat 2022 einen Maßnahmenkatalog gegen den Kommerzialisierungsdruck in der ambulanten und stationären Versorgung beschlossen [12]. Karl Lauterbach formulierte in einem Interview, dass Patienten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus nach Symptomen und Befunden behandelt und nicht nach einem DRG-Katalog bewertet werden sollten [13]. Dies ist sicher einseitig und muss für Krankenhäuser unterschiedlicher Träger getrennt betrachtet werden. Die Aussage beschreibt aber mögliche Fehlanreize, wie sie bereits vom Sachverständigenrat beschrieben wurden [14].

Vom Wollen und Können

Seit Jahren formulierten einschlägige Gremien angesichts offensichtlicher und immer drängender werdender Problemen Vorschläge zur Neuausrichtung des Gesundheitswesens: Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege [15], Leopoldina [16], Deutscher Ethikrat [17], Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. [18], Netzwerk Neustart! [4], Bertelsmann-Stiftung Programm Gesundheit 2023 [19] – um nur einige zu nennen. In Gutachten, Jahresberichten, Memoranden, Stellungnahmen und Positionspapieren beschreiben sie grundsätzliche Probleme des Gesundheitswesens und machen zahlreiche praktische Vorschläge für Verbesserungen. Bisher wurden sie nur ausschnittsweise realisiert.

Wie kann es sein, dass solch offensichtliche Probleme mit teilweise teuren und gravierenden Folgen nicht angemessen bearbeitet werden? Begründungen von entscheidenden Einrichtungen aus Politik und Selbstverwaltung für diese mehr als unbefriedigende Situation fehlen weitgehend. Für Patienten und Versicherte stellt sich die Frage: Wollen es die Verantwortlichen/die Entscheidungsträger nicht oder können sie es nicht? Zum Bereich Finanzierung fasst Josef Hecken plakativ zusammen: „Planen, wie wir gemeinschaftlich Suizid begehen wollen“ [20].

Angesichts der überwältigenden Faktenlage handelt es sich offensichtlich um ein Umsetzungsproblem. Auf der Ebene der verantwortlichen Entscheidungsträger kann man davon ausgehen, dass in der Regel rationale Gründe das Handeln bestimmen. Bei mangelhafter Umsetzung offensichtlicher Erfordernisse kann man auf dieser Ebene im Allgemeinen von zwei Alternativen ausgehen:

> ***Man will es nicht***
> ***oder***
> ***man kann es nicht.***

Die handelnden Entscheider wollen nicht (nachfolgend Fall A) oder sie können nicht (nachfolgend Fall B) – siehe Abbildung 1.

Fall A: Sie wollen nicht.

„Sie wollen nicht“ bedeutet, dass eine Maßnahme trotz besseren Wissens bewusst unterbleibt.

Wichtig ist uns zu betonen: Keiner der beteiligten Gruppen wird die Absicht unterstellt, dem Gemeinwohl vorsätzlich schaden zu wollen. Kollateralschäden werden allerdings billigend in Kauf genommen, da Vermeidung individueller Nachteile oder Sicherstellung eigenen Nutzens vor die Optimierung des Gemeinwohls gestellt werden.

> **Das Patientenwohl ist und bleibt aber Ziel des Gesundheitssystems.**

Die Entscheider verhalten sich sachlogisch entsprechend den Settings, in denen sie ihre Aufgaben erfüllen müssen. Jeder, der entscheidend handelnden Personen vertritt dabei eigene Interessen und Interessen der vertretenen Gruppe. Dazu ist sie qua Vertrag, Satzung oder Gruppenkonsens verpflichtet.

Dies ist eine der entscheidenden **Dysfunktionalitäten im System!** Die handelnden Personen verhalten sich sachlogisch entsprechend den Bedingungen und Forderungen ihrer gesellschaftlichen oder unternehmerischen Mikroumgebung. Wollten sie unter den herrschenden Bedingungen gleichzeitig das Gemeinwohl der Makroumgebung optimieren, so führen die erforderlichen Kompromisse nahezu zwangsläufig zu Widersprüchen mit ihrem Mandat. Dies gilt für politische Parteien auf Bundes- und Landesebene genauso wie für die Organe der Selbstverwaltung im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Wird am Ende von Verhandlungen doch eine Kompromisslösung gefunden, so verbirgt sich dahinter oft ein Formelkompromiss, der Zugeständnisse in logisch unverbundenen Sachfragen gegeneinander ausgleicht. Jeder Verhandlungspartner hat dann die Interessen seiner Gruppe vertreten – der Nutzen für das Gemeinwohl bleibt aber in der Regel suboptimal.

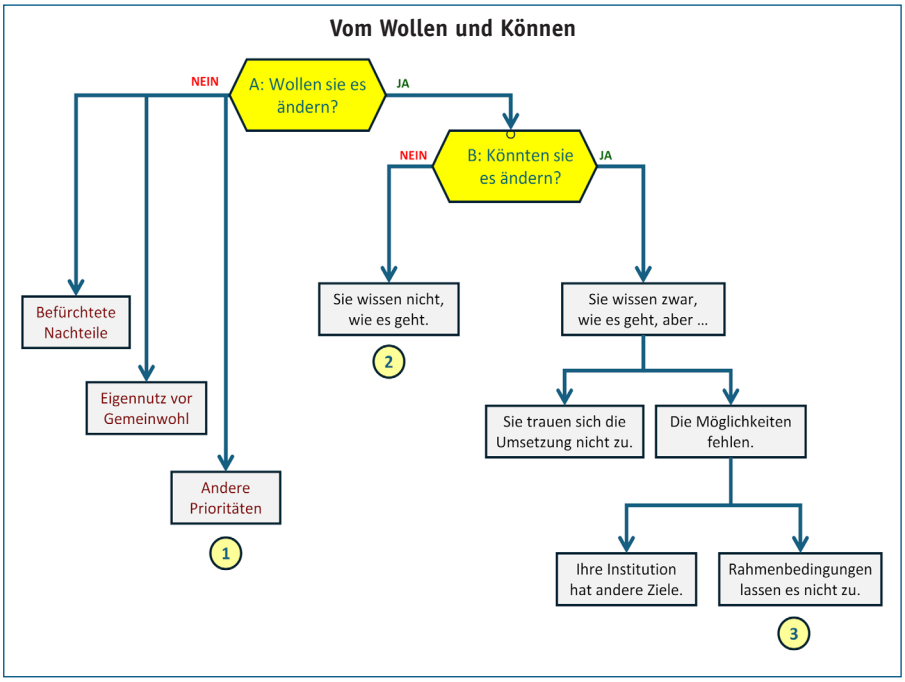


Abb. 1: *Etwas sollte geändert werden, weil es notwendig und sinnvoll ist: Bei der Lösung anstehender Probleme entscheiden die Handelnden zuerst, ob sie das Problem lösen wollen, und dann, ob sie dazu auch in der Lage sind. Dabei kann es erforderlich sein, externe Einflüsse zu klären wie etwa: 1: Priorisierung in den Satzungen, 2: Inanspruchnahme von Methodenkompetenz, 3: Änderung z. B. gesetzlicher Rahmenbedingungen.*

An das Ende dieser Überlegungen kann man diesen Satz stellen:

> ***„Wer etwas will, findet Wege. Wer etwas nicht will, findet Gründe."***
> ***(Lao-Tse)***

Fall B: Sie können nicht.

Hier gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder es fehlt die Kompetenz oder es fehlen die Möglichkeiten (Abb. 1).

Fehlende Kompetenz:

Das Gesundheitssystem ist ein hochkomplexes System und die erforderliche Transformation ist es mindestens genauso. Niemand wird erwarten, dass solche methodischen Kompetenzen unter Politikern oder auf Funktionärsebene vorhanden sind. Das ist kein Problem, denn zentrale Aufgabe der Politik und der Selbstverwaltung ist es, *zusammen mit den Bürgern festzulegen, was das Gesundheitssystem leisten soll.*

Dies kann durch **Gesundheits- und Versorgungsziele** beschrieben werden, deren Formulierung und verbindliche Festsetzung immer wieder angemahnt wird. Solche Ziele werden durch gemeinsame Werte und konstruktive Rahmenbedingungen ergänzt. Daraus leiten sich die erforderlichen Kompetenzen für Planung, Simulation und Umsetzung ab. Fehlende Methodenkompetenz ist also auf Entscheiderebene kein Problem, sie kann einfach durch externe Ressourcen (Sach- und Fachkompetenz) kompensiert werden.

Fehlende Möglichkeiten:

Haben Politiker und Funktionsträger in der Selbstverwaltung die Möglichkeiten, das Gesundheitssystem von Grund auf zu reformieren?

Vielleicht hilft hier ein Blick hinter die Kulissen weiter: Art 21, Abs. 1 GG besagt, dass Parteien bei der politischen Willensbildung des Volkes mitwirken. Um auf der Grundlage dieser Willensbildung wirksam handeln zu können, brauchen sie gestaltende Mehrheiten. Sie müssen also Wähler davon überzeugen, dass sie jeweils deren Interessen und Überzeugungen am besten vertreten. Die jeweils für die Regierung verantwortlichen Parteien bestimmen mit ihren Mehrheiten, welche Gesetze verabschiedet und umgesetzt werden. Eine Forderung, die die gesamte Bevölkerung in gleichem Maße betrifft, wie ein funktionierendes Gesundheitssystem, sollte sich aber nicht allein auf temporäre Mehrheiten stützen, sondern auf einen parteiübergreifenden Konsens. Ist diese Vorstellung realistisch? Nein: im jetzigen Verständnis der Politiker und Funktionsträger wohl eher nicht.

Bei den **Organen der Selbstverwaltung** wirken vergleichbare Mechanismen. Alle Organe der Selbstverwaltung – GKV, DKG, KBV bzw. KZBV – haben in ihren jeweiligen Satzungen verankert, dass ihre Vertreter die Interessen ihrer Mitglieder im Gestaltungsprozess vertreten (müssen!). Da auch deren leitende Mandatsträger gewählt werden, stehen sie vor der gleichen Frage wie in der Parteienlandschaft: ***Wie können sie zeigen, dass sie die Interessen ihrer jeweiligen Mitglieder am besten vertreten haben?*** Und zwar im Ringen mit den anderen Organen und im Ringen der unterschiedlichen Interessensgruppen innerhalb ihrer Mitglieder.

Angenommen, ein gruppenübergreifender konstruktiver und kooperativer Gestaltungsprozess würde zu einem überzeugenden Ergebnis führen. Dann müssten die jeweiligen Gruppen, wie gerade beschrieben, die Wähler in ihrer öffentlichen Kommunikation davon überzeugen, dass sie jeweils für die Erfolge maßgeblich waren. Die Kommunikationskanäle der beteiligten Gruppen sind unterschiedlich leistungsfähig. Kleinere Parteien befürchten oft, dass ihr Beitrag zum Kompromiss nicht nur nicht gewürdigt wird, sondern von ihrer jeweiligen Klientel sogar als Versagen ausgelegt werden könnte. Folglich beobachtet man in erschütternder Regelmäßigkeit, dass jeder Vorschlag einer Partei von den jeweils anderen reflexartig als unzureichend, mangelhaft oder gar gefährlich abgewertet wird. Selbst wenn er Ansätze enthält, die – wie im jetzt vorliegenden Entwurf des Gesundheitsversorgungsverbesserungsgesetzes (GVVG) – in einem kooperativen Prozess weiter optimiert werden könnten.

Dies geschieht aber nicht: **Fundamentalkritik bringt deutlich mehr Aufmerksamkeit in den Medien als ein kooperativer, am Gemeinwohl ausgerichteter Kompromiss.** Immer stellt sich die Frage: **Wem wird das gute Ergebnis zugerechnet?**

Jede Gruppe wird öffentlich immer für sich reklamieren, dass sie sehr wohl das **Gemeinwohl** für die Bürger im Auge habe. Allerdings zeigen die Ergebnisse für das Gesundheitssystem insgesamt ein anderes Bild: Verschiedene Seiten befürchten sogar, dass man das Gesundheitssystem sehenden Auges an die Wand fahren lässt.

Wege aus der Sackgasse

Grundvoraussetzung für alle denkbaren Wege aus der Sackgasse ist der **politische Gestaltungswille**. Nach der politischen Entscheidung, das Gesundheitssystem fit für die Zukunft zu machen, steht die Notwendigkeit zu verstehen und zu akzeptieren, dass das Gesundheitssystem komplex ist. Nach Marco Wehr hat man dann die Chance, Komplexitätsfallen erster Ordnung (Wirkung) und zweiter Ordnung (Entscheidung) zu erkennen und ihnen zu entkommen [21]. Für die Wege aus der Sackgasse ist nach Wehr außerdem wichtig, zwischen natürlicher und gemachter Komplexität zu unterscheiden. Mit erster muss man klarkommen (z. B. inhaltliche Komplexität der Gesundheitsversorgung), die zweite kann und sollte man reduzieren (z. B. dysfunktionale Blockaden, Zersplitterung des Gesundheitssystems).

Wie dies gelingen könnte, zeigt eine Gruppe aus dem Projekt Neustart! [22] mit zukunftsweisenden Thesen für Neuformulierungen im Rahmen der Sozialgesetzgebung.

Im aktuellen Setting von Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung prüfen beteiligte Gruppen bei der Bewertung von Lösungsalternativen reflexartig, inwieweit ihr eigener Nutzen gemehrt und ihre Belastung reduziert wird. Die Lösung anstehender Probleme selbst und in besonderer Weise die Patientenzentrierung geraten dabei leicht aus dem Blickfeld.

Notwendig ist ein Paradigmenwechsel:

Entscheidungsträger sollten sich fragen, was ihre jeweilige Gruppe zur Steigerung des Gemeinwohls beitragen kann.

Eine solche Einstellung ergibt sich nicht von selbst, sondern muss gezielt und konsequent angereizt werden. Spezifische Indikatoren können dies bewerten und die Grundlage für entsprechende Anreizsysteme bilden.

Weitgehend Einigkeit herrscht darüber, dass eine wertebasierte Gesundheitsversorgung (Value based Health Care) ein geeignetes Modell für die Neuausrichtung wäre [23]. Ausgangspunkt für eine solche Entwicklung ist die Formulierung von verbindlichen Gesundheits- und Versorgungszielen. Nur mit klaren Zielen kann man die richtigen Strategien aufsetzen, Maßnahmen planen und Prozesse etablieren:

> ***„Wer vom Ziel nicht weiß, kann den Weg nicht haben."***
> ***Christian Morgenstern***

Folgendes Beispiel macht dies deutlich, denn Seefahrer wissen seit Langem: Wenn man auf hoher See ein Ziel erreichen will, muss man erst wissen, wo man sich befindet. Zusammen mit den Zielkoordinaten lässt sich dann die Richtung zum Ziel bestimmen. Mit dem Blick auf See- und Wetterkarten wird man prüfen: Gibt es günstige Winde, drohen Unwetter, können Strömungen helfen, gibt es Untiefen oder Klippen. Schließlich fragt man, was Schiff und Mannschaft leisten können. Wer kann was am besten? Welche Instrumente stehen zur Verfügung?

Fazit

Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich das Gesundheitssystem mangels verbindlicher Gesundheits- und Versorgungsziele und

Literatur

1. § 12 SGB V: Wirtschaftlichkeitsgebot und § 70 SGB V: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit
2. Statistisches Bundesamt, Destatis, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html, 27.06.2024
3. Neugebauer et al.: Notwendigkeit und Wege zur Entwicklung von Versorgungszielen für das Gesundheitssystem in Deutschland – ein Positionspapier des DNVF. 2022. Gesundheitswesen. DOI 10.1055/a-1911-8605, ISSN 0941-3790
4. B. Klapper, I. Cichon (Hrsg.): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitssystems. 2023. Med. Wiss. Verlagsgesellschaft. ISBN 978-3-95466-652-2.
5. Gesundheitsziele:https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/GZ_Endbericht_Evaluation_Gesamtprozess.pdf
6. Gesundheitsziele Österreich: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/
7. B. Klapper und I. Cichon: Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitssystems. 2021. ISBN 978 – 95466-652-2.
8. Tim Szent-Ivan. Interview zur Finanzierung der Pflege: „Es gibt ein akutes Problem in der Pflegeversicherung". 28.05.2024. https://www.rnd.de/politik/gesundheitsminister-karl-lauterbach-im-interview-ueber-finanzierung-der-pflege-und-steigende-Y4YWEVSRI5GMXDCQECWR3IFFXQ.html
9. Klaus Piwernetz und Edmund Neugebauer: Strategiewechsel jetzt! 2022. deGruyter, ISBN 978-3-11-070682-6
10. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll des 128. Deutschen Ärztetages. TOP Ic „Keine Boni für Ziele mit finanziellen Auswirkungen". 10.5.24
11. SGB V, § 137k: „Personalbemessung in der Pflege im Krankenhaus; Verordnungsermächtigung".
12. Bundesärztekammer. Beschlussprotokoll des 126. Deutschen Ärztetages. TOP Ic „Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik: Aussprache zur Rede des Präsidenten und zum Leitantrag – Aktuelle Fragen der ärztlichen Berufsausübung". 24.-27.05.2022
13. Karl Lauterbach: Im Bundestag am 27.06.2024 zur geplanten Krankenhaus-Reform
14. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018
15. Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege: Gutachten seit 1995. https://www.svr-gesundheit.de/archiv/
16. Leopoldina: https://www.leopoldina.org/publikationen/stellungnahmen/
17. Deutscher Ethikrat: https://www.ethikrat.org/publikationen/
18. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. https://dnvf.de/veroeffentlichungen/memoranden.html
19. Bertelsmann-Stiftung: Programm Gesundheit. 2023, https://www.programm-gesundheit.blog/
20. Michael Kuderna: Hecken zur Finanzierung des Gesundheitssystems: „Planen, wie wir gemeinschaftlich Suizid begehen wollen". Ärztezeitung. 08.09.2022.
21. Marco Wehr: Komplexe neue Welt und wie wir lernen, damit klarzukommen. 2024. Kiepenheuer und Witsch, Köln. ISBN 978-3-462-31084-9
22. Claudia Maria Hofmann, Gerhard Igl, Franz Knieps, Hartmut Reiners, Felix Welti, Ulrich Wenner, Silvia Woskowski: Neustart! Für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. 2021. ISBN 978-3-939574-65-1
23. Michael E. Porter und Clemens Guth: Redefining German Health Care: Moving to a Value-Based System. 2012. Springer Verlag Berlin Heidelberg. ISBN 978-3-642-10825-9.

begleitender Werte im freien Spiel der Kräfte entwickelt. Dabei haben sich dysfunktionale Blockaden grundsätzlicher Art und systemimmanente Blockaden in den drei Ebenen Gesundheitspolitik (Makro), Selbstverwaltung (Meso) und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Mikro) herausgebildet.

Angesichts rasch wachsender neuer Herausforderungen münden Weiterentwicklungen oft in Formelkompromissen. Formelkompromisse dienen eher einem Nutzenausgleich zwischen den beteiligten Gruppen als der Bewältigung anstehender Probleme. Erforderlich wären aber kooperative Kompromisse für die konkrete Lösung anstehender Probleme.

Erschwerend kommt hinzu, dass es bisher keine verbindlichen Gesundheits- und Versorgungsziele gibt, an denen die Güte der Kompromisse im Hinblick auf eine Mehrung des Gemeinwohls bewertet werden könnte.

Mit dem politischen Gestaltungswillen könnten die Blockaden mit folgenden Maßnahmen überwunden werden:

- Entwicklung und Verabschiedung verbindlicher Gesundheits- und Versorgungsziele [2] unter Beteiligung von Bürgern und Patienten.
- Konzentration der politischen Gestaltung auf die Vorgabe von Zielen, Werten und Ressourcen.
- Befreiung der Organe der Selbstverwaltung aus dem Dilemma, dass sie das Gesundheitssystem mitgestalten sollen, aber gleichzeitig die Interessen ihrer Mitglieder vertreten müssen.
- Vorgabe klarer einrichtungsspezifischer Vorgaben für die Mitwirkung in regionalen Versorgungsmodellen. Dabei wird ein Ausgleich zwischen Versorgungsqualität, Patientenorientierung und wirtschaftlichem Erfolg gemäß § 70 SGB V „Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit" hergestellt.
- Zielorientierter und ressourcenschonender Einsatz zeitgemäßer Informationstechnik als Grundlage für Dokumentation und Kommunikation.

Abschließend sei noch einmal klargestellt, dass die beteiligten Personen keine persönliche Schuld trifft. Sie können sich in den dysfunktionalen Blockaden rational gar nicht anders verhalten. Aus diesem Dilemma können sie nur befreit werden, wenn Anreize für die Förderung von Patientennutzen und Gemeinwohl gesetzt werden und nicht für die Maximierung gruppenspezifischer Vorteile. <<

von: Dr. Dr. Klaus Piwernetz[1]
und
Prof. Dr. Edmund Neugebauer[2]

1: medimaxx health management GmbH, München (ORCID: 0009-0003-9448-4471)
2: Medizinische Hochschule Brandenburg, Neuruppin (ORCID: 0000-0002-6192-8692)

Zitationshinweis

Piwernetz, K., Neugebauer, E.: „Gesundheitssystem: Wege aus der Sackgasse: Können oder wollen sie nicht?", in „Monitor Versorgungsforschung" (04/24), S. 36-41. http://doi.org/10.24945/MVF.04.24.1866-0533.2640

Versorgung gemeinsam und vorausschauend gestalten

>> „Das bestehende Gesundheitssystem ist überkomplex, intransparent und teuer, der Zugang für Patientinnen und Patienten ist unstrukturiert, in Fragen der Digitalisierung bleibt es weit hinter seinen Möglichkeiten zurück und politische Reformversuche führen bisher zu keiner grundlegenden Entlastung". Das schreiben der BKK Dachverband und der Hartmannbund in einem gemeinsamen Positiospapier. Statt sich in Diskussionen über Defizite zu verlieren, den ambulanten und stationären Sektor gegeneinander auszuspielen und immer mehr Geld in ein krankendes System zu stecken, sollten – so die beiden an sich sehr gegensätzlich aufgestellten Stakeholder – stattdessen die vorhandenen Strukturen sinnvoll genutzt und verbessert, Fehlanreize reduziert und Behandlungspfade definiert werden. Diese Herausforderungen bräuchten innovative Konzepte und das gemeinsame Handeln aller involvierten Akteure. Ihre gemeinschaftlich vertretene Ansicht: „Wenn wir den Zugang in das System intelligent lenken, Prävention stärken und vorhandene Ressourcen optimal nutzen, können wir die Gesundheit aller und die Systemresilienz verbessern."

Dazu schlagen BKK DV und der Hartmannbund folgende Handlungspunkte vor:

1. Gemeinsam Verantwortung übernehmen
2. Führung der Patientinnen und Patienten im System auf klar erkennbaren Behandlungspfaden
3. Versorgungsbedarfe durch rechtzeitige Prävention verringern
4: Handeln: jetzt

Unter diesem Punkt erklären der BKK Dachverband und der Hartmannbund als zwei sich eigentlich eher „gegenüberstehende" Verbände mit sehr unterschiedlichen Interessen, dass die gemeinsame Erarbeitung des Positionspapiers unterstreiche, wie relevant die Reformierung des Gesundheitswesens für alle beteiligten Akteure ist und dass sie keinen Aufschub erlaubt. Wichtig sei, dass gemeinsam die identifizierten Problembereiche angegangen und umstrukturiert werden, statt einfach immer mehr Geld in ein ineffizientes System zu stecken. Der Erhalt der Gesundheit ist eine klassische „In-all-Policies"-Aufgabe. Nur so könne man eine nachhaltige Versorgung zum Wohle aller gestalten. <<

Link: https://t1p.de/gdde7

Online-Impfkongress am 4.9.24

>> „Was die Politik tun kann, um die Impfquote (weiter) zu erhöhen". Diese spannende Frage wird Tina Schifelbein, Fachreferentin für Infektionsschutz des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (MSGIV), in ihrem Eingangsreferat des MVF-Onlinekongresses „Impfstatus für Deutschland" am 4.9.2024 mit Daten und Fakten füllen. Die Frage ist eine ganz zentrale, was die Politik nicht nur tun kann, sondern auch tun muss, wenn sie ihrer Verantwortung nachkommen will, die Impfquoten auch nur annähernd an die von der WHO, STIKO und SIKO empfohlenen heranzubringen. Insbesondere beim letzten MVF-Onlinekongress „Impfpakt für Deutschland" wurde seitens der Referent:innen mehr als deutlich auf die Verantwortung der Politik hingewiesen. Ganz deutlich wurde MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, in seinem Vortrag, der die Ergebnisse der ersten fünf MVF-Impfkongresse zusammenfasste und verdichtete. Er sagte: „Bisher hat die Sache mit der Freiwilligkeit der verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem, z. B. der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, nicht ganz das gebracht, was man sich gewünscht hat. <<

Link zur Anmeldung: https://t1p.de/goyoz