

Health First

Ein Zukunfts-Szenario für das Gesundheitssystem

Sprechen ist nicht gleich Tun

Die Sprache ist ein wunderbares Werkzeug. Wir können mit der Sprache Fantasien augenblicklich auf- und wieder abbauen. Je eloquenter wir sind, desto mehr erfreuen sich Andere an dem, was wir sagen. Wir fühlen uns bestätigt und ermutigt, noch mehr zur Sprache zu bringen, um sie weiter zu unterhalten. Das ist ein netter menschlicher Zug und im Prinzip spricht nichts dagegen. Die Sprache wird nur dann zu einem Problem, wenn wir das Gesprochene mit dem Ernst-Genommenen, Ausprobierten und Getanen verwechseln. Vor allem gilt das, wenn wir mit der Sprache nicht unterhalten, sondern etwas bewegen wollen. In diesem Fall ist die Sprache nicht Ziel, sondern nur Mittel zum Zweck.

Wir sprechen viel im Gesundheitswesen, in Sitzungen, auf Konferenzen, über Zeitungen und Zeitschriften, in Talkshows. Die Diskussionslust um diverse Aspekte des Systems ist allgegenwärtig. Kurz nach einer guten Diskussion, in der wieder einmal gute Ansätze und kluge Beiträge über Optimierungsmöglichkeiten ausgetauscht wurden, ist eine vorübergehende Erleichterung zu spüren. Wir wissen schon, wie es gehen könnte. Wenig später dann kommt die Ernüchterung. Es bewegt sich doch nicht so viel wie erhofft. Irgendwie scheint der Weg zwischen dem Sprechen und dem Tun versperrt zu sein.

Im Gesundheitswesen ist ein Grund für diese Sperre die Vermischung der Diskussion um die konkrete Umsetzung, beispielsweise Finanzierbarkeit, Finanzierung, Auswirkung auf die Wirtschaft, also Monetäres, mit der Diskussion um das System an sich. Beide Aspekte sind gleichwertig wichtig, lassen sich jedoch nicht gleichzeitig behandeln. Das legt das Denken lahm. Hier vermischen sich zu früh auf- und abbauende Elemente. Es ist also zunächst eine Frage der Vorgehensweise. Betrachtet man das System im ersten Schritt isoliert von Umsetzungsfragen, so wird die Aufgabe klarer und überschaubar.

Ein weiterer Grund, weshalb wir uns nicht wirklich vom Fleck bewegen, ist, dass nur ansatzweise Einigkeit herrscht über das, worüber wir uns bereits einig sind. Themen, über die zu Recht Uneinigkeit herrscht, gehen in dieser Diskussion unter. Über Annahmen wird nur indirekt und nicht ausreichend gesprochen. Dadurch gibt es keine gemeinsame Basis. So reden wir über einhundert Themen anstatt über eine Handvoll wichtige und verlieren den Überblick.

Der dritte Grund, weshalb sich die Diskussion schwierig gestaltet, ist, dass die Motive hinter den Diskussionsbeiträgen nicht eindeutig erscheinen. Sind die Beitragenden Betroffene, beispielsweise Menschen mit einer schweren und langwierigen Patientenkarriere, so ist der Gehalt des Beitrags deutlich. Das Zuhören fällt leicht. Dieses Vertrauen ist jedoch nicht immer so einfach entgegenzubringen. So fallen wichtige Aspekte eines Beitrages, beispielsweise eines Vertreters einer Berufssparte, auf taube Ohren. In der Abwesenheit von Vertrauen wendet man sich leichter ab.

Betrachten wir an dieser Stelle das System isoliert von Umsetzungsfragen, sind wir uns einig, dass das System eine Generalüberholung benötigt und setzen das Vertrauen voraus, dass jeder Beitrag im Kern das Beste für den Patienten meint, dann ist eine Diskussion um Systemoptimierung einfacher und erst dann ernsthaft möglich.

Wenn wir uns dazu noch besinnen, dass der Patient kein abstrakter Begriff ist, sondern dass die Patienten letztendlich wir selbst sind, dann steht einer praktischen aussichtsreichen Diskussion noch weniger im Wege. Wir können unseren "Fantasien", die

wir benötigen, um Neues zu schaffen, mittels der Sprache freien Lauf lassen. Gewinnen wir als Letztes noch eine unabhängige übergeordnete Stelle dazu, diese "Fantasien" in weiser Form zu bereichern und zu moderieren, kann es uns sogar gelingen, den Teufelskreis der unendlichen Diskussionen zu durchbrechen. So einfach könnte es sein.

Vor einem solchen Hintergrund ist die Entwicklung alternativer Varianten des Gesundheitssystems und eine Diskussion drüber erfolgversprechend. Um sich unterschiedliche Alternativen vorstellen zu können, ist es hilfreich, die Dimensionen des Systems zu definieren, die das System formen. Denkbar sind folgende drei Dimensionen:

1. Was ist das Ziel des Systems?
Ist das Ziel das Erreichen und die Erhaltung von Gesundheit oder das Kurieren von Krankheiten?
2. Welche Art von Medizin wird angewandt?
Ist es die High-Touch- oder die High-Tech-Medizin, die im Vordergrund steht?
3. Wie ist die Struktur des Systems?
Ist das System staatlich reguliert oder ein Teil der Marktwirtschaft?

Tabelle 1 zeigt beispielhaft vier mögliche Zukunftsszenarien des Gesundheitssystems mit unterschiedlicher Mischung der Dimensionen.

Zukunfts-Szenarien des Systems	Erreichen und Erhaltung von Gesundheit	Kurieren von Krankheit	High-Touch	High-Tech	Reguliert	Nicht-Reguliert
Heute Fortgesetzt		X		X	X	
Heute High-Touch		X	X		X	
Alternativ	X		X			X
Hardliner	X			X	X	

Tabelle 1: Mögliche Zukunfts-Szenarien des Gesundheitssystems

Das Zukunfts-Szenario Health First, das im Folgenden näher beschrieben wird, unternimmt den Versuch, alle Dimensionen zu verbinden. Es ist ein integriertes System. Der Systemfokus liegt auf Gesundheit, für den Umgang mit Krankheiten ist jedoch ausreichend gesorgt. Es besitzt High-Touch-Elemente, ist allerdings an geeigneten Stellen auch High-Tech-orientiert. Das System ist reguliert, kann aber nicht-regulierte Anteile beinhalten.

Die Beschreibung des Zukunfts-Szenarios Health First erhebt weder auf Vollständigkeit noch auf Alleingültigkeit einen Anspruch. Es stellt lediglich eine mögliche Zukunft des Systems zur Diskussion.

Das Zukunfts-Szenario: Health First

Im Gesundheitssystem Health First steht der Stellenwert von Gesundheit außer Frage. Sie ist nicht optional, sondern das Ziel aller Handlungen im System. Gesundheit ist über so genannte Gesundheits-Messkriterien definiert: die physische, psychische, geistige, seelische und die soziale Gesundheit werden in jeder Episode betrachtet und bewertet. Eine Episode ist eine Form des Allgemeinzustands. Es gibt sowohl gesunde als auch kranke Episoden im Verlauf des Lebens. Für die Organisation des Systems wird zwischen fünf verschiedenen Episodenarten unterschieden: keine Erkrankung, potenzielle Erkrankung, akute Erkrankung, chronische Erkrankung und degenerative Erkrankung. Das Erreichen und Erhaltung von Gesundheit ist ein übergeordnetes wirtschaftliches und soziales Ziel, denn es ist allen klar, dass gesunde Menschen produktiver, motivierter und glücklicher sind.

Gesundheitserziehung fängt früh an. Es ist deutlich, dass Gesundheitsförderung nicht erst in einer Krankheitsepisode anfangen kann. Soll das System insgesamt entlastet werden, so muss im Vorfeld bereits etwas getan werden. Sie wird als ein lebenslanger Prozess und als Bestandteil des Lebens verstanden, der schon vor der Geburt anfängt. Flankierende soziale Systeme wie etwa Kindergärten, Schulen, Ausbildungsstätten und Unternehmen sind ebenfalls eng einbezogen. Sie wissen, dass für eine flächendeckende Gesundheitsinitiative neben einem gesundheitsfördernden Städtebau Themen wie Ernährung, Lärmdämpfung etc. für eine große Entlastung des Systems sorgen können.

Heilberufler wissen, dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt zugleich krank und gesund sein kann. Mit den Mitteln der Schulmedizin werden kranke Anteile behandelt, das primäre Ziel bleibt jedoch die Erhöhung der gesunden Anteile. Heilberufler arbeiten je nach Interessenlage und Spezialisierung in vier unterschiedlichen Bereichen des Systems (siehe Tabelle 3): in der Behandlung, der Technik, der Forschung und im System selbst.

Schwerpunkt	Beispiele typischer Fachrichtungen	Beispiele typischer Systemzweige	Beispiele typischer Krankenhausbereiche
Behandlung	Allgemeinmediziner, Internisten etc.	Praxen, Krankenhäuser	Krankenhaus-Stationen
Technik	Chirurgen, Radiologen etc.	Medizin-Geräte-Industrie, IT-Industrie	Funktionsabteilungen
Forschung	Physiologen, Anatomen, Pathologen etc.	Pharmazeutische Industrie, Biotechnologie, Forschung und Lehre	Laborabteilungen
System	Medizin-Controller, Qualitätsmanager, Direktoren etc.	Krankenhaus-Industrie, Berater-Industrie	Krankenhaus-Verwaltung

Tabelle 2: Systemschwerpunkte

Durch die Ausrichtung und Gruppierung der Arbeit nach den oben genannten vier funktionellen Schwerpunkten hat sich die Kommunikation zwischen den spezialisierten Berufsgruppen verbessert. Innerhalb der Schwerpunkte stimmt die Wellenlänge, das Vokabular ebenfalls. Die Arbeitszufriedenheit ist gewachsen. An den Schnittstellen der vier Schwerpunkte wird durch Vermittler Botschaften übersetzt und kommuniziert. Damit ist ein Großteil der heutigen Systemineffizienz, der auf reinen Missverständnissen und deren Begleiterscheinungen beruht, weggefallen.

Gesundheitssystemverantwortliche sind sich bewusst, dass der Fokus auf Gesundheit nur dann langfristig gegeben ist, wenn Anreiz-Systeme das Erreichen eines höheren Grades an Gesundheit belohnen. Daher gibt es definierte Budgets für die Förderung von Gesundheit. Budgetarten sind Episodenarten (siehe Tabelle 4) zugeordnet und werden darüber verwaltet:

Episodenart	Zustand	Gesund	Krank	Fokus	Leistungsbeispiele
A	Keine Erkrankung	Ja	Nein	Gesundheitserziehung und -förderung,	Lebensberatung, Checkup-Programme, komplementäre Methoden
B	Potenzielle Erkrankung	Ja	Potenziell	Prävention	Unterstützungsprogramme, komplementäre Methoden
C	Akute Erkrankung	Nein	Ja	Akute Behandlung	konservative, operative Behandlungen
D	Chronische Erkrankung	Ja und Nein	Ja	Rehabilitation, Heilung	Komplementäre Verfahren, Selbsthilfe-Programme
E	Degenerative Erkrankung	Nein	Ja	Palliativmedizin und -pflege	Krankheitseindämmung

Tabelle 3: Episodenarten

Für jede Episodenart gibt es im System eine Anlaufstelle mit passendem Leistungsangebot. Im Laufe des Lebens durchläuft der Einzelne so genannte "Checkpunkte" (siehe Diagramm 1), an denen der aktuelle Gesundheitszustand nach definierten Kriterien erhoben wird. Diese Informationen sind durch so genannte "Trust Center" geschützt, um Missbrauch vorzubeugen und werden in elektronischen Patientenakten abgelegt, die ein Leben lang geführt werden.

Das System unterscheidet chronische Erkrankungen (Episode D) von degenerativen (Episode E). Degenerative Erkrankungen sind beispielsweise seltene genetische und onkologische oder langwierige und schwere Erkrankungen wie die Alzheimer-Krankheit. Damit wird ein spezieller Fokus auf Erkrankungen gelegt, die monetäre Ressourcen überproportional binden, um sie gezielter betrachten zu können. Außerdem wird mit den Episoden A und B ein definierter Platz für Nicht-Kranke und Potenziell-Kranke geschaffen. Hier sind verschiedene Schattierungen von "Befindlichkeitsstörungen" angesiedelt. Das Ziel ist, diese wahrzunehmen, schon bevor sie sich zu einer Erkrankung entwickeln können.

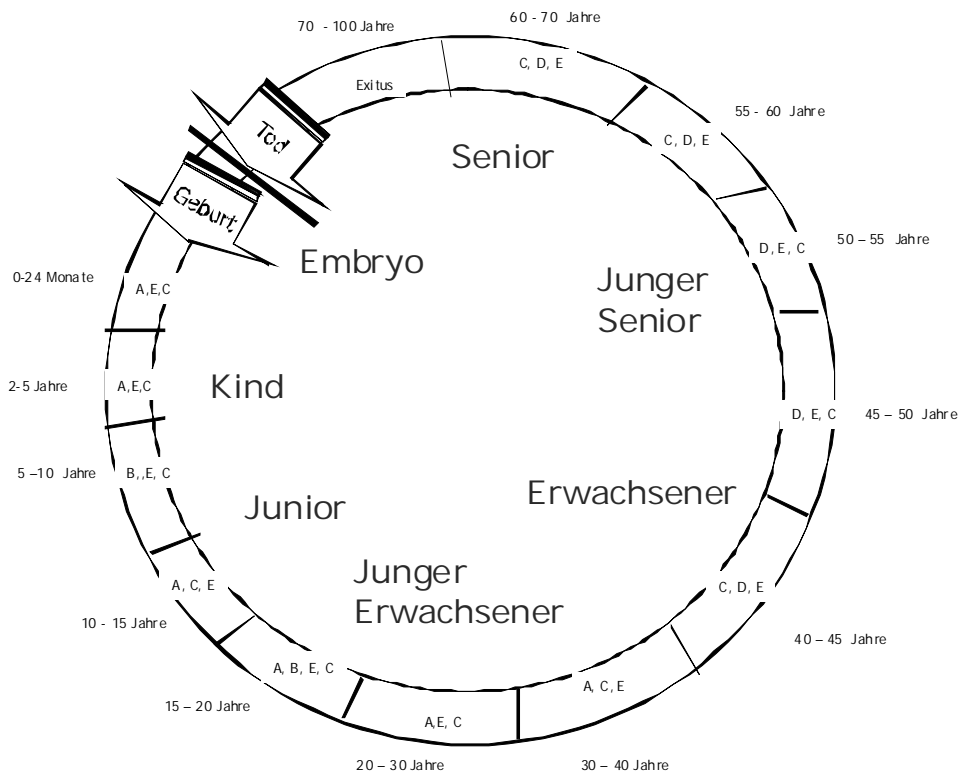


Diagramm 1: Der Lebensprozess, Checkpunkte und mögliche Episodenarten (in Anlehnung an K. Kratky¹)

Damit das System adäquat genutzt werden kann, wird der Systemzugang durch "Vertrauensärzte" betreut. Sie navigieren den Einzelnen durch das System und zu den entsprechenden Institutionen:

- Die Aufnahme einer Krankheitsperiode in einer Institution geschieht durch Heilberufler mit funktionellem Schwerpunkt 'System'. Diese sind systemisch ausgebildet und übernehmen vom Vertrauensarzt beziehungsweise dem Vor-Behandler und steuern den Weg des Patienten durch die Institution.
- Stationen werden von Heilberuflern mit Schwerpunkt 'Behandlung' geführt. Das sind Mediziner, die eine gute Vorbereitung, Beobachtung und Nachbereitung der Episode mit Hilfe ihrer Teams gewährleisten. Diese sind die Bezugspersonen der Patienten in der Institution.
- Operationssäle und Funktionsabteilungen sind durch Heilberufler mit Schwerpunkt 'Technik' besetzt, die sich auf Erkennung und Beseitigung von krankhaften Prozessen mit Hilfe technischer Mittel spezialisiert haben.
- Das Labor wird von Heilberuflern mit Schwerpunkt 'Forschung' gesteuert, die Eingangs-, Durchgangs- und Fallparameter sowie Ausgangsparameter bestimmen.

Das Ergebnis der Behandlung rückt in den Mittelpunkt der Belohnungssysteme. Je höher der Grad der erreichten Gesundheit in einer Episode im Vergleich zwischen dem Eingangs- und dem Ausgangsbefund, desto größer die fallbezogene Ausschüttung an die Heilberufler. Eine neue Variante der DRGs (diagnosis-related groups) generiert "Episodenpreise" und reguliert die Leistungshonorierung. Durch die Einbindung im lebenslangen Gesundheitsprozess können auch mittel- und langfristige

¹ Kratky, K.W.: Komplementäre Medizinsysteme. Vergleich und Integration. Ibero/European University Press, Wien 2003

Behandlungsergebnisse systemisch berücksichtigt werden. Die Patienten können ihre subjektive Einschätzung des gefühlten Gesundheitszustands beziehungsweise der Lebensqualität in das Ergebnis einfließen lassen. Dadurch wird indirekt die Systemqualität auch in Bezug auf Service verbessert. Zudem ist klar, dass Patienten immer öfter detailliertes Wissen über ihre eigenen Krankheiten haben. Dieses Wissen wird bei der Behandlung obligatorisch einbezogen. Patienten sind Partner der Heilberufler im Rahmen der Behandlung.

Institutionen, die heilberufliche Leistungen anbieten möchten (Praxis, Krankenhaus und sonstige Anstalten), können sich auf eine oder mehrere Episodenarten spezialisieren. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Behandlungspläne sind in den Vordergrund gerückt, da der Behandlungsprozess sonst nicht zu bewältigen ist. Die Patientenversorgung ist systembedingt bereits integriert. Gesundheitsforschung ist ein anerkannter Zweig der Forschung. Ausbildungen und Studiengänge sind um Wissensanteile in Management und Kommunikation ergänzt worden. Vertragliche Verpflichtungen von Führungsmannschaften sind mit dem Belohnungssystem verknüpft. An jeder Stelle geht es immer nur um eines: Mehr Gesundheit und Lebensqualität. Im Umkehrschluss nehmen Krankheiten und Krankheitskosten ab und die Frage der Finanzierbarkeit entspannt sich.

Das Sprechen und das Tun

Das oben beschriebene Zukunfts-Szenario Health First ist eine von einer Reihe von möglichen Varianten. Es muss nicht eine Fantasie bleiben. Lösen wir uns einmal von der Vorstellung, dass die Zukunft linear fortgeschrieben werden muss, so sind aus unterschiedlichen Perspektiven mehr Varianten vorstellbar. Es kann multiple Zukünfte geben. Hier liegen viele Chancen verborgen, die aufgenommen und weiterentwickelt werden möchten. Ist das, was im Kern des Systems wichtig ist und unverrückbar bleiben muss, definiert, so ist die Diskussion einfacher, so wird sich dort das am besten geeignete System finden lassen. Bei der dann notwendigen Finanzierungsfrage wird es teils um eine Andersverteilung, teils um eine Neufokussierung von bereits vorhandenen Geldern gehen. Hierbei muss es nicht unbedingt Verlierer geben, wenn Unternehmen bereit sind, mit der Zeit zu gehen, sich anzupassen und neu zu definieren. Der Rest ist wie bei jedem Projekt eine Frage der Machbarkeitsprüfung, der Feinjustierung, der Planung und der endgültigen Umsetzung.