

Zur Qualität einer Sozialen Gesundheitswirtschaft

ELLIS HUBER

Das Schlagwort ›Qualität‹ prägt die aktuellen Diskussionen im Gesundheitswesen. Alle reden darüber, fordern höhere Qualität, beklagen fehlende, benutzen beste als Werbeslogan und erheben mehr Lebensqualität für die Patienten zum Leistungsziel. Das politisch verordnete und im Konkurrenzkampf der Versorgungsanbieter dargebotene Qualitätsmanagement hat sich zu einem eigenständigen Wirtschaftszweig im Gesundheitswesen entwickelt. Es baut Verwaltungsaufwände auf, verursacht Kosten wie Ärger, produziert Bürokratie und induziert widersprüchliche, manchmal sogar falsche Qualitätsversprechen. Die Qualität des Versorgungssystems wird dadurch aber wenig verbessert. Ein Versorgungsmanagement der Salutogenese, das die gesunden Kräfte in der Bevölkerung stärkt, Gesundheitschancen erweitert und Wirtschaftlichkeit mit Menschlichkeit verbindet, gehört zu den Herausforderungen der Zukunft. Die Qualität des Gesundheitssystems kann als Produktivfaktor für eine ›Gesunde Marktwirtschaft‹ begriffen werden.

Schlüsselwörter: Qualitätsmanagement, Gesundheitssystem, Salutogenese, Gesundheitsförderung, Gesunde Marktwirtschaft

Das Leid der Gesellschaft und die Krankheiten der Leute

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland soll die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sichern und den Menschen bei Krankheit und Gebrechen die bestmögliche Hilfe bereitstellen. Seine Qualität muss sich daher an der Gesundheit des einzelnen Menschen in unserer Gesellschaft messen lassen. Gesundheit und Lebenserwartung werden heute nicht mehr wie früher von Infektionskrankheiten und Unfällen bestimmt. Die chronischen Erkrankungen herrschen vor. Sie verursachen um die 80 Prozent der Krankheitstage und der Sterbefälle. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zeigt, dass gut ein Viertel der Leute ›zu fett‹ lebt und 4,6 Millionen im Lande einen Diabetes haben. Psychische Leiden nehmen deutlich zu (Kurth 2012).

Der gesellschaftliche Wandel und das soziale Leben mit seiner kontaktreichen Beziehungslosigkeit geht mit Krankheiten des gesellschaftlichen Bindegewebes einher: Depressionen, Ängste, Burnout-Syndrome, Hochdruck, Rückenschmerzen oder andere chronische Gebrechen sind weniger die Folge einer körperlichen Dysfunktion oder individuellen Schwäche sondern mehr das Ergebnis komplexer sozialer Beziehungsmuster, die nicht geglückt sind oder nicht mehr glücken. Auch Wahnkrankheiten und Psychosen entstehen nicht allein aus genetischer Disposition. Über ein Drittel aller Krankheiten der Krankenversicherten in Deutsch-

land wird mit einer psychiatrischen Diagnose bezeichnet und das Krankheitspanorama zeigt, wie fehlende soziale Geborgenheit, Sinnverlust und Beziehungsmangel seelische und körperliche Leiden verursachen.

Rückenschmerzen und andere chronische Gebrechen drücken auch die Last der psychosozialen Verhältnisse aus und die aktuellen Wirtschaftskrisen machen Menschen krank. Sie sind für Angst, Verzweiflung, Unsicherheiten, andauernden Stress und alle daraus erwachsenden Folgen für das individuelle wie allgemeine Wohl ebenso Ursache wie für die Insolvenz einzelner Unternehmen. Die heutigen Gesundheitsprobleme und Krankheitsnöte sind mit ›medizinischem Fortschritt‹ oder biochemischen ›Wunderwaffen‹ nicht mehr zu bewältigen. Labor und Röntgen, Operationen und Tabletten, also eine Medizin, die für die Menschen Gesundheit produzieren will und ihr Leiden als Maschinenschaden begreift, hilft nicht weiter.

Die kulturellen und sozialökologischen Verhältnisse sind entscheidend, ob Menschen fett oder depressiv, süchtig oder schmerzgebeutel sind, sich falsch ernähren und zu wenig bewegen. Die Krankheiten wurzeln heute im Sozialen. Sie widerspiegeln den Verlust von gesellschaftlicher Kohärenz und eine brüchig gewordene soziale Identität. Die Pflege des sozialen Bindegewebes wird daher zur zentralen Aufgabe der Heilkundigen und zur Herausforderung für alle beteiligten Akteure im Gesundheitswesen. Wir brauchen für die Zukunft ein Gesundheitssystem, das der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung dient. Das erfordert in Theorie und Praxis eine Heilkultur, die auf den Grundlagen der Salutogenese aufbaut und eine nachhaltige Gesundheitsförderung in die Praxis umsetzt. Individuelle Gesundheitskompetenz steht in Wechselwirkung mit der jeweiligen Lebenswelt. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Präventionsversorgung und die Entwicklung der Bildungseinrichtungen zu Schulen der Gesundheitskompetenz sind zentrale Aufgaben einer zukunftsfähigen Gesundheitspolitik, die soziale Resilienz und gesellschaftliche Integration ebenso fördert wie die Entfaltung der individuellen Gesundheitskräfte. Hier sind die wirklichen Qualitätsziele zu verorten und hier müsste ein Qualitätsmanagement tatsächlich Leistung beweisen.

Die heutige Qualitätswelt des Gesundheitswesens

Die Akteure im Gesundheitswesen haben Qualität zum Schlüsselbegriff erhoben. Qualitätsmanagement (QM) wird überall angeboten und von Allen gepriesen. Ohne ein wirksames Qualitätsmanagement kann heute kein Anbieter von Gesundheitsdiensten mehr bestehen. Schon 1988 verankerte der Deutsche Ärztetag die Verpflichtung des Arztes zur Qualitätssicherung in der Musterberufsordnung und seit 2003 gibt es in der Weiterbildungsordnung die Zusatzbezeichnung ›Ärztliches Qualitätsmanagement‹. Das entsprechende Curriculum der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begründet die Notwendigkeit von Qualitätsmanagementsystemen mit dem Verantwortungs-

bewusstsein der Professionen für die Qualität ihrer Leistungen (BÄK, KBV, AWMF 2007). Bereits 1995 entstand die ›Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ)‹, das heutige ›Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)‹ als gemeinsames Kompetenzzentrum von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Die Landespolitik entdeckte also sehr früh die Bedeutung des Themas für das Ansehen des ärztlichen Berufsstandes und setzte es für den Deutschen Bundestag auf die gesundheitspolitische Agenda.

Der Gesetzgeber verankerte im Jahr 2004 die Pflicht zum Qualitätsmanagement für Arztpraxen und Krankenhäuser im fünften Sozialgesetzbuch. Der ›Gemeinsame Bundesausschuss‹ (G-BA) bestimmt auf dieser gesetzlichen Grundlage für die vertragsärztliche Versorgung und für die zugelassenen Krankenhäuser durch Richtlinien die Anforderungen, die ein entsprechendes Qualitätsmanagementsystem (QM-System) erfüllen muss. Im Zuge der Gesundheitsreform 2004 kam es auch zur Einrichtung des ›Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen‹ (IQWiG), das den G-BA berät und unterstützt.

Das international bekannteste Qualitätsmanagementsystem in der Wirtschaft ist die ›DIN EN ISO 9000 ff.‹ Ein konkretes Modell für Betriebe und Organisationen liefert auch das ›Excellence-Modell‹ der European Foundation for Quality Management (EFQM). Bei allen QM-Systemen geht es um die Gestaltung von Produktions- und Dienstleistungsprozessen, die ständig verbessert werden. Der kontinuierliche Verbesserungsprozess als Prinzip im Denken und Handeln entspricht einer inneren Haltung, die von jedem Mitarbeiter und jedem Team einer Organisation im Alltag gelebt wird und ständige Reflexion, Lernbereitschaft und Innovationsfreude erfordert. Die damit einhergehende Methodik wird als PDCA Zyklus (Plan, Do, Check, Act) dargestellt. Alle in der Wirtschaft eingesetzten, branchenneutralen QM-Systeme sind auch im Gesundheitswesen gebräuchlich. Inzwischen gibt es auch zahlreiche branchenspezifische Systeme. Drei, in der Gesundheitswirtschaft weit verbreitete, QM-Systeme sind besonders bedeutsam:

Das KTQ-System der Gesellschaft ›Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen‹ (KTQ GmbH): Gesellschafter sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegeverband (DPR) und der Hartmannbund/Verband der Ärzte Deutschlands e. V. ›Das KTQ-Verfahren ist auf die speziellen Anforderungen in den Bereichen Krankenhäuser, Praxen und MVZ, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen sowie Rettungsdienste ausgelegt. Ziel der KTQ-Zertifizierung war und ist stets die Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung‹ (KTQ GmbH 2013).

Das Europäische Praxis-Assessment (EPA-Modell): EPA wurde durch eine Arbeitsgemeinschaft von Experten, der TOPAS Europe und TOPAS Germany e.V. (›European Task Force for Methods of Assessment, Quality Management and Certification in Health Care‹)

entwickelt. In Deutschland wird dieses QM-System von AQUA, dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, angeboten. Eine Zertifizierung der Praxen erfolgt durch die »Stiftung Praxissiegel e. V.« EPA gibt für Arztpraxen einen kontinuierlichen Qualitätskreislauf vor und prägte den Begriff der »lernenden Praxis«, »die in der Lage ist, eigene Ziele zu entwickeln und im Rahmen eines offenen, praxisinternen Diskurses innovative Lösungen für die Umsetzung dieser Ziele zu finden« (EPA 2013).

Das QEP-System (»Qualität und Entwicklung in Praxen«) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: QEP ist eine eigenständige Entwicklung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und wird für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten über die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen angeboten. Eine Zertifizierung der Praxen erfolgt durch unabhängige Zertifizierungsstellen. »Dieses indikatorenbasierte und handbuchgestützte System ist modular aufgebaut und kann von der Praxis stufenweise umgesetzt werden. Kernstück des Systems ist ein Qualitätsziel-Katalog, der in erster Linie der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement in Praxen sowie der Analyse des Ist-Standes (Selbstbewertung) dient« (KBV 2013).

Verträge zwischen Kostenträgern und Dienstleistern im Gesundheitswesen enthalten heute immer Qualitätsanforderungen, und messbare Qualitätsergebnisse sind eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg im Wettbewerb um Aufträge und Kunden. Die Qualitätssicherung in Krankenhaus und Praxis, Pflegeheimen oder Gesundheitszentren hat unbestritten die Qualität der Abläufe, Strukturen und auch der Versorgungsergebnisse in den Einrichtungen verbessert. Was dort getan wird, wird heute sicherlich auch besser gemacht. Offen bleibt aber, ob die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auch das Richtige tun. Es gibt nämlich weiterhin eine »qualitätsgesicherte« Unter-, Fehl- und Überversorgung im Gesundheitswesen, die nicht zur Qualität des Gesamtsystems beitragen. Ein Qualitätsmanagement für das Gesundheitssystem gibt es nicht.

Die Realität des Lebens und die Qualität des Gesundheitssystems

Qualitätsgesichert eingebrachte Herzkatheter sichern nicht zwangsläufig eine qualitativ herausragende Herzgesundheit in der Bevölkerung. Die Indikationsentscheidung für Krankenhausleistungen oder Operationen ist grundsätzlich relativ und vom Ermessen der entscheidenden Fachleute abhängig. Anschaulich zeigt dies die Appendektomie. Nirgendwo sonst in entwickelten Industriestaaten werden so oft die Bäuche junger Menschen aufgeschnitten, um den kleinen Wurmfortsatz wegzuschneiden, wie in Deutschland (vgl. Hontschik 1994). Bernd Hontschik hat in seiner wissenschaftlichen Analyse nachgewiesen, dass die Appendektomie in Deutschland eine kulturelle Gewohnheit darstellt, mit der psychosoziale Konflikte »geschnitten«, aber nicht geheilt wer-

den. Das medizinische Ritual hilft, eine komplexe lebensweltliche Konfliktsituation zu beruhigen und zu verdrängen.

Dem Chirurgen August Bier, einst Ordinarius an der Charité, wird die Aussage zugeschrieben: »Einen guten Chirurgen erkennt man daran, welche Operation er nicht macht.« Ordnungssysteme wie Fallpauschalen zur Finanzierung von Krankenhausleistungen bezahlen nur die gemachte Operation. Niemand darf sich also wundern, wenn unter dem Zwang des ökonomischen Anreizes viel operiert wird, Chirurgen für Operationen belohnt werden und eine gute Chirurgie in Vergessenheit gerät. Die Fallpauschale als ökonomischer Anreiz für Operationen macht nämlich den operierten Gesunden zum lukrativsten Patienten. Der Case-Mix-Index (CMI) als Orientierungswert und Leistungsmaßstab einer erfolgreichen Krankenhauswirtschaft vermarktet Krankheiten als profitables Objekt. Die Gesundheit der Leute bleibt in dieser Denk- und Handlungskultur schnell auf der Strecke.

Mit den ausgebauten QM-Systemen in Klinik und Praxis erleben wir sogar einen gesellschaftlichen Deformationsprozess, »der das System der medizinischen Versorgung in ein Wirtschaftsgut verwandelt hat. In seinem Mittelpunkt steht nicht mehr der Kranke, sondern Rendite und Gewinnmaximierung« (Hontschik 2013). Das Gesundheitssystem dient also Kapitalinteressen und nicht mehr den Erwartungen und Bedürfnissen der Bevölkerung. Die Profitgier und egoistischen Gewinnziele einer »Medizin der Aktienbesitzer« verfremden die Kultur von Helfen und Heilen, eine kapitalistische Kolonialisierung des Leibes bricht sich Bahn. Die humane Qualität des Gesundheitssystems wird zerstört. Dieser Mechanismus ist nicht nur bei Schönheitschirurgen zu beobachten. Die Manipulation von Normwerten oder klinischen Studien zum Zwecke der Absatzförderung von fragwürdigen Medizinprodukten ist längst evident und hat sich zu einer ernststen Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung entwickelt. Zahlreiche Veröffentlichungen dazu sprechen Bände: Von der »Nemesis der Medizin« über »die Krankheitserfinder« bis zu »Heillose Medizin«, haben viele Autoren die Fakten zusammen getragen (vgl. Illich 2007, Blech 2007 und 2010). Das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sichert also noch lange nicht die Qualität des Versorgungssystems. Im Gegenteil:

Die Desintegration auf der Ebene der Systemsteuerung gleicht einer Krebszellenökonomie: Die Verhaltensweisen einzelner Institutionen oder Organisationen im Gesundheitssystem stehen im Widerspruch zur Gesamtaufgabe. Jeder versucht unter Inanspruchnahme der Systemressourcen möglichst unkontrolliert zu wachsen. Statt auf gemeinsame Leistung für die Gesundheit blickt man auf den materiellen Profit der einzelnen Untereinheit. Gesamtnutzen im Gesundheitswesen und betriebswirtschaftlich erfolgreiches Verhalten für ein Krankenhaus, eine Arztpraxis oder eine Krankenkasse stimmen nicht überein. Kostendämpfung mündet in einen Streit um Kostenverantwortung und Ressourcenverteilung. Die verschiedenen Parteien versuchen entlang des Wertschöpfungsstromes ihre jeweils eigenen Interessen auf Kosten anderer zu verteidigen und ihre Gewinne zu maximieren.

Zwangsläufig sinken dadurch Effektivität, Effizienz und die Qualität des Versorgungssystems. Diese Krebszellendynamik zerstört den gesunden Organismus des Gesundheitswesens.

Qualitätsziele für eine erfolgreiche Gesundheitswirtschaft

Qualität gibt nach den gültigen Normen des Qualitätsmanagements an, in welchem Maße eine Ware oder eine Dienstleistung den bestehenden Anforderungen entspricht. Nach dieser allgemeinen Definition kennzeichnet die Qualität des Gesundheitssystems, in welchem Maße es mit den gesellschaftlichen Anforderungen übereinstimmt. Sein Qualitätsmanagement braucht daher einen Wertmaßstab, der die Ergebnisse des Versorgungssystems bestimmen und messen lässt. Was wollen wir mit unserem System leisten, was erreichen wir tatsächlich und was möchten wir für die Gesundheit der Menschen in Deutschland noch verbessern? Der PDCA Zyklus von ›Planen – Umsetzen – Überprüfen – Handeln‹ gilt auch für das gesamte System. Die Planungsprozesse, konkreten Strukturen und Handlungsweisen, die Steuerungsinstrumente, das Controlling und die kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsgefüges müssen so gestaltet werden, dass die beteiligten Akteure die Wirkung ihres Handelns erkennen und die gesellschaftlichen Anforderungen erfüllen können. Wenn dafür die Erkenntnisse der Salutogenese und nicht kapitalistische Profitziele handlungsleitend wären, ist das Ziel der Gesundheitswirtschaft, also die gesellschaftliche Anforderung so zu beschreiben: Gesundheit für alle Bürgerinnen und Bürger, die in Deutschland leben, zu möglichst günstigen gesellschaftlichen Kosten oder kurz: preiswerte Gesundheit für Alle.

Systemisches Qualitätsmanagement beinhaltet eine Dienstleistungsfunktion zur Orientierung und zur Selbstorganisation der beteiligten Organisationen und Professionen. Ein salutogenes QM-System würde dafür sorgen, dass die einzelnen Akteure im System ihren Beitrag für die individuelle und soziale Gesundheit leisten und beste Versorgungsergebnisse erreichen können. Das soziale Gesundheitssystem hat nämlich die Wunden zu heilen, die ein entfesselter Kapitalismus in die Bevölkerung schlägt. Will Deutschland ein Gesundheitssystem, das möglichst hohe Kapitalrenditen erwirtschaftet, oder eines, das möglichst breiten sozialen Gewinn produziert? Diese gesellschaftspolitische Kernentscheidung für ein kapitalistisches oder ein soziales Gesundheitssystem ist gegenwärtig offen. Die Regierungen pendeln zwischen Wirtschaftsinteressen und sozialen Ansprüchen, gruppenegoistischen Einkommensbedürfnissen und gesellschaftlichem Wertegewinn hin und her. Die Gesundheitspolitik wirkt orientierungslos. Sie setzt keine hinreichende Systemqualität in der Gesundheitswirtschaft durch und hofiert Partikularinteressen.

Der Grundgedanke einer Sozialen Marktwirtschaft verbindet das Prinzip der Freiheit auf dem Markt mit dem sozialen Ausgleich für die Gesellschaft. Der Politiker Ludwig Erhard und der Nationalökonom Alfred Müller-Armack entwickelten vor fünfzig Jahren

eine Wettbewerbsordnung, die in Deutschland zu Prosperität und Wohlstand geführt hat. Die Gesundheitswirtschaft wird heute von Ökonomen und Politikern als Motor der wirtschaftlichen Zukunft dargestellt. Wettbewerb im Gesundheitswesen soll für die Gesellschaft insgesamt Vorteile und Wachstum garantieren. Könnte also eine ›Gesunde Marktwirtschaft‹ als die Weiterentwicklung der ›Sozialen Marktwirtschaft‹ entfaltet werden? Ein italienischer Gemüsemarkt ist nicht nur ein Platz, wo Geld umgesetzt wird. Marktwirtschaft lässt sich auch an kulturellen Werten, statt an reiner Geldvermehrung ausgerichtet denken, und ein Wettbewerb um möglichst gute Ergebnisse ist nicht verboten. Markt und Wettbewerb sind als Instrumente für selbstsüchtige Ideologien ebenso nützlich wie für sozial dienliche Unternehmen. Unsere jetzigen Gesellschaften werden die Krise des Kapitalismus nur dann überwinden können, wenn sie lernen, marktwirtschaftliche und wettbewerbliche Systeme nicht geld-, sondern wertorientiert auszusteuern. Eine solche ›Non-Profit Gesundheitswirtschaft‹ ist ein realistisches Ziel und sie braucht ein Qualitätsmanagement der Salutogenese für individuelle und soziale Gesundheit.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte bereits 1986 das neue Paradigma einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitspolitik, die zu einer gemeinwohldienlichen Gesundheitswirtschaft herausfordert: ›Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen. Füreinander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung‹ (WHO 1986).

Das Paradigma der Weltgesundheitsorganisation

Die gesundheitspolitischen Strategien der WHO verpflichten die beteiligten Akteure der Gesundheitswirtschaft auf ihre soziale Verantwortung. Sie fordern im Kern an der Stelle der sozialen Marktwirtschaft, die in Deutschland für sozialen Ausgleich und inneren Frieden sorgte, so etwas wie eine gesunde Marktwirtschaft: Einen Markt, der von gesellschaftlichen Werten und nicht vom Geld, von solidarischer Gegenseitigkeit und nicht vom Mammon gesteuert wird. Gesundheitspolitik für die Menschen, für soziale Kohärenz und inklusive gesellschaftliche Wirkung muss dann das Gesundheitssystem neu denken und entsprechend ausrichten.

Die Menschen in Deutschland wie in allen europäischen Gesellschaften wollen intuitiv ein Gesundheitssystem, das sie zusammenführt und nicht trennt. Das gesellschaftspolitische Ziel eines Sozialen Gesundheitssystems wird von einer Mehrheit der Wähler geteilt. Der Arzt hat nach seiner Berufsordnung ›der Gesundheit

des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung« zu dienen (Bundesärztekammer 2010). Diese Verpflichtung ordnet der ärztlichen Profession eine integrierende Funktion zwischen allgemeinem und individuellem Wohl zu. Der ärztliche Kernauftrag umfasst also eine preiswerte oder ressourcensparende Gesundheitsversorgung für große Bevölkerungsgruppen. Diese Aufgabe der Ärzteschaft wird im gegenwärtigen Gesundheitssystem nicht hinreichend erfüllt. Die Medizin vernachlässigt ihren sozialen Auftrag. Die Gesundheit des sozialen Gewebes der Zivilgesellschaft ist zu wenig Gegenstand von medizinischer Theorie und Praxis. Die Orientierung an einer Kultur der Salutogenese müsste bereits in der Ausbildung von Ärzten verankert werden.

Die mit dem ärztlichen Gemeinwohlauftrag korrespondierende Kernaufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beinhaltet die Kultivierung von Gemeinschaftlichkeit in großen Bevölkerungsgruppen. Es geht für die einzelne Krankenkasse um die Bildung einer solidarischen Community. Solidarität und Mitmenschlichkeit sind nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis starke Gesundheitsressourcen, die das Morbiditätsspektrum in der Bevölkerung maßgeblich prägen. »Menschen, die sich als kompetent erfahren, die soziale Resonanz finden und die bei sozialen Entscheidungen mitwirken können, sind weniger krank. Umgekehrt steigen Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit in der Bevölkerung deutlich an, wenn das gesellschaftliche Bindegewebe unter Spannung steht« (vgl. Fischer 2007). Der Zustand des sozialen Bindegewebes prägt die Aufgaben der Versorgung und auch die ökonomische Lage der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die systemische Verpflichtung zur Kultivierung von Solidarität und sozialer Teilhabe unter ihren Versicherten ist vielen Kassen kaum bewusst. Der Auftrag der »Solidargemeinschaften« wird nur mangelhaft erfüllt. Ein Qualitätsmanagement, also ein echter Maßstab für die Solidaritätsleistung der Krankenkassen gibt es bisher nicht.

Die sozialen Krankenversicherungssysteme in Europa stellen eine kulturelle Errungenschaft dar, die dem freien Individuum bei Krankheit und Leid soziale Geborgenheit und Sicherheit geben. Die Soziale Krankenversicherung soll den Gemeinsinn pflegen, Nächstenliebe praktizieren und eine soziale Identität stabilisieren, die unabhängig von politischen oder religiösen Gemeinschaften eine gesunde Gesellschaft bildet. Die Formel »Liebe statt Valium« versucht dies zu beschreiben (vgl. Huber 1994). Die Gesundheitswirtschaft ist dem Gemeinwohl verpflichtet und könnte mit ihrer solidarisch durch Kassenbeiträge erreichten Finanzkraft einen Ausgleich zur kapitalistischen Zerstörungsdynamik bilden, sozusagen das Yin des Wirtschaftssystems mit dem Yang einer Gemeinwohlökonomie ausbalancieren.

Die Idee der Gemeinwohlökonomie entwickelt sich gerade zu einer kraftvollen Bewegung. Sie mit der sozialen Gesundheitsbewegung zu integrieren könnte eine gemeinwohlbasierte Gesundheitswirtschaft stärken und die Kultur einer Gesunden Marktwirtschaft begründen. »Die Gemeinwohl-Ökonomie beruht auf denselben **Grundwerten**, die unsere Beziehungen gelingen

lassen: Vertrauensbildung, Wertschätzung, Kooperation, Solidarität und Teilen. Nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen sind gelingende Beziehungen das, was Menschen am glücklichsten macht und am stärksten motiviert« (Felber 2012, Satz 1). Das alles stärkt nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen der Salutogenese auch die Gesundheit. Die Krankenkassen und die Ärzteschaft als führende Machtträger im Gesundheitswesen müssten entsprechende Führungsqualitäten entfalten und durchsetzen: »Da in der Gemeinwohl-Ökonomie unternehmerischer Erfolg eine ganz andere Bedeutung haben wird als heute, werden auch andere Führungsqualitäten gefragt sein: Nicht mehr die rücksichtslosesten, egoistischsten und »zahlenrationalsten« Manager werden gesucht, sondern Menschen, die sozial verantwortlich und -kompetent handeln, mitfühlend und empathisch sind, Mitbestimmung als Chance und Gewinn sehen und nachhaltig langfristig denken. Sie werden die neuen Vorbilder sein« (Felber 2012, Satz 20).

Die Soziale Krankenversicherung in Deutschland

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist das Herzstück des Sozialsystems der Bundesrepublik Deutschland. Eine gute Gesundheitsversorgung gehört zum sozialen Selbstverständnis der Bürgerinnen und Bürger und sie trägt zur Lebensqualität in Deutschland entscheidend bei. De facto arbeiten alle Krankenkassen unter den Rahmenbedingungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit einem globalen Budget für ihre jeweilige Solidargemeinde. Für die einzelnen Versicherten erhält die Krankenkasse nämlich eine definierte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds. Diese »Kopfpauschale« setzt sich aus einer Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen zusammen. Basis zur Ermittlung der morbiditätsabhängigen Pauschalen ist ein Katalog mit derzeit 80 schweren und kostenintensiven Erkrankungen (Bundesversicherungsamt 2008). Die Normkosten des morbiditätsorientierten RSA entsprechen den durchschnittlichen Ausgaben aller Krankenkassen für die so definierten gesunden und kranken Versichertengruppen.

Die durchschnittliche Höhe der Versichertenpauschale liegt gegenwärtig bei 2.700 Euro im Jahr: für ernsthaft kranke Menschen deutlich darüber und für gesunde weit darunter. Die Summe der individuellen Kopfpauschalen bestimmt die finanziellen Möglichkeiten oder die Kaufkraft und damit auch die ökonomische Überlebensgrenze der Kasse. Sind die realen Versorgungskosten geringer als das Versichertenbudget, geht es der Kasse gut, sind sie höher, bricht das Kassenunternehmen unter steigenden Zusatzbeiträgen zusammen. Mit zwei Strategien kann das Kassenmanagement darauf reagieren: mit Risikoausgrenzung oder mit Solidarisierung innerhalb der Versichertengemeinde. Durch den Risikostrukturausgleich, der die Probleme von kranken Versicherten abbildet, wird eine Kultur von solidarischer Gemeinschaftlichkeit zur sinnvollen Überlebensstrategie für Kassen, die ihren sozialen Auftrag erkennen.

Die Konflikte zwischen sozialer Verantwortung und individuellem Egoismus oder Geldgier und Nächstenliebe sind ein generelles Problem, in Deutschland ebenso wie in den anderen europäischen Ländern oder den Vereinigten Staaten von Amerika. Überall steigen die Versorgungskosten und die Krankheitslasten in einer politisch beängstigenden Weise und alle entwickelten Industriestaaten suchen nach einer Lösung der Kosten- wie Qualitätsprobleme ihrer Gesundheitssysteme. Die Analyse der unterschiedlichen Versorgungssysteme und Versorgungskulturen liefert dabei ziemlich klare Erkenntnisse.

Entscheidend für die Systemkosten ist offensichtlich, ob Ärzte die Bedürfnisse des Patienten an allererster Stelle sehen oder ob sie primär ihre Einkünfte maximieren wollen, ob Ärzte für Quantität oder für Qualität bezahlt werden. Entscheidend ist auch, ob die Heilkundigen als Einzelpersonen oder als Mitglieder eines Teams, das gemeinsam für ihre Patienten tätig ist, Honorar erhalten. Beide Praktiken, die Einkommensmaximierung und die Einzelkämpfermentalität minimieren die Qualität der Versorgungsleistung. Die Angst des vereinzelt Doktors um die Sicherung seiner Einkommen im Hamsterrad der Abrechnungsregeln setzt ihn permanent unter Druck. In diesem System erleiden Ärzte ebenso Stress wie ihre Patienten, die sich nicht mehr gesehen fühlen (vgl. Gawande 2009, Huber 2011).

Medizinische Versorgung beinhaltet eine komplexe Gesamtleistung. Sie ist mindestens so schwierig, wie ein Haus zu bauen. Dieses eindrückliche Bild benutzt der Arzt Artur Gawande bei seiner Analyse der Krisen im amerikanischen Gesundheitssystem (Gawande 2009). Die Aufgabe der Gesundheitsversorgung brauche viele verschiedene Experten, eine teure Ausrüstung und exzellente Technik, vielfältige Materialien, kreativen Innovationsgeist und einen großen Anteil an Koordinierung und Führung. Vernünftige Bauherren engagieren und bezahlen daher einen Bauunternehmer, der ein Team aufstellt, dieses beaufsichtigt und dafür sorgt, dass ein stabiles Haus entsteht und funktioniert. Würde die Bauleitung nun den Elektriker für jede Steckdose bezahlen, den Klempner für jeden Wasserhahn und den Tischler für jeden Schrank, gäbe das ein chaotisches Ergebnis: ein Haus mit 1000 Steckdosen, Wasserhähnen und Schränken zum dreifachen Preis und das ganze Ding würde nach wenigen Jahren auseinander fallen.

Dieser Effekt entsteht unabhängig davon, ob der Doktor oder der Elektriker privat, vom Staat oder von einer Kasse bezahlt wird. Wenn die Fachleute ihre monetären Ziele über das qualitative Arbeitsergebnis stellen und gierig Geld scheffeln statt die Gesundheit oder den Hausbau zu fördern, sinkt die Systemqualität. »Zwischen Ethik und Profit« (vgl. Berbuier 1992) werden Ärzte und Patienten zum Opfer eines Systems, das fremden Interessen folgt: Geld oder Gesundheit, das ist eine Frage der Orientierung und der Verantwortung der beteiligten Professionen. Wenn Ärzte bei ihrer Tätigkeit völlig unabhängig von Geldinteressen genau das tun, was ihnen ihre fachliche Kompetenz vorschreibt, wird die Ökonomie des Gesamtsystems besser, die Versorgungsaufwendungen

sinken und die Qualität der Versorgungsergebnisse nimmt zu (vgl. Huber 2011).

Die Kultur eines sozial verantwortlichen Versorgungsmanagements

In den Zeiten der Globalisierung und der Angst vieler Menschen vor sozialer Ausgrenzung und dem Verlust der Sicherheit in ihrer Gesellschaft streben die sozialen Fragen nach neuen Antworten. Die Menschen suchen Geborgenheit in sozialer Gemeinschaft (vgl. Opaschowski 2010) und das Zeitalter der rücksichtslosen Individualisten geht zu Ende (vgl. Klein 2010). Das Gesundheitssystem wird zum Schlüssel für die Salutogenese der Gesellschaft. Es entscheidet maßgeblich darüber, ob die Gesellschaft ihren inneren Frieden findet und zusammenhält oder ob sie in gruppenegoistische Subsysteme mit destruktiver Konkurrenz zerbricht.

Die zentralen Funktionsprinzipien des deutschen Gesundheitssystems sind Solidarität, Subsidiarität und Selbstorganisation. In einem solidarischen System erhalten Krankenversicherte alle medizinischen Leistungen, die sie benötigen, unabhängig von ihrer sozialen Herkunft, ihrem Einkommen oder ihrem Alter. Alle tragen entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung bei. Mitmenschlichkeit, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit für kranke Menschen sind das Managementziel, das die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken zwischen Jung und Alt, Arm und Reich, arbeitenden und arbeitslosen Personen, Singles und Familien, Männer und Frauen oder gesunden und kranken Menschen ausgleichen und tendenziell abbauen soll.

Die subsidiäre Gestaltung der Gesundheitsversorgung lebt von der dynamischen Spannung zwischen zentraler und dezentraler Organisation. Sie verbindet autonome und lokale Netzwerke oder Bevölkerungsgruppen so mit zentralen Diensten, dass die Potentiale der Selbstorganisation optimal zur Geltung kommen. Das derart gestaltete Versorgungsmanagement folgt einem konsequent föderalen Strukturmuster. Was die Bürgerinnen und Bürger selbst, gemeinsam vor Ort und zusammen in der Region bewältigen können, wird ihnen nicht von oben vorgeschrieben und weggenommen. Eine solche Kultur der Selbstorganisation stärkt die individuellen und die sozialen Gesundheitsressourcen. Ziel der subsidiären Gestaltung des Gesundheitssystems ist die aktive Partizipation der betroffenen Menschen an ihrer Gesundheitsversorgung und die optimale Entfaltung der individuellen wie kollektiven Selbstheilungskräfte.

Die Sorge um die Gesundheit des sozialen Bindegewebes gehört zum ärztlichen Auftrag und ist Aufgabe der Medizin. Die Vereinzelung der Menschen und der Verlust sozialer Bindungen müssen durch soziale Integration und verlässliche Beziehungen überwunden werden. Die Arbeit mit Not leidenden Patienten und die Sorge für Kranke vermitteln einen besonderen Kontakt zum Kern des Menschlichen. Krankheit, Hilflosigkeit und Tod stellen elementare Gefährdungen des einzelnen Menschen dar, die

ihm seine Bezogenheit auf die Mitmenschen sinnlich vermitteln. Daher besitzt das soziale und solidarische Gesundheitswesen in der Bevölkerung so viel Zuspruch. Das Soziale Gesundheitssystem steht für eine ›Solidarität aus der Liebe des Wohlwollens‹ (Weß 2002) und für eine gesunde Gesellschaft mit einer nachhaltigen inneren Stabilität.

Investitionen in die Gesundheit der Bürger sichern die Human-Ressourcen und stärken die inklusiven und produktiven Kräfte der modernen Gesellschaft. Gesundheit als Ziel bildet ein Bindegewebe, das die Menschen jenseits von ökonomischen und privaten Beziehungen miteinander verbindet. Ein systemisches Verständnis der Organisationen des Gesundheitswesens und eine Führungskultur, die ihre Qualitätsmaßstäbe an humanistischen Werten ausrichtet, sind entscheidend für das Qualitätsmanagement der Salutogenese. Akteure wie Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhäuser oder Sozialstationen müssen den Wandel von der geldgesteuerten Optimierung ihrer Partikularinteressen zu einer wertgesteuerten Optimierung der individuellen und sozialen Gesundheit schaffen. Sie können dies in einem zielgerichteten und bewussten Prozess des Change Managements erreichen und damit die heutige Verkrustung und Erstarrung des Gesundheitssystems überwinden. Zentral ist dabei die Einsicht aller Beteiligten, dass sie eben nicht Partikularinteressen vertreten, sondern eine gemeinsame Aufgabe in sozialer Verantwortung lösen müssen.

Change Management und Neuorientierung auf den Patientennutzen

Seit einigen Jahren ereignet sich in erfolgreichen Wirtschaftsunternehmen ein epochaler Prozessmusterwechsel. Mit Begriffen wie ›Lean Management‹ und ›Business Reengineering‹ wurde ein neues Paradigma der industriellen Produktion eingeführt, das die arbeitsteilige Hierarchie durch eine Teamkultur ersetzt, in der Individualität, Eigenständigkeit, Risikofreude und Kreativität von Menschen ins Zentrum rücken (vgl. Glasel u.a. 2004). Gesundheit gilt inzwischen für die Wirtschaftspolitik als zentrale Herausforderung der postindustriellen Gesellschaften. Ökonomen prognostizieren im Rahmen der langwelligen Entwicklungsprozesse der Wirtschaftssysteme (Kondratieff-Zyklen), dass ›Psychosoziale Gesundheit‹ im sechsten Kondratieff so bedeutsam sei wie die Informationstechnologie im fünften (vgl. Nefjodow 2007).

›Bürger, Politik und Markt müssen auf neue Weise zusammen wirken, um nachhaltige Gesundheit zu ermöglichen – sonst verspielen wir die Gesundheit für die kommenden Generationen‹ (Kickbusch 2011). Die Dynamik der Gesundheitswirtschaft entscheidet also über die gesellschaftlichen Erfolge im globalen Wettbewerb. Das Thema Gesundheit wird die ökonomischen, politischen und sozialen Entwicklungen der Zukunft prägen. ›Change Management‹ verändert die Kultur sozialer Gemeinschaften und die Führung von Unternehmen, die sich am Markt behaupten und erfolgreich gewinnen wollen (vgl. Doppler u.a. 2002). Auch im Gesundheitswesen steht ein grundlegender Pro-

zessmusterwechsel an. Eine salutogene Sichtweise und Organisationskultur wird sich durchsetzen, wenn das heutige System qualitativ und wirtschaftlich entwickelt wird.

›Wie würde es funktionieren, wenn das medizinische System schlankes Denken einführen würde?‹, fragen die Wissenschaftler des Massachusetts Institute of Technology (MIT) (Womack 1997 S. 430). ›Als Erstes würde der Patient in den Mittelpunkt gerückt werden, und Zeit und Bequemlichkeit wären die zentralen Leistungsmaßstäbe des Systems. (...) Als Nächstes würde das medizinische System seine Abteilungsstruktur überdenken und sein Expertenwissen auf mehrfach qualifizierte Teams übertragen. Die Idee dabei wäre sehr einfach: Wenn der Patient von einem mehrfach qualifizierten Team, das in einem gemeinsamen Raum arbeitet – oder eine ›Zelle‹ in der Sprache der Produktion –, in das System aufgenommen ist, wird ihm ständige Aufmerksamkeit und Behandlung gewidmet, bis das Problem gelöst ist.‹ Es geht also darum, ein individuelles Versorgungsmanagement mit hoher Kreativität, Kommunikationsbereitschaft und Beziehungsfähigkeit umzusetzen und individuelle ›Gesundheitsprodukte‹ herzustellen. ›Schließlich müsste der Patient aktiv an dem Prozess beteiligt und aufgeklärt werden – und zum Mitglied des Teams werden –, damit viele Probleme durch Prävention gelöst oder von zu Hause aus geklärt werden, um Besuche bei dem medizinischen Team vermeiden zu können.‹

Eine schlanke Verwaltung und eine offene Kommunikation im Gesundheitswesen investieren die vorhandenen Ressourcen in die primäre Wertschöpfung, dort wo auf der Beziehungsebene die Hilfe erfolgt. Ein Hausarzt, der beispielsweise einen Hausbesuch bei einem sterbenden Patienten macht, erkennt sofort, dass die Kostenübernahme des Lohnausfalls für den pflegenden Angehörigen wesentlich preiswerter und humaner ist, als eine Überweisung ins Hospiz oder ins Krankenhaus. Als Manager des Primärprozesses entscheidet er sich daher in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen für den Lohnersatz durch die Krankenkasse. Für diese vernünftige und ökonomisch produktive Entscheidung braucht es kein weiteres Formular und keinerlei Kontroll- und Genehmigungsbürokratie. Denn der Arzt oder in komplexen und schwierigen Betreuungsfällen ein multiprofessionelles Versorgungsteam übernehmen die Verantwortung für den Einsatz der Ressourcen im Versorgungsprozess. Ein individuell gestaltetes ›Case-Management‹ durch den Arzt oder durch andere Gesundheitsberufe als neues Struktur- und Ordnungsprinzip für ein schlankes und ökonomisch optimiertes Versorgungsmanagement kann das heutige Steuerungs-dilemma überwinden und die wachsenden Overheadkosten des Systemmanagements und der Verwaltung minimieren (vgl. Huber 2007).

Die systemische Fähigkeit mit möglichst günstigem Ressourceneinsatz größere Bevölkerungsgruppen von der Geburt bis zum Tode gesundheitlich gut zu versorgen, sozusagen einen Volkswagen der Gesundheitsversorgung zu entwickeln, ist auch ein Wirtschaftsprodukt, das überall gebraucht wird. Deutschland war mal die Apotheke der Welt. Deutschland könnte zum

Gesundheitsversorger der Welt werden, wenn es die Herausforderung einer nachhaltigen Gesundheitsreform für Solidarität, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit bewältigt. Es ist kein Traum, in diesem Sektor neue Arbeitsplätze und ein soziales wie wirtschaftliches Wachstum zu erreichen.

In einer umfassenden Analyse der Probleme und Chancen, der Qualitätsdefizite und Ressourcenvergeudung des Deutschen Gesundheitssystems plädieren Michael Porter und Clemens Guth für eine strategische Neuorientierung: »Sowohl Strukturen, Organisationen und Rollen als auch die Art des Wettbewerbs im Gesundheitswesen sind in keiner Weise auf den Patientennutzen ausgerichtet. (...) Um das Gesundheitswesen zu heilen, müssen wir die Struktur der Leistungserbringung ändern.« (Porter 2012, S. 260). Ein Qualitätsmanagement, das die beteiligten Akteure und das System konsequent auf den Patientennutzen ausrichtet, sei möglich und würde erhebliche Qualitätsverbesserungen zur Folge haben. Deutschland könnte zum Vorbild für andere Länder werden. Die Entfaltung einer Qualitätskultur auf der Basis der Salutogenese eröffnet für die Volkswirtschaft und die Gesundheit der Gesellschaft neue Chancen.

Kooperation und Vertrauen durch ein salutogenes Qualitätsmanagement

Die ›qualitätsgesicherte‹ Optimierung der Partikularinteressen im System baut systemisches Misstrauen, gegenseitige Rivalität und Überwachungsbürokratien auf. Die bestehende Kultur des Misstrauens lähmt gegenwärtig die Innovationspotentiale des Gesundheitswesens in Deutschland. Ein salutogenes Qualitätsmanagement müsste diese Landschaft von Angst, Missgunst, Konkurrenz und Verteilungskämpfen kultivieren und eine Transformation hin zu Vertrauen, Kooperation, Offenheit und sozialer Verantwortlichkeit bewirken können. Die Chancen dafür sind da und Bündnispartner in Wirtschaft, Staat und Zivilgesellschaft formieren sich gegenwärtig. Im Wahlkampf wird von allen Parteien das ›Wir, der soziale Zusammenhalt und die Gemeinsamkeit beschworen. Die Werbeparolen mögen scheinheilig sein, dennoch spiegeln sie breite Wünsche, Sehnsüchte wie Hoffnungen der Wählerschaft wieder. Das kann auch Mut machen und zu einer kommenden sozialen Kultur der Salutogenese inspirieren und begeistern.

Die Entwicklung einer neuen Vertrauenskultur in einem hochkomplexen System benötigt Zeit und kommunikative Instrumente neuer Art. Es geht um eine bewusste Werteorientierung und eine offene Kommunikation unter den beteiligten Akteuren im Gesundheitssystem, die Beziehungsqualitäten stärkt und lernende Organisationen nachhaltig stabilisiert: um Leitbilder und Berufsordnungen für die helfenden Berufe, die berufsständische Identitäten überwinden lassen und um ein systemisches Qualitätsmanagement, das Vertrauen schöpft und das ganze System wachsen lässt. Wie kann das gelingen?

Der Berufsverband der Präventologen e.V. und der Dachverband Freier Gesundheitsberufe e.V. haben Leitbilder und Berufsordnungen entwickelt, die als Vorbild und Wegweisung für einen Gesundheitsdienst in sozialer Verantwortung dienen können. Beide Verbände schließen unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe zusammen, die mit ihrer beruflichen Tätigkeit und ihren vielfältigen Methoden die Gesundheit fördern. »Die gemeinsamen Regeln in dieser Berufsordnung sind als ein Code of Conduct Orientierung und Verpflichtung für helfende, heilende, pflegende oder bildende Berufe, die ihr professionelles Handeln in sozialer Verantwortung gestalten und Gesundheit als Dienst von Menschen für andere Menschen verstehen« (Freie Gesundheitsberufe 2013). »Alle Menschen sollen die Fähigkeiten und Haltungen entwickeln können, die eine gesunde Lebensweise und eine gesundheitsförderliche Umwelt verwirklichen lassen. Mit den Menschen zusammen treten wir dafür ein, dass die Freude am Leben für alle Mitbürgerinnen und Mitbürger in ihren jeweiligen Lebenswelten wächst und gedeiht« (Berufsverband der Präventologen 2013).

Die Berufsordnungen enthalten neben der Verpflichtung auf ein Qualitätsmanagement auf der Grundlage der Salutogenese auch Leistungsversprechen und ein Rückmeldesystem, das als kontinuierliche Erkenntnisquelle eine Lernende Organisation begründet. Das damit einhergehende Controlling misst die Qualität der Beziehungsprozesse im System. Wie dies gelingen kann, zeigt das Beispiel der ›ebay Community‹. Weltweit nutzen etwa 120 Millionen ebay-Mitglieder den Online-Marktplatz zum Kaufen und zum Verkaufen. In Deutschland tummeln sich 18 Millionen Nutzer auf diesem Markt mit mehr als 50 Millionen Produkten. Die ›ebay-Grundsätze‹ beschreiben die Organisation als eine Gemeinschaft, die ihre Mitglieder zu offener und ehrlicher Kommunikation auffordert. Die alten, inzwischen breit ausdifferenzierten, Grundsätze aus der Gründerzeit formulierten fünf grundlegende Werte, die wenig kapitalistisch und ziemlich idealistisch anmuten:

Wir glauben grundsätzlich an das Gute im Menschen, sind überzeugt davon, dass jeder etwas Wertvolles beizutragen hat, glauben, dass ein ehrliches, offenes Umfeld das Beste aus den Menschen herausholen kann und behandeln und respektieren jeden als einzigartiges Individuum. Und: Wir ermutigen Sie, andere so zu behandeln, wie Sie selbst behandelt werden möchten. Dieser Wertekodex besitzt allgemeine Gültigkeit. Das damit verknüpfte Bewertungssystem führt zu einer kommunikativen Kultur der gegenseitigen Fairness und Achtsamkeit. Die Bewertungen bei ebay sind eine wesentliche Basis für das sichere und vertrauensvolle Handeln, weil die Erfahrungen der Akteure im Umgang miteinander transparent werden.

Die Rückmeldefunktion umfasst eine Beurteilung mit nur drei Parametern: positiv, negativ oder neutral und eventuell knappe Bewertungskommentare (vgl. ebay 2013). Mit diesem einfachen System kommt es zu einer optimalen Selbststeuerung des globalen Netzwerkes. Hier zeigt ein gewinnorientiertes und keinesfalls soziales Wirtschaftsunternehmen, wie ein offener Markt reguliert und für alle Beteiligten kooperativ gesteuert werden kann.

Scharlatane, Betrüger oder Schwindler können sich auf Dauer nicht ausbreiten, denn sie werden auf diesem Bewertungsmarkt schnell sichtbar. Qualitative Fehlentwicklungen fallen ebenso auf und werden in kommunikativen Prozessen bearbeitet. Die positiven Bewertungen setzen einen kontinuierlichen Anreiz für gutes Handeln, neutrale Bewertungen stabilisieren und nur negative Noten produzieren Aktion und Veränderung. Das alles begünstigt minimale Verwaltungsaufwendungen, schlanke Prozesse und vor allem Transparenz und Vertrauen in einer lernenden Organisation. Ein QM-System mit Leistungsversprechen und transparenten gegenseitigen Bewertungen misst die Qualität der Beziehungen. Im erfolgreichen Regelwerk eines weltweit agierenden Unternehmens der Profitwirtschaft können wir auch die Architektur einer salutogen basierten Selbststeuerung für soziale Körperschaften und Communitys erkennen.

Eine realistische Utopie

Zunehmend verlieren die Menschen in Deutschland das Vertrauen in die soziale Verantwortlichkeit der Dienstleister im Gesundheitswesen. Vertrauen in die gesundheitlichen Institutionen zählt zu den wichtigsten Wunschressourcen in der Bevölkerung. Die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland sehnen sich nach einer Wirtschaft, die ihre soziale Verantwortung glaubwürdig erfüllt. Ein Netzwerk von Versorgungsangeboten, Finanzierungs- und Leistungsträgern, das mit einem Qualitätsmanagement auftritt, das Vertrauen schöpft und Vertrauen verdient, wird qualitativ und wirtschaftlich erfolgreicher sein als die vorhandene Konkurrenzwirtschaft mit Überwachungsbehörden, die eher das Misstrauen verstärken.

Wie könnte nun ein System der Selbstregulation und des ›Selbstcontrollings‹ im Gesundheitswesen aussehen? Es geht um eine offene, transparente und gegenseitig ehrliche Bewertungskultur, in der Fehler nicht als Anlass zur Strafe, sondern als Anreiz zur Systementwicklung und einer kontinuierlichen Verbesserung der Verhältnisse genutzt werden. Dafür müssten wir in der Gesundheitsversorgung ein ergebnisorientiertes und beziehungs-basiertes Rückmeldesystem institutionalisieren. Ein salutogen orientierendes Qualitätsmanagement im Gesundheitssystem arbeitet schlank mit Leistungsversprechen und einer Rückmeldestelle, die für die Qualitätsentwicklung insgesamt verantwortlich zeichnet. Drohende Fehlentwicklungen oder auch nur ungute Gefühle oder Misstrauen im System werden sofort wahrgenommen und mit Organisationsentwicklungsprozessen oder Beziehungsarbeit, Mediation und Supervision beantwortet. Die salutogen basierten fünf Leistungsversprechen für Ärzte, Sozialstationen, Krankenhäuser und Therapeuten sollten etwa so formuliert sein:

»Wir behandeln Sie immer so, wie wir in gleicher Lage selbst behandelt werden wollen. Wir sagen Ihnen immer die Wahrheit und nehmen Sie so an, wie Sie sind, unvoreingenommen, zugewandt und mit Wohlwollen. Wir respektieren Sie als individuelle Persönlichkeit mit Leib, Seele und sozialen Beziehungen und

achten Ihre Biographie und Ihr spirituelles Leben. Wir sehen bei unserem fachlichen Denken und Handeln auch Ihre Stärken und Ihre Selbstheilungskräfte. Ziel unserer Arbeit ist es, dass Sie Ihr Leben trotz Handicap selbstbewusst und selbstständig meistern können.

Unser Behandlungskonzept ist grundlegend auf Ihre Mitarbeit, Ihr Vertrauen und Ihr eigenes Wollen angewiesen. Daher erwarten wir, dass Sie sich selbst einbringen und sich auch angenommen fühlen.«

Diese Haltung als Verpflichtung für alle Dienstleistungsprozesse wird überall dargestellt und jedem ›Kunden‹, Klienten oder Patienten nahe gebracht. Die Information endet mit der Aufforderung: »Wenn Sie nun den Eindruck oder das Empfinden haben, dass wir diesen Versprechen bei unserem Verhalten und Tun nicht gerecht werden, rufen Sie bitte das Servicetelefon unseres ›Dachverbandes Salutogenese e.V.‹ an, der unsere Qualität beobachtet und unsere Dienstleistung überprüft. Die unabhängigen, der Qualität unseres Versorgungssystems verpflichteten Fachleute unserer ›Aufsichtsbehörde‹ werden sich individuell um Ihr Problem kümmern und mit Ihnen zusammen nach besseren Lösungen suchen.

Ihre offene und ehrliche Rückmeldung ist Voraussetzung dafür, dass wir unsere Arbeit kontinuierlich verbessern und Ihnen gerecht werden können.

Eine solche Selbstverpflichtung von gesundheitlichen Diensten und Versorgungseinrichtungen mit einer konsequent umgesetzten Systementwicklungspraxis pflegt kontinuierlich das Vertrauen der beteiligten Menschen untereinander. Dieses Verfahren der Qualitätsentfaltung durch offene Kommunikation ist nachhaltig und ökonomisch, wirksam und preiswert. Wir können es umsetzen und damit eine gesunde Gesundheitswirtschaft begründen. ■

Dr. Ellis E. Huber

Seit 2007 Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Präventologen e. V., Hannover; seit 1996 Vorstandsmitglied des PARITÄTISCHEN, LV Berlin e. V.; 2001–05 Vorstand der SECURVITA Krankenkasse, Hamburg, 1987–99 Präsident der Ärztekammer Berlin, 1981–86 Gesundheitsstadtrat in Berlin-Wilmersdorf und -Kreuzberg.



Literatur:

- Berbuier, E. (1990): Zwischen Ethik und Profit: Arzt und Patient als Opfer eines Systems, Königstein: Access-Verlag
 Blech, J. (2007): Heillose Medizin. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag
 Blech, J. (2010): Die Krankheitserfinder. Frankfurt: Fischer Taschenbuchverlag
 Berufsverband der Präventologen e.V. (2013): Unser Leitbild, Online Dokument: URL: http://www.praeventologe.de/index.php?option=com_content&view=article&id=91&Itemid=106 [Datum der Recherche: 01.08.2013].

- Bundesärztekammer (2011): §1 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, Online Dokument. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20111.pdf [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2007): Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement. Online: URL <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.1116.4714> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Bundesversicherungsamt (2008): So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfond, Online Dokument. URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wie_funktioniert_Morbi_RSA.pdf [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Doppler, K., Lauterburg, Ch. (2002): Change Management, 10. Auflage, Frankfurt: Campus-Verlag
- ebay (2013): ebay Grundsätze, Online: URL: <http://pages.ebay.de/help/policies/overview.html?ssPageName=f:f:DE> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- EPA-Qualitätsmanagement in der Arztpraxis (2013): Warum QM mit Epa? Online: URL: http://www.epa-qm.de/epa/front_content.php?idcat=17 [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Felber, Ch. (2012) Die Gemeinwohl-Ökonomie, Neuausgabe, Wien: Deuticke Verlag, Zusammenfassung in 20 Punkten, Online Dokument: URL: <http://www.gemeinwohl-oekonomie.org/de/content/ein-wirtschaftsmodell-mit-zukunft> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Fischer, J.E. (2007): Gesundheitsstrategie: Gesund in Baden-Württemberg. Wissenschaftliche Stellungnahme im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg. Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg.
- Freie Gesundheitsberufe (2013): Berufsordnung, Online Dokument: URL: <http://www.freie-gesundheitsberufe.de/2013-03-20-19-50-51/berufsordnung.html> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Gawande, A. (2009): Annals of medicine, The cost conundrum, What a Texas town can teach us about health care. McAllen, Texas and the high cost of health care : The New Yorker, 1.6.2009
- Glasel, F., Lievegoed, B. (2004): Dynamische Unternehmensentwicklung, 3. Auflage, Bern: Paul-Haupt-Verlag
- Hontschik, B. (1994) Theorie und Praxis der Appendektomie. Frankfurt: Mabuse Verlag
- Hontschik, B. (2013) Die verlorene Kunst der Chirurgie. Z Allg Med 2013; 89: 155–158
- Huber, E. (1995): Liebe statt Valium, Konzepte für eine neue Gesundheitsreform, München: Verlag Droemer Knaur
- Huber, E. (2007): Gesundheitsreform als Gesundheitssystementwicklung in: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZaeFQ), Elsevier Verlag
- Huber, E. (2011) Gesundheitssystementwicklung – Integrierte Medizin und Integrierte Versorgung als neue Perspektive für das Gesundheitswesen in Deutschland. In: Zeitschrift für Sozialmanagement, Journal of Social Management, Weimar, Bertuch Verlag
- Illich, I. (2007) Die Nemesis der Medizin. 4. Auflage. München: C.H.Beck Verlag
- KBV (2013): Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung. Online: URL <http://www.kbv.de/themen/qualitaetsmanagement.html> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Kickbusch, I. (2011): Interview zur Gesundheitsgesellschaft. Online: URL: <http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/gesundheitsgesellschaft/kurzinterview.php> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Kickbusch, I. (2012): Die Gesundheitsgesellschaft: in: Bankspiegel – Das Magazin der GLS Bank, 2/2012, Heft 215, S. 10ff
- Klein, St. (2010): Der Sinn des Gebens. Warum Selbstlosigkeit in der Evolution siegt und wir mit Egoismus nicht weiterkommen, Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag
- KTQ GmbH (2013): Das KTQ Verfahren. Online: URL <http://www.ktq.de/index.php?id=9> [Datum der Recherche: 01.08.2013].
- Kurth, B. M. (2012): Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). In: Bundesgesundheitsbl 2012:55, 980–990 Heidelberg: Springer Verlag
- Nefjodow, L. A. (2007) Der sechste Kondratieff, St. Augustin: Rhein-Sieg Verlag, 6. Auflage
- Opaschowski, H. (2011): WIR! Warum Ichlinge keine Zukunft mehr haben, Hamburg: Murmann Verlag, 2. Auflage
- Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (1986) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (1.10.2011)
- Weß, P. (2002): Welche Soziale Identität braucht Europa? Wien: Czernin Verlag, 93–98
- Womack, J. P., Jones, D. T. (1998): Auf dem Weg zum perfekten Unternehmen, München: Heyne-Verlag,
- WHO (1986): Ottawa-Charta. Online-Dokument: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [Datum der Recherche: 01.08.2013].