



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Patientenrechtegesetz, Gesundheitsrichtlinie und die Realität in der ärztlichen Praxis

Dr. med. Günther Jonitz

Chirurg, Präsident der Ärztekammer Berlin

12. Deutscher Medizinrechtstag

16.–17.09.2011

Berlin

Gemeinsames Ziel

- Patienten UND Ärzte (+ alle anderen Gesundheitsberufe) wollen bestmögliche Medizin und bestmögliche Patientenbehandlung.
- Kein Arzt will einen Patienten schädigen oder schlechte Behandlungsergebnisse erzielen.
- Kein Patient will Schäden durch medizinische Behandlung erleiden.

Woher kommt das Thema?

Medizinische Versorgung ist eine echte

ERFOLGSSTORY !!

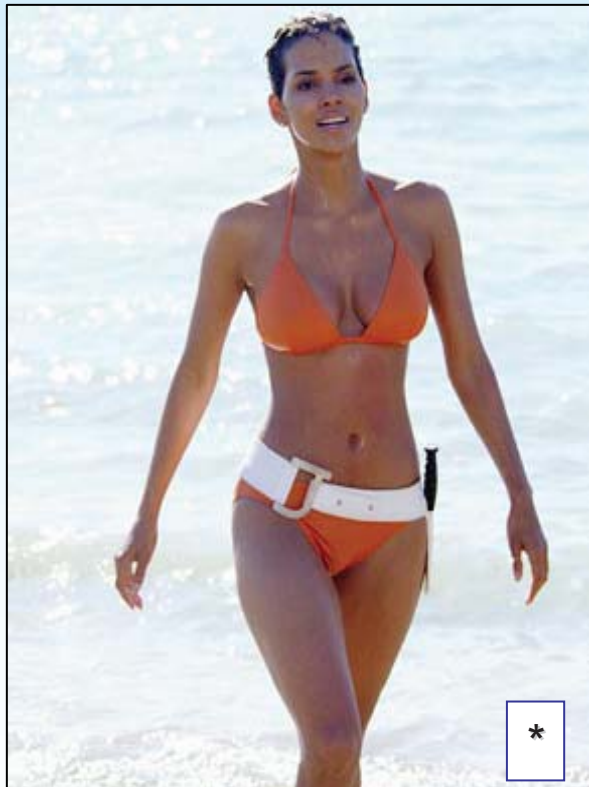
Was hat sich geändert?

Leistungsfähigkeit der Medizin:

- ✓ Tumorbehandlung
- ✓ Chronische Krankheiten (Diabetes mellitus)
- ✓ Herz-Kreislaufkrankheiten
(Herzinfarkt, Schlaganfall)
- ✓ Infektionskrankheiten (HIV, Pneumonie)
- ✓ Risikogruppen (Frühgeborene, Alte Menschen)
- ✓ Zugänglichkeit, Erreichbarkeit

Schriftliche Erfolgsbilanz ???

Leistungsfähigkeit der Medizin



Diabetes mellitus Typ I



Cor pulmonale NYHA III



Was hat sich geändert?

- Demographischer Wandel
- Durchschnittsalter in Klinik und Praxis steigt
- Multimorbidität steigt
- Belastbarkeit sinkt (m. E.)

„Gesellschaft des langen Lebens“



Was hat sich geändert?

Krise

- **Finanzierungskrise**
- **Führungskrise**
- **Vertrauenskrise**
- **Steigende juristische Ansprüche**
- **Steigende Ansprüche der Patienten**
- **Mangelnde Ressourcen**

Was hat sich NICHT geändert ?

- **Organisationsmuster!**
 - **Verhaltensmuster!**
- = „**Fließbandprinzip**“

- Ziele der Akteure unterschiedlich/gegenseitlich
- Ergebnisse unklar
- Beteiligte in Konkurrenz (Kassen, ambulant/stationär, Politik)
- Primat der personellen Führung
- Fehlende Zusammenarbeit und Kommunikation der Akteure
- Fehlende gemeinsame Verantwortung

„Schwarzer-Peter-Prinzip“



**Summe des Eigennutzes
der Beteiligten
führt nicht
zum Gesamtnutzen
des Systems**

Organisationsversagen

„Fließbandprinzip“



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Zielkonflikt

- „Kosten vs. Werte“
- „Dezimierung“ oder „Optimierung“



Krise in Gesundheitssystemen weltweit

Finanzierung !?!

Verteilung?

Steuerung?

Politisches Ziel Nummer 1:

Kostendämpfung

→ Qualität und Sicherheit

→ Patientenrechte



Kostendämpfung

➤ Budgets

➤ DRG's

➤ Rabattverträge

➤

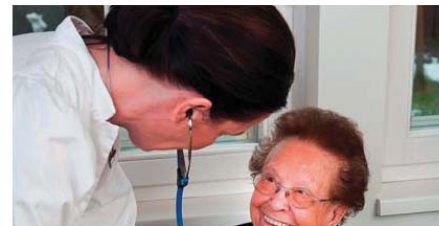
STATIONÄRE VERSORGUNG

Für menschliche Zuwendung ist keine Zeit mehr

18 Jahre als Chefarztin einer geriatrischen Abteilung in einem kleinen Krankenhaus haben die Autorin nachdenklich gemacht. Das Wohl des Patienten werde der Wirtschaftlichkeit nachgeordnet.

Als ich 1992 mit Begeisterung und Hingabe die Aufgabe übernahm, eine geriatrische Abteilung als Internistin aufzubauen, fand ich in dem kleinen Krankenhaus die besten Rahmenbedingungen vor, die ich mir für eine solche Aufgabe nur wünschen konnte:

- ein offenes Ohr bei dem



schen und therapeutischen Weg wesentlich vorangebracht.

Die politische Entwicklung zeigte im Verlauf der nächsten Jahre auch in unserem Haus weitere Konsequenzen. Die niedrigen Pflegesätze in der Rehabilitation und die häufige Ablehnung geriatrischer Rehabilitationen durch die Krankenkassen führten unser Krankenhaus in eine wirtschaftlich kaum noch tragbare Situation. Im Jahr 2006 wurde deshalb in Absprache mit dem Ministerium eine erneute Umstrukturierung des Hauses beschlossen. Die Abteilung für Geriatrische Rehabilitation wurde auf 35 Betten reduziert, eine Abteilung für Innere Medizin neu aufgebaut. Die finanziellen Rahmenbedingungen im Akutsektor mit der Abrechnung über DRGs (Diagnosis Related Groups) versprochen eine bes-

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 44 | 5. November 2010



„Mit ca. 65 bis 70% stellt der Personalbereich den Hauptblock der Kosten dar. ... Für die Krankenhausleitung bleibt die qualitative Besetzung (zum Beispiel AiP anstelle Assistenzarzt) der Stellen, die Anzahl der Stellen und Teile der variablen Personalkosten (Bereitschaftsdienste) beeinflussbar.

Die Einhaltung des extern vereinbarten Personalbudgets, vermindert um eine kalkulierte Sicherheitsrate, ist der Hauptansatzpunkt jedes Kostenmanagements."

(f&w, 3/96, S. 200-206)

Versorgungsrealität heute!



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

**Privater Krankenhausträger übernimmt das Management
eines städtischen Krankenhauses.**

**Als erste Maßnahme werden pro Etage des
Bettenhochhauses nur noch eine Schwester im
Nachtdienst eingesetzt.**

**Wird diese auf die Nachbaretage gerufen, z. B. weil ein
schwergewichtiger Patient aus dem Bett gefallen ist, sind
ca. 50 Patienten auf sich alleine gestellt und helfen sich
gegenseitig.**

(Krankenhaus in Baden-Württemberg)



Versorgungsrealität heute!

In einem Krankenhauskonzern werden die Bereitschaftsdienste für Neurologen und Urologen abgeschafft.

Neurologische Patienten werden vom Internisten, urologische vom Chirurgen betreut.

= „Fachübergreifender Bereitschaftsdienst“!

Versorgungsrealität heute!



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

20.09.2010

Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten

Liebe Kollegen,

Ich danke für Ihre und die Bereitschaft Ihrer Mitarbeiter, uns bei Notfällen, eiligen Kaiserschnitten, zu unterstützen. Da zur Zeit nur noch ein diensthabender Gynäkologe im Hause ist, muss auch vor Eintreffen des Oberarztes mit einem eiligen Kaiserschnitt begonnen und das Kind zügig entwickelt werden. Die EE-Zeit, Zeit von der Entscheidung zur Eiligen Sectio bis zur Entwicklung des Kindes, darf nicht mehr als 20 Minuten betragen. Hierzu benötigen wir Unterstützung von einem operativen Kollegen.

Ich darf Ihren Mitarbeitern nochmals anbieten, bei einem Kaiserschnitt oder mehreren geplanten Kaiserschnitten zu assistieren, um den Ablauf der OP zu sehen. Sicher ist es für Ihre Mitarbeiter auch interessant. Glücklicherweise werden wir Ihre Hilfe nur



selten in Anspruch nehmen müssen; wenn dies jedoch


Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie Ihre Mitarbeiter in

Ich verbleibe mit freundlichem Gruß und bestem Dank


Chefarzt

Betreff: Assistenz bei eiligen Kaiserschnitten im

Sehr geehrter Prof. 
mit Kopie in alle Arztfächer wurden die orthopädischen Ärzte am 27.9.2010 davon in Kenntnis gesetzt, dass es eine Absprache der Chefarzte gegeben habe, im Falle einer eiligen Sectio den inzwischen einzigen diensthabenden Gynäkologen bis zum Eintreffen des Oberarztes operativ zu unterstützen. Mit Schreiben vom 20.9.2010 bedankt sich Herr PD Dr.  bei den angesprochenen Mitarbeitern der Chirurgie, Orthopädie und Urologie für deren Bereitschaft zur Unterstützung.

Bei einer so tiefgreifenden Neuerung der Organisation bedarf es doch etwas mehr, als der sehr oberflächliche Information aus dem "Dankschreiben" von Dr. . Es geht daraus nicht hervor, ob Tagdienst oder Bereitschaftsdienst gemeint ist. Oder ob dies alles nur für die Wochenendtage gilt. Das Angebot, einmal bei einem geplanten Kaiserschnitt zu assistieren, löst die organisatorischen Probleme im seltenen Notfall keinesfalls, insbesondere vor dem Hintergrund des bereits eingetretenen CIRS-Falles, bei dem der zur Hilfe gerufene Urologe den Weg in den Kreissaal nicht gefunden hat, ist eine genaue Verfahrensanweisung bei solchen eiligen Sectiones bei denen ja "jede Minute zählt" unabdingbar. Es muß festgelegt werden, wer ruft wann über welches Telefon wohin zur Hilfe. Das bisherige Procedere erscheint unprofessionell und haftungsrichtlich bzgl. des Eintretens eines Schadensfalls bei Mutter oder Neugeborenem höchst problematisch.

Eine reguläre Dienstanweisung der beteiligten Chefarzte an Ihre Assistenten mit exakter Verfahrensanweisung ist nötig!

Ich bitte dringend, dies Intern zu diskutieren und vor dem nächsten Notfallsectio-Ereignis zu installieren.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. 

16.09.2011



„Die Umsatzrendite pro Mitarbeiter ist besser als bei einem privaten Krankenhausträger.“

(Äußerung einer ehem. Gesundheitssenatorin, 2011)



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

„...dennoch passieren zunehmend Fehler. Zurückzuführen sind sie u.a. auf die Arbeitsbelastungen in den Krankenhäusern. Es wird am falschen Ende gespart. Das kommt einer Massenabfertigung gleich, bei der zwangsläufig Fehler entstehen.“

**Neue Revue
28. November 1996 !!**





**„Vergessen Sie alle Humanität.
Es geht nur noch um
Wirtschaftlichkeit!“**

Zitat eines Ärztlichen Direktors
nach den Pflegesatzverhandlungen



Neun ungarische Ärzte am Stauferklinikum in Mutlangen wurden gestern begrüßt - Rems-Zeitung Sc - Windows Internet Explorer

http://remszeitung.de/2010/10/2/neun-ungarische-aerzte-am-stauferklinikum-in-mutlangen-wurden-gestern-begruessst/

Datei Bearbeiten Ansicht Favoriten Extras ?

Favoriten

Neun ungarische Ärzte am Stauferklinikum in Mutlange...

Seite Sicherheit Extras


Lokalnachrichten

» Ostalbkreis | Samstag, 02. Oktober 2010

Neun ungarische Ärzte am Stauferklinikum in Mutlangen wurden gestern begrüßt

Im Stauferklinikum hat man seit etwa einem Jahr erfolgreich einen besonderen Weg zur Besetzung dieser offenen Stellen beschritten: Zusammen mit einer Vermittlungsagentur ist es gelungen, für freigewordene Arztstellen Ärztinnen und Ärzte aus Ungarn zu gewinnen.

GALERIE (1 BILD)



Fehler: auf der Seite.

Internet 2,75%



„Weiche“ = heimliche Rationierung!

- **Personalabbau**
- **„Zwei-Klassen-Medizin“**
- **Ärztemangel**
Vom Alleinverantwortlichen zum
Letztverantwortlichen!



Berliner Patientenbeauftragte legt Tätigkeitsbericht vor

Montag, 25. August 2008

„Die Patienten, die sich im Erhebungszeitraum an das Berliner Büro wendeten, beklagten sich außerdem über den **spürbaren Kostendruck** und die **Verdichtung der Arbeit** in Krankenhäusern.

Das ärztliche Personal und die Pflegekräfte hätten keine Zeit mehr, weil überall Personal abgebaut worden sei. Das führe zu übermäßiger Belastung und Fehlern.“

<http://www.aerzteblatt.de/V4/news/news.asp?id=33451>

Zunehmende Fremdbestimmung und Benachteiligung durch den Gesetzgeber führen zu

- Motivationsverlust,
- innerer und äußerer Kündigung,
- „burn-out“,
- Ärztemangel

...und zu Gegenwehr:



16.09.2011

<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=41242&src=suche&p=MB+demonstration+in+berlin>

- **Gesundheitspolitik ist Defizit- und Kostenorientiert!**
- **Kosten und Budgets sind für „das System“ wichtiger als Qualität und Sicherheit!**



**„Finanzielle Spielregeln bestimmen
das Spiel,
nicht die Spieler“**

GJ

(„what you pay for is what you get“)

➤ *Patientenrechtegesetz als Alibi?*



Einfluss von Fallpauschalen/DRGs bei älteren Patienten mit Pneumonie

	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Diff. %</i>
Stationäre Verweildauer ? Tage	11,9	7,7	-35,3 %
Krankenhauskosten pro Fall	\$ 9228	\$ 6897	-25,3 %
Mortalität während des stationären Aufenthalts	14,1 %	12,0 %	-14,9 %

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
– Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
(Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)



Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinische Behandlung bei älteren Patienten mit Pneumonie

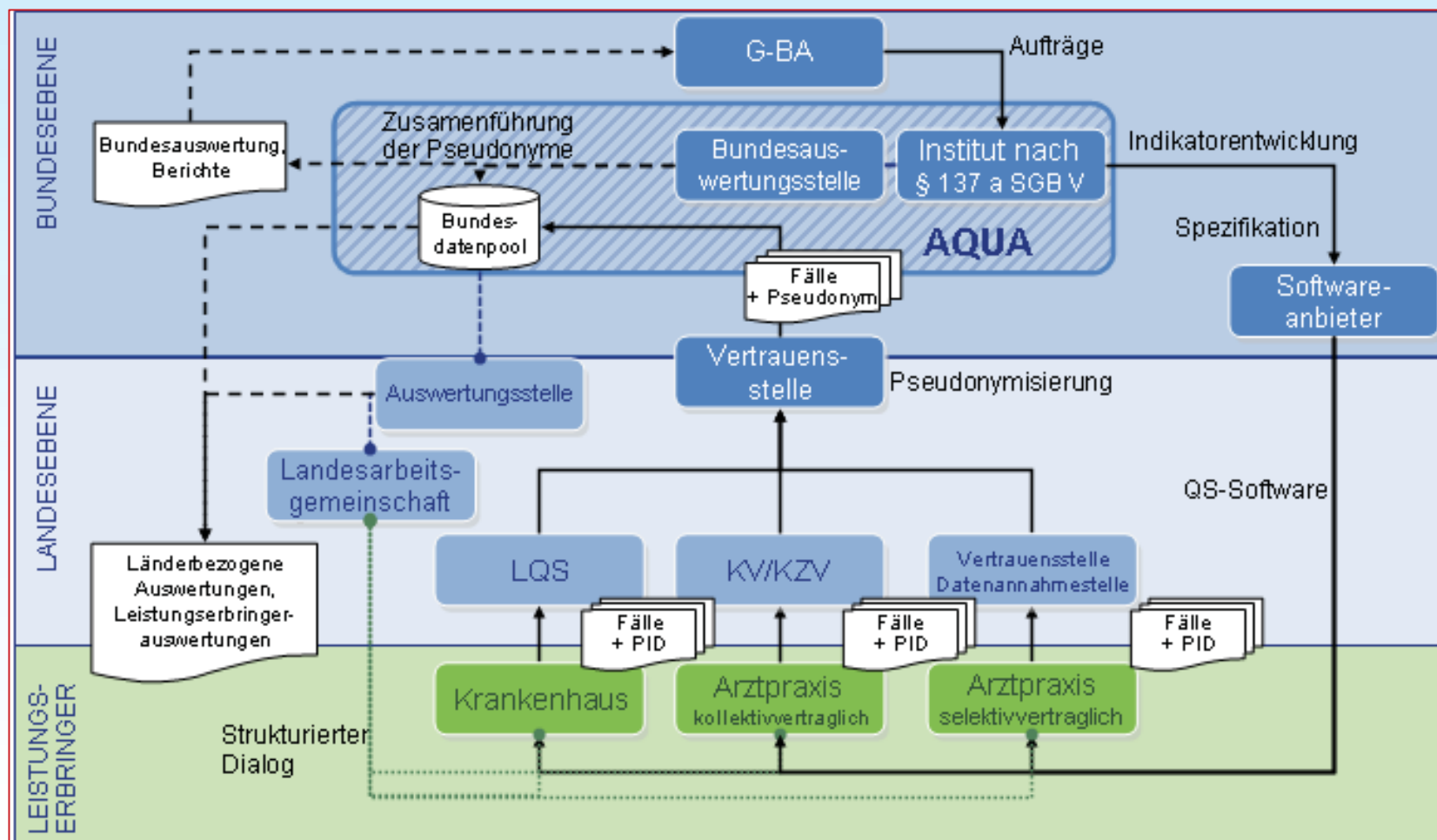
	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Diff. %</i>
Tod innerhalb 30 Tage nach Aufnahme	15,7 %	17,8 %	13,4%
Tod innerhalb 30 Tage nach Entlassung	6,9 %	9,3 %	+ 34,8 %
Σ alle Patienten	14,9 %	16,5 %	+ 10,7 %
Σ Verlegung in Pflegeeinrichtung	30,3 %	43,1 %	+ 42,2 %
Verlegung in Pflegeeinrichtung	3,0 %	3,7 %	+ 23,3 %
Stationäre Wiederaufnahme wg. Rückfall			

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
– Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
(Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung: Geplanter Datenfluss



ÄRZTEKAMMER
BERLIN



Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

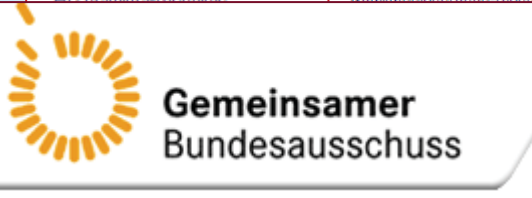
Richtlinien des G-BA

- [Angestellte-Ärzte \(Richtlinie nicht\)](#)
- [Arbeitsfähigkeits-Richtlinien](#)
- [Arzneimittel-Richtlinie](#)

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Richtlinien des G-BA

- [Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma](#)
- [Richtlinie zur Anwendung von Positronenemissionstomographie](#)
- [Richtlinie zur Anwendung von Protonentherapie beim Rektumkarzinom](#)
- [Richtlinie zur Anwendung von Protonentherapie zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen](#)
- [Richtlinie zur Einrichtung von Krankenhäusern](#)



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

[Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

[Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien](#)

[Hausliche Krankenpflege-Richtlinien](#)

[Heilmittel-Richtlinien](#)

[Hilfsmittel-Richtlinien](#)

[Kieferorthopädie-Richtlinien](#)

[Kinder-Richtlinien](#)

[Krankenhausbehandlungs-Richtlinien](#)

[Krankentransport-Richtlinien](#)

[Krebsfrüherkennungs-Richtlinie](#)

[Methoden vertragszahnärztliche Versorgung](#)

[Mindestmengenvereinbarung](#)

[Mutterschafts-Richtlinien](#)

[Psychotherapie-Richtlinie](#)

[Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätsmanagement-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätsmanagement-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätsmanagementvereinbarung](#)

[Qualitätsprüfungs-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Qualitätssicherungs-Richtlinie für ambulante Versorgung](#)

[Regelungen zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus](#)

[Rehabilitations-Richtlinie](#)

[Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung](#)

[Richtlinie zur Anwendung von Positronenemissionstomographie \(früher BUB-PET\)](#)

[Richtlinie zur Anwendung von Protonentherapie im Krankenhaus \(§ 117a SGB V\)](#)

[Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern](#)

[Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung](#)

[Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch](#)

[Richtlinie zur Kinderherzchirurgie](#)

[Richtlinien über künstliche Befruchtung](#)

[Richtlinien zur Jugendgesundheitsuntersuchung](#)

[Schutzimpfungs-Richtlinie](#)

[Soziotherapie-Richtlinien](#)

[Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie](#)

[Vereinbarung zur Kinderonkologie](#)

[Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

[Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses](#)

[Zahnärztliche Früherkennung](#)

[Zahnärztliche Individualversorgung](#)

[Zahnersatz-Richtlinie](#)

**„Autoritäre“
Maßnahmen...??**

**Regelungs-
wahnsinn...?**

<http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/ab/30/>

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses

Seite [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) [6](#) [7](#) [8](#) [9](#) [10](#) [11](#) [12](#) [13](#) [14](#) [15](#) [16](#) [17](#) [18](#) [19](#) [20](#) [21](#) [22](#) [23](#) [24](#) [25](#) [26](#) [27](#) [28](#) [29](#) [30](#) [31](#) [32](#) [33](#) [34](#) [35](#) [36](#) [37](#) [38](#) [39](#) [40](#) [41](#) [42](#) »

Thema des Beschlusses	Beschlussdatum	Inkrafttreten
Antrag zur Bewertung des Einsatzes von antikörperbeschichteten Stents zur Behandlung von Koronargefäß-Stenosen gem. § 137c SGB V	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Veröffentlichung des Qualitätsreports 2010	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Bedarfsplanungs-Richtlinie (Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen)	18.08.2011	noch nicht in Kraft
Bedarfsplanungs-Richtlinie (Änderung der Fußnoten zu den Anlagen 6.1 bis 6.10)	18.08.2011	noch nicht in Kraft

Beratungsthemen	Beschlüsse	Richtlinien	Abschlussberichte	Disease-Management-Programme	Aufträge/Expertisen
-----------------	------------	-------------	-------------------	------------------------------	---------------------

Informations-Archiv | Beschlüsse

Beschlüsse des Unterausschusses "Qualitätssicherung"

Seite [1](#) [2](#) [3](#) [4](#) [5](#) »

Thema des Beschlusses	Beschlussdatum	Inkrafttreten
Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren für Themen der Qualitätssicherung	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (Veröffentlichung des Jahresberichts 2010 des Datenanalysten in der Qualitätssicherung Dialyse)	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (Veröffentlichung der vergleichenden Darstellung der Berichte der Qualitätssicherungs-Kommissionen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gemäß Anlage 6 der QSD-RL für das Jahr 2010)	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Veröffentlichung des Qualitätsreports 2010	18.08.2011	mit Beschlussdatum
Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser / Neufassung der Allgemeinen Bedingungen für die Nutzung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser in maschinenverwertbarer Form	18.08.2011	18.08.2011
Veröffentlichung der Bundesauswertung 2010 zur Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern	21.07.2011	mit Beschlussdatum
Veröffentlichung der Abschlussberichte zum Strukturierten Dialog und zur Datenvollendung 2010 (Erfassungsjahr 2009)	05.07.2011	mit Beschlussdatum
Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (Leistungsbereiche 2012)	23.06.2011	01.01.2012
Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Veröffentlichung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung)	19.05.2011	29.07.2011
Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: EDV- bzw. informationstechnische Aufbereitung und deren Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation	19.05.2011	mit Beschlussdatum
Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: EDV- bzw. informationstechnische Aufbereitung und deren Machbarkeitsprüfung zum Qualitätssicherungsverfahren Konisation	19.05.2011	mit Beschlussdatum
Abnahme des Abschlussberichtes zum Qualitätssicherungsverfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie der Institution nach § 137a SGB V	14.04.2011	mit Beschlussdatum

- Auswahloptionen**
- Arzneimittel
- Bedarfsplanung
- Methodenbewertung
- Psychotherapie
- Qualitätssicherung
 - Ambulante Qualitätssicherung
 - Stationäre Qualitätssicherung
 - Zahnärztliche Qualitätssicherung
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung
- Sektorenübergreifende Versorgung
- Veranlasste Leistungen
- Zahnärztliche Behandlung
- Verfahrensbeschlüsse
- Lesbarkeit von PDF-Dateien**
- PDF-Dateien auf dieser Website können nur mit einer aktuellen Version des Adobe-Readers geöffnet werden. [Kostenloser Download](#)

Mindestmengenrichtlinie Knie-TEP scheitert vor dem LSG Berlin/Brandenburg



- Seine Entscheidung begründet das LSG damit, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für Mindestmengen bei Knieprothesen fehlen würden. Vor allem sei die **besondere Abhängigkeit der Leistungsqualität von der Leistungsmenge nicht hinreichend belegt.**
- Das Merkmal der "postoperativen Beweglichkeit" sei untauglich, stellte das Gericht unter Verweis auf Statistiken fest. Bezüglich des Qualitätsmerkmals "Wundinfektion" sei die Risikoreduktion "so gering, dass von keinem besonderen Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität die Rede sein könne", so das Gericht.
- Es kritisierte auch den **Verfahrensablauf.** Der G-BA habe für seine Entscheidung über die Mindestmengen für Knieprothesen **die Bewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nicht abgewartet.**

Implizite Rationierung



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

„Der ökonomisch verantwortliche Leiter des Krankenhauses wird dem klinisch tätigen Arzt nicht in seine Therapie einreden.

Er wird ihn jedoch darauf hinweisen, dass eine Überschreitung seines Budgets an anderer Stelle (...) kompensiert werden muss.

Das Dilemma ist offenkundig. Für Humanität in dieser finanziell dominierten Welt sind nur noch Nischen vorgesehen (...).

Klare Regeln für Rationierung oder Priorisierung existieren nicht.

Die Glaubwürdigkeit des Gesundheitssystems wird dadurch untergraben.“

Günther Jonitz (2008):
Auswirkungen einer Rationierung auf die medizinische Betreuung während der letzten Lebensphase
ZEFQ 102 (2008) 200–203



Wenn alle jammern, kann sich Seehofer mit markigen Sprüchen aus der Affäre ziehen: „Es gab noch nie ein gerechteres Gesundheitsstrukturgesetz.“ – „Die Qualität im Krankenhaus stirbt zentimeterweise“, sagte dagegen ein Arzt, und dafür gab es fundierte Belege. Es wäre lohnend gewesen, sich auf einen Aspekt wie diesen zu beschränken und den Minister zu konkreter Argumentation zu zwingen – auch zu der durchaus plausiblen These, wir steuerten in eine Zwei-Klassen-Medizin.

Süddeutsche Zeitung, 28.03.1994



Nutzen und Kosten im
Gesundheitswesen –
Zur normativen Funktion
ihrer Bewertung

STELLUNGNAHME

„Die Rolle, die den Ärzten nicht zugemutet werden sollte, ist die eines „alleingelassenen“

Leistungsbegrenzers am Krankenbett.

Unzumutbar sind Budgetierungen, die Ärzte dazu zwingen, einige ihrer Patienten – offen oder verdeckt – schlechter zu behandeln, als es den Standards guter Behandlung entspricht, ohne dass die Gesellschaft dies offen verantwortet und transparente Zuteilungskriterien erarbeiten lässt und akzeptiert.

Diese Zwänge überfordern Ärzte, führen unter Umständen zu inakzeptablen, insbesondere gleichheitswidrigen Verteilungsmustern und gefährden die Vertrauensgrundlage des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient.



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Bestehende Gesetze bitte anwenden!!

Der Fall Dr. „Schön“*

* Name frei erfunden, Fall aktuell



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

„Google“-Recherche zu Dr. „Schön“:

„Nach langjähriger Ausbildung im Bereich der plastisch-ästhetischen Chirurgie in renommierten Kliniken bin ich assoziiertes Mitglied in der DGPRÄC: Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (vormals VDPC).“

**Facharzt für Plastic und Aesthetic Surgery,
State University of Medicine and Pharmacology of
"Nicolae Testemitanu" Kischenau**



Verurteilt wg. Körperverletzung, Steuerhinterziehung.

Tätig im In- und Ausland.

Häufung von Beschwerden und Verfahren!

**Aktuell liegen mehrere Beschwerden von Patienten wg.
Schädigung nach Schönheitschirurgischen Eingriffen vor.**

Gegenstand der Pflichtverletzung (Verdacht)-fallbezogen	Zeitpunkt und Ort des Vorfalls	Zeitpunkt der Meldung an zust. Kammer
Unzulässige Werbung im Internet	2003	01.11.2003
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust/ Aufklärungsmangel/ Delegation ärztlicher Kernleistungen	04/2003 bis 06/2004 Bundesland X	15.03.2011
Behandlungsfehler/ Schönheitsoperation an der Nase/ Lücken im Haftpflichtversicherungsschutz	12/2004 bis 03/2005 Bundesland X	11.09.2008
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust/ Aufklärungsmangel/ Behandlung ohne Einwilligung	04/2005 bis 07/2005 Bundesland X	24.06.2011
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation Brust- und Bauchstraffung	03/2007 bis 08/2008 Bundesland X	04.10.2010
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Nase/ Aufklärungsmangel/ unzulässige Werbung	13.09.2007 Bundesland X	24.06.2011
Behandlungsfehler/ Vorwurf der fahrlässigen Körperverletzung/ Ermittlungsverfahren der StA in Bundesland Y	Vor 10/2007 Bundesland Y	24.06.2011
Behandlungsfehler/ Schönheitsoperation Brust- und Bauchstraffung/ Lücken im	05.02.2008 Bundesland X	20.12.2008

Gegenstand der Pflichtverletzung (Verdacht)-fallbezogen	Zeitpunkt und Ort des Vorfalls	Zeitpunkt der Meldung an zust. Kammer
Haftpflichtversicherungsschutz bei Insolvenz		
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust/ Aufklärungsmangel/ Delegation ärztlicher Kernleistungen/ unzulässige Werbung	07/2008 Bundesland X	15.03.2011
Vorwurf Umsatzsteuerhinterziehung/ Ermittlungsverfahren der StA in Bundesland Y	Vor 08/2008 Bundesland Y	24.06.2011
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust/ unzulässige Pauschalabrechnung	12/2008 bis 05/2009 Bundesland X	25.03.2011
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust	07/2009 Bundesland X	24.06.2011
Behandlungsfehler: Schönheitsoperation an der Brust/ unzulässige Berufsausübung für ein gewerbliches Unternehmen	22.03.2010 Bundesland X	11.10.2010
Behandlungsfehler/ ohne nähere Präzisierung	Zeitpunkt nicht näher bekannt Bundesland X	09.12.2010
Behandlungsfehler ohne nähere Präzisierung	Zeit und Ort nicht näher bekannt	10.02.2011
Unzulässige Werbung im Internet	fortdauernd	15.02.2011



Die Approbationsbehörde hat mit Schreiben vom xx.xx.2011 mitgeteilt, dass sie Herrn Dr. „Schön“ angekündigt habe, im Falle des Vorliegens einer weiteren Beschwerde gegen ihn, ein Verfahren mit dem Ziel des Widerrufs der Approbation einzuleiten.

Weiterhin habe die Approbationsbehörde Herrn Dr. „Schön“ aufgefordert, bis zur Entscheidung des Strafgerichts **schönheitschirurgische Eingriffe zu unterlassen.**

Gefahrenabwehr!?!

Ist ein Patientenrechtegesetz gut?

Im Prinzip ja. Aber:

Patientenrechte in Deutschland

sind so gut, wie in fast keinem anderen europäischen Land!

Die Probleme liegen woanders:

- Ursachen der Krise nicht erkannt.
- Politik ist defizit- und kostenorientiert.
- Beteiligte werden aktiv ausgegrenzt.

(Ärztekammern sind im G-BA nicht erwünscht)

**Das PatRechteG sieht dahin, wo die Probleme ankommen,
nicht dahin, wo sie herkommen!**

Fazit

Ein Patientenrechtegesetz ist in hohem Maße „politisch korrekt“
und gegenüber der Öffentlichkeit gut zu vertreten.

Die eigentlichen Probleme aber liegen woanders:

- Führungsversagen der Politik
- Falsche Anreize, Zielkonflikt zwischen „Ethik und Monetik“



Fazit

Auch ein Patientenrechtegesetz muss sorgfältig vorbereitet sein.

Es ist nicht das Ende, sondern bestenfalls der Beginn einer gesellschaftspolitischen Debatte über die Rechte der Patienten und die Möglichkeiten ihrer Verwirklichung.

„Kulturstreit“

Mechanistisches Weltbild:

Externe Vorgaben! Kontrolle! Zwang!

VS

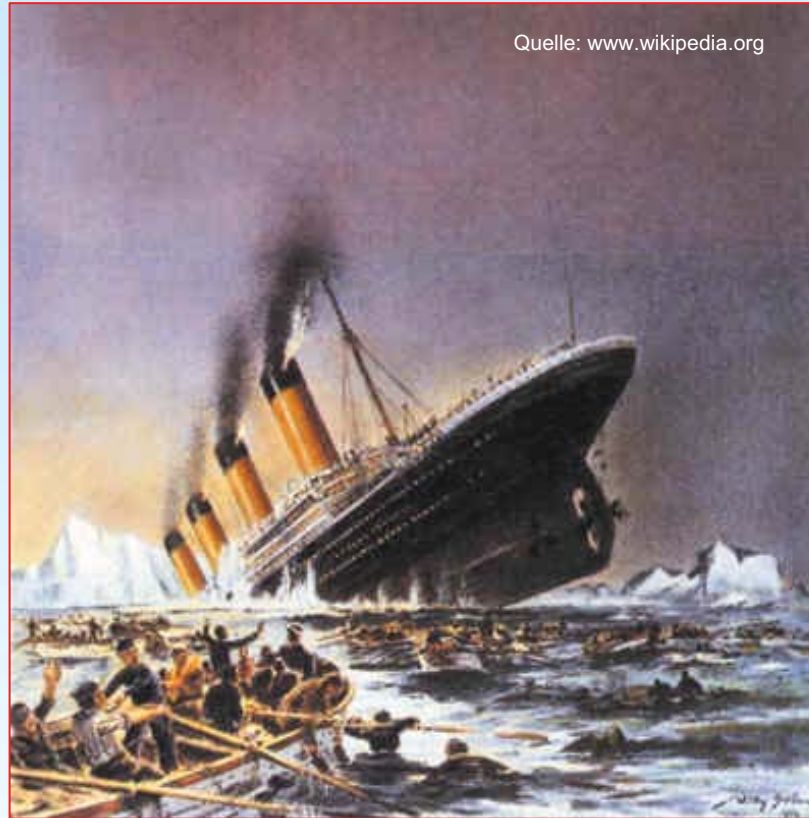
Humanistisches Weltbild:

Menschen und Systeme befähigen!

Positive Anreize setzen!

Qualitätsorientierter Wettbewerb!

Quelle: www.wikipedia.org



ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Was wäre den Passagieren wichtiger gewesen?
Ein **Passagierrechtgesetz**
oder ein besserer Kapitän?