

ÄRZTEKAMMER BERLIN



„Wertschöpfung durch Wertschätzung der Patientenversorgung und: Bedeutung von QM in der Berufspolitik“

Klausursitzung der Kommission QS der Bayerischen
Landesärztekammer am 5. März 2016 in Bad Bayersoien

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Was hat sich geändert?

Leistungsfähigkeit der Medizin

- **Onkologie**
- **Chronische Krankheiten** (Diabetes mellitus)
- **Herz-Kreislaufkrankheiten** (Herzinfarkt, Schlaganfall)
- **Infektionskrankheiten** (HIV, Pneumonie)
- **Risikogruppen** (Frühgeborene, alte Menschen)
- **Zugänglichkeit, Erreichbarkeit**

Schriftliche Erfolgsbilanz ??



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?

Externe Krise

- Finanzierungskrise
- Führungskrise (Politik)
- Vertrauenskrise
- Steigende juristische Ansprüche
- Steigende Ansprüche der Patienten



Was hat sich NICHT geändert?

Organisationsmuster/Verhaltensmuster

- „Fließbandprinzip“:
- Ziele der Akteure unterschiedlich/gegenseitlich
- Beteiligte in Konkurrenz (Kassen, ambulant/stationär, Politik)
- Ergebnisse unklar
- 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,
sondern zum **Gesamtschaden.**

Krise in Gesundheitssystemen weltweit

Finanzierung!?!

Verteilung?

Steuerung?

Wo geht die Reise hin?



Führung/Steuerung

durch

Vorschriften/Richtlinien/Gesetze

und

Mengenvorgaben??



Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten	Durchschnittlicher Beitragssatz in %	
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995	Bundespflegegesetzverordnung	13,15
1995	Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG)	13,58
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG)	13,58
1999	GKV-Finanzstärkungsgesetz	13,62
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	13,6
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	13,57
2001	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	13,58
2002	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	13,98
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	13,98
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV	13,98
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)	13,98
2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz	14,31
2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	14,31
2003	Fallpauschalengesetz (FPG)	14,31
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	14,22
2006	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	14,21
2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)	14,8
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	14,8
2008	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	14,9
2009	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)	15,2*
2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	15,2*
2010	Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften	14,9
2011	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)	15,5
2011	GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)	15,5
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	15,5
2012	Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)	15,5

ab 2009 GKV-weit einheitlicher Beitragssatz * 1. Halbjahr 2009 15,5 %, 2. Halbjahr 2009 14,9 %
www.aok-reformdatenbank.de Quelle: AOK-Bundesverband

Erfolgreiche Kostendämpfung



„Wenn wir auf Intensivstationen die Zahl der Intensivschwestern von 5 auf 4 reduzieren, erhöht sich die Zahl der Infektionen um 23%.“

[Prof. Dr. N. N., ÄD einer Uniklinik, März 2012]



**Jedes System neigt zunächst
zur Leistungsausweitung,
dann zur Optimierung.**



Was heißt „Optimierung“ im Gesundheitswesen?

Und wie erreicht man sie?



Optimierung =

€ (=Profit, Rendite)

oder

Qualität

**= hochwertige Behandlung und
humane Betreuung**

*„Wer auf die Kosten schaut, senkt die Qualität,
wer auf die Qualität achtet, spart auch bei den Kosten“*



Strategie:

Systematisieren

Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

Humanisieren

(Günther Jonitz)



Optimieren!



„Mache die Ergebnisse
transparent, und du erhältst
einen Wettlauf der Systeme.“

Reinhard Mohn





Aktivitäten der Ärzteschaft:

- QS Peri/Neonatologie
- QS in der Chirurgie
- Deutscher Ärztetag 1993
- Curriculum ärztliches Qualitätsmanagement
- Ärztliches Zentrum für Qualität (www.azq.de)
- Bundesgeschäftsstelle QS (www.bqs-online.de)
- Kooperation für Transparenz und Qualität (www.ktq.de)
- Qualitätsorientierte Wettbewerbsordnung DÄT 2000
- Curriculum Evidenzbasierte Medizin
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (DÄT 2005)
- Curriculum Patientensicherheit
- Curriculum Ärztliche Führung
- Curriculum Ärztliches Peer Review 2011
- ...



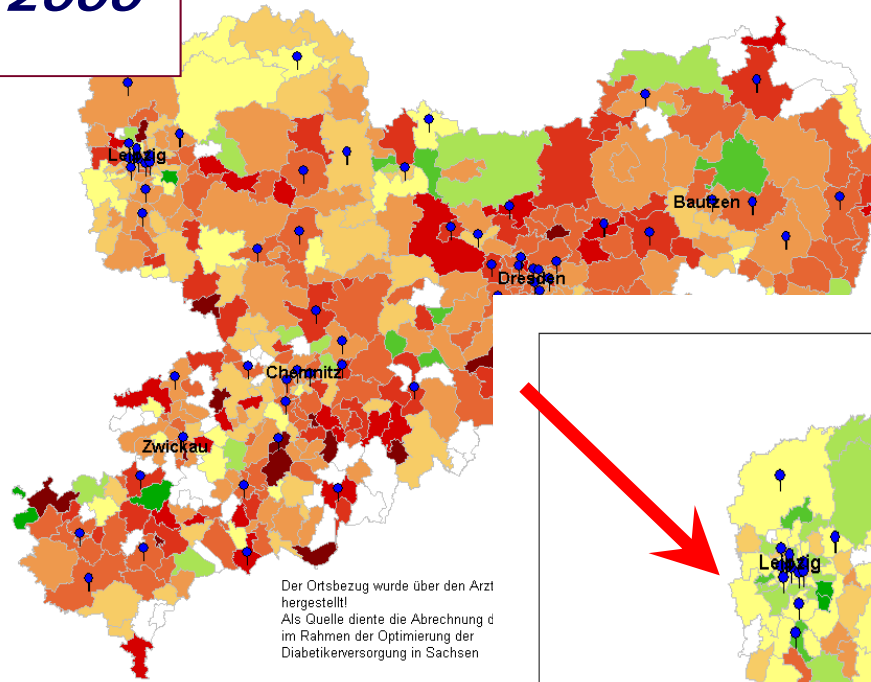
Systematisieren!

- Pareto-Regel 20 : 80
- Gezielte gemeinsame Aktion

z. B. via DMPs, problemorientierte i. v. Verträge (KKH),
Lebensqualität im Alter (LIA), ...



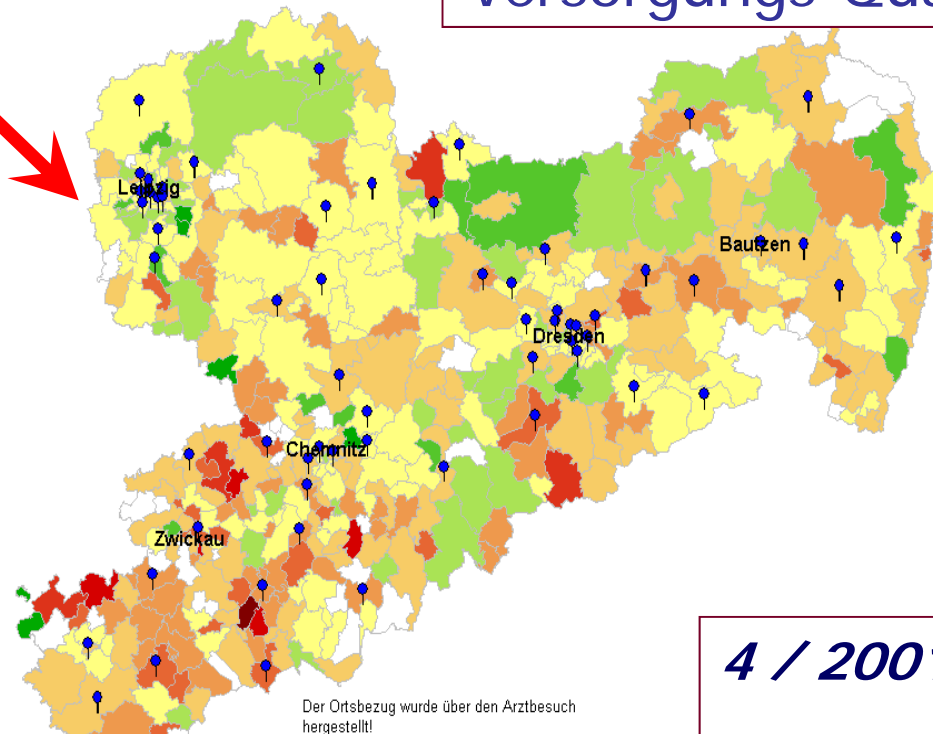
1 / 2000



1. Quartal 2000

Systematisieren,
Optimierung der
Versorgungs-Qualität

Mediane HbA1c-Spiegel
Typ 2 Diabetes
2000-2001
(Sachsen)



4. Quartal 2001

4 / 2001

„Lernendes System!“

Schwerpunktpraxis

Humanisieren

Es sind Menschen im „System Gesundheitswesen“,
mit Gefühlen und Bedürfnissen.

Menschen sind emotionale Lebewesen.

Ihr Verhalten ist „nicht immer“ rational.

„Jede Begegnung zwischen Arzt und Patient, auch auf
höchstem medizinischen Niveau, ist eine Begegnung zweier
Menschen.“

„A G'sunder hat viele Wunsch'. A Kranker bloß oin“
Schwäbisches Sprichwort

„Narrative-based medicine, that's the real thing“ (Greenhalgh)





[Quelle: <http://www.praxis-bayerwald.de/projekte/archiv/lia>]

Definition individueller Behandlungsziele



Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete
Medizin

HAUSARZT UND POLITIK

LIA – Lebensqualität im Alter

LIA – Mehrfach prämiertes Projekt zur Versorgung älter

Ältere, meist multimorbide Patienten im eigenen häuslichen Umfeld stellen eine große Herausforderung für jede Hausarztpraxis. Dass man diese Herausforderung gut annehmen kann, hat die Gemeinschaftspraxis im Bayerischen Wald eindrucksvoll bewiesen. Das Team aus Medizinischer Fachangestellter, Physiotherapeuten und Allgemeinarzt arbeitet seit 2006

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

Für ihre Arbeit wurden die Mitglieder des Teams sowohl national als auch international ausgezeichnet. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die Aufgaben abgestimmt. In den Folgesitzungen werden diese kontinuierlich an den Patienten über die eigenen Fachgruppen-Horizonte weitergegeben.

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis im Jahr 2009

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

MEDICA-Förderpreis für Hausarztprojekt

LiA: Lebensqualität im Alter

Der MEDICA-Förderpreis für Interdisziplinäre Projekte der Medizin wurde in diesem Jahr erstmals an eine Hausarztpraxis vergeben. Ausgezeichnet wurde eine strukturierte Zusammenarbeit für die Betreuung alter, multimorbider Patienten. Preisträger sind der *Allgemeinarzt-Autor Dr. med. Wolfgang Blank* und seine Medizinische Fachangestellte *Waltraud Mader*.

förderung und Demenzentwicklung sieht der EBM eine eigene Abrechnungsziffer 03240 vor. Mit einfachen Testverfahren wie Barthel-Index, Timed up and go-Test, Chair-rising oder Tandemgang kann sich der Hausarzt schnell ein Bild von der Verfassung seiner betagten Patienten machen. In der Hausarztpraxis Kirchberg werden Patienten aufgrund von pathologischen Ergebnissen des Geriatrischen Assessments gezielt angesprochen. Den Senioren und ihren Angehörigen wird eine intensive interdisziplinäre Betreuung angeboten.

Die beteiligten Fachgruppen bringen ihre jeweiligen Perspektiven in die Teambesprechungen ein, gemeinsam werden Hindernisse für einen Therapieerfolg identifiziert und aus dem Weg geräumt. Die individuell festgelegten Therapieziele werden regelmäßig überprüft und das weitere Vorgehen gemeinsam adjustiert. Von diesem Vorgehen profitieren alle Beteiligten: Der Hausarzt erweitert seinen Handlungsspielraum. „Ich habe von den anderen Teammitgliedern viel über die

[Quelle: http://alt.degam.de/dokumente/Medien_2009/0920_Der%20Allgemeinarzt_Lebensqualitaet%20im%20Alter.pdf]

Gerd Gigerenzer
J.A. Muir Gray (Hrsg.)

Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin

Aufbruch in ein transparentes
Gesundheitswesen

Mit einem Vorwort von
Günther Jonitz

 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Qualitätsverbesserung durch Kompetenzsteigerung statt mechanistischer Vorgaben

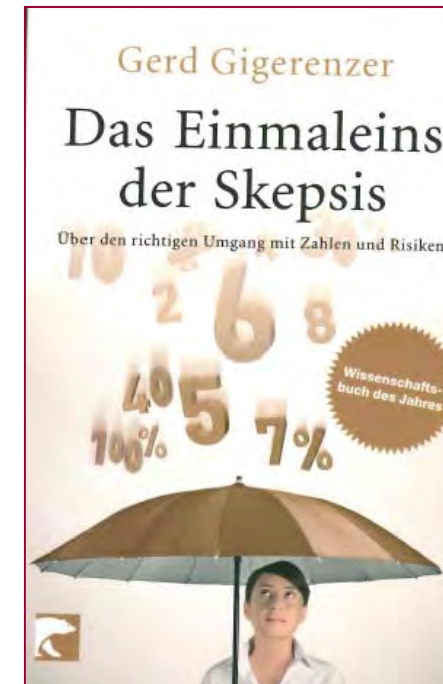
**„Clean knowledge
is the enemy of the disease.“**

Sir John Muir Gray

Investition in die **Befähigung und Qualifikation der Menschen im System –** **Gesundheitsberufe und Patienten** (health literacy)!



[http://www.tk.de/tk/engagement-im-land/
der-informierte-versicherte/tk-kursreihe-kompetent-als-patient/544840](http://www.tk.de/tk/engagement-im-land/der-informierte-versicherte/tk-kursreihe-kompetent-als-patient/544840)



**„Mehr Arzt und
weniger Medizin
ist für alle
das Beste!“**

(Günther Jonitz)



Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung der Strukturen



Institutionen müssen „**WERTE**“ darlegen,
um über „**PREISE**“ verhandeln zu können.

„Qualitätswettbewerb“ statt „Preiswettbewerb“



**Jonitz: "Wir brauchen Qualitätswettbewerb statt
Preiswettbewerb"**

Berlin, 18.06.2012

Pressemitteilung BÄK, Juni 2012

**Man stelle sich ein Gesundheitswesen vor,
in dem Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt werden,
Rechenschaft über ihre Arbeit ablegen zu können**

(zu dürfen!?) und für gute Arbeit

**(schnelle, zielgenaue, sparsame, klinische (!) Diagnostik, unaufwendige, effiziente
Therapie) belohnt werden.**

**Man stelle sich ein Gesundheitssystem vor,
das nicht über „Input“
(Kosten, Mengen, Struktur- und Prozessvorgaben) gesteuert
sondern über Ergebnisse (Outcome) geführt wird.**



„Today’s preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients.

Instead, health care reform must focus on improving health and health care value for patients.

We propose a strategy for reform that is market based but physician led.

Physician leadership is essential.

Improving the value of health care is something only medical teams can do. The right kind of competition — competition to improve results — will drive dramatic improvement.

With such positive-sum competition, patients will receive better care, physicians will be rewarded for excellence, and costs will be contained.

Physicians can lead this change...”

Porter, Teisberg, JAMA, April 4, 2007

How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA

Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD, MEng, MS

THE HEALTH CARE POLICY DEBATE is stuck in a place that undermines physicians and the nation’s health. Although reform proposals differ, they have this in common: each examines today’s system and asks what incremental change

Today’s preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients. Instead, health care reform must focus on improving health and health care value for patients. We propose a strategy for reform that is market based but physician led. Physician leadership is essential. Improving the value of health care is something only medical teams can do. The right kind of competition—competition to improve results—will drive dramatic improvement. With such positive-sum competition, patients will receive better care, physicians will be rewarded for excellence, and costs will be contained. Physicians can lead this change and return the practice of medi-

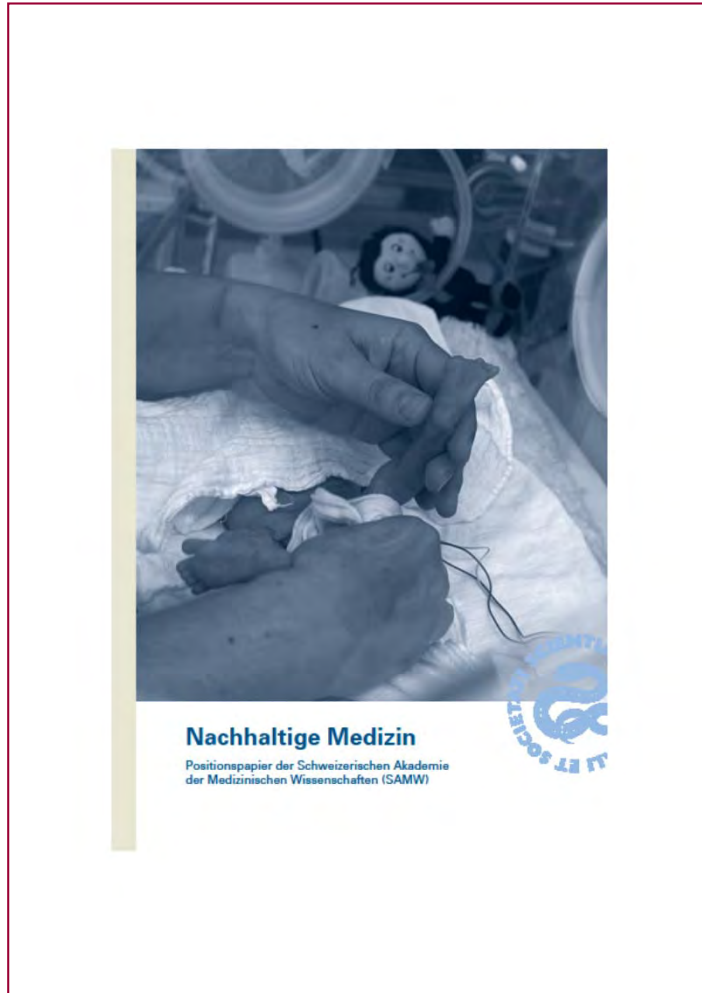
Better Value Healthcare

Better Value Healthcare's mission is to train healthcare professionals to deliver value based Healthcare

Value Based Healthcare



www.bettervaluehealthcare.net



Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

7. 11. 2012 –
Nachhaltige Medizin
www.samw.ch

1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.

Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert. Dies soll durch unabhängige Health Technology Assessments (HTA), durch eine Ausweitung von Medical Boards und durch den Ausbau von Versorgungsforschung erreicht werden. Zentral dabei ist das Triple-E-Konzept (evidence, ethics, economy), das auch juristische und soziale Aspekte wie Chancengleichheit für den Zugang zu medizinischen Leistungen berücksichtigt. Medizinische Leistungen sollen nur vergütet werden, wenn sie diesen Kriterien genügen.



2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.

Es braucht unabhängige Guidelines, die die einvernehmliche Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, eine Liste jener Interventionen zu erstellen, die unnötig und damit verzichtbar sind.

3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.

Anachronistische standespolitische Besitzstände von Gesundheitsfachleuten sollen abgebaut werden. Zudem braucht es einen sinnvollen Grade-Skill-Mix – durch koordinierte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute und durch neue gesetzliche Rahmenbestimmungen für angepasste Tarif- und Lohnstrukturen.



4. Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind nicht unbegrenzt.

Um die Mittel richtig und sinnvoll einsetzen zu können, braucht es Register, Outcomeforschung und die Orientierung am Patientennutzen. Zudem ist ein gesellschaftspolitischer Diskurs notwendig, um die Frage nach der Höhe des Kostenniveaus zu beantworten.

5. Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.

Solche Anreize entstehen z.B. durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel (für ambulante bzw. stationäre Versorgung, Spitex, Pflegeheime), durch Einzelleistungssysteme und durch die Verzerrung von Pauschalfinanzierungen (DRG). Erforderlich ist ein neues Finanzierungssystem, das sich an Qualität, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert. Zudem soll es kantonale Grenzen sprengen und den Schutz vor Übermedikalisierung ermöglichen.

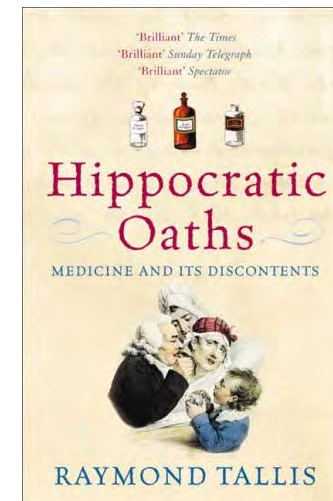


Und die ärztliche Standespolitik?

“That an inward looking profession, obsessed with its own tribalism, collectively failed to make self-regulation work properly and so protect all patients from avoidable harm, is quietly ignored.”

See Perspectives page 1479

[Quelle: Lancet Nr. 9444/2004, Buchbesprechung „Hippocratic Oaths“, Raymons Tallis]



**„Die gesundheitspolitische
Diskussion
gewinnt der, der glaubhaft
Anwalt der Patientenversorgung
ist“**

g.jonitz@aekb.de

