

ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seuffert]

Was macht die medizinische Qualität kaputt?

Kongress Freie Ärzteschaft

Berlin, 16. Juni 2018

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



**„Es gibt
kein richtiges Leben
im falschen.“**

Theodor W Adorno

1903 - 1969



1. Das Organisationsprinzip „Fließband“

Politiker machen die Regeln (Gesetze),

**Krankenkassen kümmern sich um die
Finanzierung,**

**Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen
kümmern sich um die Versorgung,**

Patienten nehmen diese entgegen.

**Was am Ende des Fließbandes herauskommt,
welche**

Werte („value“),

geschaffen werden

- vom Patienten aus gesehen -

ist unbekannt.

2. Fehlende Kooperation durch irrige Philosophie des „Wettbewerbs“

Die Ziele der Akteure sind
entgegengesetzt.

Der vitale Maßstab sind
Kosten bzw. **Erträge**

3. Fehlende gemeinsame Verantwortung

**Es gibt keine gemeinsame
Verantwortung der Institutionen
für das Ergebnis der Behandlung.**

*Das Spiel heißt
„Schwarzer Peter“*

*„Aus dem
alleinverantwortlichen Arzt
ist der
Letztverantwortliche
für alle Mängel im System
geworden.“*

[Günther Jonitz]



4. Falsche politische Strategie

**In den 60er bis 80er Jahre
kam es zu einer höchst erfreulichen
Leistungsexplosion
von Medizin und Pflege.**

**Die Politik reagierte
rein symptomatisch mit
Kosten- und Mengenbegrenzungen
(„Kostendämpfungsgesetze“).**

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten		Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995	Bundespfllegesatzverordnung	13,15
1995	Pflegeversicherungsgesetz (PflgeVG)	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



Die Versorgung ist teurer geworden

- und schlechter.

„Weiche Rationierung ist Alltag in Deutschland“



**„Markt“ und „Wettbewerb“ sollten die Probleme lösen.
Gesundheitsökonomien übernehmen
die Führung im Gesundheitswesen.
Medizincontroller machen die konkreten Vorgaben.
Ärztinnen und Ärzte werden zu Erfüllungsgehilfen
einer fehlgeleiteten Politik**

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

[Ärztlicher Direktor nach den Budgetverhandlungen, 90er Jahre...]



5. Hidden Agenda der „Ökonomisierung“

***„Günther, wir müssen die kleinen
Krankenhäuser platt machen.
Das haben wir mit DRGs nicht
geschafft, da brauchen wir jetzt
die Qualität für.“***

[Zitat eines Protagonisten aus der Gesundheitspolitik]

Das Ergebnis war

Personalabbau

Personalmangel

Bürokratisierung

Fremdbestimmung

Burn-out

Flucht aus patientennahen Berufen

„Danke, dass Sie noch dabei geblieben sind!!!“



Risikofaktor Personalmangel !!

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

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



*„So wird aus einem
Systemfehler*

*das individuelle Versagen
eines einzelnen Arztes“*

[DÄT 1998 Günther Jonitz]



***„Es gab eine Art Vertrag
zwischen Medizin und Gesellschaft:
Wir kümmern uns um eure Patienten,
ihr sorgt dafür, dass es uns gut geht.
Dieser Vertrag wurde gebrochen.
Jetzt arbeite ich nur noch so,
wie es für mich gut ist.“***

[Zit. Nach Peggy Rothbaum, „I have been talking with your doctors“, 2016]



6. Psychologische Falle der Erwartungshaltung

Patientenversorgung basiert auf Emotionen,
dem **„Trieb zu helfen“**.

[„Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“ Eugen Bleuler 1919]

Der Patient ist Not und möchte, dass **„etwas“** getan wird. Dieses **„etwas“** soll selbstverständlich das Richtige, Wirksame und Nützliche sein. Das ist unser professioneller Anspruch!

Wir Ärztinnen und Ärzte folgen diesem Appell

...und oft **machen wir lieber „etwas“ mit wenig Aussicht auf Erfolg, als nichts.**

Diese intrinsische Motivation macht uns zu **„Placebo-Reaktoren“**:
Wir glauben daran, dass wir mehr Gutes als Schlechtes tun
und blenden Unerwünschtes gerne aus.

[„Clinical Mentality“, nach Eliot Freidson, „The Profession of Medicine“ 1970]

**Das, was uns die Kraft für die Patientenversorgung auch in extremsten Situationen
gibt, kann uns blind machen zu erkennen,
ob wir tatsächlich das Richtige und Gute getan haben.**



7. Kommerzialisierung

Durch eine vollständig verfehlte „Wettbewerbsideologie“ mit dem primären Fokus auf Kosten und Erträge wurde der **Gesundheitswirtschaft** anstelle eines **Gesundheitswesens** Tür und Tor geöffnet.

Nachdem bereits im ambulanten Sektor durch Budgets und im stationären durch DRGs medizinfremde Anreize gesetzt wurden, übernehmen nun kapitalstarke Finanzkonzerne zunehmend medizinische Einrichtungen und setzen **primär ökonomische Erfolgsziele**.

Das Geschäftsprinzip heißt u. a.
„Angst schüren – Hoffnung verkaufen“

In der Industrialisierung der Patientenversorgung kulminieren ALLE fehlsteuernden Anreize.

Das „Kapital“ hat keine soziale Verantwortung
Art 14 Abs. 2 GG wird nicht beachtet



Germany

One of our most active and most successful markets, we are at home in Germany and continue to see great potential among the Mittelstand and its focused business leaders and entrepreneurs. Our past successes in the region include Loyalty Partners, Dress-for-Less and Cadoo. Our current investee businesses in the region are predominantly involved in healthcare.

<http://www.palamon.com/>



**Ausweg:
Neue politische Strategie !?**

**Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung
von Strukturen und Kosten!**





TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag

Titel: Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig - Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen

Entschließungsantrag

Von: Dr. Günther Jonitz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Erik Bodendieck als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Andreas Crusius als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Günther Matheis als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Theodor Windhorst als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Florian Gerheuser als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Simone Heinemann-Meerz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Susanne Johna als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Frank-Ullrich Schulz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling als Delegierter der Landesärztekammer Baden-Württemberg

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHLIESSUNG FASSEN:

Der von der Politik ausgerufenen "Wettbewerb im Gesundheitswesen" erweist sich zunehmend als verhängnisvoll. Vor allem die Leistungsträger - Ärzte, Krankenhäuser, Pflege und andere Gesundheitsberufe - stehen unter einem ständigen finanziellen Leistungsdruck, bei dem Humanität und Qualität der Patientenversorgung mehr und mehr unter die Räder kommen.

Dieser primär finanzorientierte Wettbewerb setzt die falschen Anreize. Er schadet der Qualität der Patientenversorgung und untergräbt das Vertrauen in das gesamte System. Die Hoffnung einiger Politiker und anderer Verantwortlicher, dass sich durch diese Wettbewerbsideologie Kosten reduzieren ließen und die Qualität sich nicht verschlechtere, hat sich definitiv nicht erfüllt.

Zwingend notwendig ist vielmehr ein grundlegender Strategiewechsel. Anstatt primär auf **Dezimierung** von Kosten und Mengen und der Schließung von Institutionen wie bspw. von Krankenhäusern oder Fachabteilungen zu setzen, hält der 120. Deutsche Ärztetag 2017 eine Politik der **"Optimierung der Versorgung"** für geboten. Der Treiber im Gesundheitswesen muss das Wohl des Patienten sein!

ANGENOMMEN

„Grundlegender Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik nötig“ !

[Auszug aus dem Antrag zum 120.
Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg,
einstimmig angenommen.]



**Man stelle sich ein Gesundheitswesen vor,
in dem alle Gesundheitsberufe und Einrichtungen
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.**

GJ



**„Ich weiß nicht, ob es besser wird,
wenn es anders wird.**

**Aber es muss anders werden,
wenn es besser werden soll“**

Georg Christoph Lichtenberg

1742 - 1799

g.jonitz@aekb.de

