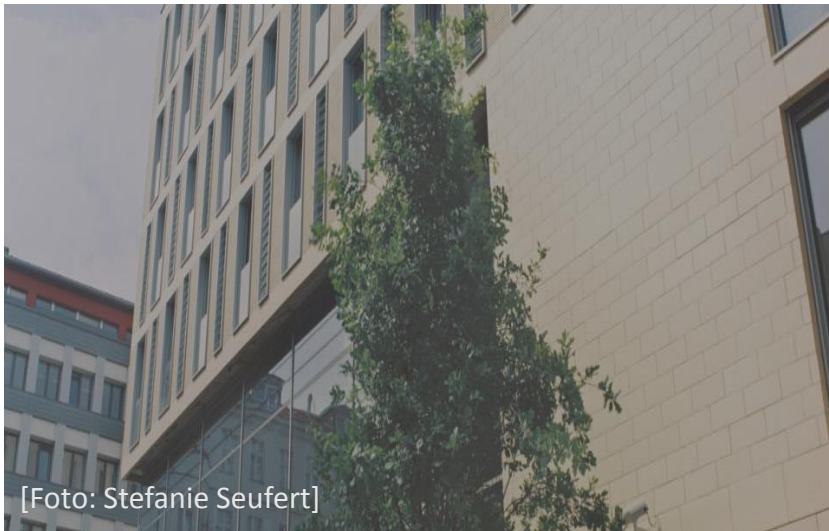

ÄRZTEKAMMER BERLIN



Politik

Studiengang Medizin Charité

Erstsemester 😊

2. November 2017, Charité, Berlin

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, Chirurg



Informationen zu den gesundheitspolitischen Positionen von Dr. Jonitz finden Sie [hier](#)



[http://www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20 Wer wir sind/30 Vorstand/01 Jonitz.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/50ueberUns/20_Wer_wir_sind/30_Vorstand/01_Jonitz.html)

- geboren am 19.6.1958 in München
- Studium der Medizin in Bochum und Berlin, studienbegleitende Tätigkeit als Pflegehelfer
- ärztliche Tätigkeit in der chirurgischen Rettungsstelle des Krankenhauses Moabit, in der Rettungsstelle für Pathologie im Behring Krankenhaus, allgemeine chirurgische Weiterbildung mit Schwerpunkt minimal-invasiver Chirurgie und chirurgischer Endoskopie in der 1. chirurgischen Abteilung im Krankenhaus Moabit
- derzeit angestellt im Unfallkrankenhaus Berlin
- Approbation 1984, Facharzt für Chirurgie 1994, Promotion 1996
- Gastarztstätigkeit in Japan 1990 (Kitasato-Universität Tokio)
- 1995 bis 1999 Vizepräsident der Ärztekammer Berlin
- seit 1999 Präsident der Ärztekammer Berlin, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer
- Mitglied im Vorstand der Ärztegewerkschaft Marburger Bund, Landesverband Berlin/Brandenburg seit 1990
- Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer
- Vertreter der Bundesärztekammer im Kuratorium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Mitglied in der Gesellschafterversammlung der BQS und der KTQ GmbH

Ärztammer

Körperschaft öffentlichen Rechtes, ordnungspolitische Aufgaben:

Die Kammern haben die Aufgabe im Rahmen dieses Gesetzes die beruflichen Belange ihrer Mitglieder unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen.

§4 Heilberufekammergesetz Land Berlin

Pflichtmitgliedschaft

Selbstbestimmung!!



„Medizin ist eine sociale
Wissenschaft
und Politik ist nichts weiter als
Medizin im Großen“

Rudolf Virchow 1821 - 1902

Politik

Regelt die **Lebensbedingungen** per Gesetz, setzt Normen, nimmt und verteilt Geld

*„Die Lebensumstände machen den Menschen krank“ Georg Groddek,
1866 – 1934*

„Bildung und Arbeit“, Rudolf Virchow

Beeinflusst das Gesundheitswesen vielfältig:

Approbationsordnung

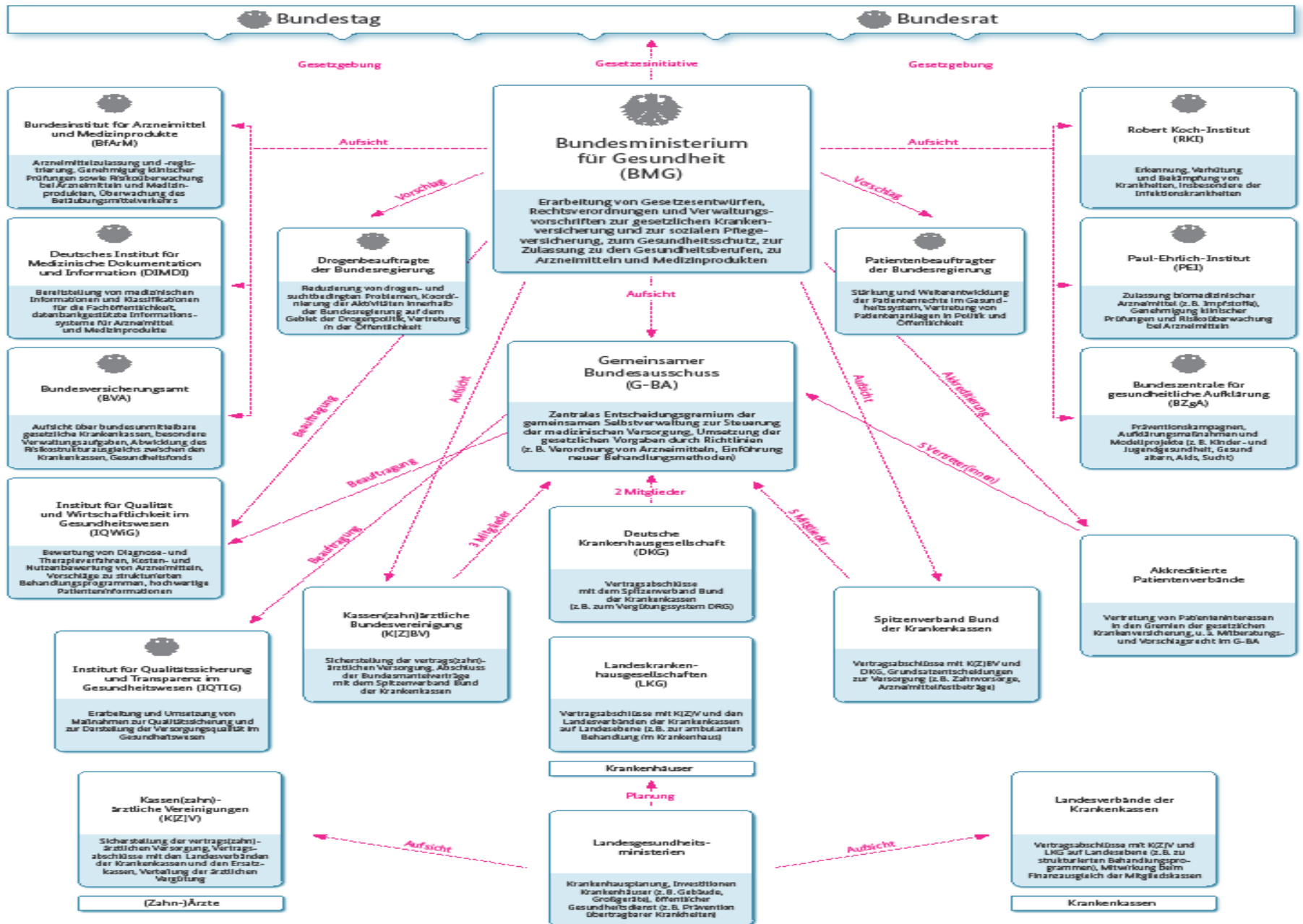
Träger der meisten medizinischen Hochschulen

Definiert die für die Patientenversorgung bereitgestellten Gelder
(Beitragsätze der Krankenkassen)

Finanziert Krankenhäuser durch Landesmittel

Aufsicht über Krankenkassen, Ärztekammern, Kassenärztliche
Vereinigungen, gemeinsamer Bundesausschuss etc.

Das Gesundheitssystem



Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

§ 70

Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0507000

„WANZ-Kriterien“: Wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig

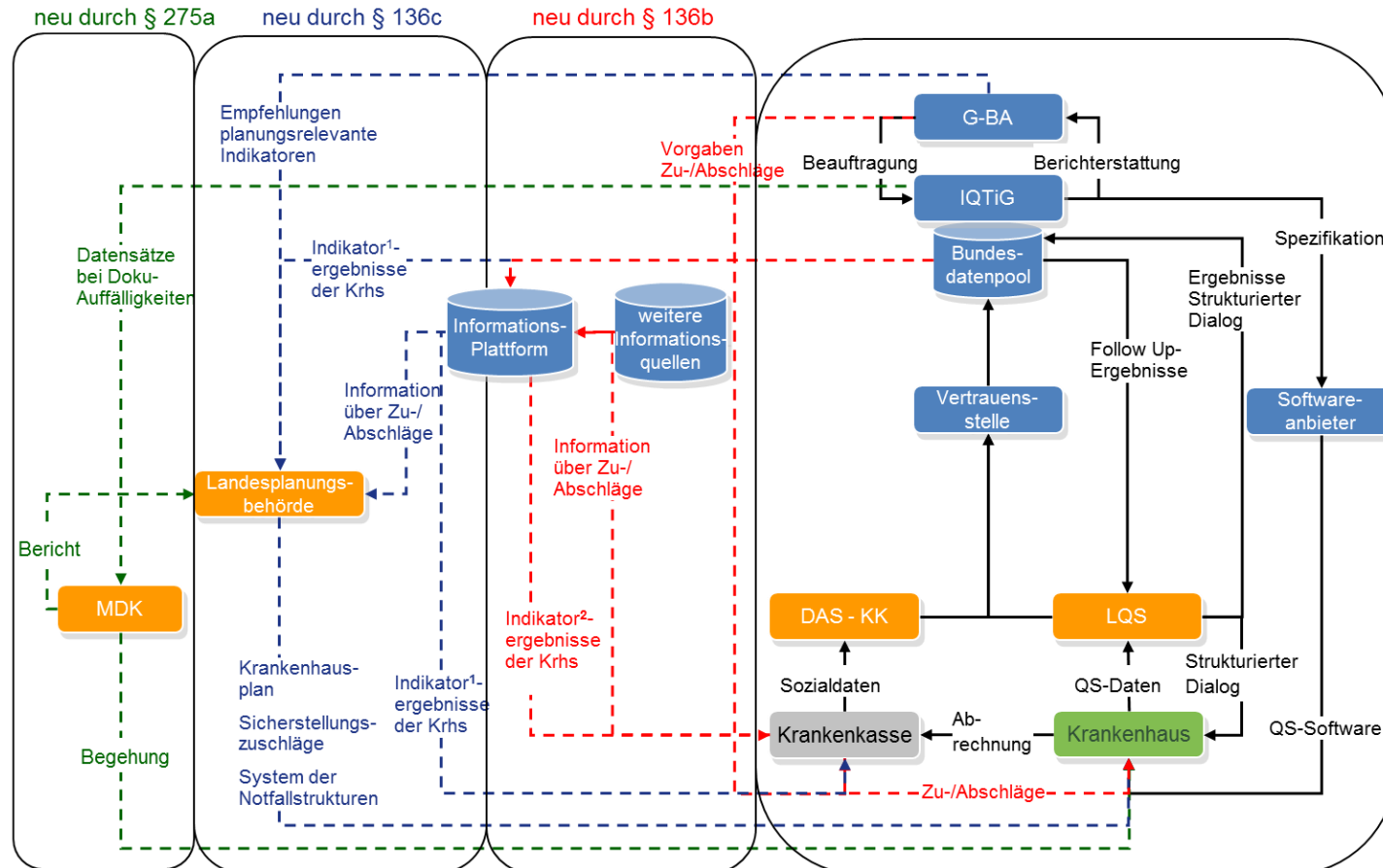
§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Absatz 3 Satz 3 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und
 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit der Qualitätssicherung sowie die notwendigen Durchführungsbedingungen. Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbedingungen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundespsychotherapeutenkammer
- (1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien die Qualitätssicherung der Krankenhäuser fest. Er berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von Risikofaktoren, Antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen.
- (1b) Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Absatz 1a Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.
- (1c) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung fest und beschließt insbesondere Empfehlungen für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in diesem Bereich. Bei Festlegungen und Empfehlungen nach Satz 1 für die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung hat er die Besonderheiten zu berücksichtigen, die sich insbesondere aus den altersabhängigen Anforderungen an die Versorgung von Kindern und Jugendlichen ergeben. Er hat die Maßnahmen und Empfehlungen nach Satz 1 bis spätestens zum 1. Januar 2017 einzuführen. Informationen über die Umsetzung der Empfehlungen zur Ausstattung mit therapeutischem Personal und die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen.
- (1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum 26. Februar 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest. Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren. Als Grundlage für die Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.
- (2) Die Richtlinien nach Absatz 1 sind sektorenübergreifend zu erlassen, es sei denn, die Qualität der Leistungserbringung kann nur durch sektorbezogene Regelungen angemessen gesichert werden. Die Regelungen in Absatz 3 und 4 bleiben unberührt.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten auch Beschlüsse über
1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
 2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände,
 3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und
 4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 und 1a sowie der Umsetzung der Regelungen nach den Nummern 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach § 136a Satz 2 hält; liegen diese Empfehlungen nach dem 30. April 2013 nicht vor oder hält sich das Krankenhaus nicht an sie, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, für welche Leistungen leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden; der Bericht ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen.
- Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die Anwendung von Satz 2 die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gefährden könnte; sie entscheidet auf Antrag des Krankenhauses bei diesen Leistungen über die Nichtanwendung von Satz 2. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach Nummer 4 auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei den Beschlüssen nach den Nummern 1 bis 4 zu beteiligen; bei den Beschlüssen nach Nummer 1 und 4 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen. Die Beschlüsse sind für zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Sie haben Vorrang vor Verträgen nach § 112 Abs. 1, soweit diese keine ergänzenden Regelungen zur Qualitätssicherung enthalten. Verträge zur Qualitätssicherung nach § 112 Abs. 1 gelten bis zum Inkrafttreten von Richtlinien nach Absatz 1 fort. Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch Qualitätskriterien für die Versorgung mit Füllungen und Zahnersatz zu beschließen. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz ist der Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu beteiligen; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. Der Zahnarzt übernimmt für Füllungen und die Versorgung mit Zahnersatz eine zweijährige Gewähr. Identische und Teilwiederholungen von Füllungen sowie die Erneuerung und Wiederherstellung von Zahnersatz einschließlich Zahnkronen sind in diesem Zeitraum vom Zahnarzt kostenfrei vorzunehmen. Ausnahmen hiervon bestimmen die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuchs bleibt unberührt. Längere Gewährleistungsfristen können zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie in Einzel- oder Gruppenverträgen zwischen Zahnärzten und Krankenkassen vereinbart werden. Die Krankenkassen können hierfür Vergütungszuschläge gewähren; der Eigenanteil der Versicherten bei Zahnersatz bleibt unberührt. Die Zahnärzte, die ihren Patienten eine längere Gewährleistungsfrist einräumen, können dies ihren Patienten bekannt machen.

Qualitätssicherung per Gesetz:

Stationäre Qualitätssicherung – Verfahren nach KHSG



¹ Indikatoren nach § 136c SGB V DAS KK = Datenannahmestellen der Krankenkassen MDK = Medizinischer Dienst der Krankenkassen ■ = Bundesebene
² Indikatoren nach § 136b SGB V LQS = Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss ■ = Landesebene
 ESQS = Externe stationäre Qualitätssicherung IQTiG = Institut f. Qualität u. Transparenz i. Gesundheitswesen ■ = Krankenhausebene



Es geht um viel Geld:

2016: 210.355.708.990€ GKV

Plus PKV plus andere Ausgaben

insgesamt über 300 Milliarden Euro

***„Dass mal eins klar ist, Herr Jonitz:
Abgeben – abgeben is‘ nich‘.***

***Wenn mal mehr Geld rein kommt,
das anders verteilen, darüber kann man reden“***

Führender und einflussreicher Funktionär
eines konservativen Ärzteverbandes,
zu einem jungen Nachwuchsstandespolitiker,
Krankenhausarzt, Ärztetag 1994

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

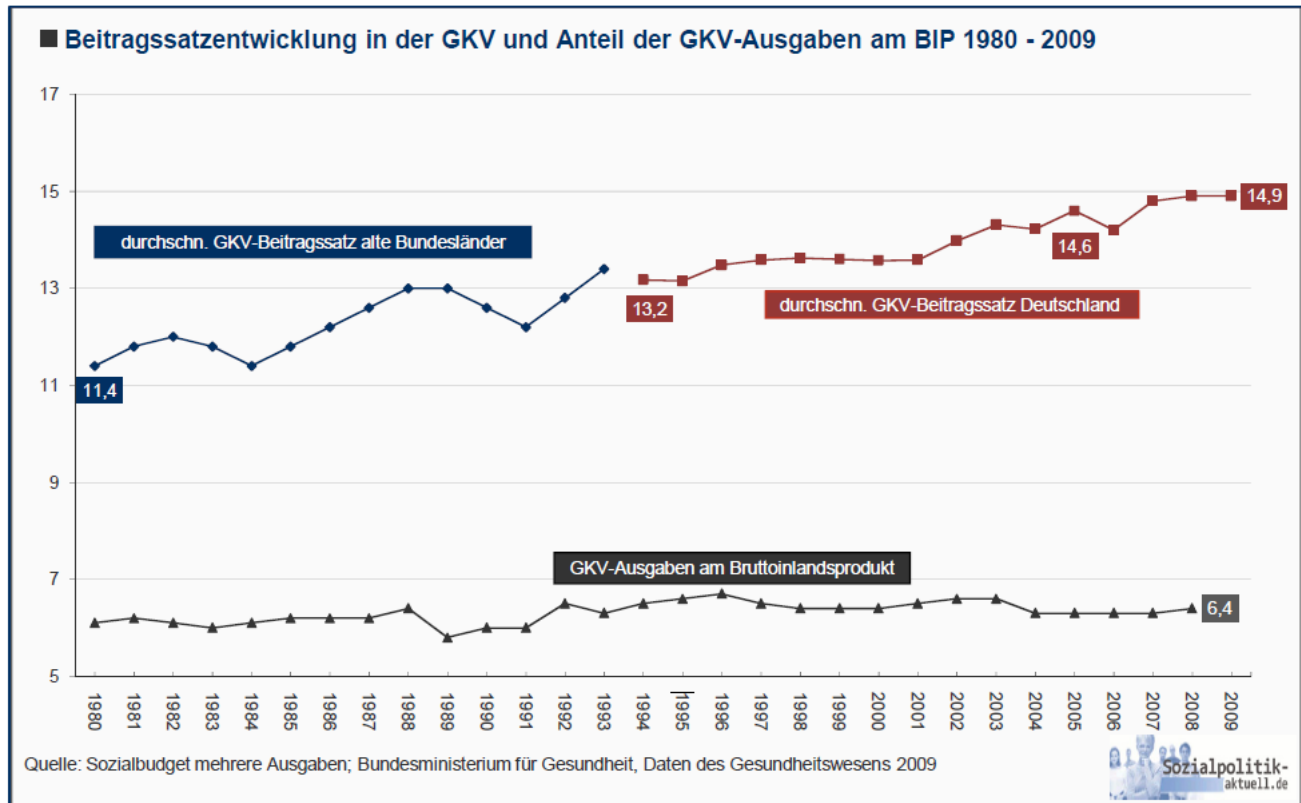
Inkrafttreten	Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989 Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995 Bundespflegegesetzverordnung	13,15
1995 Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997 Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997 1. GKV-Neuordnungsgesetz (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



Der Koalitionsvertrag CDU/SPD
 ist ein Dokument der
 weichen Rationierung



http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI23.pdf



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 der Gesundheitspolitik]

„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)*

Risikofaktor Personalmangel !!

„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

Urteil des Amtsgerichtes Köln

Ärztin wegen fahrlässiger Tötung schuldig - bleibt aber straffrei

Richter sieht erhebliche Mitschuld bei dem Krankenhaus

Köln (mhe). Das Amtsgericht Köln hat in dieser Woche eine 27jährige Ärztin aus Köln wegen fahrlässiger Tötung schuldig gesprochen. Ein Einzelfall, der aufhorchen lässt. Die Ärztin hatte offenbar Mitte vorigen Jahres einem an Leberzirrhose leidenden Patienten in einem

Kölner Krankenhaus eine falsche Blutkonserve verabreicht. Diese Unachtsamkeit hatte tödliche Konsequenzen.

Der Richter sah allerdings von einer Bestrafung ab, denn "ungewöhnliche Umstände erfordern außergewöhnliche Lösungen", sagte er. Das persönliche Verschulden der Ärztin sei sehr gering, denn die betroffene Klinik habe eine erhebliche Mitschuld an dem Todesfall zu tragen, weil dort ein "erhebliches Maß an Organisationsverschulden geherrscht" habe.

Obwohl die junge Ärztin Berufsanfängerin war, musste sie wegen des Personalmangels in der Klinik nach einer eh schon arbeitsintensiven 62stündigen Arbeitswoche noch einen 24-stündigen Wochenenddienst als einzige Ärztin auf der Station absolvieren, in dessen Verlauf der tödliche Fehler geschah. Auch sei die unerfahrene Ärztin nicht richtig eingewiesen worden, hieß es weiter.

<http://www.marburger-bund.de/nrw-rlp/beitraege/2012/Mai/UrteilKoeln.php> 19. 5. 2012



Berlin/Brandenburg

Wie die Bundesregierung die Patienten-Gesundheit gefährdet:

Die Qualität im Krankenhaus stirbt zentimeterweise

von Günther Jonitz*

Die Krankenhäuser müssen bedingungslos sparen. Also werden Leistungen, die nicht mehr finanzierbar sind, gestrichen. Patienten mit teuren Erkrankungen werden zunehmend zurückgewiesen. Diese müssen sich in einem anderen Krankenhaus nach einer Behandlung umsehen. Betroffen sind z. B. neurochirurgische Patienten in Duisburg, Patienten mit Blutkrebs in Göttingen und AIDS-Kranke in Uerdingen.

Aus dem gleichen finanziellen Grund werden erfahrene Ärzte, die das Krankenhaus verlassen, durch unerfahrenere Ärztinnen und Ärzte im Praktikum ersetzt.

Wenn diese Ärztinnen und Ärzte entsprechend Erfahrungen gesammelt haben, werden sie erneut durch Unerfahrene ersetzt.

Die Krankenhäuser müssen eine Behandlung auf der Basis eines erfahrenen Facharztes gewährleisten. Assistenzärzte erhalten in der Regel aufgrund eines Sondergesetzes für Krankenhausärztinnen und -ärzte einen befristeten Arbeitsvertrag, der mit Erreichen des Facharztes beendet ist. Dauerarbeitsplätze für Fachärzte im Krankenhaus sind selten. Eine ausreichende Betreuung jüngerer Ärztinnen und Ärzte ist bedroht.

Krankenhausärzte müssen auch in Zukunft über 24

Stunden am Stück arbeiten — soviel wie ein normaler Arbeitnehmer in drei Tagen! Was jedem Piloten und Omnibusfahrer zu Recht verboten ist, bleibt für den Krankenhausarzt die Regel. Im zukünftigen Arbeitszeitgesetz bleiben Krankenhausärztinnen und -ärzte ausgeklammert.

„quicker and
sicker“

Die Finanzierung ist für das Krankenhaus das zum Überleben wichtigste Thema. Neue Abrechnungsmodalitäten (Fallpauschalen) bewirken nachweislich eine kürzere Liegezeit für die Patienten, jedoch zum Preis einer schlechteren Qualität („quicker and sicker“). Aus

diesem Grund kommt es zu einer Spezialisierung der Krankenhäuser, die flächen-deckende Versorgung wird gefährdet. Aus kranken Menschen, die ungeachtet ihrer Krankenversicherung optimal versorgt werden, werden per Gesetz Kostenfaktoren innerhalb einer betriebswirtschaftlichen Krankenhausrechnung. Durch die zunehmende Überlastung von Krankenhausärztinnen und -ärzten sinkt die Güte der ärztlichen Versorgung.

Medizinischer Fortschritt kann nur schwer oder gar nicht finanziert werden. Mechanismen, die in der ambulanten Medizin zu einer unsinnigen Mengenausweitung und damit zur Ausgabenexplosion beigetragen haben, wurden in das Krankenhaus

hineingetragen. Die brüokratistischen Verpflichtungen nehmen dabei weiter zu.

Qualitätssicherung ist das eigentliche zentrale Thema. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz werden Mechanismen, die die Medizin in Deutschland haben schlechter und teurer werden lassen, zementiert anstatt reformiert. Zentrale Probleme bleiben unberührt. Z. B. wird Ärzten des Bundesgesundheitsamtes per Beamtengesetz verboten sich zu verteidigen. Damit werden prinzipielle Rechte mißachtet und eine sinnvolle Reform zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten verhindert.

Das Bundesgesundheitsamt wurde unter dem Vorwurf des AIDS-Skandals aufgelöst statt reformiert. Eine unab-

hängige, nicht weisungsgebundene medizinische Institution — vergleichbar der Bundesbank — ist ausdrücklich nicht das Ziel des Ministers.

Eine schlechte Politik vom grünen Tisch wird in der Summe letztendlich auf dem Rücken kranker Menschen ausgetragen.

Die Verantwortung wird auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte am Krankenbett delegiert. Worauf die Patienten sich verlassen können ist, daß diese alles tun werden, um negative Folgen dieser Politik von ihnen fernzuhalten.

Aber es wird schwerer.

* Günther Jonitz ist Assistenzarzt im Krankenhaus Moabit und stellv. Vorsitzender des Landesverbandes Berlin/Brandenburg

Günther Jonitz, MB Ärztliche Nachrichten, 1993

***„...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.“***

Quelle: Neue Revue/ 28. November 1996

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>

So wird aus einem Systemfehler das individuelle Verschulden eines einzelnen Arztes“

Quelle: Jonitz, Deutscher Ärztetag 1998

Beschlussfassung der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin

Berlin, den 21. März 2001

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin lehnt die Einführung von DRGs als Vergütungsinstrument in der jetzigen Form ab

Trotz der positiven Charakteristika von DRG-Systemen sieht die Berliner Ärzteschaft der geplanten Einführung eines flächendeckenden DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern mit großer Sorge entgegen.

Durch ein DRG-System entsteht ein Versorgungsrisiko für die Patienten. Ein solches prospektives Vergütungssystem verlagert das wirtschaftliche Risiko auf die Leistungserbringer. Damit hängt der wirtschaftliche Erfolg respektive das wirtschaftliche Überleben von dem Umfang ab, in dem Leistungen oder Kosten reduziert werden. Dies führt zur Risikoselektion, implizierter Rationierung und Qualitätsverlusten durch Unter- und Fehlversorgung („quicker and sicker“). Der einzelne Patient ist diesem Mechanismus hilflos ausgesetzt. Instrumente der Qualitätssicherung existieren oder funktionieren nicht.

Die Erwartungen von Politik und Krankenkassen, durch die Einführung von DRGs Geld zu sparen, werden nicht erfüllt werden. Sämtliche internationale Erfahrungen sprechen dagegen. Es werden im Gegenteil die Kosten steigen.

21. März 2001!!!

Deutsche Ärztetage lehnen seit 1994ff die Einführung von DRGs wegen zu erwartender Nebenwirkungen ab

GJ

Wären DRGs ein Medikament, müssten sie sofort aus dem Verkehr gezogen werden: Alle Nebenwirkungen sind eingetreten, alle Wirkungen ausgeblieben

GJ



**Kein Politiker kann sagen,
er habe es nicht gewusst**



**„Das ist doch wichtig für meine Arbeit, Herr
Jonitz! Das muss ich doch wissen!**

**Wo steht das? Wo kann ich das nachlesen? Wer
vertritt Sie denn? Doch nicht etwa dieser
XX!?“**

Prof. Dr. K-D Henke, damaliger Vorsitzender des
Sachverständigenrates im Gesundheitswesen,
Oktober 1994

Wie macht man Politik!?:

Beobachten

Dokumentieren

Artikulieren

Kommunizieren

Ansprechpartner identifizieren

Verbündete suchen

Unterstützer finden

Das wesentliche Prinzip der Politik ist „teile und herrsche“

Solange die Akteure untereinander uneins sind, hat die Politik relative Ruhe und kann die Schuld für Probleme in der Patientenversorgung auf die Selbstverwaltung (Institutionen der Krankenkassen, Krankenhäuser und Kassenärzte) abschieben

Meinung macht Politik und Politik macht Tatsachen.

Wer eine Meinung hat, sich an der
Meinungsbildung aber nicht
beteiligt, braucht sich nicht zu
wundern, wenn die Politik ohne
ihn oder gegen ihn gemacht wird.

GJ

**„Das ist ja das Schlimme Herr Jonitz!
Demokratie wird ja nicht von Demokraten
gemacht, sondern von Lobbyisten“**

**Dr. Hans Hege, ehemaliger Präsident der
Bayerischen Landesärztekammer**

*„Einen sehr interessanten Besuch hatte ich bei Sanofi am Standort Frankfurt-Höchst. Gerade die Insulin-Produktion, die von der Herstellung des Wirkstoffs bis zur Verpackung komplett am Standort abgewickelt wird, war sehr beeindruckend. **Ebenso beeindruckend auch die etwas 350 Millionen Euro Gewerbesteuer, die Sanofi an die Stadt Frankfurt zahlt. Hier zeigt sich einmal mehr die große Bedeutung einer engagierten Standortpolitik. Vielen Dank auch an Herrn Dr. Knollmeyer für das gute Gespräch.“***

Facebook Eintrag eines Mitglieds des Gesundheitsausschusses des Bundestags Februar 2015

Wer vertritt Sie!?:

z. B. Lisa Ruby,
Fachschaft Medizin, Charité,
studentisches Mitglied im Vorstand des
Marburger Bundes, LV B-Bbg

www.marburger-bund.de/landesverbaende/berlin-brandenburg/lisa-ruby

Fachschaft Medizin

BVMD Bundesverband der Medizinstudierenden Deutschlands Marburger Bund

- größter Ärzteverband Europas
- für sie in allen Gremien (Personalrat, Aufsichtsrat, Ärztek
- berät und vertritt per § ihre Interessen



Hartmannbund

- ältester Ärzteverband in D
- primäre Zielgruppe niedergelassene Ärzte
- wertkonservativ



Ärztekammer

- je nach Präsident und Mehrheit

Parteien



**„If you are not
at the table
you are
on the menu“**

Oberes Gebot:

Einmischen!!!!



Ansichten eines Betroffenen zum Medizinstudium

Ärztliche Ausbildung – kein Zustand mehr

Die Mißstände in der Ausbildung von Medizinern sind unübersehbar. Aus meiner Sicht (Student der Humanmedizin im vierten klinischen Semester) haben sie vier Ursachen:

Da ist zum ersten die gewaltige

Hochschullehrer haben oft wenig Zeit und Energie für das bedside teaching. Schuld daran ist nicht allein die Masse der Studenten. Häufig sind die Betroffenen durch vorangegangenen Nachtdienst übermüdet, oder prak-

denten betrieben wird. Falls diese Vorhaben, so wie sie auf dem Tisch liegen, realisiert werden sollten, halte ich das für reines Herumdoktern an Symptomen, und das noch wider besseres Wissen.

Quelle: Auszug aus *selecta* vom **27. Juli 1981**

Nahezu alle Beteiligten im Gesundheitswesen partizipieren an dessen Grundfehlern, und die „Schmierereien“ reichen bis in höchste Kreise. Anders kann ich mir nicht erklären, warum zum Beispiel Minister Seehofer im Paragraph 85 Sozialgesetzbuch V illegal aufgestellte Großgeräte im nachhinein für legal erklärt. Anders kann ich es mir auch nicht erklären, daß die Politik auf die Selbstbeziehung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in 60 Prozent der deutschen Krankenhäuser würde illegal, nämlich über das gesetzliche Maß hinaus, Arbeit durch angestellte Ärztinnen und Ärzte geleistet, mit Stillschweigen reagiert.

Berlin

GÜNTHER JONITZ
Marburger Bund

Leserbriefe sind wirksam!

Facebook Kommentare auch!

DER SPIEGEL 25/1994

**Machen Sie sich erst einmal
unbeliebt, dann werden Sie auch
ernstgenommen.**

Konrad Adenauer

deutscher Politiker (1876 - 1967)

1. Bundeskanzler der Bundesrepublik Deutschland

Beschlussprotokoll 105. Dt. Ärztetag 2002: Zu Punkt I der Tagesordnung:
Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Beru

I, 7 : Lohnnebenkosten - Diskussion

Beschlussprotokoll des 105. Deutschen Ärztetages vom 28.-31. Mai 2002 in Rostock

Auf Antrag von Dr. Jonitz, Dr. Koch, Prof. Dr. Schulze, Dr. Wolter, Prof. Dr. Hessenauer und Herrn Henke (Drucksache I-39) fasst der 105. Deutsche Ärztetag folgende EntschlieÙung:

Der 105. Deutsche Ärztetag weist das häufig vorgebrachte Argument, eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge gefährde durch den Anstieg der Lohnnebenkosten den Wirtschaftsstandort Deutschland als unsachlich zurück.

Fakt ist, dass im Jahre 1998 der Personalkostenanteil im deutschen verarbeitenden Gewerbe 22,8 % des Bruttoproduktionswertes betrug. Die gesetzlichen Sozialkosten machten 3,5 % aus. Der GKV-Anteil daran ist 28,7 %. Die gesamte Beitragsbelastung der Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes durch die GKV beträgt also ein Prozent genau 1,004 %. Eine zehnpromzentige Erhöhung des Beitragssatzes, z. B. von 13,5 auf 14,85 Prozent würde bei voller Überwälzung auf den Preis ein Produkt, das DM 1000,-- kostet, um ein Promille auf DM 1001,-- verteuern.

Geringfügige Produktivitätssteigerungen kompensieren das bereits und die Größenordnungen von Außenwertschwankungen der DM bzw. des Euro betragen das Hundertfache. Wie hiervon makroökonomische Wirkungen auf die "Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft" ausgehen könnten, bleibt ein Geheimnis.

(Hagen Kühn, Wissenschaftszentrum Berlin, Finanzierbarkeit der GKV, Berlin 2001)

Nicht der Bereich Gesundheit belastet die Wirtschaft, sondern die Wirtschaft belastet die Gesundheit (und die Einnahmen der Krankenkassen) durch den Abbau von Arbeitsplätzen.

Der 105. Deutsche Ärztetag fordert die Arbeitgeberverbände auf, Arbeitsplätze zu schaffen und sich an der Diskussion über Gesundheitspolitik sachlich zu beteiligen.

**105. Deutscher Ärztetag 2002
in Rostock:**

Oberstes Gebot:

Lösungen vorschlagen!!!!

Und – so möglich - umsetzen

Patientensicherheit

„primum nil nocere“

Beschluss Nr. 5 SICHERE PATIENTENVERSORGUNG BRAUCHT SICHERE ARBEITSBEDINGUNGEN

Die 116. Hauptversammlung des Marburger Bundes hat beschlossen:

Um eine hohe Sicherheit der Patientenversorgung im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen folgende Faktoren gewährleistet sein:

1. ausreichend qualifiziertes, insbesondere medizinisches und pflegerisches Personal,
2. humane, den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Arbeitszeiten,
3. ein mitarbeiterorientierter, partizipativer Führungsstil,
4. regelmäßige Schulungen zur Patientensicherheit während der Dienstzeiten,
5. Zeit, Budget und Kapazitäten zur Durchführung von regelmäßigen Morbiditäts- und Mortalitäts- sowie klinisch-pathologischen Konferenzen Abteilungs- und Teambesprechungen,
6. die Einführung und Umsetzung von validen Verfahren zur Erhöhung der Patientensicherheit, wie bspw. zur Händehygiene, zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen oder zur Arzneimitteltherapiesicherheit,
7. ein funktionierendes Fehlerlern-, Qualitäts- und Risikomanagementsystem,
8. die regelmäßige Evaluation der aufgeführten Maßnahmen durch Mitarbeiter- und Patientenbefragungen,
9. Schaffung einer Sicherheitskultur durch Vorbildfunktion der Vorgesetzten und Umsetzung der oben aufgeführten Maßnahmen.



108. Deutscher Ärztetag 2005
in Berlin:
Einstimmiges Votum
„pro Patientensicherheit“ !

Auszug (Quelle: www.baek.de)



Foto: G. Jonitz

1. Patient Safety Global Summit 9./10.11.2016 in London



Beim „Patient Safety Global Action Summit“ wurde erstmals die **höchste politische Ebene (Minister) und die Fachebene (Experten, Betroffene)** verbunden.

Die Situation in Deutschland – **Kooperation, Lösungsorientierung, gemeinsame Verantwortung** - ist international anerkannt.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Don Berwick, Victor Dzau, Prof. Lord Darzi u. a.

Deutschland ist bei diesem neuen, höchstrangig aufgestellten Projekt zur Förderung der Patientensicherheit **in der allerersten Reihe** und macht damit international Pluspunkte!



Bundesministerium
für Gesundheit



POSTANSCHRIFT Bundesministerium für Gesundheit, 53107 Bonn

Herrn
Dr. Günther Jonitz
Präsident der Ärztekammer Berlin
Ärztekammer Berlin
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Friedrichstrasse 16
10906 Berlin

Hermann Gröhe
Bundesminister
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1003
FAX +49 (0)228 99 441-1193
E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 7. Mai 2017



**Jeder Unterschied zur sonst üblichen
Gesundheitspolitik wäre höchst beabsichtigt!!**

Sehr geehrter Herr Präsident,

als Gastgeber des 2. Global Ministerial Summit on Patient Safety 2017 war es mir eine besondere Freude, über 300 hochrangige Vertreter und Experten aus Politik, Medizin und Wissenschaft aus über 40 Ländern und internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Bonn willkommen heißen zu dürfen.

Ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihren hervorragenden Beitrag und Ihre Unterstützung, die unser gemeinsames Engagement international sichtbar gemacht und unsere Veranstaltung zu einem großen Erfolg verholfen haben!

**„...die unser gemeinsames Engagement international sichtbar gemacht
und unsere Veranstaltung zu einem großen Erfolg verholfen haben!“**



„sauberes Wissen“

„die Medizin ist Wissenschaft oder nichts“

Paul Martini 1889 - 1964

„Die Hälfte dessen, was Sie im Studium gelernt haben, wird sich im Laufe von 5 Jahren entweder als grottenfalsch oder komplett überholt herausstellen.

Das Problem ist, dass Sie nicht wissen, welche Hälfte.

Es geht also nicht darum, Faktenwissen anzuhäufen, **sondern sein Tun in Frage zu stellen und zu wissen, wie man lernt!“**

David Sackett, geb. 1934, Stammvater der evidenzbasierten Medizin

(aus: Thoughts for new medical students at a new medical school, Richard Smith, BMJ 2003; 327: 1430-3)

„Knowledge is the enemy of the disease“

„The application of what we know
will have a bigger impact on health and disease
than any single drug or technology
likely to be introduced in the next decade.“

Sir John Muir Gray CBE

Ehem. „Chief Knowledge Officer of the NHS

www.library.nhs.uk

www.bvhc.co.uk

Im 19. Jhdt. war sauberes Wasser die wichtigste Ressource für Gesundheit
Im 21. Jhdt. ist es sauberes Wissen



Kapitel 14a Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten

Das Medizinstudium ist ein Universitätsstudium. Alle Studierenden müssen daher die wissenschaftliche, methodische Basis der medizinischen Fächer kennen. Diese umfasst Methoden der medizinischen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung, der Epidemiologie, der evidenzbasierten Medizin und der humanmedizinisch relevanten Naturwissenschaften und Methoden der Geistes- und Sozialwissenschaften. Zum Erwerb dieser Wissenschaftskompetenz (vgl. Meilenstein in Kap. 4) und zum Erfüllen der Arztrolle als Gelehrter (Scholar der CanMEDS Rollen) benötigen alle Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten, die in diesem Kapitel beschrieben werden. Ärztinnen und Ärzte, die klinisch-praktisch tätig sind, benötigen diese Fertigkeiten, um diagnostische Tests (siehe Kap. 15) richtig einzusetzen und um die Anforderungen der evidenzbasierten Medizin zu erfüllen. Ärztinnen und Ärzte, die forschen, benötigen hierfür eine Grundausbildung in den fachspezifischen Methoden (Grundlagenforschung oder klinische Forschung). Beiden gemeinsam ist die Notwendigkeit, die Fähigkeit zum selbstständigen wissenschaftlichem Denken und Handeln zu erwerben. Das Kapitel „Medizinisch-wissenschaftliche Fertigkeiten“ hat Bezüge zu den Arztrollen als Gelehrte/-in (Kap. 6), als Kommunikator/-in (Kap. 7) und als professionell Handelnder (Kap. 11). Es beschreibt die wissenschaftliche Grundausbildung im Medizinstudium als Wissen, Fertigkeiten und Einstellungen.

ID	Kompetenz bzw. Lernziel	GL	BK	PJ	WK	Wiss	Anwendungsbeispiele	Querverweis: andere Kapitel	Querverweis: Beratungsanlässe; Krankheit	Querverweis: IMPP	Leistungsnachweis lt. ÄAppO [sortiert, für Printversion]
14a.1	Die Absolventin und der Absolvent erläutern als kritische Anwender/-innen die Prinzipien und Methoden der evidenzbasierten Medizin und wenden diese bei Problemstellungen im Rahmen der Behandlung individueller Patientinnen und Patienten an.							6.2; 16.8			fächerübergreifend
14a.1.1	Sie nehmen eine Erhebung und kritische Bewertung von insbesondere primärer, aber auch sekundärer Evidenz zu einer medizinischen Fragestellung vor. Sie können ...							6.2.2; 6.2.1			fächerübergreifend
14a.1.1.1	Problemstellungen in präzise wissenschaftliche Fragen übersetzen, die in Fach- bzw. Literaturliteraturdatenbanken recherchierbar sind.	2		3a	3b	3a	Gen- und Proteindatenbanken; Medline, PubMed, Cochrane; Prävalenz	6.2.2.1; 6.2.2.2; 6.4.3.1; 6.4.3.2			fächerübergreifend



//student.bmj.com

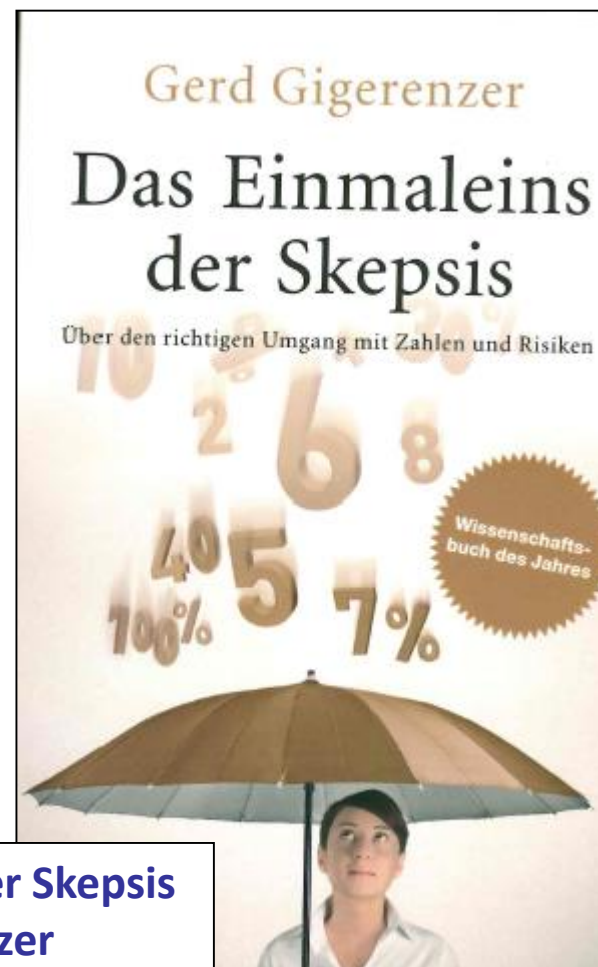
<http://doc2doc.bmj.com/assets/secure/survivemedicalschool.pdf>

Lektüre!!!



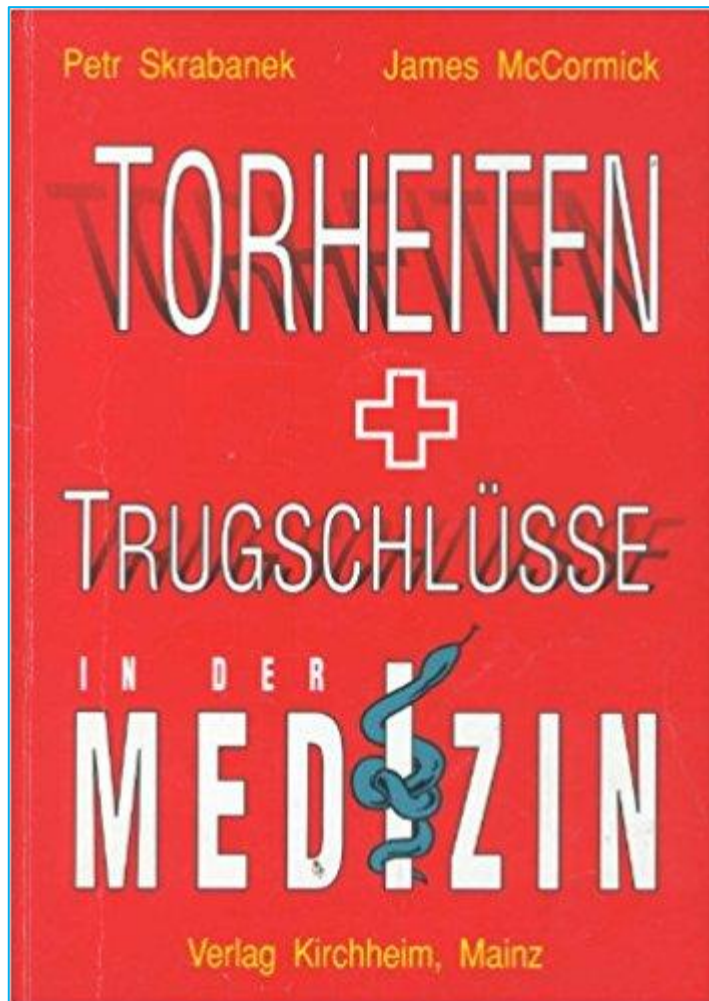
How do we know whether a particular drug, therapy or operation really works, and how well?

[//de.testing-treatments.org](http://de.testing-treatments.org)



Das Einmaleins der Skepsis
Von Gerd Gigerenzer

Lektüre!!! *Antiquarisch...*



Torheiten und Trugschlüsse in der Medizin

McCormick, Skrabanek

Neue Medien!!!

www.patientensicht.ch

www.klinikstand.de

www.ichbinarzt.de

www.medizinernachwuchs.de

www.doc2doc.bmj.com

www.thehealthcareblog.com

... facebook, twitter u.a.



Politischer Auftrag I

Personalentwicklungskosten künftig zusätzlich in Vergütungssysteme einpreisen

→ gilt für ALLE Gesundheitsberufe!

*„Eine miese Gesundheitspolitik
vergisst die **Menschen** im System“*

[GJ Deutschlandradio Kultur 12/2012

<http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/interview/1963676/>]



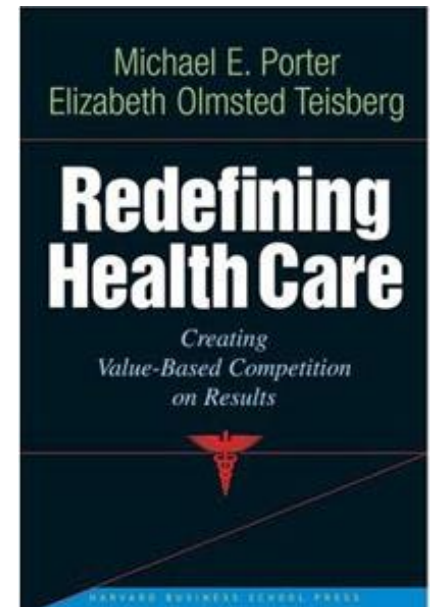
Politischer Auftrag II

Werteorientierte Gesundheitspolitik!

„Eine Gesundheitsversorgung, die sich am tatsächlichen Nutzen für den Patienten orientiert

„Outcome!!“

= Werte- und wissensbasierte Medizin!



Werden Sie aktiv!

- Fachschaft
- Verbände!
- Fortbildung
- Fachgesellschaften
- Berufsverbände
- Ärztekammern
- Parteien

**Gleiche
Augenhöhe!!!**

Sie treffen **Menschen**, Themen, Meinungen, Charaktere und Problemlösungen.
Fragen Sie, diskutieren Sie! (Schafft Netzwerke, erleichtert das Leben und schult den eigenen Charakter.)





Foto: privat

**Einigkeit
macht
stark!**

g.jonitz@aekb.de

„Was machen Sie eigentlich beruflich, Herr Dr. Jonitz?
Sie sind Krankenhausarzt? In der Chirurgie, in einer
Rettungsstelle.

Das ist doch eigentlich ein wunderschöner Beruf!
Wissen Sie, ich beneide Sie um diesen Beruf“

[Horst Seehofer, Bundesgesundheitsminister, 1996]

Der Mann hat Recht!

g.jonitz@aekb.de