

ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seuffert]

„Führung und Werte“

- Vollversammlung -
Verband leitender Orthopäden und
Unfallchirurgen Regionalverband
Nordost e. V.

Berlin, 30.01.2018

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Wir leben in schwierigen Zeiten



All doctors have a romantic notion of what it means to be a doctor. Many British doctors, for instance, remember Sir Luke Fildes's famous picture of a doctor treating a sick child. The room is dark; the pale child sick unto death; and the bearded, besuited doctor worried. The focus is on the intense relationship between the doctor and the child.

Nobody else but the child's parents are there; **certainly no economists.**

BMJ 1998;316 (30 May) Editor's choice

Der Arzt

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



Die wichtigste Person
im Leben eines kranken Menschen
ist der Arzt.

*Die wichtigste Person im Gesundheitssystem
ist der Arzt.*

*Die wichtigste Person im Gesundheitswesen
ist der Patient.*



Der Wandel



Was hat sich geändert?

Leistungsfähigkeit der Medizin

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

Schriftliche Erfolgsbilanz !



Diabetes mellitus Typ I

Was hat sich geändert?

Demographischer Wandel

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

„Gesellschaft des langen Lebens“



- **Fortschrittsfalle:**

Je besser die Medizin, desto größer die Zahl der Kranken

- **Gesetz der zunehmenden Penetranz der Reste**

**Je weniger jemand unter etwas zu leiden hat,
desto mehr leidet er unter dem Wenigen**
[Odo Marquard 1994]



Was hat sich geändert?

Externe Krise

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



Das System

*„We have good people in bad systems
and good people in bad systems
will fail“*



Foto: GJ 2016

Don Berwick; ehem. Direktor des Institute of Healthcare Improvement, USA

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?



„Es gibt kein richtiges Leben im falschen“

Theodor W Adorno



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

(siehe Fußballmannschaften, Unternehmen, Paarbeziehungen...)

;~)



Was ist Optimierung

= € (=Profit, Rendite)
oder

Qualität / Werte

= hochwertige Behandlung und humane Betreuung

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

Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung

statt

Dezimierung

von Strukturen, Mengen und Kosten

Strategie:

Systematisieren

Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

Humanisieren

(Günther Jonitz)



Das oberste strategische Ziel für alle im Gesundheitswesen ist
die

Optimierung

„Wir schaffen Werte für kranke Menschen“

Diese „Werte“ ergeben sich aus dem
Blickwinkel der Patientinnen und Patienten („personal value“)



– Diese Diskussion findet unter dem Namen

„value-based health care“

zunehmend national und international statt.

Für Ärzte und alle Gesundheitsberufe bedeutet das,

„was ist gute Medizin“

(...Pflege, Krankengymnastik etc.),
möglichst genau zu definieren.

Antworten darauf gibt es unter den Stichworten

„evidenzbasierte Medizin und Pflege“

und – was die Beziehung zwischen Arzt, Pflege und Patient angeht – unter

„narrative-based medicine“ oder **„shared-decision making“**.

– (= „technical value“)



Das zweite strategische Ziel ist

„Systematisieren“.

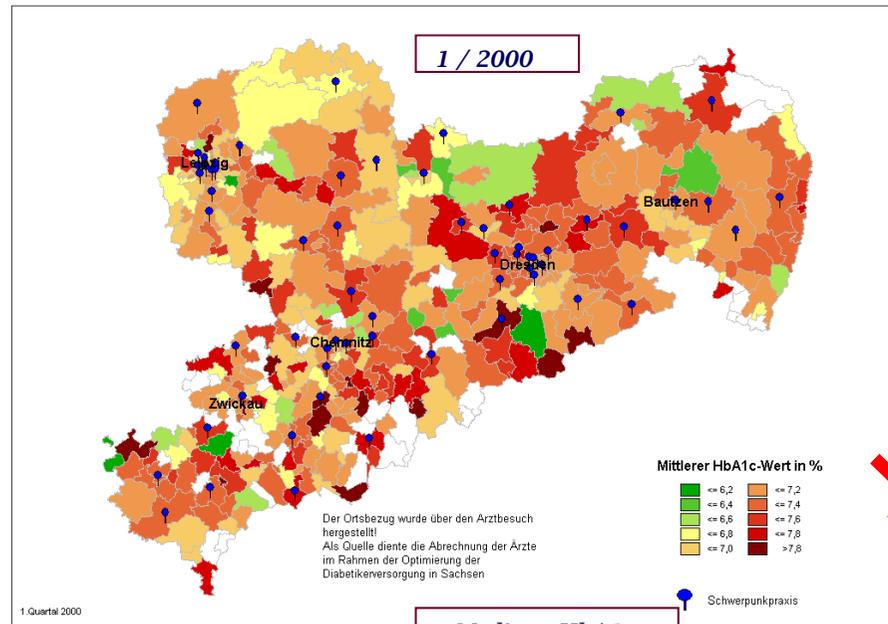
**Welche 20% unserer Patienten machen 80%
unserer Arbeit aus?**

Diese Frage kann von jedem Blickwinkel aus beantwortet werden. Jede Station, jedes Krankenhaus, jede Region kann dies tun. Die Pareto-Regel hilft, die richtigen Prioritäten zu setzen.
(= „allocation value“)

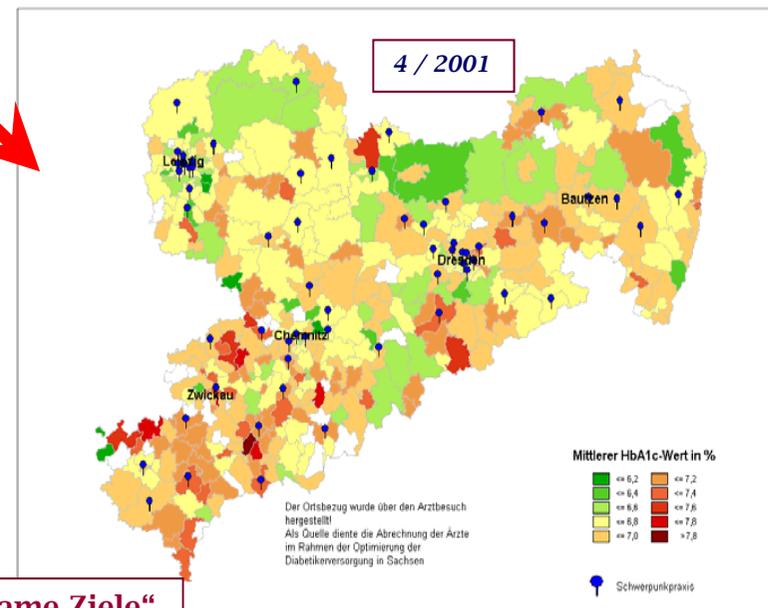


Systematisieren

Diabetesversorgung in Sachsen



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



„Lernendes System, Zusammenarbeit, gemeinsame Ziele“

Versorgungsleitlinien.de

Im Rahmen des NVL-Programms wurden Leitlinien zu folgenden Themen publiziert:

[NVL Asthma](#)

[NVL COPD](#)

[NVL Typ-2-Diabetes Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen](#)

[NVL Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen bei Diabetes](#)

[NVL Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter](#)

[NVL Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter](#)

[NVL Diabetes Strukturierte Schulungsprogramme](#)

[NVL Therapie des Typ-2-Diabetes](#)

[NVL Chronische Herzinsuffizienz](#)

[NVL Chronische KHK](#)

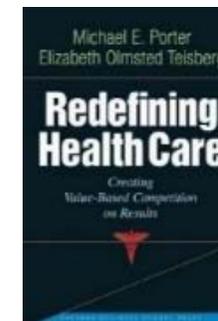
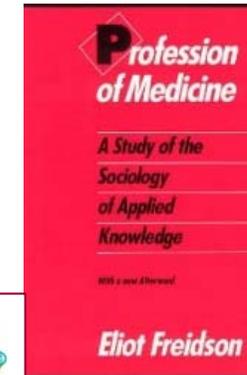
[NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz](#)

[NVL Unipolare Depression](#)



Optimierung

- **1919** Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung, Eugen Bleuler
- **1970** The Profession of Medicine, Eliot Freidson
("clinical mentality", "placebo-reactor")
- **1999** choosing wisely, ABIM,
 - <http://www.choosingwisely.org/>
- **2002** "too much medicine" BMJ
- **2004** value-based health care, Sir John Muir Gray,
 - www.bettervaluehealthcare.net
- **2007** Re-Defining Healthcare, Porter, Teisberg
 - = vale-based healthcare, us-american version
- **2012** Preventing Overdiagnosis. BMJ et al
- **2012** Nachhaltige Medizin SAMW.CH
- **2016** "realistic medicine", Scot NHS,
 - CMO Catherine Calderwood MD PhD
- **2017** "right care" The Lancet,
 - <http://www.thelancet.com/series/right-care>



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015

- How can we further reduce the burden and harm that patients experience from over-investigation and overtreatment?
- How can we reduce unwarranted variation in clinical practice to achieve optimal outcomes for patients?
- How can we ensure value for public money and prevent waste?
- How can people (as patients) and professionals combine their expertise to share clinical decisions that focus on outcomes that matter to individuals?
- How can we work to improve further the patient-doctor relationship?
- How can we better identify and manage clinical risk?
- How can all doctors release their creativity and become innovators improving outcomes for people they provide care for?

Catherine Calderwood

Dr Catherine Calderwood, MA Cantab FRCOG FRCP Edin
Chief Medical Officer for Scotland

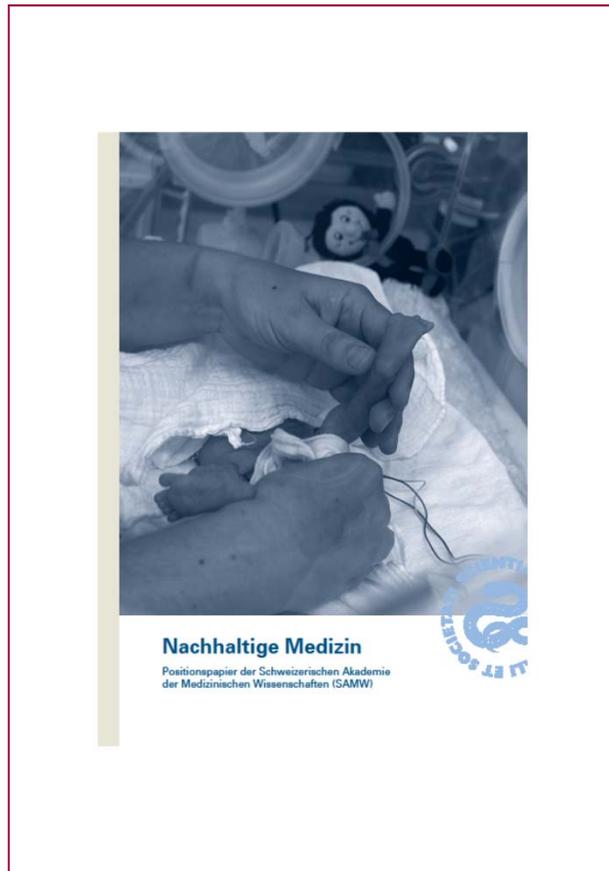
„realistic medicine“



[Quelle: Catherine Calderwood]

CMO Catherine Calderwood MD PhD

Nachhaltige Medizin!



**Schweizerische
Akademie der
medizinischen
Wissenschaften**

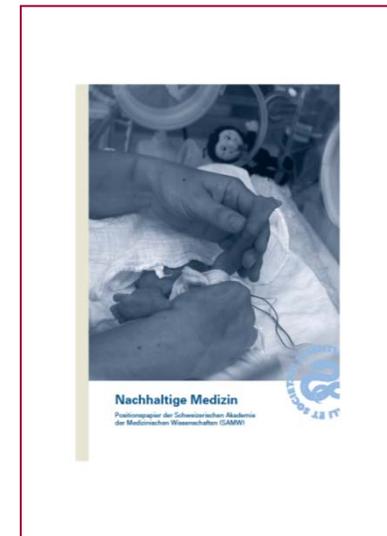
7. 11. 2012 –
Nachhaltige Medizin
www.samw.ch

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.

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.



Humanisieren

„A G'sunder hat viele Wünsch'.

A Kranker bloß oin“

Schwäbisches Sprichwort



Humanisieren

Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete

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

Definition individueller Behandlungsziele

= personal value

LIA – Lebensqualität im Alter

LIA – Mehrfach prämiertes Projekt zur Versorgung älterer Patienten

Ältere, meist multimorbide Patienten im eigenen häuslichen Umfeld kompetent zu betreuen, ist eine enorme Herausforderung für jede Hausarztpraxis. Dass man diese Herausforderung mit einem multiprofessionellen Team sehr gut annehmen kann, hat die Gemeinschaftspraxis im Bayerwald durch ihr Projekt „Lebensqualität im Alter (LIA)“ eindrucksvoll bewiesen. Das Team aus Medizinischer Fachangestellter, Ergotherapeutin, Altenpflegerinnen, Physiotherapeuten und Allgemeinarzt arbeitet seit 2006 erfolgreich an diesem Betreuungskonzept.

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

Für ihre Arbeit wurden die Mitglieder des Teams sowohl mit dem MEDICA-Förderpreis für interdisziplinäre Zusammenarbeit 2008 als auch mit dem Bayerischen Gesundheitspreis in der Rubrik „Versorgungslücke Land“ 2010 ausgezeichnet. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die einzelnen Therapieansätze intensiv aufeinander abgestimmt. In den Folgesitzungen werden diese kontinuierlich überprüft und weiter optimiert. Die gemeinsame Arbeit am Patienten über die eigenen Fachgruppen-Horizonte hinaus motiviert alle Beteiligten sehr.

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis in der Presse

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

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.



führung und Demenzenwicklung sieht der EBM eine eigene Abrechnungsziffer 03240 vor. Mit einfachen Testverfahren wie Barthel-Index, Timed up and go-Test, Chair-rising oder Tandemstand und 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



Geriatrisches Assessment bei multimorbiden, älteren Patienten:

Arzt: „Was ist ihr Ziel?“

Patient: „Ich hab‘ mei‘m Sohn versprochen, ihm beim Dachdecken zu helfen. Das kann er nicht allein“.

Arzt: „Was belastet sie am Meisten?“

Patient: „Den Tod von meiner Frau hab‘ ich noch nicht verwunden“

*Jeder im therapeutischen Team weiß, worum es geht. Kein vernünftiger Arzt wird den Blutdruck dieses Patienten auf 130mmHg systolisch einstellen.
Er käme noch nicht mal aus dem Bett, geschweige denn per Leiter auf das Dach.*

„goal oriented therapy“



Vorsicht, „Placebo-Reaktor“

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

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

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

Ärzte und Pflegekräfte 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 das Richtige und Gute getan haben.



Ökonomisch:

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



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

Value Based Healthcare



www.bettervaluehealthcare.net

Sir John Muir Gray - „Triple Value“, Leitfragen:

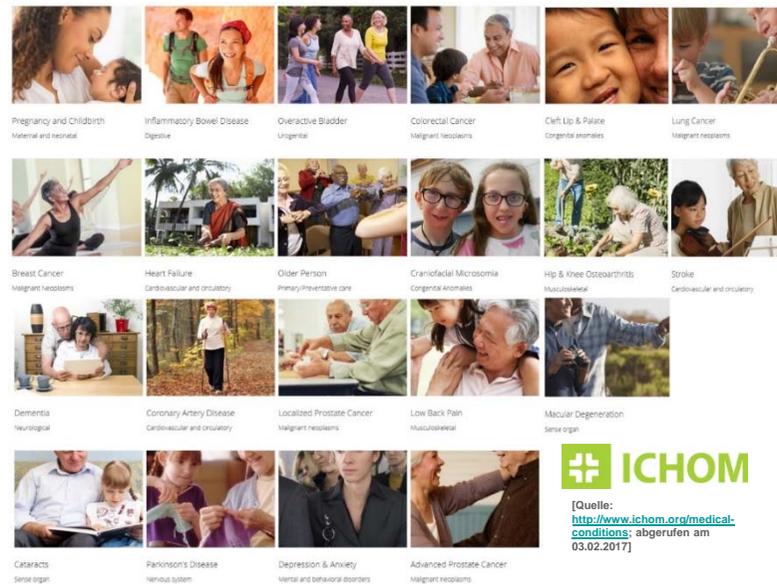
- *Werden Ressourcen angemessen auf verschiedene Populationsuntergruppen verteilt - „Verteilungswert“, „Allokation“?*
- *Werden die Ressourcen angemessen eingesetzt - „technischer Wert“?*
- *Individuelle Behandlungsziele - Entsprechen die Behandlungsentscheidungen den Werten und Präferenzen des einzelnen Patienten - „personalisierter Wert“?*

Erster Kongress zur Value-based
Healthcare
in Deutschland
Ärzttekammer Berlin,
Nuffield College, University
Oxford,
British Medical Journal,
Mai 2016



International

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement



**ICHOM = Harvard Institute for Strategy and Competitiveness,
Boston Consulting,
Karolinska University**





- **Pregnancy and Childbirth**
- **Inflammatory Bowel Disease**
- **Overactive Bladder**
- **Colorectal Cancer**
- **Breast Cancer**
- **Heart Failure**
- **Older Person**
- **Craniofacial Microsomia**
- **Dementia**
- **Coronary Artery Disease**
- **Localized Prostate Cancer**
- **Low Back Pain**

- **Cataracts**
- **Parkinson's Disease**
- **Depression & Anxiety**
- **Advanced Prostate Cancer**
- **Cleft Lip & Palate**
- **Lung Cancer**

• **Hip & Knee Osteoarthritis**

- **Stroke**
- **Macular Degeneration**

[Quelle: <http://www.ichom.org/medical-conditions>; abgerufen am 03.02.2017]



A proposed set of metrics for standardized outcome reporting in the management of low back pain

R Carter CLEMENT¹, Adina WELANDER², Caleb STOWELL³, Thomas D CHA⁴, John L CHEN⁵, Michelle DAVIES⁶, Jeremy C FAIRBANK⁷, Kevin T FOLEY⁸, Martin GEHRCHEN⁹, Olle HAGG¹⁰, Wilco C JACOBS¹¹, Richard KAHLER¹², Safdar N KHAN¹³, Isador H LIEBERMAN¹⁴, Beth MORISSON¹⁵, Donna D OHNMEISS¹⁴, Wilco C PEUL¹⁶, Neal H SHONNARD¹⁷, Matthew W SMUCK¹⁸, Tore K SOLBERG^{19,20}, Bjorn H STROMQVIST²¹, Miranda L VAN HOOFF²², Ajay D WASAN²³, Paul C WILLEMS²⁴, William YEO²⁵, and Peter FRITZELL^{26,27}



Patient-reported outcome measures = PROMs

Table 1. Patient-reported outcome measures

Outcome	Measurement tool	Definition/wording	Answer options	Time frame for capturing
Pain	Numeric pain rating scale	• How would you rate your average back pain over the last week?	0 (no pain) – 10 (worst pain imaginable)	Baseline, index event(s), 6 months, 1 year, 2 years
		• How would you rate your average leg pain over the last week?	0 (no pain) – 10 (worst pain imaginable), verbal or visual (horizontal)	
Disability	Oswestry disability index	<ul style="list-style-type: none"> • Pain intensity • Personal care (washing, dressing, etc.) • Lifting • Walking • Sitting • Standing • Sleeping • Sex life (if applicable) • Social life • Traveling 	6 options for each domain, ranging from no problem to severe impairment	Baseline, index event(s), 6 months, 1 year, 2 years
Quality of life	EQ5D-3L	<ul style="list-style-type: none"> • Mobility • Self-care • Usual activities • Pain/discomfort • Anxiety/depression 	3 options for each domain, ranging from no problem to severe impairment	Baseline, index event(s), 6 months, 1 year, 2 years
	EQ-VAS	• Indicate on this scale how good or bad your health is today	Vertical visual analog scale: 0 (worst imaginable health state) – 100 (best imaginable health state)	
Work status		• What is your current work status?	Working full time, working part time, seeking employment (I consider myself able to work but can't find a job), not working by choice (retired, student, homemaker, etc.), unable to work due to problem other than my back and/or leg pain, unable to work due to back and/or leg pain Yes, no, N/A	Baseline, index event(s), 6 months, 1 year, 2 years
		<ul style="list-style-type: none"> • Are you working at a physically less demanding job now because of your back and/or leg pain? • How long after you received treatment for low back pain did you return to work? (if applicable) 	< 3 months, 3–6 months, 6–9 months 9–12 months, 1–2 years, > 2 years	
Analgesic use		• Do you take non-narcotic pain relieving medication or tablets for your back problems?	Yes regularly, yes sometimes, no	Baseline, index event(s), 6 months, 1 year, 2 years
		• Do you take narcotic pain relieving medication or tablets for your back problems?	Yes regularly, yes sometimes, no	

[Quelle: Acta Orthopaedica 2015; 86 (4):x-x]



Ministerial Statement

THE NEXT GENERATION of HEALTH REFORMS OECD Health Ministerial Meeting 17 January 2017

On the 17th January **Ministers from over 35 OECD and partner countries** exchanged their ideas, ambitions and challenges for *The Next Generation of Health Reforms.*

16. The shift from a health system that is centred on providers to one that is **centred on people's individual needs and preferences** has important implications for how we measure health system performance.

17. We need to invest in measures that will help us assess whether our health systems **deliver what matters most to people.**

Too often, we only rely on measures of what health systems do, and how much they cost, rather than their effects on patients.





120. Deutscher Ärztetag
Freiburg, 23.05. - 26.05.2017

Arzttags-Drucksache Nr.
la - 03

**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 ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Der von der Politik auserufene "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:

Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Kosten und Strukturen“

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

Im BMG bekannt und mit Interesse aufgenommen]



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



Führung



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 krankenkassenrechtlicher 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:
 Die Versorgung in D
 ist teurer und schlechter
 geworden

„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)

**„So wird aus einem Systemfehler
das individuelle Versagen eines einzelnen Arztes“.**

Jonitz, Deutscher Ärztetag 1998



**„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]



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]

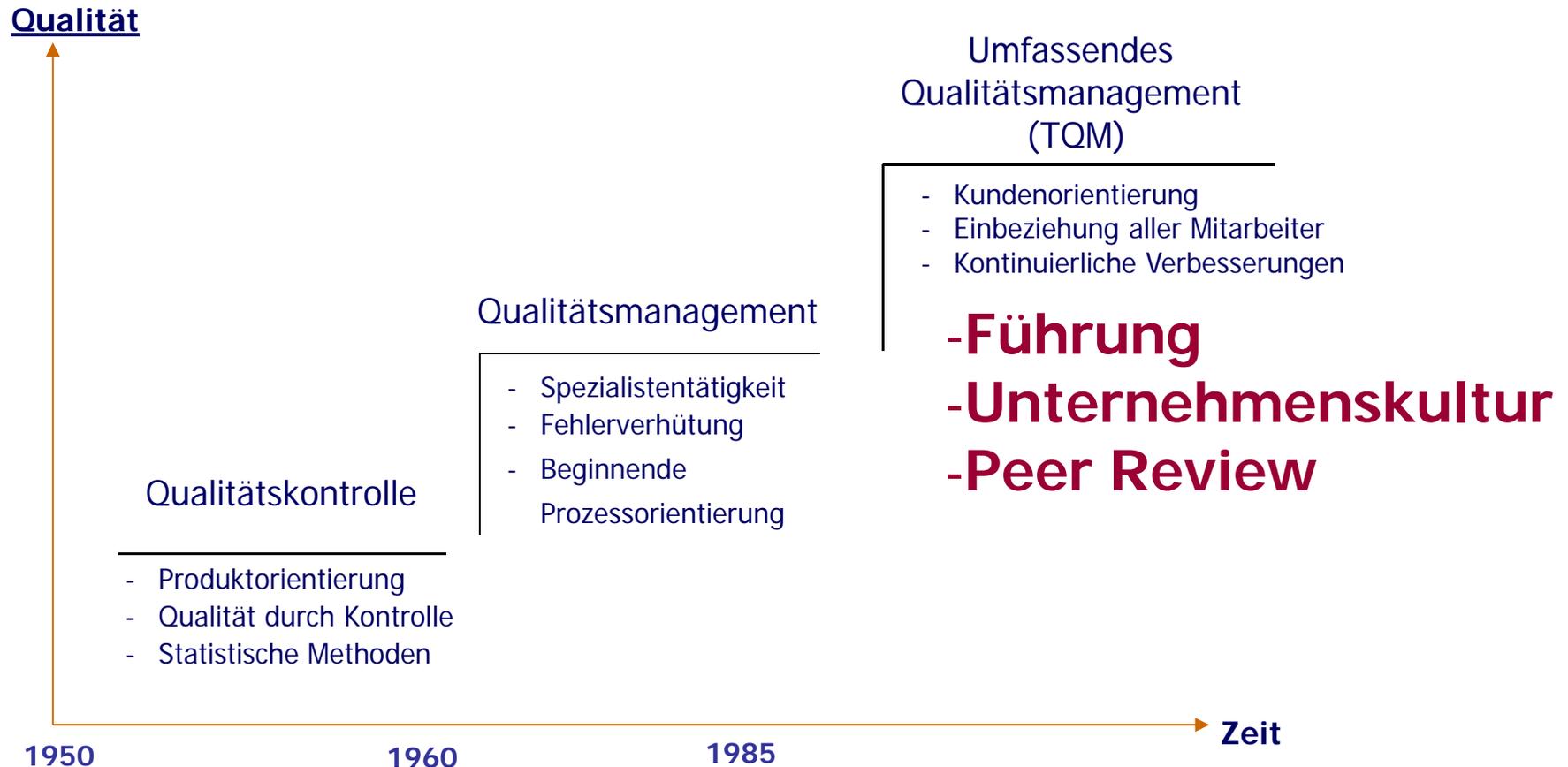


***„Wären DRGs ein Medikament,
müssten sie sofort aus dem
Verkehr gezogen werden:
Fast alle Nebenwirkungen sind
eingetreten,
fast alle Wirkungen ausgeblieben“***

GJ



Entwicklung der Qualitätskonzepte in Industrie und Wirtschaft



— „Weiche Faktoren“ bestimmen „harte Qualität“. —

Die Führung bestimmt die Unternehmenskultur.

**Je besser die Unternehmenskultur ist, desto besser
ist die Qualität des erstellten Produktes oder der
erbrachten Dienstleistung.**



„TQM ist eine **Führungsmethode**, die auf der Mitwirkung aller Mitglieder einer Organisation basiert.

Die **Führung** wird so ausgerichtet, dass alle Mitarbeiter tatsächlich die Möglichkeit haben, mitzuwirken.

Qualität wird letztlich durch die Menschen des Unternehmens erzeugt;

nur wenn das Umfeld stimmt, können sie ihre volle physische und psychische Energie in den Dienst des Kunden stellen“.

[Quelle: Hummel, Malorny, TQM, Hanser Verlag 1997]



T Q M = T G M

Total

Gesunder

Menschenverstand



Spannungsfeld ärztlicher Führung

Anforderungen:

Medizinisch-fachlich

Qualität

Erwartungen der Patienten

Ethik

Patientenrechte / juristische Ansprüche

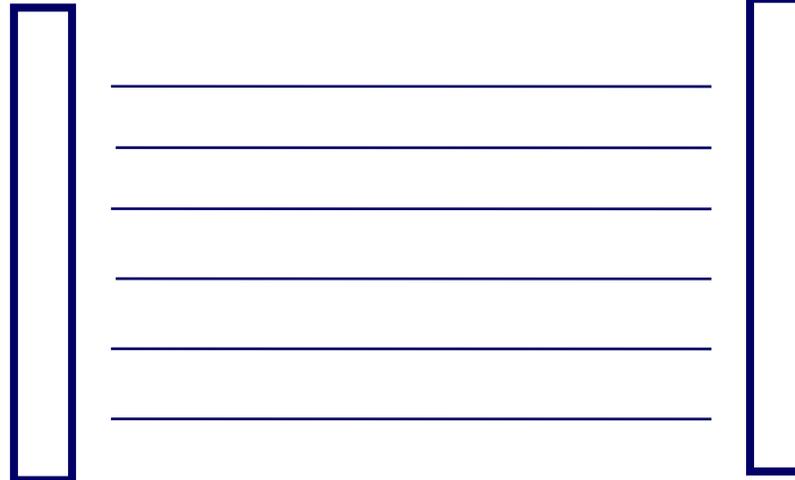
Ökonomie →

Budgets

Personalmangel

Inter-professionalität/

Multidisziplinäre Teams



Anforderungen:

Medizinischer Fortschritt

Demographische Entwicklung

Glaubwürdigkeitskrise (z.B. Diskussion um OP-Indikationen)

Finanzierung der Einrichtungen im Gesundheitswesen

Kostenträger

Rechtliche Vorgaben

Digitalisierung

...

ÄRZTLICHE FÜHRUNG



Medizinische Kompetenz allein genügt nicht

Ärzte sollen zu Gestaltern der eigenen Arbeitsbedingungen werden, anstatt sie nur passiv zu erleiden. Mit einem Fortbildungsangebot will die Bundesärztekammer einen neuen ärztlichen Führungsstil im deutschen Gesundheitswesen etablieren.

Bis vor einigen Jahren war das Anforderungsprofil eindeutig: Ein Arzt, der sich auf eine Chefarztposition bewarb, musste anhand seiner klinischen Vorbildung und bisherigen Tätigkeit belegen können, „dass das Fach möglichst umfassend beherrscht wird“ – so zu finden in einer Stellenanzeige im Deutschen Ärzteblatt im Februar 1977. Hinweise, wonach der Bewerber auch über entsprechende Führungsqualitäten verfügen muss, sucht man in den damaligen Ausschreibungen meist vergeblich. Allenfalls wird, wie einige Jahre später in einer Stellenanzeige im August 1990, die „Fähigkeit und Bereitschaft zur intensiven Zusammenarbeit mit allen Kliniken und Abteilungen“ des betreffenden Krankenhauses erwartet.

Fähigkeit zur Kooperation wichtiger denn je

Inzwischen sind die Anforderungen an leitende Krankenhausärzte in den Stellenanzeigen weitaus anspruchsvoller. So wird im Februar 2008 im Deutschen Ärzteblatt eine Chefärztin/ein Chefarzt mit folgendem Profil gesucht: „Leitungserfahrung in der stationären Versorgung, Ei-

genitiative, Kommunikations- und Durchsetzungsvermögen, ausgeprägte Sozial- und Führungskompetenz, Fähigkeit zu innovativem und konzeptionellem Denken und Handeln, Kooperationsbereitschaft, Interesse an betriebswirtschaftlichen Fragestellungen.“

„Die Anforderungen an ärztliche Führungskräfte sind heute sehr viel höher als noch vor 20 Jahren“, betont denn auch Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin. Insbesondere sei die Fähigkeit zur Zusammenarbeit wichtiger denn je. „Aber das hat im Studium niemand gelehrt. Die Ärzte wurden vollgestopft mit Faktenwissen, aber sie haben für den Rest ihres Lebens mit Menschen zu tun“, betont Jonitz. Dies stellt nicht nur ein gefühltes Problem dar. Eine Umfrage unter Berliner Krankenhausärzten habe ergeben, dass ein Drittel der Chefärzte aufgrund fehlender Sozialkompetenz ungeeignet für die Weiterbildung sei. Junge Ärzte, die ins Ausland gingen, würden als einen der wesentlichen Gründe dafür die Hierarchien im Krankenhaus nennen. „Der autoritäre Umgangston in deutschen Krankenhäusern ist einer

der Gründe, warum die jungen Ärztinnen und Ärzte Deutschland verlassen“, glaubt Jonitz. Aber obwohl die Deutschen Ärztetage seit Jahrzehnten das Chefarztssystem ablehnten, habe sich in den Grundstrukturen wenig verändert.

Für mehr Glaubwürdigkeit und Durchsetzungskraft

Ein von der Bundesärztekammer (BÄK) entwickeltes Curriculum „Ärztliche Führung“* soll nun dazu beitragen, einen anderen Führungsstil im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren. Zielgruppe sind Ärzte aus dem ambulanten und stationären Sektor, die bereits eine leitende Funktion innehaben oder eine Führungsposition anstreben. Umgesetzt werden soll das Curriculum als Fortbildungsangebot der Landesärztekammern. Gerade auch die „nachwachsenden“ Ärzte sollen da-

* Curriculum Ärztliche Führung
Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 26, 2007, 81 Seiten, 9 Euro

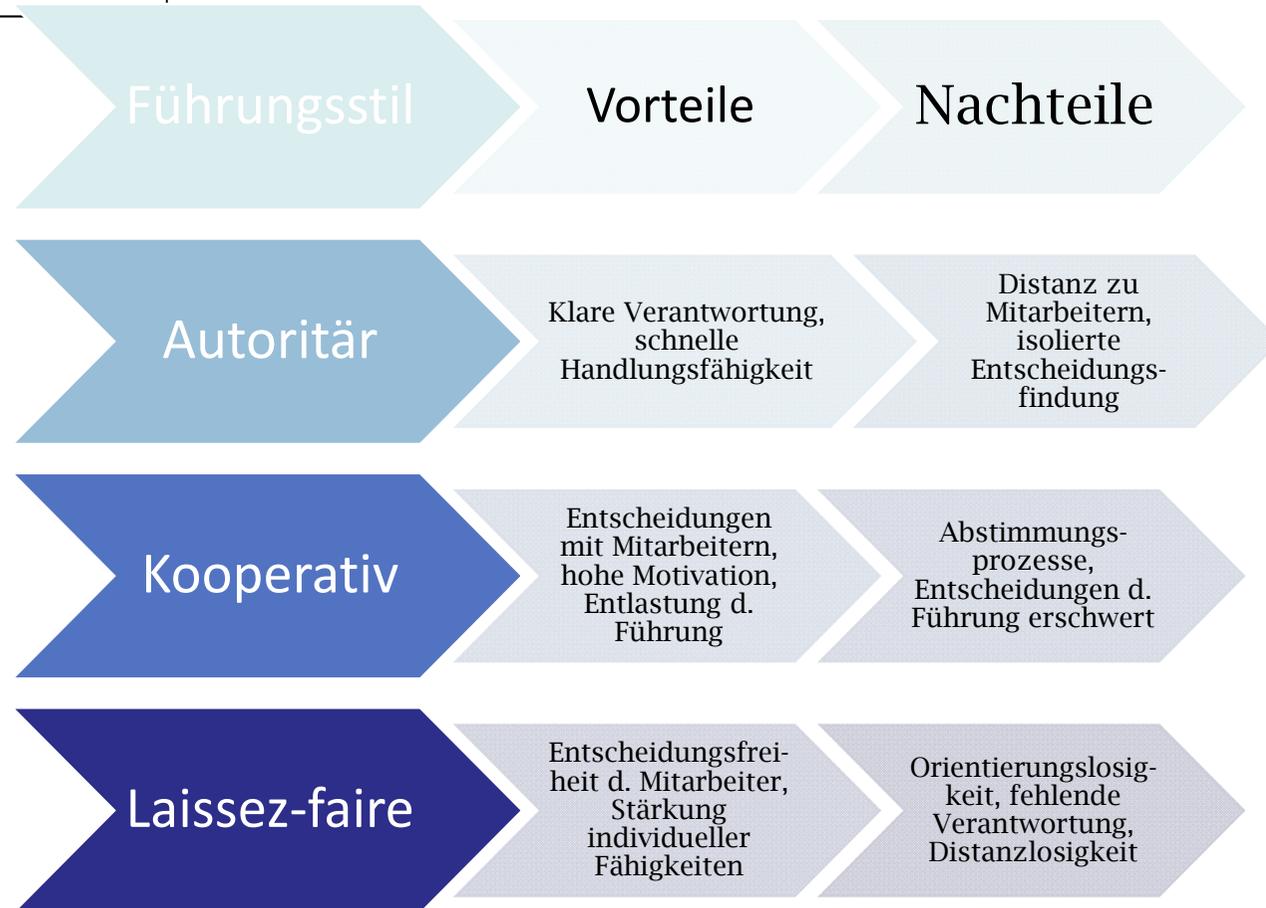
Bezugsadresse: Deutscher Ärzte-Verlag, Formularverlag, Telefon: 0 22 34/70 11-3 30, Fax: 0 22 34/70 11-4 70

Onlinebestellung: formularverlag@aezrteverlag.de
Als PDF-Datei unter: www.aerzteblatt.de/plus1008

2008



Führungsstile



***„Meine Mitarbeiter arbeiten 14 Stunden
am Tag***

***und was sie in ihrer Freizeit machen, geht
mich nichts an“***

Ordinarius Unfallchirurgie späte 90er Jahre

„Führung ist, was unten ankommt“ Klaus Doppler

56





ÄRZTEKAMMER
BERLIN

Ärztliche Führung 2017

Ein praxisorientiertes
Intensivprogramm
der Ärztekammer Berlin

nach dem Curriculum der
Bundesärztekammer

04. - 06. Mai 2017
15. - 17. Juni 2017
14. - 16. September 2017
24. November 2017

Friedrichstraße 16 • 10969 Berlin • www.aerztekammer-berlin.de

THEMENSCHWERPUNKTE

Erstes Modul 04. – 06. Mai 2017

- **Führung heute – Entwicklungslinien**
Ziel: Orientierung über Grundthemen und Ansätze des Führens
- **Die Besonderheiten des Führens in Organisationen des Gesundheitswesens**
Ziel: Die Besonderheiten des Kontextes von Führung in Organisationen des Gesundheitswesens verstehen
- **Erfolgsfaktoren wirksamer Führung – Erfahrung und Evidenz**
Ziel: Klarheit gewinnen, worauf es bei gelingender Führung ankommt und mit Evidenz verbinden
- **Selbst-Assessment**
Ziel: Feedbacks zum eigenen Führungsstil erhalten

Zweites Modul 15. - 17. Juni 2017

- **Direkte Führung**
Ziel: Führungskommunikation anwenden, erproben und verbessern
- **Engaging Leadership**
Ziel: Führungskonzepte der direkten Führung vertiefen
- **Motivation und dergleichen**
Ziel: Motivation und die Möglichkeiten wie Grenzen des Führens kennenlernen

Drittes Modul 14. - 16. September 2017

- **Aktuelle Entwicklungen des deutschen Gesundheitswesens, der Medizin und ihre Bedeutungen**
- **Konsequenzen der Ökonomisierung, der Digitalisierung etc. für Führung einschätzen können**
- **Sich selbst führen**
Die wichtigen Instrumente und Konzepte kennen und anwenden können
- **Betriebswirtschaftliche Grundlagen**
(interaktives Planspiel)

- **Managen und Führen**
- **Kommunikation**
- **Medizin und Ökonomie**
- „**Selbstführung**“



MSc in Surgical Science and Practice

The MSc in Surgical Science and Practice is a part-time, modular course completed in two to three years by surgical trainees.



UNIVERSITY OF
OXFORD

Part-time postgraduate

Surgical Science and Practice Programme

- MSc in Surgical Science and Practice
- Short courses in Surgical Science and Practice

Surgical Science and Practice Programme

*Advanced, part-time modular study,
particularly suited to those in full-time employment.*

This programme is designed to prepare more *senior surgical trainees* for life as an independent specialist, by providing skills and knowledge essential for *modern practice*.



* Modules:

- Becoming a Medical Educator
- Human Factors, Teamwork and Communication
- Introduction to Surgical Management and Leadership
- Quality Improvement Science and Systems Analysis
- Surgical Technology and Robotics
- Evidence Based Surgery



Leitende Ärzte haben eine Schlüsselposition im Gesundheitswesen:

Qualität und Sicherheit der Versorgung

Weiterbildung

Ertrag des Unternehmens

Vorbildfunktion

Einigkeit, Meinungs- und Erfahrungsaustausch sind essentiell

Das derzeitige politische Vakuum darf mit ärztlichem Sachverstand gefüllt werden



**„Anfangen ist wichtig,
besser machen
kann man immer noch“**

Franz Oldiges, ehem. VV des AOK BV

g.jonitz@aekb.de

