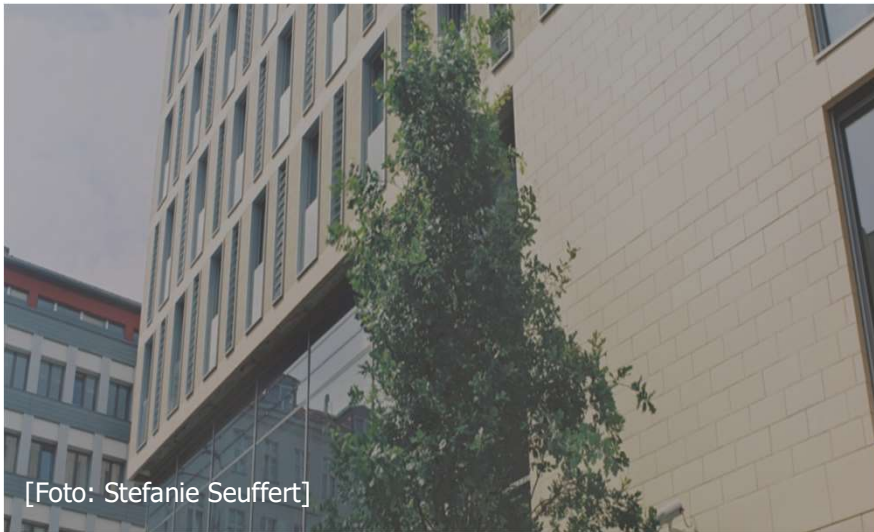


ÄRZTEKAMMER BERLIN



[Foto: Stefanie Seuffert]

„Rolle und Zukunft des Arztberufes“

Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und
Sozialdemokraten im Gesundheitswesen
Landesverband Berlin

Berlin, 10.04.2017

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Zur Person



- geb. 1958 in München, aufgewachsen in Göppingen und Eningen u. A., Baden-Württemberg
- Verheiratet mit Britta Jonitz, FÄ für Innere Medizin und niedergelassen als ärztliche Psychotherapeutin; ein Sohn, Malte, im 3. Semester Medizinstudent in Stettin

- Abitur 1977
- Medizinstudium 1977 bis 1984 (Bochum, Berlin), Approbation 1984
- Ärztliche Tätigkeit 1984 – 85 Krankenhaus Moabit (Rettungsstelle), 1985 – 86 Behring Krankenhaus (Pathologie), 1986 bis 2000 KH Moabit, Chirurgie
- **Facharzt für Chirurgie 1994**, Promotion 1996
- **1995 – 1999 Vizepräsident der ÄKB**
- **Seit 1999 Präsident**
- **Gründungsmitglied u. a. Deutsches Netzwerk evidenzbasierte Medizin, Aktionsbündnis Patientensicherheit, KTQ, Berliner Herzinfarktregister, Guidelines International Network**

- **Themen: Qualität, Patientensicherheit, Gesundheitssystementwicklung, evidenzbasierte Medizin, Krankenhausfinanzierung (DRG)**
- **Bundesverdienstkreuz am Bande 2016 für Verdienste um Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin**



Interessenkonflikte

(Funktionen und Mitgliedschaften)

- **Präsident der Ärztekammer Berlin**
- Mitglied im Vorstand und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK)
- Vertreter der BÄK im Kuratorium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und im Kuratorium des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)
- Mitglied der Leitlinienkommission der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften e. V. (AWMF)
- Gründungsmitglied des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e. V. (DNEbM)
- Mitglied in der Kooperation von Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH (KTQ)
- Gründungsmitglied und ehemaliger Vorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS)
- Leiter der Arbeitsgruppe „Patientensicherheit als nationales Gesundheitsziel“ i. R. von Gesundheitsziele.de
- Mitglied im Präsidium des Deutschen Instituts für Normung e. V. (DIN)
- Regionaler Repräsentant (Westeuropa) der International Society for Communication in Science and Medicine (ISCOME)
- Fachexperte und Berater des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für Fragen der Patientensicherheit in internationalen Gremien, z. B. in der Patient Safety Quality of Care Expert Group
- Mitglied im Beirat der Deutschen Ärzteversicherung
- Delegierter der Vertreterversammlung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer



Interessenkonflikte

Honorare Pharmaindustrie



CORRECTIV

Firma	Zahlungsart	Betrag
	Gesamtbetrag	814,04 €
<u>Pfizer Pharma GmbH</u>	Honorare	800,00 €
<u>Pfizer Pharma GmbH</u>	Spesen	14,04 €

<https://correctiv.org/recherchen/euros-fuer-aerzte/datenbank/empfaenger/gunther-jonitz-berlin/>

23.04.	Überweisungs-Gutschrift	814,04
	Pfizer Pharma GmbH	
	16MAR2015	
	Ende-zu-Ende-ID: 36082000631707	
27.04.	Internet-Euro-Überweisung	800,00
	Dolpo Tulku e. V.	
	BIC:SSKMDEMXXX	IBAN:DE82701500001001995404
	Datum: 27.04.15 Zeit: 14:55 KD 0002830396 TAN 859202	
	Erdbebenhilfe Nepal	

Der Vortragende hat bis 2015 **Vortragshonorare von Pharmaunternehmen erhalten. Diese wurden vollumfänglich an ein hausärztliches Präventionsprojekt in Havanna, Kuba und für die Dolpo Tulku e. V. Erdbebenhilfe für Nepal gespendet.**



„Die kranke Person, die Hilfe sucht, trifft auf eine Person mit fundiertem ärztlichem Wissen sowie spezifischen Fertigkeiten und Fähigkeiten. Der entsprechende Wissenskorpus des Arztes umfasst sowohl naturwissenschaftliche als auch geisteswissenschaftliche Teile. Es handelt sich um tradiertes, bis heute erworbenes Wissen über Gesundheits- und Krankheitsverläufe in Körper und Psyche. Dieses Wissen und das entsprechende Können sind das Fundament der ärztlichen Tätigkeit. Sie sind aber für deren Erfolg nur teilweise ausschlaggebend. **Vielmehr entsteht zwischen den Betreuenden und einem kranken Menschen eine Beziehung, in welche Wissen und Können des Arztes einfließen müssen, um ihre volle Wirkung zu entfalten.**“

Für die Behandlung von kranken Menschen sind demnach die Arzt-Patienten-Beziehung, deren Qualität und Intensität wie auch die Zusammenarbeit mit der Pflege, anderen Betreuungspersonen und dem familiären Umfeld des Patienten unabdingbare Voraussetzung.“

*Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts,
Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften 2004*



„A G’sunder hat viele Wünsch‘

A Kranker bloß oin“

Schwäbisches Sprichwort



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.



Rollen des Arztes

Können

Erfahrung

Einfühlungsvermögen

Verantwortung

Verfügbarkeit

Fehlerlosigkeit



Rollen des Arztes

Heiler

Die Kombination von Experte und Partner in der Person des Heilers lässt sich in allen Epochen und Kulturen ausmachen.

Detektiv

Der Schluss von „Daten“, die der Patient liefert, auf allgemeine Kategorien (Diagnosen)

Gatekeeper

Die ärztliche Gatekeeper-Funktion bezieht sich auf die Indikationsstellung für medizinisch wirksame Therapien und die Berechtigung, Leistungen eines solidarischen Sozialsystems in Anspruch zu nehmen.

Partner

Zunehmend wollen Patienten ernst genommen werden und sehen Ärzte als Partner in einer gleichberechtigten Beziehung.

Aus: Norbert Donner-Banzhoff, Arzt und Patient – Archäologie einer Beziehung
Deutsches Ärzteblatt, 19. Oktober 2012





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

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 !?



Diabetes mellitus Typ I

Was hat sich geändert?

- ✓ **Komplexität der Versorgung**
- ✓ **Zugänglichkeit, Erreichbarkeit**
- ✓ **Interdisziplinarität**



Was hat sich geändert?

- ✓ **Demographischer Wandel**
- ✓ **Durchschnittsalter der Patienten in Klinik und Praxis steigt**
- ✓ **Multimorbidität steigt**
- ✓ **Belastbarkeit sinkt (m. E.)**
- ✓ **Ansprüche der Patienten steigen**

„Gesellschaft des langen Lebens“



- **Fortschrittsfalle:**

Je besser die Medizin, desto größer die Zahl der Kranken.

*„Die Medizin ist „Opfer des eigenen Erfolgs“,
u. a. weil sich die Profession nicht analog zur Medizin
weiterentwickelt hat“.*

GJ

- **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 und interne Krise

- Finanzierungskrise
- Führungskrise
- Vertrauenskrise
- Steigende juristische Ansprüche
- Steigende Ansprüche der Patienten
- Mangelnde Ressourcen
- **Digitalisierung**
- **Bürokratisierung**
- **Fremdbestimmung**
- **Industrialisierung der Patientenversorgung (DRGs!)**
- **Gesundheitswirtschaft statt Gesundheitswesen**



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 (*der Minister/der Arzt sagt...*)
- Fehlende Zusammenarbeit und Kommunikation
- Fehlende gemeinsame Verantwortung
- Politik in Negation: „Dezimierung“ statt „Optimierung“

„Es gibt kein richtiges Leben im falschen“

Th. W. Adorno



-
- Überhöhte Erwartungen und unkontrollierte Macht führen zu überhöhter Selbsteinschätzung

„Hinter uns steht nur der Herrgott“

Titel der Autobiographie eines Chefchirurgen 1970

- Wandel der Medizin von - „CURE“ zu „CARE“
- Vom „Halbgott in Weiß“ zum Dienstleister
- Vom Alleinverantwortlichen zum Letztverantwortlichen



***„Und das Schönste ist:
Seitdem ich Chefarzt geworden bin,
stimmen alle meine Diagnosen!“***

[Zitat: Leiter einer Abteilung für Pathologie
hoffentlich ironisch gemeint]



Der Arzt als „Placebo-Reaktor“ ...

„Alles in allem denke ich, dass der Kliniker eine andere Sichtweise auf seine Arbeit hat als der Theoretiker oder Wissenschaftler.

Erstens, das Ziel des Klinikers ist nicht Wissen, sondern **Aktion**. Eine erfolgreiche Aktion ist immer erwünscht, aber eine Aktion mit wenig Aussicht auf Erfolg ist besser als keine.

Zweitens wird der Kliniker an **das glauben, was er tut** – nämlich, dass er mehr Nutzen als Schaden anrichtet.

Er ist ein „**Placebo-Reaktor**“, der zutiefst von der Richtigkeit seiner Handlungen überzeugt ist.“

Eliot Freidson, The Profession of Medicine, 1988



**Das, was uns Ärzten und anderen
Gesundheitsberufen
die Kraft für unsere Arbeit gibt
ist das, was uns gleichzeitig
potentiell blind macht.**

GJ



Eugen Bleuler, 1919:

„Zuerst das brennende Verlangen des Kranken, daß ihm Hilfe zuteil werde, und der Trieb des Arztes, ihm zu helfen. Dieses Bestreben beruht auf einem allgemeinen menschlichen Instinkt.

Auch in der Medizin ist der Trieb zu helfen noch zu prompt und ungehemmt. ... Man hat immer noch zu sehr den Trieb „etwas“ gegen die Krankheit zu tun, statt der Überlegung „wie“ kann ich helfen.“



Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung

Eugen Bleuler, 1919
Springer Verlag



Perversion ärztlicher Tugenden

- ✓ Aus Einsatzbereitschaft wird Ausbeutung.
- ✓ Aus selbstloser Arbeit wird der Arzt zum Nulltarif.
- ✓ Aus flexiblen Arbeitsverträgen resultiert Abhängigkeit und Missbrauch.

**„Selbstverständlich ist es für die Klinik günstig,
wenn die Assistenzärzte freiwillig unbezahlte Überstunden leisten.“**

Zitat Verw.Dir. einer süddeutschen Uni-Klinik

**„...bei rund 2300 Ärzten in der Charité leistet der Einzelne
also durchschnittlich 2,5 Überstunden im Monat“.**

Presseerklärung der Charité vom 26.02.2008





Es liegt nicht einfach an der „Generation Y“!

STERN, 31. 05. 2001

Und die verfasste Ärzteschaft?

***'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.'***

Buchbesprechung "Hippocratic oaths: Medicine and its Discontents".
The Lancet, Volume 365, Issue 9460, Pages 654-654 N. Goodman



Die Krise der Gesundheitssysteme ist die Krise der Organisationsform „Fließband“

-

mit falschen Anreizen (€) und einer
kontraproduktiven Wettbewerbsideologie

(Wettbewerb um was? Geld? Qualität?)



Value Based Healthcare ?!

Wandel der Gesundheitssysteme im 21. Jhdt

Professional centered	→	Patient centered
Effectiveness & efficiency	→	Value
Opinion based	→	Evidence based
Event	→	Pathway
Organisation	→	Network
Structure	→	System
Clinical practice peripheral	→	Clinical practice central
Money driven	→	Knowledge driven

[Quelle: Sir John Muir Gray, UK, 2004/ www.bvhc.co.uk]



Der Wandel unseres Organisationsprinzips
ist weg vom
autoritär gesteuerten
hin zum
lernenden System,
das sich am **Nutzen** für den Patienten bemisst.





1. Kongress zur value-based health care in Deutschland 18. Mai 2016, ÄKB

[Foto: ÄKB/H.-J. Wiedl]

Better Value Healthcare

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

Value Based Healthcare



www.bettervaluehealthcare.net

Rollen des Arztes gemäß CanMEDS Frame 2005

Medical Expert

Communicator

Collaborator

Manager - **Teamleader**

Health Advocate

Scholar

Professional

Realität in Deutschland

Vorbilder??

Ausbildung? Masterplan 2020!?

Weiterbildung??

Zeit für Gespräch oder Besinnung!?



Joint Principles of the Patient-Centered Medical Home (PCMH), March 2007

- **Personal physician**
- **Physician directed medical practice**
- **Whole person orientation**

Care is coordinated and/or integrated across all elements of the complex health care system

Quality and safety are hallmarks of the medical home:

Practices advocate for their patients to support the attainment of optimal, patient-centered outcomes that are defined by a care planning process driven by a compassionate, robust partnership between physicians, patients, and the patient's family.

Evidence-based medicine and clinical decision-support tools guide decision making
Physicians in the practice accept accountability for continuous quality improvement through voluntary engagement in performance measurement and improvement.

Patients actively participate in decision-making and feedback is sought to ensure patients' expectations are being met

Information technology is utilized appropriately to support optimal patient care, performance measurement, patient education, and enhanced communication

Patients and families participate in quality improvement activities at the practice level.



“The **future model of care** is one with an empowered patient in a shared decision-making partnership with the clinician“.

“The **morale of some doctors** is low and there is reported erosion of professional status“.

“The **practice of medicine is not a pure science**. It is a discipline with the concerns of people at its heart and therefore requires integrity, ethics and knowledge... Medicine is a vocation. Communication and compassion are at the core of doctors’ work.“.

„**Strong leadership** would have made significant differences to care and to outcomes. The lack of this leadership from clinicians, managers and within governance systems was arguably the single biggest contributor to poor outcomes and experiences“.

“**Doctors** continue to have an **integral role in leading and facilitating** the multi-disciplinary team. However, we need better distributed leadership in teams where different individual team members may take on leadership roles“

Realistic medicine, Report of the CMO of the ScotNHS 2015



Herausforderungen aus ärztlicher Sicht

- 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

Catherine Calderwood, CMO des schottischen NHS „realistic medicine“



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015



**„Es gibt nichts Gutes,
außer man tut es“**

Erich Kästner

Herzlichen Dank

g.jonitz@aekb.de

