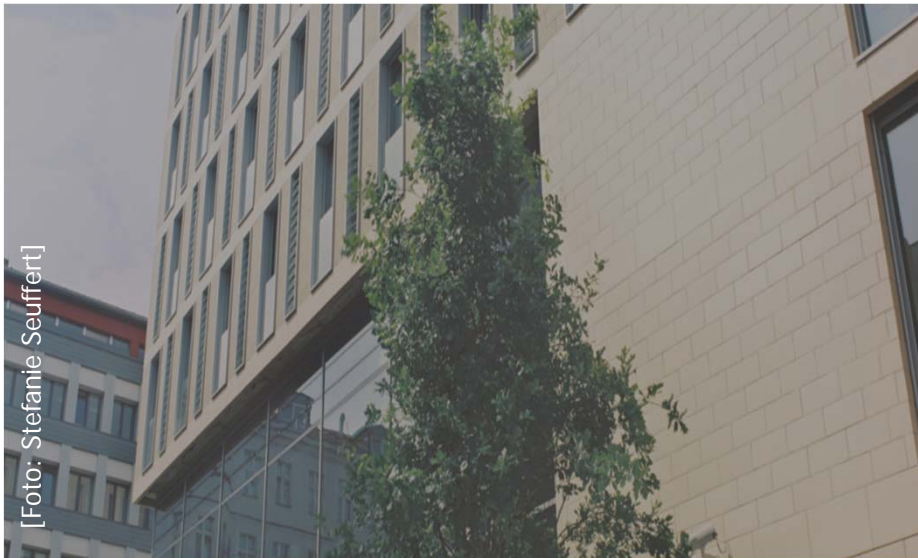


ÄRZTEKAMMER BERLIN



„Versorgung und Werte“

Dr. med. Günther Jonitz

**Brandenburger Gespräche zur Versorgungsforschung
17.05.2017**

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Medizinische Versorgung - Der Wandel



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?

Patienten: 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**
- **Fremdbestimmung, Bürokratisierung, burn-out**



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**

„Schwarzer-Peter-Prinzip“



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

-

mit falschen Anreizen (€) und einer
kontraproduktiven Wettbewerbsideologie

(Wettbewerb um was? Geld? Qualität?)



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]



Wo geht die Reise hin?



Führung/Steuerung
durch
Vorschriften/Richtlinien/Gesetze
und
Mengenvorgaben (Input, Kosten, Mengen)??



Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

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

5.2017



„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]

Die weiche Rationierung: Pflegemangel, Hausarztmangel, Facharztterminmangel, steht im Koalitionsvertrag



Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung der Strukturen



**Man stelle sich ein Gesundheitswesen vor,
in dem Ärztinnen und Ärzte in die Lage versetzt werden,
Rechenschaft über ihre Arbeit ablegen zu können
(zu dürfen!?) und für gute Arbeit
(schnelle, zielgenaue, sparsame, klinische (!) Diagnostik,
unaufwendige, effiziente Therapie) **belohnt werden.****

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

GJ



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



Die Optimierung

How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA

Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD,
MEngr, MS

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

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

Porter, Teisberg, JAMA, April 4, 2007



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

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

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

Physician leadership is essential.

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

With such positive-sum competition, patients will receive better care, physicians will be rewarded for excellence, and costs will be contained. Physicians can lead this change...”

Porter, Teisberg, JAMA, April 4, 2007



Was sind „Werte“ in der Patientenversorgung?






[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



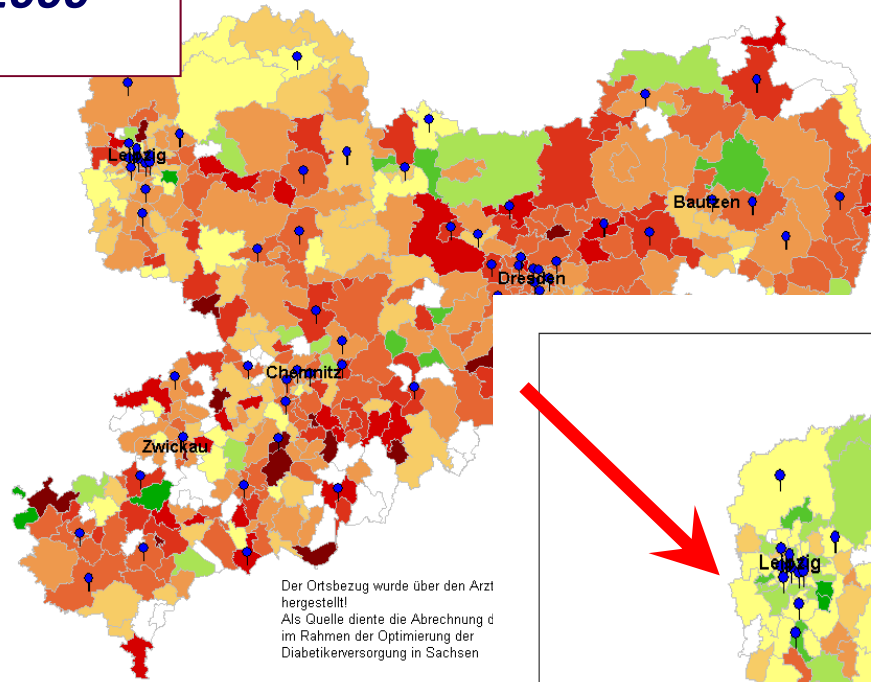
● ● ● ●

www.bettervaluehealthcare.net

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“?**

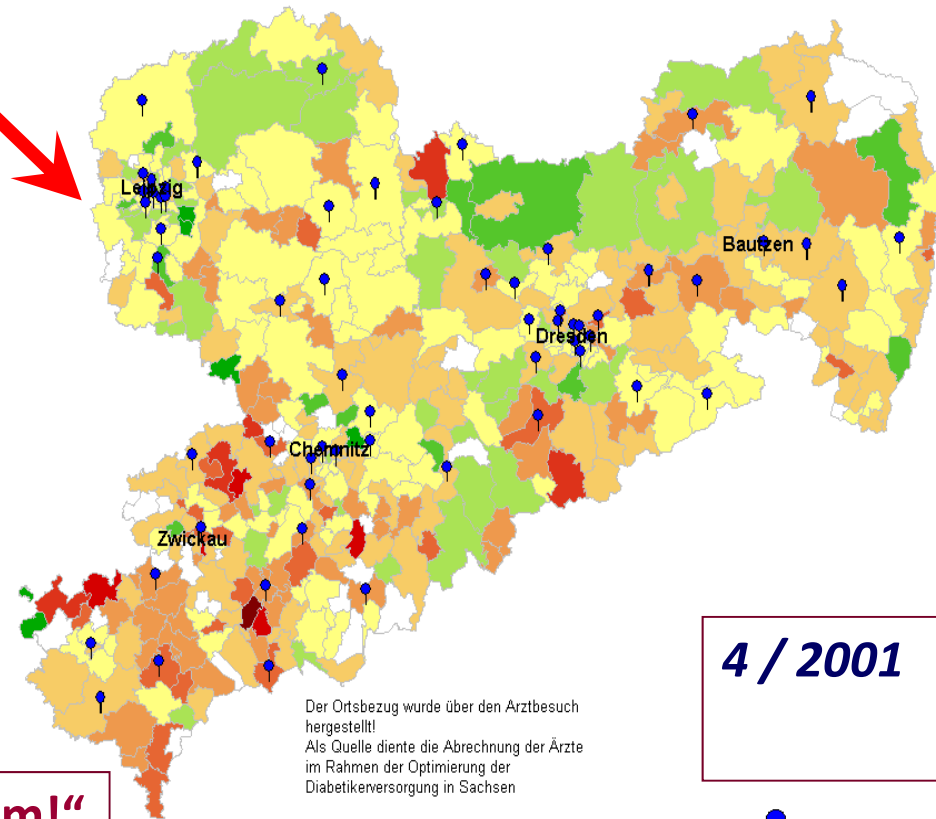
1 / 2000



1 Quartal 2000

„allocation value“

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



4 / 2001

Beispiel: „Gemeinsam klug entscheiden“, Initiative der AWMF

Medizin. Versorgung

STELLUNGNAHMEN

QUALITÄTS-
MANAGEMENT

ANSTALTU



Gemeinsam Klug Entscheiden

Das Präsidium der AWMF hat in seiner Sitzung am 24. 02. 2015 auf Empfehlung der Arbeitsgruppe die Einrichtung einer Ad Hoc Kommission zum Thema "Gemeinsam Klug Entscheiden" beschlossen.

„Gemeinsam Klug Entscheiden“

- ist eine **Qualitäts-Offensive der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften unter dem Dach der AWMF**
- zielt auf die **Verbesserung der Versorgungsqualität durch ausgewählte Empfehlungen zu prioritären Themen**
- betont die **Gemeinsamkeit der Fachgesellschaften in der AWMF, die gemeinsame fach- und berufsgruppenübergreifende Versorgung und die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient**
- stellt **Patienten/Versorgungsaspekte zu Erkrankungen in den Mittelpunkt**, nicht Fachgebiete
- stützt die **Professionalisierung von Ärzten und die Befähigung von Patienten zur Teilhabe im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung**
- erstrebt eine **wissenschaftlich und ethisch begründete Entscheidungsfindung als Antwort auf eine zunehmend marktwirtschaftliche Orientierung des Gesundheitssystems.**

Manual "Entwicklung von Empfehlungen im Rahmen der Initiative Gemeinsam Klug Entscheiden" - Konsultationsfassung

- Konsultationsfassung -



Mit System zum Ergebnis: Wie entsteht eine „Gemeinsam Klug Entscheiden“-Empfehlung, wer arbeitet daran mit, was sind die Kriterien?

= „technical value“



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

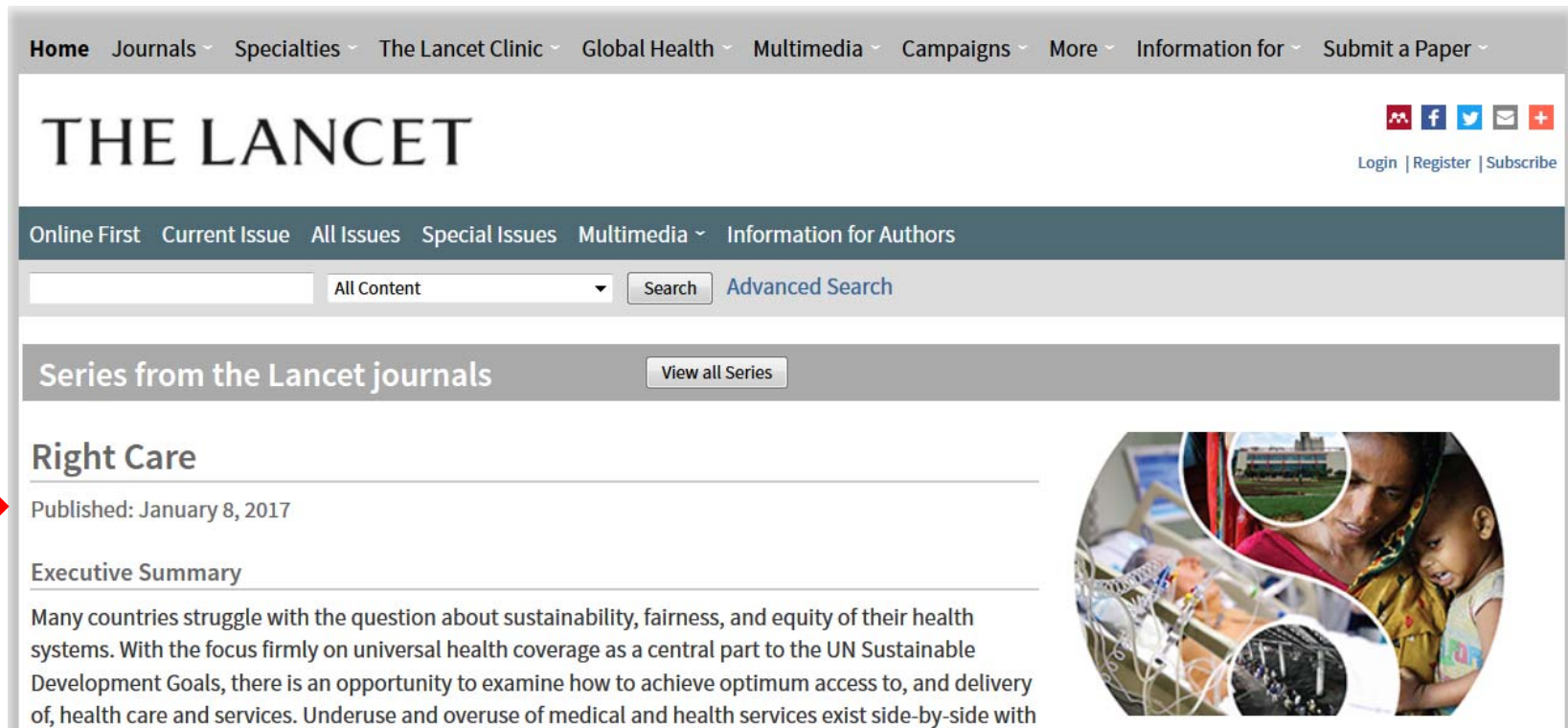
Catherine Calderwood,

**CMO des schottischen NHS
„realistic medicine“**



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015

„Optimierung“



Home Journals Specialties The Lancet Clinic Global Health Multimedia Campaigns More Information for Submit a Paper

THE LANCET

Login | Register | Subscribe

Online First Current Issue All Issues Special Issues Multimedia Information for Authors

All Content [Advanced Search](#)


Series from the Lancet journals

Right Care

Published: January 8, 2017

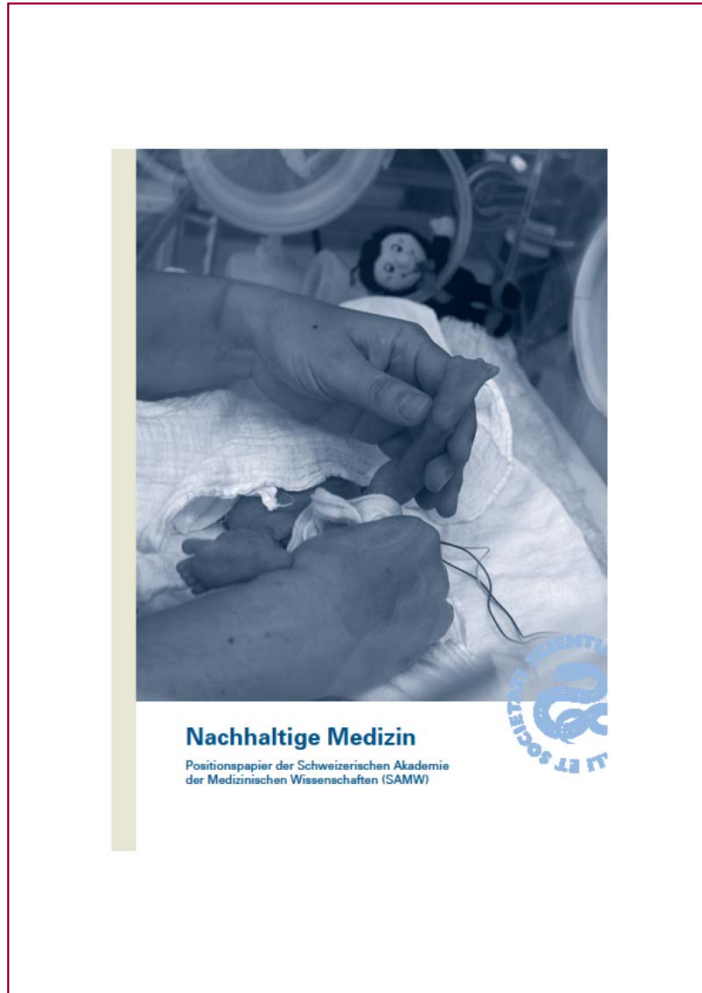
Executive Summary

Many countries struggle with the question about sustainability, fairness, and equity of their health systems. With the focus firmly on universal health coverage as a central part to the UN Sustainable Development Goals, there is an opportunity to examine how to achieve optimum access to, and delivery of, health care and services. Underuse and overuse of medical and health services exist side-by-side with



<http://www.thelancet.com/series/right-care>

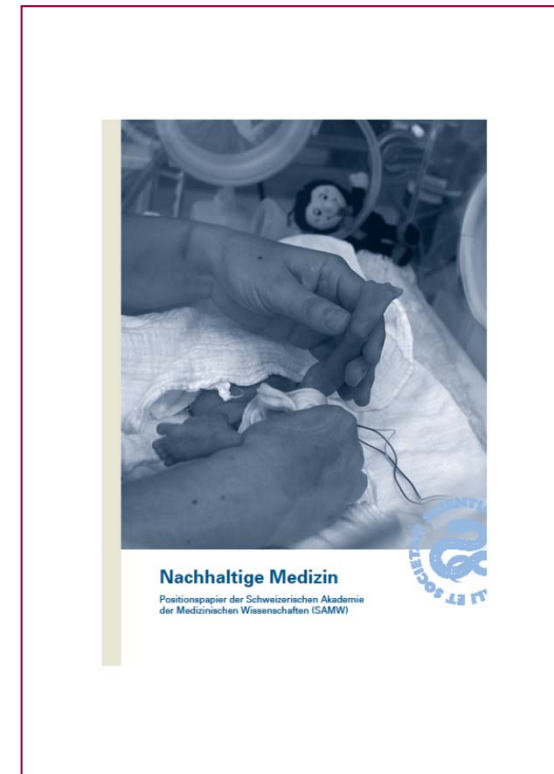
„Optimierung“



Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften

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

-
- 1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.***
 - 2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.***
 - 3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.***





4. Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind nicht unbegrenzt.

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

5. Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.

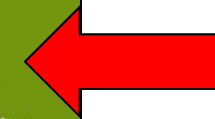
Solche **Anreize** entstehen z.B. durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel (für ambulante bzw. stationäre Versorgung, Spitex, Pflegeheime), **durch Einzelleistungssysteme und durch die Verzerrung von Pauschalfinanzierungen (DRG)**. Erforderlich ist ein neues Finanzierungssystem, das sich an **Qualität,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



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

Definition individueller Behandlungsziele = personal value

Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete
Medizin



LIA - Lebensqualität im Alter

LIA - Mehrfach prämiertes Projekt zur Versorgung älter

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

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

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

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis im Jahr 2008

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

HAUSARZT UND POLITIK

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.

Die führung und Demenzentwicklung 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

28
Foto: Kika

Geriatrisches Assessment bei multimorbiden, älteren Patienten:

Arzt: „Was ist ihr Ziel?“

Patient: „Ich hab meinem 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.





Pregnancy and Childbirth
Maternal and neonatal



Inflammatory Bowel Disease
Digestive



Overactive Bladder
Urogenital



Colorectal Cancer
Malignant Neoplasms



Cleft Lip & Palate
Congenital anomalies



Lung Cancer
Malignant neoplasms



Breast Cancer
Malignant Neoplasms



Heart Failure
Cardiovascular and circulatory



Older Person
Primary/Preventative care



Craniofacial Microsomia
Congenital Anomalies



Hip & Knee Osteoarthritis
Musculoskeletal



Stroke
Cardiovascular and circulatory



Dementia
Neurological



Coronary Artery Disease
Cardiovascular and circulatory



Localized Prostate Cancer
Malignant neoplasms



Low Back Pain
Musculoskeletal



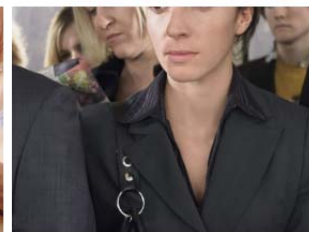
Macular Degeneration
Sense organ



Cataracts
Sense organ



Parkinson's Disease
Nervous system



Depression & Anxiety
Mental and behavioral disorders



Advanced Prostate Cancer
Malignant neoplasms



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



Completed Conditions

- 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]



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.



**„Vom autoritär gesteuerten Fließband
hin zu einem lernenden System (Netzwerk),
das sich kontinuierlich an
den Ergebnissen der Behandlung
(patientenorientierte „Werte“)
bemisst.“**

GJ



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

(Günther Jonitz, MBZ, 11/1994)



BERLINER ÄRZTE; HEFT 6-2016