

Dauerkrise im Gesundheitswesen – oder in der Gesundheitspolitik?

Ein kleiner Einstieg in die
,third healthcare revolution‘

Dr. med. Günther Jonitz
BANA, TU Berlin
30. Oktober 2017, Berlin

Interessenskonflikte ? (Funktionen und Mitgliedschaften)

- **Präsident der Ärztekammer Berlin** seit 1999
- Mitglied im Vorstand und Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der **Bundesärztekammer (BÄK)**
- Mitglied im Vorstand des **Marburger Bundes**, LV Berlin-Brandenburg
- 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“ im Rahmen von *gesundheitsziele.de*
- Mitglied im **Präsidium** des Deutschen Instituts für Normung e. V. (**DIN**)
- 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** der strategic advisory group on patient safety der **WHO**
- **Berater** des **japanischen Gesundheitsministeriums** in Fragen der Patientensicherheit
- Mitglied im Beirat der Deutschen Ärzteversicherung
- Delegierter der Vertreterversammlung der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer

- 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 Medizin



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**



Diabetes mellitus Typ I

Schriftliche Erfolgsbilanz !?

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**



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.**

Aus dem früher alleinverantwortlichen Arzt
wird der Letztverantwortliche im System



Krise in Gesundheitssystemen weltweit

Finanzierung!?!

Verteilung?

Steuerung?



Organisationsversagen „Fließbandprinzip“

- Zielkonflikt Kosten vs. Werte („Ethik und Monetik“)
- „Dezimierung“ oder „Optimierung“



Das System

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

Don Berwick



Foto: privat

Ehem. Dir. des Institutes for Healthcare Improvement, USA

Politik und Recht



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

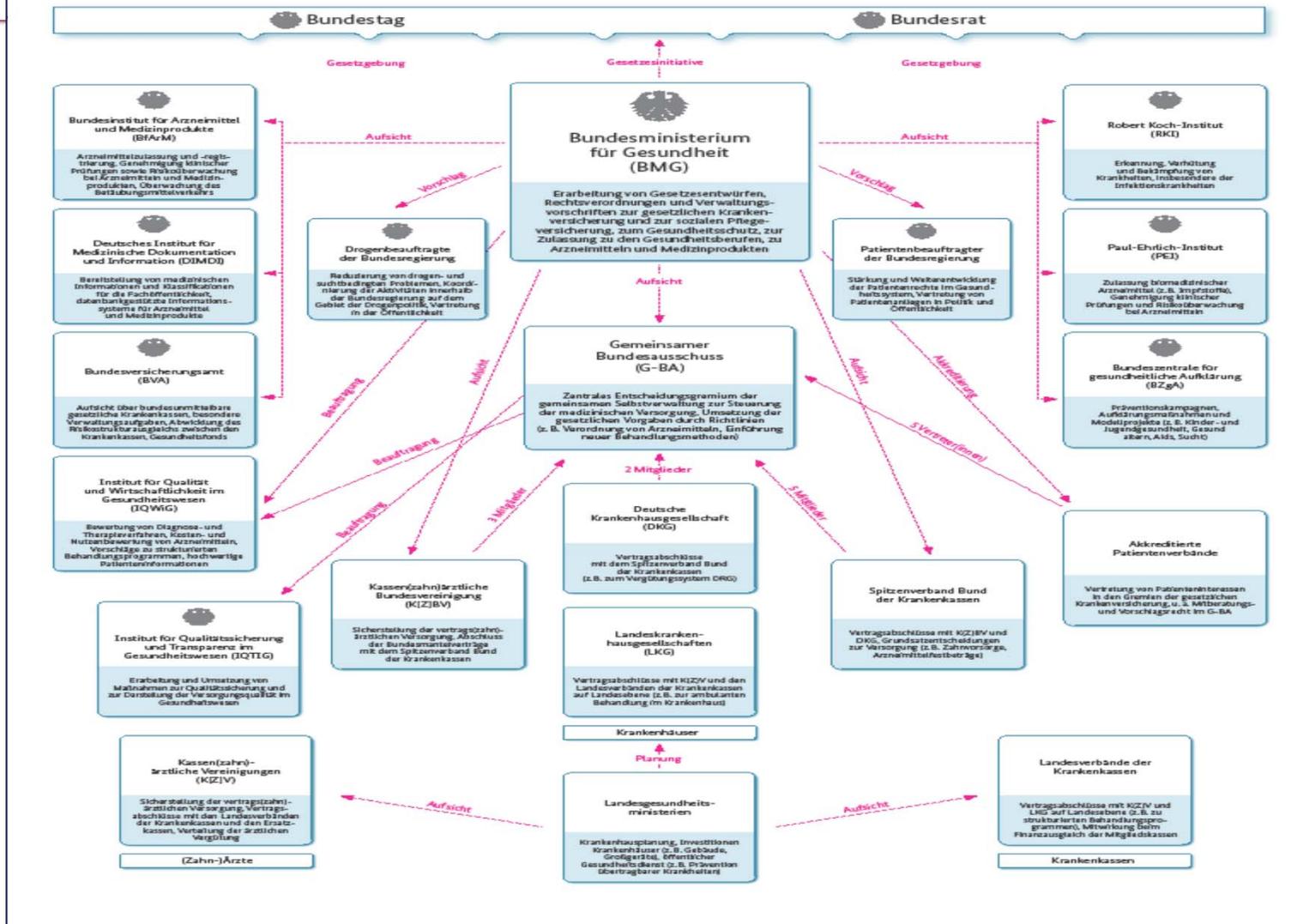
(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des 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



Das Gesundheitssystem



https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Plakat_Schaubild_Das_Gesundheitssystem.pdf



Figure ES-1. International Rankings and National Health Expenditures

2006

	AUS	CAN	GER	NZ	UK	US
Overall Ranking	4	5	1	2	3	6
Patient Safety	4	5	2	3	1	6
Effectiveness	4	2	3	6	5	1
Patient-Centeredness	3	5	1	2	4	6
Timeliness	4	6	1	2	5	3
Efficiency	4	5	1	2	3	6
Equity	2	4	5	3	1	6
Health Expenditures per Capita*	\$2,903	\$3,003	\$2,996	\$1,886	\$2,231	\$5,635

Note: 1=highest ranking, 6=lowest ranking.
 * Health expenditures per capita figures are adjusted for differences in cost of living. Source: B.K. Frogner and G.F. Anderson. *Multinational Comparisons of Health Systems Data, 2005* (New York: The Commonwealth Fund, Apr. 2006).
 Health expenditures data are from 2003, except UK data (2002).



**MIRROR, MIRROR ON THE WALL:
 AN UPDATE ON THE QUALITY OF AMERICAN
 HEALTH CARE THROUGH THE PATIENT'S LENS**

Karen Davis, Cathy Schoen, Stephen C. Schoenbaum, Anne-Marie J. Audet,
 Michelle M. Doty, Alyssa L. Holmgren, and Jennifer L. Kriss

The Commonwealth Fund

April 2006

<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/apr/mirror--mirror-on-the-wall--an-update-on-the-quality-of-american-health-care-through-the-patients-le>

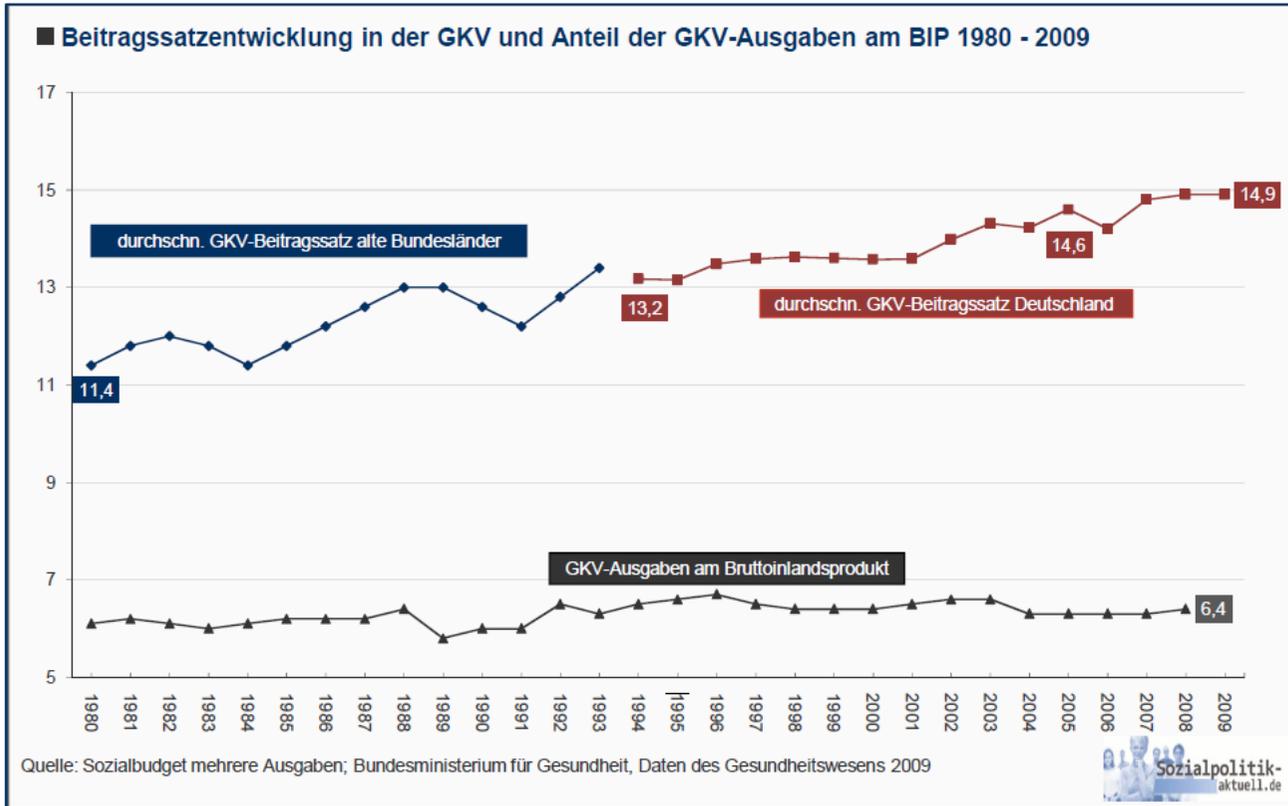


Gesundheitsausgaben in Deutschland als Anteil am BIP und in Mio. € (absolut und je Einwohner). Gliederungsmerkmale: Jahre

Merkmale wurden erfolgreich ausgetauscht.

Jahr (<u>absteigend</u>)	Sachverhalt		
	Gesundheitsausgaben in Mio. €	Anteil am BIP in %	Gesundheitsausgaben je Einwohner in €
⊕ 1992	158.628	9,6	1.970
⊕ 1995	187.069	10,1	2.290
⊕ 2000	212.951	10,3	2.590
2005	240.475	10,7	2.920
2006	246.077	10,6	2.990
2007	254.291	10,5	3.090
2008	264.506	10,7	3.220
2009	278.345	11,6	3.400

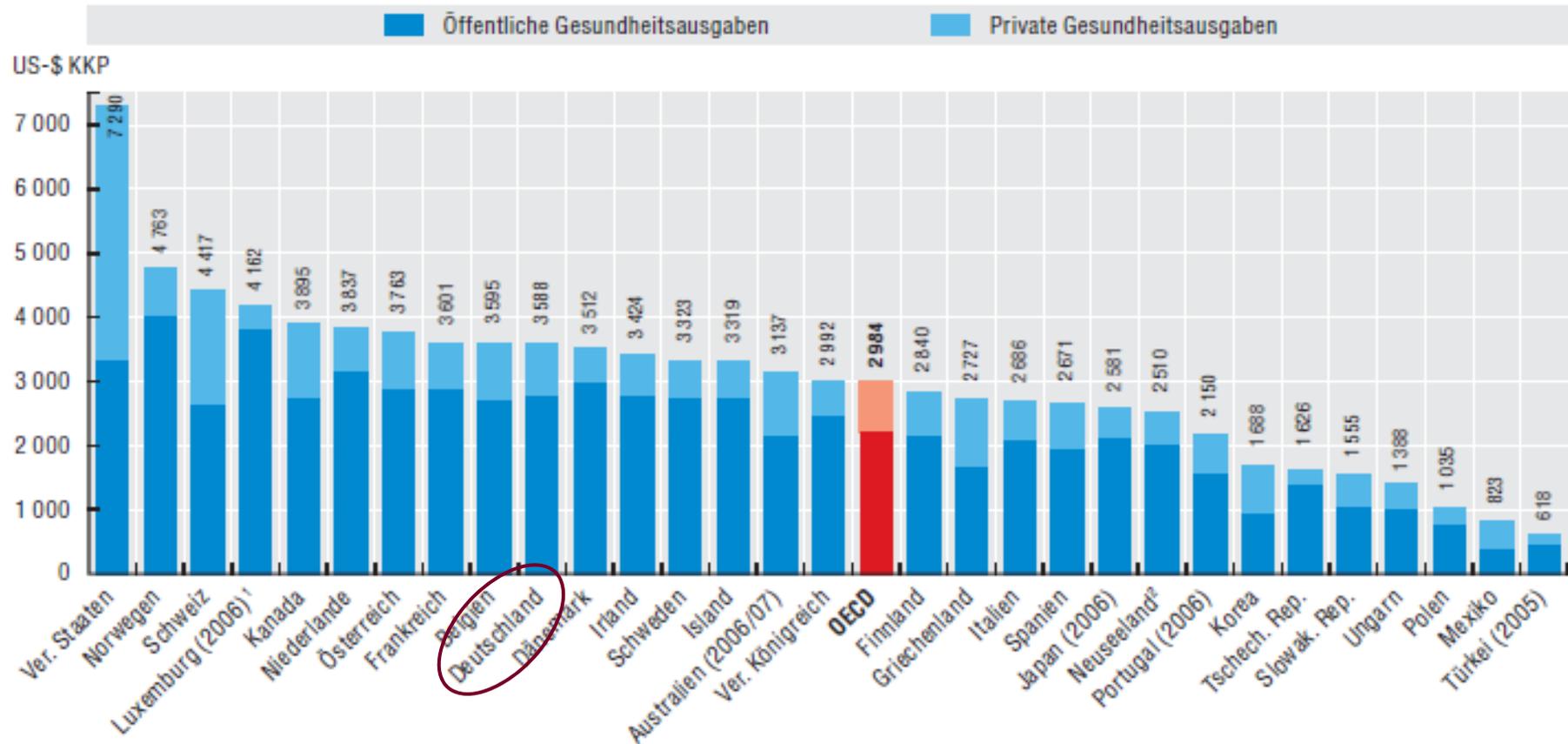
Die Tabelle wurde am 04.05.2011 11:21 Uhr unter www.gbe-bund.de erstellt.



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



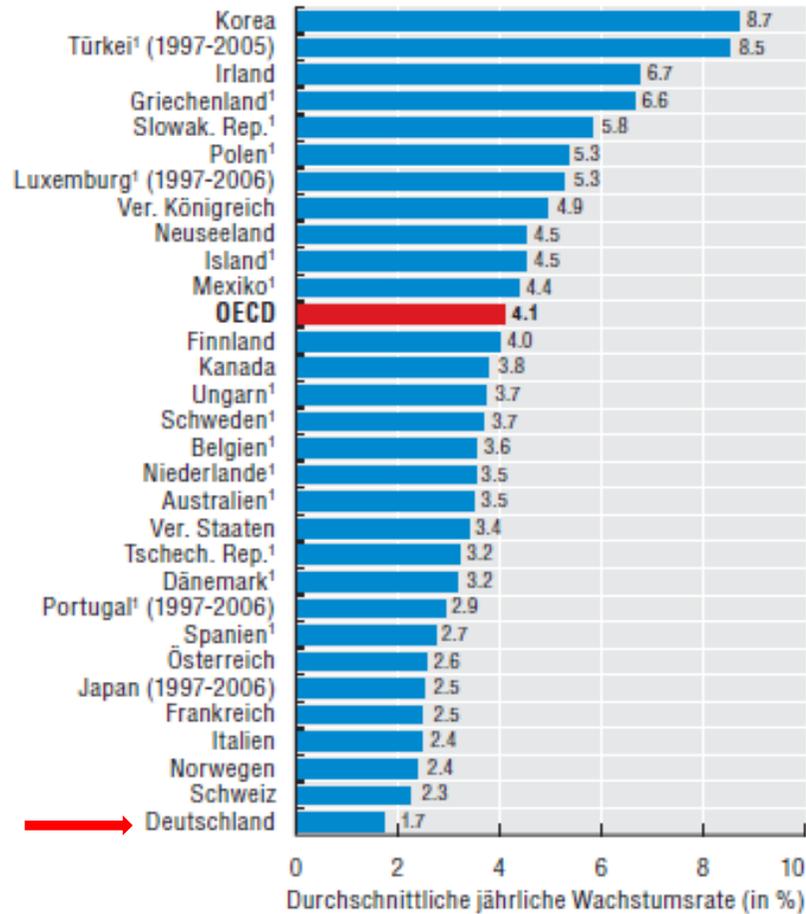
7.1.1 Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben insgesamt, öffentlicher und privater Sektor, 2007



1. Die Gesundheitsausgaben beziehen sich nicht auf die gebietsansässige Bevölkerung, sondern auf die versicherte Bevölkerung.
2. Laufende Gesundheitsausgaben.



7.1.2 Durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der realen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben, 1997-2007



1. Bereinigte Wachstumsraten. Vgl. Kasten „Definition und Abweichungen“.

Quelle: OECD-Gesundheitsdaten 2009.



Vordergründig liegt es nahe, vor allem die Ausgabenzuwächse für den Beitragssatzanstieg verantwortlich zu machen.

Betrachtet man allerdings die Ausgabenentwicklung der GKV im Verhältnis zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes, wird sichtbar, dass der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP im Zeitverlauf weitgehend konstant geblieben ist.

Der Anstieg der Beitragssätze ist demnach weniger die Folge einer über das Wachstum der Volkswirtschaft hinaus reichenden Ausgaben“explosion“, sondern eher einer hinter dem Anstieg des Sozialprodukts zurück bleibenden Entwicklung der Finanzierungsbasis der GKV.

Als Finanzierungsbasis dienen die versicherungspflichtige Entgelte der Arbeitnehmer sowie die Renten, den Arbeitsentgelte und Renten stellen die Bemessungsgrundlage für die Beiträge dar.

Diese „Einnahmeschwäche“ der GKV ist Folge des Absinkens der Lohnquote (Anteil der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen) und des Anwachsens von Beschäftigungsverhältnissen, die nicht der Versicherungs- und Beitragspflicht unterliegen.

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

Wo geht die Reise hin?



Führung/Steuerung
durch
Vorschriften/Richtlinien/Gesetze
und
Mengenvorgaben??



<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sozialgesetzbuch V ➤ ➤ § 85 Gesamtvergütung ➤ (1) Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit Befreiung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. ➤ (2) Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag vereinbart; die Landesverbände der Krankenkassen treffen die Vereinbarung über die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Die Vereinbarung unterschiedlicher Vergütungen für die Versorgung verschiedener Gruppen von Versicherten ist nicht zulässig. Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für nichtärztliche Leistungen im Rahmen sozialpädiatrischer und psychiatrischer Tätigkeit und für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmanteilvertrag zu vereinbaren. Die Vergütungen der Untersuchungen nach den §§ 22, 25 Abs. 1 und 2, § 26 werden als Pauschalen vereinbart. Beim Zahnersatz sind Vergütungen für die Aufstellung eines Heil- und Kostenplans nicht zulässig. Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, ist der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Ausgaben für Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 mit Ausnahme der Kostenerstattungsleistungen nach § 13 Abs. 2 Satz 6 und Ausgaben auf Grund der Mehrkostenregelung nach § 28 Abs. 2 Satz 3 sind auf das Ausgabenvolumen nach Satz 2 anzurechnen. ➤ (2a) Vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesaussschusses werden von den Krankenkassen außerhalb der nach Absatz 2 vereinbarten Gesamtvergütungen vergütet. ➤ (2b) Die am 31. Dezember 1992 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen bei Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und bei kieferorthopädischer Behandlung werden zum 1. Januar 1993 für die Dauer eines Kalenderjahres um 10 vom Hundert abgesenkt. Ab 1. Januar 1994 erfolgt die Anpassung auf der abgesenkten Basis, wobei sich die Vergütungsanpassung in den Jahren 1994 und 1995 höchstens um den Vorhundertstz verändern darf, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied verändern; die Vorhundertsätze sind für die alten und neuen Länder getrennt festzulegen. Der Bewertungsausschuß (§ 87) kann anstelle der zum 1. Januar 1993 in Kraft tretenden Absenkung nach Satz 1 eine unterschiedliche Absenkung der Bewertungszahlen der einzelnen Leistungen vornehmen. Dabei ist sicherzustellen, daß die Absenkung insgesamt 10 vom Hundert beträgt. Die Angleichung des Vergütungsiveaus im Beitrittsgebiet gemäß § 311 Abs. 1 Buchstabe a bleibt hiervon unberührt. ➤ (2c) Die Vertragspartner nach § 82 Abs. 1 können vereinbaren, daß für die Gesamtvergütungen getrennte Vergütungsanteile für die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen zugrunde gelegt werden; sie können auch die Grundlagen für die Bemessung der Vergütungsanteile regeln. § 89 Abs. 1 gilt nicht. ➤ (3) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Praxiskosten, der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfanges beruhen. Bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Abweichend von Satz 2 ist eine Überschreitung der Veränderungsraten nach § 71 Abs. 3 zulässig, wenn Mehrausgaben auf Grund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesaussschusses nach § 135 Abs. 1 entstehen; dabei ist zu prüfen, inwieweit die Mehrausgaben durch Minderausgaben auf Grund eines Wegfalls von Leistungen, die auf Grund einer Prüfung nach § 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen, ausgeglichen werden können. ➤ (3a) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen dürfen sich in den Jahren 1993, 1994 und 1995 höchstens um den Vorhundertstz verändern, um den sich die nach den §§ 270 und 270a zu ermittelnden beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen mit Sitz im Bundesgebiet außerhalb des Beitrittsgebiets je Mitglied verändern. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Jahr 1993 sind auf das entsprechend der Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 im Jahr 1992 erhöhte Vergütungsvolumen im Jahr 1991 zu beziehen. Bei der Bestimmung der Gesamtvergütungen der Vertragszahnärzte werden zahnprothetische und kieferorthopädische Leistungen nicht berücksichtigt. Soweit nichtärztliche Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, werden sie außerhalb der Gesamtvergütungen nach Vergütungssätzen honoriert, die von den kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen vereinbart werden; Satz 1 gilt entsprechend. Vergütungszuschläge nach § 135 Abs. 4 sowie Mehrausgaben auf Grund der gesetzlichen Leistungsausweitung in § 22 werden entsprechend der Zahl der erbrachten Leistungen zusätzlich berücksichtigt. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die in dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte in den Abschnitten B VI und B VII aufgeführten Zuschläge für Leistungen des ambulanten Operierens sowie die damit verbundenen Operations- und Anästhesieleistungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen im Jahr 1993 um 10 vom Hundert und im Jahr 1994 um weitere 20 vom Hundert erhöht. Der Teil der Gesamtvergütungen, der auf die ärztlichen Leistungen nach den §§ 25 und 26, die ärztlichen Leistungen der Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge im Rahmen des § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung sowie die ärztlichen Leistungen im Rahmen der von den Krankenkassen satzungsmäßig übernommenen Schutzimpfungen entfällt, wird zusätzlich zu den in Satz 1 festgelegten Veränderungen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 um jeweils 6 vom Hundert erhöht. Zusätzlich zu den nach Satz 1 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen werden die Gesamtvergütungen der Vertragsärzte des Jahres 1995 um einen Betrag erhöht, der 1,71 vom Hundert der Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung im Jahre 1993 entspricht; § 72 Abs. 1 Satz 2 gilt nicht. ➤ (3b) Für die Veränderungen der Gesamtvergütungen im Beitrittsgebiet sind die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen im Beitrittsgebiet zugrunde zu legen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung im Jahr 1993 sind auf das verdoppelte, um 4 vom Hundert erhöhte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. In den Jahren 1993 und 1994 sind die nach Absatz 3a Satz 1 erhöhten Vergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert, im Jahre 1995 die Vorvergütungsvolumina jeweils um weitere 3 vom Hundert zu erhöhen; § 72 Abs. 1 Satz 2 gilt für die Erhöhung im Jahre 1995 nicht. Die Gesamtvergütungen für die zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz und Kieferorthopädie sind auf das um die Ausweitung der halben Leistungsmenge gegenüber dem Jahr 1991 bereinigte verdoppelte Vergütungsvolumen des ersten Halbjahres 1992 zu beziehen. Die Bereinigung erfolgt in der Weise, daß die halbierten Ausgaben des Jahres 1991 um die für das Jahr 1992 vereinbarte Punktwertsteigerung sowie um die Hälfte der Steigerung der Leistungsmenge erhöht werden. Zugrunde zu legen sind die jahresdurchschnittlichen Punktwerte. ➤ (3c) Weicht die bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zu Grunde gelegte Zahl der Mitglieder von der tatsächlichen Zahl der Mitglieder im Vereinbarungszeitraum ab, ist die Abweichung bei der jeweils folgenden Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Die Krankenkassen, für die Verträge nach § 83 Satz 1 geschlossen sind, ermitteln hierzu monatlich die Zahl ihrer Mitglieder, gegliedert nach den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Mitglieder ihren Wohnsitz haben, und melden diese nach dem in § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Verfahren. ➤ (3d) Zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet werden die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Absatz 3 schrittweise um insgesamt 3,8 vom Hundert erhöht. Die Gesamtvergütungen nach Absatz 2 im übrigen Bundesgebiet werden in den Jahren 2004 bis 2006 schrittweise um insgesamt 0,6 vom Hundert abgesenkt. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 1 erhöhte Vergütungssumme des Jahres 2004 zu beziehen. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen im übrigen Bundesgebiet sind im Jahr 2005 auf die nach Satz 3 abgesenkte Vergütungssumme im Jahr 2004 zu beziehen. Die Regelungen nach den Sätzen 4 und 5 gelten für das Jahr 2006 entsprechend. Die Regelungen dieses Absatzes gelten nicht für das Land Berlin und nicht für die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen. ➤ (3e) Die Veränderungen der Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung nach Absatz 3 im Jahr 2004 sind auf das nach Satz 2 bereinigte Vergütungsvolumen des Jahres 2003 zu beziehen. Die Bereinigung umfasst den Anteil der Gesamtvergütungen, der auf Leistungen entfällt, auf die die Versicherten auf Grund der in den §§ 24b und 27a getroffenen Regelungen ab 1. Januar 2004 keinen Anspruch mehr haben. ➤ (4) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte; in der vertragsärztlichen Versorgung verteilt sie die Gesamtvergütungen getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung (§ 73). Sie wendet dabei ab dem 1. Juli 2004 den mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu vereinbarenden Verteilungsmaßstab an; für die Vergütung der im ersten und zweiten Quartal 2004 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen wird der am 31. Dezember 2003 geltende Honorarverteilungsmaßstab angewandt. Bei der Verteilung der Gesamtvergütungen sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen; dabei ist jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen. Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Der Verteilungsmaßstab hat sicherzustellen, das die Gesamtvergütungen gleichmäßig auf das gesamte Jahr verteilt werden. Der Verteilungsmaßstab hat Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes entsprechend seinem Versorgungsauftrag nach § 95 Abs. 3 Satz 1 vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festem Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird. Widerspruch und Klage gegen die Honorarfestsetzung sowie ihre Änderung oder Aufhebung haben keine aufschiebende Wirkung. Die vom Bewertungsausschuss nach Absatz 4a Satz 1 getroffenen Regelungen sind Bestandteil der Vereinbarungen nach Satz 2. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Versorgungsgraden unterschiedliche Verteilung vorsehen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die für die Vereinbarung des Verteilungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Daten nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach Absatz 4a Satz 4 unentgeltlich zur Verfügung. Satz 11 gilt nicht für die vertragszahnärztliche Versorgung. ➤ (4a) Der Bewertungsausschuss (§ 87 Abs. 1 Satz 1) bestimmt Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, insbesondere zur Festlegung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind; er bestimmt ferner, erstmalig bis zum 29. Februar 2004, den Inhalt der nach Absatz 4 Satz 4, 6, 7 und 8 zu treffenden Regelungen. Bei der erstmaligen Bestimmung der Vergütungsanteile für die hausärztliche Versorgung nach Satz 1 ist der auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil an der Gesamtheit des in einer Kassenärztlichen Vereinigung abgerechneten Punktzahlvolumens des Jahres 1996 zu Grunde zu legen; übersteigt in den Jahren 1997 bis 1999 der in einer Kassenärztlichen Vereinigung auf die hausärztliche Versorgung entfallende Anteil der abgerechneten Punkte am gesamten Punktzahlvolumen den entsprechenden Anteil des Jahres 1996, ist von dem jeweils höheren Anteil auszugehen. Veränderungen in der Zahl der an der häuslichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in den Jahren nach 1996 sind zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss bestimmt Art und Umfang, das Verfahren und den Zeitpunkt der Übermittlung der Daten nach Absatz 4 Satz 12. ➤ (4b) Ab einer Gesamtpunktmenge je Vertragszahnarzt aus vertragszahnärztlicher Behandlung einschließlich der kieferorthopädischen Behandlung von 262.500 Punkten je Kalenderjahr verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2 um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 337.500 je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 412.500 je Kalenderjahr um 40 vom Hundert; für Kieferorthopäden verringert sich der Vergütungsanspruch für die weiteren vertragszahnärztlichen Behandlungen ab einer Gesamtpunktmenge von 280.000 Punkten je Kalenderjahr um 20 vom Hundert, ab einer Punktmenge von 360.000 Punkten je Kalenderjahr um 30 vom Hundert und ab einer Punktmenge von 440.000 Punkten je Kalenderjahr um 40 vom Hundert. Satz 1 gilt für ermächtigte Zahnärzte, für bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellte Zahnärzte und für in medizinischen Versorgungszentren angestellte Zahnärzte entsprechend. Die Punktmengengrenzen bei Berufsausübungsgemeinschaften richten sich nach der Zahl der zahnärztlichen Mitglieder. Die Punktmengen erhöhen sich um 25 vom Hundert für Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten. Bei Teilzeit oder nicht ganzjähriger Beschäftigung verringert sich die Punktmengengrenze nach Satz 1 oder die zusätzlich zu berücksichtigende Punktmenge nach Satz 4 entsprechend der Beschäftigungsdauer. Die Punktmengen umfassen alle vertragszahnärztlichen Leistungen im Sinne des § 73 Abs. 2 Nr. 2. In die Ermittlung der Punktmengen sind die Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 einzubeziehen. Diese werden den Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen mitgeteilt. ➤ (4c) Die Kassenzahnärztliche Vereinigung hat die zahnprothetischen und kieferorthopädischen Rechnungen zahnarzt- und krankenkasbezogen nach dem Leistungsquartal zu erfassen und mit den abgerechneten Leistungen nach § 28 Abs. 2 Satz 1, 3, 7, 9 und den gemeldeten Kostenerstattungen nach § 13 Abs. 2 und nach § 53 Abs. 4 zusammenzuführen und die Punktmenge bei der Ermittlung der Gesamtpunktmenge nach Absatz 4b zugrunde zu legen. ➤ (4d) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen teilen den Krankenkassen bei jeder Rechnungslegung mit, welche Vertragszahnärzte, welche bei Vertragszahnärzten nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Zahnärzte und welche in medizinischen Versorgungszentren angestellten Zahnärzte die Punktmengengrenzen nach Absatz 4b überschreiten. Dabei ist für diese Zahnärzte die Punktmenge sowie der Zeitpunkt anzugeben, ab dem die Überschreitung der Punktmengengrenzen eingetreten ist. Die Zahl der Entlastungs-, Weiterbildungs- und Vorbereitungsassistenten einschließlich ihrer Beschäftigungsdauer sind, bezogen auf die einzelne Praxis, ebenfalls mitzuteilen. ➤ (4e) Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben die Honorarersparungen aus den Vergütungsinderungen nach Absatz 4b an die Krankenkassen weiterzugeben. Die Durchführung der Vergütungsminderung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung erfolgt durch Absenkung der vertraglich vereinbarten Punktwerte ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Grenzwertüberschreitungen nach Absatz 4b. Die abgesenkten Punktwerte nach Satz 2 sind den auf dem Zeitpunkt der Grenzwertüberschreitungen folgenden Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen zugrunde zu legen. Überzahlungen werden mit der nächsten Abrechnung verrechnet. Weitere Einzelheiten können die Vertragspartner der Vergütungsverträge (§ 83) regeln. ➤ (4f) Die Krankenkasse hat ein Zurückbehaltungsrecht in Höhe von 10 vom Hundert gegenüber jeder Forderung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, solange die Kassenzahnärztliche Vereinigung ihren Pflichten aus den Absätzen 4c bis 4e nicht nachkommt. Der Anspruch auf Auszahlung der nach Satz 1 einbehaltene Beträge erlischt, wenn die Kassenzahnärztliche Vereinigung bis zur letzten Quartalsabrechnung eines Jahres ihre Verpflichtungen für dieses Jahr nicht oder nicht vollständig erfüllt. ➤ 	<div style="border: 2px solid red; padding: 10px; display: inline-block;"> <h1 style="color: red; margin: 0;">Globalbudget</h1> </div>
---	--

...aber: geht es um Administrieren oder um Führen??



Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

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

§ 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 und Mindestanforderungen an die Struktur und Ausstattung der Einrichtungen.

Soweit erforderlich erlässt er die notwendigen Durchführungsbestimmungen. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer sind an der Erarbeitung der Richtlinien und Beschlüsse zu beteiligen.

(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren fest, die bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erhebung, Auswertung und Besprechung von risikobehinderten, einrichtungsbezogenen Risiken und zum Anheboren von Beschwerden 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.

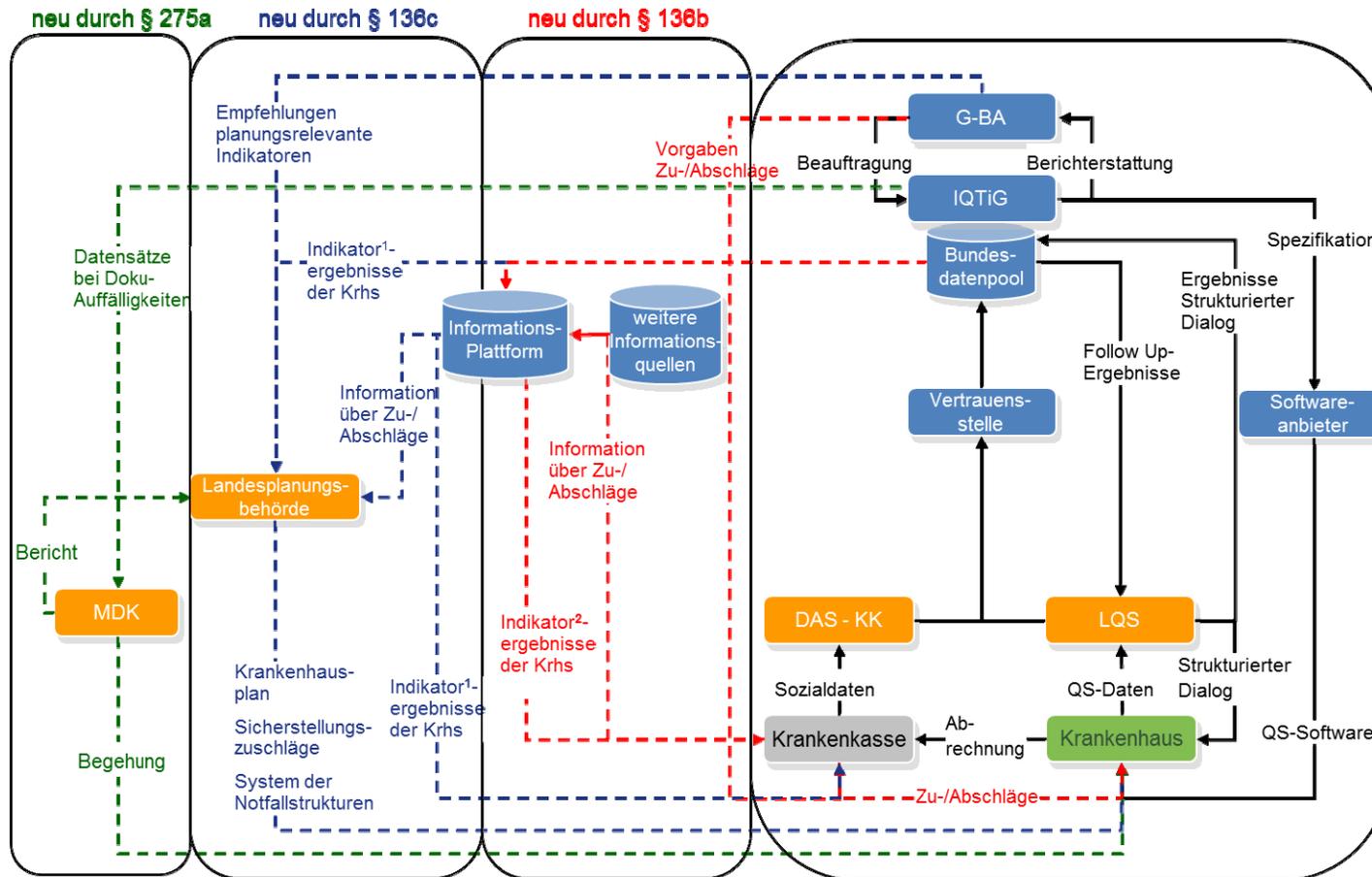
Wenn die nach Satz 1 Nr. 2 erforderliche Mindestmenge bei planbaren Leistungen voraussichtlich nicht erreicht wird, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde kann Leistungen aus dem Katalog nach Satz 1 Nr. 2 bestimmen, bei denen die 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

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

[Dank an Dezernat 3/ Bundesärztekammer, Dr. Boy!]



Kostendämpfung

➤ Budgets

➤ DRG's

➤ Rabattverträge

➤ ...

STATIONÄRE VERSORGUNG

Für menschliche Zuwendung ist keine Zeit mehr

18 Jahre als Chefärztin einer geriatrischen Abteilung in einem kleinen Krankenhaus haben die Autorin nachdenklich gemacht. Das Wohl des Patienten werde der Wirtschaftlichkeit nachgeordnet.

Als ich 1992 mit Begeisterung und Hingabe die Aufgabe übernahm, eine geriatrische Abteilung als Internistin aufzubauen, fand ich in dem kleinen Krankenhaus die besten Rahmenbedingungen vor, die ich mir für eine solche Aufgabe nur wünschen konnte:

- ein offenes Ohr bei dem



schen und therapeutischen Weg wesentlich vorangebracht.

Die politische Entwicklung zeigte im Verlauf der nächsten Jahre auch in unserem Haus weitere Konsequenzen. Die niedrigen Pflegesätze in der Rehabilitation und die häufige Ablehnung geriatrischer Rehabilitationen durch die Krankenkassen führten unser Krankenhaus in eine wirtschaftlich kaum noch tragbare Situation. Im Jahr 2006 wurde deshalb in Absprache mit dem Ministerium eine erneute Umstrukturierung des Hauses beschlossen. Die Abteilung für Geriatrische Rehabilitation wurde auf 35 Betten reduziert, eine Abteilung für Innere Medizin neu aufgebaut. Die finanziellen Rahmenbedingungen im Akutsektor mit der Abrechnung über DRGs (Diagnosis Related Groups) versprachen eine bes-

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/79020/Stationaere-Versorgung-Fuer-menschliche-Zuwendung-ist-keine-Zeit-mehr>

„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





Pflege
am
LIMIT

PATIENTEN PRO PFLEGEFACHKRAFT

USA:	5,3
NIEDERLANDE:	7
SCHWEDEN:	7,7
SCHWEIZ:	7,9
DEUTSCHLAND:	13

QUELLE: NURSE FORECASTING IN EUROPE (RN4CAST)

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>



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 flächendeckende 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 Krankenhausesärztinnen 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 bürokratischen 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



Politischer Missbrauch der Krise



Einfluss von Fallpauschalen/DRGs bei älteren Patienten mit Pneumonie

	<i>1992</i>	<i>1997</i>	<i>Diff. %</i>
Stationäre Verweildauer Ø Tage	11,9	7,7	-35,3 %
Krankenhauskosten pro Fall	\$ 9228	\$ 6897	-25,3 %
Mortalität während des stationären Aufenthalts	14,1 %	12,0 %	-14,9 %

Quelle: **Mark L. Metersky et al.** (University School of Medicine / Connecticut, USA)
 – Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
 (Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)



Einfluss von Fallpauschalen auf die Qualität der medizinische Behandlung bei älteren Patienten mit Pneumonie

	1992	1997	Diff. %
Tod innerhalb 30 Tage nach Aufnahme	15,7 %	17,8 %	13,4%
Tod innerhalb 30 Tage nach Entlassung			
Σ alle Patienten	6,9 %	9,3 %	+ 34,8 %
Σ Verlegung in Pflegeeinrichtung	14,9 %	16,5 %	+ 10,7 %
Verlegung in Pflegeeinrichtung	30,3 %	43,1 %	+ 42,2 %
Stationäre Wiederaufnahme wg. Rückfall	3,0 %	3,7 %	+ 23,3 %

Quelle: Mark L. Metersky et al. (University School of Medicine / Connecticut, USA)
 – Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia –
 (Arch Intern Med. 2000; 160:3385–3391)



***„Die Ärzte dürfen die Patienten
nicht zu früh entlassen. Das ist
unverantwortlich!“***

[Dr. W. G., Krankenkassenvorstand, pers. Gespräch 1999]



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.

**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

Risiken und Nebenwirkungen von DRGs:

- Unterversorgung („quicker and sicker“)
- Überversorgung (Medikalisierung)
- Risikoselektion
- Implizite Rationierung
- Motivationsverlust der Ärzte
- Ärztemangel

Dr. med. Günther Jonitz, 3. Nationales DRG-Forum, 6./7. Mai 2004



Deutschlands Zukunft gestalten

Koalitionsvertrag
zwischen CDU, CSU und SPD

18. Legislaturperiode

2013

*„Die Einführung des Systems
diagnosebezogener Fallgruppen
(DRG-System) als leistungs-
orientiertes Entgeltsystem war richtig.“*

[Quelle: **Koalitionsvertrag CDU, CSU, SPD von 2013**]



Niederlande vs Nordrhein-Westfalen

	NRW	NL
Größe	34110km ²	41548km ²
Einwohner	17865516	16.979.120
Krankenhäuser	348	159

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]



**Der politisch bestimmte Finanzwettbewerb
betrifft**

**alle Institutionen im Gesundheitswesen
gleichermaßen, auch die Krankenkassen.**

Im Zweifel bestimmt der finanzielle Ertrag.



„It is hard to be a good doctor.

The ways we are paid often distort our clinical and moral judgement and seldom improve it.

Extreme financial incentives invite extreme distortions.“

Woolhandler, Himmelstein: NEJM Vol. 333 No. 25, 21. Dec. 1995, p 1707



***„Erst kommt das Fressen,
dann kommt die Moral“***

**Bertolt Brecht 1898 – 1956
Dreigroschenoper**



Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001

4.2. Fallpauschalen: Effizienzpotentiale und Fehlanreize

... bedarf es von Beginn an flankierender angemessener Qualitätsmanagementmaßnahmen... .

4.4. Eine einseitige Orientierung des neuen Vergütungssystems an Kosteneinsparungen und dem Grundsatz der Beitragsstabilität ist gefährlich.

Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten.



Diese Art der Kostendämpfung

kostet
Geld,
Motivation
und Menschenleben.



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

Theodor W Adorno, 1903 – 1969

Minima Moralia



Problem „DRG-System Import“!

Australien:

- Bettenmangel
- partielle Einführung
- common sense
- Ziel: Optimierung der Krankenhäuser

versus

Deutschland:

- rel. Überangebot an Krankenhausbetten
- flächendeckende Einführung
- common dissense
- eigentl. Ziel: Dezimierung von KrkH-Betten

„Stradivariphänomen“



Das „Stradivari-Phänomen“:

**Sie können mit einer Stradivari in
10 Minuten die Philharmonie mit
Menschen füllen.**

**Oder sie leer machen.
Je nachdem, was und mit welcher
Absicht sie darauf spielen.**



Das „Stradivari-Phänomen“:

Die aktuelle Politik setzt auf
DEZIMIERUNG

Die Alternative wäre
OPTIMIERUNG



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



Optimierung =

€ (=Profit, Rendite)

oder

Qualität

**= 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 der Strukturen



Strategie:

Systematisieren

Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

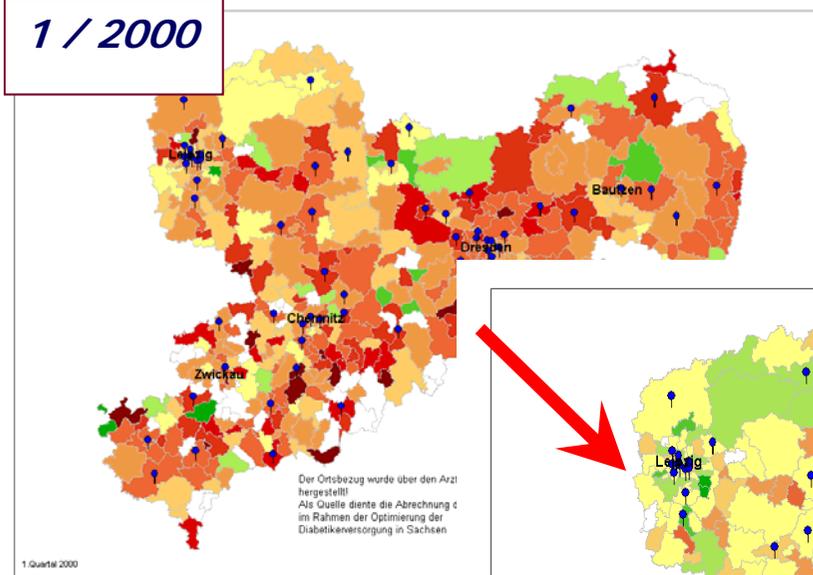
Humanisieren

(Günther Jonitz)



Systematisieren

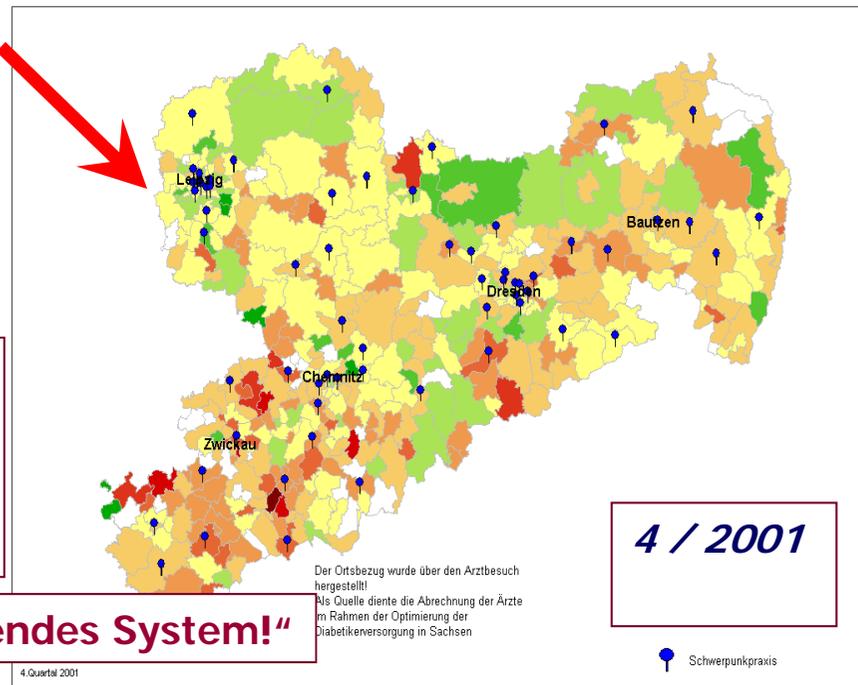
1 / 2000



„allocation value“

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

„Lernendes System!“



Optimieren

Beispiel: „Klug entscheiden“ Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

The image shows the cover of a special issue titled "Klug entscheiden" from the journal "Deutsches Ärzteblatt". The cover features the DGIM logo (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.) in the top right corner. The main title "Deutsches Ärzteblatt" is prominently displayed on the left. Below it, the text "Sonderdruck" is visible. The cover also includes the issue information: "113. Jahrgang | Heft 13" and "1. April 2016 | Köln". The central theme is "Gegen Unter- und Überversorgung" (Against under- and over-treatment), with a sub-headline "Klug entscheiden" (Decide wisely) and a small graphic of a lightbulb with a caduceus. A red box on the right side of the cover highlights the text "m. E. „Technical Value“".

Deutsches Ärzteblatt

Sonderdruck

113. Jahrgang | Heft 13 | 1. April 2016 | Köln

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Gegen Unter- und Überversorgung

Klug entscheiden

Eine Initiative der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM)

m. E. „Technical Value“

Mitgliederbefragung zu „Klug Entscheiden“

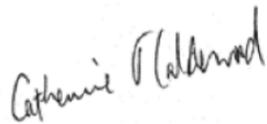
Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten
Nach einer Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin könnte man vielfach auf Bildgebung und Labordiagnostik verzichten.
Dass indizierte Leistungen vorenthalten werden, ist ein äußerst geringes Problem.

[Quelle:
Deutsches
Ärzteblatt
Sonderdruck Heft
13, 01.04.2016,
Köln]



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?



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

Catherine Calderwood, „realistic medicine“

[Quelle: Catherine Calderwood]



„Wer fragt, führt!“

Grundkurs Rhetorik 1995



Nachhaltige Medizin
Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

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.

Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den **Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert**. Dies soll durch unabhängige Health Technology Assessments (HTA), durch eine Ausweitung von Medical Boards und durch den Ausbau von Versorgungsforschung erreicht werden. Zentral dabei ist das Triple-E-Konzept (evidence, ethics, economy), das auch juristische und soziale Aspekte wie Chancengleichheit für den Zugang zu medizinischen Leistungen berücksichtigt. Medizinische Leistungen sollen nur vergütet werden, wenn sie diesen Kriterien genügen.



2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.

Es braucht unabhängige Guidelines, die die einvernehmliche Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, eine Liste jener Interventionen zu erstellen, die unnötig und damit verzichtbar sind.

3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.

Anachronistische standespolitische Besitzstände von Gesundheitsfachleuten sollen abgebaut werden. Zudem braucht es einen sinnvollen Grade-Skill-Mix – durch koordinierte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute und durch neue gesetzliche Rahmenbestimmungen für angepasste Tarif- und Lohnstrukturen.

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.

Humanisieren

Es sind Menschen im „System Gesundheitswesen“,
mit Gefühlen und Bedürfnissen.

Menschen sind emotionale Lebewesen.

Ihr Verhalten ist „nicht immer“ rational.

„Jede Begegnung zwischen Arzt und Patient, auch auf
höchstem medizinischen Niveau, ist eine Begegnung zweier
Menschen.“

„A G'sunder hat viele Wünsch'. A Kranker bloß oin“
Schwäbisches Sprichwort

„Narrative-based medicine, that's the real thing“ (Greenhalgh)



Humanisieren

Gemeinschaftspraxis Praxis Team Leistungen Ausbildung Projekte

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

**Definition individueller Behandlungsziele
= personal value**

Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete
Medizin

HAUSARZT UND POLITIK

MEDICA-Förderpreis für Hausarztprojekt

LiA: Lebensqualität im Alter

LIA – Lebensqualität im Alter
LIA – Mehrfach prämiertes Projekt zur Versorgung älterer Patienten

Ältere, meist multimorbide Patienten im eigenen häuslichen Umfeld kompetent zu versorgen ist eine große Herausforderung für jede Hausarztpraxis. Dass man diese Herausforderung gut annehmen kann, hat die Gemeinschaftspraxis im Bayerwald durch ihr Projekt eindrücklich bewiesen. Das Team aus Medizinischer Fachangestellter, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten und Allgemeinarzt arbeitet seit 2006 erfolgreich an dieser Aufgabe.

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

Für ihre Arbeit wurden die Mitglieder des Teams sowohl mit dem MEDICA-Förderpreis 2008 als auch mit dem Bayerischen Gesundheitspreis in der Kategorie Hausarztpraxis ausgezeichnet. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die einzelnen Therapiebausteine abgestimmt. In den Folgesitzungen werden diese kontinuierlich überprüft und an den Patienten über die eigenen Fachgruppen-Horizonte hinaus motiviert.

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis in der Presse

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 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

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



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]

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement

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



Completed Conditions **www.ichom.org**

- 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.



**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“**

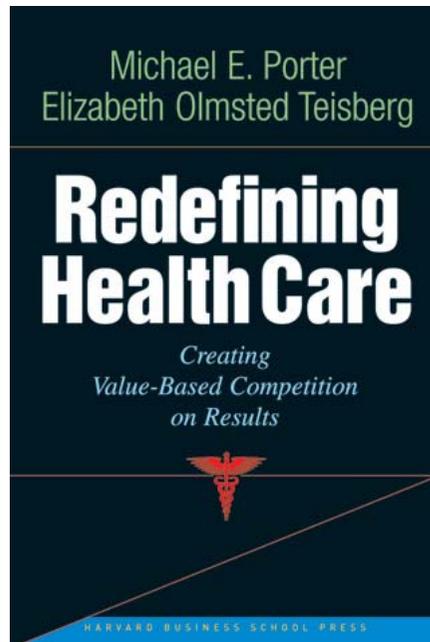


**Jonitz: "Wir brauchen Qualitätswettbewerb statt
Preiswettbewerb"**

Berlin, 18.06.2012

Pressemitteilung BÄK, Juni 2012

Vorschlag aus den USA



Prof. Michael Porter, Harvard University

What is Value in Healthcare?

Value should always be defined around the customer, and in a well-functioning health care system, the creation of value for patients should determine the rewards for all other actors in the system.

Since value depends on results, not inputs, value in health care is measured by the outcomes achieved, not the volume of services delivered, and **shifting focus from volume to value** is a central challenge.

Nor is value measured by the process of care used; process measurement and improvement are important tactics but are no substitutes for measuring outcomes and costs.

[NEJM 363;26 nejm.org december 23, 2010]



„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

How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA
Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD,
MEng, 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-



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

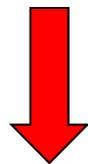
→ **Knowledge driven**

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



Erster Kongress zur Value-based Healthcare in Deutschland

Ärztékammer Berlin,
Nuffield College, University Oxford,
British Medical Journal,
Mai 2016



Vorträge auf youtube:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL392y8StgZVpLkvLj-2k0CIMZy8QPLkSyoutube>



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

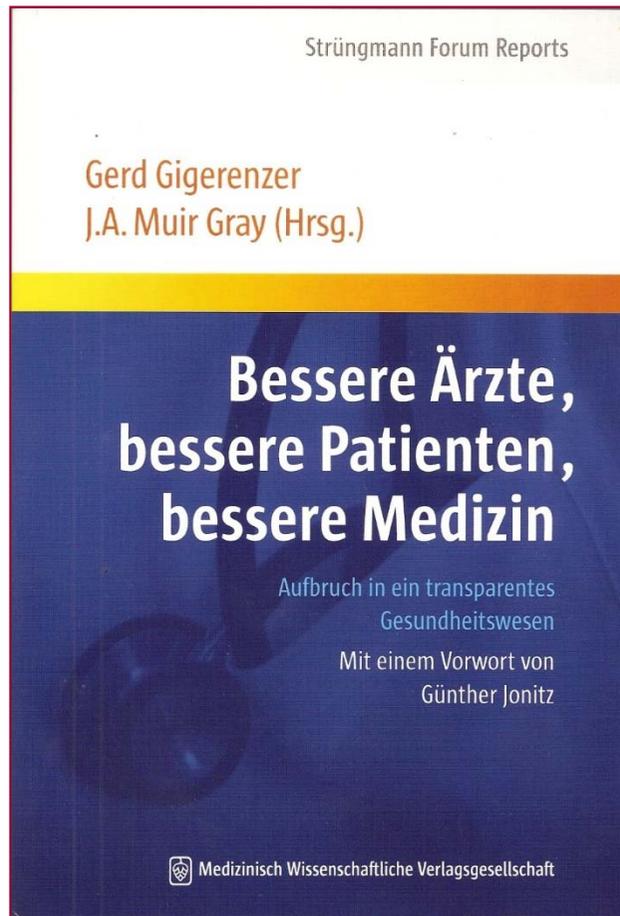


Value Based Healthcare

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“?**



**Qualitätsverbesserung
durch
Kompetenzsteigerung
statt
mechanistischer
Vorgaben**

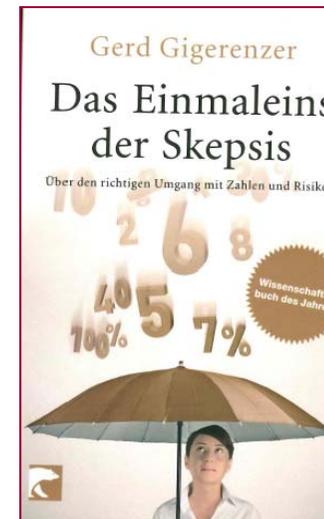
**„Clean knowledge
is the enemy of the disease.“**

Sir John Muir Gray

Investition in die **Befähigung und Qualifikation der Menschen im System –** **Gesundheitsberufe und Patienten** (health literacy)!

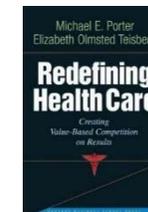


[http://www.tk.de/tk/engagement-im-land/
der-informierte-versicherte/tk-kursreihe-kompetent-als-patient/544840](http://www.tk.de/tk/engagement-im-land/der-informierte-versicherte/tk-kursreihe-kompetent-als-patient/544840)



Optimizing Health Care

- 1919 Autistic-undisciplined thinking in medicine and how to overcome it, 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
 - = value-based healthcare, *us-american version*
- 2012 Preventing Overdiagnosis. BMJ et al
- 2016 "realistic medicine", Scot NHS,
 - CMO Catherine Calderwood MD PhD
- 2017 "right care" The Lancet,
<http://www.thelancet.com/series/right-care>



**Grundlegender
Strategiewechsel der Politik
nötig -**

**Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung von Strukturen**



120. Deutscher Ärztetag
Freiburg, 23.05. - 26.05.2017

Ärztetags-Drucksache Nr.
Ia - 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

Einstimmig angenommen!!

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
Frau Dr. med. Ellen Lundershausen als Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer
Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling als Delegierter der Landesärztekammer Baden-Württemberg

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

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

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

ENOMMEN



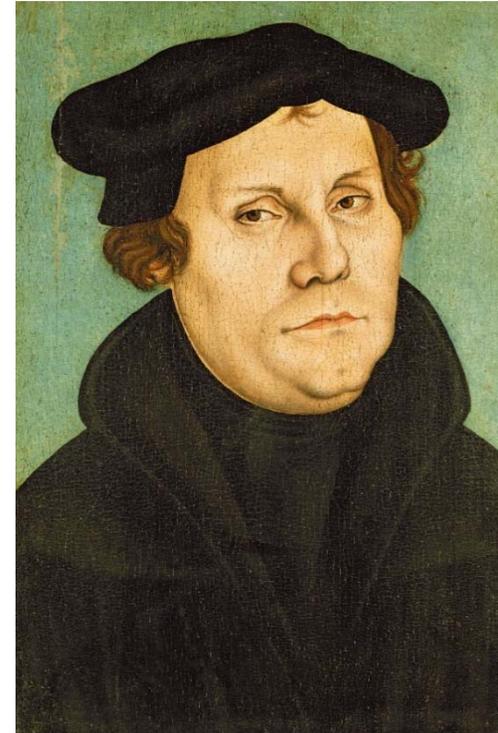
**Gesundheitspolitik braucht Humanisierung
nicht Bürokratisierung.**

**Die Grundlage unseres Gemeinwesens,
unseres Gesundheitswesens und des Ansehens
unserer Berufe ist **Humanismus**,
nicht Kapitalismus.**



Zeitalter der medizinischen Reformation???

2017
500 JAHRE REFORMATION



Martin Luther, 1483 - 1546

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/b/bc/Lucas_Cranach_d.%C3%84._%28Werkst.%29_-_Portr%C3%A4t_des_Martin_Luther_%28Lutherhaus_Wittenberg%29.jpg

https://de.wikipedia.org/wiki/Martin_Luther

Oder ein Zeitalter der medizinischen Aufklärung!?



„sapere aude!“

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

GJ



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

g.jonitz@aekb.de

