

[Foto: Stefanie Seuffert]

Von Kosten zu Werten

Warum das deutsche DRG-System ein Fehler und Value-based health care die Lösung ist

**7. DRG-Forum Schweiz - Deutschland
25./26. Januar 2018, Bern**

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Interessenkonflikte (Funktionen und Mitgliedschaften)

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



*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**



„Mit der DRG-Einführung verfolgte der Gesetzgeber folgende Ziele:

- **Verkürzung der Verweildauern der Patienten im Krankenhaus**
- **Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung**
- **leistungsbezogene Vergütung der Krankenhäuser**
- **mehr Transparenz über Leistungen und Kosten der Krankenhäuser**
- **mehr Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander**
- **Förderung des Strukturwandels**
- **Umsetzung des Prinzips „Geld folgt Leistung“ bei Strukturveränderungen im Krankenhausbereich und bei Patientenwanderungen zwischen Krankenhäusern“**

Aus: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/drg_system/fragen_und_antworten_drg/fragen_und_antworten_drg.jsp



**Nicht mehr der kranke Mensch
steht im Mittelpunkt
ärztlichen und pflegerischen
Handels,
sondern
die Anzahl und der Fallwert
seiner Diagnosen
und der ärztlichen Eingriffe.**



Risiken und Nebenwirkungen von DRGs:

- **Unterversorgung („quicker and sicker“)**
- **Übersversorgung (Medikalisierung)**
- **Industrialisierung der Patientenversorgung**
- **Risikoselektion**
- **implizite, weiche Rationierung**
- **Motivationsverlust der Ärzte**
- **Ärztemangel**

Quelle: Dr. G. Jonitz, 2001, Deutsche Ärztetage seit 1994



Gesundheitsökonomie / Health Economics

„Etwas Menschliches ist verloren gegangen“ Erfahrungen leitender Ärzte in Bezug auf das DRG-System – eine qualitativ-normative Analyse“

Marco Knoll^{1,a}, Ina Otte^{1,*a}, Sabine Salloch², Caroline Ruiner³, Esta Kruppa⁴, Jochen Vollmann¹

¹Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

²Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald, Deutschland

³Institut für Arbeitswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

⁴Fakultät für Wirtschaftswissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Deutschland

Die Interviewteilnehmer berichten von einer durch Fallzahlsteigerung bedingten Arbeitsverdichtung, einer Lockerung der Indikationsstellung sowie der Verweildauerreduzierung. Die befragten Ärzte gaben weiter an, sich zunehmend durch ökonomische Rahmenbedingungeingeschränkt zu fühlen. Zudem begünstige ihrer Meinung nach die Anreizstruktur des DRG-Systems die Benachteiligung vor allem alter, pflegebedürftiger und multimorbider Patienten.

ZEFQ <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.10.003>

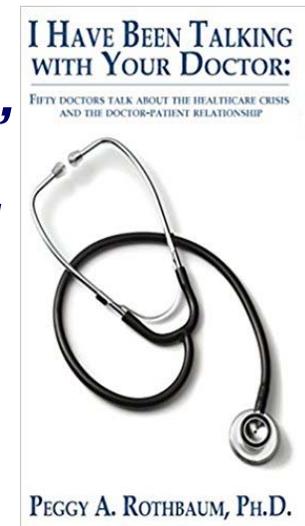


Auswirkungen auf die Ärzteschaft:

*„Es gab eine Art Vertrag
zwischen Medizin und Gesellschaft:*

*Wir kümmern uns um eure Patienten,
ihr sorgt dafür, dass es uns gut geht.
Dieser Vertrag wurde gebrochen.*

*Jetzt arbeite ich nur noch so,
wie es für mich gut ist.“*



[Zit. Nach Peggy Rothbaum, „I have been talking with your doctors“, 2016]

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten	Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989 Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993 Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995 Bundespflegegesetzverordnung	13,15
1995 Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997 Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997 1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG)	13,58
1997 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG)	13,58
1999 GKV-Finanzstärkungsgesetz	13,62
1999 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	13,6
2000 GKV-Gesundheitsreform 2000	13,57
2001 Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	13,58
2002 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	13,98
2002 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	13,98
2002 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV	13,98
2002 Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)	13,98
2003 Krankenhaus-Entgeltgesetz	14,31
2003 Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	14,31
2003 Fallpauschalengesetz (FPG)	14,31
2004 GKV-Modemisierungsgesetz (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 krankenversicherungsrechtlicher 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

12,9%

Erfolgreiche Kostendämpfung



Die Versorgung ist teurer geworden
 - und schlechter.

15,5%

Weiche Rationierung ist Alltag in D

Denkfehler

*„Wir haben uns doch so über ein leistungsorientiertes
Finanzierungssystem gefreut“*

Führender deutscher Krankenhausarztfunktionär 2013

Was ist „Leistung“?

Ist es das, was der Arzt macht?

Oder das, was beim Patienten ankommt?

**Ist nicht „weniger Medizin“ und „mehr Arzt“
für alle die bessere Lösung?**



Das „Stradivari-Phänomen“:

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

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



Hidden agenda der „Ökonomisierung“

*„Günther, wir müssen die kleinen
Krankenhäuser platt machen.*

*Das haben wir mit DRGs nicht
geschafft, da brauchen wir jetzt*

die Qualität für.“

[Zitat eines Protagonisten aus der Gesundheitspolitik]



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

GJ

Wie geht es weiter?



*„Es gibt kein richtiges Leben
im falschen“*

Theodor W Adorno



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

(siehe Fußballmannschaften, Unternehmen, Paarbeziehungen...)

;-)



Was ist **Optimierung** =

€/SFr (=Profit, Rendite)

oder

Qualität / Werte

= **hochwertige Behandlung und
humane Betreuung**

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



Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung
von Strukturen und Kosten



Strategie:

Systematisieren

Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

Humanisieren

(Günther Jonitz)



Das oberste strategische Ziel für alle im
Gesundheitswesen ist die

Optimierung

„Wir schaffen Werte für kranke Menschen“

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



Diese Diskussion findet unter dem Namen

„value-based health care“

zunehmend national und international statt.

Für Ärzte und alle Gesundheitsberufe bedeutet das,

„was ist gute Medizin“

(...Pflege, Krankengymnastik etc.),

möglichst genau zu definieren.

Antworten darauf gibt es unter den Stichworten

„evidenzbasierte Medizin und Pflege“

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

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

(= „technical value“)



Das zweite strategische Ziel ist

„Systematisieren“.

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

Diese Frage kann von jedem Blickwinkel aus beantwortet werden.

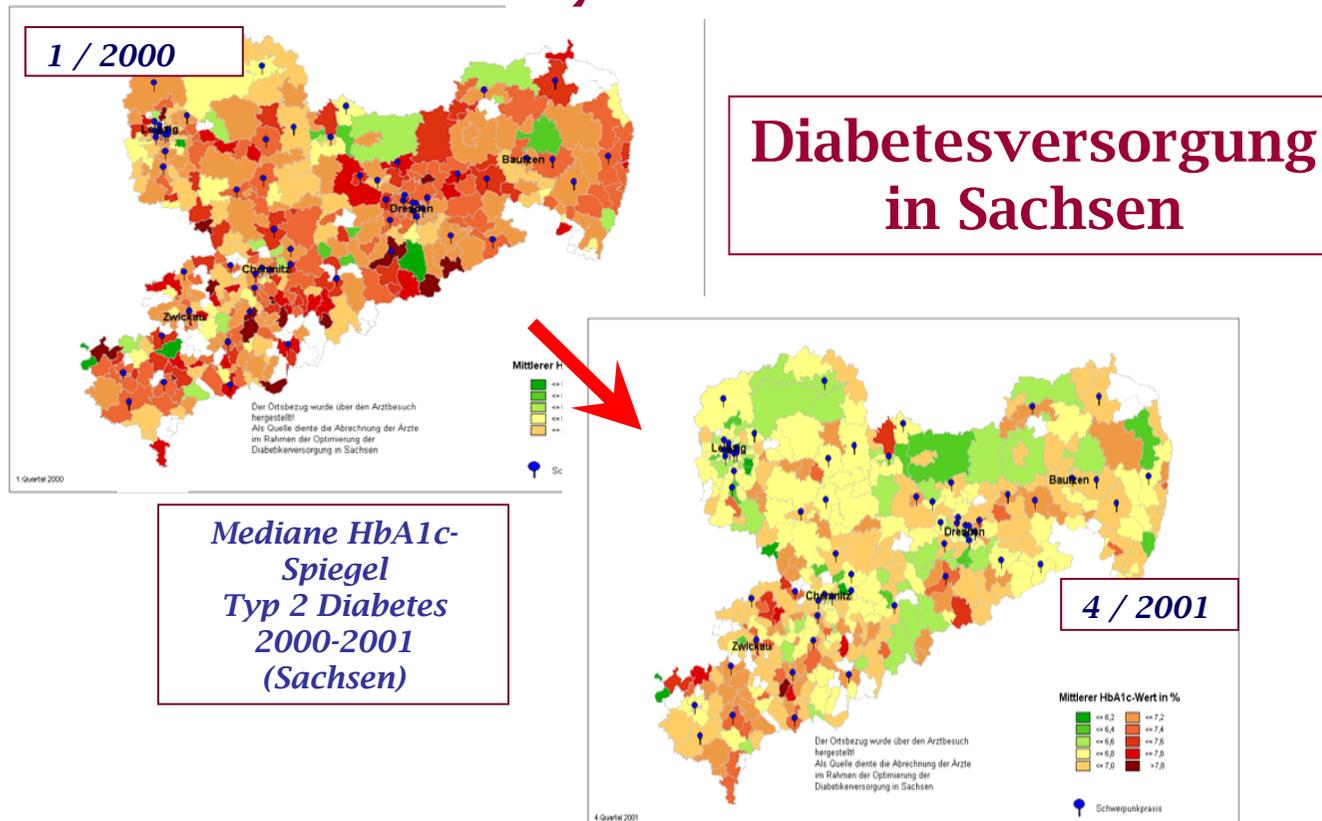
Jede Station, jedes Krankenhaus, jede Region kann dies tun. Die

Pareto-Regel hilft, die richtigen Prioritäten zu setzen.

(= „allocation value“)



Systematisieren



„Lernendes System, Zusammenarbeit, gemeinsame Ziele“



Versorgungsleitlinien.de

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

[NVL Asthma](#)

[NVL COPD](#)

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

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

[NVL Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter](#)

[NVL Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter](#)

[NVL Diabetes Strukturierte Schulungsprogramme](#)

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

[NVL Chronische Herzinsuffizienz](#)

[NVL Chronische KHK](#)

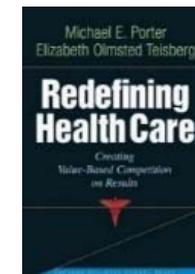
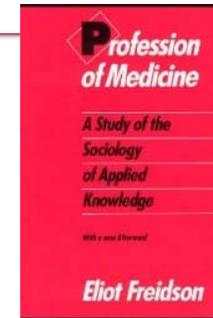
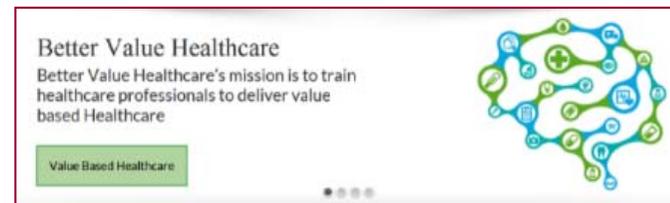
[NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz](#)

[NVL Unipolare Depression](#)



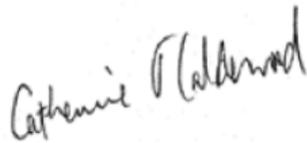
Optimierung

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



Beispiel: Jahresbericht NHS Scot 2015

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



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

„realistic medicine“



CMO Catherine Calderwood MD PhD

Nachhaltige Medizin!



Nachhaltige Medizin

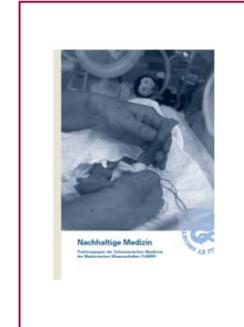
Positionspapier der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

**Schweizerische
Akademie der
medizinischen
Wissenschaften**

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

***Die finanziellen Ressourcen
des Gesundheitswesens sind nicht unbegrenzt.***

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



Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.

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

Humanisieren

„A G'sunder hat viele Wünsch'.

A Kranker bloß oin“

Schwäbisches Sprichwort



Humanisieren

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

Definition individueller Behandlungsziele
= personal value

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

Ältere, meist multimorbide Patienten im eigenen häuslichen Umfeld Herausforderung für jede Hausarztpraxis. Dass man diese Herausforderung gut annehmen kann, hat die Gemeinschaftspraxis im Bayerwald durch eindrucksvolle Beweise. Das Team aus Medizinischer Fachangestellte Physiotherapeuten und Allgemeinärzt arbeitet seit 2006 erfolgreich

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

Für ihre Arbeit wurden die Mitglieder des Teams sowohl mit dem MFA Zusammenarbeit 2008 als auch mit dem Bayerischen Gesundheitspreis ausgezeichnet. In regelmäßigen Teamsitzungen werden die einzelnen abgestimmt. In den Folgesitzungen werden diese kontinuierlich über Arbeit am Patienten über die eigenen Fachgruppen-Horizonte hinaus

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis in der Presse

MEDICA-Förderpreis für Hausarztprojekt
LiA: Lebensqualität im Alter

Der MEDICA-Förderpreis für Interdisziplinäre Projekte der Medizin wurde in diesem Jahr erstmals an eine Hausarztpraxis vergeben. Ausgezeichnet wurde eine strukturierte Zusammenarbeit für die Betreuung alter, multimorbider Patienten. Preisträger sind der Allgemeinarzt-Autor Dr. med. Wolfgang Blank und seine Medizinische Fachangestellte Waltraud Mader.

führung und 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‘ mei‘m Sohn versprochen, ihm beim Dachdecken zu helfen. Das kann er nicht allein“.

Arzt: „Was belastet sie am Meisten?“

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

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



Vorsicht, „Placebo-Reaktor“

Patientenversorgung basiert auf Emotionen, dem „Trieb zu helfen.“
[Eugen Bleuler 1919,
„Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung“]

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

Ärzte und Pflegekräfte folgen diesem Appell und oft machen wir lieber „etwas“ mit wenig Aussicht auf Erfolg als nichts.

*Diese intrinsische Motivation macht uns zu „Placebo-Reaktoren“:
Wir glauben daran, dass wir mehr Gutes als Schlechtes tun und blenden Unerwünschtes gerne aus.
[„Clinical Mentality“, nach Eliot Freidson, „The Profession of Medicine“ 1970]*

Das, was uns die Kraft für die Patientenversorgung auch in extremsten Situationen gibt, kann uns blind machen zu erkennen, ob wir das Richtige und Gute getan haben.



Ökonomisch:

Institutionen müssen „WERTE“ darlegen,
um über „PREISE“ **verhandeln** zu können.

**„Qualitätswettbewerb“
statt
„Preiswettbewerb“**



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

Berlin, 18.06.2012

Pressemitteilung BÄK, Juni 2012



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

Value Based Healthcare

www.bettervaluehealthcare.net

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

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

International

ICHOM - International Consortium for Health Outcomes Measurement

 <p>Pregnancy and Childbirth Maternal and neonatal</p>	 <p>Inflammatory Bowel Disease Digestive</p>	 <p>Overactive Bladder Urogenital</p>	 <p>Colorectal Cancer Malignant neoplasms</p>	 <p>Cleft Lip & Palate Congenital anomalies</p>	 <p>Lung Cancer Malignant neoplasms</p>
 <p>Breast Cancer Malignant Neoplasms</p>	 <p>Heart Failure Cardiovascular and circulatory</p>	 <p>Older Person Primary/Preventative care</p>	 <p>Craniofacial Microsomia Congenital Anomalies</p>	 <p>Hip & Knee Osteoarthritis Musculoskeletal</p>	 <p>Stroke Cardiovascular and circulatory</p>
 <p>Dementia Neurological</p>	 <p>Coronary Artery Disease Cardiovascular and circulatory</p>	 <p>Localized Prostate Cancer Malignant neoplasms</p>	 <p>Low Back Pain Musculoskeletal</p>	 <p>Macular Degeneration Sense organ</p>	
 <p>Cataracts Sense organ</p>	 <p>Parkinson's Disease Nervous system</p>	 <p>Depression & Anxiety Mental and behavioral disorders</p>	 <p>Advanced Prostate Cancer Malignant neoplasms</p>	 <p>[Quelle: http://www.ichom.org/medical-conditions; abgerufen am 03.02.2017]</p>	

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



Completed Conditions www.ichom.org

- 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.





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

Von: Dr. Günther Jonitz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Erik Bodendieck als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Andreas Crusius als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Günther Matheis als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Theodor Windhorst als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Florian Gerheuser als Delegierter der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. Simone Heinemann-Meerz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Dr. Susanne Johna als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Frank-Ullrich Schulz als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer
Prof. Dr. Wilhelm-Bernhard Niebling als Delegierter der Landesärztekammer Baden-Württemberg

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHLIESSUNG FASSEN:

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

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

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

ANGENOMMEN

„Grundlegender Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik nötig:

Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Kosten und Strukturen“

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

Im BMG bekannt und mit Interesse
aufgenommen]



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

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

GJ



Essenz guter Systeme

- Ziele in Form von Werten
- Gemeinsame Verantwortung
- Führung
- Lernen

„Wichtigste Frage: Wie lernt das System?“



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

GJ

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

g.jonitz@aekb.de

