

[Foto: Stefanie Seuffert]

Über die Grundfehler der Gesundheitspolitik und werteorientierte Versorgung als Ausweg

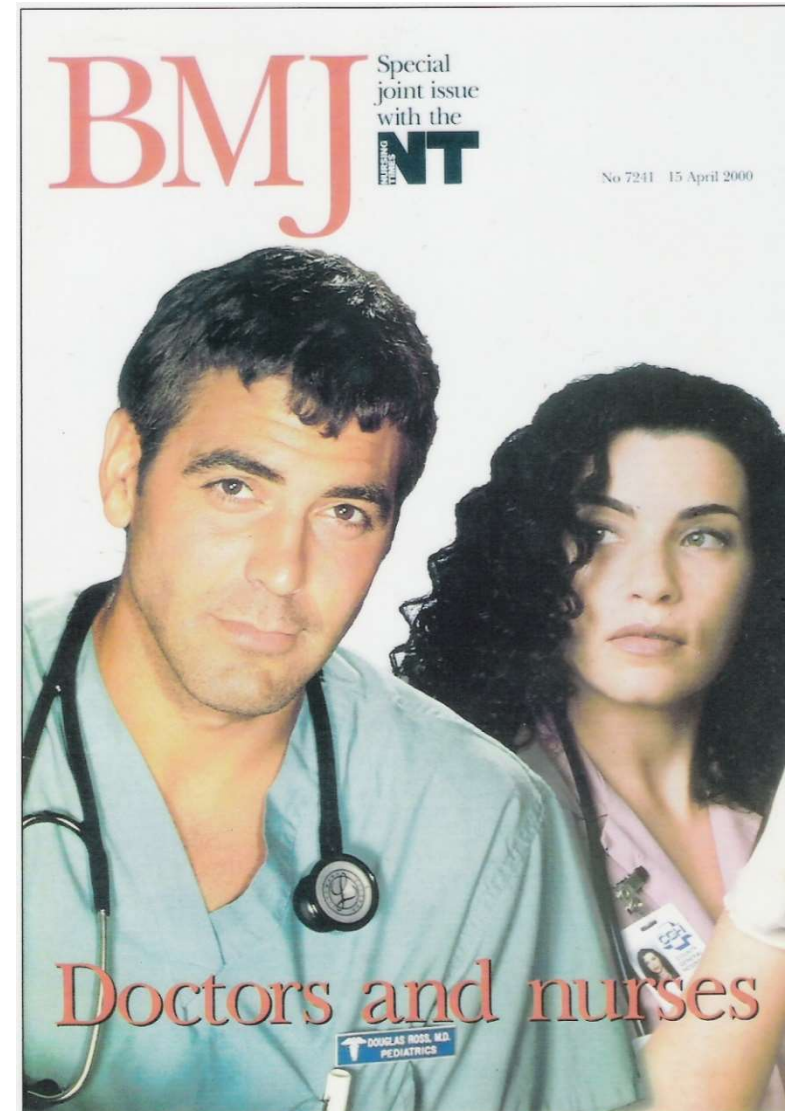
12. Qualitätskonferenz der
Kreiskrankenhaus Delitzsch GmbH
15. Januar 2018



Dr. med. Günther Jonitz



In der
Patientenversorgung
zu arbeiten
ist großartig!



Die Gesundheitssysteme sind in einer Dauerkrise.

Dies betrifft praktisch alle Systeme.

Das kapitalistische System in den USA genauso
wie staatliche in Großbritannien
oder unser eigenes.



**Was haben diese Systeme
gemeinsam?**



Es ist das Organisationsprinzip „Fließband“

Politiker machen die Regeln (Gesetze),

Krankenkassen kümmern sich um die Finanzierung,

Krankenhäuser, Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen
kümmern sich um die Versorgung,

Patienten nehmen diese entgegen.



Was am Ende des Fließbandes
herauskommt, welche

Werte („value“),

geschaffen werden

- *vom Patienten aus gesehen* -

ist unbekannt.



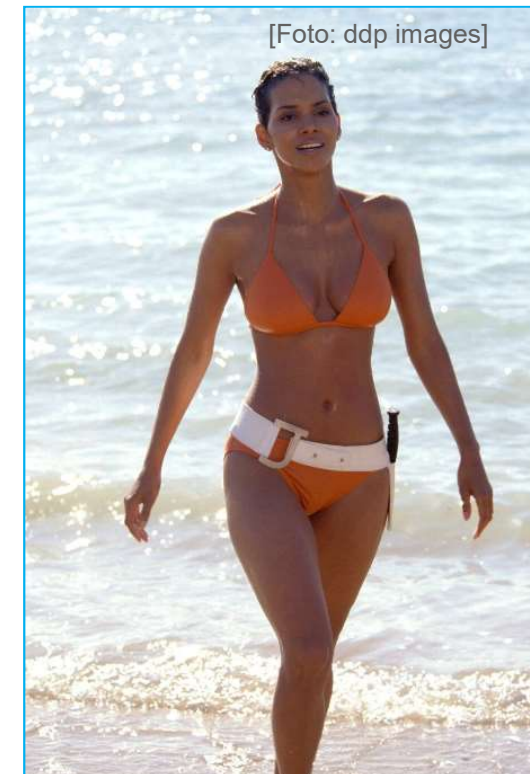
Die Ziele der Akteure sind z. T.
entgegengesetzt.



Es gibt **keine gemeinsame
Verantwortung** der Institutionen
für das Ergebnis der Behandlung.

Die Medizin ist in der **„Fortschrittsfalle“**

Je besser wir (Ärzte, Pflege,
Gesundheitsberufe...) werden,
umso mehr Patienten gibt es.



Diabetes mellitus Typ I





Dies führt zu einem steigenden Bedarf an Geld

Für mehr, aufwendigere und länger andauernde Versorgung.

Wenn die Ressourcen knapp
werden, stoppt das Fließband.

Der Ruf nach „mehr Geld“
wird lauter,
„Schuldige“ werden gesucht.



Die Krise im Gesundheitswesen resultiert nicht aus schlechter, sondern aus leistungsstärkerer Versorgung.

Das eigentliche Problem ist
das „**Versorgungsprinzip Fließband**“:
nacheinander, statt miteinander.



Kardinalfehler der Politik

**In den 60er bis 80er Jahre
kam es zu einer höchst erfreulichen
Leistungsexplosion
von Medizin und Pflege.**



Kardinalfehler der Politik

**Die Politik reagierte
symptomatisch mit
Kosten- und Mengenbegrenzungen
(„Kostendämpfungsgesetze“).**



Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

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



Die Versorgung ist teurer geworden
 - und schlechter.



„Markt“ und „Wettbewerb“ sollten die Probleme lösen.

Gesundheitsökonomien übernahmen

die Führung im Gesundheitswesen.

Medizincontroller machen die konkreten Vorgaben.

„Vergessen sie alle Humanität. Es geht nur noch um Wirtschaftlichkeit.“

[Ärztlicher Direktor nach den Budgetverhandlungen, 90er Jahre...]



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]



Niederlande vs Nordrhein-Westfalen

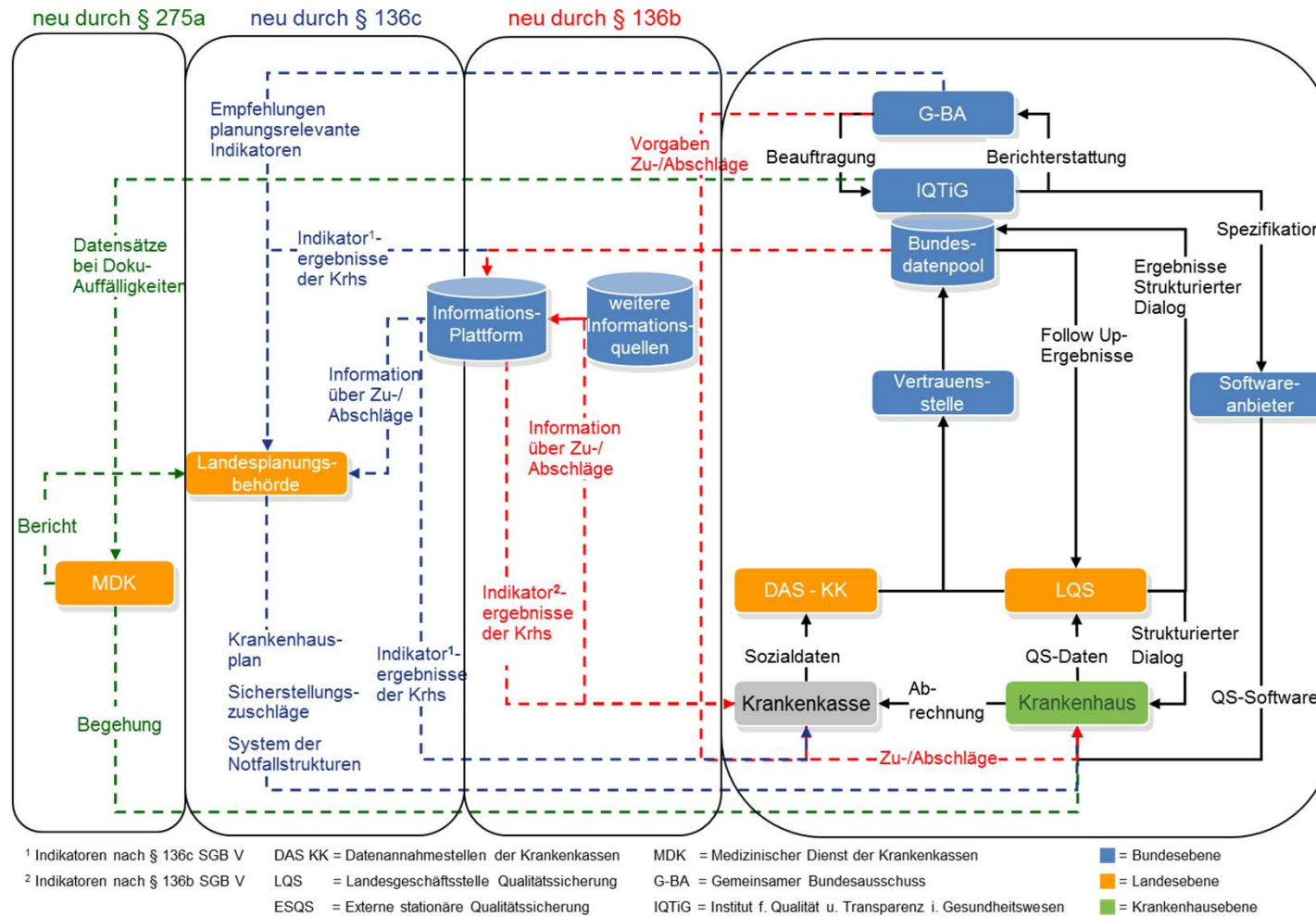
	NRW	NL
Größe	34.110km ²	41.548km ²
Einwohner	17.865.516	16.979.120
Krankenhäuser	348	159



Verfahren der Qualitätssicherung,
von BMG und Kassen oft als
Qualitätskontrolle falsch verstanden,
wurden der Patientenversorgung
aufgezwungen.



Stationäre Qualitätssicherung – Verfahren nach KHSG



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



Das Ergebnis war

Personalabbau

Personalmangel

Bürokratisierung

Fremdbestimmung

Burn-out

Flucht aus patientennahen Berufen

„Danke, dass Sie noch dabei geblieben sind!!!“



**STERN,
31. 5. 2001**



„...überarbeitete Ärzte werden ein Risiko für die Patienten.“





**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)



***„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]



Wie geht es weiter?



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

(siehe Fußballmannschaften, Unternehmen, Paarbeziehungen...)

;-)



Was ist **Optimierung** =

€ (=Profit, Rendite)

oder

Qualität / Werte

= hochwertige Behandlung und
humane Betreuung

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



Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung
statt
Dezimierung
von Strukturen 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“.

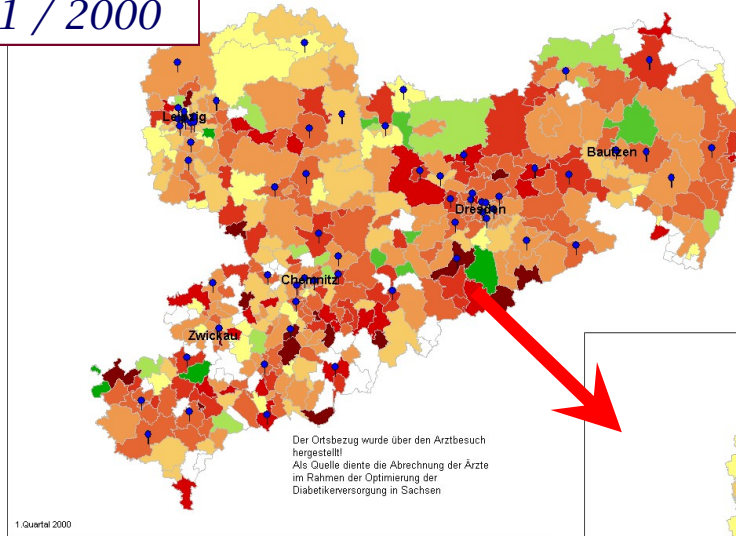
Welche 20% unserer Patienten machen
80% unserer Arbeit aus?

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

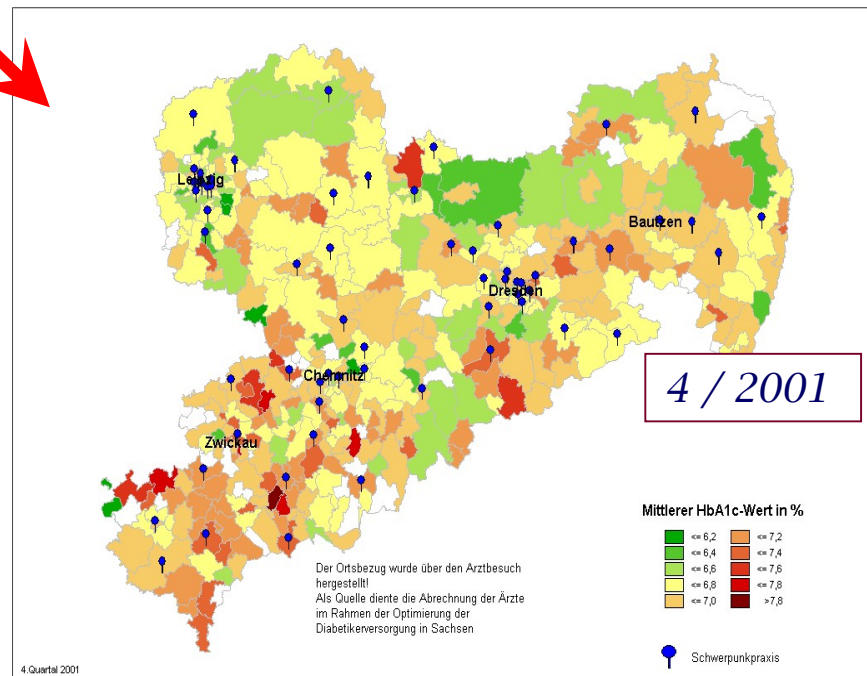
1 / 2000



„allocation value“

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

4 / 2001



„Lernendes System, Zusammenarbeit, gemeinsame Ziele“



Optimieren

Beispiel: „Klug entscheiden“ Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin

Deutsches Ärzteblatt

Sonderdruck

113. Jahrgang | Heft 13

1. April 2016 | Köln

Gegen Unter- und Übersorgung

Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) verfolgt mit ihrer Initiative „Klug entscheiden“ das Ziel, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu identifizieren, die häufig nicht fachgerecht erbracht werden.



Klug entscheiden

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

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.



Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin e.V.

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



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](#)

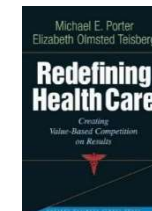
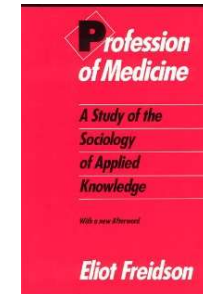
[NVL Nicht-spezifischer Kreuzschmerz](#)

[NVL Unipolare Depression](#)

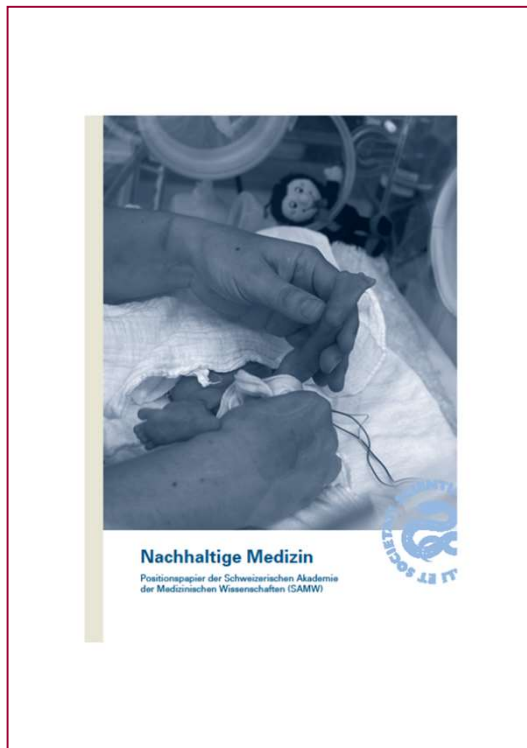


Optimierung

- 1919 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
- 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>



Selbstkritik!



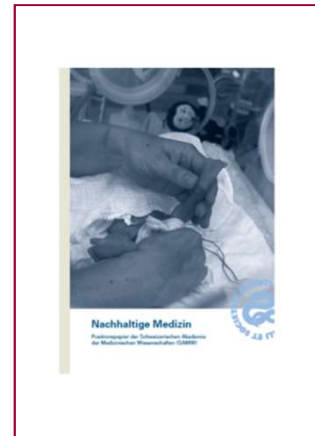
**Schweizerische
Akademie der
medizinischen
Wissenschaften**

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

1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.

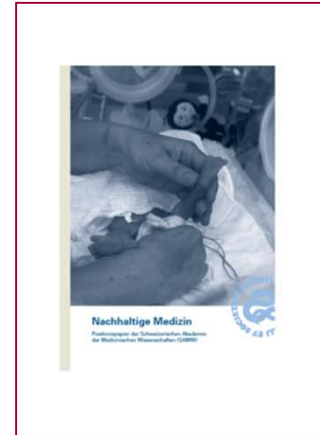
Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den **Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert.**

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

„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**

Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete
Medizin

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, Physiotherapeuten und Allgemeinärztin arbeitet seit 2006 erfolgreich an dieser Aufgabe.

Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald

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

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 Allgemeinärztin Dr. med. Wolfgang Blank und seine Medizinische Fachangestellte Waltraud Mader.

führung und Demenzzustand 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.

International

ICHOM – International Consortium for Health Outcomes Measurement



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



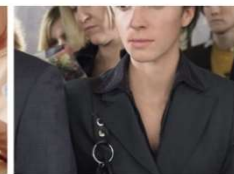
Macular Degeneration
Sense organ



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



Completed Conditions

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

www.ichom.org

- 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.





**TOP Ia Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
Aussprache zum Leitantrag**

Titel: Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig - Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen

Entschließungsantrag

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

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

Der von der Politik 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!

ANGENOMMEN

„Grundlegender Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik nötig“

[Auszug aus dem Antrag zum 120.
Deutschen Ärztetag 2017 in Freiburg,
einstimmig angenommen.
Im BMG bekannt und mit Interesse
aufgenommen]





„Herr Jonitz,

*in amerikanischen Krankenhäusern ist der Chef ein Jurist,
in westdeutschen ist es ein Ökonom.*

*In der DDR war es immer
der Ärztliche Direktor, der das Sagen hatte“*

PD Dr. sc. Peter Luther, Immunologe,
Senator für Gesundheit in Berlin 1991 bis 1996

<http://www.peter-luther.de/vita.htm>



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



Sprechen Sie mit Ihren Kolleginnen und Kollegen über gute Versorgung.

Dokumentieren Sie Engpässe und alles, was Sie von Ihrer guten Arbeit fern hält.

Machen Sie Vorschläge für eine bessere Organisation vor Ort.

Laden Sie Ihre Politiker – alle, nicht nur die Gesundheitspolitiker!! – ein und reden Sie mit Ihnen.

Die Verantwortung für das System, in dem wir alle arbeiten, liegt bei der Politik.

Wir müssen ihnen sagen, was zu tun ist.



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

GJ

Machen Sie mit. Anfangen ist wichtig, besser machen kann man immer noch.

g.jonitz@aekb.de

