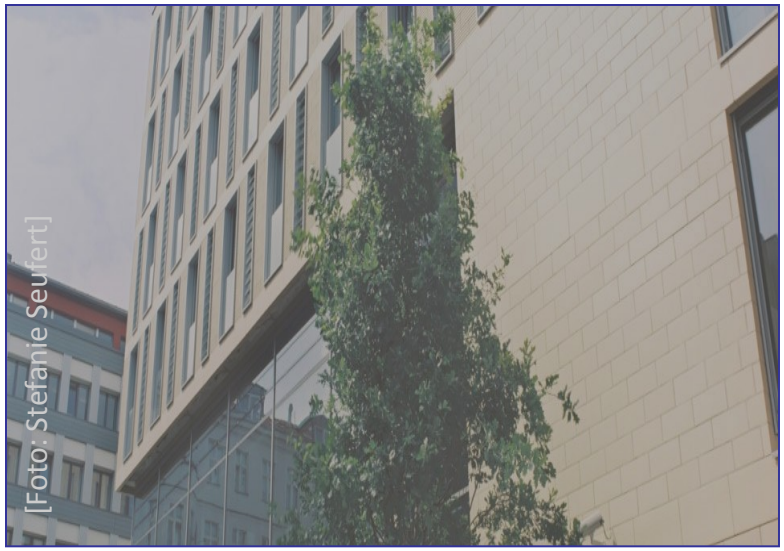
ÄRZTEKAMMER BERLIN


[Foto: Stefanie Seufert]

Qualität erzeugen: Professionalität oder werteorientierte Patientenversorgung

Berliner Forum der AWMF

Berlin, 15. Oktober 2015

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

Was hat sich geändert?

Leistungsfähigkeit der Medizin

- **Onkologie**
- **Chronische Krankheiten** (Diabetes mellitus)
- **Herz-Kreislaufkrankheiten** (Herzinfarkt, Schlaganfall)
- **Infektionskrankheiten** (HIV, Pneumonie)
- **Risikogruppen** (Frühgeborene, alte Menschen)
- **Zugänglichkeit, Erreichbarkeit**

Schriftliche Erfolgsbilanz ??

Was hat sich geändert?

Demographischer Wandel

- Durchschnittsalter in Klinik und Praxis steigt
- Multimorbidität steigt
- Belastbarkeit sinkt (m. E.)

„Gesellschaft des langen Lebens"

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/gegensätzlich
- 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.**

Krise in Gesundheitssystemen weltweit

Finanzierung!?!

Verteilung?

Steuerung?

Wo geht die Reise hin?

Führung/Steuerung

durch

Vorschriften/Richtlinien/Gesetze

und

Mengenvorgaben??

Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten		Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,22
1995	Bundespflegesatzverordnung	13,15
1995	Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG)	13,58
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG)	13,58
1999	GKV-Finanzstärkungsgesetz	13,62
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	13,6
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	13,57
2001	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	13,58
2002	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	13,98
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	13,98
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV	13,98
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)	13,98
2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz	14,31
2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	14,31
2003	Fallpauschalengesetz (FPG)	14,31
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	14,22
2006	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	14,21
2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)	14,8
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	14,8
2008	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	14,9
2009	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)	15,2*
2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	15,2*
2010	Gesetz zur Änderung 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

Erfolglose Kostendämpfung

„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]

Jedes System neigt zunächst zur Leistungsausweitung,

dann zur Optimierung.

Was heißt „Optimierung“ im Gesundheitswesen?

Und wie erreicht man sie?

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"

Strategie:

Systematisieren

Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

Humanisieren

(Günther Jonitz)

Optimieren!

„Mache die Ergebnisse transparent, und du erhälst einen Wettlauf der Systeme."

Reinhard Mohn

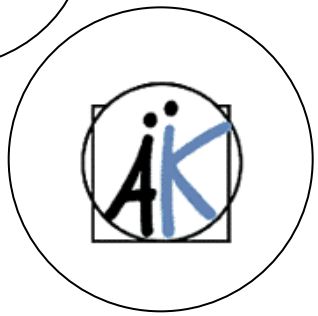
äzq

AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

BUNDES
GESCHÄFTS
STELLE
QUALITÄTS
SICHERUNG
GGMBH

Gemeinsamer
Bundesausschuss


AiK

KBV
Kassenärztliche
Bundesvereinigung

IQM
INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

ebm
Deutsches Netzwerk

Qualitätskliniken.de

AWMF
IMWi - Institut für
Medizinisches
Wissensmanagement

BUNDESÄRZTEKAMMER

KTQ
Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

Bundesministerium
für Gesundheit

Guidelines International Network

Etc….

AiK

Aktivitäten der Ärzteschaft:

- Evidenzbasierte Medizin
- Cochrane Collaboration
- Leitlinien

- Curricula QM, PatSich, EbM, Peer Review, Ärztliche Führung

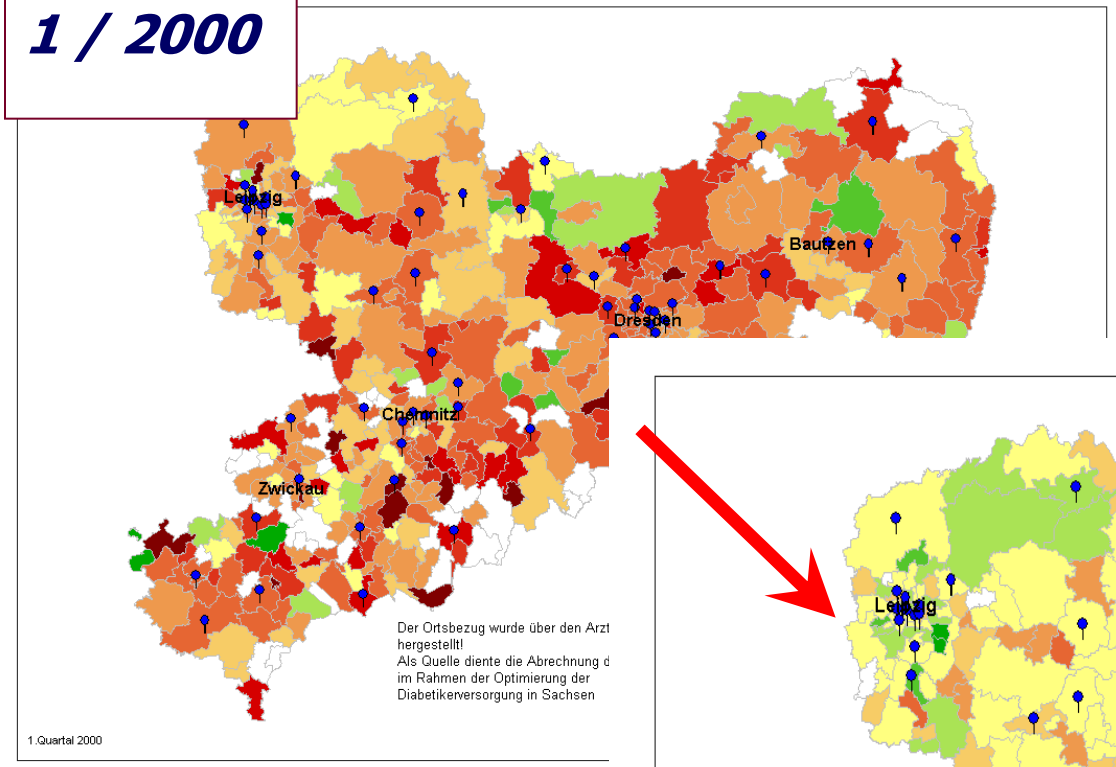
- **„Choosing Wisely - Gemeinsam klug Entscheiden“**

Systematisieren!

- Pareto-Regel 20 : 80
- Gezielte gemeinsame Aktion

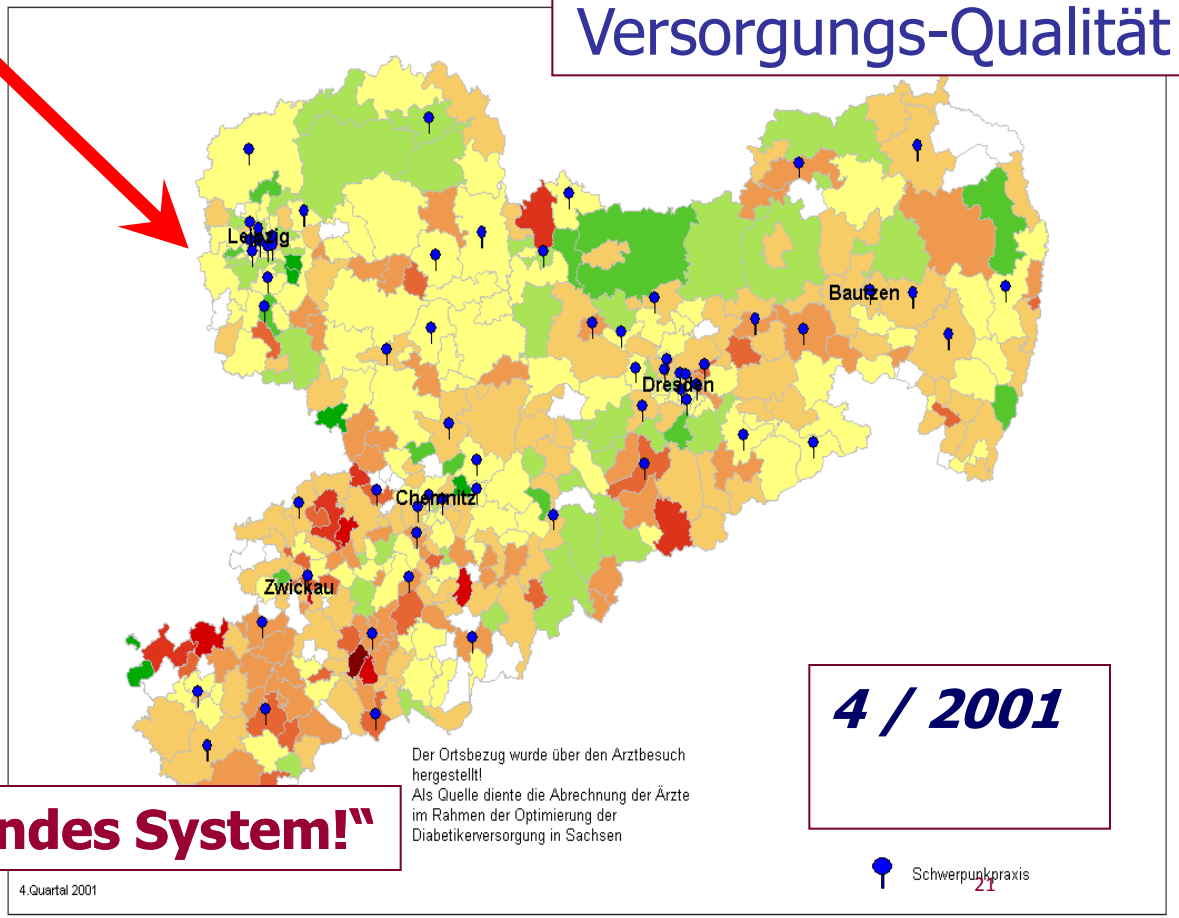
z. B. via DMPs, problemorientierte i. v. Verträge (KKH),
Lebensqualität im Alter (LIA), …

1 / 2000



Systematisieren, Optimierung der Versorgungs-Qualität

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



4 / 2001

„Lernendes System!"

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)*

Pfiffige
Intelligente
Persönliche
Ausgezeichnete
Medizin

Definition individueller Behandlungsziele

Medizinisches Spektrum > LIA Projekt

- Startseite
- Praxis
- Medizinisches Spektrum
  - Diagnostik
  - Therapie
  - Prävention
  - Schulungen
  - Gelbfieberimpfstelle
  - Hausbesuche
  - Betreuung Chronisch Kranke
  - LIA Projekt
  - Flugmedizin
- Gesundheitsinformationen
- Qualitätsmanagement
- Auszeichnungen
- Die Praxis in der Presse
- Service
- Kontakt

Suchen...

LIA - Lebensqualität im Alter

Ein geriatrisches Projekt in der Gemeinde Kirchberg im Wald

Das Ziel: Selbstständigkeit:

In seinem räumlichen und so
wichtiges Ziel alternder Mens
Patienten, Angehörigen und
frühzeitige Einweisung in eine
Ziel unseres Projektes ist es,

Problemstellung:

Aus hausärztlicher Sicht schrä

· Multimorbidität mit zunehmen

· Sturzereignisse mit nachfolge

· Demenzentwicklung mit Verlu

Hausärzte werden von ihren
kontaktiert. Sie sind somit p
Hausärzte sich besonders be
liegt somit auf der Hand.

Die Gebührenordnung (EB
Demenzentwicklung nicht ohn
tätige Internisten und Medizin
weit Ärzte, die das geriatri-sch
lang nicht untersucht.

HAUSARZT UND POLITIK

MEDICA-Förderpreis für Hausarztprojekt

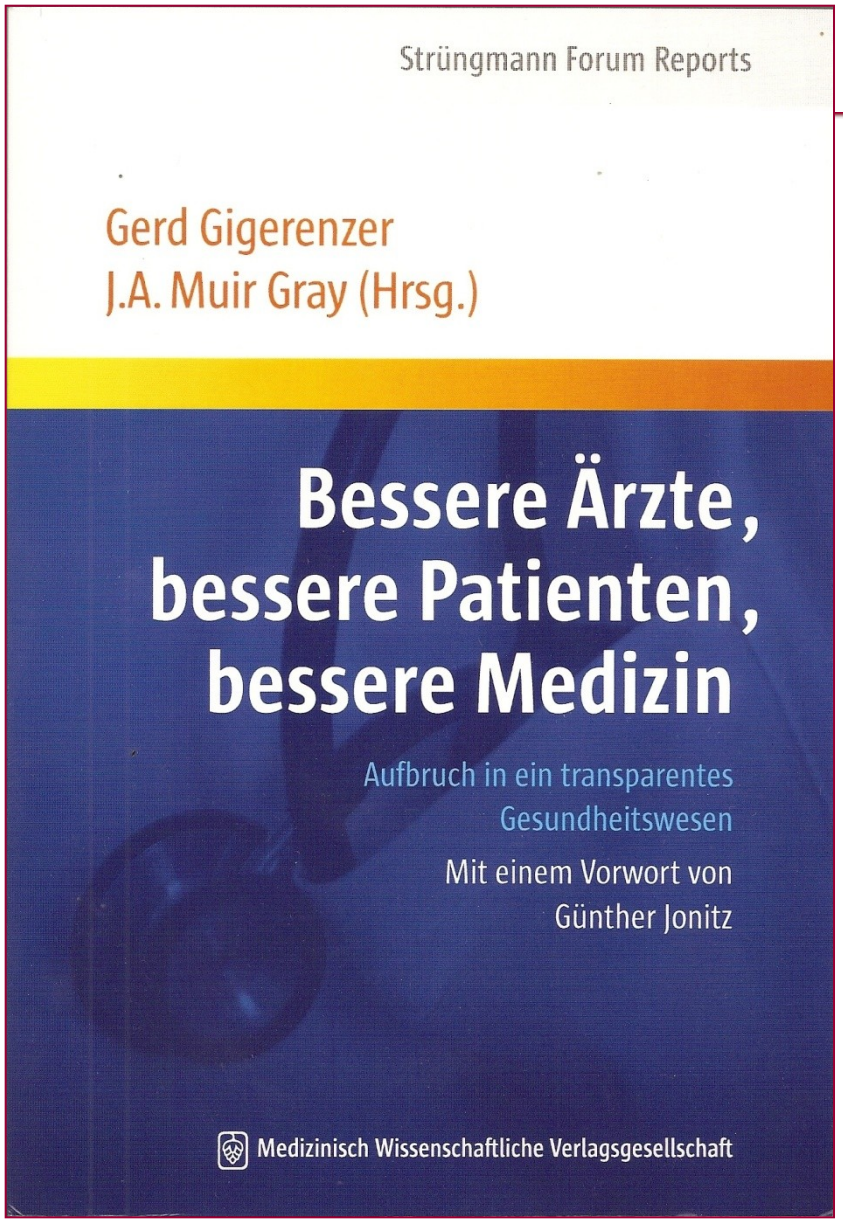
LiA: Lebensqualität im Alter

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

Fotolia

fährdung 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

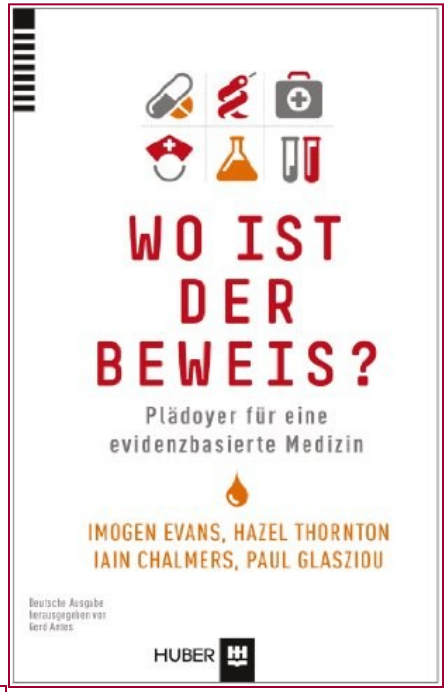


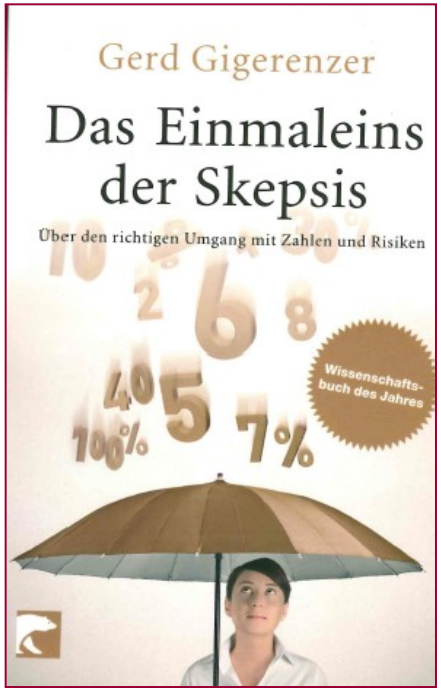
Qualitätsverbesserung durch Kompetenzsteigerung statt mechanistischer Vorgaben

„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

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

(Günther Jonitz)

Neue politische Strategie !?

Optimierung der Versorgung

statt

Dezimierung der Strukturen

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

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"

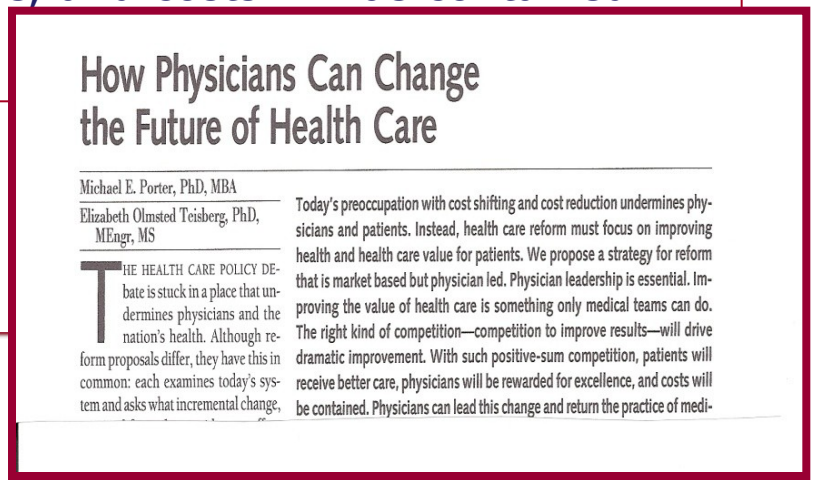
(Kosten, Mengen, Struktur- und Prozessvorgaben) gesteuert

sondern über Ergebnisse (Outcome) geführt wird.

„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



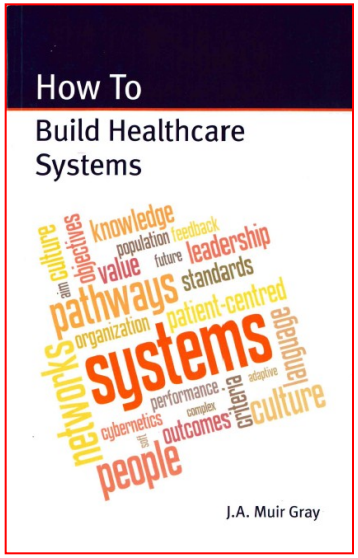
How Physicians Can Change the Future of Health Care

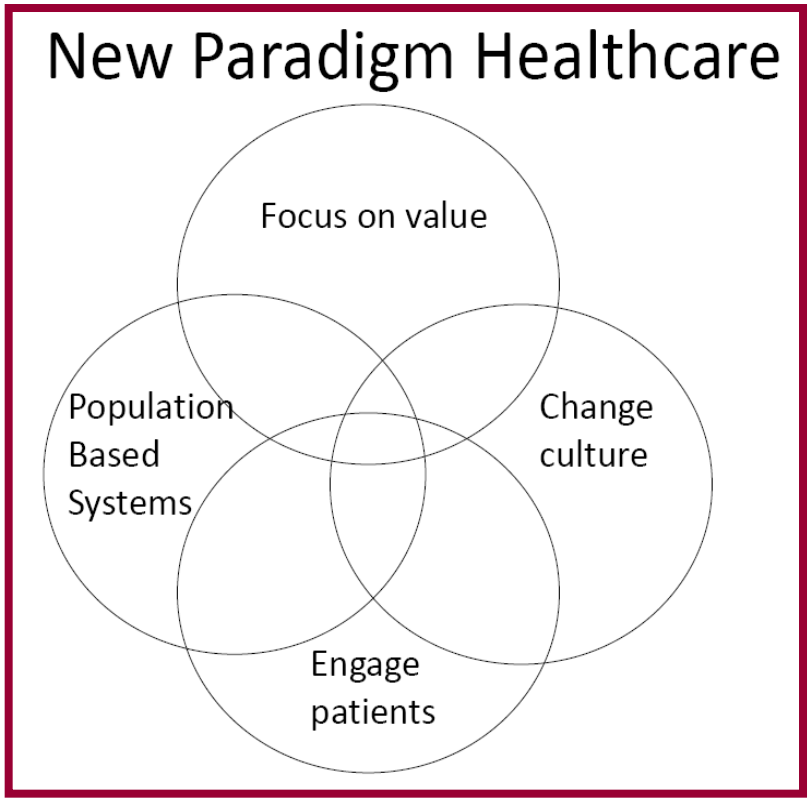
Michael E. Porter, PhD, MBA
Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD, MEngr, MS

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

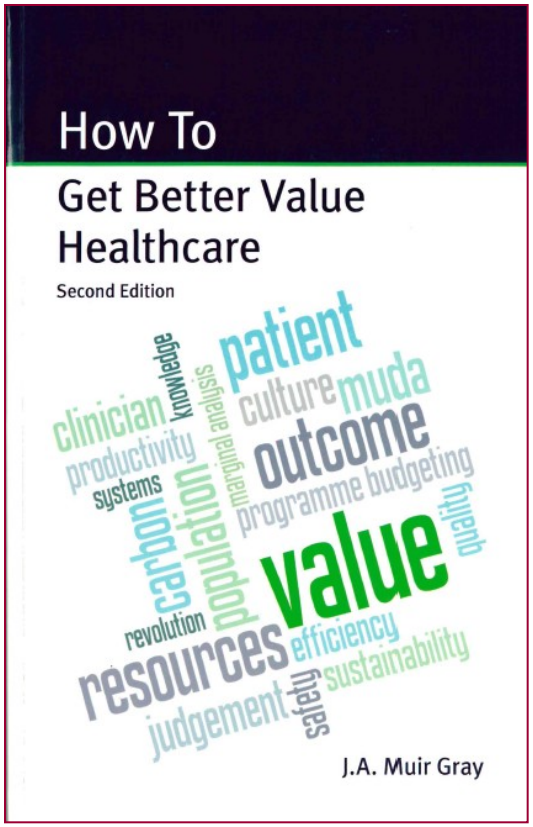
Today's preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients. Instead, health care reform must focus on improving health and health care value for patients. We propose a strategy for reform that is market based but physician led. Physician leadership is essential. Improving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

UK- Better Value Health Care





Quelle: Vortrag Sir Muir Gray, UK 2012



Sir Muir Gray, Offox Press 2011

Better Value Healthcare

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

Value Based Healthcare

www.bettervaluehealthcare.net

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****.*

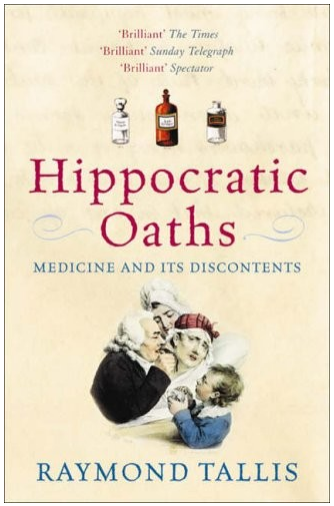
Solche Anreize entstehen z.B. durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel (für ambulante bzw. stationäre Versorgung, Spitex, Pflegeheime), durch Einzelleistungssysteme und durch die Verzerrung von Pauschalfinanzierungen (DRG). Erforderlich ist ein neues Finanzierungssystem, das sich an Qualität, Effizienz,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

Und die ärztliche Standespolitik?

"That an inward looking profession, obsessed with its own tribalism, collectively failed to make self-regulation work properly and so protect all patients from avoidable harm, is quietly ignored."

See Perspectives page 1479

[Quelle: Lancet Nr. 9444/2004, Buchbesprechung „Hippocratic Oaths", Raymons Tallis]



„Die gesundheitspolitische Diskussion gewinnt der, der glaubhaft Anwalt der Patientenversorgung ist“

g.jonitz@aekb.de