



## „Über die Grundirrtümer der Gesundheitspolitik und warum Value-Based Health Care die Lösung ist“

Dr. med. Günther Jonitz  
GÖG-Colloquium, Gesundheit Österreich GmbH  
14.01.2020, Wien

# Die medizinische Versorgung ist eine beispiellose Erfolgsstory

Akutversorgung, z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall

Unfallchirurgie, Orthopädie

Chronische Krankheiten (z. B. Diabetes mellitus)

Infektionskrankheiten (z. B. AIDS)

Onkologie

Frühchenversorgung

Geriatric

Allgemeinmedizin

Erreichbarkeit

*Erfolgsbilanz???*



[Foto: ddp images]

Diabetes mellitus Typ I

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

# Krankenhausvergleich Niederlande vs Nordrhein-Westfalen

	NRW	NL
Größe	34.110km <sup>2</sup>	41.548km <sup>2</sup>
Einwohner	17.865516	16.979.120
Krankenhäuser	<b>348</b>	159

# Kardinalirrtum in der Politik

Die Politik reagierte

**symptomatisch** mit

**Kosten- und Mengenbegrenzungen**

*(„Kostendämpfungsgesetze“).*

Politik der „**Dezimierung**“

von Kosten, Mengen und Strukturen

# Hidden Agenda der „Ökonomisierung“

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

*Das haben wir mit DRG's nicht geschafft,  
da brauchen wir jetzt die Qualität für.“*

[Zitat eines Protagonisten der deutschen Gesundheitspolitik]

# Kardinalirrtum der Politik

„Markt“ und „Wettbewerb“  
verstärkten zusätzlich  
das **Gegeneinander**

Welches Ziel verfolgt „der Markt“?

Worum geht es beim „Wettbewerb“?

# 30 „Reformgesetze“ in 25 Jahren 1989 - 2012

## Die wichtigsten Reformen im Gesundheitswesen

Inkrafttreten		Durchschnittlicher Beitragssatz in %
1989	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)	12,9
1993	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)	13,2
1995	Bundespfllegesatzverordnung	13,15
1995	Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG)	13,15
1997	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntG)	13,58
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz (1.NOG)	13,58
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz (2.NOG)	13,58
1999	GKV-Finanzstärkungsgesetz	13,62
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	13,6
2000	GKV-Gesundheitsreform 2000	13,57
2001	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	13,58
2002	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	13,98
2002	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	13,98
2002	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) in der GKV	13,98
2002	Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG)	13,98
2003	Krankenhaus-Entgeltgesetz	14,31
2003	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	14,31
2003	Fallpauschalengesetz (FPG)	14,31
2004	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)	14,22
2006	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)	14,21
2007	Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG)	14,8
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)	14,8
2008	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz	14,9
2009	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG)	15,2*
2009	Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG)	15,2*
2010	Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften	14,9
2011	Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)	15,5
2011	GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)	15,5
2012	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)	15,5
2012	Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG)	15,5

ab 2009 GKV-weit einheitlicher Beitragssatz \* 1. Halbjahr 2009 15,5 %, 2. Halbjahr 2009 14,9 %  
www.aok-reformdatenbank.de Quelle: AOK-Bundesverband

## Erfolgreiche „Kostendämpfung“

*GKV-Beiträge sind  
von 12,9 auf 15,5% gestiegen*



*„Je dicker das SGB V,  
desto teurer und schlechter  
die Versorgung“*

*GJ*



Foto privat

Gesetz zur Stärkung der Vor-Ort-Apotheken - noch nicht in Kraft ● Faire-Kassenwahl-Gesetz - GKV-FKG - noch nicht in Kraft ● Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) - noch nicht in Kraft ● 15. SGB V-Änderungsgesetz (Gesetz zur Ausstattung der elektronischen Gesundheitskarte mit kontaktloser Schnittstelle) - noch nicht in Kraft ● Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende (GZSO) - 04/19 ● Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) - Inkrafttreten in Teilen zu 01/19 ● Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) - Inkrafttreten 10/18 ● GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG) - Inkrafttreten 01/19 ● Hebammenreformgesetz - HebRefG - noch nicht in Kraft ● Gesetz zur Stärkung der Hebammen (HebRefG) - noch nicht in Kraft ● Zweites  
Gesetz zur Stärkung der Hebammen (HebRefG) - noch nicht in Kraft ● Zweites  
Datenschutzgesetz (DSG) - 01/18 ● Gesetz zur Stärkung der Hebammen (HebRefG) - noch nicht in Kraft ● Zweites  
Versorgungsgesetz (TSVG) - noch nicht in Kraft ● Gesetz zur Stärkung der Hebammen (HebRefG) - noch nicht in Kraft ● Zweites  
anderer Vorschriften - 07/17 ● Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) - 04/17 ● EU-Medizinprodukte-Verordnung - 04/17 ● Reform der Pflegeausbildung - 07/17 ● Selbstverwaltungsstärkungsgesetz (GKV-SVSG) - 01/17 ● Anti-Korruptionsgesetz - 06/16 ● Gesetz zur Bekämpfung der Verbreitung neuer psychoaktiver Stoffe - 11/16 ● Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen - 11/16 ● Pflegestärkungsgesetz III - 12/16 ● Transplantationsregistergesetz - 09/16 ● E-Health-Gesetz - 01/16 ● Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) - 01/16 ● Krankenhaus-Strukturreformgesetz (KHSG) - 01/16

# 18 Gesetze zur Gesundheitspolitik in 18 Monaten

Dank an Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, Bundesärztekammer

***Deutschland ist flächendeckend  
in der weichen Rationierung!!!***

**Mangel an Pflegekräften**

**Hausärzten**

**Landärzten**

**Facharzttermine**

**Medikamente**

*Die Versorgung  
ist teurer geworden  
- und schlechter.*

**derzeit sind beim BfArM über 500 Medikamente als nicht lieferbar gelistet**

# *Die alte Gesundheitspolitik ist tot*

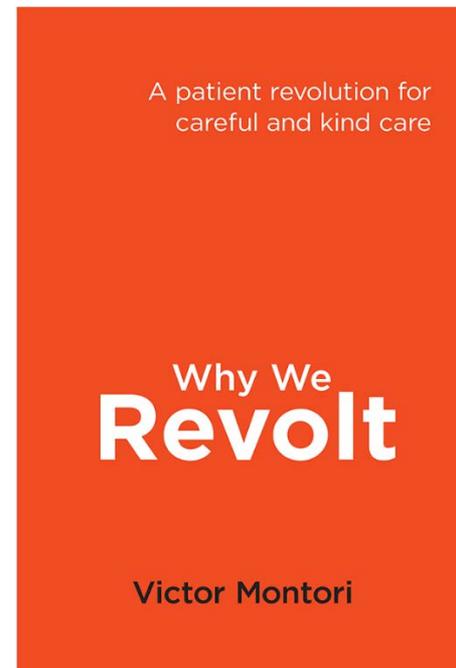
Manche Politiker ahnen das.

Patienten und Gesundheitsberufe wissen das schon.

Die Öffentlichkeit auch:



STERN Nr. 37  
vom 5.9.2019



<https://patientrevolution.org/whywewerevolt>



# Die Gesundheitssysteme sind in einer Dauerkrise.

## Dies betrifft praktisch alle Systeme.

Das kapitalistische System in den USA  
genauso wie staatliche bspw. in Großbritannien  
oder unser eigenes (*Plan- und Marktwirtschaft*).

# Wo sind die Systemfehler?

# 1.) 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.

*Es wird nacheinander gearbeitet, und z. T. gegeneinander,  
anstatt miteinander*

## 2.) Das „System wird über „input“ gesteuert“.

Wieviel Geld geben wir aus für: Krankenhäuser,  
Medikamente, Pflege, Ärzte etc...

Jede Einrichtung kann Rechenschaft über Ausgaben und  
Einnahmen ablegen.

## — 3.) Es ist blind für **Ergebnisse**

Was am Ende des Fließbandes herauskommt, welche

**Werte („value“)**

geschaffen werden

- *vom Patienten aus gesehen* -

**ist unbekannt.**

Praktisch keine Einrichtung kann Rechenschaft über medizinische  
Ergebnisse (outcomes, value, „Qualität“) ablegen.

(Ausnahme: 1 Krankenhaus (Martini-Klinik), 1 Hausarztpraxis (Praxis Bayerwald))



### 3.) Es ist ignorant für Kosten



## Orthese Kniegelenk

Materialkosten	ca. € 10.-
Preis ab Fabrik	€ 467,40.- zzgl MWSt
Preis ab Fachhandel	€ 1089,90.-
	<b>= +272%</b>

## 3.) Es ist ignorant

für **Kosten**



**Asthma Spray** (Originalpräparat)

Apotheke Spanien (rezeptfrei) € 2,42.-

Preis in D ca. € 15.-

= +620%

## 4a.) Es ist kein System

Die **Ziele** der Akteure sind z. T. **entgegengesetzt**.

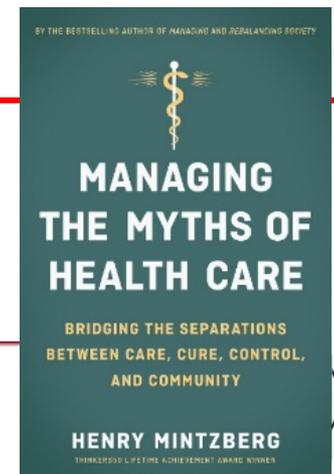
Es gibt (4b.) **keine gemeinsame Verantwortung** der Institutionen für das Ergebnis der Behandlung.

*„Eine Kuh ist ein System. Die unterschiedlichen Organe einer Kuh arbeiten gedeihlich zum gesamten Funktionieren einer Kuh zusammen. Die Organe im Gesundheitswesen agieren in höchst egoistischer Manier gegeneinander, zum Schaden der eigentlichen Aufgabe“*

Henry Mintzberg

Managing the Myths of Health Care, Oakland 2017

*Das Spiel heißt „Schwarzer-Peter“  
„Misstrauenskultur“*



# 5.) Es wird nicht geführt

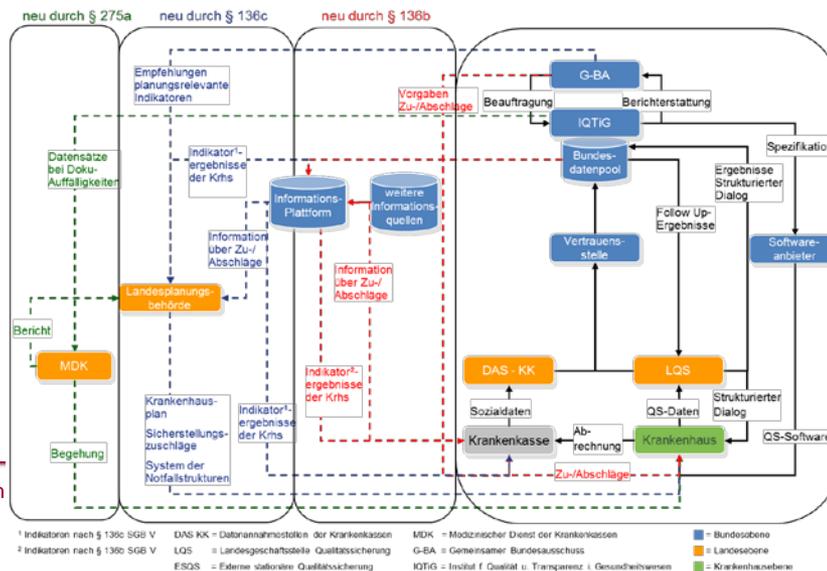
Sondern reguliert, administriert, kontrolliert und bürokratisiert.

Die Führungsverantwortung für Gesundheitsversorgung

liegt gemäß Grundgesetz beim Land.

Fast alle Steuerungsinstrumente liegen beim Bund.

Dort herrscht Kontrollbedürfnis statt Führungskraft



Dr. med. Günth

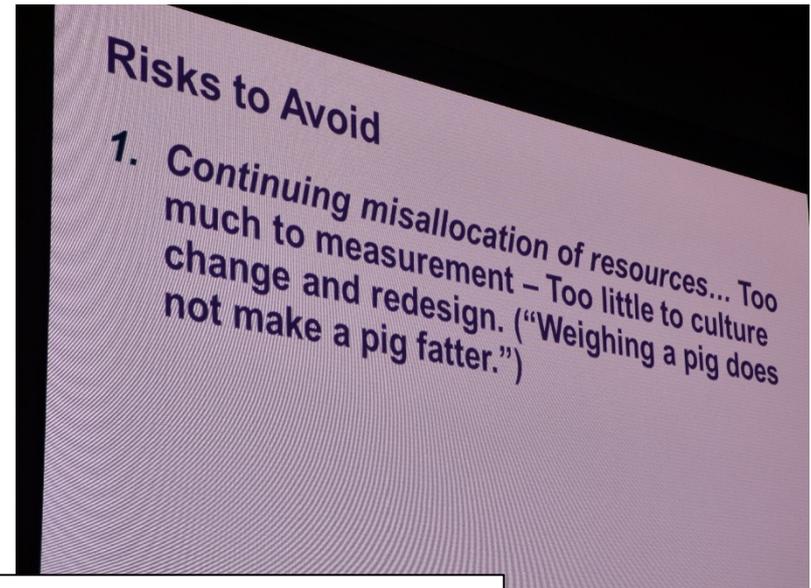
Stationäre QS nach KHSG

Dank an Dr. Oliver Boy, BÄK



# „Risks to avoid

1. Continuing misallocation of resources... Too much to measurement – Too little to culture change and redesign.“



*„Vom Wiegen wird die Sau nicht fett“*

Don Berwick, Key Messages,  
3rd Ministerial Summit on Patient Safety,  
April 2018, Tokyo

Fotos: GJ

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

**Theodor W. Adorno**

**1903 - 1969**

## 6.) die politische Strategie ist falsch:

*Dezimierung* von Kosten, Strukturen und  
Mengen („Politik in Negation“)

*(weniger Krankenkassen, weniger Krankenhäuser, weniger Fachärzte...)*

statt *Optimierung* der Versorgung

*(welche Versorgung brauchen meine Bürgerinnen und Bürger vor Ort?*

*Welche Strukturen sind da bzw. müssten geschaffen oder reformiert werden?)*

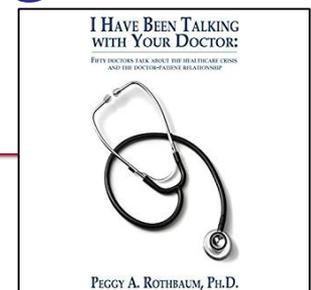
*„Gesundheitspolitik ist ganz einfach: Man beginnt beim Patienten und geht rückwärts“*

# Auswirkungen auf die ärztliche Grundhaltung:

*„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.“*

*[Peggy Rothbaum, „I have been talking with your doctors“, 2016]*



# Wie geht es weiter?

- Die Medizin hat sich verändert
- Die Patienten haben sich verändert
- Die Rahmenbedingungen haben sich verändert
- *Die Art und Weise unseres – auch politischen - Agierens hat sich **nicht** verändert*

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

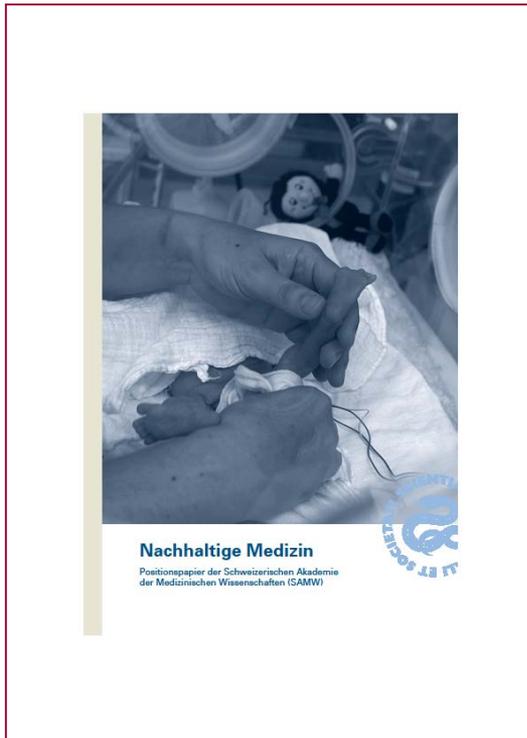
Don Berwick MD PhD

Ehem. Präsident des Institute for Healthcare Improvement, USA



Foto: privat, London 2016

# Mut zur Wahrheit!



**Schweizerische Akademie der  
medizinischen Wissenschaften**

7. 11. 2012

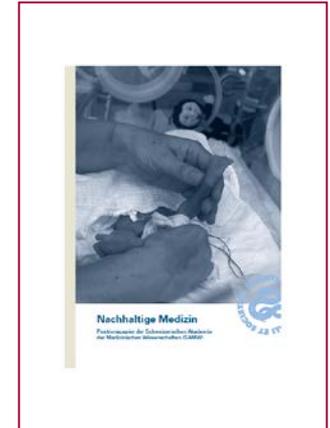
**Nachhaltige Medizin**

[www.samw.ch](http://www.samw.ch)

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

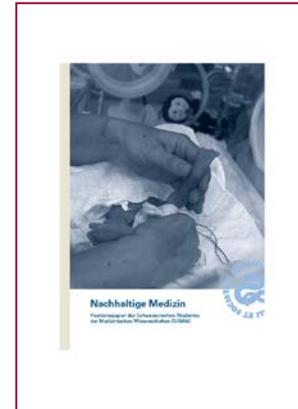
Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den **Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert.**

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.

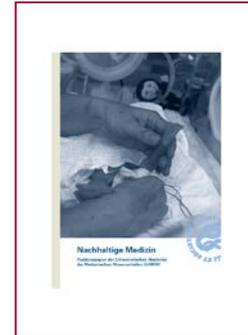


## *3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.*

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.

- ✓ Ein gesundes Gesundheitssystem hat „**Werte**“ als Ziel und Maßstab.
- ✓ Es **lernt** kontinuierlich daraus.
- ✓ Es basiert auf **Zusammenarbeit** (Teamarbeit)
- ✓ und benötigt eine kluge und wertschätzende **Führung**

# Um welche „Werte“ geht es?

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

- Werden Ressourcen angemessen auf verschiedene Populationsuntergruppen verteilt? -

*„Verteilungswert“, „Allokation“!*

- Werden die Ressourcen angemessen eingesetzt? -

*„technischer Wert“! (das Richtige richtig machen)*



**BVHC**  
Better Value Healthcare

[www.3vh.org](http://www.3vh.org)

Sir John Muir Gray, 1. Kongress vbhc ÄKB Berlin 16. 5. 2016

Alle Vorträge auf YouTube...



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

- Entspricht das Gesundheitswesen den Werten der Gesellschaft?

*„societal value“*

- Individuelle Behandlungsziele - Entsprechen die Behandlungsentscheidungen den Werten und Präferenzen des einzelnen Patienten? -

*„personalisierter Wert“ „patient reported outcomes“!*

*= PROMs bzw. PREMs (patient reported experience measurements)*

# Dreiklang:

## Systematisieren

## Optimieren

(Marc Roberts, Harvard University)

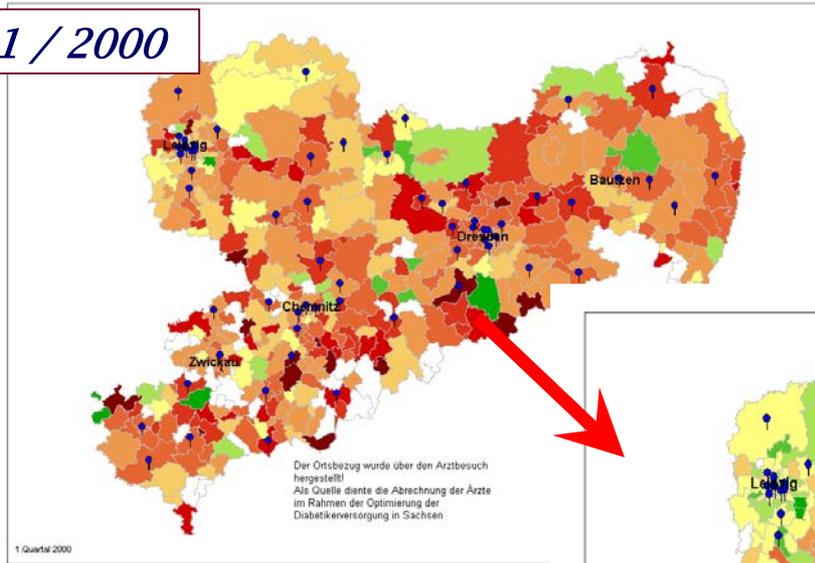
## Humanisieren

(Günther Jonitz)



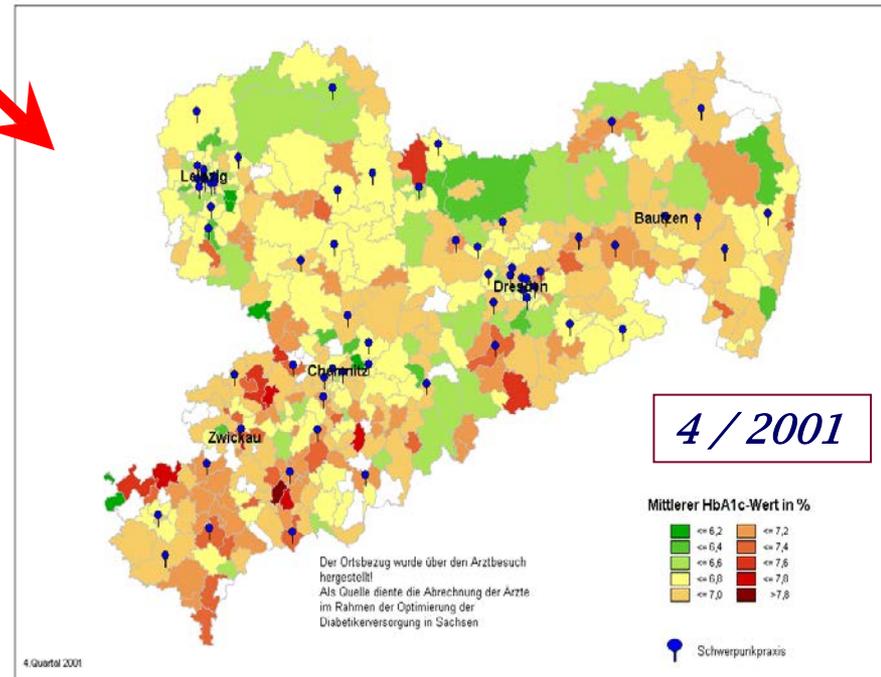
# Systematisieren

1 / 2000



## Diabetes-Projekt Freistaat Sachsen 2000 - 2001

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



**Optimieren = „*technical value*“**

**„das Richtige richtig machen“**

*Evidenzbasierte Medizin, narrativ-based medicine, shared decision making,  
Systematisches Lernen = Aus-, Fort- und Weiterbildung, Peer Review*

Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien



Bundesärztekammer  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften



# Versorgungsleitlinie.de

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

- Asthma
- COPD
- Typ-2-Diabetes
- Herzinsuffizienz
- Chronische KHK
- Kreuzschmerz
- Depression

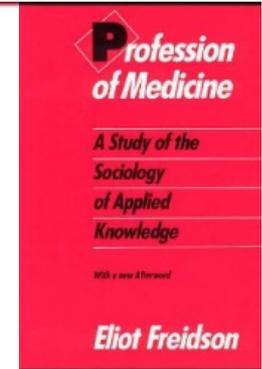
*Und werden nicht selten  
eins-zu-eins vom GBA  
in DMPs umgesetzt*



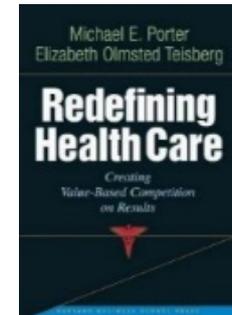
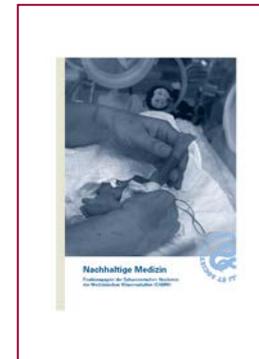
# Optimierung

GÖG-Colloquium, Gesundheit Österreich GmbH, 14.01.2020, Wien

- **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,  
- <https://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>



BVHC



14. - 16. 9. 2020, Oxford, UK, CEBM

# Humanisieren = *personal value*

*„A G'sunder hat viele Wünsch'.*

*A Kranker bloß oin.“*

**Schwäbisches Sprichwort**

# Definition individueller Behandlungsziele = *personal value*

## LIA Lebensqualität im Alter

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

Gemeinschaftspraxis im Bayerwald

Praxis Team Leistungen Ausbildung Projekte

Pfliffige 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 betreuen, ist eine enorme Herausforderung für jede Hausarztpraxis. Dass man diese Herausforderung mit einem multiprofessionellen Team sehr gut annehmen kann, hat die Gemeinschaftspraxis im Bayerwald durch ihr Projekt „Lebensqualität im Alter (LIA)“ eindrucksvoll bewiesen. Das Team aus Medizinischer Fachangestellter, Ergotherapeutin, Altenpflegerinnen, Physiotherapeuten und Allgemeinarzt arbeitet seit 2006 erfolgreich an diesem Betreuungskonzept.

**Leuchtturmprojekt im Bayerischen Wald**

Für ihre Arbeit wurden die Mitglieder des Teams sowohl mit dem MEDICA-Förderpreis für Interdisziplinäre Zusammenarbeit 2009 als auch mit dem Bayerischen Gesundheitspreis in der Rubrik „Versorgungslücke Land“ 2010 ausgezeichnet. In regelmäßigen Teamitzungen werden die einzelnen Therapieansätze intensiv aufeinander abgestimmt. In den Folgestitzungen werden diese kontinuierlich überprüft und weiter optimiert. Die gemeinsame Arbeit am Patienten über die eigenen Fachgruppen-Horizonte hinaus motiviert alle Beteiligten sehr.

MEDICA-Förderpreis und Bayerischer Gesundheitspreis in der Presse

**Projekte**  
Aktuelle  
Die LandArztMacher  
Exzellente!  
Exzellenter Sommer 2015  
Exzellenter Winter 2015  
GÄBdL  
Meinungen zum Projekt  
Archiv  
LIA  
Mubeck

**Informationen**  
Rezept / Überweisung bestellen  
Terminvereinbarung  
Interessante Links für Sie  
Presse und TV Berichte

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.

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

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin

[Quelle: [http://alt.degamm.de/dokumente/Medien\\_2009/0920\\_Der%20Allgemeinarzt\\_Lebensqualitaet%20im%20Alter.pdf](http://alt.degamm.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.*  
i. e. „goal oriented therapy“ ...

# Übersicht zu Patient Reported Outcomes:

## DIMDI 2009



<https://portal.dimdi.de> › [hta](#) › [hta\\_berichte](#) › [hta220\\_bericht\\_de](#)



Database of systematic reviews of outcome measurement instruments

<https://database.cosmin.nl/>



# Gutachten EXPH

## Panel

### Public Health

### Juni 2019

[https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/024\\_valuebasedhealthcare\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf)

Größten Dank an die Schriftleiterin PD Dr. phil.  
Claudia Wild, Wien,!!!

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

## Completed Conditions

[www.ichom.org](http://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

***Aktuell 26 Standard Sets***

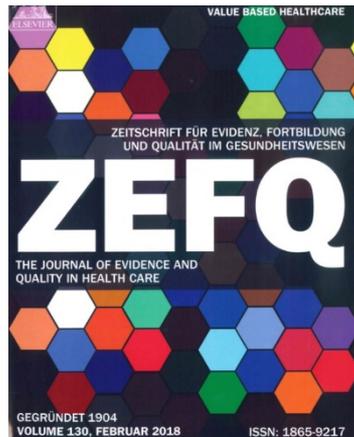
[Quelle: <http://www.ichom.org/medical-conditions>]

# ValueS-based health care!



<https://3vh.org>

Sir John Muir Gray, 1. Kongress vbhc ÄKB Berlin, BMJ und Nuffield College, Uni Oxford 16. 5. 2016  
Alle Vorträge auf YouTube!

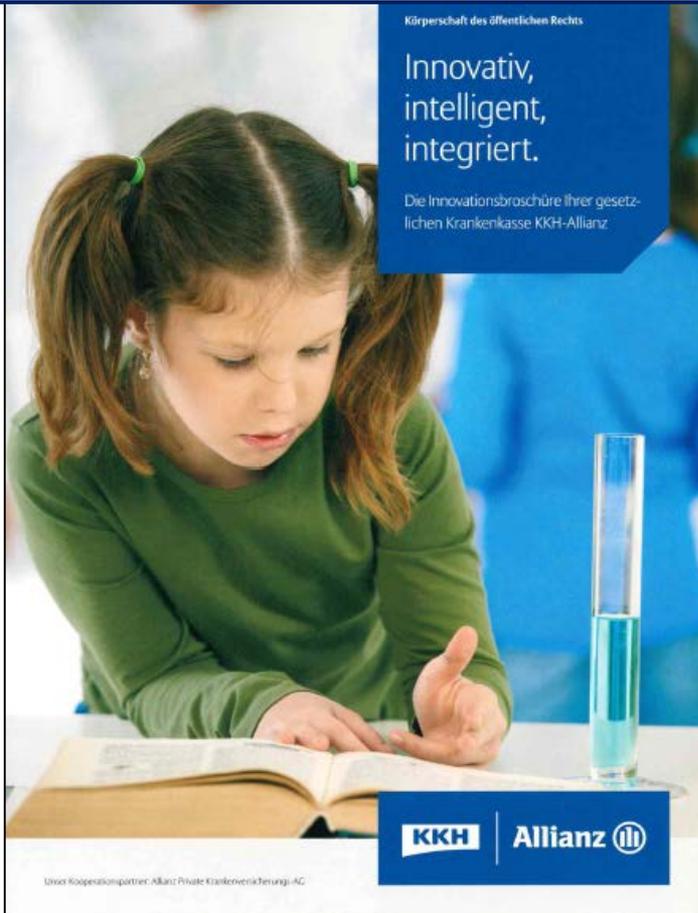


Schwerpunktheft der ZEFQ 2-2018  
zu Value-based Health Care

Frei im www abrufbar



# vbhc in manchen i. v. Verträgen



[www.medicoles.com](http://www.medicoles.com)

# Und gerne digital! 😊

GÖG-Colloquium, Gesundheit Österreich GmbH, 14.01.2020, Wien

[www.progether.com](http://www.progether.com)



Prostata-Ca-Patienten geben unmittelbar  
via App Feedback über Krankheitsverlauf

By courtesy Prof. Thorsten Schlomm, Charité



# 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 System vor, das sich kontinuierlich  
am **funktionellen Behandlungsergebnis** bemisst,  
daraus **lernt**, **Verhältnisprävention** betreibt, die  
**Akteure gut behandelt** und die **Dokumentation** sich  
im Wesentlichen auf medizinisch Relevantes  
**beschränkt**

**SGB VII !!**

Berufsgenossenschaftliche Heilversorgung, **seit 1884**

# Wir brauchen einen Systemwechsel!

- Strategiewechsel: Optimierung der Versorgung!?
- Regionalisierung der Versorgung (**Regionalbudgets á la Innovationsfonds**)
- Kooperation statt Wettbewerb
- Prinzip der gemeinsamen Verantwortung (**§90a Gremien stärken**)
- Patient Reported Outcomes Measures
- *„Werte darlegen – Preise verhandeln“ (echte Ökonomie!)*
- **Investitionen** in die Qualifikation der Gesundheitsberufe, in bessere Systeme und in Kultur (**Patientensicherheit lehren und lernen!!**)

# „Lernendes System!“

*Wenn sie ein System verstehen wollen  
ist die wichtigste Frage:  
Wie lernt das System?  
Was?, Wer?, Wie?, Wozu?*

GJ

# Neue politische Strategie:

**„Optimierung** der Versorgung  
statt  
**Dezimierung**  
von Strukturen und Kosten“

## „Grundlegender Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik nötig!“

*[120. Deutschen Ärztetag 2017  
in Freiburg,  
einstimmig angenommen]*

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



**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-Ulrich 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





Dr. med. Günther Kahlseneck, Altaussee, August 2017

Damit nicht noch mehr  
Ärztinnen, Ärzte und  
Pfleger ihren Hut  
an den Nagel hängen,  
brauchen wir einen  
Systemwechsel!

**Anfangen ist wichtig!**

**Besser machen**

**kann man immer noch**

[g.jonitz@aekb.de](mailto:g.jonitz@aekb.de)

