

Univ.-Prof. Dr. Norbert Schmacke
Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Abteilung 1 Versorgungsforschung)

„Grundsätzlich keine belastbaren Nutzenbelege“

>> Der Text von Herrn Prof. Matthiessen u.a. behauptet, in der Schweiz sei Homöopathie nicht nur durch eine Volksabstimmung, sondern auch nach einer doppelten wissenschaftlichen Evaluation in den Leistungskatalog der Krankenkassen eingeführt worden. Letzteres ist definitiv falsch. Die ersten Evaluationen hatten dem Tenor internationaler Reviews folgend gezeigt, dass es grundsätzlich keine belastbaren Nutzenbelege für die Homöopathie gibt. Die dennoch später erfolgte Einführung der Homöopathie sollte ursprünglich mit der Auflage einer erneuten Begleitevaluation versehen werden. Eine neue Regierung hat dies dann ersatzlos gestrichen. Dr. Martin Frei-Erb, Direktor des Berner Instituts für Komplementärmedizin IKOM, hatte mir auf Anfrage zu diesen auf den ersten Blick kompliziert wirkenden Vorgängen bereits 2014 folgendes erläutert: „Dank politischer Lobbyarbeit ist diese Evaluation nun gestrichen worden. Den zuständigen Behörden konnte aufgezeigt werden, dass eine neue (dritte!) Evaluation dieser Methoden als Ganzes nicht lösungsorientiert ist, sondern zu neuen Unklarheiten und Auseinandersetzungen führen wird“ (nachzulesen in „Der Glaube an die Globuli“, suhrkamp 2015). Nur ein politischer Wechsel im zuständigen Bundesrat hatte mithin dafür gesorgt, dass die Homöopathie-Lobbyisten sich am Ende (stolz) durchsetzen konnten.

Die Chronologie dieser gesundheitspolitisch hoch interessanten Vorgänge hat Simon Hehli jüngst in der NZZ noch einmal dargelegt (https://www.nzz.ch/schweiz/homoeopathie-schweiz-als-eldorado-fuer-globuli-fans-ld.1387741). Ich empfehle diesen Artikel allen, damit nicht der Eindruck aufkommt, es ginge um Haarspalterei. <<

Dies ist eine Replik zum Statement „Der Andere könnte auch Recht haben“ von Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen (Vorsitzender des Sprecherkreises des Dialogforums Pluralismus in der Medizin) in MVF 03/18.

14 Millionen Euro für „Shared Decision Making“-Projekt des UKSH

>> Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, startet „Making SDM a reality“, ein durch den Innovationsfonds des G-BA gefördertes Projekt. Ziel ist es, Patienten zukünftig stärker in Entscheidungen über ihre Behandlungen einzubinden und so die Versorgungsqualität zu verbessern. Dafür werden leicht verständliche medizinische Informationen für Patienten bereitgestellt sowie Ärzte und Pflege in ihrer Kommunikation geschult. Insgesamt werden rund 14 Millionen Euro investiert, um „Shared Decision Making“ (SDM), eine partnerschaftliche Form der Arzt-Patienten-Kooperation, innerhalb der nächsten vier Jahre in sämtlichen Einheiten in Kiel zu etablieren. Das UKSH kooperiert bei diesem Projekt eng mit Partnern am Universitätsklinikum Tromsø (Norwegen), wo SDM analog etabliert wird. Teile des Programms wurden bereits zum verbindlichen Vorbild für die nationale Versorgung in Norwegen erklärt.

Mit dem für diese Herausforderung neu entwickelten Interventionsprogramm namens „Share to Care“ wird auch das Patientenrechtegesetz umgesetzt, das eine Entscheidungsfindung im Sinne von SDM fordert. „Im UKSH ist der Wille des Patienten oberste Maxime. Wir haben uns daher für dieses innovative Programm entschieden, mit dem wir neue Maßstäbe in der Versorgung setzen wollen“, erklärt dazu Prof. Dr. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des UKSH. Das Kieler Klinikum konnte sich bei der Bewerbung um die Implementierung gegen andere Krankenhäuser in Deutschland durchsetzen. Es gehört nach der Implementierung zu den weltweit führenden Kliniken in diesem Bereich.

Mit diesem ambitionierten Vorhaben, das von unabhängiger Stelle durch die Ludwig-Maximilians-Universität München wissenschaftlich überprüft wird, soll Shared Decision Making zum Standardverfahren der Therapieentscheidung werden. Im klinischen Alltag gilt es dabei, die neuesten medizinischen Erkenntnisse einerseits und die Präferenzen des Patienten andererseits in einem strukturierten Prozess zusammenzuführen. „Wir wollen zeigen, dass wir die am besten passende Behandlung dann identifizieren, wenn Patienten aktiv mitentscheiden. Dafür wollen wir die Voraussetzungen schaffen“, so Projektleiter Prof. Dr. Friedemann Geiger.

Das Interventionsprogramm „Share to Care“ beinhaltet vier Module: Ärztetrainings, Qualifizierung des Pflegepersonals, Anregungen für Patienten sowie die Bereitstellung evidenzbasierter und laienverständlicher Patienteninformation auf der „Share to Care“-Onlineplattform. Es wird also parallel auf Krankenhausseite und auf Patientenseite angesetzt. Insgesamt soll so die Gesundheitskompetenz von Patienten in Bezug auf ihre eigenen Erkrankungen gefördert werden. Gleichzeitig werden die Versorgungs- und die Indikationsqualität in der Krankenhausmedizin nachhaltig verbessert. <<

„Footprint PBM“ vorgestellt

>> Durch ein effektives Patient-Blood-Management (PBM) – ein Versorgungskonzept, das darauf abzielt, Erkrankungen und Komplikationen durch ein vorausschauendes Management von Anämien, durch eine Minimierung von Blutverlusten und durch besseren Einsatz von Blutprodukten zu vermeiden – können bei elektiven Operationen nicht nur medizinische Risiken operativer Eingriffe verringert, sondern auch gespart werden.

Beim „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018“ hat Dr. Thomas Drabinski, Leiter des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA) in Kiel, erste Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Studie „Footprint PBM“ vorgestellt. Sie belegen auf Basis der DRG-Statistik von 2015, dass eine konsequente Umsetzung von PBM bei vollstationären Patienten mit elektiver Operation unter den Bedingungen des deutschen Gesundheitswesens zu erheblichen Einsparungen führt.

Konkret zeigen die Ergebnisse, dass transfundierte Patienten mit Eisenmangel Mehrkosten von über 17.000 Euro pro Patient verursachen. Hochgerechnet entstehen dadurch direkte Krankheitskosten in Höhe von jährlich 92 bis 115 Millionen Euro, die vermieden werden können. Dieser Betrag steigt um 985 Millionen bis 1,19 Mrd. Euro, wenn Patienten mit nicht diagnostizierten Anämien in die Berechnungen einbezogen werden. Bei den indirekten Krankheitskosten erreichen die Einsparpotenziale sogar 2,2 bis 21,4 Mrd. Euro pro Jahr. <<