



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Wissen und Wissenstransfer
in der Patientenversorgung

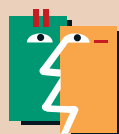
Evidenzbasierte Medizin
in Deutschland

Knhow?

WIE KOMMT WISSEN IN DIE PRAXIS

Bundesweiter Innovations-
wettbewerb der AOK und der
Ärztekammer Berlin

VORSTELLUNG DER PREISTRÄGER



Berliner
Gesundheitspreis
2013

Berliner Gesundheitspreis 2013

Gesichertes Wissen in der Patientenversorgung

WIR HABEN IN DEUTSCHLAND eine Gesundheitsversorgung, um die uns viele Länder beneiden. Aber wir dürfen nicht nachlassen in unseren Anstrengungen, Gelungenes zu sichern und die Herausforderungen anzupacken. Eine aus meiner Sicht zentrale Aufgabe der nächsten Jahre wird es sein, die Qualität im Versorgungsalltag zu verbessern. Nicht nur neue Methoden müssen ihre höherwertige Qualität unter Beweis stellen, es geht auch darum, die vorhandenen Ansätze zur Sicherung und Förderung der Versorgungsqualität auszubauen und konsequent zu nutzen. Qualität wird nach meiner festen Überzeugung das Thema in der Gesundheitspolitik der nächsten Jahre.

AOK und Ärztekammer Berlin wollen mit dem Berliner Gesundheitspreis 2013 einen Beitrag zur Qualitätsdiskussion leisten. Unser gemeinsames Anliegen ist es, dazu beizutragen, mehr Evidenz in das Tun von Ärzten und in Gesundheitsberufe zu bringen. Denn was nützt es Patientinnen und Patienten, wenn medizinischer Fortschritt erst spät oder überhaupt nicht in der Versorgung ankommt? Es ist unbestreitbar, dass Patienten und Ärzte gleichermaßen eine Behandlung nach bestem Wissen wollen, das den aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft berücksichtigt. Gewiss ist in der Praxis oft nur schwer zu beantworten, was das „beste Wissen“ ist oder wie man den aktuellen Stand der Wissenschaft erkennt. Die zentrale Frage ist jedoch, wie sich wissenschaftlich begründetes Wissen praxistauglich umsetzen lässt. Genau dort setzen wir mit dem diesjährigen Berliner Gesundheitspreis an. Wir haben nach Projekten, Modellen und Ideen gesucht, die erfolgreich zeigen, wie „Wissen in die Praxis kommt“.

Die Suche hat sich gelohnt: Die eingereichten Beiträge sind ein Beleg dafür, wie es in sehr unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung gehen kann. Sie können und sollen – und das ist ein zentrales Anliegen von AOK und Ärztekammer Berlin – zur Nachahmung und Weiterentwicklung anregen. Ich bin optimistisch, dass wir mit dem Wettbewerbsthema einen wichtigen Beitrag zur Qualitätsdiskussion leisten. Patientinnen und Patienten werden davon einen konkreten Nutzen haben. In diesem Sinne wünsche ich allen Teilnehmern und besonders den Preisträgern alles Gute für ihre zukünftige Arbeit.



Jürgen Graalmann

Geschäftsführender Vorstand des AOK-Bundesverbandes

Evidenzbasierte Medizin

„Erfahrung allein reicht eben nicht“

Binnen fünf Jahren ist die Hälfte des medizinischen Wissens bereits veraltet. Für **Gerd Antes** liegt es deshalb auf der Hand, dass Ärzte bessere Unterstützung brauchen, um schnell und einfach an aktuelles Wissen zu kommen.

Herr Antes, warum brauchen wir überhaupt Evidenzbasierte Medizin (EbM)?

Viele Ärzte glauben, dass ihre langjährige Erfahrung die beste Basis für eine ärztliche Entscheidung wäre. Das stimmt aber leider nicht. Es ist seit langem bekannt, dass in der medizinischen Praxis immer wieder Therapien angewendet werden, die den wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechen. Die Halbwertszeit des Wissens, also die Zeit, die ein Arzt hat, bis die Hälfte seines Wissens komplett erneuert werden muss, liegt heute bei fünf Jahren. Wer sich nicht regelmäßig auf den neuesten Stand bringt, wird zwangsläufig auch Patienten falsch behandeln.

Gibt es vonseiten der Ärzteschaft immer noch Vorbehalte gegen EbM?

Von den offiziellen Organen, den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den Ärztekammern, wird die Evidenzbasierte Medizin mittlerweile nicht mehr infrage gestellt. Trotzdem fühlen sich viele Ärzte, vor allem die älteren, in ihrer freien Berufsausübung eingeschränkt. Der Mensch ist ein Gewohnheitstier und seine gewohnten Entscheidungen infrage zu stellen, fällt so manchem Arzt eben sehr schwer. Andere Ärzte scheuen auch den Zeitaufwand, der nötig ist, um sich mit den aktuellsten Studien vertraut zu machen. Hier sind die Mediziner teilweise auch Opfer, weil sie einfach nicht bequem genug an das aktuelle Wissen kommen.

Was müsste man ändern, um alle Ärzte ins Boot zu holen?

Die Ärzte bräuchten sicherlich eine bessere Unterstützung, um einfachen Zugang zum aktuellen Wissen zu bekommen.



Professor Dr. rer. nat. Gerd Antes ist Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums in Freiburg.

Jedes Jahr werden weltweit 40.000 medizinische Studien durchgeführt. Für den einzelnen Arzt ist es unmöglich, sich in diesem Studien-Dschungel zurechtzufinden. Sucht ein Mediziner für eine bestimmte Behandlung die entsprechende Leitlinie, stößt er unter Umständen auf ein unübersichtliches 500-Seiten-Dokument. Heute hat jede Zeitschrift eine Tabletversion oder eine App fürs Smartphone. Wir bräuchten auch für die Leitlinien solche modernen Formate mit intuitiv zu begreifenden Menüs, die einen schnell und einfach zu den gesuchten Stellen führen. Doch ich habe den Eindruck, dass in der Ärzteschaft über solche neuen Formate nicht einmal nachgedacht wird.

Sollte die Politik beim Thema EbM eine stärkere Rolle übernehmen?

Die Politik sollte vor allem ihrer Verantwortung gerecht werden und die Informationsquellen für Ärzte und Patienten

zugänglich machen. Dafür müssten zunächst einmal die nötigen finanziellen Mittel bereitgestellt werden. Die Leitliniengruppen beispielsweise sind dramatisch unterfinanziert, für eine optimale Aufbereitung oder gar innovative Formate ist schlicht kein Geld da. Und auch für die Patienten gibt es viel zu wenig Zugang zu medizinischem Wissen. Wenn Sie wissen wollen, wie der HSV gegen Bayern 1974 gespielt hat, googeln Sie das in zehn Sekunden. Wenn Sie aber wissen wollen, welche Therapie zu einer bestimmten Krankheit aktuell empfohlen wird, dann werden Sie auf eine Flut unterschiedlicher und auch gegensätzlicher sowie veralteter Informationen treffen, die ein Patient nicht überblicken kann. Wir haben es hier mit einem gesamtgesellschaftlichen Versagen zu tun, dass das Wissen nicht so aufbereitet wird, dass es für Ärzte und Patienten gut nutzbar ist.

Läuft das im Ausland anders?

In Ländern wie Kanada oder England werden verschiedene sehr gute medizinische Fachzeitschriften kostenlos öffentlich zugänglich gemacht. In England gibt es zudem die frei zugängliche Website „Behind the headlines“, wo medizinische Artikel in den fünf größten Tageszeitungen evidenzbasiert kommentiert werden. In Norwegen haben Ärzte und Patienten kostenlosen Zugang zu den weltweit fünf renommiertesten Medizinzeitschriften, den sogenannten Big five, sowie zu über 40 weiteren nationalen und internationalen Medizinzeitschriften. Zusätzlich können alle Angehörigen des Gesundheitswesens auf weitere 3.000 wissenschaftliche Zeitschriften frei zugreifen. ■ (om)



Sturzprophylaxe

Starthilfe für eine Leitlinie

Am Uniklinikum Graz gab es eine evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprophylaxe und ein hoch motiviertes Pflegeteam. Doch mit der praktischen Umsetzung der Leitlinie haperte es anfangs. Als sich dann eine Pflegewissenschaftlerin einschaltete, sprang der Funke schließlich über.

Allein im Jahr 2007 stürzten im Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum im österreichischen Graz 460 Menschen über 65 Jahre. Die Pflegedirektion der Klinik gab daraufhin die Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur Sturzprophylaxe in Auftrag, doch trotz scheinbar günstiger Rahmenbedingungen wurden die Inhalte nicht in den Pflegealltag integriert. Erst im Rahmen eines Forschungsprojekts gelang es, die Kluft zwischen Leitlinie und pflegerischer Praxis erfolgreich und dauerhaft zu überbrücken.



Bis eine neue Leitlinie im Klinikalltag angewendet wird, kann einige Zeit verstreichen. Am besten klappt die Umsetzung, wenn alle, die mit dem neuen Wissen arbeiten sollen, an der Einführung beteiligt werden.

Vielfältige Hindernisse. Die Problematik in Graz ist kein Einzelfall. In der Literatur gibt es zahlreiche Belege dafür, dass die bloße Erstellung und Veröffentlichung von Leitlinien noch lange nicht deren Umsetzung garantiert. Diese Erfahrung machten auch die Pflegewissenschaftlerinnen Helga Elisabeth Breimaier und Christa Lohrmann, die das Projekt gemeinsam entwickelten. „Bei der Umsetzung von neuem Wissen im Gesundheitswesen gibt es zahlreiche Hindernisse. Die häufigsten sind Zeit- und Informationsmangel, aber auch Desinteresse,

Personalmangel und mangelnder Zugang zu forschungsbasiertem Wissen“, erklärt Helga Breimaier. An welchen Hürden die Umsetzung neuen Wissens scheitert, ist dabei von Fall zu Fall und Klinik zu Klinik unterschiedlich.

Als sich die Pflegedirektion des LKH-Universitätsklinikums Graz dazu entschloss, die evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprophylaxe wissenschaftlich begleitet in zwei ihrer Kliniken einzuführen, war den Pflegewissenschaftlerinnen daher klar, dass hier kein Patentrezept, sondern nur ein maßgeschneidertes Lösungskonzept Aussicht auf Erfolg hatte. Um dieses Konzept zu entwickeln, nutzten die beiden die sogenannte partizipative Aktionsforschung. „Bei diesem dynamischen Ansatz werden die Problemidentifikation, die Planung von Aktionen und die Evaluation miteinander verbunden“, erläutert Helga Breimaier. „Grundlage aller Aktivitäten ist eine enge, partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Beteiligten.“ Konkret hieß das: „Das gesamte Pflegepersonal der beiden Kliniken, nämlich der Unfallchirurgie und der Augenklinik, war in den Umsetzungsprozess einbezogen, um angemessene Strategien für die Umsetzung der Sturzleitlinie zu entwickeln.“

Konkrete Ziele. Am Anfang stand im Herbst 2010 eine umfassende Bestandsaufnahme in je vier Großgruppensitzungen pro Klinik: Welche Maßnahmen zur Sturzprophylaxe werden schon angewendet? Was halten die Pflegekräfte von der Leitlinie? Dabei zeigte sich: Von den insgesamt 106 Teilnehmern dieser Basiserhebung kannte etwa die Hälfte den Zugang zur Leitlinie im Intranet gar nicht. Und trotz einer grundsätzlich positiven Einstellung zu Leitlinien wurde die fragliche Sturzleitlinie als kompliziert, unübersichtlich und schwer in den Pflegealltag zu integrieren empfunden. Darüber hinaus traten einige Wissenslücken zutage, etwa in den Bereichen freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Sturzerfassung und Sturzrisikobewertung.

Die ausführliche Standortbestimmung hat sich in Helga Breimaiers Augen ausgezahlt: „So wurde deutlich, was die Pflegekräfte schon unternahmen, wo Lücken waren, auf die wir uns dann konzentrierten. Ihre Ziele wurden aufgegriffen und gleichberechtigt in das Projekt und die Erarbeitung der Maßnahmen einbezogen. Es wurde ihnen nichts übergestülpt, das wurde aus den Rückmeldungen am Ende deutlich.“



Mehr Sicherheit für weniger Stürze:
Die Pflegekräfte in Graz wünschten sich Handläufe in den Fluren und ein Babyfon, um ein wachsames Ohr auf Demenzpatienten zu haben.

Auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse formulierten Kleingruppen aus beiden Kliniken gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin konkrete Ziele und anschließend in monatlichen Sitzungen Umsetzungsstrategien für die einzelnen Arbeitsbereiche. Dabei wurde das bereits Erreichte immer wieder an den Zielen gemessen und die Planungen, wenn nötig, angepasst. Als sich etwa herausstellte, dass eine potenziell sturzgefährliche Rampe zum Besucherbalkon nicht wie geplant eingeebnet werden konnte, wurde stattdessen eine Rufglocke installiert, um bei Bedarf Hilfe holen zu können.

Die Kleingruppen erarbeiteten Plakate und schriftliches Material zur Sturzprophylaxe, stellten für unterschiedliche Arbeitsbereiche „Unterweisungsmappen“ mit den wichtigsten Informationen zum schnellen Nachschlagen zusammen und konzipierten klinikspezifische Schulungsmaßnahmen. In enger Abstimmung mit den Abteilungen legten sie fest, welche zusätzlichen Hilfsmittel zur Arbeitserleichterung angeschafft werden sollten: Neben Rutschbrettern und Hebegurten waren das auch Gehstockhalter für die Bettkanten und ein Babyfon zur einfacheren Überwachung von Demenzpatienten. Alle Mitglieder der Kleingruppen waren in ihren jeweiligen Teams Ansprechpartnerinnen in Sachen Leitlinie, beantworteten Fragen und informierten über den aktuellen Entwicklungsstand.

Mehr Wissen, sicher angewendet. In einer Zwischen- und vor allem in der Enderhebung zeigte sich, dass die Kenntnisse der Pflegekräfte zur Sturzprophylaxe über den Projektzeitraum von insgesamt 18 Monaten hinweg kontinuierlich zunahm und die Leitlinie für sie immer besser verständlich und anwendbar wurde. „Am Ende waren die Teilnehmer überrascht, wie viele Verbesserungsmöglichkeiten noch herausgearbeitet werden konnten – weit mehr, als sie sich zu Beginn vorstellen konnten“, berichtet die Projektleiterin, die eine durchweg positive Bilanz zieht: „Die Umsetzung der evidenzbasierten Sturzleitlinie war für alle Beteiligten erfolgreich. Wir konnten zeigen, wie auf der Grundlage von Aktionsforschung evidenzbasiertes Wissen unter Anwendung vielfältiger und auf den jeweiligen Arbeitsbereich angepasster Strategien erfolgreich in die pflegerische Praxis von zwei Akutkrankenhäusern umgesetzt werden konnte. Dieses Vorgehen und die eingesetzten Strategien können darum für die Umsetzung weiterer Leitlinien in dieser und anderen Kliniken empfohlen werden.“ Eins würde Helga Breimaier dabei immer gleich zu Beginn deutlich machen: „Dass die vorgesehene Umsetzung ein gemeinsam zu erarbeitendes Projekt sein wird und nicht etwas von außen Vorgegebenes.“ ■ (sbe)

Ansprechpartnerin: Helga Elisabeth Breimaier, MScN, BScN,
Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft,
Billrothgasse 6, A-8010 Graz, Telefon: 0043 316 385-72073
E-Mail: helga.breimaier@medunigraz.at,
www.medunigraz.at/pflegewissenschaft



Daniel Bahr,
Bundesminister für Gesundheit

Ist die Evidenzbasierte Medizin in Deutschland eigentlich schon angekommen?

Die Evidenzbasierte Medizin ist an zahlreichen Stellen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs fest verankert. Medizinische Behandlungen müssen dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) formuliert auf Grundlage der Evidenzbasierten Medizin die Versorgungsprinzipien oder Leistungen, die die gesetzlichen Kassen finanzieren. Dabei wird der GBA auch vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterstützt.

Kritiker bezweifeln, dass das evidenzbasierte Wissen auch wirklich in der Praxis ankommt. Was könnte die Politik tun, um das zu verbessern?

Der Berliner Gesundheitspreis prämiert in diesem Jahr Projekte, die Lösungen für den Transfer des medizinischen Wissens in die Praxis erarbeitet haben. Das zeigt, dass gute Konzepte aus der Versorgungspraxis heraus entwickelt werden können. Im Bereich der Krebstherapie hat die Politik jüngst mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registrieresgesetz einen wichtigen Schritt getan. Eine bundesweit einheitliche Datenerfassung macht sichtbar, ob krebskranke Menschen entsprechend den Leitlinien behandelt werden und welche Therapie den besten Erfolg verspricht.

Welche Ansätze benötigen wir noch, um die Qualität in der Versorgung zu verbessern?

Die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland hat ein hohes Niveau. Im Versorgungsalltag können Behandlungsverläufe sachgerecht nur über die Sektorengrenzen hinweg beurteilt werden, was angesichts unseres differenzierten Systems häufig schwierig ist. Dennoch sollten wir hier vorankommen. Im Gesundheitssystem sind schon heute viele wichtige Informationen vorhanden. Wir müssen sie nur konsequenter nutzen. ■ (om)



Patientenorientierte Arzneimittelsicherheit

Evidenz statt Eminenz

Der Kühlschrank stand über Nacht offen – können die Impfstoffe jetzt noch verwendet werden? Kann man dieses Medikament auch per Sonde verabreichen? Am Klinikum der Universität München gibt es für alle diese Fragen eine zentrale Anlaufstelle: die Abteilung für Arzneimittelinformation.

Der Patient ist schon auf dem Weg in den Operationssaal, als die Ärzte von seiner Latex-Allergie erfahren. Was nun? Durch den Kontakt mit Blut oder den Schleimhäuten kann der allergieauslösende Stoff direkt in den Körper gelangen und im schlimmsten Fall einen lebensgefährlichen allergischen Schock auslösen. Im Klinikum der Universität München (KUM) greift der behandelnde Arzt in dieser Situation zum Telefon und ruft in der Abteilung für Arzneimittelinformation an. Innerhalb weniger Minuten übermitteln die Klinische Pharmazeutin Cornelia Vetter-Kerkhoff und ihre Kolleginnen dem Arzt alle notwendigen Informationen: welches Infusionsbesteck geeignet ist, welche Infusion für den Patienten infrage kommt und welche der Patient auf keinen Fall bekommen darf.

Praktizierte Arzneimittelsicherheit. 1992 wurde die Abteilung gegründet, um Ärzten und Pflegepersonal mithilfe systematischer Literaturrecherche bei Bedarf auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene, fachlich bewertete und qualitätsgesicherte Informationen zur Arzneimitteltherapie zur Verfügung zu stellen. Wie wichtig diese Möglichkeit des schnellen und unkomplizierten Konsils ist, schildert Cornelia Vetter-Kerkhoff: „Untersuchungen zur Umsetzung der Evidenzbasierten Medizin im klinischen Alltag haben gezeigt, dass ein Arzt von zehn klinischen Fragen im Alltag vier recherchiert und nur für drei eine Antwort findet.“ Um die pharmakologischen Fragen, die offenbleiben, kümmert sich das Team der Arzneimittelinformation. Und damit auch jeder weiß, wen er fragen kann, erhält seit 2009 jeder neue Mitarbeiter des KUM ein Handout der Arzneimittelinformation sowie eine Einführung in deren Intranetauftritt.

Keine Berührungsgängste. Ärzte und Pflegepersonal nutzen die fachliche Expertise gern – von Berührungsgängsten keine Spur. „Ein guter Arzt weiß, dass er nicht alles weiß“, sagt Cornelia Vetter-Kerkhoff augenzwinkernd. Ihre eigene Arbeit sieht sie als sinnvolle Ergänzung: „Klinische Pharmazeuten sind in der Lage, wissenschaftlich fundierte Informationen zum sicheren, angemessenen und kosteneffektiven Einsatz von Arzneimitteln zu erheben, zu bewerten und den Beteiligten im Gesundheitswesen einschließlich des Patienten zu vermitteln.“



Zu Risiken und Nebenwirkungen ... Klinische Pharmazeuten beraten Ärzte und Pflegekräfte rasch, unkompliziert und auf dem neuesten Stand des wissenschaftlichen Fachwissens in allen Fragen der Arzneimitteltherapie.

Die vertrauensvolle Zusammenarbeit am Klinikum ist über zwanzig Jahre gewachsen. Genauso lange nehmen Krankenhausapotheker schon an Visiten teil. Die regelmäßige Präsenz „auf Station“ hat viele Vorteile, meint Cornelia Vetter-Kerkhoff: „Allein durch die Anwesenheit eines Apothekers wird die Arzneimitteltherapie verstärkt fokussiert, und das Angebot einer pharmazeutischen Beratung vor Ort wird noch besser angenommen als ein rein telefonisches Informationsangebot.“

Fragen über Fragen. Von Montag bis Freitag stehen die Apothekerinnen der Arzneimittelinformation von acht bis 16 Uhr den derzeit 1.800 Ärzten und 3.400 Pflegekräften zur Verfügung. Das Klinikum der Universität München versorgt 2.244 Betten



Evidenzbasierte Informationen über Arzneimittel erhöhen die Sicherheit für die Patienten und machen Ärzten und Pflegekräften das Leben leichter.

der Akutversorgung in 29 Kliniken. Entsprechend hoch ist die Zahl der jährlichen Anfragen – seit der Gründung der Abteilung hat sie sich vervierfacht. Im Jahr 2011 beantwortete das Team aus zu Fachapothekerinnen weitergebildeten, teils auch promovierten Pharmazeutinnen rund 2.000 Fragen zur Arzneimitteltherapie. „Auch die Komplexität der Anfragen hat zugenommen“, sagt Cornelia Vetter-Kerkhoff. „Und wir werden zunehmend bei der Auswahl des richtigen Arzneimittels in der richtigen Dosierung für den individuellen Patienten kontaktiert.“

Als eigene Wissensdatenbank dienen dabei über 21.000 dokumentierte Antworten auf frühere Anfragen von Ärzten und Pflegekräften. Auch komplexe Fragestellungen aus verschiedenen Bereichen der Klinik können mithilfe dieser Datenbasis zeitnah und trotzdem umfassend und evidenzbasiert beantwortet werden: Vorhandene Antworten auf frühere Anfragen werden überprüft und auf den neuesten Stand gebracht. Auf der Suche nach evidenzbasierten Antworten greifen die Pharmazeutinnen darüber hinaus auf Leitlinien, nationale und internationale Datenbanken und umfangreiche Fachliteratur zurück.

Antworten nach Maß. Auch im digitalen Zeitalter bestehen die Arzneimittelexpertinnen auf einer telefonischen Übermittlung der Anfragen. Dabei werden auf einem Erfassungsblatt alle relevanten Punkte zum Fragesteller und zur Anfrage dokumentiert. „Im Gespräch mit dem Anfragenden werden wichtige Hintergrundinformationen herausgearbeitet, die häufig erst zum eigentlichen Problem bei der Arzneimitteltherapie des Patienten führen“, weiß Cornelia Vetter-Kerkhoff. 1992 wurden die Anfragen noch schriftlich beantwortet und auf die Station gefaxt. Inzwischen wird die Antwort vorab mündlich und dann noch einmal digital übermittelt. Die Aufbereitung der Ergebnisse wird dabei jeweils an das Fachgebiet und die jeweiligen speziellen Anforderungen angepasst.

Während ihres Pharmaziestudiums hospitierte Cornelia Vetter-Kerkhoff 1988 in den USA. Seither ließ sie die Frage nicht mehr los, „warum in Deutschland nicht evidenzbasiert, sondern eminenzbasiert therapiert wurde.“ Heute, nach mehr als zwanzig Jahren in der evidenzbasierten Arzneimittelinformation, ist sie sich sicher: „Von unserer Arbeit profitieren alle: die Patienten durch eine erhöhte Sicherheit bei der Arzneimitteltherapie, die Ärzte und das Pflegepersonal durch mehr Sicherheit bei der patientenindividuellen Arzneimittelanwendung und das Gesundheitssystem durch eine bessere Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus, durch die zum Wohle des Patienten Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Medikationsfehler vermieden werden.“ ■ *(she)*

Ansprechpartnerin: Dr. rer. biol. hum. Cornelia Vetter-Kerkhoff,
Apothek Campus Großhadern, LMU Klinikum der Universität München,
Marchionistraße 15, 81377 München, Telefon: 089 7095-6600,
E-Mail: cornelia.vetter@med.lmu.de, www.lmu.de



Professorin Dr. Kay Dickersin,
Direktorin des Zentrums für Klinische Studien an der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, Maryland, USA, und Direktorin des US-amerikanischen Cochrane Zentrums

Was ist Choosing Wisely?

Choosing Wisely ist eine Kampagne gegen Überversorgung im Gesundheitswesen. Inzwischen haben mehr als 20 medizinische Fachgesellschaften in den USA eine Liste mit dem Titel „Fünf Dinge, die Ärzte und Patienten hinterfragen sollten“ herausgegeben. Diese Liste beschreibt, welche Untersuchungen und Leistungen Patienten nicht bekommen sollten, weil sie ihre Gesundheit nicht verbessern.

Warum sollten Ärzte an dieser Kampagne interessiert sein? Sie werden doch dafür bezahlt, etwas zu tun.

Ärzte interessieren sich für Empfehlungen, die von ihrer Fachgesellschaft gutgeheißen werden. Sie ist für sie eine Institution, von der sie Leitlinien für eine gute Gesundheitsversorgung erhalten. Ich denke, Ärzte heißen diese Kampagne willkommen, weil sie sich durch ihre Patienten oft unter Druck gesetzt fühlen, zum Beispiel eine Computer- oder Magnetresonanztomografie zu veranlassen für einen Husten, von dem sie meinen, dass er schon zu lange anhält. Oder Patienten verlangen Antibiotika gegen Erkältungen. Mit den Empfehlungen aus Choosing Wisely können Ärzte ihren Patienten nun sagen: „Schauen Sie, meine Fachgesellschaft empfiehlt, dies bei Symptomen wie den Ihren noch nicht zu tun.“

Welche Hürden gibt es bei der Einführung?

Es ist nicht klar, ob Patienten viel mit der Entwicklung dieser Leitlinien zu tun hatten. Wenn aber Patienten nach Antibiotika für eine Virusinfektion fragen, dann ist dies auch ein Grund, warum es Überversorgung gibt. Wenn sie nicht an der Erstellung von Empfehlungen beteiligt werden, ist es wenig wahrscheinlich, dass diese Informationen sie auch erreichen. Und wenn einige Ärzte es nun bedauern, dass empfohlen wird, weniger zu machen, dann vielleicht deshalb, weil sie den Richtlinien ihrer medizinischen Fachgesellschaft sowieso keine Aufmerksamkeit schenken. ■ *(bn)*



Infarktversorgung

Wenn jede Minute zählt

Bei Herzinfarktpatienten geht es oft um Leben und Tod. Damit sie die bestmögliche Therapie erhalten, haben Kardiologen in Berlin ein Herzinfarktregister initiiert, in dem die Versorgungsdaten aus 19 Kliniken gesammelt und auf Verbesserungschancen abgeklopft werden.

Bei einem Herzinfarkt kommt es auf jede Minute an. Am größten sind die Heilungschancen, wenn der Patient nach internationalen medizinischen Leitlinien versorgt wird. Doch werden die auch umgesetzt? Aufgrund dieser Frage, die sich Kardiologen in Berlin stellten, entstand 1998 das Berliner Herzinfarktregister (BHIR).

Beachtliches Wissen. Die 19 teilnehmenden Kliniken erfassen in einem pseudonymisierten Fragebogen alle Daten, die für die Versorgung von Herzinfarktpatienten wichtig sind, etwa die Art des Infarkts, eventuelle Vorerkrankungen sowie Angaben zu Therapie und Medikation. Die gesammelten Daten werden an die BHIR-Datenzentrale an der Technischen Universität Berlin übermittelt. Seit seiner Gründung wurden so die Daten von über 26.000 Herzinfarktpatienten erfasst und analysiert. „Ein vergleichbares Register, das regionale Daten über einen so langen Zeitraum kontinuierlich erhebt, gibt es in Deutschland nicht“, sagt Dr. Birga Maier, Vorstandsmitglied des BHIR. Das Wissen, das dabei zusammengetragen wurde, ist beachtlich. Doch wie kann es die Qualität der Versorgung verbessern?

Die beteiligten Krankenhäuser erhalten Jahresberichte, die ihnen ihre Behandlungsqualität im Vergleich zu den anderen Teilnehmern widerspiegeln. Darüber hinaus vergleicht das BHIR die Daten der einzelnen Krankenhäuser auch untereinander. „Wir erheben und analysieren aber nicht nur Daten, sondern agieren auch als Netzwerk. Den teilnehmenden Kliniken bieten wir ein Forum, um konstruktiv



Eine leitliniengerechte Therapie verbessert die Heilungschancen von Herzinfarktpatienten.

über die Ergebnisse unserer Analysen zu diskutieren“, so Birga Maier. „Die wichtigste Voraussetzung dafür ist das Vertrauen, das zwischen unseren Mitgliedern im Laufe der Jahre entstanden ist.“

Im Rahmen des BHIR sprechen die Kliniken trägerübergreifend über Versorgungsprobleme und Initiativen für Verbesserungen. „Der gemeinsame Nenner beim Austausch in dieser Runde ist die bestmögliche Patientenversorgung – trotz bestehender Konkurrenzsituation.“ Diese Diskussionen sind ein Grundpfeiler unserer Arbeit“, erklärt Medizinerin Maier. Dabei geht es auch um Fragen, die alle Kliniken betreffen: etwa, warum Frauen

im Krankenhaus häufiger an einem Infarkt sterben als Männer oder wie die Versorgung außerhalb der regulären Dienstzeit der Ärzte aussieht. Die Antworten trägt das BHIR auf Kongressen vor und veröffentlicht sie in Fachzeitschriften.

Neue Ziele. Die Entwicklung seit 1999 zeigt, dass die leitliniengerechte Therapie nach einem Herzinfarkt in den Berliner Krankenhäusern zugenommen hat, während die Sterblichkeit im gleichen Zeitraum zurückging. Momentan stehen die Kliniken und das BHIR vor der nächsten Herausforderung: Laut einer 2012 veröffentlichten Leitlinie soll der kritische Zeitraum zwischen der Klinikaufnahme eines Patienten und der Wiedereröffnung verschlossener Gefäße weniger als 60 Minuten betragen. Datenanalysen des BHIR zeigen, dass dieses Ziel am ehesten erreicht wird, wenn ein Notarzt den Patienten erstversorgt und er während der Regelarbeitszeit in der Klinik aufgenommen wird. „Deshalb müssen die logistischen Abläufe außerhalb der Regelarbeitszeit verbessert werden“, formuliert Birga Maier die Schlussfolgerung. Das BHIR hat bereits ein Projekt auf den Weg gebracht, um den kritischen Zeitraum zum Wohle der Patienten zu verringern. ■ (ah)

Ansprechpartner: Dr. med. Birga Maier, MPH, Berliner Herzinfarktregister e.V. am Institut für Management im Gesundheitswesen (MiG) der Technischen Universität Berlin, Müller-Breslau-Straße 15, 10623 Berlin, Telefon: 030 14766-72

E-Mail: birga.maier@tu-berlin.de
www.herzinfarktregister.de



Fragebögen erfassen die häufigsten Erkrankungen einer Altersgruppe.

Individuelle Prävention

Nicht alle über einen Kamm scheren

Beim „Check-up 35“, der Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene, spielten persönliche Risiken der Patienten bislang keine Rolle. Mit der Bremer Gesundheitsuntersuchung geht man jetzt im Norden neue Wege. Das Ziel: eine individuelle Prävention nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen.

Als „Check-up 35“ ist die Gesundheitsvorsorgeuntersuchung bekannt, die gesetzlich Krankenversicherte über 35 seit 1989 alle zwei Jahre nutzen können. Die Untersuchung zur Früherkennung von Diabetes, Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen folgt einheitlichen Vorgaben. Wie alt der Patient ist, welche Vorerkrankungen oder speziellen Gesundheitsrisiken er hat, spielt dabei keine Rolle. Zumindest in Bremen und Bremerhaven soll sich das ändern: Vertreter der Abteilung Versorgungsforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen haben gemeinsam mit Hausärzten der Bremer Akademie für Hausärztliche Fortbildung eine evidenzbasierte Vorsorgeuntersuchung konzipiert, die Faktoren wie das Alter der Patienten, ihre individuellen Risiken und Bedürfnisse berücksichtigt. Außerdem passt die neue Bremer Gesundheitsuntersuchung die Inhalte der Untersuchung an aktuelle medizinische Erkenntnisse an.

Die Initiatoren sichten zunächst die aktuellen internationalen Leitlinien und wählten dann geeignete Präventionsuntersuchungen aus. Dann entwickelten sie Fragebögen für drei Altersgruppen. Darin werden Aspekte erfragt, die über die übliche Vorsorgeuntersuchung hinausgehen: Bei Patienten zwischen 18 und 35 Jahren sind das etwa Ernährung, Süchte und Impfungen. Bei den 36- bis 70-Jährigen stehen Themen wie Krebsvorsorge, Schlaf und Schmerzen im Vordergrund, in der Gruppe der über 70-Jährigen geht es unter anderem um nötige Hilfen im Alltag oder die Patientenverfügung.

Informationen nach Wunsch. Die Fragebögen erfassen die häufigsten Erkrankungen einer Altersgruppe. Die Patienten füllen sie vor der Untersuchung aus. Welche Gesundheitsprobleme erfasst werden, hängt dabei auch von den Präferenzen der Patienten ab. Nur wenn sie durch Ankreuzen Informationsbedarf und Gesprächsbereitschaft zu einem Thema signalisieren, spricht der Arzt das Problem auch an. „Ein Beispiel dafür ist die Harninkontinenz, für die sich viele Menschen schämen und die sie nicht von sich aus ansprechen“, sagt Guido Schmiemann, Allgemeinmediziner und einer der Initiatoren des Projekts. In so einem Fall kann der Arzt aber auch keine Hilfe anbieten.



Prävention nach Maß: Bei der Bremer Gesundheitsuntersuchung stehen die individuellen Risiken des Patienten im Vordergrund.

„Anders als bei der etablierten Vorsorgeuntersuchung blicken wir stärker auf das Gesamtrisiko eines Patienten statt auf einzelne Parameter wie Blutdruck oder Blutzucker“, erläutert er das neue Konzept der Untersuchung. Das kann auch bedeuten, dass unnötige Leistungen wegfallen. „Bei einer 35-jährigen gesunden Frau muss nicht bei jeder Untersuchung der Cholesterinwert überprüft werden“, sagt Guido Schmiemann. Bei anderen Patienten dagegen rückten spezifische Risiken überhaupt erst in den Vordergrund. Ein Beispiel hierfür ist die Osteoporose, auch Knochenschwund genannt. „Über 70-jährige Patienten werden schriftlich gefragt, ob sie deutlich kleiner geworden sind. Ein Ja auf diese Frage kann ein erster Hinweis auf Osteoporose sein.“

Nachdem das Konzept für die individuellere Vorsorgeuntersuchung stand, wurde es in der Praxis erprobt. Eine Studie in 17 Hausarztpraxen zeigte, dass Ärzte und Patienten das Konzept annahmen. Die geplante Evaluation wird Anhaltspunkte geben, wie Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten zielgerichtet weiterentwickelt werden können. Mittlerweile können schon rund hundert von 440 Hausärzten in Bremen und Bremerhaven das neue Konzept in ihren Praxen anwenden, und die Tendenz ist steigend. ■ (ah)

Ansprechpartner: Dr. med. Guido Schmiemann, MPH, Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Grazer Straße 4, 28359 Bremen, Telefon: 0421 218688-21
E-Mail: schmiemann@uni-bremen.de, www.public-health.uni-bremen.de

Schmerzversorgung

Richtig behandeln statt aushalten

Schmerzen müssen nicht sein. Durch eine bessere Versorgung will PAIN Intervention älteren Menschen ein Stück Lebensqualität zurückgeben.

Etwa jeder zweite Bewohner von Pflegeheimen leidet unter Schmerzen. Häufig sind sie so stark, dass sie die Selbstständigkeit der Betroffenen einschränken und damit ihre Lebensqualität und Selbstbestimmung beeinträchtigen. „Viele Betroffene erhalten leider keine angemessene Schmerzbehandlung“, erklärt Andrea Budnick vom Projekt PAIN Intervention der Charité – Universitätsmedizin Berlin. „Hier wollen wir Abhilfe schaffen.“ Ziel von PAIN Intervention ist es, die Schmerzversorgung älterer Menschen zu verbessern und ihre Schmerzen zu reduzieren, damit sie wieder ein eigenständigeres Leben führen können. Dafür hat das Projektteam aus Pflegewissenschaftlern, Medizinerinnen, Pharmazeuten, Sozialwissenschaftlerinnen und Medizinpädagogen zunächst eine Handlungsempfehlung für Hausärzte und Pflegefachkräfte erarbeitet. Sie enthält die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Schmerz und Schmerzbehandlung.

Zur Umsetzung dieses Wissens in der Praxis hat das Team von PAIN Intervention aus der Handlungsempfehlung zwei interaktive Fortbildungskonzepte generiert: Pflegekräfte können in einem ganztägigen Qualifizierungsworkshop ihre Fachkompetenz vertiefen, Hausärzte können im Rahmen einer Onlineschulung angemessene Therapien für ältere Menschen erlernen. ■ (kk)

Ansprechpartnerin: Andrea Budnick,
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie, Luisenstraße 13, 10117 Berlin, Telefon: 030 450529-064,
E-Mail: andrea.budnick@charite.de,
www.ama-consortium.de medsoz.charite.de

E-Learning

Gesünder leben per Computer

Nach der Arbeit in der U-Bahn noch etwas für die Gesundheit tun – das machen auf Patientenbedürfnisse zugeschnittene Internetcoachings möglich.

Die Zahl der Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes steigt in Deutschland. Viele Betroffene könnten schon mit einer gesünderen Lebensweise ihren Gesundheitszustand verbessern. Doch die nötigen Verhaltensänderungen fallen vielen schwer, weil neben der richtigen Ansprache oft auch eine professionelle Anleitung fehlt. „Für ein gesünderes Leben braucht es einen Prozess mit kleinen Schritten“, sagt Dr. Florian Frensch von der Initiative HausMed. „Damit Hausärzte ihre Patienten dabei unterstützen können, haben wir spezielle Internet-Schulungsprogramme entwickelt.“

Mit den HausMed-Coaches können die Patienten jederzeit und überall etwas für ihre Gesundheit tun. Sie brauchen nur einen internetfähigen Computer oder ein Smartphone. In zwölf Wochenmodulen erfahren sie alles Wissenswerte über ihre Krankheit, lernen gesundheitsbewusste Verhaltensweisen kennen und diese dauerhaft anzuwenden. Die Programme werden direkt auf die Bedürfnisse der Patienten zugeschnitten. Der Hausarzt kann sie beim Coaching begleiten.

Den HausMed-Coach gibt es zu verschiedenen Themen, darunter Bluthochdruck, Diabetes, Gewichtsreduktion und Depression. Bisher nutzen rund 2.000 Hausärzte und über 10.000 Patienten das Programm. ■ (kk)

Ansprechpartner: Dr. Florian Frensch,
HausMed eHealth Services GmbH,
Schlesische Straße 29/30, 10997 Berlin,
Telefon: 030 609898-672,
E-Mail: florian.frensch@hausmed.de,
www.hausmed.de

Krankheitserfahrungen

Patienten helfen Patienten

Wie lebt es sich mit einer bestimmten Erkrankung? Ärzte können diese Frage nicht beantworten, Patienten schon. Davon können andere Betroffene profitieren.

„Ich bin von Arzt zu Arzt gegangen, habe alle möglichen Naturheilverfahren ausprobiert, aber es hat sich nichts geändert.“ Richard Schäfer ist Schmerzpatient und berichtet auf der Website krankheitserfahrungen.de über das Leben mit seiner Erkrankung, seine Erfahrungen mit Ärzten und Behandlungsmethoden. Die Seite, die Psychologen und Sozialwissenschaftler der Universitäten Freiburg und Göttingen entwickelt haben, ist seit 2011 mit 76 Patientenberichten zu chronischen Schmerzen und Diabetes Typ 2 online. Die Module Epilepsie und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen folgen im April 2013.

„Indem wir zeigen, wie Patienten mit ihrer Erkrankung umgehen, wollen wir andere Betroffene unterstützen. Außerdem können ihnen die Erfahrungsberichte helfen, Therapieoptionen besser einzuschätzen und geeignete Entscheidungen zu treffen“, sagt Dr. Janka Koschack, die das Projekt mit betreut. Denn Ärzte könnten zwar über Erfolgsaussichten oder Nebenwirkungen bestimmter Behandlungen aufklären, aber nicht immer vermitteln, wie sich diese tatsächlich auf das Leben der Patienten auswirken. Das Portal richtet sich an Betroffene, aber auch an Menschen in medizinischen Berufen und soll dazu beitragen, die Kommunikation mit den Patienten zu verbessern. ■ (kk)

Ansprechpartnerin: Dr. Janka Koschack,
Universitätsmedizin Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Telefon: 0551 39-14225,
E-Mail: jkoscha@gwdg.de,
www.krankheitserfahrungen.de



Dr. Wolfgang Blank
ist Allgemeinmediziner und
Sprecher des Fachbereichs EbM
in Klinik und Praxis im
Deutschen Netzwerk
Evidenzbasierte Medizin e. V.

Wie evidenzbasiert führen Sie Ihre eigene Praxis?

Wir behandeln alle Patienten nach den aktuellen Leitlinien. Bei den chronisch Kranken, etwa Diabetikern, kümmert sich eine entsprechend weitergebildete Mitarbeiterin um die leitliniengerechte Betreuung. Bei Akuterkrankungen recherchiere ich selbst die aktuellsten Leitlinien, das geht in der Regel recht schnell. Bei Fragen zu Arzneimitteln berücksichtige ich die Bewertungen des arznei-telegramms oder wende mich im Zweifelsfall an den Apotheker-Beratungsservice der Kassenärztlichen Vereinigung.

Inwieweit profitieren Ihre Patienten davon?

Unsere Patienten bekommen von uns eine Therapie auf aktuellem Wissensstand angeboten. Ich sehe es als eine meiner hausärztlichen Aufgaben, die Patienten vor unnötiger Diagnostik und sinnlosen Therapien zu schützen. Deshalb bieten wir keine Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) an und klären die Patienten bei der Überweisung zum Facharzt auch offensiv über IGeL auf, die ihnen dort angeboten werden könnten. Generell ist es mir wichtig, die Patienten über alle Optionen einer Behandlung und deren Sinn oder Unsinn aufzuklären. Entscheiden muss der Patient selber, aber er braucht dafür die nötigen Informationen.

Wie könnte man Ärzte unterstützen, damit Evidenzbasierte Medizin besser in der Praxis ankommt?

Ich würde mir einen Informationsservice von den medizinischen Fachgesellschaften wünschen, der kontinuierlich über alle aktuellen Entwicklungen im jeweiligen Fachbereich informiert. Eine weitere Unterstützung wären mehr Angebote, analog zum arznei-telegramm, auch außerhalb des Arzneimittelbereichs. Und es wäre sicherlich hilfreich, wenn die großen Publikumsmedien öfter das Thema Scheininnovationen im Arzeneisektor unter die Lupe nähmen und die gängige Verschreibungspraxis kritisch thematisierten. ■ (om)

■ DIE FORSCHUNGS-PRAXIS-LÜCKE SCHLIESSEN

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse kommen bisher in der Pflege in Deutschland nur unzureichend an. Diese Forschungs-Praxis-Lücke will das Projekt „Brücken bauen“ mit einem 2008 eingeführten praxisorientierten, berufs begleitenden Studiengang minimieren. Die Studierenden und Absolventen haben dabei eine Doppelfunktion. Als Forscher generieren sie Wissen, als Pflegenden sorgen sie für dessen Anwendung.

Frauke Wiedermann, Hanse-Institut Oldenburg, Bildung und Gesundheit GmbH, Brandenburger Straße 21A, 26133 Oldenburg, Telefon: 0441 36189352, wiedermann@hanse-institut-ol.de

■ INFORMATIONEN FÜR ÄRZTE UND PATIENTEN

Zuverlässiges medizinisches Wissen zielgruppengerecht verfügbar machen – mit diesem Ziel startete vor zehn Jahren das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. Seitdem erarbeitet das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) für Ärzte Leitlinien zu den häufigsten chronischen Erkrankungen und in laienverständlicher Form auch für Patienten. Für Patienten veröffentlicht das ÄZQ außerdem weniger komplexe Kurzinformationen. Diese werden inzwischen in sechs Sprachen übersetzt.

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Straße des 17. Juni 106–108, 10623 Berlin, Telefon: 030 4005-2501, go@azq.de

■ QUALITÄTSZIRKEL

Für Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist der Austausch in Qualitätszirkeln eine wichtige Möglichkeit, um die Qualität ihres Handelns einzuschätzen und ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unterstützt die Moderatoren von Qualitätszirkeln mit einem eigens entwickelten Konzept, das unter anderem methodische und thematische Impulse sowie Materialien für die Zirkelarbeit beinhaltet.

Ingrid Quasdorf, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Telefon: 030 4005-1230, iquasdorf@kbv.de

■ PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT VORBEUGEN

Pflegebedürftigkeit von Patienten durch eine verbesserte, evidenzbasierte und hausarztorientierte Behandlung von Gefäßrisikofaktoren vorbeugen – das ist das Ziel von INVADE. Hierfür haben sich Wissenschaftler, regionale Fach-, Haus- und Klinikärzte zusammengesetzt. Sie tauschen sich in regelmäßigen Abständen über Patienten aus und entwickeln individuelle Therapiestrategien für sie. Die ermittelten Daten werden in der INVADE-Datenbank erfasst und Profile zu den Risikofaktoren der Patienten angelegt.

Astrid Biermeier, INVADE gGmbH, Karl-Böhm-Straße 32, 85598 Baldham, Telefon: 08106 997342, biermeier@invade.de

■ SICHERES WISSEN VON ANFANG AN

Zentrales Anliegen der Arbeitsgruppe EbM Frankfurt ist die Vermittlung von Wissen zur Evidenzbasierten Medizin. Nach der erfolgreichen Einführung des Seminars EbM in das Medizinstudium der Frankfurter Universität möchte sie eine harmonisierte Ausbildung in EbM für alle Medizinstudierende in Deutschland erreichen. Ein weiteres Ziel ist die Vernetzung aller Anbieter von Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen zur Evidenzbasierten Medizin.

Tobias Weberschock, Arbeitsgruppe EbM Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt, Telefon: 069 6301-83626, Weberschock@ebmfrankfurt.de

Bundesweiter Ideenwettbewerb

Mehr wissen, besser helfen

Mit dem Berliner Gesundheitspreis zeichnen der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost – Die Gesundheitskasse innovative Modelle zur Gesundheitsversorgung aus.



1995
Der Mensch ist unser Maß



1998
Gesundheitsziele – Strategien für eine bessere Gesundheit



2000
Alter und Gesundheit – mehr Qualität durch vernetzte Versorgung



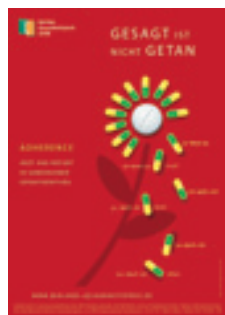
2002
Qualitätsoffensive in Medizin und Pflege



2004
Hausarztmedizin der Zukunft – Wege zur innovativen Versorgungspraxis



2006
Im hohen Alter zu Hause leben



2008
Adherence – Arzt und Patient in gemeinsamer Verantwortung



2010
Auch Helfer brauchen Hilfe

Jury 2013

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Antes,
Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik, Universitätsklinikum Freiburg

Dr. med. Wolfgang Blank,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Sprecher des Fachbereichs EbM in Klinik und Praxis des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin e.V. und Preisträger des Berliner Gesundheitspreises 2004

Dr. rer. pol. Volker Hansen,
Vorsitzender des Aufsichtsrates des AOK-Bundesverbandes

Dr. med. Günther Jonitz,
Präsident der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Regina Klakow-Franck,
M. A., Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses

Rainer Knerler, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

Karin Maag, CDU/CSU, Mitglied des Deutschen Bundestages, Mitglied des Ausschusses für Gesundheit

Dr. rer. nat. Carola Reimann, SPD, Mitglied des Deutschen Bundestages, Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit

Prof. Dr. med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Stellvertretende Direktorin, Leiterin des Arbeitsbereichs Chronische Krankheit und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Mehr Informationen unter www.berliner-gesundheitspreis.de

Spezial ist eine Verlagsbeilage von G+G

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin, **Redaktion:** Dr. Silke Heller-Jung (she), Annegret Himrich (ah), Katleen Krause (kk), Otmar Müller (om), Bettina Nellen (bn) (KomPart-Verlag), **Art Direction:** Anja Stamer (KomPart-Verlag), **Verantwortlich:** Erwin Dehlinger, Monika Schneider (AOK-Bundesverband), **Stand:** März 2013