

Scheinvergabekriterien für den Querschnittsbereich „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentl. Gesundheitspflege“

1. Anwesenheitspflichtige Veranstaltungen:

Ringvorlesung Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentl. Gesundheitswesen,
7. Sem., Do 15-17 Uhr

2. Begleitende Veranstaltungen:

3. Leistungsnachweis:

Klausur im 7. Semester

4. Lernzielkatalog

Themenbereich: Sozialversicherungssysteme

Das deutsche Gesundheitssystem gründet sich auf einem aus fünf Säulen bestehenden gegliederten System der Sozialversicherung.

1. Gesetzliche Krankenversicherung
2. Rentenversicherung
3. Unfallversicherung
4. Arbeitslosenversicherung
5. Pflegeversicherung und soziale Leistung für Gruppen, die durch die Sozialversicherung unzureichend gesichert sind.

Das gesamte Sozialrecht ist in einem Gesetzeswerk zusammengefasst, das elf Bücher umfasst. Die medizinische Versorgung ist im Sozialgesetzbuch V geregelt.

1. Geschichte der Sozialversicherungssysteme in Deutschland und im internationalem Vergleich.
2. Gesetzliche Krankenversicherung
Pflichtversicherte, Leistungen, Trägerschaften, Finanzierung, gesetzliche Grundlagen, ärztliche Aufgaben des Medizinischen Dienstes.
3. Unfallversicherung
Pflichtversicherte, Leistungskatalog, Träger, Finanzierung, ärztliche Aufgaben, gesetzliche Grundlagen.
4. Rentenversicherung
Pflichtversicherte, Leistungen, Trägerschaften, Finanzierung, ärztliche Aufgaben, gesetzliche Grundlagen.
5. Arbeitslosenversicherung
Pflichtversicherte, Leistungsbereiche, Träger, Finanzierung, gesetzliche Grundlagen.
6. Pflegeversicherung
Pflichtversicherte, Leistungen, Trägerschaft, Finanzierung, ärztliche Aufgaben, gesetzliche Grundlagen.

7. Bundesversorgungsgesetz und Opferentschädigungsgesetz
Leistungen, Zuständigkeiten, Finanzierung, ärztliche Aufgaben.
8. Bundessozialhilfegesetz
Leistungen, Zuständigkeiten, Finanzierung, ärztliche Aufgaben.
9. Schwerbehindertengesetz (jetzt ist Reihenfolge wieder richtig)
Leistungen, Zuständigkeiten, Finanzierung und ärztliche Aufgaben.

10. Das Gesundheitsversorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland

10.1 Ambulante medizinische Versorgung.

Die ambulante, medizinische Versorgung erfolgt im Regelfall zu 98 % durch in eigener Praxis niedergelassener Ärzte.

Durch den Sicherstellungsauftrag (Paragraph 72, SGB V) für die ambulante Versorgung an die gesetzlichen Krankenkassen und die kassenärztliche Vereinigung ist gesetzlich festgelegt, dass die ambulante Versorgung regelmäßig und fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte (Vertrags- bzw. Kassenärzte) erfolgt.

Formen der Niederlassung (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft).

Vor- und Nach- stationäre Behandlungen im Krankenhaus, ambulantes Operieren im Krankenhaus, ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte, psychiatrische Institutsambulanzen, sozialpädiatrische Zentren, hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung.

10.2 Stationäre, medizinische Versorgung

Die stationäre, medizinische Versorgung erfolgt in Akutkrankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Die Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus erfolgt außer in Notfällen durch Überweisung durch einen niedergelassenen Arzt.

Akut- oder Allgemeinkrankenhäuser sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, oder fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, oder mit Hilfe von jederzeit verfügbaren ärztlichen, Pflege, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern (Universitätskliniken, Landeskrankenhäuser, Bezirkskrankenhäuser, Kreiskrankenhäuser, Städtische Kliniken).

Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind Einrichtungen, die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung einer gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken (Vorsorge), oder eine Krankheit zu

heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (Sonderkrankenhäuser; Kurheime, Sanatorien).

Träger der Einrichtung für die stationäre medizinische Versorgung: öffentliche Träger (Städte und Gemeinden), freigemeinnützige Träger (kirchliche Organisationen, deutsches Rotes Kreuz, u.a.) private Träger.

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt bis heute im wesentlichen nach dem sogenannten Dualen-System, d.h. die Baukosten und Investitionskosten für größere Geräte werden vom Staat übernommen. Die laufenden Kosten eines Krankenhauses (Gehälter, medizinisches Verbrauchsmaterial) werden über den von den Krankenkassen zu bezahlenden Pflegesatz aufgebracht. Außerdem gibt es noch Sonderentgelte und Sonderpflegesätze sowie im zunehmenden Maß diagnoseabhängige Fallpauschalen (DRGS). Dadurch soll die Verweildauer in der stationären Versorgung verkürzt werden.

Lernziel „Öffentliches Gesundheitswesen“

- Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) in Deutschland
- Gesetzliche Grundlagen des ÖGD
- Aufgaben des Bundes
- Aufgaben der Länder, Kommunen, Gesundheitsämter
- Einrichtungen des Bundes, die ÖGD-Aufgaben wahrnehmen (RKI, BfR)
- Öffentliche Sicherheit im Katastrophenfall (Ausbruch von Seuchen, Bioterrorismus)
- Anforderungen des ÖGD an ausgewählte Einrichtungen (Krankenhäuser, Altenpflegeheime, Schulen, Gaststätten, Arztpraxen)

Lernzielkatalog „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“

Qualitätsmanagement

Definitionen

QM-Konzepte (EFQM, ISO 9000:2000, KTQ, JCAHO)

Ziele

Zusammenarbeit

Nutzen

Bausteine

Weg

Rahmenbedingungen

Organisation

Evaluation

Qualitätsmanagement-Methoden

Techniken

Modelle

Methoden

Prozessanalyse

Gesetze

Qualitätsmessung
Qualitätszirkel
Interventionstechniken
EBM

Entwicklung und Realisierung im Krankenhaus

Problemanalyse
Methodenwahl
Durchführung
Evaluation

LERNZIELKATALOG DRG, Klinische Pfade, Medizincontrolling

DRG:

Menzel

Servicezentrum DRG

Historische Entwicklung international
Entwicklung Deutschland
Auswahl eines DRG-Systems für Deutschland
Aufbau von DRG-Systemen
Anwendung von DRG-Systemen
DRGs in der deutschen Praxis

Klinische Pfade

Maschmann

Kinderklinik und Poliklinik

Definition
Zielsetzung
Erstellung
Umsetzung und Anwendung
Auswertung
Probleme bei der Einführung
Rechtliche Aspekte
Abbildung in Krankenhausinformationssystemen

Medizincontrolling

Schäfer

Servicezentrum DRG

Begriffdefinition/ Berufsbild Medizincontroller
Qualifikationen
Strategische und operative Komponenten der Tätigkeit
Praxis Medizincontrolling in Deutschland
Persönlichkeitsprofil

Die Organisation des Rehabilitationssystems

Systematik der Reha-Träger

Aufgaben und Zuständigkeiten der Reha-Träger

Zugang zur Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung der Reha-Servicestellen

Funktion des niedergelassenen Arztes in der Rehabilitation

Typen von Reha-Einrichtungen

Inhalt und Lernziele zum Modul „Evidence-based Medicine“ im Rahmen der Vorlesung Gesundheitsökonomie

Dr. Peter Kranke
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie
Universität Würzburg
kranke_p@klinik.uni-wuerzburg.de

Der Begriff "Evidence-based Medicine" (EbM) ist vergleichsweise jung. Geprägt wurde er in den Achtziger Jahren an der McMaster University in Kanada. Wenngleich mittlerweile mit zahlreichen individuellen Prägungen in der Auslegung versehen, charakterisierte EbM ursprünglich eine neue klinische Strategie der Wissensvermittlung und Sichtweise der Medizin. Diese Strategie zielt darauf ab Probleme im klinischen Kontext zu erkennen, dazu treffende, strukturierte Fragen zu formulieren, bei der Beantwortung neben dem Rückgriff auf eigenes Vorwissen (interne Evidenz) und traditionelle Wissensressourcen (Kollegen, Lehrbücher), aktuelle externe Evidenz (Kontrollierte klinische Studien, Systematische Übersichtsarbeiten) zu suchen und zu bewerten, um die resultierenden Ergebnisse schließlich in die Problemlösung im Rahmen der täglichen Arbeit zu integrieren. EbM ist folglich keine „neue“ oder „andere“ Art der Medizin, sondern eine strategische Problemlösungsvariante, die den zufälligen und potenziell verfälschenden Einfluss (Bias) zu minimieren sucht. Nach David Sackett, einem der frühen Protagonisten dieser Strategie, ist EbM die Anwendung von "current best evidence in making decisions about the care of individual patients" sowie "integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research" (Sackett et al. BMJ 1996;312:71-72).

Wenngleich also im Ansatz nicht grundsätzlich neu – denn die beste Behandlung war stets ein hehres Ziel in der Medizin – ist die explizite Transparenz der Methode und die offenen Kommunikation der Grundlagen zur Effizienz ärztlichen Handelns und medizinischer Interventionen unter den Kollegen, mit den Patienten und gegenüber den Kostenträgern jedoch so revolutionär, dass zahlreiche Diskussionen über die Sinnhaftigkeit entbrannten und das Konzept – vielfach missverstanden – teilweise ganz abgelehnt wurde. Dies umso mehr, als im Zuge der ökonomischen Zwänge mitunter EbM missbraucht wurde Gesundheitsleistungen zu limitieren oder gar zu verweigern. Derlei Restriktionen schienen mit der Freiheit ärztlicher Berufsausübung unvereinbar. Doch bedeutete Freiheit zu keiner Zeit eine Willkür in der Behandlungswahl sondern sollte stets zum besten Nutzen des Patienten umgesetzt werden.

Wenngleich also primär als Strategie zur Wissensvermittlung beschrieben, ist der Link zur Ökonomie jedoch unverkennbar. Knappheit der Ressourcen als allgegenwärtige Konstante bedingt stets die Frage nach dem bestmöglichen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Eine Aufwendung für eine medizinische Intervention kann stets nur einmal getätigt werden. Um den größtmöglichen Nutzen zu stiften sind Kosten-Nutzen- und Nutzen-Risiko-Abwägungen unerlässlich. So vermag das Instrument EbM bei sinngemäßer Verwendung den finanziellen Überlegungen

hinsichtlich drohender Leistungsrestriktionen solide Effektivitätsdaten gegenüber zu stellen und einen resultierenden Gesamtnutzen zu verdeutlichen.

Angesichts des Trends zu sich verkürzenden Halbwertszeiten medizinischen Wissens, integriert EbM die Vorstellung des „life-long learning“ als kontinuierliches, berufsbegleitendes Lernen. Erneut kommt die weniger inhaltliche als vielmehr methodische Ausrichtung von EbM zur Geltung. Was heute noch aktueller Stand des Wissens ist, mag morgen bereits nicht mehr zeitgemäß sein. Dies erfordert vermehrt methodische Kompetenz, als lediglich inhaltlich ausgerichtete Wissensvermittlung. Und so kann EbM auch gesehen werden als Adaptation der Medizin an das Informationszeitalter mit sich verkürzenden Lebenszyklen.

Für eine umfassende Ausbildung zum Erlernen der Konzepte von EbM ist eine umfassendere Veranstaltung, die den Rahmen des Modul „Evidence-based Medicine“ im Rahmen der Vorlesung Gesundheitsökonomie sprengen würde. Sie zielt auf die Kompetenzvermittlung der im wesentlichen auf drei fundamentale Säulen beruhenden EbM ab:

- Werte und Überzeugungen (attitudes): Einstellung des Lernenden zur lebenslangen Wissensaktualisierung und zur Akzeptanz wissenschaftlicher Methoden im Erkenntnisgewinn und zur Begründung ärztlicher Maßnahmen.
- Fertigkeiten (skills): Fähigkeiten des Lernenden ausgehend von einem klinischen Problem eine spezifische Frage zu formulieren, eine Literaturrecherche durchzuführen, die gefundenen wissenschaftlichen Arbeiten kritisch zu bewerten, die Ergebnisse der Arbeiten auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen, Schlussfolgerungen für den konkreten Fall zu ziehen und schließlich die Ergebnisse des eigenen Handelns kritisch zu hinterfragen.
- Wissen (knowledge): Fähigkeiten des Lernenden mit den wichtigsten epidemiologischen Begriffen und Größen umgehen zu können sowie die wichtigsten Informationsressourcen zu kennen.

Darüber hinaus verlangt die Vermittlung der Inhalte ergänzend andere Lern-techniken, wie Kleingruppenarbeit und anwendungsorientiertes Vertiefen zum Beispiel im Rahmen webbasierter Angebote. Das Modul „Evidence-based Medicine“ soll Interesse zur vertiefenden Beschäftigung mit dem Thema anregen. Die Teilnehmer sollen ermutigt werden die Gedankenwelt der EbM in der weiteren Ausbildung zu integrieren und kritisch zu hinterfragen.

Im Einzelnen wird auf folgende Inhalte eingegangen:

- Einführende Information zum Themenkomplex
- Grundlage ärztlicher Entscheidung – traditionell und zukünftig
- Kritischer Umgang mit der Basis ärztlichen Wissens
- Maßzahlen zur Effektbeschreibung
- Begriffe aus der EbM
- Implementierungsmöglichkeiten im Alltag
- Web Ressourcen
- Potenzielle Entwicklungen
- Vertiefungsmöglichkeiten

Als Einstieg in die Begriffswelt werden die Web Auftritte empfohlen:

- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.
<http://www.ebm-netzwerk.de>
- Centre for Evidence-Based Medicine

<http://www.cebm.net/>

● Bandolier

<http://www.ebandolier.com>

● Centre for Health Evidence

<http://www.cche.net/userguides/main.asp>