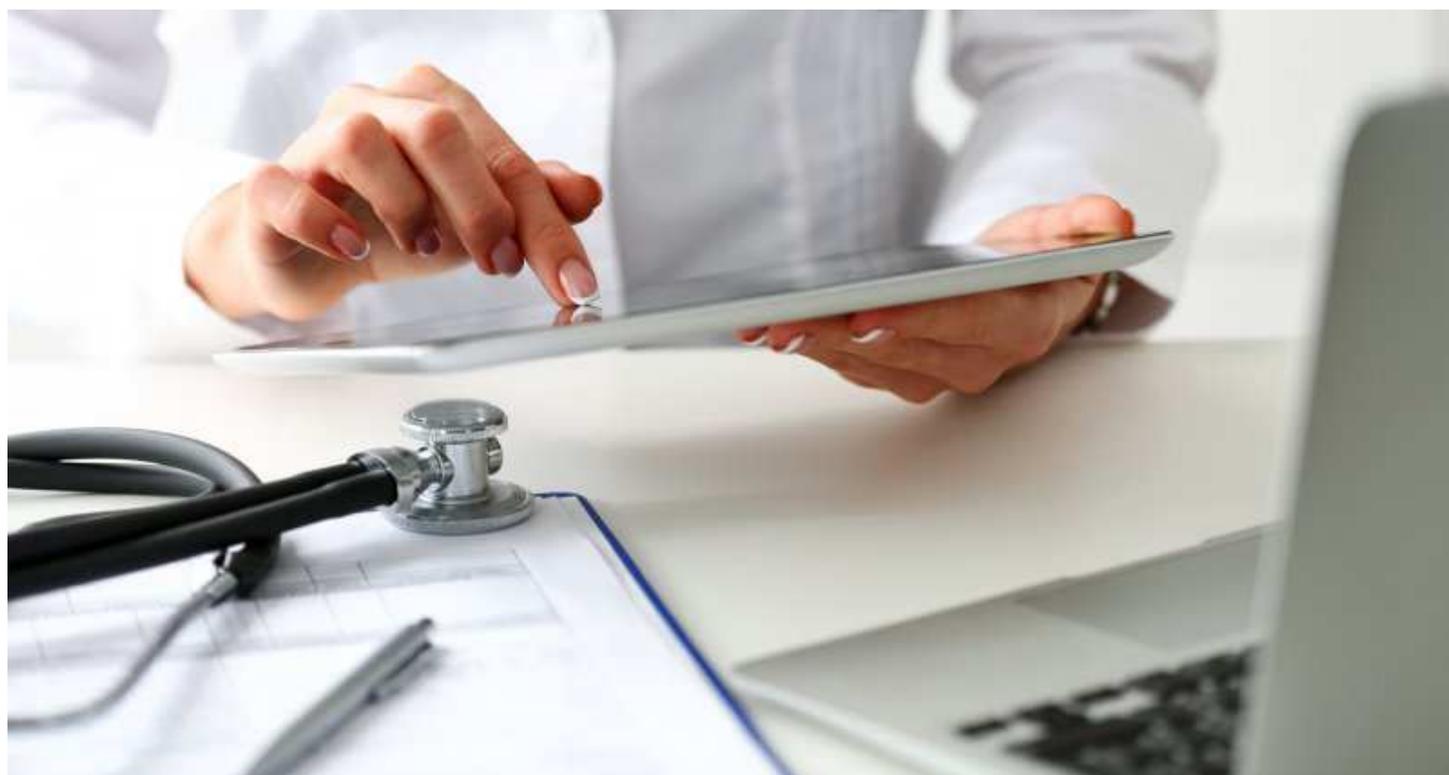


Vermischtes

Verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation senkt Kosten und erhöht Patientensicherheit

Mittwoch, 29. Juni 2022



/megaflopp, stockadobecom

Berlin – Mit einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation werden Patienten zufriedener, die Patientensicherheit und -gesundheitskompetenz erhöht und die Gesamtkrankenhauskosten sogar gesenkt. Zu diesem Ergebnis kommen Mediziner, Wissenschaftlerinnen und Krankenkassenvertreter, die am Modellprojekt „Making SDM a Reality“ am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in den vergangenen Jahren beteiligt waren.

Konkret wandte das Projekt zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation das Konzept SDM an, das für gemeinsame Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“) steht. Aktuell prüft der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), ob dieses Konzept in die Regelversorgung überführt werden könnte.

In dem Implementierungsprogramm für SDM in kompletten Krankenhäusern mit dem Namen „Share to Care“ geht es darum, dass Patientinnen und Patienten stärker von medizinischem Personal bei Entscheidungen über das jeweilige medizinische Vorgehen beteiligt werden und auf Augenhöhe mitsprechen können.

In vier Modulen werden erstens Ärztinnen und Ärzte im Rahmen von Trainings von Kommunikationstrainern geschult, um Patienten stärker in die Entscheidungsfindung zu medizinischen Behandlungen einzubinden. Damit die Krankenhäuser die Zertifizierung „Share to Care“ erhalten, müssen sich 80 Prozent der dort arbeitenden Ärzte entsprechend schulen.

„Die Schulung dauert netto ungefähr einen Tag pro Arzt“, erklärte Projektleiter Friedemann Geiger bei einer Pressekon-

ferenz auf Nachfrage. Je nachdem wie viel Zeit sich der Arzt oder die Ärztin für das Training nehme, könne die Online-schulung in wenigen Wochen bis hin zu zwei bis drei Monaten erfolgt sein.

Die Schulung beinhaltet außerdem die Videoaufnahme zweier eigenen Patientengespräche, um diese im Nachgang besprechen und verbessern zu können. Wichtig sei es für Ärzte, zu Beginn eines Patientengesprächs klar zu machen, dass nun eine medizinische Entscheidung anstehe und die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen anzusprechen, so Geiger.

Ärzte nach anfänglichem Widerstand zufrieden

Zwar sei ihm bewusst, dass neue Programme erst einmal Mehraufwand bedeuten würden – dementsprechend waren anfangs nicht alle Mitarbeitenden der Kliniken begeistert von der Idee. Allerdings hat sich im Laufe des Projekts die Zahl der geschulten Ärzte pro Monat vervielfacht, viele waren am Ende sehr zufrieden, einige fragten sogar nach einem Auffrischungstraining. In 19 von 22 avisierten Kliniken sei das Share-To-Care-Programm trotz COVID-19-Pandemie erfolgreich innerhalb der vier vorgesehenen Jahre abgeschlossen worden, so Geiger.

Neben den Ärztetrainings sieht das Programm noch drei weitere Module vor. Das Projektteam erarbeitete mehr als 80 Entscheidungshilfen für medizinische Fragestellungen, die sowohl wissenschaftlich fundiert als auch gut verständlich sein sollen. Hier geht es beispielsweise darum, welche Optionen bei einer Rauchentwöhnung zur Verfügung stehen oder welche Medikamente bei einer Endometriose einsetzbar sind.

Auch die Pflegekräfte werden in einem dritten Modul als „Decision Coaches“, also als Entscheidungshelfer, in das Programm integriert. Sie sollen mithilfe der bereits erläuterten Entscheidungshilfen ärztliche Gespräche optimal vorbereiten, also mit den Patienten die Optionen vorbesprechen.

Patienten sollen aktiv Fragen stellen

Und letztlich geht es in einem vierten Modul darum, Patienten selbst zu aktivieren und aufzufordern bereits beim Betreten der Klinik sich aktiv an Therapieentscheidungen zu beteiligen. Folgende drei Fragen sollte der Patient bestenfalls in das Arztgespräch einbringen: Welche Möglichkeiten habe ich (inklusive Abwarten und Beobachten)? Was sind die Vorteile und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten? Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vorteile und Nachteile bei mir auftreten?

Das gesamte Projekt wurde wissenschaftlich durch die Technische Universität (TU) München begleitet. Die externe Evaluation ergab, dass sich die Zufriedenheit und Gesundheitskompetenz der Patientinnen und Patienten erhöht, wenn sie sich gut aufgeklärt und aktiv für eine Option entscheiden, erklärte Leonie Sundmacher, Leiterin des Lehrstuhls für Gesundheitsökonomie an der Fakultät Sport- und Gesundheitswissenschaften an der TU München heute auf der Pressekonferenz.

Zudem sanken im Vergleich zu Kontrollgruppen (andere Kliniken ohne SDM-Programm) auch die Notfalleinweisungen und Hospitalisierungen und damit auch die Krankenhausgesamtkosten nach der Implementierung des Konzepts, so Sundmacher.

Könnte das Konzept bald in die Regelversorgung übergehen?

Der Innovationsfonds des G-BA hatte das Projekt am UKSH über eine Laufzeit von vier Jahren vom 1. Oktober 2017 bis zum 30. September 2021 mit 13,7 Millionen Euro gefördert. Nun berät der G-BA, wie das Projekt in die Regelversorgung aufgenommen werden könnte. Geiger erwartet innerhalb von drei Monaten eine Empfehlung durch den Innovationsausschuss des G-BA.

Um die Zeit bis zu einer Entscheidung des G-BA zu überbrücken, finanziert die Techniker Krankenkasse (TK) nun per Selektivvertrag mit dem UKSH die Weiterführung des Programms. Die rechtliche Grundlage hierfür ist in Paragraph 140a Sozialgesetzbuch V geregelt. Das bedeutet, die TK zahlt dem UKSH für alle SDM-zertifizierten Kliniken pro TK-Versicherten (Patientenfall) ein gewisses Entgelt.

Die Höhe wollte Geiger dem *Deutschen Ärzteblatt* aber nicht verraten. Allerdings erklärte er, dass der Selektivvertrag

das Vorhaben noch nicht ausreichend finanziere, weil die TK in Kiel einen zu geringen Marktanteil habe. „Bei drei Krankenkassen wären die Kosten gedeckt“, so Geiger.

Er blickt vor allem hoffnungsvoll auf die Entscheidung des G-BA. Für ihn stehe nicht die Frage nach dem Ob im Raum, sondern nach dem Wie. Es könnte sein, dass der G-BA sich für weitere Selektivverträge mit Krankenkassen ausspreche, um das Projekt etwa in einzelnen Regionen oder Krankenhäusern fortzuführen, sagte Geiger dem *Deutschen Ärzteblatt*.

Vorstellbar wäre laut Geiger aber auch eine Überführung in das Krankenhausentgeltgesetz – zertifizierte Kliniken könnten damit ein bestimmtes Zusatzentgelt pro Patientenfall abrechnen und auf diese Weise könnte die Implementierung des Konzepts finanziert werden. © *cmk/aerzteblatt.de*

Alle Rechte vorbehalten. www.aerzteblatt.de