

Anmerkungen zu Regierungsentwürfen GKV - Versorgungsstärkungsgesetz und Präventionsgesetz

Stellungnahme der GMDS

Autoren: Prof. Dr. Harald Binder (Mainz), Prof. Dr. André Scherag (Jena),
Prof. Dr. Andreas Stang (Essen), Prof. Dr. Sylvia Thun (Krefeld),
Prof. Dr. Antje Timmer (Oldenburg)

GKV - Versorgungsstärkungsgesetz

Wir begrüßen insgesamt diesen Gesetzentwurf. Jedoch erscheinen die Maßnahmen zur Sicherung der wissenschaftlichen Qualität der im Rahmen des Innovationsfonds geförderten Evaluationen, einschließlich der Evaluation des Innovationsfonds selbst, nicht ausreichend.

Wir unterstützen besonders ausdrücklich den Einsatz der Telemedizin in strukturschwachen Gebieten. Dazu müssen zwingend die Rahmenbedingungen (rechtlich, finanziell, organisatorisch) für die Ärzte geregelt werden.

Anmerkungen

beziehen sich im Folgenden auf die Details zur Einrichtung und Verwendung des Innovationsfonds, insbesondere §92a und b:

- §92a (1): Es ist unklar, weshalb universitäre und außeruniversitäre Einrichtungen unter (1) nicht als Antragsteller genannt werden.
- §92a (1) (2): Es ist unklar, weshalb eine Trennung in (1) und (2) erfolgt bzw. warum (1) nicht klar mit (2) verbunden ist.
- §92a (1) (7): „Evaluierbarkeit“ sollte modifiziert werden zu „Evaluation nach anerkannten methodischen Standards“.
- §92a (1): (Ergänzung 8): Es sollte eine nachgewiesene methodische Expertise zur Durchführung des Vorhabens und Anwendung bestmöglicher Methodik gefordert werden.
- §92a (3): Es ist unklar, weshalb man sich auf eine 75% vs. 25% Verteilung für (1) und (2) festlegt – dies sollte im Einzelfall entschieden werden / entscheidbar sein.
- §92a (5): Es sollte ergänzt werden, dass auch diese wissenschaftliche Evaluation kompetitiv ausgeschrieben und vergeben wird.
- §92b: Im Innovationsausschuss sollte methodenwissenschaftliche Expertise vertreten sein; minimal sollte methodenwissenschaftliche Expertise im Expertenbeirat mit 2-3 Vertreterinnen und Vertretern abgebildet sein.

Geschäftsstelle

Industriestraße 154
D-50996 Köln

Telefon: +49(0)2236-3319958
Telefax: +49(0)2236-3319959

E-Mail: info@gmds.de
Internet: www.gmds.de

Geschäftsführung

Beatrix Behrendt

Präsidium

Prof. Dr. Paul Schmücker
(Mannheim), Präsident

Prof. Dr. Ulrich Mansmann
(München), 1. Vizepräsident

Prof. Dr. Heike Bickeböller
(Göttingen), 2. Vizepräsidentin

Prof. Dr. Wolfgang Köpcke
(Münster), Schatzmeister

Prof. Dr. Thomas Neumuth
(Leipzig), Schriftführer

Prof. Dr. Dieter Hauschke
(Freiburg), Beisitzer

Prof. Dr. Alfred Winter
(Leipzig), Beisitzer

Prof. Dr. Hans-Ulrich Prokosch
(Erlangen), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Ralf Bender
(Köln), Fachbereichsleiter

Prof. Dr. Antje Timmer
(Oldenburg), Fachbereichsleiterin

Susanne Stolpe
(Bochum), Sektionsleiterin

Markus Stein
(Heidelberg), Sektionsbeisitzer

Bankverbindung

Deutsche Apotheker-
und Ärztebank e.G. Köln
BLZ: 300 606 01
KTO: 160 18 22

IBAN DE97 3006 0601 0001 6018 22
BIC (Swift Code) DAAEDED3

Erläuterung

Es bleibt unklar, wie die Aufteilung des Innovationsfonds auf die Förderung innovativer Versorgungsformen einerseits, und der Versorgungsforschung andererseits zustande kommt, und wie hier genau getrennt werden kann. So erfordert eine Einführung neuer Versorgungsformen sowohl Forschung im Vorfeld, als auch im Sinne einer Evaluation nach Einführung. Es wird nicht ganz klar, inwieweit sich die im Rahmen des Innovationsfonds förderbare Versorgungsforschung nur auf im Rahmen des Fonds eingeführte Versorgungsformen bezieht, oder auch unabhängig davon erfolgen kann. Selbst im ersteren Fall scheint gerade im Hinblick auf die Forderung „innovativ“ keine gute Verhältnismäßigkeit zwischen der Förderung der Innovationen selbst und ihrer Beforschung zu bestehen – zumal ja sich bewährende Maßnahmen, sobald sie in die Regelversorgung übernommen würden, von der weiteren Förderung durch den Fonds ausgeschlossen wären.

Im Kommentar auf S. 127 zu §92a wird angegeben, dass die Förderung der Vorhaben gemäß Satz 3 eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung voraussetzt. Demgegenüber wird jedoch in §92a (1) 7 lediglich eine Evaluierbarkeit gefordert.

Im Kommentar wird außerdem, ebenfalls S. 127, gefordert, dass bereits mit dem Antrag auf Förderung ein Evaluationskonzept eingereicht werden soll, dessen Kosten Bestandteil der förderfähigen Kosten der Vorhaben sind. Sind diese Evaluationskosten der Förderung der Maßnahmen, oder der Förderung von Versorgungsforschung zuzurechnen? Im letzteren Fall sollten Maßnahmen ergriffen werden, die eine zusätzliche unabhängige Evaluation ermöglichen.

Ebenfalls zu Absatz 1 findet sich auf S. 128 die Erläuterung, dass in der Regel eine Krankenkasse an der Antragsstellung zu beteiligen ist. Diese Bedingung steht einer unabhängigen Evaluation entgegen. Vielmehr sollten Krankenkassen verpflichtet werden, Daten für fundierte wissenschaftliche Auswertungen zur Verfügung zu stellen, wenn Antragsteller entsprechende Expertise vorweisen können. Diese schließt neben einer inhaltlichen notwendigerweise auch methodische Expertise ein.

Eine methodische Expertise ist z.B. durch die von den Fachgesellschaften vergebenen Zertifikate überprüfbar (z.B. Biometrie, Epidemiologie, Medizinische Informatik).

Hinweise zu E-Health

Die integrierte Versorgung gemäß der Anforderung „Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und die lückenlose Versorgung der Versicherten beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung werden durch Anpassung der Rahmenbedingungen des Krankenhaus-Entlassmanagements verbessert.“ soll durch adäquate eHealth – Anwendungen wie den standardisierten elektronischen Entlassbrief oder die patientengeführte elektronische Patientenakte unterstützt werden.

Auch die Anforderung „Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, weitere strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zu entwickeln.“ wird ohne strukturierte und mit internationalen IT-Standards spezifizierte eHealth Anwendungen zu einem Bürokratiemonster mutieren. Damit würden Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister unnötig zeitlich belastet. Es ist vielmehr wichtig, die Prozesse und Dokumentation durch intelligenten, adäquaten Einsatz der Digitalisierten Medizin zu entlasten. Das Gesetz sollte auf die Anwendung dieser international konsentierten IT-Standards hinweisen um Doppelangaben und Fehler für den Leistungserbringer zu vermeiden. Dazu sollten die einzelnen Datenelemente (z.B. Geschlecht, Diagnose) mit anderen Anwendungen z.B. nach SGB V 291a ff, §301 und §295 abgeglichen werden.

Präventionsgesetz

Wir begrüßen insbesondere die Stärkung der Bedeutung eines „evidenzbasierten Nutzens“ einzuführender Maßnahmen, sowie die Schwerpunktsetzung auf „qualitätsgesicherte und wirksame Präventionsmaßnahmen“, in Verbindung mit einer Flexibilität, die die Berücksichtigung neuer Evidenz ermöglicht. Eine wissenschaftliche Evaluation eingeführter und geplanter Maßnahmen sollte explizit gefordert werden.

Anmerkungen

- §20 (2) Unter dem einzubeziehenden Sachverstand ist dringlich eine epidemiologische Expertise zu ergänzen.
- § 25, 14c Eine Evaluation „nach Standardkriterien“ innerhalb von 5 Jahren scheint im präventiven Kontext hinsichtlich Public Health relevanter Zielkriterien nicht realistisch.

Erläuterung

Epidemiologie ist die führende methodische Disziplin bei der Identifikation gesundheitsschädigender Faktoren und ist als solche unabdingbar und explizit in die Planung und Evaluation präventiver Maßnahmen einzubeziehen. Unter dem allgemeinen Terminus „Gesundheitswissenschaften“ ist nicht gewährleistet, dass eine ausreichende auch quantitative und somit datenorientierte methodische Begleitung erfolgt. Eine solche Expertise kann beispielsweise über das Zertifikat Epidemiologie der gmds und DGEpi nachvollzogen werden.

Eine Evaluation nach wissenschaftlichen Kriterien ist dringlich zu fordern. So wird weiterhin, wenn auch jetzt weniger explizit, der Nutzen von Gesundheitsuntersuchungen postuliert, der jedoch bisher nicht erwiesen ist. Allerdings ist gerade im Bereich der Prävention ein Nutzen erst langfristig erwartbar, und erfordert den Einschluss hoher Nutzerzahlen. Vor diesem Hintergrund ist eine quantitativ methodische Evaluation von besonders großer Bedeutung.

Die Anforderung des Gesetzes „Förderung des Impfwesens“ kann durch geeignete eHealth Anwendungen unterstützt werden. Ein freiwilliges digitales Impfregeister oder qualitätsgesicherte und auf internationalen IT-Standards beruhende APPs des BZgA beispielsweise können die Impfbereitschaft und -organisation immens erhöhen. In den digitalen Anwendungen könnten z.B. Plausibilitätsprüfungen erfolgen und automatische Terminbenachrichtigungen an den Bürger versendet werden.

Köln, 6. März 2015



Prof. Dr. Paul Schmücker
- Präsident der GMDS -