

Das Projekt *Anwendung für ein digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management – AdAM*

Systematische Hilfe für die ärztlichen Therapieentscheidungen

SONJA LAAG,
PETRA KELLERMANN-
MÜHLHOFF,
TILL BECKMANN,
WALTER ULLRICH

Sonja Laag ist Leiterin
Versorgungsprogramme bei
der BARMER

Petra Kellermann-Mühlhoff
ist Projektleiterin *AdAM* bei
der BARMER

Till Beckmann ist
Mitarbeiter in der Abteilung
Produktentwicklung/
Versorgungsmanagement bei
der BARMER

Walter Ullrich ist
Teamleiter Medizinanalyse /
Versorgungsprogramme bei
der BARMER

Seit vielen Jahren steht die Arzneimitteltherapie im Fokus versorgungspolitischer Diskussionen. Diese werden oft darauf verkürzt, dass Ärzte zu viele und zu wenig aufeinander abgestimmte Medikamente verschreiben und Patienten vermeidbaren Schaden nehmen. Bei einer solchen Betrachtungsweise wird vorrangig ein individuelles ärztliches Fehlverhalten impliziert, selten aber die strukturellen und organisatorischen Systembedingungen, innerhalb derer Ärzte eine Therapieentscheidung treffen müssen. Mit *AdAM* setzen BARMER und Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe auf der Systemebene an, um dem niedergelassenen Hausarzt zu helfen, eine optimierte Arzneimitteltherapie durchzuführen zu können. Der Beitrag skizziert die Grundzüge des Projektes.

Ausgangslage

Die Liste der nationalen und internationalen Veröffentlichungen zu Medikationsfehlern ist lang und häufig hinterlassen sie den Eindruck, dass die Ärzte die Risiken einfach nur sorgfältiger abwägen müssten. Dieses gilt insbesondere für Hausärzte, die immer alle Aspekte der Behandlung im Auge haben sollen und vor allem für ältere Patienten erste Ansprechpartner sind. Aber: ist ihnen dieses überhaupt möglich und liegt die Verantwortung, dem Patienten nicht zu

schaden, nur in der individuellen ärztlichen Kunst des einzelnen Arztes? Ein Blick auf die häufigsten Risiken zeigt, dass deren Entstehung komplex ist. Sie sind auch Folge eines systemisch unzureichend organisierten Behandlungsprozesses, der innerhalb eines stark sektorierten und fragmentierten Gesundheitssystems stattfindet.

Die Anzahl der älter werdenden Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und damit einhergehender komplexer Pharmakotherapie steigt kontinuierlich an. Das heißt,

immer mehr dieser Patienten, die oftmals über viele Jahre eine Langzeitbetreuung benötigen, treffen auf die vorherrschenden Systemstrukturen. Chronisch und mehrfach erkrankte alte Patienten haben einen hohen Versorgungs- und Betreuungsbedarf und benötigen weitaus mehr Zeit und Aufmerksamkeit als junge, meist akut erkrankte Patienten. Insbesondere sie treffen auf ein stark ausdifferenziertes und hochspezialisiertes Gesundheitssystem, in dem vor allem der Hausarzt als „Lotse“ dazu angehalten ist, alle Fäden in der Hand zu halten. Doch wie kann ihm das gelingen? Über welche wichtigen Informationen verfügt er in der Konsultation, wenn ein Patient vor ihm sitzt, der zusätzlich in fachärztlicher Betreuung beim Neurologen ist, beim Orthopäden, beim Kardiologen, Diabetologen, der aus dem Krankenhaus entlassen wurde und eventuell noch einen Pflegedienst in Anspruch nimmt? Und wie sehr sind insbesondere diese Patienten dazu in der Lage, sich mit ihrem Zustand und dem Management ihrer Erkrankungen auseinander zu setzen? Vor allem dann, wenn zu den körperlichen Gebrechen noch kognitive Einschränkungen hinzukommen und alleine die Bewältigung des Alltags eine große Belastung darstellt?

In seiner Ausbildung lernt der Arzt vorrangig, eine Erkrankung mit einem Medikament zu behandeln. Er untersucht, macht sich ein Bild vom Patienten und verordnet. So hat es universitäre Tradition. In Zeiten demographischer Veränderungen mit ihren großen Herausforderungen rückt auch das Behandlungssetting als Garant für eine sichere Therapie mit in den Vordergrund. Um es in einem Beispiel zu sagen: Der Arzt ist in seiner Ausbildung wie ein Fahrschüler, dem wiederholt die Funktionsweise des Autos erklärt wird, nicht aber der Straßenverkehr. Wie soll ein Hausarzt Arzneimittelrisiken abschätzen, wenn er keinen Überblick über die Gesamtmedikation hat, da er manchmal gar nicht weiß, wer seine Mitbehandler sind? Jeder kann aus seinem Umfeld Geschichten dazu erzählen, dass der Hausarzt seinen Patienten zum Kardiologen geschickt hat, doch dieser den Patienten dann weiter zum Pulmologen und so weiter und so fort. Eine Vielzahl von (sub-)spezialisierten Professionen beteiligen sich häufig an der Behandlung insbesondere vulnerabler

Patienten. Die demographische Entwicklung, die im Kern mehr Generalisten im Behandlungsprozess erfordert, steht hier teilweise im Widerspruch zum derzeitigen Trend im medizinisch-technischen Fortschritt, der die weitere Subspezialisierung und damit Fragmentierung der Behandlung vorantreibt. Beide Trends dominieren inzwischen das Versorgungsgeschehen. Sie führen aufgrund unzureichender Therapiekoordination und finanzieller Fehlanreize auch zu Kosten, die teilweise vermeidbar wären. Es ist eine verquere Wahrnehmung, Patienten mit hohem Leidensdruck und Versorgungsaufwand in den Routinen des Gesundheitssystems als „mühsam“ und „unwirtschaftlich“ zu empfinden, weil die Strukturen und

Technische Systeme können immer nur unterstützend, nicht aber ersetzend in das therapeutische Handeln eingebunden werden.

Abläufe des Systems nicht auf die veränderten komplexen Anforderungen ausgerichtet werden. Ist es die „organisatorische Bringschuld“ des Hausarztes, allen Informationen selbst hinterher zu laufen? Er wird es nie schaffen können und dauerhaft gegen „Windmühlen“ kämpfen, wenn die organisatorische Infrastruktur des Systems sich nicht mit den Realitäten „mit“-verändert. An dieser Stelle liegt das große Potenzial der Digitalisierung der medizinischen Versorgung in Deutschland. Dabei können technische Systeme immer nur unterstützend, nicht aber ersetzend im therapeutischen Handeln eingebunden werden. Die organisatorische Verantwortlichkeit ist etwas grundsätzlich Anderes als die therapeutische.

Digitale Unterstützung beim Behandlungsprozess

Wo setzt AdAM an? Der digitale Aspekt des AdAM-Projektes liegt darin, Hausärzten für ihre Arbeit wichtige Informationen zu liefern, die sie bislang in der Regel nicht erhalten oder selbst sehr zeitaufwendig recherchieren müssten. In den administrativen Abrechnungsdaten der Krankenkasse sind hingegen Teile der notwendigen Informationen zeitnah

vorhanden. Für AdAM werden sie aus den Daten der BARMER extrahiert, praktisch „arztgerecht“ aufbereitet und den Hausärzten über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt. Bevor dieser Prozess startet, müssen Hausärzte wie Versicherte ihre Teilnahme an AdAM schriftlich erklären.

Zu diesen behandlungsrelevanten Informationen, die der Arzt in elektronischer Form wie aber auch zum Ausdrucken erhält, gehören:

- Ein vorbefüllter Medikationsplan mit der Auflistung aller Medikamente, die von Hausärzten und Fachspezialisten in einem definierten Zeitraum verordnet wurden. Medikationspläne sind heute, sofern vorhanden, häufig unvollständig oder nicht aktuell. Der zeitliche Aufwand für einen vom Arzt oder seiner Medizinischen Fachangestellten (MFA) zu erstellenden Medikationsplan beträgt derzeit (ohne elektronische Unterstützung) bis zu 30 Minuten. Dieser Aufwand ist im Praxisalltag nicht routinemäßig für alle dafür infrage kommenden Patienten konsequent zu leisten und vor allem dann schwierig, wenn die Medikation zusätzlich von Patienten erfragt oder im Krankenhaus recherchiert werden muss. Bei AdAM greift der Arzt auf einen bereits vorbefüllten Medikationsplan zurück, was eine erhebliche Erleichterung in der Erfassung darstellt. Er kann diesen Plan, der nach den aktuellen Anforderungen des bundeseinheitlichen Medikationsplans aus der Software erstellt wird, individuell ergänzen und ausdrucken – auch mehrsprachig, was eine deutliche Verbesserung für Menschen mit Migrationshintergrund darstellt.
- Der Arzt erhält in übersichtlicher Form die medizinische Vorgeschichte der Patienten, die die eigene Anamneseerhebung unterstützt und auch zur konsiliarischen Vorstellung bei Fachspezialisten genutzt werden kann, um zeitsparend umfassende Informationen für Mitbehandler bereitstellen zu können. Bei der häufig gehörten Kritik der Fachspezialisten über undifferenzierte Aufträge „zur Mitbehandlung“ oder „ffe“ für „fachfremde Erkrankung“ ohne ausreichende Begleitinformationen kann AdAM helfen, den Mitbehandlungsauftrag zu spezifizieren.

- Über den zeitnahen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ist es möglich, dem Hausarzt automatisch eine elektronische Information zukommen zu lassen, die diesem die stationäre Aufnahme seines Patienten anzeigt und somit eine zeitnahe sektorübergreifende Abstimmung ermöglicht.
- Ein zentrales inhaltlich-fachliches Element ist die Ergebnisanzeige einer inhaltlichen Risikoprüfung der arztübergreifenden Medikation. Diese geht über die bisher verfügbaren Checks zur Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Apotheken und einzelnen Praxisverwaltungssystemen (PVS) hinaus. So sind in AdAM z. B. wichtige klinische Informationen wie Diagnosen, Laborwerte, BMI, Raucherstatus etc. in die Risikoprüfung integriert. Die inhaltlichen Prüfungen in AdAM unterstützen den Arzt dabei, wichtige AMTS-Aspekte strukturiert betrachten zu können, die im dichten Praxisalltag ohne digital geführten Managementprozess nicht praktikabel zu handhaben sind und deshalb nicht systematisch umgesetzt werden können. In dieser Prüfung kann auch die Indikationsstellung kritisch hinterfragt werden. Nicht selten werden Medikamente angesetzt und über einen längeren Zeitraum eingenommen, obwohl die Indikation für das Arzneimittel nicht mehr zwingend gegeben ist. Ist die Therapie hinsichtlich einer Nierenfunktion bezüglich der Dosis oder Frequenz angemessen? Sind klinisch relevante Arzneimittel-Wechselwirkungen zu erwarten oder gar Kontraindikationen gegeben? In AdAM werden definierte Wirkstofflisten (z. B. Priscusliste und Liste mit Arzneimitteln, die QT-Intervallverlängernd sind) sowie andere fachliche Verfahren, wie z.B. Start-Stopp-Kriterien, automatisch berücksichtigt.
- Warnhinweise: Neu beschriebene oder in ihrer Relevanz neu bewertete Risiken werden Ärzten in Deutschland durch Rote-Hand-Briefe der pharmazeutischen Unternehmer in Absprache mit den Zulassungsbehörden sowie durch Drug-Safety-Mails der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) bekannt gemacht. Hierbei ist nicht sichergestellt, dass zu informierende Ärzte diese Informationen zeitnah

erhalten und in der täglichen Informationsflut wahrnehmen, um sie dann in Bezug zu betroffenen Patienten zu setzen. Es ist bekannt, dass in Deutschland Risikowarnungen derzeit nur eine unzureichende verordnungsmodifizierende Wirkung nach sich ziehen. Auch hier setzt AdAM mit patientenspezifischen Hinweisen an wie v. a. Risiken durch Selbstmedikation: Patienten können (oder wollen) nicht immer ihre Medikation vollständig angeben, insbesondere, je mehr sie nehmen müssen. Weder beim Arzt noch beim Apotheker liegen bezüglich verordneter und rezeptfrei erhältlicher Präparate vollständige Informationen vor. In AdAM wird die verordnete Arzneitherapie daraufhin untersucht, ob marktgängige OTC-Arzneimittel zu gefährlichen Wechselwirkungen führen könnten. So kann der Arzt den Patienten vorab individuell beraten, welche Selbstmedikation aus der Apotheke oder Drogerie riskant ist und vermieden werden sollte. Diese Hinweise können auch im ausgedruckten Medikamentenplan für den Patienten angeführt werden.

Arzneimitteltherapie als Managementprozess

Eine sichere Arzneimitteltherapie ist mehr als ein Blick auf den Medikationsplan und sollte proaktiv – d. h. häufiger als anlassbezogen – in einem Patientengespräch hinterfragt und auf etwaige Wechselwirkungen softwareunterstützt überprüft werden. AMTS setzt zudem eine geschulte Wahrnehmung für das Thema voraus und erfordert die Implementierung von strukturierten Managementprozessen. Diese beginnen nicht erst, wenn ein Patient in die Praxis kommt, sondern sind neben patientenindividuellen Aspekten übergreifend als ein Frühwarnsystem über Patientenkollektive hinweg zu organisieren. Dieses wird von AdAM unterstützt, indem es dem Arzt erlaubt, systematisch unter seinen Patienten nach definierten Risiken zu suchen. Damit bekommen Ärzte ein Instrument an die Hand, das ihnen und ihrem Praxisteam ermöglicht,

die AMTS systematisch in der Praxis zu überwachen. So kann die Hausarztpraxis diese Versorgung gezielt optimieren und zwar unabhängig davon, ob und wann ein Patient in der Praxis erscheint.

In einem vorherigen BARMER Polypharmazieprojekt in Schleswig-Holstein (SAmS-Projekt – Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren, 2011-2014) zeigte sich, dass das Management der Polypharmaziepatienten unter den Routinen des Praxisalltags schwer fällt und eng mit der eigenen Praxisorganisation verbunden ist. Im Pro-

Mit AdAM bekommen Ärzte ein Instrument an die Hand, das ihnen eine systematische Überwachung der AMTS ermöglicht.

jekt aufgedeckte Probleme lassen sich mit folgenden Kernfragen beschreiben: Bereitet sich die Praxis auf Patienten mit mehr als fünf Medikamenten systematisch vor, indem sie diese zielgerichtet und proaktiv identifiziert, kontaktiert und regelhaft – z. B. jährlich – auch Zeit für ein Medikationsreview einplant? Und wie funktioniert ein „zielgerichtetes Heraussuchen“ aus der Patientenkartei überhaupt? Setzt man anhand definierter Kriterien wie Alter und Anzahl der Medikamente elektronische Reiter in der Praxissoftware? Nimmt die MFA zuerst die Patienten auf eine Liste, die „klassische Rezeptabholer“ sind und die allen Mitarbeitern in der Praxis sofort einfallen? Werden diese systematisch kontaktiert und einbestellt? Oder ist das Vorgehen reaktiv, wenn der Patient anlassbezogen in die Praxis kommt, um ein neues Rezept abzuholen oder wegen eines akuten gesundheitlichen Problems? AdAM kann diesen Managementprozess mit seinen digitalen Funktionen in vielfältiger Weise proaktiv und systematisch unterstützen, für die Einzelpraxis, wie aber auch über größere Patientenkollektive hinweg.

Mögliche Patientenkollektive können z. B. über Praxisnetze angesehen werden. Für ihre (stufenweise) Akkreditierung müssen diese Arzneimittel-Monitoringprozesse vorweisen. Die BARMER und die KVWL engagieren sich seit mehreren Jahren in der Entwicklung der Arzt-

netze und wollen mit AdAM auch hier weitere Akzente setzen. Dazu gehört vor allem die Weiterentwicklung von Ergebniskennzahlen, die bereits in den Arztnetzverträgen der BARMER (BrAVo Kennzahlensystem) eingesetzt werden. Kennzahlen formulieren ein Ziel, auf das die Beteiligten gemeinsam hinarbeiten. Kennzahlen unterstützen die Kommunikation unter den Ärzten zur AMTS, da sie im Sinne eines strukturierten Feedbacks eingesetzt werden können.

In AdAM fließen Erfahrungen aus unterschiedlichen Vorgängerprojekten ein. So haben die BARMER und die KVWL in Westfalen-Lippe vor drei Jahren mit dem Arztnetz „Gesundheitsregion Siegerland“ die Entwicklung eines Polypharmaziemoduls auf den Weg gebracht. Neben einer gut lesbaren Übersicht der arztübergreifenden Medikationshistorie und dem Ausweisen von AMTS-Hinweisen wurde gemeinsam mit den Hausärzten erarbeitet, wie umfangreiche Informationen praxisnah aufbereitet und bei Multimedikation über mehrere Verordner zwischen Haus- und Fachärzten kommuniziert werden. Dabei wurden viele Barrieren identifiziert, die in den teilnehmenden Arztnetzen adressiert werden konnten. Zudem wurde ein weiterer Aspekt der AMTS deutlich: die oft unregelmäßige Kontrolle definierter Laborwerte. In der Diskussion mit teilnehmenden Hausärzten wurden Fragen aufgeworfen wie z. B. jene nach dem Gerinnungsmanagement bei immobilien Marcumarpatienten oder die praktische Umsetzung regelmäßiger Kontrollen von Nierenwerten? Wer hat das systematisch „auf dem Schirm“ und wie wird so etwas insbesondere den immobilien Patienten ermöglicht? Diese von Hausärzten identifizierten Kernprobleme werden in AdAM adressiert. AdAM ist nicht „von oben herab“ entwickelt worden, sondern im Projekt werden gezielt hausärztliche Bedarfe aufgegriffen. Dieses wird als zentraler Erfolgsfaktor für die Implementierung gesehen.

Mit Blick auf das Versorgungsmanagement „hinter“ der Arzneimitteltherapie kommt der Einsatz der Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) zum Vorschein. Hierbei handelt es sich um Medizinische Fachangestellte, die auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin fortgebildet wurden. EVAs werden in Westfalen-Lippe seit einigen

Jahren für ihre Arztpraxen in der Regelversorgung eingesetzt. Der „normale“ Kranke kommt in die Praxis und sucht den Arzt dort auf. Alten und immobilien Patienten, insbesondere auch den Bewohnern von Pflegeheimen, ist diese Möglichkeit oft nicht gegeben. Wie aus umfangreichen Untersuchungen bekannt geworden ist, macht das Setting in der AMTS einen Unterschied, also, ob eine Arzneitherapie an den Patienten in einer Arztpraxis oder bei Bewohnern eines Pflegeheims stattfindet. Bei AdAM wurden bewusst keine Bereiche ausgeschlossen – ambulant behandelte Patienten können ebenso eingeschrieben werden wie stationäre Heimbewohner. Neben dem Einsatz für die einzelne Arztpraxis werden in Westfalen-Lippe auch heute schon „Netz-EVAs“ für ein strukturiertes Fallmanagement in Selektivverträgen erprobt. Mit den demographischen Herausforderungen steigt die Notwendigkeit, für größere Patientenkollektive eine aufsuchende ambulante Versorgung zu organisieren – insbesondere in ländlichen Regionen –, um vulnerable Patienten über die sektoralen und interdisziplinären Schnittstellen des Systems hinweg zu versorgen.

In AdAM erhalten Haus- und Fachärzte ein finanzielles Incentive. Bei einer Überführung in die Regelversorgung muss hinterfragt werden, welchen Beitrag die in AdAM erbrachten Leistungen

Neben digitaler Unterstützung erhält der Hausarzt in AdAM die Möglichkeit einer Pharmakotherapieberatung bei komplexen Patienten.

zur Erfüllung von Struktur- und Prozessanforderungen sowie Ergebnisqualität leisten und wie diese in einer zukünftigen Ausrichtung des ambulanten Honorarsystems zuverlässig gewürdigt werden.

Konsentiertere fachliche Handlungsempfehlungen

Neben digitaler Unterstützung erhält der Hausarzt in AdAM auch die Möglichkeit einer Pharmakotherapieberatung bei komplexen Patienten. Bekanntermaßen

werden diese Patienten selten in klinischen Studien und in den derzeit eher krankheitszentrierten Leitlinien berücksichtigt. Es sind Einzelfallentscheidungen erforderlich, die von „Experten“ unterstützt werden können. Neben der bereits existierenden Leitlinie „Multi-medikation“ werden in AdAM unter Mitwirkung von über 20 medizinischen Fachgesellschaften unter der Koordination der DGIM (Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin) weitere therapeutische Handlungsempfehlungen für den Umgang mit komplexer Polypharmakotherapie entwickelt und interdisziplinär konsentiert. In AdAM werden diese Handlungsempfehlungen als konkrete Maßnahmen implementiert – zum einen als Bestandteil der digitalen Unterstützung, zum anderen durch spezielle Pharmakotherapie-Fortbildungen, die von der KVWL angeboten bzw. veranstaltet werden. Damit ermöglicht AdAM ein praxisnahes und kontinuierliches tägliches Lernen.

Evaluation

AdAM wird als neue Versorgungsform vom Innovationsfonds gefördert und – wie alle anderen Innovations-Fonds-geförderten Projekte – einer unabhängigen, methodisch anspruchsvollen Evaluation unterzogen. Daran sind fünf Institutionen aus vier Universitäten beteiligt:

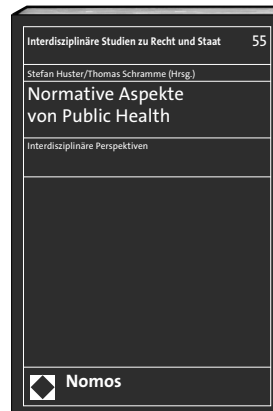
das Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main, das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum, die Arbeitsgruppe Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld sowie die PMV Forschungsgruppe und

das Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität zu Köln. Ziel der Evaluation ist es, die Effekte von AdAM auf patientenrelevante Endpunkte (z. B. Verringerung der Zahl von Krankenhauseinweisungen), auf Parameter der Angemessenheit der medikamentösen Verschreibung und AMTS (z. B. der Anteil riskanter Arzneimittelverordnungen) sowie gesundheitsökonomische Effekte (z. B. Arzneimittelkosten) und Aspekte der Implementierung zu untersuchen.

Zusammenfassung

AdAM bietet dem niedergelassenen Hausarzt digitale und fachliche Unterstützung in der Arzneimitteltherapie multimorbider Patienten, die viele Medikamente einnehmen müssen. Diese Patienten sollen vor (iatrogenen) Schäden geschützt werden, die durch eine inadäquate Medikation entstehen. Das Projekt ist als Systemansatz für die Regelversorgung konzipiert, da die Verantwortung für die AMTS nicht nur in der individuellen ärztlichen Kunst gesehen wird, sondern ganz wesentlich in der Gestaltung der Systembedingungen. AdAM bietet auf der Grundlage umfassender und laufend aktualisierter Arzneimitteldatenbanken das elektronische Know-How für eine auf aktuellem Kenntnisstand basierende patientenindividualisierte Medikationsprüfung. Es erleichtert die dafür notwendigen Schritte wie z. B. eine arztübergreifende Erfassung der Medikation, indem relevante Behandlungsdaten verschiedener Behandler inter- wie intrasektoral dem Hausarzt aus vorhandenen Abrechnungsdaten der Krankenkassen über die Kassenärztliche Vereinigung in einem sicheren Netz zur Verfügung gestellt werden. Dadurch verbessert AdAM die beim behandelnden Arzt dringend benötigte Transparenz sehr deutlich. Zudem werden in AdAM in der Zusammenarbeit der Akteure – Krankenkasse, KV und medizinische Fachgesellschaften– interdisziplinär entwickelte und konsenterte Handlungsempfehlungen implementiert und – bislang fehlende – individualisierte Pharmakotherapie-Beratungsangebote zur Polypharmazie ermöglicht. Eine unabhängige Evaluation untersucht in robustem Design Effekte der Wirksamkeit und Kosteneffektivität sowie Implementierungshindernisse. AdAM ist für ca. 1.400 Hausärzte in Westfalen-Lippe konzipiert, bereits über 1.000 Ärzte haben ihr Teilnahmeinteresse gegenüber der KVWL bestätigt. Das Projekt hat eine finanzielle Förderung von rd. 16 Millionen Euro durch den Innovationsfonds erhalten. Bei einer Überführung in die Regelversorgung aufgrund positiver Evaluationsergebnisse könnten nach Einschätzung der BARMER bundesweit mehr als 18 Millionen Patienten von dieser Innovation profitieren und bis zu 2,75 Milliarden Euro in der Regelversorgung gespart werden. ■

Normative Fragen der Gesundheitsförderung in interdisziplinärer Perspektive



Normative Aspekte von Public Health

Interdisziplinäre Perspektiven

Herausgegeben von Univ.-Prof. Dr. Stefan Huster und Prof. Dr. Thomas Schramme

2016, 214 S., brosch., 59,- €

ISBN 978-3-8487-2789-6

eISBN 978-3-8452-7172-9

(Interdisziplinäre Studien zu Recht und Staat, Bd. 55)

nomos-shop.de/27138

Staatliche Gesundheitsförderung wird immer wieder eingefordert, ist aber auch normativen Bedenken ausgesetzt. Der Debattenband stellt Grund und Grenzen der Public-Health-Politik und der Bekämpfung sozialer Gesundheitsungleichheiten aus einer interdisziplinären Perspektive zur Diskussion.



Selbstbestimmung, Gerechtigkeit und Gesundheit

Normative Aspekte von Public Health

Von Prof. Dr. Stefan Huster

2015, 96 S., brosch., 39,- €

ISBN 978-3-8487-2641-7

eISBN 978-3-8452-6806-4

(Würzburger Vorträge zur Rechtsphilosophie, Rechtstheorie und Rechtssoziologie, Bd. 49)

nomos-shop.de/26061

Die Chancen, ein gesundes Leben zu führen, hängen maßgeblich von sozialen Determinanten ab. Eine darauf bezogene Public-Health-Politik wirft allerdings gewichtige normative Fragen auf: Gerät sie nicht mit dem für moderne Rechtsordnungen konstitutiven Prinzip der individuellen Selbstbestimmung in Konflikt? Und inwieweit ist der Sozialstaat verpflichtet, die sozialen Ungleichheiten in puncto Gesundheit zu verringern?



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos