

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ORGANSPENDE** Eine andere Kultur nötig | **QUALITÄT IM KRANKENHAUS** Sektorenübergreifend und gesichert | **GERIATRIE** Kassen und Senat unterzeichnen Konzept | **PRÄVENTION** „Leuchttürme“ für die Gesundheit

BREMEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2018

VDEK-BASISDATEN

Zahlen, Daten, Fakten



GRAFIK vdek

Gesundheitspolitisch relevante Daten können jetzt wieder der aktuell erschienenen 22. Auflage der Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2017/2018“ entnommen werden. In fünf Kapiteln stellen übersichtliche Grafiken und Tabellen die wesentlichen Statistiken zu Bevölkerung, Versicherten, Finanzen, Versorgung und soziale Pflegeversicherung dar. Beispiele: Von den 72,3 Millionen GKV-Versicherten 2017 waren 38,6 Prozent bei einer Ersatzkasse. 2.946 Euro pro Versicherten wurden im Jahr 2016 an Leistungen ausgegeben und damit 3,15 Prozent mehr als im Vorjahr. Und die finanzielle Belastung eines Pflegebedürftigen in einer Bremer stationären Einrichtung beträgt im Schnitt derzeit 1.692 Euro. Die Broschüre kann als PDF von der vdek-Website heruntergeladen oder als Print-Ausgabe unter basisdaten@vdek.com bestellt werden.

KRANKENHÄUSER

Gespräche am Fluss: „Nicht nur messen, sondern handeln“

Dieses Zitat als Motto für die Qualität im Krankenhaus brachte Dr. Christof Veit vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in die Veranstaltung des vdek in Bremen ein.

Das Thema „Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung“ stand im Mittelpunkt der gut besuchten Gespräche am Fluss, die die vdek-Landesvertretung Bremen am 12. Juni im Atlantic Grand Hotel ausrichtete. Nach der Eröffnung durch die Leiterin der Landesvertretung, Kathrin Herbst und einem Grußwort der Gesundheitssenatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt gaben Dr. Christof Veit und der vdek-Vorsitzende Uwe Klemens interessante Impulse für die anschließende Diskussion in lockerer Atmosphäre.

Erhebliche Qualitätsunterschiede

Rückblickend stellte Kathrin Herbst fest, dass das Krankenhausstrukturgesetz von 2016 an mehreren Stellen angesetzt hatte, um Konzentrationen herbeizuführen und die Qualität zu verbessern. Schon die Regelungen zu den Mindestmengen und dem Strukturfonds, der Fördermittel für Umstrukturierungen in den Ländern vorsieht, hätten dafür wichtige Impulse geschaffen. „Qualität bereits in die Planung zu installieren ist ein neuer und guter Ansatz,

den der Gesetzgeber mit den Qualitätsindikatoren vorgesehen hat“, so Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung.

„Aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser wissen wir, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Kliniken gibt“, konstatierte der Verbandsvorsitzende des vdek, Uwe Klemens. Die Länder müssten sich den Herausforderungen immer knapper werdender Personalressourcen und veralteter Bestandsstrukturen stellen und anfangen, mit qualitätsorientierter Planung die Ressourcen zu bündeln. „Ich hoffe, dass in Bremen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren angewandt werden“, so Klemens in Bezug auf die Neuauflage des Bremer Krankenhausgesetzes, die zum Herbst des Jahres erwartet wird.

„Es wird nicht nur gemessen, sondern es soll gehandelt werden“. Mit diesem Satz beschrieb Dr. Veit, der Leiter des IQTIG, den ausdrücklichen Wunsch der Länder, Zugang zu den Daten der Qualitätssicherung zu haben. Hintergrund ist, dass seit vielen Jahren bereits umfänglich die Leistungsdaten der Krankenhäuser erhoben und verglichen werden. Sind bei diesem Vergleich die Umsetzung mangelhaft oder die Ergebnisse



KOMMENTAR

Zum Schutz der Bürger vor schlechter Leistung



von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Bremen

Der Leitspruch „Nicht nur messen, sondern handeln“ muss angesichts hochaufwendiger Datenauswertungen im Gesundheitswesen – insbesondere im Krankenhausbereich – das Ziel der nächsten Jahre sein, wenn verlässliche Qualitätsstandards erreicht werden sollen.

Mit den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, zunächst für bestimmte gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie, ist jetzt der Weg zur objektiven Bewertung beschritten. Für die Versorgungsqualität und mögliche Patientengefährdung wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Indikatoren für diese Leistungen beschlossen, deren Beurteilung in letzter Konsequenz zur Schließung einer Krankenhausabteilung führen kann. Diese Maßnahme klingt hart, ist aber der letzte Schritt nach einer Kette von Interventionen, die vorgeschaltet ist, um die Qualität zu verbessern. Für die Bürger ist sie jedenfalls ein wirksamer Schutz vor einer mangelhaften Behandlung.

Die Ersatzkassen haben daher die Ankündigung von Senatorin Quante-Brandt bei den Gesprächen am Fluss, die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in die Bremer Krankenhausplanung zu integrieren, begrüßt. Gespannt schauen sie daher auf die Novellierung des Bremer Krankenhausgesetzes in diesem Herbst.



auffällig, werden sie im kollegialen Dialog besprochen, um eine Verbesserung einzuleiten. Zwingende Folgen hat dieser Vergleich der Daten bisher nicht.

Mit den Qualitätsindikatoren, die das IQTIG verbindlich festgelegt hat, sind Vorgaben gefunden, mit denen eine sichere Zuschreibung guter und schlechter Leistung möglich ist. Mit dieser klaren Definition, bisher für die Geburtshilfe und bestimmte Eingriffe in der Mamma-Chirurgie und der Gynäkologie, können Krankenhausplaner reagieren, wenn eine bestimmte Leistung auch nach wiederholter Intervention nicht besser wird; sie können die Klinik dann für diese Leistung aus dem Landeskrankenhausrahmenplan nehmen. „Wenn dies der Fall ist, handelt die Planungsbehörde nicht mehr nur planerisch, sondern auch als Aufsicht im Interesse der Bürger“, so Dr. Veit. Er kündigte an, dass Anfang September die Ergebnisse der Qualitätsbewertungen an die Länder zurückgespiegelt werden und der GB-A (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte / Zahnärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen) Ende Oktober sämtliche Ergebnisse veröffentlichen wird.

Strukturfonds wird weitergeführt

Die Gesundheitssenatorin sagte in ihrem Grußwort zu, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in das Bremer Krankenhausgesetz eingebunden werden,

damit diese in die Krankenhausplanung einfließen.

„Ich bin froh, dass der Strukturfonds weiter aufgelegt wird und kann zusichern, dass Bremen weitere Komplementärmittel zu Verfügung stellen wird“, sagte die Senatorin. Das für Bremen geplante Mutter-Kind Zentrum, die Zusammenlegung der Frühgeborenen-Versorgung im Klinikum Bremen-Mitte, halte sie für eine sinnvolle Entscheidung, die die Versorgung verbessern und zu einem gezielteren Einsatz der knappen Fachkräfte in diesem Bereich führen wird. Nach Planung der senatorischen Behörde soll das Mutter-Kind Zentrum im Herbst 2019 eröffnet werden.

Einig waren sich die Referenten darüber, dass sich die gesellschaftlichen Veränderungen einer älter werdende Bevölkerung, der Auseinanderentwicklung von arm und reich sowie Sprach- und Verständnisbarrieren in der Versorgung widerspiegeln. Der sich daraus ergebende Veränderungsdruck zusammen mit dem Fachkräftemangel fordere alle Beteiligten sehr, stellte die Senatorin fest. Der Fachkräftemangel werde trotz aller Bemühungen in den nächsten Jahren das Gesundheitswesen prägen, sagte sie.

Kathrin Herbst stimmte der Bedeutung der Problematik zu und schlug das Thema „Personal in den Gesundheits- und Pflegeberufen“ als mögliches Thema für die Gespräche am Fluss im nächsten Jahr vor. ■



SPRACHEN ÜBER QUALITÄT IM KRANKENHAUS: Uwe Klemens und Kathrin Herbst (beide vdek), Gesundheitssenatorin Prof. Dr. Eva Quante-Brandt und Dr. Christof Veit (IQTIG) (v. l. n. r.)

INTERVIEW

„Wir brauchen eine Kultur der Organspende“

Dr. Axel Rahmel ist seit 2014 Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Die DSO ist die nach dem Transplantationsgesetz beauftragte Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende in Deutschland.

Wie funktioniert diese Koordination?

Die DSO arbeitet eng mit den rund 1.300 Entnahmekrankenhäusern in Deutschland zusammen. Sobald in einem Krankenhaus ein möglicher Organspender identifiziert wurde, kann Kontakt mit der DSO aufgenommen werden. Die Koordinatoren der DSO stehen rund um die Uhr zur Verfügung, um Ärzte und Pflegepersonal auf der Intensivstation im Fall einer Organspende zu unterstützen.

Was machen die Koordinatoren genau?

Sie nehmen auf Wunsch der Ärzte am Gespräch mit den Angehörigen des Verstorbenen teil, sie leiten die für die Vermittlung der Organe wichtigen medizinischen Daten des Spenders weiter, sie unterstützen bei den Intensivmaßnahmen zum Schutz der Organe und sie organisieren die Entnahme und den Transport der Organe.

Weiterhin bietet die DSO Fortbildungen und Arbeitsmaterialien für die Mitarbeiter in den Kliniken an. Hier sind die Transplantationsbeauftragten die wichtigsten Ansprechpartner für die Koordinatoren.

Wie erklären Sie sich die Diskrepanz zwischen einer steigenden Organspendebereitschaft in der Bevölkerung und der gleichzeitig weiter sinkenden Zahl an gespendeten Organen in Deutschland?

In Analysen, die die DSO gemeinsam mit den Krankenhäusern durchgeführt hat, zeigte sich, dass in den Krankenhäusern am Lebensende oft nicht an die Möglichkeit einer Organspende gedacht wird. Gründe dafür sind unter anderem die zunehmende Arbeitsverdichtung auf den

Intensivstationen. Hinzu kommt, dass es vermehrt Patientenverfügungen gibt, die eine Organspende vermeintlich ausschließen oder gar keine Regelung dazu enthalten.

Der Mangel an Organspenden ist offenbar ein Problem. Was kann man tun?

Bei der Behandlung am Lebensende muss auch an die Möglichkeit einer Organspende gedacht werden. Das sollte zur Selbstverständlichkeit in den Kliniken werden. Dazu bedarf es der schon angesprochenen Schulung der Mitarbeiter. Von zentraler Bedeutung sind klare Regelungen zu Rollen und Verantwortlichkeiten der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken, einschließlich der zugehörigen Freistellung oder angemessenen Aufwandsersatzung für diese Schlüsselpersonen im Organspendeprozess sind.

Zum Beispiel?

Ein gutes Beispiel ist das Landesausführungsgesetz in Bayern, in dem erstmals eine Freistellungsregelung klar und verbindlich getroffen ist.

Nachbesserungsbedarf besteht auch bei der Vergütung für Krankenhäuser im Fall eines konkreten Organspendeprozesses. Weder durch Arbeitsdruck noch durch finanzielle Engpässe darf die Organspende im Klinikalltag an den Rand gedrängt werden.

Deutschland hat die niedrigste Spender-Rate unter den Mitgliedern von Eurotransplant. Was läuft in den übrigen Ländern anders – oder besser?



FOTO DSO

DR. AXEL RAHMELE war vor seiner Tätigkeit für die DSO fast zehn Jahre lang Medizinischer Direktor von Eurotransplant

In den meisten Eurotransplant-Ländern gilt die Widerspruchslösung. Sie allein bewirkt sicher keine Wunder, aber sie würde, sofern sie gesellschaftlich gewollt ist, insgesamt einen positiveren Rahmen für die Organspende setzen. Außerdem sind in vielen Ländern die Rahmenbedingungen für eine Organspende besser und die Krankenhäuser haben die Abläufe fest im Klinikalltag etabliert. Ein besonders positives Beispiel ist hier das immer wieder zitierte spanische System, das z. B. von Kroatien übernommen wurde und dort zu einem erheblichen Anstieg der Organspende geführt hat.

Das niederländische Parlament hat den Übergang von der Zustimmungs- zur Widerspruchslösung beschlossen. Kann das ein Vorbild für Deutschland sein?

Wichtiger als die gesetzliche Regelung ist aus unserer Sicht die Entwicklung einer Kultur der Organspende. Im Gegensatz zu einigen unserer Nachbarländer gilt die Frage nach einer Organspende bei uns nicht als selbstverständlich. Daher brauchen wir eine breite politische und gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Organspende als Ausdruck der Solidarität. Dies gilt für die Spender und ihre Angehörigen genauso wie auch für die Menschen, die sich beruflich für die Organspende einsetzen. ■

Behandlung ist ein Prozess – Qualitätssicherung über Sektoren

Bisher endet die strukturierte Sicherung der Qualität an den Sektorengrenzen. Nun sind die Grundlagen für ein gemeinsames Verfahren gelegt, um die Behandlung und Nachsorge im stationären und ambulanten Bereich zu betrachten und zu verbessern.

Qualität hat die unterschiedlichen Aspekte Struktur, Prozess und Ergebnis. Dass ein Krankenhaus über die für die Behandlung notwendigen Strukturen, also Einrichtungen, Geräte und Personal verfügt, wird für die Qualitätssicherung grundsätzlich vorausgesetzt. Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü) geht es um Prozesse und Ergebnisse.

Qualitätssicherung ist für die Krankenhäuser schon lange ein Thema. Es gibt viele freiwillige Zertifizierungen und die externe Qualitätssicherung, die seit 20 Jahren gesetzlich verpflichtend ist und deren Ergebnisse fortlaufend mit allen Krankenhäusern in Deutschland verglichen werden. Bisher werden dabei etwa 250 Indikatoren zu rund 30 Leistungsbereichen aus den Gebieten Gefäß-, Herz- und Unfallchirurgie, Kardiologie, Innere Medizin, Transplantations- und Perinatalmedizin, Gynäkologie, Orthopädie sowie Pflege erfasst und bundesweit verglichen.

Verbesserung durch Dialog

Sind die Ergebnisse eines Krankenhauses auffallend, unterstützt das Qualitätsbüro Bremen, die Landesgeschäftsstelle für die Qualitätssicherung, die Kliniken dabei, die Defizite zu beheben. Auffällig war in der Vergangenheit zum Beispiel der Indikator „Atemfrequenzbestimmung bei Aufnahme“. Dieser stellt wichtige Weichen für die weitere Diagnostik. Während die Rate im bundesweiten Vergleich 2012 bei 91,2 Prozent lag, wurde der Wert in Bremen nur in 87,7 Prozent der Fälle erhoben.

Hier wurde mit gezielten Informationen und Erörterungen in der entsprechenden Arbeitsgruppe im Rahmen des kollegialen Dialogs die Situation verbessert. So konnte 2016 eine bundesweite Verbesserung der Umsetzung auf 96,32 Prozent der Fälle erreicht werden und eine Annäherung Bremens auf 93,84 Prozent. Für den Indikator „Blutgasanalyse“ (Messung des Sauerstoffgehalts des Blutes bei Aufnahme des Patienten) lag die Verbesserung 2016 mit 98,47 Prozent (2012: 95,7 Prozent) sogar über dem bundesweit verbesserten Wert von 98,33 Prozent (2012: 96,8 Prozent).

Gleiche Indikatoren

Auch im ambulanten Bereich wird mit Qualitätsverfahren gearbeitet. Leitlinien und Richtlinien über die verschiedenen Diagnose- und Behandlungsmethoden, Qualitätszirkel, freiwillige Qualitätsmaßnahme und Disease Management Programme (DMP) sind Maßnahmen, die teilweise nicht verpflichtend sind.

Die Ärzte leiten ihre Behandlungsdaten an die Kassenärztliche Vereinigung weiter, die mit den Krankenkassen abrechnet. Diese Daten werden seit 2016 für den Indikator „Koronarangiografie“ (Verfahren zur Erweiterung verengter Herzkranzgefäße) sowie seit 2017 für „Postoperative Wundinfektionen“ ebenfalls an die Datenannahmestellen versendet.

Damit wird die Betrachtung gleicher Indikatoren in der stationären und ambulanten Versorgung möglich – ein bedeutender Schritt in der Überwindung der Sektorengrenze in der Medizin. Ein gutes Beispiel dafür, dass die Betrachtung beider

Sektoren sinnvoll ist, sind die nosokomialen Infektionen – Wundinfekte, die sich die Patienten im Krankenhaus zugezogen haben. Die Ergebnisse sind bei der externen Qualitätssicherung der Krankenhäuser bisher gleichbleibend unauffällig. Das liegt allerdings daran, dass die Verweildauern der Patienten so kurz sind, dass Infektionen oft erst nach der Entlassung festgestellt werden. Seit 2017 werden die Wundinfektionen sektorübergreifend bis zu einem Jahr nach dem Eingriff erfasst. So lässt sich feststellen, wie gut die Krankenhäuser in der Vorbeugung dieser Infektionen sind, die für Patienten lebensgefährlich sein können.

Umsetzung und Sicherheit

Damit die sehr persönlichen Behandlungsdaten geschützt sind, wird vor der Auswertung aus der Krankenversichertennummer der Patienten ein Pseudonym erstellt, durch das die Daten ihren Bezug zum jeweiligen Patienten verlieren.

Für die Umsetzung des Verfahrens sind von den Vertretungen der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen in allen Bundesländern Landesarbeitsgemeinschaften gebildet worden. Sie bestehen aus einem Lenkungsgremium, themenspezifischen Fachkommissionen und einer Geschäftsstelle.

In den Fachgruppen und Fachkommissionen werden Experten zusammensitzen und gemeinsam dieselbe Thematik aus ambulanter und stationärer Sicht beraten. So setzen sich die positiven Effekte des kollegialen Dialogs auch über die Sektorengrenze hinweg fort. ■

IGES-STUDIE

Bremer Patienten unzufrieden mit Kliniken



FOTO: upixia – fotolia by Adobe

Das IGES Institut hat im Auftrag der Weißen Liste untersucht, wie zufrieden Patienten mit den Krankenhäusern waren. Es ging um die Frage, ob es in Deutschland deutliche regionale Unterschiede bei der Patientenzufriedenheit gibt und ob die Zufriedenheit an bestimmte Merkmale gekoppelt ist. Insgesamt liegt die Weiterempfehlungsbereitschaft (WEB) bei 79,3 Prozent. Bremer Krankenhäuser schneiden allerdings weit unterdurchschnittlich ab: Hier liegt die WEB 5,4 Prozent unter dem Bundeschnitt. Auch in Niedersachsen (-2,8 Prozent) und Nordrhein-Westfalen (-2,6 Prozent) ist die WEB besonders schlecht ausgefallen. In Sachsen und Bayern sind die Patienten dagegen weitaus zufriedener mit ihren Kliniken, hier liegt die WEB etwa 3 Prozent höher als der Bundesdurchschnitt.

Betrachtet man die Bremer Zahlen genauer, stellt man fest, dass hier sowohl die Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung (3,2 Prozent) als auch mit der pflegerischen Betreuung (3,1 Prozent) signifikant unter dem Mittelwert der anderen Bundesländer liegt. Entsprechend gaben auch nur 72,9 Prozent der stationär versorgten Patienten in Bremen an, dass sich ihr Gesundheitszustand durch den Krankenhausaufenthalt verbessert hätte – im Vergleich zu 76,1 Prozent bundesdurchschnittlich.

Die Untersuchung zeigt auch, dass sich die WEB der Patienten mit steigender Gesamtbettenzahl verringert. Erklärungsansätze für die sehr unterschiedlichen Bewertungen in den Ländern und Regionen konnten die Experten nicht ausmachen. Sie empfehlen die weitere Analyse auf Standort- und Abteilungsebene, um Maßnahmen einzuleiten, die die Patientenzufriedenheit steigern. Es sei „grundsätzlich vorstellbar, dass die Gründe für eine geringe relative Weiterempfehlungsbereitschaft in den Krankenhäusern bereits bekannt sind oder geahnt werden, aber kein Interesse besteht und / oder keine Notwendigkeit gesehen wird und / oder keine Ressourcen vorhanden sind, die relativ schlecht bewerteten Aspekte der Krankenhausversorgung zu verbessern.“

FORSA-UMFRAGE

GKV-Versicherte zufrieden mit Versorgung

Die meisten GKV-Versicherten schätzen die medizinische Versorgung in Deutschland. Das ist das Ergebnis einer Forsa-Umfrage, die der vdek in Auftrag gegeben hat. Danach äußerten 85 Prozent der 1000 befragten GKV-Versicherten ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung insgesamt. 96 Prozent derjenigen, die in den letzten zwei Jahren ihren Hausarzt aufgesucht hatten, zeigten sich auch zufrieden mit Arzt und Praxis, bei Fachärzten waren es mit 88 Prozent geringfügig weniger. Auffällig waren allerdings Unterschiede in der Wahrnehmung bei der Stadt- und Landbevölkerung: Auf dem Land waren 25 Prozent unzufrieden mit der Versorgung, in der Stadt nur zwölf Prozent. Handlungsbedarf ist laut Umfrage auch beim Thema Wartezeit: Langes Warten auf den Termin und in der Praxis wurde bei den Gründen für Unzufriedenheit am häufigsten genannt. Und auch wenn immerhin 64 Prozent der Befragten wussten, dass es einen ärztlichen Bereitschaftsdienst unter der Telefonnummer 116117 gibt, würden dennoch 43 Prozent am Tag und 53 Prozent an Wochenenden im Falle eines Notfalles als erstes ein Krankenhaus ansteuern. Dies bestärkt den vdek in der Forderung, obligatorisch an Krankenhäusern Portalpraxen als zentrale Anlaufstellen einzurichten, um die Notfallambulanzen zu entlasten.

GEMEINSAMES LANDESGREMIUM

Geriatriekonzept für Bremen

Vertreter des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90a SGB V haben in einer Pressekonferenz erstmals Ergebnisse vorgestellt. Mit einem umfangreichen Konzept zur geriatrischen Versorgung sollen Abstimmungsprozesse über die Sektoren hinweg verbessert werden. Krankenkassen, die zuständigen Behörden aus Bremen und Bremerhaven, Ärzte, Pflege und Kliniken sind in dem Gremium vertreten, das Impulse für die Entwicklung der Versorgungsstrukturen geben soll.

„Gut versorgt und selbstbestimmt bis ins hohe Alter leben möchte jeder. Die Kranken- und Pflegekassen bieten Prävention, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und weitere Hilfen. Diese untereinander, aber auch mit den Angeboten der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und anderen Leistungen zu vernetzen, ist der jetzt notwendige Schritt“, so Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung.

Bremer „Leuchttürme“ strahlen für Gesundheit

Mit dem neuen Präventionsgesetz Mitte 2015 konnten Prävention und Gesundheitsförderung in den Bundesländern auf neue Gleise gestellt werden. Jetzt laufen die ersten kassenübergreifenden Präventionsprojekte in Bremen an.

Gemeinsam mit dem Land Bremen sowie der Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung unterzeichneten die gesetzlichen Krankenkassen im Land Bremen im Dezember 2015 eine Landesrahmenvereinbarung gemäß § 20f SGB V. Seitdem tagt das Strategieforum Prävention regelmäßig als gemeinsame Kommunikations- und Informationsplattform. Hier wurde festgelegt, dass Langzeitarbeitslose und Alleinerziehende in den Fokus der Maßnahmen rücken sollen, außerdem sollen soziale Brennpunkte und gesunde und sichere Arbeitswelten von den Projekten profitieren.

Informationen zum neuen Prozess haben Multiplikatoren auf der ersten Präventionskonferenz im März 2017 erhalten. Dort wurden Gesetz und Landesrahmenvereinbarung vorgestellt und erste Anregungen für mögliche Projekte diskutiert. Für die weitere Beratung bei der Antragsstellung konnte die Koordinierungsstelle gesundheitlicher Chancengleichheit (KGC) strukturell und personell aufgestockt werden, finanziert durch Beitragsgelder der Krankenkassen an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Nachdem die erforderlichen Strukturen auf Landesebene aufgebaut wurden, hat nun die konkrete Umsetzung von Maßnahmen in den Lebenswelten, den sogenannten Settings begonnen. Bis September 2017 konnten die ersten Anträge eingereicht werden, die die Kassen mit den anderen Beteiligten bewerteten. Sie überprüften, ob Ziele und Umsetzungen dem Leitfaden Prävention, der für die Krankenkassen bindend ist,

entsprechen. Dabei haben sich einige Projekte durchgesetzt, deren Umsetzung jetzt begonnen wird.

Zu einem sogenannten „Leuchtturm-Projekt“, an dem sich alle Krankenkassen sowie das Land Bremen gemeinsam beteiligen, wurde die Idee, an zehn Bremer Schulen Fachkräfte für Prävention und Gesundheitsförderung einzusetzen, die den Schülerinnen und Schülern, aber auch deren Eltern und mithin dem Quartier gesundheitsförderliches Verhalten nahebringen sollen. 631.155 Euro fließen von den Kassen in dieses Projekt, weitere 600.000 Euro vom Land.

Ein weiterer „Leuchtturm“ ist die Gesundheitsförderung von erwerbslosen Menschen, die zunächst im Jobcenter Bremen-Süd II von speziell geschulten Mitarbeitern und einer Krankenkassenvertreterin betreut werden. Geeigneten Personen werden gezielt Maßnahmen angeboten, die ihren Bedürfnissen und Bedarfen entsprechen. Auch hier finanzieren alle gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam.

Alleinerziehende sind die Zielgruppe eines dritten „Leuchtturms“, den Frauengesundheit Tenever plant. Ziel ist es, alle Akteure im Stadtteil, die Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen anbieten, besser zu vernetzen und für die besonderen Bedürfnisse von alleinerziehenden Müttern zu sensibilisieren.

Neue Projektanträge können jährlich bis zum 31. Mai bei jeder gesetzlichen Krankenkasse eingereicht werden, anschließend werden sie bewertet und gegebenenfalls nachbereitet. Im Strategieforum fällt dann die Entscheidung, ob ein

Projekt leitfadenskonform ist und ob sich einzelne oder alle Kassen, eventuell auch zusammen mit Land, Renten- oder Unfallversicherungen, finanziell beteiligen. Mit den Beitragsmitteln der Krankenkassen soll eine Anschubfinanzierung für den Wissens- und Strukturaufbau erfolgen, damit Maßnahmen nach Projektende selbstständig weiterlaufen. Dadurch werden Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte nachhaltig etabliert.

Um die Akteure in Zukunft beim Formulieren ihrer Ideen zu unterstützen, ist



FOTO: Irina Schmidt – fotolia by Adobe

GESUNDE ERNÄHRUNG: Ein Thema der Bremer Präventionsfachkräfte an Schulen

für den Herbst 2018 ein Workshop geplant. Auf der nächsten Präventionskonferenz im Frühjahr 2019 können erste Projekte ihre Erfahrungen vorstellen. Im Internet werden in Kürze alle Informationen zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung nach Paragraph 20f SGB V im Land Bremen versammelt sein: www.praevention-bremen-bremerhaven.de. ■

INTERVIEW PRÄVENTION

„Beste Praxis mit lokaler Weisheit verknüpfen“

Die Sozialwissenschaftlerin Dr. Ingeborg Jahn arbeitet am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) in Bremen. Sie entwickelt derzeit mit Praxispartnern gesundheitsförderliche Quartiersprojekte.

Die Umsetzung des Präventionsgesetzes läuft jetzt langsam an – was versprechen Sie sich davon?

Ich finde drei Aspekte wichtig: Erstens das Ziel der gesundheitsförderlichen Entwicklung von Settings, in denen Menschen arbeiten, lernen, leben. Das Thema Gesundheit in die Quartiere zu tragen kommt allen zugute. Von einer gesundheitsgerechten und gemeinschaftsförderlichen Gestaltung von öffentlichen Räumen profitieren Bevölkerungsgruppen, die nicht in ein Normalarbeitsverhältnis eingebunden sind und die Belastungen zu bewältigen haben, z. B. bei Langzeitarbeitslosigkeit, als Alleinerziehende. Außerdem wird die Stärkung von Gesundheitsressourcen hervorgehoben. Wenn die Partizipation der Zielgruppen, also der Bewohnerinnen und Bewohner von Quartieren, gut umgesetzt wird, führt dies zu mehr gesellschaftlicher Teilhabe und einer veränderten Haltung zu sich selbst. Das Gefühl, selbst etwas verändern zu können, ist eine unabdingbare Voraussetzung für Veränderungen des eigenen Gesundheitshandelns. Ein dritter Aspekt ist die Geschlechtersensibilität der Maßnahmen. Dafür reicht es nicht, die Diversität der Zielgruppen abzubilden oder mehr Angebote für Männer zu entwickeln. Es muss gewährleistet sein, dass sozial und geschlechterbezogen benachteiligte Gruppen von den Maßnahmen profitieren. Ein erster Schritt dazu ist, Maßnahmen sowohl geschlechtsspezifisch für Frauen und Männer als auch geschlechtsunspezifisch anzubieten, damit ein breites Spektrum von Bedarfen abgedeckt wird.

Wie kann man diese Gruppen erreichen?

Dafür gibt es kein Patentrezept. Frauengesundheit Tenever zeigt seit vielen Jahren, wie es funktionieren kann: Mit einer radikal gesundheitsförderlichen Arbeitsweise (jede Frau hat Ressourcen, die es zu finden gilt) und umfassender Mitgestaltung des Programms durch die Nutzerinnen. Es braucht Orte, wo die Menschen leicht hinkommen und angenommen werden. Voraussetzung ist ein langfristiger Aufbau von Vertrauen. Das zeigt auch die Arbeit des Gesundheitstreffpunkt West in Gröpelingen. Gut ist, in den Quartieren Anlaufstellen zu schaffen: Zentren für Gesundheitsarbeit. Mithilfe des Präventionsgesetzes können Strukturen erprobt werden, die später von den Akteuren im Quartier übernommen werden. Ein solches Zentrum könnte die gesundheitsbezogenen Angebote im Quartier vernetzen, als Informationssammler und -weitergeber fungieren, sowie z. B. bei der Organisation der Kinderbetreuung helfen, damit Eltern und Alleinerziehende an gesundheitsbezogenen Angeboten teilnehmen können.

Wie beurteilen Sie die Umsetzung des PräVG im Land?

Hier in Bremen ist die Beratung durch die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit bei der Landesvereinigung für Gesundheit gut gelaufen. Die Entscheidungsprozesse könnten für die Antragstellenden noch transparenter und nachvollziehbarer gemacht werden. Aus meiner Sicht könnte es hilfreich sein, Austausch und Voneinanderlernen der Einrichtungen zu fördern, z. B. wie es gelingen

kann, gute Ideen in das eigene Quartier zu übertragen. Settings haben ihr eigenes Leben und die vermeintlich ‚Beste Praxis‘ muss mit der lokalen Weisheit verknüpft werden. Es ist nicht gut, fertige Ideen einem Quartier überzustülpen, man muss Partizipationsprozesse in Gang setzen und dafür sorgen, dass Bewohnerinnen und Bewohner mitentscheiden können.

Grundlage von Präventionsmaßnahmen muss ja immer die Frage nach der Wirksamkeit sein, wie ist die feststellbar?

Wirksamkeit erfordert zunächst mal eine Orientierung auf Wirkungen: welche Ziele will ich erreichen, welche Wege sind denkbar. Erst auf dieser Grundlage ist zu entscheiden, woran man diese Wirkungen erkennen kann. Manchmal gibt es gute Messinstrumente, manchmal ist anekdotische Evidenz, also die lokale Weisheit zunächst die bessere Wahl. Ein Beispiel für Wirkungswege: Gesundheitsförderung führt zu mehr Selbstwirksamkeit, dies führt zu mehr gesundheitsbezogener Handlungsbereitschaft, was sich wiederum positiv auf gesundheitsbezogenes Wissen und Kompetenz auswirkt. Auf dieser Grundlage kann sich ein günstigeres Gesundheitsverhalten entwickeln, welches unter Umständen zu einem längeren gesünderen Leben führt. Für viele bedeutet Wirkungsorientierung ein Umdenken, von dem häufig üblichen Denken in Leistungen und Aktivitäten hin zu einem Wirkungsdenken, also was soll sich bei den Zielgruppen verändern, bis hin zur Frage, welcher Beitrag geleistet werden soll für einen gesundheitsförderlichen Stadtteil. ■

BÜCHER

Krank durch Früherkennung

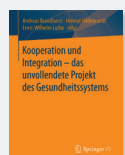
Medizinische Früherkennung ist dazu da, Symptome rechtzeitig zu erkennen, um dadurch Krankheiten besser heilen zu können. Diese Vorstellung ist weit verbreitet, doch – so Frank Wittig – sie ist naiv. In diesem Buch spricht der Autor über Sinn und Unsinn aller einschlägigen Screening-Maßnahmen. Er stellt die These auf, dass die medizinische Früherkennung ein profitgetriebener Industriezweig ist, der in erster Linie den Ärzten und der Pharmaindustrie nutzt und nicht unbedingt die Patienten gesünder macht.



Frank Wittig
Krank durch Früherkennung
2016, 214 S., € 19,99
Riva-Verlag

Bezahlbare Versorgungsformen

Eine an den Bedürfnissen der Patienten orientiert und bezahlbare Versorgung ist zukünftig nur möglich, wenn sich das deutsche Gesundheitswesen grundlegend wandelt. Wohin die Reise gehen sollte, zeigen die Gesundheitssysteme anderer Länder: Deutschland braucht den Übergang zu einer integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung mit einer stärkeren dezentralen Verankerung der Prozesse und Strukturen. Die Autoren zeigen auf, wie es in Richtung regionaler, integrierter Versorgungsformen weitergehen könnte.



Brandhorst, Hildebrandt, Luth (Hg.)
Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems
2017, 624 S., € 69,99, Springer Fachmedien, Wiesbaden

PERSONALIE

Abschied eines „vdek-Dinosauriers“



FOTO vdek/Tillmann

DIETER VOLKMANN

47 Jahre im Dienste der Ersatzkassen, davon über 28 Jahre in der vdek-Landesvertretung Bremen – diese stolze Bilanz zieht Dieter Volkmann, wenn er Ende August seinen Schreibtisch räumt. 1971 fing der gebürtige Bremer seine Ausbildung bei der hkk an als einer der ersten Sozialversicherungsfachangestellten. Dort war er zuletzt im Vertragswesen tätig, bevor er 1990 die Bremer vdek-Landesvertretung mit aufbaute. Hier war er in der Anfangszeit für den gesamten Vertragsbereich zuständig, später dann Referatsleiter Ambulante Versorgung unter insgesamt drei Leiterinnen und Leitern. Im Rückblick resümiert der 63-Jährige: „Dadurch, dass wir immer mehr gemeinsam und einheitlich verhandeln müssen, ist der Abstimmungsbedarf nicht nur Ersatzkassen-intern, sondern auch mit den anderen Kassenarten heute größer als früher.“ Die Zusammenarbeit in Bremen ist seiner Erfahrung nach grundsätzlich gut: „Wir haben alle knappe Personalressourcen und unterstützen uns gegenseitig.“ Vermissen wird Dieter Volkmann seine Kollegen, mit denen er teilweise jahrzehntelang zusammengearbeitet hat. Allerdings werden ihm seine Tage sicherlich nicht lang: Neben Motorradtouren und anderen Reisen möchte er seine Kochkünste ausbauen und endlich wieder Zeit haben für ein gutes Buch.

AMBULANTE INTENSIVPFLEGE

Qualitätsstandards beschlossen



FOTO Monty Chandler – fotolia by Adobe

SCHWERE ERKRANKUNG: Auch diese Patienten sollen zuhause gut und sicher gepflegt werden.

Erstmalig hat der vdek mit dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) einheitliche Qualitätsstandards für die ambulante außerklinische Intensivpflege (Intensiv-HKP) vereinbart. Dadurch sollen Patienten trotz schwerster Erkrankungen in häuslicher Umgebung qualitativ hochwertig gepflegt werden. Die Intensiv-HKP ist eine hochkomplexe Leistung mit bis zu 24-stündiger Behandlungspflege handelt, daher sind hier bundesweite verbindliche Versorgungsstandards sehr wichtig. Zukünftig können nur Pflegefachkräfte mit einer Zusatzqualifikation die Versorgung übernehmen. Der Pflegedienst muss eine eigene Fachbereichsleitung für die Intensiv-HKP vorweisen und jederzeit erreichbar sein.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Bremen des vdek
Martinistr. 34, 28195 Bremen
www.vdek.com

Telefon 04 21 / 16 56 5-6

E-Mail LV-Bremen@vdek.com

Redaktion Ch. Rings, B. Tillmann

Verantwortlich Kathrin Herbst

Druck Kern GmbH, Bexbach

Konzept ressourcenmangel GmbH

Grafik Schön und Middelhaufe GbR

ISSN-Nummer 2193-4061