

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTENSIVPFLEGE Qualitätsstandards notwendig | IMMER WICHTIGER Sturzprophylaxe | HAUSGEBURTEN Nur mit Sicherheiten | HOSPIZFÖRDERUNG Mehr Geld

MECKLENBURG-VORPOMMERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2015

KONZERTIERTE AKTION

Kompetenz am „runden Tisch“: schnelle Entscheidungen



FOTO: andigital - Fotolia.com

Gespräche mit Ministerinnen für den Bereich Gesundheit und Soziales hat es schon immer gegeben. Der Name „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ jedoch wurde für diesen entscheidungsrelevanten Gedankenaustausch vor etwa vier Jahren von der damaligen Sozialministerin Manuela Schwesig (SPD) kreiert. In anderen Politikfeldern heißen solche Zusammenkünfte schon mal „Elefantenrunden“. Natürlich kein passender Name, wenn man sich Frau Schwesig oder ihre Nachfolgerin, Birgit Hesse (SPD) vor Augen führt. Die Ministerin spricht gleichzeitig mit wichtigen Entscheidungsträgern des Gesundheitswesens, in der Hoffnung, wichtige Themenfelder für die gesundheitliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern aus vielen Perspektiven zu beleuchten und möglichst verlässliche Absprachen für ein gemeinsames Vorgehen in der Sache zu treffen.

REGIONALKONFERENZ

Versorgung in Vorpommern – Quo vadis?

„Der größte anzunehmende Wahnsinn ist es, nichts zu machen und abzuwarten und dabei zu hoffen, dass sich etwas ändert.“ Diese Worte Albert Einsteins zogen sich wie ein roter Faden durch die Konferenz zur Gesundheitsversorgung in Vorpommern-Greifswald.

Und so sahen es auch die Vertreter aus Landes- und Kommunalpolitik, aus der Wirtschaft, von Universitäten und Krankenkassen, Ärzte aus Krankenhäusern und aus der Niederlassung, Rehabilitationsanbieter und Physiotherapeuten, die im Sommer zur ersten Regionalkonferenz des Landkreises Vorpommern-Greifswald nach Ueckermünde gekommen waren: Es ist höchste Zeit, sich über Standes- und Denkgrenzen hinaus, Vorstellungen über die medizinische Versorgung der Zukunft zu machen.

Konzentrieren und Agieren

Sozialministerin Birgit Hesse (SPD) hatte sich vor Jahresfrist im Rahmen ihrer „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ auf die Fahnen geschrieben, zusammen mit den beteiligten Akteuren dieser Aktion, eine ganz konkrete Aufgabe in Angriff zu nehmen (siehe auch Kasten auf dieser Seite). Modellhaft konzentriert auf den Bereich eines Landkreises in Vorpommern, sollte die zukünftige Gestaltung der medizinischen Versorgung in einem ländlich geprägten Kreis in den Fokus genommen

werden. Dafür konzentrierten sich die Teilnehmer auf drei Schwerpunkte: die geriatrische Versorgung, die Kinder- und Jugendmedizin im Landkreis und auf die Notfallversorgung. Die nordöstliche Region eigne sich aus ihrer Sicht auch deshalb für eine „innovative Überplanung“, weil es hier ein gut funktionierendes Oberzentrum gibt (Greifswald mit Universitätsmedizin) und andererseits Probleme in der Flächenversorgung bestehen. Insofern wären Ergebnisse für andere Flächenkreise gut übertragbar. An einer Sache ließ die Ministerin jedoch vor dem Hintergrund eines Gutachtens, das gut die Hälfte der 37 Krankenhäuser in Mecklenburg-Vorpommern als nicht mehr bedarfsgerecht sieht, nicht rütteln – „die Krankenhausstandorte werden auch in Zukunft für die medizinische Versorgung benötigt. Sie sind Leuchttürme der Versorgung im ländlichen Raum.“

Ganz sicher wird niemand eine 1:1-Umsetzung des Gutachtens fordern, aber eines ist klar: Die Krankenhäuser der Zukunft werden sich am stationären und vielfach auch am ambulanten Bedarf ausrichten müssen. Dafür wird es unerlässlich sein, Konzentrationen vorzunehmen,



KOMMENTAR

Modell mit Übertragungschancen: Packen wir es an!

FOTO: vdek



von
KIRSTEN JÜTTNER
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern

Die Ersatzkassen haben sich von Anfang an in der Konzertierte Aktion engagiert und unterstützen das Projekt in der Modellregion Vorpommern-Greifswald ausdrücklich. Der grundlegende Ansatz ist richtig: Es müssen alle an einen Tisch, es darf keine Denkbarrieren geben und es muss jetzt schnell eine echte Arbeitsphase im Landkreis und auf Landesebene folgen. Nur dann können wir die Zielstellung des Modells erfüllen – seine Ergebnisse auf andere Regionen zu übertragen um uns für die Anforderungen der nächsten Jahre zu wappnen. Insofern war Ueckermünde, war die Regionalkonferenz, mit ihrer Schwerpunktsetzung für Kinder und Jugendliche, Geriatrie und Notfallversorgung ein erster, wichtiger Schritt.

Allerdings war manchmal in den einzelnen Workshops zu merken, dass die Teilnehmer nicht in jedem Fall ihre „standespolitischen“ oder „Partikularinteressen“ aufgeben konnten. Doch genau das ist notwendig, wenn wir den von den beteiligten Wissenschaftlern geforderten Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen vollziehen wollen. Jetzt kommt es darauf an, die vielen guten Anregungen aufzunehmen und auf ihre Praxistauglichkeit zu überprüfen. Wir sind bereit, uns in diesen Prozess einzubringen.



Kooperationen einzugehen und alte Gewohnheiten abzulegen. Einfach abzuwarten, wie sich die Dinge in den nächsten Jahren entwickeln werden, könnte dann schon der „Beginn des Wahnsinns“ sein (siehe Einstein).

Altes hinterfragen – Neues wagen

Sehr eindrucksvoll „schwor“ Professor Dr. Steffen Fleßa von der Universität Greifswald (Lehrstuhl für allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement) die Konferenzteilnehmer auf „neue Denkansätze“ ein. 1977, kurz nach Erfindung des Computers, meinten ernst zu nehmende Experten, dass es keinen Grund gäbe, warum in Zukunft private Haushalte mit Computern ausgerüstet werden sollten. Heute kann man darüber nur milde lächeln.

»Neue Probleme verlangen nach neuen Lösungen.«

Professor Steffen Fleßa, Universität Greifswald

„Neue Probleme verlangen nach neuen Lösungen“, so Fleßa und hob hervor, dass wir in der gesundheitlichen Versorgung mitten in einem Paradigmenwechsel sind (siehe Abbildung). Deshalb müssen bestehende Vorstellungen, wie ambulante, stationäre oder eine Schnittstellenversorgung auszu-sehen hätten, hinterfragt werden. Und das

ohne Tabus. Das alte Gleichgewicht der gesundheitlichen Versorgung ist durch die demografische Entwicklung, den technischen Fortschritt in der Medizin und der Kommunikation sowie Veränderungen in Finanzierungs- und Wertesysteme aus dem Gleichgewicht geraten. Dieses Gleichgewicht gilt es wieder herzustellen. Dabei bleibt der Kern der medizinischen Dienstleistung bestehen (immateriell, nicht lagerbar, nicht transportierbar, in der Regel persönlich bei überwiegender Anwesenheit des Patienten). Aber beispielsweise Residenzpflicht, die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung oder Konkurrenzdenken gehören einem alten Paradigma an.

Schwierige pädiatrische Behandlungen zentralisieren

Problematisch gestaltet sich zunehmend die Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin der Region. Nach Dr. Thorsten Wygold (Universität Greifswald) gibt es dafür drei Ursachen. Zum einen werden die behandelnden Ärzte immer älter und Nachwuchs ist schwierig zu finden. Zum anderen werden immer weniger Kinder geboren bzw. müssen pädiatrisch versorgt werden. Und drittens bestände Unsicherheit bei den Eltern, dabei müsse längst nicht jedes Kind im Krankenhaus behandelt werden. Sinnvoll wäre hier eine Dreistaffelung der Versorgung. Schwierige Fälle wie Krankheiten bei Neugeborenen,



Paradigmenwechsel

- Ein Paradigma ist nur für eine bestimmte Zeit, d.h. für ein bestimmtes Systemregime, korrekt.
- Veränderungen (z.B. Demografie, Wertesysteme, Arztdichte, Finanzierung) können Paradigmen, die früher richtig waren, als unzweckmäßig entwerfen.
- Für eine veränderte Situation benötigen wir neue Paradigmen.
 - Häufig bleibt die Substanz eines Phänomens konstant,
 - während der Kranz sich ändert.



Prinzip:

- Telenotarzt-Arbeitsplätze in der Leitstelle
 - visuelle und akustische Verbindung in den Rettungswagen
 - direkte Echtzeit - Darstellung des Patientenmonitorings auf Bildschirm des Telenotarztes in Leitstelle
 - digitaler Protokollierung des Einsatzes durch den Tele-Notarzt
 - telemetrischen Übertragung des 12-Kanal-EKGs ->Weiterleitung in Herzkatheterlabor
- Rettungswagen
 - Video-System zur Patientenüberwachung
 - akustische Verbindung des Rettungsdienstpersonals zum Telenotarzt
 - Streaming aller mobilen Netze für Echtzeit-Datenübertragung im Rettungswagen und am mobilen Monitor



Krebserkrankungen oder kardiologische Probleme sollten hochspeziell und damit zentriert behandelt werden (Universität Greifswald). Neurologische Erkrankungen oder beispielsweise die Behandlung von Diabetes könnten stationär übergreifend in den kleineren Krankenhäusern der Region erfolgen. Alles andere ist der Behandlung im niedergelassenen Bereich überlassen. Aus Sicht der Ersatzkassen macht eine solche Dreiteilung durchaus Sinn. Allerdings müssten für Notfälle, zum Beispiel Behandlungen an den Wochenenden, sichere Kooperationsketten existieren. Darüber hinaus könnten Kontrollleistungen nach erfolgter Behandlung auch durch arztentlastendes Personal wie eine Krankenschwester erfolgen. Begrüßenswert ist auch der im anschließenden Workshop erarbeitete Vorschlag, dass „mobile Pädiater“ stunden- oder tageweise in Hausarztpraxen Beratungen/Behandlungen abhalten und damit das Versorgungsangebot in der Fläche erweitern. Als ein weiterer Punkt aus diesem Diskussionsfeld wird sich eine Arbeitsgruppe mit dem Thema Weiterbildung der Pädiater befassen.

Mit Überblick – der Telenotarzt

Nicht weniger ambitioniert waren die Diskussionen zum Thema Notfallversorgung und die Ergebnisse des entsprechenden

Workshops. In seinem Einführungsstatement listete der Facharzt für Notfallmedizin, Prof. Hahnenkamp (Universität Greifswald), die Probleme des Landkreises Vorpommern-Greifswald auf, die jedoch symptomatisch für die Situation im Rettungsdienst des ganzen Landes sind. So gibt es ein steigendes Missverhältnis zwischen „richtigen Rettungsfällen“ und solchen, die eigentlich einen „Hausarztbesuch“ erforderten, also in den Zuständigkeitsbereich des kassenärztlichen Notdienstes gehören. Außerdem gibt es viele Rettungswagen und Notarztstandorte, die zwar in der Fläche erforderlich aber nur wenige Einsätze haben, also sehr unwirtschaftlich sind. Die Workshop-Arbeitsgruppe fordert eine bessere Verzahnung von Rettungsdienst und kassenärztlichen Notdienst. So könnte die Rufnummer des Notdienstes z. B. auf die Rettungsleitstelle aufgeschaltet werden. Dort müsste dann der Disponent nach einem qualitätsgesicherten Abfrage-Algorithmus entscheiden, welche Versorgung erfolgen soll. Außerdem könnten Rettungsärzte zum ambulanten Notdienst zugelassen werden. Vorteil: die Fehleinsätze von Rettungsdienst und Notarzt, wo der Hausbesuch eines Arztes ausgereicht hätte, würden sich reduzieren. Aus Sicht der Ersatzkassen gibt es hierbei aber noch einige Punkte zu klären, zum Beispiel den Vorrang von Notdiensteinsätzen. Grundsätzlich

sollte weiterhin die Bevölkerung noch besser aufgeklärt werden, in welchem Fall ein Rettungs- und in welchem ein (kassenärztlicher) Notarzt angebracht ist.

Das System richtig revolutionieren könnte der Vorschlag, einen so genannten Telenotarzt in der Rettungsleitstelle einzusetzen. Dieser könnte per Telebild und Teledialog den Rettungseinsatz koordinieren, den Ersthelfern (Rettungssanitätern) am Einsatzort wichtige Unterstützung geben und somit das therapiefreie Intervall verkürzen. Die technischen Möglichkeiten sind schon heute vorhanden. Hierzu bedarf es der Erarbeitung von Indikationskatalogen, Investitionen in Technik und Weiterbildung. Einschlägige Erfahrungen mit dem Telenotarzt-System aus der Region Aachen können dabei hilfreich sein (vergl. auch Übersicht auf dieser Seite).

Transparenz für geriatrische Angebote

Auch im Workshop geriatrische Versorgung gab es bemerkenswerte Resultate. Vor dem Hintergrund des aktuell in der Diskussion befindlichen Pflegeversicherungsgesetzes forderten die Akteure eine stärkere Vernetzung von rehabilitativen, geriatrischen und sozialen Angeboten. Außerdem wurde eine größere Transparenz der Angebote im Landkreis gefordert. Dies nicht nur für Einheimische und Behandler, sondern auch für die Menschen, die zunehmend aus anderen Bundesländern nach Vorpommern-Greifswald ziehen, um hier ihren Lebensabend zu verbringen. Für sie wäre ein transparentes medizinisches, und damit auch geriatrisches, Angebot unter Umständen auch ein Entscheidungskriterium.

Fazit: Die Verantwortlichen und Handelnden in der Region sind weit davon entfernt, nichts zu machen und abzuwarten. Im Gegenteil: Aus den Arbeitsgruppen des Workshops sind weitere Anregungen und Aufträge entstanden, die dem Anliegen, eine Versorgung für die Zukunft zu gestalten, gerecht werden kann. Es bleibt spannend zu sehen, wie sich die Modellregion weiter entwickeln wird. ■

Ambulant vor stationär – aber mit Qualität!



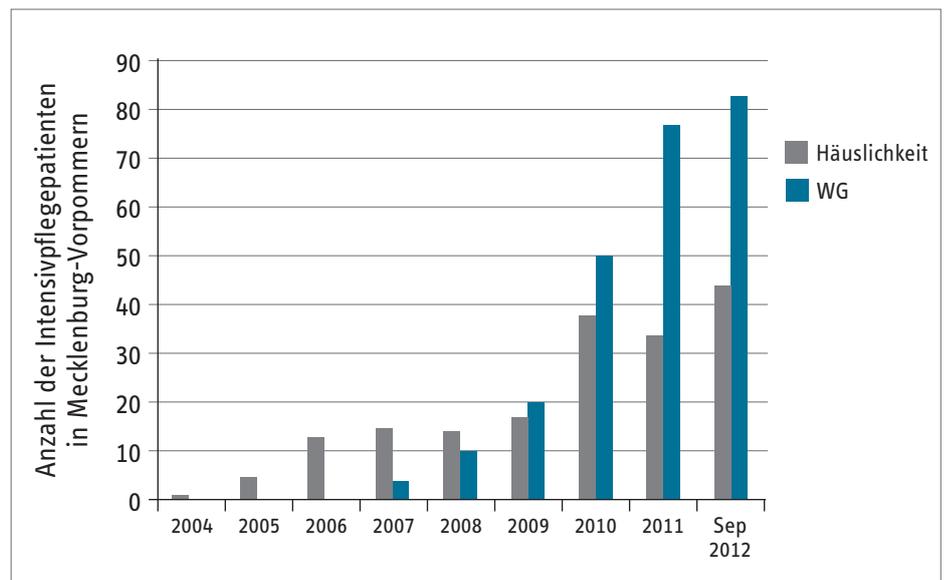
von
EVA-MARIA FALTA
Referatsleiterin Pflege,
vdek

Wichtig für die ambulante Intensivpflege ist, verbindliche Regelungen für die Personalausstattung, aber in Wohngemeinschaften auch für Brandschutz, Sicherheit sowie Hygiene zu vereinbaren.

Wir haben die Anforderungen an die Ausbildung der Pflegefachkräfte klar beschrieben, diese mit allen Kassen in M-V abgestimmt und in einer Ergänzungsvereinbarung fixiert. Inzwischen sind mit über 30 einzelnen Pflegediensten Vereinbarungen geschlossen, die diese Leistung qualitätsgesichert erbringen, Tendenz steigend. Mit den Entscheidungsträgern in der Politik und in Behörden wurden zahlreiche Gespräche geführt um für die Bewohner in der Wohngemeinschaften sichere und menschenwürdige Bedingungen zu gewährleisten. Hier mangelte es an spezifischen und verbindlichen Regelungen. Ein Eingriffsrecht, z.B. für die Heimaufsicht besteht nur bei Gefahr im Verzug. Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGuS) hat unter Mitwirkung der Kassen „Hygienische Mindestanforderungen“ für Wohngemeinschaften erarbeitet. Auch in Sachen Brandschutz und Eingriffsrecht der Heimaufsichten bleiben wir weiter am Ball und fordern die besonderen Belange in den gesetzlichen Grundlagen zu berücksichtigen.

Ohne Abstriche – Qualitätsstandards notwendig!

Schwerstpflegebedürftige werden zunehmend in Wohngemeinschaften betreut. Allerdings gibt es quasi keine Qualitätskontrollen. Der Grund: Es fehlen gesetzliche Regelungen. Hier muss gehandelt werden.



DOPPELT SO VIEL INTENSIVPFLEGE in Wohngemeinschaften

Um es gleich sehr deutlich zu sagen: Es geht um Menschen, die schwerstkrank sind, zum Beispiel nicht mehr eigenständig atmen können oder im Wach-Koma liegen, also der intensivsten Pflege überhaupt bedürfen. Und – sie leben nicht in einer stationären Pflegeeinrichtung, sondern zu Hause, in den eigenen vier Wänden oder zunehmend auch in so genannten Intensivpflege-Wohngemeinschaften. Klar, dass diese Menschen an sich schon sehr aufwändig von einem hoch qualifizierten Personal betreut werden müssen, aber auch, um bei unvorhersehbaren lebensbedrohlichen Krisensituationen schnell eingreifen zu können.

Wohngemeinschaften nehmen zu

Die vorliegenden Daten belegen, dass seit 2007 ein deutlicher Anstieg der

ambulanten Versorgungen zu verzeichnen ist, bei denen die Pflegebedürftigen in Wohngemeinschaften betreut werden. Inzwischen sind es schon mehr als doppelt so viele (vergleiche Abbildung, Bericht der Landesregierung zur Intensivpflege, 2013, Drucksache 6/2054). Auch die absolute Zahl der Betreuungsfälle hat zugenommen. Waren es anfangs einige wenige, sind es inzwischen mehrere hundert. Allein bei den Ersatzkassen stiegen die Intensivpflegefälle in der Häuslichkeit innerhalb von drei Jahren von 51 auf über 140 (2012 - 2015).

Natürlich ist der medizinisch-technische Fortschritt nicht auf die stationäre Pflege begrenzt und ist die vorherrschende Entwicklung auch ein Ausdruck für die Umsetzung des Prinzips „ambulant vor stationär“. Das Ganze hat auch seinen Preis: Für die intensive pflegerische Betreuung der oben erwähnten Patienten

bezahlen die Ersatzkassen ca. 14 Millionen Euro im Jahr, wahrlich kein Pappentstiel. Auch deshalb ist es einleuchtend, dass diese Menschen den gleichen qualitativen Anspruch auf eine bestmögliche Betreuung haben, wie jene, die in Heimen intensivpflegerisch versorgt werden. Hier jedoch gibt es ein klares Manko: Für die Versorgung der Versicherten mit außerklinischer, ambulanter Intensivpflege mangelt es an spezifischen und verbindlichen Qualitätskriterien! Mehr noch: Es gibt, anders als beim stationären Pendant, keine gesetzlichen Grundlagen, die eine Überprüfung von Qualitätsstandards ermöglichen würden!

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Das hat übrigens die Politik auch erkannt. Bereits 2013 kann man im „Bericht der Landesregierung zur Intensivpflege auf Seite vier lesen: „Es fehlt an spezifischen und verbindlichen Qualitätskriterien für die ambulante Intensivpflege.“ Und weiter: „Regelungen des öffentlichen Gesundheitsschutzes ermöglichen ohne konkrete Gefährdungslage keine regelmäßige Kontrolle der ambulanten Intensivpflege in Wohngemeinschaften oder in der Häuslichkeit.“ Nach dem Abhilfe in zu schließenden Verträgen zwischen den Krankenkassen und den Pflegeleistungsanbieter gesehen wurde, wollte das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (MAGS) „parallel ... mit der Bundesebene Kontakt aufnehmen zwecks Sensibilisierung für die Entwicklung und der Bitte um Prüfung von Anpassungserfordernissen im SGB V oder den entsprechenden untergesetzlichen Qualitätsrichtlinien“ (Landtag, Drucksache 6/2054).

Zwei Jahre später hat die Landesvertretung der Ersatzkassen (vdek) nachgehakt, was aus der Angelegenheit geworden ist? Nichts, im Sand verlaufen. Eine Situation, die für den Verband der Ersatzkassen, erst Recht vor dem Hintergrund der stark steigenden Betreuungszahlen, unhaltbar ist. Deshalb hat der vdek



FOTO KKH

in einem Brief an die gesundheitspolitischen Sprecher von vier Landtagsfraktionen Änderungsbedarf angemahnt und gleichzeitig Lösungsmöglichkeiten angeboten.

Nachfolgend auszugsweise die Vorschläge:

- Intensivwohngemeinschaften sollten rechtlich den stationären Pflegeeinrichtungen gleichgestellt bzw. zumindest angenähert werden (analoge Regelungen gibt es bereits in Sachsen),
- Alternativ sollte die Landesregierung das Einrichtungsqualitätsgesetz (EQG) anpassen,
- ein entsprechendes Positionspapier der GKV wurde dem MAGS bereits übergeben und könnte als Handlungsgrundlage dienen,
- entsprechende Hygiene- und Einrichtungsstandards müssen definiert und eingehalten werden,
- das Pflegepersonal muss einen besonderen Qualifikationsstandard besitzen, der ohne Hürden nachprüfbar sein muss,
- dazu können die Kranken- und Pflegekassen Ergänzungsvereinbarungen mit den Leistungsanbietern schließen (siehe auch Kommentar auf Seite 4).

Bleibt zu hoffen, dass in den nächsten Wochen und Monaten mehr Bewegung in die ganze Sache kommt, zum Schutz der Intensivpflegebedürftigen und zur rechtlichen Klarstellung für Anbieter, Kassen und für die Landesregierung. ■

DEFINITION

Merkmale der Intensivpflege in der Häuslichkeit

Der Begriff der ambulanten Intensivpflege ist gesetzlich nicht festgelegt. Sie ist ein Spezialfall der Behandlungssicherungspflege gemäß § 37 Absatz 2 SGB V. Nach Einschätzung der Sozialmedizinischen Expertengruppe des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist „das Hauptmerkmal der ambulanten Intensivpflege die Gewährleistung einer sofortigen Intervention bei lebensbedrohlichen Zuständen, die mit pflegerischen Maßnahmen adäquat zu versorgen sind. Darüber hinaus besteht in der Regel phasenweise oder dauerhaft eine Bedrohung der Vitalfunktion Atmung, wobei es sich um beatmete oder nicht-beatmete Patientinnen und Patienten handeln kann.“

Laut Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) handelt es sich bei den Betroffenen um Schweresterkrankte mit verschiedenen Graden von Bewusstseinsstörungen (z. B. appallisches Syndrom/Wachkoma) und/oder intellektuell-kognitiven Einschränkungen (z. B. der Wahrnehmungs- und Auffassungsgabe) und/oder Einschränkungen der Sprachfähigkeit, sowie verschiedene, sehr komplexe Ausfallmuster im Bereich der Sensorik und Motorik. Bewusstseinsstörungen, schlafte oder spastische Lähmungen und Schluck- und Atemstörungen schränken die Lebensqualität so stark ein, dass aufwändige pflegerische und medizinische Maßnahmen notwendig sein können (Sondenernährung oder Beatmungshilfen).

Die Indikation für ambulante Intensivpflege kann sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen gegeben sein.

Bloß nicht zu Hause stürzen!

Dieses Phänomen wird unterschätzt: Stürze im eigenen Zuhause. Jährlich stürzen in Deutschland ca. ein Drittel der Personen über 65 Jahre mindestens einmal. Bei den über 80-jährigen ist es sogar die Hälfte.



Dr. med. Peter Kupatz

Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Dr. Ebel Fachklinik „Moorbad“ Bad Doberan

„Stürze in der Häuslichkeit und deren gravierende Folgen werden leider immer noch unterschätzt. Mit unserem ‚Netzwerk Sturzprävention‘ setzen wir ein Zeichen. Wir wollen gefährdete Personen besser erkennen und durch gezieltes Training und Beseitigung der Sturzgefahren dazu beitragen, dass diese Menschen länger gesund bleiben.“

FOTO Peter Kupatz

Die Folge dieser Unfälle: In fünf Prozent führen sie zu Knochenbrüchen; in zwei Prozent auch zu Hüftbrüchen (bundesweit 90.000 im Jahr!). Was niemand so richtig im Fokus hat: 30 Prozent der Gestürzten über 70-jährigen versterben innerhalb eines halben Jahres an den Sturzfolgen! Weitere 20 Prozent werden dauerhaft pflegebedürftig! Die Hälfte aller gestürzten über 60-jährigen erlangen nach einem Sturz ihre ursprüngliche Mobilität nicht wieder! Nach Chefarzt Dr. Peter Kupatz (Moorbadklinik Bad Doberan) gibt es ein ganzes Bündel von Ursachen wie beispielsweise schlechte Beleuchtung oder Teppiche (äußere Faktoren), fehlende Kraft oder z. B. Schwindel (innere Ursachen), Übermedikation (medizinische Faktoren) oder auch bestimmte Situationen, wie der nächtliche Toiletengang. Außerdem kann man aufgrund dieser Risikofaktoren und der persönlichen medizinischen und häuslichen Situation bestimmte Personengruppen identifizieren, die man präventiv aufklären sollte.

Höchste Zeit zum Handeln.

Das tut das „Netzwerk Sturzprävention in Mecklenburg-Vorpommern“. Der Zusammenschluss aus Ärzten, Wissenschaftlern, Sportvereinen, Reha-Einrichtungen und Krankenkassen hat sich zum Ziel gesetzt, die Stürze insgesamt um zwei Prozent zu senken – das sind 143 Krankenhausaufenthalte weniger und ein immenser Gewinn an Lebensqualität, auch für die Angehörigen. Unterm Strich stehen auch weniger Kosten zu Buche. Vergleich: Allein für die Versorgung der sturzbedingten Hüftverletzungen gibt die Bundesrepublik jährlich ca. eine Milliarde Euro aus.

Das Netzwerk koordiniert darüber hinaus verschiedene Präventionsangebote der Partner, wie zum Beispiel „Anti-Sturz-Trainingsprogramme“ von Krankenkassen oder das Programm „Mobil und fit bis ins hohe Alter“ des Landessportbundes. Dr. Kupatz ist weiter auf der Suche nach Mitstreitern. Er ist überzeugt, dass es sich absolut lohnt, sich hierbei zu engagieren. ■

Generationen gestalten Zukunft



FOTO Hintze

WIR ÜBERNEHMEN DIE KOORDINATION: LVG-Geschäftsführer ANDREAS SZUR

Der Demografische Wandel ist keine Katastrophe. Auf- und Abwärtsbewegungen folgen den geistigen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklungen einer Gesellschaft. Wachsen oder „Kleiner Werden“ von Bevölkerung hat es schon immer gegeben und gehört zu den kulturellen Grunderfahrungen aller Gesellschaften. Mit diesem Tenor beschreibt Professor Dr. Henning Bombeck (Schule der Landesentwicklung Mecklenburg-Vorpommern) das, was andere Protagonisten gern als „Weltuntergangsszenario“ ausmachen – den demografischen Wandel. Und noch eine These verblüfft die Teilnehmer der von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (LVG) organisierten Regionalkonferenz: Betroffenheit schafft Initiative! Die Menschen in den Dörfern wissen das schon seit langem und passen sich an: durch ein Miteinander aller Generationen. Nachteile werden ausgeglichen, in dem viel mehr miteinander (ab)gesprochen wird. Die wichtigsten Zukunftspotenziale kleiner Gemeinden sind nach Bombeck das Engagement ihrer Bevölkerung und deren Ideen für den Erhalt und die Weiterentwicklung ihrer dörflichen Gemeinschaft. Es tut gut, wenn ein Demografieforscher endlich auch positive Signale ins Land sendet.

LANDESAUSSCHUSS

Ersatzkassen sind für neue Ideen im Rettungsdienst



FOTO vdek

VON EINANDER LERNEN: Mitglieder der Landesausschüsse Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern mit Michael Reis (vorn, 3. v. r.)

Auch die mittlerweile dritte, gemeinsame Beratung der Landesausschüsse der Ersatzkassen aus Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern brachte viele neue Erkenntnisse, die für beide Bundesländer wichtig sein könnten. Im Mittelpunkt der gemeinsamen Klausur im idyllisch gelegenen Schülup (Schleswig-Holstein) stand unter anderem das Thema „Zukunft des Rettungsdienstes – Notfallversorgung 2025“. Angesichts ähnlicher Probleme in beiden Flächenländern wie zunehmende Überalterung der Bevölkerung, Zunahme der Notarzteinsätze oder drohender Fachkräftemangel folgten die Ersatzkassenvertreter sehr aufmerksam dem Vortrag von Michael Reis, Geschäftsführer der Rettungsdienstkooperation GmbH in Heide (Schleswig-Holstein). Ihm ging es darum, die Zahl der „unnötigen“ Notarzteinsätze zu reduzieren. So könnten zum Beispiel in den Rettungsleitstellen Notarztindikationslisten existieren, mit deren Hilfe anhand der unterschiedlichen Schweregrade des Notfallereignisses entschieden werden kann, ob wirklich ein Notarzt ausrücken muss. Neben den übrigen Rettungseinsätzen könnte ein ausgebildeter Rettungssanitäter, quasi als so genannter „Kümmerer“, zum Einsatz kommen, der bei leichteren Fällen eingreift.

Ein weiteres Novum wäre der Telenotarzt, der in der Rettungsleitstelle sitzt und über Monitor und Funk mit den Rettungssanitätern verbunden ist. Notwendig dafür sind entsprechend ausgerüstete Rettungsfahrzeuge. Der Vorteil liegt auf der Hand: Der Telenotarzt könnte die lebensrettenden und therapeutischen Maßnahmen für den in das Rettungsfahrzeug verbrachten Verunfallten aus der Ferne begleiten oder sogar anleiten. Damit würde das therapiefreie Intervall deutlich verkürzt werden. Ein entsprechendes Modellvorhaben läuft zurzeit in der Region Aachen und wäre auch für Mecklenburg-Vorpommern eine überdenkenswerte Alternative.

KURZ GEFASST

Mehr Armut im Nordosten

Obwohl das Armutsrisiko von 2013 (23,6 Prozent) zu 2014 (21,3 Prozent) sank, sind in Mecklenburg-Vorpommern im Vergleich der Flächenländer weiterhin bundesweit die meisten Menschen von Armut bedroht. Ebenso hoch ist das Armutsrisiko auch in Sachsen-Anhalt.

Mehr Blut spenden

Angesichts des steigenden Bedarfs an Blutkonserven und Blutplasma Produkten ruft die Landesvertretung der Ersatzkassen ihre Versicherten dazu auf, jetzt vermehrt Blut zu spenden. So wurde in einigen Landesteilen gemeldet, dass kaum noch genug Blutkonserven für notwendige Operationen zur Verfügung ständen.

Mehr Klarheit bei Schwangerschaftsabbrüchen

Mit Wirkung ab 1. August haben die Krankenkassen und das Sozialministerium eine Verwaltungsvereinbarung zu Schwangerschaftsabbrüchen getroffen. Darin ist jetzt klar geregelt, welche Gebühren für einen medikamentösen bzw. operativen Schwangerschaftsabbruch zur Anwendung kommen. Das vereinfacht die Bezahlung der Leistungen, die im Übrigen vollständig vom Land getragen werden.

HOSPIZFÖRDERUNG

Höhere Zuwendungen

Vierzehn Hospizdienste erhalten für die ambulante Sterbebegleitung in diesem Jahr einen Förderbetrag von insgesamt über 785 Tausend Euro.

„Mit dem gegenüber dem Vorjahr um 55 Tausend Euro erhöhten Förderbeitrag leisten die Krankenkassen einen wesentlichen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Schulungskosten für eine bis zuletzt würdevolle Betreuung des sterbenden Menschen und der ihm nahe Stehenden durch ausgebildete Fachkräfte und Ehrenamtliche“, sagt vdek-Landeschefin Kirsten Jüttner. Im Jahr 2014 haben die geförderten ambulanten Hospizdienste in Mecklenburg-Vorpommern mit insgesamt 529 ehrenamtlich Tätigen 694 Sterbebegleitungen in Haushalten und Familien erbracht. Neun Sterbebegleitungen wurden bei Kindern geleistet. Im Vergleich zu den Vorjahren ist ein stetiger Anstieg der Sterbebegleitungen und des Fördervolumens zu verzeichnen.

BÜCHER

Ärger in gute Laune „programmieren“

Der bekannte tibetanische Meister Dzogchen Ponlop Rinpoche verrät in seinem Buch „Emotionale Befreiung“ erstmalig eine effektive buddhistische Technik zum Umgang mit schwierigen Gefühlen. Mit seinem 3-Schritte-Programm lernt man Ärger und Angst schon im Entstehen zu erkennen und zu transformieren, damit Energie freizusetzen. Aus Ärger wird gute Laune, aus Angst wird Gelassenheit und die Vitalitätskurve steigt. Wohl dem, der diese lebensnahe Unterweisung praktisch umsetzen kann ...



Dzogchen Ponlop Rinpoche
Emotionale Befreiung
2015, 206 S., € 17,99
O. W. Barth Verlag

Jetzt ist „slow“ angesagt!

Abschalten und Loslassen mitten im stressigen Alltag? Wie soll das gehen? Es ist höchste Zeit für einen Tempowechsel. Kurze Entspannungspausen sind jederzeit und überall möglich: im Büro, zu Hause oder unterwegs. Wie es geht, zeigt Entspannungskoach Johannes Lauterbach. Stellen sie ihr Hamsterrad in die Ecke und machen sie eine Pause. Sie lernen, mit einfachen Techniken ruhiger zu werden und können sich zu entspannen. Die besten Tipps für weniger Stress und mehr Gelassenheit. Ein Buch für alle, die sich oft selbst überholen.



Johannes Lauterbach
Slow time
Die besten Tipps zum Entspannen
2015, 126 S., € 10,00
Knaur Menssana

HAUSGEBURTEN

Sicherheit muss Vorrang haben!



FOTO: Kzenon - Fotolia.com

HAUSGEBURTEN: Ja, aber mit Sicherheiten!

Für Kirsten Jüttner, Leiterin der Ersatzkassenlandesvertretung und selbst Mutter von zwei Kindern, ist klar, dass der Schutz der Mutter und des Neugeborenen auch bei einer Hausgeburt oberste Priorität haben muss.

Auch wenn nur etwa zwei Prozent aller Kinder außerhalb einer Klinik geboren werden und davon wiederum die meisten in Geburtshäusern und nur ein Bruchteil in der eigenen Häuslichkeit, müssen vergleichbare Qualitätsstandards gelten. Nicht erklärbar ist, warum die Landesvertretungen der Hebammen bei außerklinischen Geburten in Geburtshäusern qualitätssichernde Kriterien und Maßnahmen bereits seit 2008 anerkennen, diese aber für die Hausgeburten nicht vereinbaren wollen. Bei einer Niederkunft in einem Geburtshaus gilt, dass bei Überschreitung des Geburtstermins eine zusätzliche Diagnostik und eine ärztliche Beratung vorgesehen sind. Statt einer Einigung, die außerdem mit einer 5-prozentigen-Vergütungssteigerung ab dem 1. Juli 2015 verbunden gewesen wäre, steht jetzt ein Schiedsverfahren an. Bleibt zu hoffen, dass am Ende wirklich die Sicherheit von Mutter und Kind im Fokus steht.

BRANCHENKONFERENZ

Das Ende von Burger King?



FOTO: monticello - Fotolia.com

Nach Gesundheitsexperte Professor Klinkmann ist die Art und Weise der Lebensführung zu 60 Prozent dafür verantwortlich, wie lange man leben kann. Vielleicht stand deshalb die diesjährige Konferenz unter dem Motto „Genuss Gesundheit“. Weg von Fast Food und Mikrowelle, hin zu regionalen, saisonalen Lebensmitteln und zu wieder selbst zubereiteten Essen – so ein Credo der Konferenz. Insbesondere die 20- bis 30-Jährigen schlagen diesen Weg ein. Aber nicht nur Ernährung und Bewegung standen im Fokus der Vorträge, auch der „Genuss von Tönen“ wird immer wichtiger. Wenn die „genussreiche“ Trendwende mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit beinhaltet, sind wir auf dem richtigen Weg!

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung
Mecklenburg-Vorpommern des vdek
Werderstraße 74a, 19055 Schwerin
Telefon 03 85 / 52 16-100
Telefax 03 85 / 52 16-111
E-Mail
LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com
Redaktion Dr. Bernd Grübler
Verantwortlich Kirsten Jüttner
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Konzept ressourcenmangel GmbH
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2182