

Editorial: Was ist AQUA?



München – Noch ist das AQUA-Institut für Patienten eine unbekannte Größe – im Unterschied zum Gemeinsamen Bundesausschuss oder IQWiG. Doch das dürfte sich bald ändern, denn das Institut verantwortet die neue sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Hinter dem sperrigen Begriff verbirgt sich eine für Patienten wichtige Mission: die Qualität der medizinischen Versorgung hierzulande abzubilden – und zwar in Arztpraxen und im Krankenhaus. Es lohnt sich also, mehr über das AQUA-Institut zu erfahren.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Corporate Affairs & Business Support

Schwerpunkt: AQUA-Institut

▪ Die Qualitätsexperten

Berlin/Göttingen – Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, kurz AQUA, ist eine wichtige Adresse, wenn es um die Qualität der Versorgung geht. » [Seite 2](#)

▪ Qualitätsmessung mit Pionieranspruch

Berlin/Göttingen – Das AQUA-Institut hat eine erste Fassung der „allgemeinen Methoden für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Am 25. Januar endete die Frist für das Stimmverfahren. » [Seite 3](#)

▪ Wie befragt man Patienten?

Berlin – Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung will das AQUA-Institut auch auf Patientenbefragungen zurückgreifen. Was man über dieses Instrument wissen sollte. » [Seite 5](#)

▪ „Wir werden Patientenvertreter verstärkt einbeziehen“

Berlin – Wie sieht es beim AQUA-Institut mit der Patientenbeteiligung aus? Institutsleiter Prof. Joachim Szecsenyi erklärt im Interview, wie Betroffene bei der Qualitätssicherung mit eingebunden werden sollen. » [Seite 6](#)

▪ Einsatz für Belange behinderter Menschen

Berlin – Zu Jahresbeginn hat mit dem CDU-Politiker Hubert Hüppe der neue Behindertenbeauftragte der Bundesregierung sein Amt angetreten. Was steht auf seiner Agenda? » [Seite 7](#)

▪ Demenzversorgung braucht bessere Struktur

Berlin – Demenz muss als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen angenommen, Betroffene sollten strukturierter versorgt und unterstützt werden. Dies ist eine Schlussfolgerung aus der Versorgungsforschungs-Studie der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA).

» [Seite 8](#)

▪ Was investieren die Kassen in die Vorsorge?

Berlin – Im vergangenen Jahr hat jeder achte gesetzlich Versicherte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen profitiert. Die Zahl der unterstützten Einrichtungen, Kurse und Projekte stieg gegenüber 2007 deutlich. » [Seite 10](#)

Institutsporträt

Die Qualitätsexperten

Berlin/Göttingen – Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, kurz AQUA, ist eine wichtige Adresse, wenn es um die Qualität der Versorgung geht.

Mit dem Metier Qualitätssicherung ist das AQUA-Institut bereits seit Jahren vertraut: Im Rahmen einer Kooperation von Wissenschaftlern der Universitäten Göttingen und Hannover wurde im Jahr 1993 die „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung“ gegründet. Aus dieser Arbeitsgemeinschaft entstand 1995 das Institut in Göttingen. Es versteht sich als unabhängiger Dienstleister für Fortbildungen, Bewertung von neuen Versorgungsmodellen sowie Analysen für Krankenkassen. Sein bekanntestes Produkt ist EPA – Europäisches Praxisassessment, ein Qualitätsmanagementsystem für Arztpraxen. Damit sollen Mediziner die organisatorischen Abläufe in ihren Praxen so verbessern können, dass ihre Ressourcen optimal genutzt und die Patienten bestmöglich versorgt werden.

AQUA übernimmt Aufgaben der BQS

Das sicherlich größte Projekt von AQUA dürfte die sektorenübergreifende Qualitätssicherung sein, mit der es im vergangenen Jahr vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt wurde. Im Zuge dessen übernimmt das Institut auch die externe Qualitätssicherung der Krankenhäuser, mit der bisher die Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung und Patientensicherheit (BQS) betraut war. Die BQS ist eine gemeinnützige GmbH, die von der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Kassenverbänden sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung im Jahr 2000 gegründet wurde.

Prof. Szecsenyi – vom Landarzt zum Institutsleiter

In dem Göttinger Institut arbeiten neben Ärzten auch Apotheker, Betriebswirte, Gesundheitswirte und Informatiker. Geschäftsführer ist der Heidelberger Professor Joachim Szecsenyi. Er ist seit 2001 Ärztlicher Direktor der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, zuvor arbeitete er als Hausarzt in einer Landpraxis. Szecsenyi leitet AQUA mit der Maxime „Aus der Praxis für die Praxis“ – die Lösungen sollen konsequent für die Anwendung entwickelt werden. „Mit praxiserprobten Konzepten sorgen wir dafür, dass die Vorstellungen unserer Auftraggeber in die Tat umgesetzt werden“, so Szecsenyi.

IQWiG als Vorbild

Im Fall der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bedeutet das: AQUA steht in kontinuierlichem Austausch mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, mit Krankenhäusern, Ärzten und Kassen. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird als Vorbild für das transparente Vorgehen bei der Veröffentlichung der Ergebnisse und der Expertenauswahl genannt. So sollen Berichte mehrstufig erscheinen, damit alle Beteiligten Stellungnahmen einreichen können. Im Unterschied zum privaten AQUA-Institut wird das IQWiG jedoch durch Zuschläge für stationäre und ambulante medizinische Behandlungen – also letztlich aus den Beiträgen der Mitglieder aller Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) – finanziert. Ein weiterer Unterschied: Für das IQWiG sind Auftrag, die Bearbeitung der Aufgaben sowie die Basis der Finanzierung gesetzlich festgelegt – und zwar im Sozialgesetzbuch V. Auch in punkto Arbeitsbereich gibt es zwischen AQUA und IQWiG kaum Berührungspunkte, denn letzteres überprüft den Nutzen bzw. das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Arzneimitteln.

Was ist BQS?

Das BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit (alter Name: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) wurde mit dem Ziel gegründet, die Behandlungsqualität in deutschen Krankenhäusern zu untersuchen. Auftraggeber dafür war der Gemeinsame Bundesausschuss. Für die so genannte externe stationäre Qualitätssicherung analysierte BQS eine Vielzahl von Daten. So basierte beispielsweise der Report für das 2008 auf fast 3,8 Millionen Datensätzen von mehr als 1.700 Krankenhäusern. Auch wenn das Institut nicht mehr im Auftrag des G-BA die Krankenhausqualität untersucht, so bleibt es dem Metier treu: BQS versteht sich als unabhängige Einrichtung, die sich auf die Darlegung von Versorgungsqualität im Auftrag verschiedener Partner im Gesundheitswesen spezialisiert hat. Wir machen Qualität sichtbar, lautet die BQS-Vision auf der Institutshomepage. Konkret arbeiten die Experten in den Bereichen Medizin und Pflege, Statistik und Biometrie sowie IT- und Web-services. Die BQS hat in Hamburg und Düsseldorf Standorte, Geschäftsführer ist seit 2007 der Mediziner Dr. Christof Veit.

Mehr über die Institution kann auf der neuen Website nachgelesen werden: www.bqs-institut.de

Mehr über das AQUA-Institut kann man auf der Homepage des Instituts nachlesen:
www.aqua-institut.de

Methodenpapier

Qualitätsmessung mit Pionieranspruch

Berlin/Göttingen – Das AQUA-Institut hat eine erste Fassung der „allgemeinen Methoden für die sektorübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ vorgelegt. Am 25. Januar endete die Frist für das Stellungnahmeverfahren.

Das Institut wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, ein Qualitätssicherungsverfahren zu entwickeln, das nicht – wie bisher – an den Sektorengrenzen Halt macht, sondern sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich betrachtet. Das Ziel: aussagefähige, faire und nützliche Vergleiche zwischen Leistungserbringern beziehungsweise Einrichtungen des Gesundheitswesens. Das über 100-seitige Methodenpapier dient dem Institut als verbindliche Arbeitsgrundlage. Vorgesehen ist, dass das AQUA-Institut alle zwei Jahre eine weiterentwickelte Fassung veröffentlicht.

Pionieraufgabe für das AQUA-Institut

Seinen Auftrag begreift das Institut als Pionieraufgabe. Zwar wird auf nationaler und internationaler Ebene bereits eine Vielzahl von Qualitätsindikatorensystemen eingesetzt. Eine sektorübergreifende Qualitätsmessung sei bisher jedoch auch international die Ausnahme, betonen die Autoren der Methodik. Außerdem stehe im Fokus der bestehenden Systeme zumeist die medizinisch/technische Qualität, die Patientenperspektive werde nur selten einbezogen. Das Institut will die Datenbasis erweitern: Die bisher verwendeten Qualitätsindikatoren basierten allein auf einer fallbezogenen Dokumentation in den Einrichtungen, die zukünftig durch eine fallbezogene Dokumentation in den Arztpraxen ergänzt werde. Notwendig sei darüber hinaus der Einsatz von Patientenbefragungen, um deren Sicht darstellen zu können. Die zusätzliche Einbeziehung von Routinedaten soll den Dokumentationsaufwand verringern und es dem Institut schon vor der Auswahl eines Themas ermöglichen, aktuell Relevanz und mögliche Qualitätsdefizite in einem Versorgungsbereich einzuschätzen. Als Routinedaten bezeichnet man Daten, die zu anderen Zwecken als der Qualitätssicherung erhoben worden sind. Im deutschen Gesundheitssy-

stem sind dies zumeist Daten, die für die Abrechnung notwendig sind. Stichwort Patientenbefragungen: Da der flächendeckende Einsatz solcher Instrumente nach Ansicht des AQUA-Instituts unverhältnismäßig teuer und die Zuordnung der Ergebnisse auf einzelne Leistungserbringer kaum möglich sei, wollen sich die Qualitätsprüfer auf Stichprobenerhebungen beschränken.

Das Gebot der Datensparsamkeit

Weitere Grundlagen für die Verfahrensentwicklung sind laut Methodenpapier:

- Im Sinne der geforderten Transparenz wird das Institut auch Entscheidungsgrundlagen zur Auswahl von Versorgungsbereichen unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten schaffen.
- Verwendung expliziter Verfahren zur Indikatorenentwicklung: Neben wissenschaftlicher Evidenz ist für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren auch Expertenwissen und die Einbindung der Patientenperspektive notwendig.
- Für den vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Bereich ist das Gebot der Datensparsamkeit in besonderer Weise zu berücksichtigen, weil hier in der Regel keine Dokumentationskräfte zur Verfügung stehen.
- Die Messgüte entwickelter Indikatoren wird überprüft, Verfahren zur Risikoadjustierung werden verbessert.
- Im Rahmen der Verfahrensentwicklung sollen mögliche Verbindungen und Besonderheiten in Bezug auf multimorbide Patienten überprüft und berücksichtigt werden.
- Die Ergebnisse sollen zukünftig so aufgearbeitet werden, dass sie auch verstärkt für bestehende Qualitätssicherungsmaßnahmen (Qualitätszirkel, Qualitätsmanagement) genutzt werden können.

Gesetzgeber will Qualitätssicherung aus einem Guss

Mit dem vom AQUA-Institut entwickelten Verfahren wird erstmalig in Deutschland der Versuch unternommen, die Qualität medizinischer Versorgung nicht isoliert, sondern übergreifend für den ambulanten und stationären Sektor zu betrachten. Die Gründe dafür sind einleuchtend: Stationäre Aufenthalte werden immer kürzer, Patienten häufig ambulant und stationär sowie zum Teil auch in verschiedenen Bundesländern behandelt. Behandlungsverläufe sind in der bisherigen gesetzlichen Qualitätssicherung kaum sichtbar und die Ergebnisse daher schwer interpretierbar. Informationsbrüche und Kommunikationsprobleme zwischen den Sektoren führen zu Qualitäts- und Sicherheitsmängeln. Diese Problematik hatte auch der Gesetzgeber erkannt. Zur Erinnerung: Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz schreibt dem G-BA vor, im Rahmen eines Vergabeverfahrens „eine fachlich unabhängige Institution“ zu beauftragen, um „Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität für die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ zu entwickeln (§ 137a Sozialgesetzbuch V).

Das Methodenpapier im Internet:

http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/AQUA-Institut-Allgemeine-Methoden_version_0-1_Entwurfassung.pdf

Fachwissen

Wie befragt man Patienten?

Berlin – Bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung will das AQUA-Institut auch auf Patientenbefragungen zurückgreifen. Was man über dieses Instrument wissen sollte.

Grundsätzlich gilt, dass die Erfahrungen von Patienten für die Beurteilung der Versorgungsqualität von wesentlicher Bedeutung sind. Das wird auch im Methodenpapier des Instituts ausdrücklich betont. Die Gründe dafür liegen auf der Hand: Patienten können auf Versorgungslücken und Qualitätsdefizite hinweisen, die sich aus anderen Angaben – z.B. Abrechnungsdaten – nicht erschließen. Nur sie selbst erleben den gesamten Versorgungsprozess über Sektorengrenzen hinweg. Doch wie können Patienten über ihre Erfahrungen Auskunft geben? Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten.

Quantitative versus qualitative Befragung

Grundsätzlich können sie mündlich im Einzelinterview (persönlich oder telefonisch), im Rahmen von Fokusgruppen oder auch schriftlich befragt werden. Unter einer qualitativen Befragung verstehen Experten, wenn man Patienten dazu anregt, ihre Erfahrungen in eigenen Worten wiederzugeben. Dies kann z.B. im Rahmen eines persönlichen Gesprächs geschehen, aber auch mithilfe offener Fragen in einem Fragebogen. Die Auswertung dieser Angaben ist jedoch sehr aufwendig, auch können die Ergebnisse aus unterschiedlichen Befragungen nicht unmittelbar miteinander verglichen werden. Die Autoren des Methodenpapiers betonen: „Qualitative Befragungen können jedoch sinnvoll sein, wenn zu einem Themengebiet noch wenig Erfahrungen vorliegen ..., aber auch zur Unterstützung der Interpretation von Ergebnissen aus quantitativen Befragungen.“ Letztere bieten sich an, wenn eine große Zahl von Patienten befragt werden soll – beispielsweise um statistisch relevante Aussagen treffen zu können.

Subjektives „rating“ und objektiver „report“

Prinzipiell sind dabei zwei unterschiedliche Fragentypen denkbar: Zum einen das Erfragen subjektiver Bewertungen von Versorgungsstrukturen und Ergebnissen wie z.B. die Zufriedenheit mit Wartezeiten. Fachleute sprechen von einem „rating“, die Bewertung erfolgt anhand einer mehrstufigen Antwortskala. Bei dem so genannten „reporting“ geht es darum, objektiv feststellbare Tatsachen zu erfragen, z.B.: Hat der Patient eine Beratung erhalten oder wie lange musste er im Wartezimmer sitzen (Antworten ja/nein oder numerische Angaben).

Versorgungsforschung setzt auf PRO

Die subjektiven Einschätzungen der Patienten werden in Hinblick auf das Behandlungsergebnis als „patientenberichtet“ oder als „Patient reported Outcomes (PRO)“ bezeichnet. Erhoben werden PRO beispielsweise im Rahmen der Versorgungsforschung oder der Nutzenbewertung, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder die Lebensqualität allgemein, das heißt krankheitsunabhängig, zu erfassen. Die Lebensqualität gilt – neben Mortalität und Morbidität – zu den wichtigsten patientenrelevanten Endpunkten zur Messung der Versorgungsqualität.

Lebensqualität – vielschichtiges Konstrukt

Im Methodenpapier des AQUA-Instituts heißt es zu diesem Punkt weiter: „Zur Beurteilung der auf eine spezielle Erkrankung bezogenen Ergebnisqualität sind aus Sicht der Patienten unter anderem diejenigen Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität maßgeblich, die durch die jeweilige Erkrankung beeinflusst werden wie z.B. Schmerzen, Krankheitssymptome, Beeinträchtigungen im Alltag und Funktionseinschränkungen.“ „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“ ist als mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen, das mindestens die Komponenten psychisches Befinden, körperliche Verfassung, soziale Beziehungen und funktionelle Kompetenz der Gefragten umfassen sollte.

Im Kontext von Qualitätssicherung ist die Erfassung der Lebensqualität zur Beurteilung der medizini-

schen Versorgungsqualität natürlich vor allem dann sinnvoll, wenn davon ausgegangen werden kann, dass diese einen bedeutenden Einfluss auf die (gesundheitsbezogene) Lebensqualität hat.

Wie beurteilen Patienten die Kommunikation mit dem Arzt?

Auch das Erfragen von Behandlungserfahrungen der Patienten kann dabei helfen Qualitätsdefizite aufzuspüren. Dies betrifft vor allem Aspekte wie die Arzt-Patienten-Kommunikation, die Informationsvermittlung und die Koordinierung medizinischer Leistungen. Andere Themen, wie Fort- und Weiterbildungen des Personals oder technische Ausstattungen, eignen sich dagegen nicht für Patientenbefragungen, da diese über keine oder nur geringe Informationen darüber verfügen.

Das Institut listet im Methodenpapier folgende Patientenbefragungs- Instrumente auf, die es prinzipiell einsetzen kann:

- sektorenspezifische Instrumente (Bewertung insbesondere von Struktur- und Prozessqualität in ambulanten und stationären Einrichtungen)
- Instrumente, die speziell zur Beurteilung der Versorgung chronisch kranker Patienten geeignet sind
- Instrumente zur Beurteilung der krankheitsspezifischen Lebensqualität
- Instrumente zur generischen (allgemeinen und krankheitsübergreifenden) Lebensqualität
- Instrumente oder auch einzelne Fragen, die die Zusammenarbeit zwischen Versorgungsebenen oder zwischen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf gleicher Ebene abbilden.

Die Autoren des Papiers weisen darauf hin, dass der flächendeckende Einsatz solcher Instrumente unverhältnismäßig teuer und die Zuordnung der Ergebnisse auf einzelne Leistungserbringer kaum möglich sei. Die Qualitätsprüfer des AQUA-Instituts wollen sich daher auf Stichprobenerhebungen beschränken.

Quelle: Allgemeine Methoden für die wissenschaftliche Entwicklung von Instrumenten und Indikatoren im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V Version 0.1 (Entwurf) vom 30. November 2009

Interview Szecsenyi

„Wir werden Patientenvertreter verstärkt einbeziehen“

Berlin – Wie sieht es beim AQUA-Institut mit der Patientenbeteiligung aus? Institutsleiter Prof. Joachim Szecsenyi erklärt im Interview, wie Betroffene bei der Qualitätssicherung mit eingebunden werden sollen.

Das AQUA-Institut hat die stationäre Qualitätssicherung von der BQS übernommen. Wird sich etwas an der bisher praktizierten Patientenbeteiligung ändern?

Szecsenyi: Wir legen großen Wert auf die Einbeziehung der Patientenperspektive, für eine gute Darlegung der Qualität ist diese für uns unverzichtbar. Inwieweit die vorhandenen Fachgruppen der BQS auch im AQUA-Institut weitergeführt werden, wird derzeit noch diskutiert. Sicher ist jedoch, dass wir die Patientenvertreter verstärkt einbeziehen werden. Das gilt im besonderen Maße für die Entwicklung einer öffentlichen Berichterstattung und die Entwicklung von Patientenbefragungen.

Gibt es beim AQUA-Institut bereits Vorstellungen dazu, ob und wie man mit Patienten im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zusammenarbeiten wird? Haben Sie bereits Kontakt zu Patienten in dieser Frage aufgenommen?

Szecsényi: Bei den neuen Verfahren mit dem sektorenübergreifenden Ansatz müssen die Indikatoren und Instrumente der Qualitätssicherung von Grund auf neu entwickelt werden. Genauso wichtig, wie die Einbeziehung von medizinischen Experten ist uns die Sichtweise der betroffenen Patienten, um die Qualität der Versorgung umfassend darzustellen. Hierzu haben wir bereits mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und der Patientenvertretung beim Gemeinsamen Bundesausschuss Kontakt aufgenommen.

Können Sie von den Erfahrungen der BQS zum Thema Qualitätssicherung und Patientenbeteiligung profitieren oder werden Sie einen völlig neuen Ansatz wählen?

Szecsényi: Der Ansatz ist identisch. Das Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Patientenbeteiligung ist stimmig und wird von uns sehr begrüßt. Die BQS hatte sich diesem Verfahren angeschlossen und wir werden das auch tun. Neu wird die stärkere Einbeziehung der Patientenvertreter in die öffentliche Berichterstattung und die Patientenbefragungen sein.

Wenn Sie mit Patienten bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zusammenarbeiten – wie entscheiden Sie, welche Patientengruppen eingeladen werden – und welche nicht?

Szecsényi: Die Patientenorganisationen haben eine Koordinierungsstelle für die Patientenbeteiligung im G-BA, an die wir uns auch wenden können. Das heißt, die Koordinierungsstelle meldet uns betroffene Patienten, die an einer Mitgestaltung interessiert sind. Da der G-BA insgesamt gute Erfahrungen mit diesem Prozedere gemacht hat, werden wir die Koordinierungsstelle ebenfalls nutzen.

Porträt Hüppe

Einsatz für Belange behinderter Menschen

Berlin – Zu Jahresbeginn hat mit dem CDU-Politiker Hubert Hüppe der neue Behindertenbeauftragte der Bundesregierung sein Amt angetreten. Was steht auf seiner Agenda?

Hüppe folgt der SPD-Politikerin Karin Evers-Meyer, die das Amt seit 2005 inne hatte. Die Probleme behinderter Menschen sind ihm seit langem vertraut, während seiner Zeit als Bundestagsabgeordneter von 1991 bis 2009 war er der Beauftragte der CDU/CSU-Fraktion für die Belange der Menschen mit Behinderung. Auch außerhalb des Bundestages hat sich der 53-Jährige engagiert: Er ist Vorstandsmitglied der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeinsam Leben – Gemeinsam Lernen sowie weiterer Integrationsgemeinschaften.

In den Mittelpunkt seiner Arbeit will der Vater eines behinderten Kindes die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonventionen stellen. Diese stellt hohe Ansprüche an die Teilhabe an der Gesellschaft und geht zum Beispiel mit dem Begriff Inklusion über die bloße Integration von Menschen mit Behinderung hinaus. Sie sollen selbstverständlicher, autonomer und akzeptierter Bestandteil der Gesellschaft werden, das gilt für die Bereiche Gesundheit und Bildung ebenso wie für Arbeit, Kultur, Freizeit und Recht.

„Teilhabe ist ein Menschenrecht“

Für Hüppe bedeutet die UN-Konvention, dass die Teilhabe ein Menschenrecht darstellt. „Gemeinsam mit den Menschen mit Behinderungen und in Zusammenarbeit mit der Bundesregierung werde ich einen Aktionsplan entwickeln, der in allen Bereichen des Lebens ihre Teilhabe sicherstellt“, erklärt Hüppe bei seinem Amtsantritt. Dies gelte im Kindergarten, in der Schule, bei der Berufsausbildung und am Arbeits-

platz. „Ich möchte erreichen, dass Menschen mit Behinderung und Menschen ohne Behinderung zusammen lernen, arbeiten und leben“, so der gelernte Verwaltungswirt. Er bezeichnet die Umsetzung der UN-Konvention als große Herausforderung. Sie gehe zu Recht sehr weit und sei sehr konkret, weshalb sie in Gänze schwer umzusetzen sein werde. Hüppe geht es darum, dass die Teilhabe als Menschenrecht begriffen wird. Entsprechend engagiert werde er darum kämpfen, kündigt der neue Behindertenbeauftragte an.

Hüppe will Zuständigkeiten und Ansprechpartner ordnen

Auf Hüppes Agenda stehen aber auch pragmatische Alltagsfragen für Menschen mit Behinderung. „Oft haben behinderte Menschen Rechte und Ansprüche, aber sie oder ihre Angehörigen werden von einer Stelle zur anderen geschickt, bis sie dann manchmal aufgeben“, schildert er seine Erfahrungen mit den bürokratischen Hürden. Der Zuständigkeits-Wirrwarr müsse gelöst werden, damit die Betroffenen Hilfe aus einer Hand erhielten. „Leider geben oft die als erste auf, die am dringendsten Hilfe bräuchten“, sagt der CDU-Politiker. Als erstes großes Projekt seiner Amtsperiode wird Hüppe eine Reform der Eingliederungshilfe begleiten. Diese Reform haben CDU, CSU und FDP im Koalitionsvertrag in Aussicht gestellt. Sie soll die Prinzipien „ambulant vor stationär“ und „alles aus einer Hand“ stärken. Hüppe bedauert, dass er vor dem Bundestag kein Rederecht hat. Er werde aber in den Ausschusssitzungen und durch direkten Kontakt zu den Fraktionen Einfluss auf die Reform nehmen. „Sie werden sehen, ich melde mich schon zu Wort“, verspricht er.

Die Homepage von Hubert Hüppe gibt eine knappe Einleitung in seine behindertenpolitischen und bioethischen Grundsätze, sowie eine kurze Biographie und Einblicke in seine Arbeit als Bundestagsabgeordneter bis 2009.

www.huberthueppe.de

Auf der offiziellen Homepage des Behindertenbeauftragten der Bundesregierung sind das Amt, die Person und die Aufgaben von Hüppe dokumentiert. Ausführlich kann sich der Nutzer zudem über die verschiedenen Arbeitbereiche des Behindertenbeauftragten informieren.

www.behindertenbeauftragter.de

Hüppe bezieht sich in seiner Arbeit auf die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Das Deutsche Institut für Menschenrechte stellt dieses Papier ausführlich vor.

www2.institut-fuer-menschenrechte.de/webcom/show_article.php/_c-503/_nr-9/i.html

IDA-Projekt

Demenzversorgung braucht bessere Struktur

Berlin – Demenz muss als eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen angenommen, Betroffene sollten strukturierter versorgt und unterstützt werden. Dies ist eine Schlussfolgerung aus der Versorgungsforschungs-Studie der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA).

Im Mittelpunkt der Studie stand die Frage, ob sich die Zeit, die Demenzkranke in ihrer vertrauten Umgebung verbringen können, durch spezielle Maßnahmen verlängern lassen. Ein besonderes Merkmal des Konzepts war die qualifizierte Angehörigenberatung durch Fachkräfte, die eng mit den Hausärzten und weiteren Anbietern von Unterstützungsangeboten kooperierten.

Durch aktives Vermitteln einer Angehörigenberatung über den Hausarzt und eine anschließende Kontaktaufnahme der IDA-Berater zu den Angehörigen konnte die Nutzung dieser Angebote bei Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz gesteigert werden. Die so genannte zugehende Beratung im Projekt ist von den Teilnehmern sehr positiv aufgenommen worden. Fast 80 Prozent der Angehörigen, die

diese Unterstützung in Anspruch genommen haben, bewerten das Angebot als positiv, 50 Prozent hat es nach eigener Aussage „sehr geholfen“.

Ob zusätzliche Beratung und Unterstützung aber auch dafür sorgen können, dass Patienten im Unterschied zur Normalversorgung länger zu Hause bleiben, konnte die Studie bislang nicht nachweisen. Auch bezüglich des Krankheitsverlaufs der Patienten sowie der Belastung der pflegenden Angehörigen zeigten sich bislang insgesamt nur geringe und keine signifikanten Unterschiede. Da viele Patienten aufgrund ihres frühen Demenzstadiums jedoch eventuell erst zu einem späteren Zeitpunkt in ein Pflegeheim umziehen, plant das IDA-Projekt eine zusätzliche Auswertung der Ergebnisse zum Umzug ins Heim nach weiteren zwei Jahren.

Häusliche Versorgung ohne Angehörige unmöglich

Der Ansatz, die Demenzversorgung besser zu strukturieren, basiert auch auf der Erkenntnis, dass die familiäre Hilfe für Demenzpatienten aufgrund demografischer Veränderungen zukünftig immer weniger möglich sein wird. Heike von Lützau-Hohlbein, 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, bezeichnet die pflegenden Angehörigen bei der Pressekonferenz als den „größten Pflegedienst der Nation“. Zwei Drittel aller Erkrankten würden im häuslichen Umfeld versorgt. „Man wird es nur schaffen, diese Richtung weiter zu verfolgen, wenn die Strukturen rund um die familiäre ambulante Pflege verbessert werden“, so von Lützau-Hohlbein weiter.

Das IDA-Projekt hat den Pflegeaufwand der teilnehmenden Angehörigen mit den durchschnittlichen Arbeitskosten eines ambulanten Pflegedienstes beziehungsweise einer Haushaltshilfe bewertet. Dabei zeigte sich, dass eine häusliche Versorgung Demenzkranker ohne pflegende Angehörigen kaum finanzierbar wäre: Unter Einbeziehung der familiären Unterstützung fallen jährliche Kosten von 47.000 Euro pro Patient an. Etwa 80 Prozent davon ergeben sich aus dem Beitrag, den pflegende Angehörige übernehmen. Für die gesetzliche Kranken- und soziale Pflegeversicherung entstehen für einen zu Hause lebenden Demenzpatienten jährlich durchschnittliche Kosten in Höhe von 10.000 Euro.

Das IDA-Projekt:

IDA ist mit 390 teilnehmenden Patienten und deren pflegenden Angehörigen eine bisher einzigartige Initiative in Deutschland und international eine der größten Interventionsstudien zur ambulanten Versorgung von Demenzpatienten. Das Projekt, an dem 129 Hausärzte teilnahmen, wurde von Juni 2005 bis Februar 2009 in der Modellregion Mittelfranken durchgeführt.

Neue Kultur der Nachbarschaft

Der Rendsburger Pflegedienstanbieter Pflege LebensNah hat im September 2009 die Kampagne „Wir sind Nachbarn – Demenzfreundliche Stadt Rendsburg“ ins Leben gerufen. Ziele der Aktion sind die Förderung und der Ausbau einer Kultur der Nachbarschaft. Hier soll, verteilt auf viele Schultern und in einem begrenzten Rahmen, ein soziales Miteinander entstehen, in dem jeder eine Bedeutung für andere hat und man sich mit kleinen Handgriffen gegenseitig hilft. Besonders wichtig ist es, möglichst große Teile der Bevölkerung anzusprechen und über die Krankheit Demenz zu informieren. In einer Vielzahl von Veranstaltungen und Aktionen werden in einem Zeitraum von zwölf Monaten verschiedene Facetten von Demenz und Möglichkeiten der Hilfe in Rendsburg aufgezeigt. „Erkrankte und ihre Angehörigen sollen zurück in die Gemeinschaft geholt werden“, sagt Brigitte Voß, Initiatorin der Kampagne. „Um dies zu erreichen, geht es darum, ein nachbarschaftliches Miteinander im Umgang mit Demenz zu fördern, unseren Blick auf die Menschen zu richten, die in unserer nächsten Umgebung leben.“

Weitere Informationen zur Kampagne „Wir sind Nachbarn – Demenzfreundliche Stadt Rendsburg“ sind im Internet zu finden unter www.pflegelebensnah.de

Umfassende Informationen und der aktuelle Stand der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin werden dokumentiert unter: www.projekt-ida.de

Präventionsbericht

Was investieren die Kassen in die Vorsorge?

Berlin – Im vergangenen Jahr hat jeder achte gesetzlich Versicherte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen profitiert. Die Zahl der unterstützten Einrichtungen, Kurse und Projekte stieg gegenüber 2007 deutlich.

Nach dem aktuellen Präventionsbericht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden rund neun Millionen Menschen und damit deutlich mehr als im Jahr 2007 durch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen der Kassen erreicht. Insgesamt gaben diese für Primärprävention im Jahr 2008 knapp 340 Millionen Euro aus. Auf jeden Versicherten kommt eine Summe von 4,83 Euro, damit wurde der gesetzlich vorgeschriebene Ausgabenrichtwert von 2,78 deutlich überschritten. Die Primärprävention, also der Risikoschutz für Gesunde, ist jedoch nur ein kleiner Teil des gesamten Vorsorgebereichs. „Für alle präventiven Aufgabenfelder gaben die gesetzlichen Kassen 2008 rund fünf Milliarden Euro aus“, sagt K.-Dieter Voß vom GKV-Spitzenverband bei der Vorstellung des Berichts. „Die Gesetzliche Krankenversicherung hat sich damit als größter Förderer der Vorsorge in Deutschland etabliert.“ Der Report, der vom GKV-Spitzenverband, dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) sowie den Kassenverbänden herausgegeben wird, beschreibt detailliert die Primärprävention.

22.000 Einrichtungen, 2 Millionen Kursteilnehmer, 3.400 Projekte

Dazu gehören alle Aktivitäten der Krankenkassen in den so genannten Lebenswelten, also in Kindertagesstätten, Schulen oder Betrieben (Setting-Ansatz). Sie haben im Jahr 2008 in rund 22.000 Einrichtungen, überwiegend im Bereich der Bildung, Angebote finanziert. Sechs Millionen Menschen konnten sich vor allem über gesunde Ernährung oder Bewegung informieren. Im Vorjahr wurden diese Gruppenangebote in 14.000 Einrichtungen angeboten. „Präventionsmaßnahmen wirken am besten, wenn sich zum Beispiel Elternhaus, Schule, Kommune und Krankenkasse ergänzen“, erklärt Voß den Förderansatz der Kassen. Dieser gesamtgesellschaftliche Ansatz müsse weiter ausgebaut werden.

Aber auch bei den individuellen Angeboten der Kassen kann der Bericht Erfolge vorweisen. Rund 2,1 Millionen Menschen, überwiegend Frauen, nahmen an Kursen ihrer Krankenkasse teil. Der Großteil entfiel auf spezielle Bewegungsangebote, aber auch Kurse zum Suchtmittelkonsum boten die Kassen an. Einen deutlichen Anstieg verzeichnet die betriebliche Gesundheitsförderung. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 wurde diese zu einer Pflichtleistung der Kassen aufgewertet. Die Zahl der Projekte stieg daher 2008 auf 3.400 (rund 14 Prozent mehr als im Vorjahr), ebenso wie die Zahl der teilnehmenden Arbeitsstellen. Mit 820.000 Arbeitnehmern in knapp 4.800 Betrieben nahmen 30 Prozent mehr Menschen an der betrieblichen Gesundheitsförderung teil als 2007.

Schwarz-Gelbe Koalition will Prävention weiter stärken

„Die Krankenkassen übertreffen ihre eigenen Ziele in der Prävention deutlich“, fasst der Geschäftsführer des MDS, Dr. Peter Pick, die Zahlen des Berichtes zusammen. Erkennbar seien zudem deutliche Qualitätssteigerungen, vor allem in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im Lebenswelten-Bereich an Kitas und Schulen. Pick und Voß mahnen aber ein politisches und gesellschaftliches Engagement an, um diese Entwicklungen zu verstetigen. „Wir unterstützen die Pläne der Schwarz-Gelben Koalition, die Vorsorge weiter zu stärken“, so Voß. „Wir sagen aber auch ganz deutlich: Prävention darf weder als finanzieller Verschiebeparkplatz noch als primär medizinische Domäne behandelt werden.“ Bund, Länder,

Kommunen, Verbände, Arbeitgeber und Arbeitnehmer müssten ebenso wie Krankenkassen ihren Beitrag leisten.

Hinweis: Über die Präventionspläne der Bundesregierung haben wir in der Januar-Ausgabe des Patientenbriefs berichtet.

Der Präventionsbericht kann im Internet herunter geladen werden:

http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/09-11-4503_Präventionsbericht_2009_gV_11291.pdf

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Pamela Somerset
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.einfeldt@gsk.com

Marianne Mühl
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8741
Fax: 089 - 360 44-9-8741
marianne.muehl@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.