

Homburger Leitlinien

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) auf dem Weg ins 21. Jahrhundert

25.08.99, Homburg

PRÄAMBEL

Die WHO definiert **Gesundheitsförderndes Krankenhaus**: „Ein gesundheitsförderndes Krankenhaus leistet nicht nur eine qualitativ hochwertige umfassende medizinische und pflegerische Versorgung, sondern schafft auch eine die Ziele der Gesundheitsförderung verinnerlichende organisatorische Identität, baut eine gesundheitsförderliche Organisationsstruktur und –kultur auf, wozu auch die aktive, partizipatorische Rolle von Patienten und allen Mitarbeitern gehört, entwickelt sich zu einem gesundheitsförderlichen natürlichen Umfeld und arbeitet aktiv mit der Bevölkerung seines Einzugsgebiets zusammen“.¹⁾

Im DNGfK sind gegenwärtig 46 Krankenhäuser und Reha-Kliniken sowie weitere 5 assoziierte Mitglieder (darunter ein Landesverband einer großen Krankenkasse) vereint. Das Deutsche Netz deckt das breit Spektrum der Krankenhäuser in Deutschland ab, vom kleinen Regionalkrankenhaus über Fachkrankenhäuser und große städtische Krankenhäuser bis zu Universitätskliniken. Das Deutsche Netz ist Teil des International Network Health Promoting Hospitals (HPH) der WHO, das über 400 Krankenhäuser in Europa umfasst, die sich in 20 nationalen und 10 regionalen Netzen zusammengeschlossen haben. Es gibt 29 nationale Koordinationsinstitutionen in 21 europäischen Ländern.

Diese Krankenhäuser, in denen vielfältige innovative Projekte zur Gesundheitsförderung der Patienten, der Mitarbeiter und der Bevölkerung der Region durchgeführt werden, entwickeln sich als lernende Organisationen immer mehr zu „Vorreitern“ einer modernen Krankenhausentwicklung. Ihre Vision ist in grundlegenden Strategiepapieren der WHO zur Gesundheitsförderung (Ottawa-Charta 1986) begründet. Die Budapest-Deklaration (1991) und den Wiener Empfehlungen zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern (1997) sind Umsetzungen der Ottawa-Charta auf die Rahmenbedingungen der Krankenhäuser.

Das Deutsche Netz gab sich auf seiner Gründungsversammlung 1996 mit der Chiemsee-Erklärung eine ergänzende Orientierung.

¹⁾ Health Promotion Glossary, Genf, WHO 1998
(Dok. WHO/HPR/HEP/98.1)

An der Schwelle zum 21. Jahrhundert stehen die Krankenhäuser in ganz Europa vor einer rapiden Umbruchsituation, die auch für die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser (GfK) wesentlich veränderte Rahmenbedingungen mit sich bringt. Mit den Homburger Leitlinien wollen sich die Mitglieder des DNGfK einen aktuellen Wegweiser geben für eine aktive Mitgestaltung der Zukunft.

ZIELE GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER

Als Mitglieder des Internationalen HPH-Netzes der WHO und durch den damit verbundenen Informations- und Erfahrungsaustausch zu innovativen Krankenhausprojekten und –konzepten orientieren sich Gesundheitsfördernde Krankenhäuser an internationalen Normen und Standards der Patientenversorgung (und –behandlung) sowie der Gesundheitsförderung der Bevölkerung.

Das DNGfK und jedes seiner Mitglieder sehen eine wichtige Aufgabe darin, in stärkerem Maße andere Krankenhäuser sowie die Öffentlichkeit und Politik über das HPH-Konzept zu informieren. Dabei sollten vor allem folgende Leitlinien für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser überzeugend erläutert werden:

1. Gesundheitsgewinn²⁾

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind stationäre Einrichtungen in denen das Handeln der medizinischen, pflegerischen und administrativen Führungskräfte und Mitarbeiter aller Ebenen auf die **Erzielung höchstmöglichen Gesundheitsgewinns** für die Patienten gerichtet ist. Auf der Grundlage anerkannter medizinischer Leitlinien für die Diagnostik und Therapie sowie einer Evidence based medicine und von **Pflegestandards** wird nicht nur ein gutes klinisches Ergebnis angestrebt, sondern durch **ganzheitliche Betrachtungsweise** und verstärkte Einbeziehung psychischer und sozialer Aspekte die gesundheitsbezogene **Lebensqualität** bestmöglich gefördert. Außerdem wird der Patient befähigt und ermächtigt, sein Handeln selbst zu bestimmen (**Empowerment**). Dazu gehört nicht nur, dass er ausreichend informiert wird und ein partnerschaftliches Verhältnis zu ihm aufgebaut wird, sondern auch dass der Patient das Ergebnis seiner Behandlung selbst beurteilen kann und soll.

2. Patientenorientierung

GfK haben den Anspruch, vorbildlich den Grundsatz einer absoluten **Patientenorientierung** zu verwirklichen. Der Umgang der Mitarbeiter mit den Patienten ist nicht nur durch Mitgefühl und Freundlichkeit, sondern auch durch Achtung der **Menschenwürde** und hohe menschliche **Zuwendung** beim gesamten Behandlungsprozess gekennzeichnet.

Ein **holistisches Behandlungskonzept** auf bio-psycho-sozialer Grundlage orientiert sich nicht nur an der akuten Krankheitsepisode, sondern an der **gesamten Patientenkarriere** und damit an der Einbeziehung vergangener und zukünftiger Aspekte der Krankheit bzw. der Krankheiten bei Multimorbidität. Einen wichtigen Platz nimmt die Beachtung der **Patientenperspektive** unter Beachtung der gesundheitlichen Situation des Patienten ein. Alle Arbeitsabläufe sollten auch aus dieser Sicht mit beurteilt und gestaltet werden. **Dem Wandel** der **Patienten-Rolle** vom Erfüllungsgehilfen und Konsumenten medizinischer Dienstleistungen zu einem

²⁾ vgl. gemeinsames Arbeitspapier „Gesundheitsgewinn im HPH-Konzept“ des deutschen und österreichischen Netzes GfK

Partner und Koproduzenten seiner Gesundheit wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Das betrifft auch die Beachtung und Stärkung der **Patientenrechte und des Patientenschutzes**. Bei der Behandlung kranker Kinder wird einem partnerschaftlichen Verhältnis zu den Eltern größte Bedeutung beigemessen. Als ein wirksames Instrument hat sich in GfK eine **Patienten-Charta** erwiesen, in der in geeigneter Form auch auf die Pflichten der Patienten im Krankenhaus eingegangen wird.

3. Mitarbeiterorientierung

GfK haben nicht nur den Gesundheitsgewinn der Patienten im Blick, sondern auch die Gesundheit und das Wohlbefinden (den Gesundheitsgewinn) der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das GfK soll auch eine Lebens- und Arbeitswelt sein, in der man als Mitarbeiter gesund arbeiten und gesund bleiben kann. In diesem Sinne kümmern sich GfK um ausreichende **Informiertheit** ihrer Mitarbeiter, ihre **Befähigung und Ermächtigung** zu selbstbestimmten Handeln, um die Optimierung der **Kommunikation und Kooperation** der verschiedenen Professionen im Krankenhaus, die Unterstützung und **Selbstbestimmung von Teams** und Gruppen innerhalb des Krankenhauses, sowie um die **direkte Gesundheitsfürsorge** der Mitarbeiter. Bei Investitionen wird auf ergonomische Arbeitsgeräte (Hubbetten, Hubtische) und ergonomische Arbeitsbedingungen (z.B. Computerarbeitsplätze etc.) geachtet. Bei der im Durchschnitt hohen und zunehmenden psychischen und physischen Belastung der Mitarbeiter in Krankenhäusern hat deren Gesunderhaltung bzw. Gesundheitsförderung eine wachsende Bedeutung, nicht zuletzt, weil sie sich auf die Qualität der Patientenbehandlung auswirkt.

Personalentwicklung und Gesundheitsfürsorge der Mitarbeiter tragen den spezifischen Anforderungen Rechnung, die sich aus der Dienstleistung an kranken, leidenden und sterbenden Menschen ergeben. Dabei müssen auch die Konsequenzen beachtet werden, die aus der Zunahme älterer Patienten mit Multimorbidität und erhöhtem Pflegeaufwand für die Mitarbeiter resultieren.

4. Partnerschaften und Gemeindeorientierung

GfK bemühen sich systematisch um **Partnerschaften** in der Region und nehmen gesundheitsfördernden Einfluss auf die **Bevölkerung** des Versorgungsgebietes. Sie entwickeln „Partnerschaften für Gesundheit“ mit dem Ziel, maximalen Gesundheitsgewinns für die Bevölkerung. Sie verbessern die Kooperation des Krankenhauses mit seiner Umwelt zu einem „**Krankenhaus ohne Mauern**“ und werden zum Anwalt für eine gesunde Region. Dem dient eine **Gesundheitsberichterstattung**, die auch praktischen Nutzen für das Einzugsgebiet hat.

5. Ökologie

Nicht zuletzt sollen Gesundheitsfördernde Krankenhäuser auch besonders **umweltfreundliche Krankenhäuser** sein.

Die vorgenannten Kriterien (bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung, höchstmöglicher Gesundheitsgewinn, holistisches Behandlungskonzept) als Leitlinien für GfK bedingen geradezu die Einbeziehung der Ökologie, als **die Sorge um die (Gesund)Erhaltung des Lebensraums**. Hieraus ergibt sich die besondere Verpflichtung, Vermeidungs- und Verwertungspotentiale zu erschließen. Umweltschonende Initiativen in krankenhausspezifischen Bereichen haben bewiesen, dass ökologisch sinnvolles Handeln nicht nur **die Ressourcen schont**

und **Verschmutzungen von Boden, Wasser und Luft vermeiden**, sondern auch zu **Kostenersparnissen** und **ökonomischen Vorteilen** führt.

Die unterschiedlichen Projekte aus dem Bereich der Ökologie - als dem Grundpfeiler für gesundheitsförderndes Verhalten - implizieren den Anspruch der GfK sich zukunftsorientiert für eine ganzheitliche Erhaltung des Lebens, der Lebensqualität und des Lebensraumes einzusetzen und auf diese Weise auch ihrer Vorbildfunktion, gerade in dem sensiblen Bereich Ökologie, nachzukommen.

6. Wirtschaftlichkeit

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser sind mit Ihrem HPH-Konzept zu effizienter und kosteneffektiver Nutzung der Ressourcen in Verbindung mit innovativer Medizin und höchstmöglichem Gesundheitsgewinn angehalten. Unter den neuen finanziellen Rahmenbedingungen sind auch für GfK von existenzieller Bedeutung

- die ständige interne Überprüfung der Angemessenheit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit der stationären Leistungen und des Leistungsprofils der Abteilungen;
- die Erreichung konkurrenzfähiger Fallkosten durch Standardbildung und Ablaufoptimierung;
- die qualitätsorientierte Zusammenarbeit und die Entwicklung von Partnerschaften mit niedergelassenen Ärzten auf dem Weg zu einer integrierten Versorgung;
- die Erzielung zusätzlicher Einnahmen durch qualitätsgesicherte Kursangebote zur Gesundheitsförderung (GKV-finanziert sowie durch Eigenfinanzierung der Teilnehmer);
- die Prüfung der Schaffung von Gesundheitszentren auf oder neben dem Krankenhausgelände, wobei Gesundheitsfördernde Krankenhäuser anstreben, sich insgesamt als gesundheitliche Dienstleistungszentren zu Gesundheitszentren in ihrer Region zu entwickeln.

Zudem entwickeln Gesundheitsfördernde Krankenhäuser **wirtschaftliches Denken bei allen Mitarbeitern** vor allem auch im ärztlichen Dienst und Pflegedienst durch **Transparenz der Kosten der Dienstleistungen** bis auf Stationsebene.

Mit diesen Merkmalen ist gekennzeichnet, was im gesundheitsfördernden Krankenhaus mit Exzellenz (hervorragende Praxis beim Führen einer Einrichtung und beim Erzielen von Ergebnissen) gemeint ist. Es sind dies zugleich die allgemeinen Qualitätsziele gesundheitsfördernder Krankenhäuser, für die praktikable Indikatoren/Messgrößen entwickelt werden müssen.

DAS DEUTSCHE NETZ UND DIE GESUNDHEITSREFORM IN DEUTSCHLAND

Es liegt in Interesse des DNGfK Entwicklungen und Veränderungen im Gesundheitswesen sowie Gesundheitsreformen mitzugestalten

Wesentliche Eckpunkte einer Gesundheitsreform sind für das DNGfK:

- eine qualitativ hochwertige, zweckmäßige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung im solidarischen Krankenversicherungssystem
- die Stärkung der Selbstbestimmungsansprüche und des Schutzes der Patientinnen und Patienten sowie die Erhöhung ihrer Eigenkompetenz
- die Stärkung von Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation sowie Förderung der Selbsthilfe
- die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
- die Verbesserung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung durch ein umfassendes Qualitätsmanagement sowie
- ein effizienter Einsatz der Finanzmittel.

Diese Eckpunkte entsprechen den Strategien der WHO zur Gesundheitsförderung und für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser³⁾, die Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus in einem untrennbaren Zusammenhang verwirklichen wollen. Die Mitglieder des DNGfK werden die Realisierung solcher gesundheitspolitischen Ziele unterstützen.

Das DNGfK und seine Mitglieder beteiligen sich auf Bundesebene sowie in den Ländern und im regionalen bzw. lokalen Bereich bei der Erörterung und Implementierung der gesundheitspolitischen Ziele. Sie werden in den kommenden Jahren verantwortungsvoll deutsche Krankenhauspolitik und –entwicklung mitgestalten, professionelles Marketing der Grundideen und Ergebnisse des HPH-Konzeptes und des DNGfK betreiben und Kontakte zu Politikern, gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien sowie zu Berufsverbänden und Krankenhäusern pflegen. Entsprechend dem HPH-Konzept der WHO haben Gesundheitsfördernde Krankenhäuser darüber hinausgehend den Auftrag zur Mitgestaltung einer Gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die nicht nur das Gesundheitswesen im Blick hat, sondern auch andere staatliche und gesellschaftliche Bereiche betrifft.

Das DNGfK verweist aber zugleich auf die Probleme und Herausforderungen, die sich für alle Krankenhäuser mit dem eingeleiteten rapiden Umbruch der stationären Versorgung ergeben.

Der Abbau von Überkapazitäten, die Neugestaltung der Aufgabenverteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, integrierte Versorgungsformen als einheitliche Regelversorgung, der schrittweise Übergang zu einer monistischen Finanzierung, die Vorbereitung eines pauschalierten Vergütungssystems für alle Krankenhausleistungen und die vorgesehene Einführung eines Globalbudgets führen ebenso zu tiefgreifenden Veränderungen in der Krankenhauslandschaft wie die Erhöhung des Einflusses der Krankenkassen auf Krankenhausplanung, Vertragsgestaltung und die krankenhausesinternen Abläufe sowie das zum Teil rigide Vorgehen des Medizinischen Dienstes. Ein verschärfter Wettbewerb unter den Leistungserbringern ist bereits in

³⁾ Der Begriff „Krankenhäuser“ wird im folgenden im umfassenden Sinne für stationäre medizinische Einrichtungen einschließlich Reha-Kliniken verwendet.

vollem Gange. Ständige Existenzbedrohung von stationären Abteilungen bzw. ganzen Krankenhäusern, zunehmende Belastung des medizinischen und Pflegepersonals, Sorge um Qualitätseinbußen, Veränderungen im Leistungsprofil u. a. kennzeichnen heute bereits den Alltag in den meisten Krankenhäusern.

Für die Verwirklichung des HPH-Konzeptes der WHO und damit auch für das DNGfK ist diese Entwicklung in mehrfacher Hinsicht eine besondere Herausforderung:

- a) Beim Krankenhausmanagement, bei den Krankenhausträgern und vor allem bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenhäusern ist in dieser Situation mit weniger Bereitschaft oder mit Ablehnung zu rechnen, HPH-Projekte mit zu tragen und zu gestalten. Solche innovativen Projekte werden oft als etwas angesehen, was mit dem „Kerngeschäft“ des Krankenhauses wenig zu tun hat und den Routinebetrieb zusätzlich belastet.
- b) Die eingeleiteten Regelungen, der erhöhte finanzielle Druck, die hohe Belastung der Mitarbeiter⁴⁾, die Verkürzung der stationären Verweildauer der Patienten sowie die Regelungen zur ausschließlichen Verfolgung der Einweisungsdiagnose usw. erweisen sich (zunächst) als kontraproduktiv zu Maßnahmen der Gesundheitsförderung für Patienten, Mitarbeiter und für die Ausstrahlung des Krankenhauses in die Region.

Die aktuelle Situation in den Krankenhäusern und noch mehr die in den kommenden Jahren im stationären Bereich eintretenden „Umbrüche“ fordern eine solche integrative Strategie, wie sie im HPH-Konzept vorliegt, geradezu heraus. Der Schlüssel dazu ist jedoch die Verbindung der HPH-Politik und Strategie mit umfassendem Qualitätsmanagement im Krankenhaus.

Hier ist Forschungsbedarf angesagt! Deshalb strebt das DNGfK als Modellversuch ein (staatlich) gefördertes Pilotprojekt „Beitrag des HPH-Konzeptes zur Gesundheitsreform in deutschen Krankenhäusern und Reha-Kliniken“ an, an dem sich Krankenhäuser und Reha-Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft und mit verschiedenem Versorgungsauftrag beteiligen könnten.

GESUNDHEITSFÖRDERNDE KRANKENHÄUSER UND DAS QUALITÄTSMANAGEMENT

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser werden ihr besonderes Profil und ihre gesundheitspolitischen Ziele in den kommenden Jahren nur in Verbindung mit geeignetem Qualitätsmanagement verwirklichen können.

Wo es um das Überleben auf dem „Gesundheitsmarkt“ geht, haben humanistische Konzepte (wie das HPH-Konzept) wenig Chancen auf Dauer zu bestehen, wenn sie nicht systematisch in den Kontext von Wirtschaftlichkeit und exzellenter Qualität gestellt werden. Das führt dazu, dass Krankenhäuser sich zunehmend dem Qualitätsmanagement zuwenden. Gleichzeitig sehen immer mehr Krankenhäuser

⁴⁾ Mit den in diesen Leitlinien verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

gerade im integrativen Ansatz der HPH eine tragfähige Vision für das Krankenhaus im 21. Jahrhundert.

Für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (und solche, die es werden wollen) macht es deshalb Sinn, das HPH-Konzept mit Qualitätsmanagement-Modellen zu verbinden.

Im **Demonstrationsprojekt Qualitätsmanagement im Krankenhaus** des Bundesministeriums für Gesundheit sind 9 Mitgliedskrankenhäuser des Deutschen Netzes im Demonstrations- bzw. Umsetzungsverbund integriert. Ihre Erfahrungen sollten den anderen Mitgliedern laufend vermittelt werden.

Gesundheitsfördernde Krankenhäuser schenken mit ihrer Gesundheitsgewinnorientierung der Anwendung anerkannter Leitlinien für eine wissenschaftlich gesicherte und wirtschaftlich sinnvolle Diagnostik und Behandlung große Aufmerksamkeit.

Anmerkung:

*Hier stellt sich die Frage, ob dabei dem Europäischen Modell für Qualität (EFQM) der Vorzug vor anderen standardisierten QM-Modellen zu geben ist. Das EFQM-Modell ist ein systematisches Verfahren, das das HPH aus der „Beliebigkeit“ der Projekte herausführen kann. Es ist anschlussfähig an professionelle Management-Logiken und an laufende Krankenhausprojekte und lenkt den Blick auf wirtschaftliche Zusammenhänge und kann eine gute Vorbereitung auf Zertifizierungen darstellen. Ein Vorzug des EFQM ist außerdem, dass es **ergebnisorientiert** und auf **Selbstbeobachtung** und Selbstveränderung ausgerichtet ist.*

Für die Anwendung von EFQM in Gesundheitsfördernden Krankenhäusern sollte von folgenden Grundsätzen ausgegangen werden.⁵⁾

- 1. Der übergreifende Ansatz ist das HPH-Konzept, dessen Verwirklichung durch Anwendung des EFQM-Modells effektiver erfolgen und gemessen werden kann.*
- 2. Eine partnerschaftliche Verbindung von HPH und EFQM respektiert und erhält die Eigenständigkeit der beiden komplexen Entwicklungskonzepte mit synergetischen Effekten für beide Seiten.*
- 3. Die Anwendung von EFQM in Gesundheitsfördernden Krankenhäusern erfordert bei unveränderter Übernahme des EFQM-Modells (einschl. seiner Logik und seines Bewertungsverfahrens) die Neuentwicklung spezifischer inhaltlicher und methodischer Handlungsanweisungen, methodischer Verfahren und Materialien sowie Qualifikationen in Verantwortung von HPH. Das betrifft auch die Schulung und das Training zum kombinierten HPH/ EFQM-Modell.*

ERFAHRUNGSUSTAUSCH UND SCHULUNGEN

Die Mitglieder des Deutschen Netzes erhalten wesentliche Impulse für die Arbeit in ihren Einrichtungen, wenn ein aktueller und konkreter Informations- und Erfahrungsaustausch organisiert wird. Hierbei gibt es noch bedeutende Reserven.

Eine wichtige Form des Informationsaustausches sind unsere **Netz-Nachrichten** für die Mitglieder, andere interessierte Krankenhäuser und aber auch für die Öffentlichkeit allgemein. Alle Mitglieder sollten dieses Medium verstärkt dazu nutzen über eigene Erfahrungen und Ergebnisse zu berichten und Diskussionen anzuregen.

Bewährt haben sich auch gegenseitige Besuche bzw. **Hospitationen** von Vertretern einzelner Krankenhäuser sowie der Austausch von Projektkonzepten und –methoden.

⁵⁾ vgl. hierzu gemeinsames Arbeitspapier „Anwendungen von EFQM in Gesundheitsfördernden Krankenhäusern“ des deutschen und österreichischen Netzes

Im Rahmen des Qualitätsmanagements gewinnen Leistungsvergleiche (**Benchmarking**) an Bedeutung. Das DNGfK wird derartige Vergleiche unter den Mitgliedskrankenhäusern und vor allem auch mit anderen Krankenhäusern fördern. Ein hoher Stellenwert wird der Präsenz des DNGfK und seiner Mitglieder im **Internet** beigemessen.

Regionale Arbeitsgemeinschaften sind besonders effektive Formen der Zusammenarbeit Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

Die Vorteile, auf regionaler Ebene Informationen und „Gute Praxis-Beispiele“ auszutauschen, gemeinsame HPH-Projekte zu konzipieren und durchzuführen sowie Krankenhäuser, die sich zunächst nur für das Deutsche Netz interessieren (aber noch nicht Mitglied sind), in diese Arbeit einzubeziehen, liegen auf der Hand.

Regionale Netze bzw. Arbeitsgemeinschaften bieten auch gute Möglichkeiten sich in die Krankenhauspolitik bzw. Gesundheitspolitik einzumischen und Kontakte zu den Landes-Krankenhausgesellschaften, -Ärztikammern, -Krankenkassen usw. zu pflegen. Das trifft auch für die regionale Zusammenarbeit mit den Medien zu.

In Trainings- und Schulungsmaßnahmen liegt ein Schlüssel zur wesentlichen Verbesserung der Qualität und Wirksamkeit der Arbeit in den Gesundheitsfördernden Krankenhäusern.

Erfahrungen zeigen, dass Trainingsprogramme für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser besonders dann effektiv sind, wenn theoretisch-konzeptionelle Fragen praxisbezogen, in Verbindung mit laufenden Projekten und – dort wo es möglich ist – in den betreffenden Krankenhäusern durchgeführt werden. Außerdem sollen regionale Schulungszentren aufgebaut bzw. weiterentwickelt werden. Sie sollten sich außerdem inhaltlich-thematisch profilieren und ihre Fortbildungsangebote allen Mitgliedern des Deutschen Netzes und weiteren interessierten Krankenhäusern anbieten.

Weitere Vorzüge des Deutschen Netzes auf dem Gebiet Training und Fortbildung bestehen in der gemeinsamen Erarbeitung von Ausbildungsmaterialien und des Austausches von Dozenten, generell: in der Bündelung und Nutzbarmachung von Kompetenzen und Ressourcen.

Das DNGfK nimmt Training, Fortbildung und Schulung zu Theorie und Praxis des HPH-Konzeptes einschließlich seiner Verbindung zum Qualitätsmanagement in die eigenen Hände.

DAS DEUTSCHE NETZ ALS GEMEINNÜTZIGER E.V.

Das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser lernt als gemeinnütziger eingetragener Verein zu leben und verantwortungsvoll deutsche Krankenhauspolitik und –entwicklung mit zu gestalten.

Im Unterschied zu anderen Formen der Strukturierung Nationaler Netze Gesundheitsfördernder Krankenhäuser, bei denen einzelne Krankenhäuser bzw. Institute die Nationale Koordinierung und Internationale Kooperation organisieren, haben sich die Gesundheitsfördernden Krankenhäuser in Deutschland für die Rechtsform als

gemeinnütziger e.V. entschieden. Das bedeutet, das HPH-Konzept der WHO auf der **Basis der Satzung des DNGfK** und in der Verbindung mit Grundsatzbeschlüssen des Deutschen Netzes (z.B. der Chiemsee-Erklärung) umsetzen.

Die Mitglieder, der Vorstand und die Geschäftsstelle suchen in vertrauensvoller Zusammenarbeit die effektivsten Formen und Wege dafür. Schlüsselfunktionen dabei haben die Vollversammlungen und die Nationalen Konferenzen, deren Qualität weiter erhöht werden sollte. Die im Statut vorgesehene Bildung von Beiräten und Arbeitsgruppen wird schrittweise umgesetzt. Für die Öffentlichkeit und für die Information am Deutschen Netz interessierter Krankenhäuser wird ein „Set“ übersichtlicher und aussagefähiger Materialien (einschl. Selbstdarstellung) herausgegeben wie es beispielsweise vom Österreichischen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser in hervorragender inhaltlicher und gestalterischer Form vorliegt.

Wesentliche Kriterien für die Aufnahme neuer Mitglieder ins Deutsche Netz und der Bestätigung des Fortbestandes von Mitgliedschaften sind das Engagement bei der Umsetzung der HPH-Politik und Strategie in Verbindung mit der Sicherung einer hohen Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen in der betreffenden Einrichtung.

Das Deutsche Netz ist ein Partner im Internationalen HPH-Netz der WHO und versteht sich als Mitglied dieser „multikulturellen Familie“.

Durch die jährlichen Internationalen Konferenzen des HPH-Netzes werden umfassende konzeptionelle Grundlagen und praktische Erfahrungen auch für die Mitglieder unseres Netzes vermittelt. Die Ergebnisse werden in den Proceedings bzw. im Internet dargestellt. Außerdem vermitteln die vom LBI-Wien herausgegebenen News-Letter und die HPH-Data Base im Internet wertvolle Informationen über die Krankenhäuser des Internationalen Netzes und die dort laufenden Projekte. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die vorliegenden Daten, Informationen und Publikationen (meist in englischer Sprache) bisher erst lückenhaft ausgewertet werden. Das soll sich ändern. Auch die bilaterale Zusammenarbeit mit anderen Nationalen Netzwerken bzw. Partnerkrankenhäusern in anderen europäischen Ländern sollte verstärkt werden.

„GESUNDHEIT für alle“ (GFA) GESUNDHEIT 21

Als Mitglieder im Internationalen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (HPH) der WHO fühlen sich auch die im DNGfK vertretenen Einrichtungen dem gesundheitspolitischen Rahmenkonzept der WHO „Gesundheit für alle“ im 21. Jahrhundert verpflichtet.⁶⁾⁷⁾

Eine erste neue Rahmenbedingung für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser ist die Weltgesundheitserklärung, die von der **51. Weltgesundheitsversammlung** 1998 beschlossen wurde.

Dort werden hervorgehoben

- das Grundrecht eines jeden Menschen, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können;
- die ethischen Konzepte von Chancengleichheit, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit;
- Gesundheit dadurch zu fördern, dass die grundlegenden Determinanten und Grundvoraussetzungen von Gesundheit angegangen werden;
- die Gesundheitssysteme so zu reformieren, dass die allgemeine Zugänglichkeit sichergestellt ist.

Alle Menschen und Institutionen werden aufgerufen, „sich die Vision der Gesundheit für alle für das 21. Jahrhundert zu eigen zu machen und gemeinsam danach zu streben, diese Vision zu verwirklichen.“

Auf dieser Grundlage wurde für die **Europäische Region der WHO das Rahmenkonzept 21** beschlossen, in dem 21 GFA-Ziele als Rahmen für die Gestaltung der Gesundheitspolitik in der Europäischen Region festgelegt wurden.

Oberstes Ziel von GESUNDHEIT 21 ist „für alle Menschen das volle gesundheitliche Potential zu erreichen“ durch

1. Förderung und Schutz der Gesundheit der Bevölkerung während des gesamten Lebens;
2. Verringerung der Inzidenz der wichtigsten Krankheiten und Verletzungen und der damit verbundenen Leiden.

Für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser die 4 Hauptstrategien zur Umsetzung des Rahmenkonzeptes Gesundheit 21 richtungsweisend:

- multisektorale Strategien, um sich mit den Determinanten für Gesundheit auseinander zusetzen und dabei die physischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und geschlechtsspezifischen Perspektiven zu berücksichtigen und Beurteilungen der gesundheitlichen Auswirkungen sicherzustellen;
- auf das Gesundheitsresultat ausgerichtete Programme und Investitionen zur gesundheitlichen Entwicklung und klinischen Versorgung;
- integrierte familien- und gemeindeorientierte primäre Gesundheitsversorgung, unterstützt durch ein flexibles, reaktionsfähiges Krankenhaussystem; sowie

6) Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region
WHO-Schriftenreihe Nr. 6 Kopenhagen 1999

7) in Verbindung mit der auf der 51. Weltgesundheitsversammlung der WHO im Mai 1998 verabschiedeten Weltgesundheitserklärung (WHA 51., Mai 1998)

- ein partizipatorischer Gesundheitsentwicklungsprozess, der relevante Partner für die Gesundheit auf allen Ebenen - Zuhause, Schule und Arbeitsplatz, örtliche Gemeinde und Land - einschließt.

Einen breiten Raum im europäischen Rahmenkonzept nehmen die Orientierungen für ein qualitätsbewusstes, ergebnisorientiertes Management im Gesundheitswesen ein. Als wesentliche Teilziele, die auch für GfK von hoher Relevanz sind, werden genannt die

- Messung der Resultate gesundheitlicher Maßnahmen bei den wichtigsten Krankheitsbildern, einschließlich der Messung der gesundheitlichen Folgen, der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und der Patientenzufriedenheit,
- Stärkung der Patientenrechte und Erhebungen zur Zufriedenheit der Patienten mit der Qualität der erhaltenen Leistungen.

Im Zusammenhang mit der Entwicklung „Intergerierter Gesundheitsdienste“ (Target 15) werden im Rahmenkonzept die Krankenhäuser drauf orientiert

- die ambulante Versorgung dadurch zu unterstützen, dass sie „sich dabei auf die Funktionen konzentrieren, die von der primären Gesundheitsversorgung nicht effektiv ausgeführt werden können“⁸⁾ und
- die Nutzung der im Krankenhaus angesiedelten spezialisierten Gesundheitsversorgung zu rationalisieren, indem „Substitutionskonzepte“ für Überweisungen eingeführt werden. Ein Grundthema ist dabei die Reduzierung der Zahl von Patienten, die über Nacht im Krankenhaus bleiben müssen. „Tageskrankenhäuser“, „Kurzzeitkrankenhäuser“ und „Krankenhäuser ohne Betten“ beschreiben Dienste, die eine kurzfristige ambulante Versorgung bieten. Der Begriff „Krankenhaus zu Hause“ umschreibt sehr spezielle, von Krankenhäusern organisierte aufsuchende Dienste (z.B. für chronisch Kranke)⁸⁾

Nachbemerkung:

Definitionen und Kommentare zu wichtigen Begriffen wurden vom Regionalen Netz Berlin-Brandenburg als Teil des Handbuchs „Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ veröffentlicht. Erschienen 2001 im Verlag Luchterhand, Hrsg. Elimar Brand.

⁸⁾ a.a.O. Gesundheit 21... S. 151