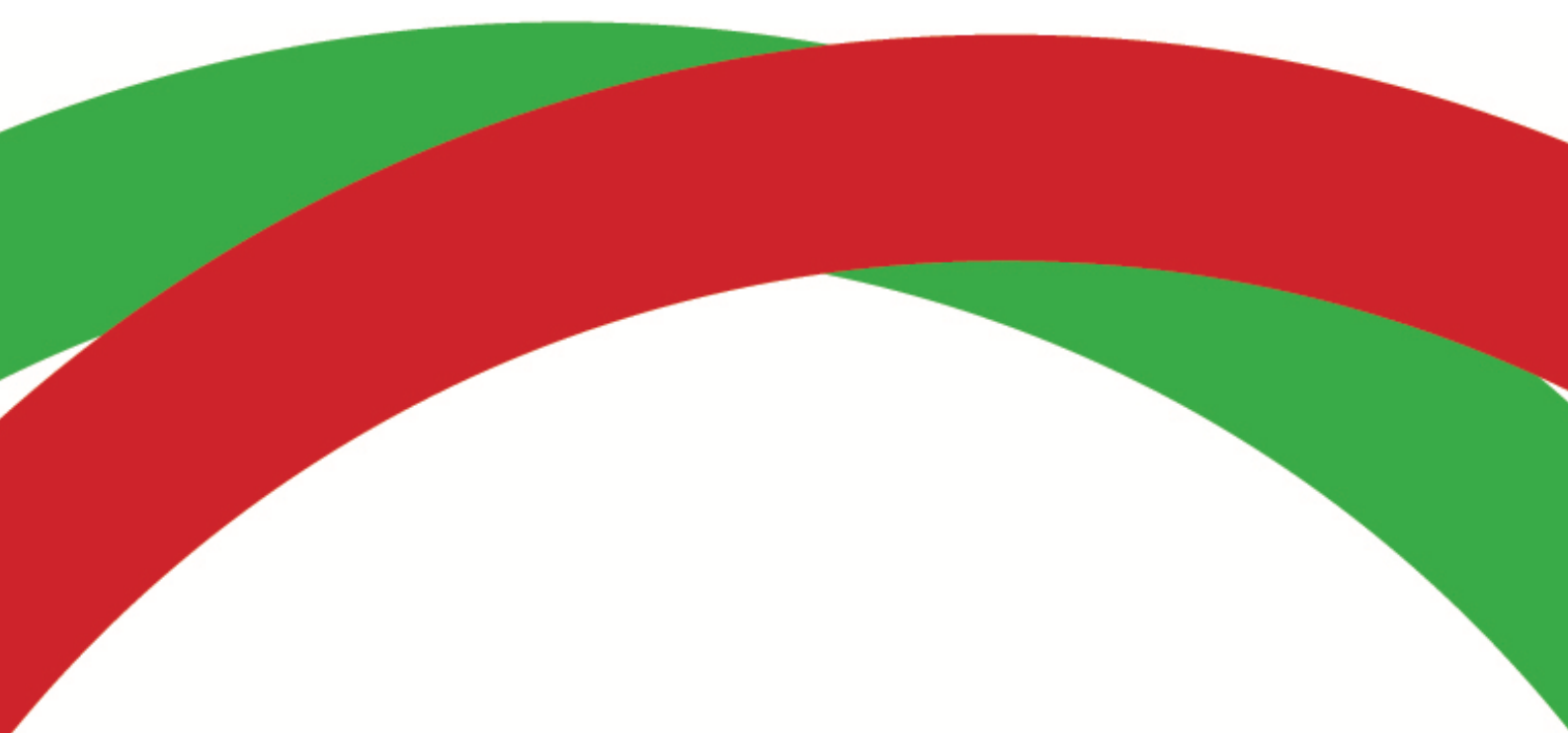




GEMEINSAM FÜR GESUNDHEIT

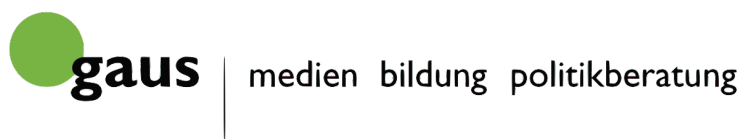
ANSÄTZE PROFESSIONSÜBERGREIFENDER
ZUSAMMENARBEIT IM WESTMÜNSTERLAND

HERAUSGEGEBEN VON KURT-GEORG CIESINGER

MIT EINEM GELEITWORT VON BARBARA STEFFENS, MINISTERIN
FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER DES
LANDES NRW

IMPRESSUM

© gaus gmbh – medien bildung politikberatung 2016



Herausgeber: Kurt-Georg Ciesinger

Redaktionsleitung: Rainer Ollmann

Verlag: gaus gmbh medien bildung politikberatung

Märkische Str. 86-88, 44141 Dortmund

0231-477379-30, office@gaus.de

Bilder: Sabine Schollas, Pia Rauball

Die vorliegende Veröffentlichung entstand im Rahmen des Projektes „GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem“, gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Europäische Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (GE-1-1-025A-C).

gefördert vom:

Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE.NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Ein Projekt der Regionale 2016



Made on a Mac with iBooks Author

ART DIRECTORS' COMMENT

Die Fotografien in diesem iBook wurden exklusiv für die Zeitschrift transfær – Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität gemacht. Sie sind im Fitnessstudio des TSC Eintracht Dortmund entstanden – einem traditionsreichen Verein, der daran arbeitet, die Gesundheit und Lebensqualität der Menschen zu verbessern.

Für die Erlaubnis, diese Fotografien erstellen und verwenden zu dürfen, bedanken wir uns recht herzlich!



Turn- und Sport-Club Eintracht von 1848/95
Korporation zu Dortmund

TSC EINTRACHT DORTMUND



Sabine Schollas und Pia Rauball

FÖRDERHINWEISE

Dieses Buch basiert auf Ergebnissen folgender Projekte:

- „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen in Form von Konzeptentwicklung für trauma-sensible Begleitung, Beratung, Pflege und Therapie“ (FKZ GW03-031)
- „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“ (FKZ 005-GW03-092 A-C)
- „Gesund älter werden“ – Aufbau eines regionalen Kompetenznetzwerkes Demenz und Entwicklung von Leitlinien zur Demenzfrüherkennung“ (FKZ 1230.1.1)
- „GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem. Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und demenzgefährdete Menschen – gendergerecht, biografieorientiert und kultursensibel“ (FKZ GE-1-1-025A-C, EFRE – 0800224,226,249)
- „Lokale Allianzen für Mensch mit Demenz“
- „Teilhabe am Leben“ – Integration von demenziell erkrankten Menschen in das dörfliche Leben in Legden (FKZ GW03-116)

Die Projekte „Bedarfsgerechte Unterstützung“, „Biografieorientierte Überleitung“, „GEMEINSAM“, „Gesund älter werden“ und „Teilhabe am Leben“ wurden gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW und die Europäische Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung. Das Projekt „Gesund älter werden“ wird gefördert durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.

gefördert vom:

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Das Projekt „Lokale Allianzen für Mensch mit Demenz“ wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.



**Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend**

INHALT

1	DAS PROJEKT „GEMEINSAM“	8
1.1	Für ein wirtschaftlich erfolgreiches und gleichzeitig menschliches Gesundheitswesen – Der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen	11
1.2	Nachhaltigkeit durch Kooperation: Die Aufgaben der LeitmarktAgentur.NRW für den Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW Cornelia Schlebusch	15
1.3	Professionsübergreifend Gesundheit sichern – Das Projekt GEMEINSAM Rainer Ollmann, Kurt-Georg Ciesinger	19
2	PROFESSIONSÜBERGREIFENDE ZUSAMMENARBEIT	23
2.1	„Es kommt ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an.“ Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW	25
2.2	Professionsübergreifende Zusammenarbeit – Warum sollten sich alle Beteiligten um eine Kommunikation auf Augenhöhe bemühen? Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland	29
2.3	Gemeinsam kompetent: Multiprofessionelle Versorgung im ländlichen Raum Martina Schrage, Daniela Balloff, Volker Schrage	32
2.4	Professionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Der gute Wille allein reicht nicht aus Christiane Weiling	36
2.5	„Grundregeln“ professionsübergreifender Zusammenarbeit – Erfahrungen aus der Praxis Kurt-Georg Ciesinger	40

2.6	Pflege, Medizin und Physiotherapie – Drei Seiten einer Medaille Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Matthias Wittland, Volker Schrage und Horst Mehlhose	44
2.7	Sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Kommunikation auf Augenhöhe – Das Münsterländer Memorandum Kurt-Georg Ciesinger	48
3	DEMENZ: FRÜHERKENNUNG, PRÄVENTION, VERSORGUNG	54
3.1	„Menschen mit Demenz wollen in unserer Mitte leben. Und sie haben ein Recht darauf!“ Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW	56
3.2	Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz – Strategien inklusiver Demenzversorgung im ländlichen Raum Matthias Wittland	60
3.3	„Gesund älter werden“ – Demenzfrüherkennung und -prävention aus ärztlicher Sicht Volker Schrage, Bernd Balloff	64
3.4	Bewegungsorientierte Ansätze zur Einflussnahme auf das Krankheitsbild Demenz Fanny Natzschka, Stefan Wittland, Horst Mehlhose	68
4	LOKALE ANSÄTZE DER DEMENZVERSORGUNG	71
4.1	Sensibilisierungsstrategien im Quartier: Erfahrungen aus der Projektarbeit Christiane Weiling	73
4.2	Enttabuisierung des Themas Demenz – Ein Konzept zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit Birgit Leuderalbert	77
4.3	Lokale „Ideenschmieden“ zur Aktivierung ehrenamtlicher Strukturen Miriam Klöpper	81
4.4	Synergien im Sozialraum: Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz Daniela Balloff, Martina Schrage	85

4.5 Mobil, gesund und intergenerativ: Das ZukunftsLAND sucht Antworten Wie die Regionale 2016-Projekte die Daseinsvorsorge verbessern möchten André Wolf	88
4.6 Gesundheit im Fokus der Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden Frank Bröckling, Dominik Olbrich	92
4.7 Zukunftsdorf oder Demenzgemeinde? Stehen kommunale Angebote für Ältere und Jüngere in Konkurrenz? Friedhelm Kleweken	96
4.8 „Das größte Problem im ländlichen Raum sind die Humanressourcen“ Interview mit Christoph Bröcker, Geschäftsführer des Klinikums Westmünsterland	99
5 GENDER, KULTUR, TRAUMA	103
5.1 Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz – Aufgaben der Pflege in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland	105
5.2 Inklusion im Gesundheitswesen: Lebensweltorientierung versus medizinische Prozessketten Bernd Benikowski	109
5.3 Die Individualität achten – Kultur- und Gendersensibilität in der Versorgung von Menschen mit Demenz Birgit Leuderalbert, Kerstin Menker, Matthias Wittland	112
5.4 Kultursensibilität und Biografieorientierung – wichtige Voraussetzungen für ein menschlicheres Gesundheitssystem Christiane Weiling	115
5.5 Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen Martina Böhmer	119
6 TELEMEDIZIN	123
Telemedizin für den ländlichen Raum Olaf Iseringhausen	125

Akzeptanz für eine sektorenübergreifende telemedizinische Versorgung Rainer Ollmann	129
--	-----

7 AUTORINNEN UND AUTOREN	133
------------------------------------	------------

The background of the page is an abstract composition of geometric shapes. A large, bright orange area occupies the top and right portions. On the left side, there is a blue section with a repeating hexagonal pattern, resembling a honeycomb or a textured surface. The overall effect is modern and dynamic.

1

DAS PROJEKT „GEMEINSAM“

Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem

Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und demenzgefährdete Menschen – gendergerecht, biografieorientiert und kultursensibel

Das Projekt „GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem“ wird im Leitmarktwettbewerb Gesundheit durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen und den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung der Europäischen Union gefördert. In diesem Vorhaben sollen von 2016 bis 2019 Strukturen einer professions- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe demonstriert und langfristig verankert werden – zunächst exemplarisch in der Region Westmünsterland für den Bereich der Demenzversorgung und -prävention.

Das Projekt GEMEINSAM verfolgt dabei – den Anforderungen der Leitmarktstrategie des Landes NRW folgend – Entwicklungsziele und Strukturziele.

Auf der einen Seite steht operativ das Ziel der Entwicklung und Erprobung von gendergerechten, inklusiven und kultursensiblen Ansprachekonzepten und professionsübergreifenden, auf die individuellen Bedarfe abgestimmten Behandlungspfaden zur Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und demenzgefährdete Menschen im Vordergrund.

Hieraus sollen die konzeptionellen und instrumentellen Voraussetzungen zur flächendeckenden Umsetzung der Strategien professionsübergreifender Demenzprävention und -versorgung in anderen Regionen von Nordrhein-Westfalen erarbeitet werden.

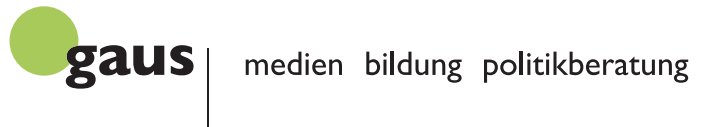
Als nachhaltige Struktur wird im Rahmen des Projektes ein „Studienzentrum zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ entstehen, das eine flächendeckende Information, Sensibilisierung, Beratung und Schulung aller relevanten Berufsgruppen hinsichtlich einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit gewährleisten kann.

Verbunden wird dieses Studienzentrum mit einem „Schaufenster“ für die Praxis: Am konkreten Beispiel Demenz wird durch eine Ausstellung und audiovisuelle Medien vermittelt, wie moderne, interdisziplinäre Demenzversorgung konkret gestaltet werden kann. Hier soll interessierten Fachleuten auch ermöglicht werden, bei der konkreten Arbeit eines professionsübergreifenden Teams vor Ort zu hospitieren.

Das Projekt GEMEINSAM setzt damit an vorhandenen Ergebnissen, Netzwerken und Arbeitszusammenhängen an, bündelt die Expertise von Partnern mit unterschiedlichsten Kompetenzen, startet so bereits auf hohem Niveau und sichert durch eine effiziente Vermarktungs- und Transferstruktur Nachhaltigkeit und Anschlussfähigkeit.

Projektpartnerinnen und -partner

gaus gmbh medien bildung politikberatung
Rainer Ollmann
Märkische Str. 86-88, 44141 Dortmund
02 31 / 47 73 79 – 30
ollmann@gaus.de
www.gaus.de



Hausarzt-Praxis Münsterland
Martina Schrage, Daniela Balloff
Königstr. 1, 48739 Legden
0 25 66 / 90 56 33
m.schrage@hausarzt-legden.de,
d.balloff@hausarzt-legden.de
www.hausarzt-legden.de



Caritas Pflege & Gesundheit
Birgit Leuderalbert, Kerstin Menker, Matthias Wittland
Coesfelder Str. 6, 48683 Ahaus
0 25 61 / 42 09 81
b.leuderalbert@caritas-ahaus-vreden.de
www.caritas-pflege-gesundheit.de





LEITMARKTWETT- BEWERB GESUND- HEIT

Für ein wirtschaftlich erfolgreiches und gleichzeitig menschliches Gesundheitswesen – Der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Leitmärkte bieten den Volkswirtschaften für die Zukunft große Chancen. Für das wirtschaftlich starke Industrieland Nordrhein-Westfalen ist es von höchster Priorität, weltweit mit zukunftsfähigen Produkten auf den Leitmärkten präsent zu sein. In erster Linie werden dies Produkte sein, die Lösungen anbieten im Zusammenhang mit den aktuellen globalen Herausforderungen wie demografische Entwicklung, Gesundheit, Klima- und Umweltschutz, zunehmende Urbanisierung, Mobilität und sichere Energieversorgung. Nur so kann die Wettbewerbsfähigkeit Nordrhein-Westfalens im weltweiten Standortwettbewerb gesichert und weiterentwickelt werden. Die Landesregierung fokussiert sich daher auf acht Leitmärkte, u.a. den Leitmarkt Gesundheit.

Der NRW-Leitmarkt Gesundheit umfasst mit seinen über eine Mio. Beschäftigten eine immense Bandbreite von Unternehmen und Einrichtungen sowie Akteurinnen und Akteuren entlang der Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft. Er ist damit ein mächtiger Wirtschaftsfaktor, hat aber auch durch seine Versorgungsfunktion für die Menschen in NRW eine hohe sozialpolitische Bedeutung. Der Leitmarkt benötigt daher ständige Innovationen, um wirtschaftliche Potenziale zu erschließen und die Versorgungsqualität zu verbessern.

Hier setzt der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW an: Projekte, die in diesem Wettbewerb gefördert werden, sollen einen maßgeblichen Beitrag zur Entwicklung des Gesundheitssektors des Landes NRW in seiner ganzen Vielfalt leisten. Im Vordergrund stehen dabei die Förderung technologischer, wirtschaftlicher und sozialer Innovationen, die Vernetzung der Partner und Partnerinnen innerhalb von Wertschöpfungsketten, die Erschließung der komplexen Märkte, die Profilierung des Wirtschaftsstandortes NRW und damit schließlich auch die Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und der Ausbau von Arbeitsplätzen.

Der Leitmarktwettbewerb „Gesundheit.NRW“ wird vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter gemeinsam mit dem Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung sowie dem Ministerium für Wirtschaft, Energie, Industrie, Mittelstand und Handwerk durchgeführt.

In der Wettbewerbsrunde 2015 wurden fünfzehn Projekte aus den Themenfeldern „Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“, „Bedarfsgerechte Versorgung im Quartier“ und „Medizintechnische, telematische und telemedizinische Produkte und Dienstleistungen“ von einem unabhängigen Gutachtergremium ausgewählt. An dem Wettbewerb teilgenommen hatten 62 Konsortien mit knapp 200 Projektpartnerinnen und -partnern.

Alle ausgewählten Projekte haben das Potenzial, das Gesundheits- und Pflegesystem in NRW im Sinne der Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. So sollen die professionsübergreifende Zusammenarbeit gestärkt, die Sicherheit bei der Therapie mit Arzneimitteln erhöht und der Aufbau neuer Pflegestrukturen im Quartier mit Hilfe digitaler Technik beschleunigt werden.

Ein großer Teil der Siegerprojekte beschäftigt sich mit telematischen und telemedizinischen Anwendungen. Beispiele hierfür sind etwa die Entwicklung einer elektronischen Fallakte speziell für Men-

schen mit demenziellen Erkrankungen zum schnelleren und besseren Informationsaustausch zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegeeinrichtungen.

Das Projekt „Arzneimittelkonto NRW“ strebt die Verbesserung der Sicherheit bei der Therapie mit Arzneimitteln an, indem Arztpraxen, Apotheken und Pflegeheime über ein Arzneimittelkonto Zugriff auf den Medikamentenplan der jeweiligen Person haben, um dadurch u.a. die Gefahr von Fehlmedikationen zu verringern.

Im Bereich der medizintechnischen Produkte geht es u.a. um die Entwicklung passgenauer Implantate für die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, die durch ein spezielles 3D-Druck-Verfahren mit Magnesiumpulver individuell und zugleich kosteneffizient für die Patientin/den Patienten hergestellt werden können.

Zur bedarfsgerechten Versorgung im Quartier werden u.a. in vier Quartieren in Gelsenkirchen alle Akteurinnen und Akteure – von professionellen Angeboten bis hin zum ehrenamtlichen Engagement – auch digital miteinander vernetzt. Parallel zu vorhandenen Strukturen werden digitale Angebote und Plattformen für alle Quartiersbewohnerinnen und -bewohner geschaffen. Auf diese Weise sollen die stadtteil- oder viertelbezogenen Pflege- und Versorgungsstrukturen optimiert werden.

Im Bereich der Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung werden beispielsweise auch Konzepte für eine gezielte Hilfe für Männer entwickelt, die von Gewalt betroffen sind. Es sollen regionale Daten erhoben, gesammelt und die Versorgungs- und Unterstützungsangebote sowohl zur Gewaltprävention als auch zur Gesundheitsförderung von Opfern verbessert werden.

Die ausgewählten 15 Projektskizzen mit insgesamt knapp 70 Projektbeteiligten lösen Investitionen mit einem Gesamtvolumen von rund 36 Mio. Euro aus, von denen rund 23 Mio. durch Land NRW und den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) der Europäischen Union getragen werden.

Einer der thematischen Schwerpunkte des aktuellen Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW liegt in der Überwindung der bestehenden ausgeprägten sektoralen Strukturen und Grenzen in dem durch anspruchsvolle Regularien und Anforderungen definierten Umfeld der Gesundheitswirtschaft. Vor diesem Hintergrund zielt der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW auf die Gestaltung sektorübergreifender, patienten- und nutzerorientierter Versorgung, die auf Kooperation, Nachhaltigkeit und Einbindung aufgebaut ist und das Ineinandergreifen der verschiedenen Leistungsbereiche befördert. Diese Modelle sollen dabei an den Bedarfen und Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten orientiert sein und die Gleichstellung von Männern und Frauen und Nichtdiskriminierung sicherstellen.

Der Anspruch ist dabei durchaus höher als in früheren Förderschwerpunkten, denn es sollen nicht nur innovative Modelle entwickelt und exemplarisch erprobt, sondern tatsächlich nachhaltige Strukturen entwickelt werden, die langfristig selbsttragend sind und einen Nutzen für die Wirtschaft wie auch die Menschen in unserem Land bringen.

Die Projekte der ersten Förderrunde haben im März 2016 ihre Arbeit aufgenommen. Gleichzeitig beginnt die zweite Wettbewerbsrunde, in der ab 2017 weitere Projekte gestartet werden sollen. So werden bis zum Jahr 2020 viele innovative Ansätze mit insgesamt 40 Mio. € gefördert, die dazu beitragen sollen, dass unser nordrhein-westfälisches Gesundheitssystem wirtschaftlich noch erfolgreicher wird und dabei gleichzeitig menschlich bleibt.



LEITMARKTAGEN- TUR NRW

**Nachhaltigkeit durch Kooperation: Die Aufgaben der
LeitmarktAgentur.NRW für den Leitmarktwettbewerb
Gesundheit.NRW**

Cornelia Schlebusch

ETN

Projektträger Energie · Technologie · Nachhaltigkeit

Leitmarkt
Agentur.NRW 

Ziel der Vergabe von Fördermitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union ist es, die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen der Gesundheitswirtschaft zu stärken, um bestehende Arbeitsplätze zu sichern und neue zukunftssichere Arbeitsplätze zu schaffen. Die leistungsstarke und innovationsfähige Industrie in NRW soll in Zusammenarbeit mit der Wissenschaft auch für die Gesundheitswirtschaft die Basis legen, um den tiefgreifenden Veränderungen in der Gesellschaft und den großen globalen ökonomischen und ökologischen Herausforderungen qualifiziert zu begegnen. Das Operationelle Programm NRW für die Förderphase 2014 bis 2020 (OP EFRE NRW) beschreibt die zentralen Leitmärkte als Kern der wirtschaftlichen Weiterentwicklung für NRW. Der Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW ist einer von acht Wettbewerben zur Förderung innovativer Produkte und Dienstleistungen – vorrangig umgesetzt im Verbund von Forschung und Unternehmen.

Der Projektträger ETN ist gemeinsam mit dem Projektträger Jülich (PTJ) des Forschungszentrums Jülich mit der Umsetzung der Leitmarktstrategie beauftragt, dies geschieht durch die LeitmarktAgentur.NRW. Sie hat die Aufgabe, die Projektförderung in den Leitmärkten des Landes NRW zu begleiten und zu betreuen. Beginnend mit der Konzipierung der Leitmarktwettbewerbe führt die LeitmarktAgentur.NRW die Ausschreibungen durch, berät Wettbewerbsteilnehmer und -teilnehmerinnen, nimmt die Wettbewerbsbeiträge entgegen und organisiert den Bewertungs- und Auswahlprozess. Auch die Bewilligung der Projekte erfolgt durch die LeitmarktAgentur.NRW. Die wissenschaftliche und administrative Projektbegleitung und die Auszahlung von Fördermitteln zählen ebenso zum Aufgabenspektrum wie die spätere Begleitung der Verwertungsphase. Mit dieser kompletten Leistung bietet die LeitmarktAgentur.NRW der Landesregierung und den Förderinteressenten ein komplettes Servicepaket aus einer Hand an.

Als Zwischengeschaltete Stelle steht die LeitmarktAgentur.NRW im ständigen Austausch mit der EFRE-Verwaltungsbehörde und den zuständigen Fachreferaten in den Ministerien. Zur fachtechnischen Begleitung pflegt der Projektträger einen engen Austausch mit den im Themenfeld agierenden Kooperationspartnern und -partnerinnen, hier insbesondere mit dem Landeszentrum für Gesundheit NRW, den Gesundheitsregionen und dem Zentrum für Telematik und Telemedizin, ZTG, in Bochum. Gemeinsam werden innovative Kerne der geförderten Vorhaben frühzeitig – d.h. bereits im Projektverlauf – für den Transfer aufbereitet und der Austausch guter Praxis zum Beispiel durch gemeinsame Workshops, gemeinsame Messeauftritte oder auch von der Leitmarktagentur angeregte Kontaktaufnahmen zwischen den Projekten befördert. Eine in vielen Projekten angelegte Struktur sind die Beiräte als begleitende Gremien, ein fachlicher Zugewinn für die Arbeit des Verbundes und projektinterne Plattform möglicher Kooperationen. Flankierende Themen – auch Querschnittsthemen – sind hier gut verortet. So können Vorhaben z.B. durch die Beteiligung von Genderexperten und -expertinnen am Beirat um die notwendige Genderexpertise angereichert werden. Durch den Projektträger können frühzeitig Empfehlungen zu unterschiedlichen Beteiligungen in Projektbeiräten und zu möglichem fachlichen Austausch an die Verbundpartner und -partnerinnen gegeben werden.

Innovative Projekte, Dienstleistungen und Anwendungen, die mit Hilfe telematischer bzw. telemedizinischer Verfahren die medizinische und gesundheitliche Versorgung verbessern, werden in der Landesinitiative eGesundheit.nrw gebündelt. Die ZTG GmbH ist vom MGEPA mit der Koordination der Landesinitiative beauftragt und steht im engen Austausch mit dem Projektträger; alle Förderprojekte, die zukunftsfähige Technologie entwickeln und erproben, verpflichten sich, die Anforderungen der Landesinitiative eGesundheit.nrw zu berücksichtigen. Dies ermöglicht den Austausch zur Nutzen- und Nutzerorientierung, zur Wiederverwendbarkeit und Nachhaltigkeit sowie eine gemeinsame Verständigung zu Standards, Dokumentations- und Informationssystemen über die Fördervorhaben hinaus. Anzahl und Vielfalt der unter eGesundheit.nrw zusammenlaufenden Aktivitäten sowie die konsequente Berücksichtigung der Nutzerorientierung sind einzigartig und wegweisend für ganz Deutschland.

Die LeitmarktAgentur.NRW betreut alle Förderungen intensiv ab der Antragstellung und gibt entsprechende Hinweise zum Aufbau von Fachkooperationen über das Verbundvorhaben hinaus. Bei manchen Projekten, wie dem in dieser Ausgabe der Zeitschrift transfær vorgestellten Projekt GEMEINSAM, kennt die Leitmarktagentur bereits die Vorgeschichte, weil diese Projekte sich aus Initiativen entwickelten, die bereits in Vorläuferprogrammen betreut wurden.

Mit dem Projekt GEMEINSAM sollen Strukturen einer professions- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe demonstriert und langfristig verankert werden. Erste positive Erfahrungen zu einer solchen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit wurden bereits mit den Projekten „Gesund älter werden – Aufbau eines regionalen Kompetenznetzwerkes Demenz“, „Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz“ sowie im Projekt „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements“ gesammelt. Diese Projekte arbeiteten in der vergangenen Förderperiode bereits eng zusammen, um die Versorgung von Menschen mit Demenz ganzheitlich und auf der Basis einer multiprofessionellen Zusammenarbeit unter Einbezug auch ehrenamtlicher und informeller Strukturen zu gestalten. Das „Münsterländer Memorandum“, eine Selbstverpflichtung zur „partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller Professionen unter Berücksichtigung fachlicher Kompetenz auf Augenhöhe zum Wohl der Patientinnen und Patienten“, beschreibt Kernelemente eines qualitativen Netzwerkes, mit verbindlichen Kooperationsstrukturen und dem ausdrücklichen Willen über einen längeren Zeitraum träger- und institutionsübergreifende verzahnt gemeinsame Produkte und Dienstleistungen zu erbringen zur besseren Versorgung demenziell erkrankter Menschen und ihrer Familien.

Im Rahmen des aktuellen Projektes GEMEINSAM sollen diese Erfahrungen nun systematisiert, abstrahiert, konzeptionell fundiert und so für das Gesundheitssystem in der Breite nutzbar gemacht werden.

Die LeitmarktAgentur.NRW versteht Projektförderung als Gestaltungsinstrument und wird das Projekt intensiv begleiten und beraten – und dafür sorgen, dass es wiederum einen intensiven und fruchtbaren Austausch zwischen den Projekten der Förderlinie ergibt, um so sicherzustellen, dass die einge-

setzten Fördermittel effizient, effektiv und zum Nutzen des Landes NRW und seiner Bürgerinnen und Bürger eingesetzt werden.

Weitere Informationen zur LeitmarktAgentur.NRW und zum Projektträger ETN hier:

www.leitmarktagentur.nrw, www.etn.nrw



PROJEKTBE- SCHREIBUNG

Professionsübergreifend Gesundheit sichern – Das Projekt GEMEINSAM

Rainer Ollmann, Kurt-Georg Ciesinger



Gemeinsam für Verantwortung

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität und sektorübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen werden zwar in zunehmendem Maße eingefordert, in der Praxis aber nur selten „gelebt“: Starre, ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen, die gegenseitige Abschottung der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und beratenden Disziplinen sowie eine stark hierarchische Kommunikation prägen die Branche.

„Statt die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen zu verbessern und zu intensivieren, wird zunehmend den betroffenen Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen die aktive Verantwortung für das effiziente Zusammenwirken aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufgebürdet“ (Zitat aus dem Münsterländer Memorandum). Insbesondere für Patientengruppen, die sich in diesem System nicht adäquat mit den Leistungserbringern verständigen und nicht auf die Unterstützung durch Angehörige oder Freunde zurückgreifen können, führt dies in der Versorgung zu massiven Problemen.

Bei den Ansätzen zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit handelt es sich bislang noch um Einzelbeispiele. Es existieren keine generellen Empfehlungen zum Aufbau und zur Verstetigung professions- oder sektorübergreifender Netzwerke. Das Münsterländer Memorandum ist hier der bislang einzige Vorstoß von Akteuren des Gesundheitswesens selbst, erste kooperativ-kommunikative Standards einer Zusammenarbeit zu definieren.

Im Rahmen des Projektes GEMEINSAM sollen die (wenigen) bisherigen Erfahrungen professionsübergreifender Arbeit systematisiert, abstrahiert, konzeptionell fundiert, entsprechende Vernetzungskonzepte erarbeitet und erprobt und so für das Gesundheitssystem in der Breite nutzbar gemacht werden:

- Neue Wege und Formen der Kommunikation sollen entwickelt und erprobt werden; diese müssen durch gendergerechte, inklusive und kultursensible Ansprachekonzepte und motivationale Anreize (insbesondere für bislang nicht genug im Fokus stehende besondere Zielgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund, traumatisierte Frauen, geistig Behinderte, sozial Benachteiligte) flankiert werden.
- Schnittstellen und Kompetenzen müssen im Detail analysiert und Wege der konkreten professionsübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe evaluiert und ggf. optimiert werden. Hierbei sollen gendergerechte Aspekte der Kommunikation besonders im Fokus stehen.
- Durch interdisziplinäre Fortbildungen soll das Verständnis für die Wünsche und Bedarfe der anderen Professionen und Sektoren im Versorgungsprozess weiter aufgebaut werden. Eine entsprechende Bedarfsanalyse sowie geeignete Fortbildungsangebote sollen konzipiert, modellhaft erprobt und in nachhaltige Strukturen überführt werden.

- Durch geeignete mediale und telekommunikative Unterstützungsinstrumente soll die Zusammenarbeit aktiviert und unterstützt werden. Hier sind Kooperationen mit Experten aus dem Bereich E-Health und Telemedizin vereinbart.
- Durch systematische und standardisierte Beobachtung und Wirkungskontrolle soll erfasst werden, wie dieser multiprofessionelle Versorgungsansatz bei Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen „ankommt“ und inwieweit sich die Versorgungsqualität dadurch verbessert. Entsprechende Forschungsfragen sollen im Rahmen des Projektes entwickelt und beantwortet werden.
- Die konkreten Erfahrungen aus der alltäglich gelebten Praxis der professionsübergreifenden Zusammenarbeit werden dabei systematisch reflektiert, dokumentiert und für den Transfer aufbereitet. Über ein „Schaufenster“, d.h. ein Onlineportal und Vor-Ort-Besuchsmöglichkeiten, sollen die Projektergebnisse sowohl der Fachöffentlichkeit als auch der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Diese Konzepte zur gendergerechten, inklusiven und kultursensiblen professionsübergreifenden Zusammenarbeit sollen am Beispiel der Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell Erkrankte und demenzgefährdete Menschen im westlichen Münsterland (Raum Legden/Nordkreis Borken) entwickelt und modellhaft erprobt werden. Zur Verbreiterung des Erfahrungshintergrundes werden die entwickelten Konzepte in zwei weiteren Regionen in NRW (voraussichtlich Ostwestfalen und Siegen) adaptiert. So soll gezeigt werden, dass das „Legdener Modell“ mit relativ geringem Aufwand auch in anderen Regionen umgesetzt werden kann.

Die nachhaltige und stabile Struktur, unter deren Dach diese Fragen längerfristig, d.h. auch über die Laufzeit des Projektes hinaus, bearbeitet und beforscht werden sollen, ist ein „Studien-/Forschungszentrum zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“. Im Rahmen des Projektes GEMEINSAM wird für dieses Zentrum ein Nachhaltigkeitskonzept mit Akteuren aus dem Gesundheitswesen (Forschungseinrichtungen, Kassenärztliche Vereinigungen, Bildungsträger etc.) entwickelt. Ziel ist es dabei, nicht-profitorientierte, aber finanziell selbsttragende Strukturen zu schaffen, die die Themen des Projektes auf finanziell unabhängiger Basis weiter verfolgen werden. Angestrebt wird die Gründung eines Trägervereins.

Das Projektkonsortium besteht aus der gaus gmbh medien bildung politikberatung, einer arbeits- und sozialwissenschaftlichen Forschungseinrichtung mit langer Tradition in der Gesundheitsbranche, der Hausarztpraxis Münsterland als medizinischem Partner und der Caritas Ahaus-Vreden als Vertreterin der Pflege. Weiterhin eingebunden ist ein ausgedehntes Netzwerk von Gesundheitsdienstleistern verschiedenster Professionen. Die Projektpartner haben bereits seit vielen Jahren intensiv im Rahmen von Verbundvorhaben im Bereich der Gesundheitsförderung zusammengearbeitet und dabei die unterschiedlichen Kompetenzen der verschiedenen Disziplinen (Sozialwissenschaft, Medizin und Pflege) kennen und schätzen gelernt. Diese positiven Erfahrungen mit der multiprofessionellen Zusammenarbeit wollen sie nun im Rahmen des Projektes GEMEINSAM auf eine konzeptionelle und

instrumentelle Basis stellen und so das Gesundheitswesen in NRW zum Wohle der Patienten verbessern.

Bislang sind die Wirkungen einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit vereinzelt, punktuell und regional eng umgrenzt. Die Transfer- und Öffentlichkeitswirkung des Projektes und später des Studienzentrums als feste Struktur wird nach Projektende erhebliche Effekte für das Gesundheitswesen erzeugen. Da eine professionsübergreifende Zusammenarbeit im Projekt durch standardisierte Verfahren und das Münsterländer Memorandum als Geschäftsgrundlage definiert und gleichzeitig deren Einführung durch die Leistungen des Zentrums unterstützt wird, erwarten wir vielfältige regionale und lokale Ansätze zur Formierung neuer Netzwerke, die zu einem Paradigmenwechsel in der gesamten Versorgung beitragen könnten.



2

PROFESSIONSÜBER- GREIFENDE ZU- SAMMENARBEIT

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem zeigt hier allerdings erheblichen Nachholbedarf.

Denn es gibt nur ganz wenige Branchen, die ähnlich starre sowie ab- und ausgrenzende Professionsstrukturen vorweisen, wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Und selbst die Anerkennung und Wertschätzung der Fachkompetenzen und des beruflichen Erfahrungsschatzes der jeweiligen anderen Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen.

All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass die Patientin bzw. der Patient die einzige „Kommunikationsbrücke“ zwischen den ärztlichen, therapeutischen und pflegenden Professionen ist. Statt die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen zu verbessern und zu intensivieren, wird zunehmend den betroffenen Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen die aktive Verantwortung für das effiziente Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgebürdet.

Insbesondere für Patientinnen- und Patientengruppen, die sich in diesem System nicht adäquat mit den Leistungserbringern verständigen und nicht auf die Unterstützung durch Angehörige oder Freunde zurückgreifen können, führt dies in der Versorgung zu massiven Problemen.

In diesem Kapitel werden die Erfahrungen zur Zusammenarbeit medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Disziplinen vorgestellt. Auch wenn diese Ansätze bislang unsystematisch und punktuell sind, so zeigen sie doch, dass es möglich ist, die starren Grenzen innerhalb des Gesundheitswesens durch einen Dialog auf Augenhöhe aufzulösen.



EIN REIBUNGSLOS- SES ZUSAMMEN- WIRKEN DER KRÄFTE

„Es kommt ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an.“

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Teamarbeit ist in vielen Bereichen unseres Lebens ein Schlüssel zum Erfolg: in der Familie etwa, auf dem Sportplatz oder im Verein. Im Gesundheitswesen ist es nicht anders. Auch hier kommt es ganz entscheidend auf ein reibungsloses Zusammenwirken der Kräfte an. Ein Zusammenwirken, von dem die Versorgung insgesamt profitiert, ebenso wie die einzelnen Akteurinnen und Akteure. Damit dies gelingt, ist zuallererst eine grundsätzlich andere Sichtweise erforderlich. Wir müssen Gesundheit und Krankheit viel stärker ganzheitlich betrachten. Unser derzeit noch viel zu stark gegliedertes System von Gesundheitsleistungen, Pflege und Rehabilitation muss künftig an den individuellen Bedarfen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet werden. Die besondere Herausforderung besteht in der dafür notwendigen interdisziplinären und professionsübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die medizinischen und pflegerischen Versorgungssysteme sind in ihrer heutigen Ausprägung dazu kaum in der Lage, denn sie fördern viel zu oft Einzelinteressen statt Zusammenarbeit – was nicht selten zulasten des jeweils anderen Leistungssystems und damit zulasten der Patientinnen und Patienten geht.

Wir brauchen dringend eine wirklich patientinnen- und patientenorientierte Versorgung. Was heißt das konkret?

Im Hinblick auf die verschiedenen Bedarfe unserer älter werdenden Gesellschaft brauchen wir den Erfahrungsreichtum der unterschiedlichen Wissensgebiete. Aber jede Spezialisierung ist für die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten nur sinnvoll, wenn sie zu einer tatsächlichen Verbesserung der eigenen Gesundheit beiträgt. Wir sind stolz auf unseren NRW-Spitzenplatz in der Gesundheitsforschung und der Hightech-Medizin. Doch wer mit einer schweren Erkrankung im Krankenhaus liegt, braucht auch verständliche Erklärungen über den nächsten Therapieschritt, Motivation, um eigene Selbstheilungskräfte zu aktivieren, konkrete Hilfe z.B. bei Anträgen oder einfach Trost. Dafür müssen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wissen, was im Einzelfall für die Patientin oder den Patienten hilfreich ist. Sie müssen biografische, kulturelle, individuelle Besonderheiten kennen, damit Therapie und Pflege nicht zusätzliche Belastungen zur eigentlichen Behandlung auslösen. Denn wirksam kann eine Behandlung nur sein, wenn die Patientin oder der Patient währenddessen Vertrauen haben kann.

Wir werden zukünftig nicht weniger, sondern mehr „sprechende Medizin“ benötigen. Denn wir werden nicht nur älter, es wird auch mehr Menschen mit altersbedingten Mehrfacherkrankungen und Pflegebedarf geben. Der Bedarf an Gesundheits- und Pflegeleistungen wird sich für verschiedene Krankheitsgruppen unterschiedlich entwickeln. Es wird deutliche Anstiege der Fallzahlen chronischer Krankheiten, wie z.B. Demenz, Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs oder COPD (Chronisch obstruktive Lungenerkrankung) geben. Mehrere Studien zeigen, dass in NRW die Zahl der Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Unterstützungsbedarfen bis 2050 wahrscheinlich auf ca. 920.000 Personen ansteigen wird. Hierauf sind wir mit unserem heutigen Gesundheits- und Pflegesystem nicht ausreichend vorbereitet.

Gerade für die steigende Zahl der Menschen mit Demenz fehlt es an einer baulichen wie sozialen Infrastruktur, die es ihnen und ihren Angehörigen mit einem Netz an Unterstützungsangeboten ermöglicht, ihr Leben nach ihren Vorstellungen in ihrem gewohnten Lebensumfeld weiterzuführen. Auch unser Gesundheitswesen ist noch nicht eingestellt auf die größere Zahl von Menschen, die neben der akuten Diagnose einen pflegerischen oder behinderungsbedingten Mehraufwand haben. Die Zahl der an Demenz erkrankten Menschen wird sich in NRW in den nächsten Jahren voraussichtlich verdoppeln – von heute 300.000 auf 600.000 im Jahr 2050. Demenzielle Erkrankungen sind mit einer vielschichtigen Symptomatik verbunden. Sie müssen in die medizinisch-pflegerische Versorgung eingeplant, durchgeführt und evaluiert werden. Darüber hinaus gilt auch hier, die persönliche Lebenswelt der Menschen zu beachten, z.B. dadurch, dass der eigene Tagesrhythmus oder das eigene Essverhalten gelebt werden können, durch Bewegungsfreiheit, organisatorische Veränderungen, deutliche Orientierungshilfen und die Einbeziehung vertrauter Bezugspersonen.

Mit einem funktionierenden Überleitungsmanagement können wir die großen Aufgaben in der Beseitigung von Bruchstellen zwischen einzelnen Leistungs- oder Fachbereichen auf der praktischen Ebene sehr konkret angehen. Die notwendige sektorenübergreifende Versorgung gelingt mit Hilfe eines aussagefähigen Überleitungsbogens besser. Das konnten wir für NRW zeigen. Bei einer Aufnahme z.B. von Menschen mit Demenz ins Krankenhaus oder bei der Entlassung können Komplikationen und Versorgungsunterbrechungen vermieden werden, weil dem weiterbehandelnden Versorgungsteam mit dem Überleitungsbogen frühzeitig alle relevanten Informationen direkt zur Verfügung stehen und eine passgenaue Behandlung und Betreuung umgehend erfolgen können.

Vorausgegangen war diesem Projekt eine intensive Zusammenarbeit mit den Verantwortlichen des NRW-Gesundheitswesens. Beim Überleitungsmanagement sowie in der Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen haben wir erste Erfolge erzielt.

Die Akteurinnen und Akteure, die sich landesweit zusammengeschlossen haben, wollen vor allem regionale Pilot- und Modellprojekte (unter Einbeziehung der Krankenkassen) fördern. Ziel ist es, neue Versorgungsansätze auszuprobieren und – bei Erfolg – möglichst bald in die Regelversorgung zu überführen. Die Bündelung, Verzahnung und Koordination von Leistungen und Angeboten spielen dabei eine entscheidende Rolle. Mit mehr Kooperation, Transparenz und einer besseren Kommunikation zwischen allen am jeweiligen Behandlungsprozess Beteiligten lassen sich Strukturen und Abläufe professionalisieren – zugunsten einer besseren Ergebnisqualität der Behandlung und einer größeren Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten.

Nicht zuletzt fordert uns die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf, Inklusion auch im Gesundheitswesen zu realisieren. Für Menschen mit Behinderungen muss der Zugang zu einer fachlich fundierten, ihren individuellen Bedarfslagen und Bedürfnissen entsprechenden Gesundheitsversorgung möglich sein. Charakteristisch für ihre Versorgung ist häufig die Komplexität von Bedarfslagen: akute Gesundheitsprobleme und dauerhafte körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen beeinflussen sich wechselseitig. Hier müssen nicht nur spezifische fachliche Anforderungen

beachtet werden, sondern auch das Behandlungssetting muss variabel sein. Nicht zuletzt wird es hier in Zukunft viel mehr aufsuchende Behandlungsmöglichkeiten geben müssen, z.B. mobile Arzt-/ Zahnarztpraxen, und eine viel engere Kooperation der verschiedenen Gesundheitsprofessionen. Das gilt im Übrigen in besonderer Weise für die Sicherstellung der frühzeitig beginnenden Rehabilitation. Sie muss zukünftig auch in ambulanten Formen vorgehalten und in die Lebenswelt der Menschen vor Ort integriert werden.

Das klingt anspruchsvoll? Das ist anspruchsvoll! Diesen neuen Anforderungen können wir nur mit einer ausreichenden Zahl von bestens ausgebildetem Fachpersonal gerecht werden. Prognosen gehen heute davon aus, dass das Erwerbspersonenpotenzial in Nordrhein-Westfalen um ca. ein Viertel von derzeit rd. 8,7 Millionen auf 6,6 Millionen im Jahr 2050 sinkt. Das heißt: Immer weniger Menschen stehen für die Versorgung von immer mehr Patientinnen und Patienten bzw. Personen mit Pflegebedarf zur Verfügung. Wir werden es also auf allen Ebenen mit einer durchweg veränderten Bedarfsstruktur zu tun haben. Das bedeutet: Wir müssen beim beginnenden Wettbewerb um den fehlenden Nachwuchs ein interessantes Tätigkeitsfeld und attraktive Arbeitsbedingungen anbieten können. Und wir müssen den Menschen, die im Gesundheitsbereich arbeiten, mehr Zeit für ihre eigentlich wichtige Arbeit, die Versorgung der Patientinnen und Patienten, einräumen. Wir müssen Abläufe vereinfachen, Bürokratie abbauen, Möglichkeiten der Delegation (Stichwort: EVA) schaffen. Zu den verbesserten Rahmenbedingungen zähle ich neben dem finanziellen Aspekt vordringlich die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

Um die genannten Punkte zu verwirklichen, brauchen wir das Engagement und die Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure. Hemmende Sektorengrenzen kosten Geld, sie kosten Zeit und sie binden Personal, vor allem aber gefährden sie die Heilung der Patientinnen und Patienten. Wenn wir unsere qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung dauerhaft erhalten wollen, müssen wir neue Wege probieren.

Nordrhein-Westfalen zeigt, dass dies gemeinsam mit allen Beteiligten und in vielen kleinen Schritten möglich ist. Aber: Wir sind noch nicht am Ziel, wir sind am Anfang.



KOMMUNIKATI- ON AUF AUGEN- HÖHE

Professionsübergreifende Zusammenarbeit – Warum sollten sich alle Beteiligten um eine Kommunikation auf Augenhöhe bemühen?

Christiane Weiling, Volker Schrage, Matthias Wittland



Gemeinsam für Verantwortung

Patienten bewegen sich im deutschen Gesundheits- und Pflegewesen in ganz unterschiedlichen Versorgungssystemen. Diese sind heute vielfach weitgehend voneinander abgekoppelt, ein umfassender Informationsfluss ist – wegen inkompatibler EDV-Systeme, aufgrund unterschiedlicher Denkweisen und Versorgungsaufträge und schlicht aufgrund mangelnder Kommunikation – im Regelfall nicht gegeben. Das führt in der Praxis zu teils massiven Qualitätseinbußen in der Versorgung.

Ein Beispiel aus der Praxis mag dies verdeutlichen: Wegen einer akut aufgetretenen Beschwerdesymptomatik im Bauchbereich musste eine palliativ versorgte Bewohnerin eines Altenheims stationär eingewiesen werden. Für diese Einweisung nahm der behandelnde Hausarzt Kontakt zur Inneren Abteilung des Krankenhauses auf. Mit dem Oberarzt wurde die Situation genau besprochen und die mit den palliativen Maßnahmen verbundene Schmerzmedikation abgestimmt. Die Situation schien somit klar geregelt. Leider wurde die Patientin nicht wie geplant auf der inneren Abteilung, sondern auf der chirurgischen Abteilung aufgenommen. Hier lagen die entsprechenden hausärztlichen Informationen nicht vor. Daher wurde eine Behandlung der Patientin mit hochdosierten Schmerz- und Beruhigungsmitteln eingeleitet, die nach ihrer Rückkehr ins Altenheim zu Unruhe- und Angstzuständen führte und in einem mehrwöchigen Prozess langsam rückumgestellt werden musste. Eine Rücksprache mit dem chirurgisch zuständigen Kollegen konnte nicht erfolgen. Bei einem erneuten Telefonat mit dem internistischen Oberarzt wollte dieser hausintern Rücksprache zu halten. Ein Ergebnis dieser Rücksprache liegt bis zum heutigen Tag nicht vor.

Besonders ältere Patienten sind im Nachteil

Die wenigsten Probleme haben in unserem derzeitigen Gesundheitssystem die mündigen Patientinnen und Patienten, die selbst dafür sorgen, dass alle relevanten Informationen beim Weiterversorger ankommen, die nachfragen und umfassende Aufklärung einfordern. Die wachsende Zahl älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten bekommt in einem solchen System allerdings erhebliche Probleme, wenn die am Versorgungsprozess beteiligten Experten nicht selbst aktiv für die Weitergabe von Informationen sorgen und intensiv miteinander sprechen.

Eine solche Selbstverpflichtung zur Informationsweitergabe sollte aus dem Selbstverständnis von Pflegekräften und Medizinern, aber auch anderer Professionen im Gesundheitswesen erwachsen. Dabei geht es nicht darum, einem Weiterversorger die Arbeit zu erleichtern, sondern vielmehr darum, dafür zu sorgen, dass ein Patient adäquat und seinen Bedürfnissen entsprechend versorgt werden kann. Das erfordert aber ein Zusammenspiel unterschiedlicher Professionen – und es gibt leider nur wenige Beispiele, bei denen das gut funktioniert.

Dies liegt vor allem daran, dass die unterschiedlichen Professionen relativ isoliert und unabhängig voneinander agieren. Ärzte, Pflegekräfte und Physiotherapeuten arbeiten in vielen Fällen nebeneinander her und nicht im Team. Es gibt keine klaren Regelungen zur Zusammenarbeit zwischen den Pro-

fessionen. Jede Berufsgruppe hat eigene Vorgesetzte, keiner ist dem Anderen gegenüber weisungsbefugt. Erkannt ist dieses Manko schon lange. Gefordert werden dann aber meist von der Politik oder den Verbänden veränderte Ausbildungsinhalte oder Neuerungen im Gesundheitssystem. Warum aber sollte man nicht in der täglichen Arbeit einfach einmal damit anfangen, kollegial zusammenzuarbeiten?

Erfolgreiche Initiativen professionsübergreifender Zusammenarbeit

Dass man auch selbst aktiv werden und Veränderungen anstoßen kann, zeigen Initiativen im westlichen Münsterland. Hier haben sich niedergelassene Ärzte, Vertreter aus Krankenhäusern, Altenhilfe und ambulanter Krankenpflege sowie Physiotherapeuten zu einem Versorgungsnetzwerk zusammengeschlossen, dass sich die bessere Versorgung demenziell Erkrankter sowie die Förderung von Demenzprävention und -früherkennung zum Ziel gemacht hat. Es wurden keine Forderungen in Richtung Politik und Krankenkassen formuliert, sondern die Beteiligten entwickelten konkrete Lösungen, wie eine patientenorientierte gemeinsame Versorgung innerhalb der bestehenden Rahmenbedingungen aussehen kann.

In der Diskussion wurde für alle Beteiligten schnell deutlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe die Grundvoraussetzung für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung ist. Die Erkenntnis der Beteiligten: „Was uns alle eint, ist das Ziel, für den Patienten die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Und das geht eindeutig besser, wenn man sich austauscht und eng zusammenarbeitet. So kann man dann auch Standesdünkel und Professionseitelkeiten überwinden.“



MULTIPROFESSIO- NELLE VERSOR- GUNG

**Gemeinsam kompetent: Multiprofessionelle Versorgung im
ländlichen Raum**

Martina Schrage, Daniela Balloff, Volker Schrage



**Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND**

Die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz stellt die medizinische und pflegerische Versorgungsinfrastruktur vor große Herausforderungen, auch und gerade im ländlichen Raum.

Denn anders als bei Akuterkrankungen geht es bei der Demenzversorgung darum, Betroffene nicht nur punktuell zu behandeln, sondern in einer Langfristsperspektive ein würdiges und soweit wie möglich selbstbestimmtes Leben im eigenen Umfeld zu ermöglichen. Um die Lebenssituation von älteren Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern, sind daher alle gefordert, nicht nur die behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder der Pflegedienst allein. Denn die Herausforderungen, die sich durch das Krankheitsbild „Demenz“ ergeben, können nicht von einzelnen Akteuren der Versorgungskette alleine bewältigt werden, sondern erfordern ein Zusammenspiel aller Kräfte und Kompetenzen.

Aus hausärztlicher Sicht – und diese vertreten wir als Hausarztpraxis Münsterland im Projekt GEMEINSAM – wird eine solche vernetzte Zusammenarbeit zunehmend wichtiger, denn ärztliche Versorgung, so wie wir sie kennen, wird es bald nicht mehr geben. Es werden andere Angebote im Bereich Versorgung benötigt. Vor allem im ländlichen Raum wird die Zahl der Hausärzte immer weiter abnehmen, viele werden aus Altersgründen ausscheiden und für junge Ärzte ist eine Praxis auf dem Land nicht attraktiv genug. Auf der anderen Seite gibt es eine Zunahme der chronisch kranken, multimorbiden, alten und pflegebedürftigen Patienten, der Aufwand für eine gute Versorgung steigt dadurch erheblich. Um die Patientenversorgung weiterhin sicherzustellen, müssen die Hausärztinnen und Hausärzte zukünftig in Versorgungsnetzwerken mit anderen Professionen zusammenarbeiten und so die jeweilige Fachexpertise und die Kernkompetenzen aller Beteiligten in die Behandlungs- und Versorgungskette einbinden.

Singuläre Ärzte-Netzwerke sind dabei bereits durchaus verbreitet: Sie bestehen aus regionalen und fachgruppenübergreifenden Zusammenschlüssen von Ärzten. Ziel einer modernen Versorgung muss es jedoch sein, durch eine verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen der Ärzteschaft und weiteren Leistungserbringern die Versorgungsqualität, die Effizienz der Versorgung sowie die Patientenzufriedenheit in der Region des Netzverbundes nachhaltig zu erhöhen. Neben möglichen Einsparungen, insbesondere bei veranlassten Leistungen wie Arzneimitteln oder Krankenhauseinweisungen, soll auch die Qualität der Leistungserbringung verbessert werden.

Im Projekt „Gesund älter werden“ entstand in der Region westliches Münsterland 2014 ein erster Ansatz für ein solches multiprofessionelles Kompetenznetzwerk. Es besteht aus Haus- und Fachärztinnen und -ärzten, Pflegekräften und Therapeutinnen/Therapeuten, die auf Augenhöhe über Professions- und Hierarchiegrenzen zusammenarbeiten. Eine nachhaltige kleinräumige Vernetzung der Akteurinnen und Akteure ist notwendig, um – das zeigte die Erfahrung des Projektes – die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen erheblich zu verbessern.

Das Netzwerk setzt Interdisziplinarität tatsächlich und praktisch um und trägt dadurch zu einer Verbesserung und Effektivitätssteigerung der regionalen medizinischen Versorgungssituation im Bereich

Demenzbehandlung und -versorgung bei. Die Zusammenarbeit ist dabei fachübergreifend kollegial und auf Augenhöhe – und dies nicht nur von ärztlicher Seite, sondern auch von pflegerischer und therapeutischer Seite. Es wurde damit ein erster Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität für die Zielgruppe der demenziell Erkrankten und Demenzgefährdeten in der Region erzielt. Dieses Netzwerk soll nun die Basis sein für eine Erweiterung und Komplettierung des Leistungsangebots in verschiedenen Richtungen.

Bezüglich der Versorgung geriatrischer Patienten und insbesondere demenziell Erkrankter gibt es bereits gute Erfolge zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit. Kommen zu einer demenziellen Erkrankung aber noch weitere Faktoren wie eine geistige Behinderung, ein Migrationshintergrund oder traumatische Erfahrungen hinzu, greifen die standardisierten Konzepte nicht mehr.

Auch bezüglich der Demenzprävention und Demenzfrüherkennung lassen sich bundesweit nur einige wenige gute Ansätze finden. Allerdings konzentriert man sich auch hier vornehmlich auf „normale“ Risikopatientinnen und -patienten. Viele Ansprachekonzepte und Früherkennungsuntersuchungen greifen beispielsweise aufgrund kultureller Barrieren oder kognitiver Einschränkungen bei bestimmten Gruppen nicht oder nicht im gewünschten Maße. Bei älteren traumatisierten Frauen führen die standardisierten Konzepte häufig dazu, dass psychische Beeinträchtigungen irrtümlich als Demenz gedeutet und entsprechend behandelt werden, obwohl die Symptome auf die Reaktivierung eines Traumas zurückzuführen sind.

Das bestehende Netzwerk wird im Projekt GEMEINSAM erweitert zu einem Versorgungsnetzwerk, das interdisziplinär und multiprofessionell arbeitet und sich im Bereich der Gesundheitsversorgung zur Früherkennung, Prävention sowie zur nachhaltigen Verbesserung der Betreuung älterer Menschen vernetzt. Das Netzwerk soll dabei insbesondere auch Angebote für die genannten Zielgruppen entwickeln, die bislang aufgrund der Zugangsschwierigkeiten in der bisherigen Versorgungsstruktur benachteiligt sind.

Die verstärkte Kooperation und Kommunikation der Netzwerkparteien sorgt dabei für eine Verbesserung der fachübergreifenden Behandlungsabläufe, die Konsequenz ist eine qualitativ optimierte Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Vision des Projektes GEINSAM ist es, die Kommunikationsstruktur innerhalb des Netzwerkes auch durch eine elektronische Kooperation, z.B. via e-Brief oder e-Patientenakte zu optimieren. Zurzeit wird noch mit veralteten und zeitaufwendigen Strukturen in Papierform gearbeitet, was u.a. dem Datenschutzgesetz, aber auch der noch mangelnden Akzeptanz und Verbreitung entsprechender Technologien geschuldet ist. Durch den elektronischen Austausch unter strengster Berücksichtigung von Datenschutzbestimmungen wird es zu einer deutlich schnelleren Reaktion auf die Versorgungsbedarfe von vielen Patientinnen und Patienten geben, eine zeitnahe Behandlung wird dadurch ermöglicht

Die Inanspruchnahme verschiedener Instrumente wie etwa der Abschluss von Strukturverträgen oder die Gründung Medizinischer Versorgungszentren ist wichtig, um die zukünftigen Veränderungen im

Gesundheitswesen zu begleiten und auf eine strukturelle Basis zu stellen. Denn nur die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit der Ansätze für alle beteiligten Parteien wird zu den angezielten nachhaltigen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen führen können.

Das multiprofessionelle Netzwerk schafft so die Rahmenbedingungen zur Umsetzung innovativer Versorgungslösungen und vertritt die Interessen seiner Mitglieder, mit dem Ziel, die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern.

Die im Projekt erprobten Instrumente zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit bei der Versorgung demenziell erkrankter und demenzgefährdeter Menschen und die spezifischen Erfahrungen eines Modellversuchs mit einhundert Patientinnen und Patienten sollen in zwei weiteren Regionen implementiert werden, um einen breiteren Erfahrungshintergrund zu erhalten. Beim Transfer soll auf bestehende Ärztenetzwerke in den Regionen zurückgegriffen werden, die für die Vorteile einer multiprofessionellen, gendergerechten, inklusiven und kultursensiblen Versorgung demenziell Erkrankter und demenzgefährdeter Menschen sensibilisiert, durch das Projekt GEMEINSAM beratend unterstützt und deren Erfahrungen ausgewertet werden sollen.



DER GUTE WILLE ZUR ZUSAMMEN- ARBEIT

**Professionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheits-
wesen – Der gute Wille allein reicht nicht aus**

Christiane Weiling

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Auch im Gesundheitswesen hat man inzwischen erkannt, dass das Nebeneinander der verschiedenen Professionen und Sektoren nicht nur zu Lasten der Versorgungsqualität geht, sondern auch aus ökonomischer Sicht nicht länger hingenommen werden kann. Gerade vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl älterer und hochaltriger Patientinnen und Patienten, von denen viele eine demenzielle Erkrankung haben, ist ein reibungsloses Zusammenspiel der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure aus Pflege, Medizin und Therapie unabdingbar. Aber auch die zunehmende Zahl von Flüchtlingen mit begrenzten Deutschkenntnissen erfordert ein Zusammenspiel der verschiedenen Professionen, um kostspielige Doppeluntersuchungen oder Fehlbehandlungen aufgrund mangelnder Kommunikation und das Vertrauen auf eine Informationsweitergabe durch die Patientinnen und Patienten selbst zu vermeiden.

Obwohl die Notwendigkeit der Überwindung von Professions- und Sektorengrenzen von Politik und Gesundheitswesen immer wieder propagiert wird, finden sich in der Praxis kaum Beispiele für eine umfassende professionsübergreifende Zusammenarbeit. Das liegt, wie Kurt-Georg Ciesinger in seinem Artikel ausführlich darstellt, an tradierten Strukturen mit sich abgrenzenden Gruppen innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens.

Mit dem Münsterländer Memorandum wird ein erster Schritt in die richtige Richtung getan. Die ernst gemeinte Bereitschaft zu einer Kommunikation auf Augenhöhe ist die Basis für eine funktionierende sektor- und professionsübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten. Die Bereitschaft für eine solche Zusammenarbeit wird allerdings nicht reichen. Zu unterschiedlich sind die gewachsenen Strukturen, die Denk- und Arbeitsweisen der verschiedenen Gruppen. Tradiertere Verhaltensweisen lassen sich nicht von heute auf morgen durch die Unterschrift unter ein Memorandum verändern.

Vielmehr sind intensive gemeinsame Lernprozesse erforderlich, die mittelfristig zu einem Umdenken und zum Paradigmenwechsel aller Beteiligten führen. Dabei wird es zum einen darum gehen, die Sichtweisen der anderen Gruppen kennenzulernen und Verständnis für bestimmte Wünsche und Erwartungen aufzubauen. Zum anderen – fast noch wichtiger – ist es unabdingbar, ein Wir-Gefühl zu schaffen und eine neue, gemeinsame Gruppe aufzubauen, in der die unterschiedlichen Professionen und Sektoren gemeinsam am Ziel einer optimalen Patientenversorgung arbeiten.

Einen Beitrag zur Erreichung dieses Ziels soll das im Rahmen des Projektes aufzubauende „Studienzentrum zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ leisten, das eine flächendeckende Information, Sensibilisierung, Beratung und Schulung aller relevanten Berufsgruppen hinsichtlich einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit gewährleisten will.

Bei der Entwicklung eines solchen Zentrums müssen zum einen organisatorische Rahmenbedingungen professionsübergreifender Zusammenarbeit in den Fokus genommen werden:

- Berufliche Rollenveränderungen müssen vorgenommen werden. So sollten sich die Berufsgruppen auf bestimmte Aufgaben, d.h. insbesondere auf ihre Kernkompetenzen, konzentrieren. Das wird zur Folge haben, dass Tätigkeiten von einer Berufsgruppe auf eine andere verlagert werden müssen. Durch die Entwicklung veränderter Versorgungskonzepte und -abläufe kommen neue Aufgaben hinzu, die an geeignete Berufsgruppen vergeben werden müssen. Hierzu gibt es in der Fachöffentlichkeit bereits eine Vielzahl von Diskussionen und praktischen Ansätzen.
- Schnittstellen und Kompetenzen müssen im Detail analysiert und Wege der konkreten professionsübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe evaluiert und ggf. optimiert werden. Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten müssen klar definiert und sofern erforderlich auch schriftlich fixiert werden.

Zum anderen – und das ist in der praktischen Umsetzung wahrscheinlich der weitaus schwierigere Part – müssen eingeschliffene Denk- und Verhaltensmuster aufgebrochen werden. Die Kompetenz anderer Disziplinen darf nicht länger als potenzielle Bedrohung für die eigene Disziplin, deren Selbstverständnis und deren Selbstwert empfunden werden. Es muss darum gehen, dass alle Akteurinnen und Akteure erkennen, welchen Nutzen eine ganzheitliche, interdisziplinäre Sicht im Rahmen der Versorgung mit sich bringt. Dabei müssen aber nicht nur die besonderen Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen, sondern weitere soziale Komponenten in den Blick genommen werden:

- Gendergerechtigkeit und Generationenkonflikte spielen in multiprofessionellen Netzwerken – z.B. in der Kommunikation zwischen den meist älteren, männlichen Ärzten und den meist weiblichen und oftmals jüngeren Pflegekräften immer wieder eine wichtige Rolle. Bei allen Angeboten zur Förderung einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit sollten daher gendergerechte Aspekte des Miteinanders im Fokus stehen.
- Das Gesundheitswesen ist inzwischen multikulturell geprägt. Das Gesundheits- und Pflegeverständnis, aber auch die Hierarchien im europäischen Ausland, insbesondere in arabischen Ländern, unterscheiden sich massiv von deutschen Sichtweisen. Das führt in der praktischen Arbeit immer wieder zu Konflikten im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure. Deshalb müssen bei der Konzeption und der Implementierung eines professionsübergreifenden Bildungs- und Beratungsangebotes Aspekte der Kultursensibilität mitgedacht werden.
- Eine Veränderungsbereitschaft des Einzelnen wird nur dann erreicht werden, wenn er für sich persönlich Vorteile sieht. Es wird daher darauf ankommen, motivationale Anreize für die unterschiedlichen Berufsgruppen zu erarbeiten und diese deutlich zu kommunizieren. In die Erstellung von entsprechenden Curricula, Informations- und Lernmaterialien sollen aus diesem Grund institutionelle Akteure der unterschiedlichen Berufsgruppen eingebunden werden.

Jede beteiligte Akteurin und jeder beteiligte Akteur soll im Rahmen des Projektes in der praktischen Arbeit die Chance bekommen, selbst zu erlernen und zu erleben, wie eine Zusammenarbeit auf Au-

genhöhe mit anderen Professionen zu gestalten ist und welche Effekte für die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens davon ausgehen können.

Das bedeutet auch, dass sich das Bildungs- und Beratungsangebot nicht nur an Führungskräfte richten wird, sondern dass alle Hierarchiestufen die Möglichkeit bekommen, entsprechende Sensibilisierungs- und Schulungsangebote wahrzunehmen. Interprofessionelle Teambuildingangebote werden dieses praktische Erleben noch weiter unterstützen.

Will man eine über die Modellregionen hinausgehende Wirkung erreichen, hat das für die praktische Ausgestaltung des „Studienzentrums zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ entsprechende Folgen. Es müssen NRW-weite, dezentrale Angebote konzipiert und vor Ort in den Regionen umgesetzt werden. Das „Studienzentrum zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ muss ein Dach darstellen, unter dem regionale Aktivitäten gebündelt und der Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren gefördert wird. Durch die Darstellung und Verbreitung konkreter Beispiele guter Praxis und die Integration institutioneller Akteurinnen und Akteure kann das Studienzentrum einen wichtigen Beitrag zur flächendeckenden Verbreitung einer professionsübergreifenden Zusammenarbeit im nordrhein-westfälischen Gesundheitswesen, aber auch darüber hinaus, liefern.



GRUNDREGELN DER ZUSAMMEN- ARBEIT

**„Grundregeln“ professionsübergreifender Zusammenarbeit –
Erfahrungen aus der Praxis**

Kurt-Georg Ciesinger

„Nur mit einem Gesundheitssystem, bei dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, werden wir in Zukunft eine gute Versorgung sicherstellen können. Wir benötigen eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen.“ NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens am 24.9.2013 in einer Rede an der Hochschule für Gesundheit in Bochum

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen und Handlungsfeldern mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem ist dabei allerdings eher Nachzügler als Vorreiter.

Denn es gibt wohl kaum eine Branche, die ähnlich starre und ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen vorweist wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Die gegenseitige Wertschätzung zwischen diesen Hierarchieebenen ist ebenso gering wie die zwischen Berufen „auf gleicher Ebene“. Und selbst die Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen anderer Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen. All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass der Patient der einzige Akteur im Gesundheitswesen ist, der mit allen involvierten Disziplinen spricht – und oft genug ist er die Kommunikationsbrücke zwischen den ärztlichen, therapeutischen und pflegenden „Dienstleistern“.

Frau Ministerin Steffens gebührt daher Hochachtung, dieses schwierige Thema auf die politische Agenda gesetzt zu haben. Hochachtung gebührt aber auch denjenigen Initiativen, die vor Ort, sozusagen auf eigene Faust, multiprofessionell zusammenarbeiten. Diese Zusammenarbeit gründet sich oft auf der simplen Wahrnehmung der Verpflichtung, dem Patienten die bestmögliche Versorgung zu bieten.

Eine solche Initiative, das Projekt GEMEINSAM, wird in diesem Buch beschrieben. Sie basiert auf der mehrjährigen erfolgreichen Zusammenarbeit dreier Projekte, die durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW gefördert wurden: „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“, „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“ und „Lokale Allianzen“.

Verschiedenste Akteure arbeiteten und arbeiten zum Wohle des Patienten und des Sozialraumes miteinander und überwinden dabei Standesdünkel und Vorurteile. Die Projekte und ihre aus verschiedenen Disziplinen (Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Gerontologie, Alten- und Krankenpflege) stammenden Akteure mussten auch die Zusammenarbeit erst lernen, gegenseitigen Respekt auf- und Vorbehalte abbauen.

Auf Basis dieser Erfahrungen hat sich die Kooperation der Projekte eine eigene „Verfassung“ gegeben, in der die Zusammenarbeit der Projekte und Akteure konsensual festgelegt und von allen beteiligten Personen unterzeichnet wurde.

Grundregeln der Zusammenarbeit der Projekte „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“, „Biografieorientiertes Überleitungsmanagement“ und „Lokale Allianzen“

Präambel

Das Angebot einer qualitativ hochwertigen Dienstleistung zum Wohle aller Bürgerinnen und Bürger ist das verbindende Ziel aller Projektbeteiligten. Dies ist nur zu erreichen, wenn die Dienstleistungen abgestimmt, professionsübergreifend und partnerschaftlich erbracht werden. Um dieser gemeinsam getragenen Idee eine verbindliche Grundlage zu geben, werden folgende Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen:

- 1. Die Projektbeteiligten der unterschiedlichen Professionen erkennen die Fachkompetenz der anderen Berufsgruppen an und gehen miteinander wertschätzend um.*
- 2. Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern erfolgt im Innenverhältnis direkt und nicht-hierarchisch. Kontakte im Außenraum, vor allem gegenüber dem Projektförderer, erfolgen nur über die Projektleitungen, bzw. per Delegation und werden in einer Projektsteuerungsgruppe (s.u.) koordiniert.*
- 3. Strategische Fragen werden in einer Projektsteuerungsgruppe, die paritätisch aus den Projekten besetzt ist, einvernehmlich vereinbart.*
- 4. Alle Projektbeteiligten üben einen konstruktiven Umgang mit Problemen. Kritik wird offen und direkt geäußert, Konflikte unmittelbar angesprochen. Ziel ist die Problemlösung, nicht die Klärung der Schuldfrage.*
- 5. Ein regelmäßiger und gesicherter Austausch der Beteiligten findet im Rahmen von projektübergreifenden Quartalssitzungen statt. Die Teilnahme aller Beteiligten ist obligatorisch.*
- 6. Es werden gemeinsame Gestaltungsstandards für Informationsmedien vereinbart (Flyer, Prospekte, Internet, etc.). Ziel ist die Durchgängigkeit und gemeinsame Verwendbarkeit.*

- 7. Projektübergreifende Informationen, die nach außen gerichtet sind, wie z.B. Pressemitteilungen, Interviews, etc., werden in dieser Projektsteuerungsgruppe abgestimmt, um ein einheitliches Bild zu gewährleisten.*
- 8. Weitergehende und neue Projektinitiativen auch einzelner Partner werden, um Irritationen im Außenraum zu vermeiden, im Vorfeld in der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt.*
- 9. Absprachen hinsichtlich der Aufgaben der Partner werden eingehalten. Wenn die Einhaltung sich als problematisch erweist, wird dies unverzüglich dem Projektsteuerungskreis mitgeteilt.*
- 10. Da in der bisherigen Projektarbeit viele Ideen formuliert wurden, die bislang nicht umgesetzt werden konnten, sollen die Ideen im Rahmen der Projektbesprechungen verschriftlicht werden, damit sie in der Projektsteuerungsgruppe abgestimmt und weiter bearbeitet werden.*

Dieses Dokument ist, wenn auch nur als ein bescheidener Anfang, wegweisend für eine neue Philosophie der Kooperation im Gesundheitswesen: partizipativ, auf Augenhöhe und am Wohl des Patienten orientiert. Aus der anfänglich bescheidenen Initiative hat sich das Münsterländer Memorandum entwickelt, eine Selbstverpflichtungserklärung, die bereits Hunderte von Gesundheitsdienstleistern in der Region Westmünsterland unterschrieben haben.



PROFESSIONSEI- TELKEITEN ÜBER- WINDEN

**Pflege, Medizin und Physiotherapie –
Drei Seiten einer Medaille**

*Kurt-Georg Ciesinger im Interview mit Matthias Wittland, Volker
Schrage und Horst Mehlhose*



Gemeinsam für Verantwortung

In der Gemeinde Legden arbeiten Akteure des Gesundheitswesens – Hausärzte, Physiotherapeuten und Pflegekräfte – professionsübergreifend und auf Augenhöhe zusammen. Kurt-Georg Ciesinger sprach mit dem Leiter der Caritas Pflege & Gesundheit, Matthias Wittland, Dr. med. Volker Schrage von der Hausarzt-Praxis Münsterland und Horst Mehlhose, dem Geschäftsführer des Gesundheitszentrums Westmünsterland, über diese bemerkenswerte und seltene Zusammenarbeit.

Meine Herren, wie kam es denn überhaupt zur Zusammenarbeit?

Wittland: Kennengelernt haben wir uns bereits bei der Konzeption der ersten Projekte im Rahmen der „Regionale 2016“ in Legden. Wir hatten jeder eigene Ideen und mussten uns zwangsläufig abstimmen, damit die Initiativen in Legden in der Summe zu einer „runden Sache“ wurden.

Schrage: Wir sind mit dem Projekt „Gesund älter werden“ ja aus medizinischer, hausärztlicher Sicht zum Thema Demenzfrüherkennung und -behandlung unterwegs. Das Projekt „Teilhabe am Leben“ widmet sich aus pflegerischer Sicht den bereits Erkrankten und deren Integration ins dörfliche Leben. Das sind nach unserer Auffassung nur zwei Seiten derselben Medaille.

Mehlhose: Und wenn man uns Physiotherapeuten dazu nimmt, sind es sogar drei Seiten einer Medaille (lacht).

Wenn Sie das so darstellen, klingt es nach einem einfachen und harmonischen Prozess der Abstimmung.

Schrage: Ach, so harmonisch dürfen Sie sich die erste Phase der Zusammenarbeit gar nicht vorstellen. Auch wir mussten uns erst finden und lernen, dass wir miteinander leistungsfähiger sind als aneinander vorbei oder gar gegeneinander. Wir brauchen eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe unter der Respektierung der jeweiligen Kompetenzen des anderen. Das verhindert Reibungsverluste und macht unsere Arbeit leichter!

Wittland: Ich glaube, wir haben eines recht schnell festgestellt: Was uns alle eint, ist das Ziel, für den Patienten die bestmögliche Versorgung zu organisieren. Und das geht eindeutig besser, wenn man sich austauscht und eng zusammenarbeitet. So kann man dann auch Standesdünkel und Professionseitelkeiten überwinden.

Mehlhose: Wenn man einmal über seinen Schatten gesprungen ist und tatsächlich mit „den anderen“ zusammengearbeitet hat, dann sieht man Erfolge in der Versorgungsqualität, aber auch in der Zufriedenheit der Patienten. Und das ist uns Gesundheitsdienstleistern, bei allem ökonomischen Druck, doch immer noch das Wichtigste.

Was sind für Sie rückblickend die wichtigsten Voraussetzungen, dass Ihre Zusammenarbeit gelingen konnte?

Wittland: Die allererste Voraussetzung ist, die Notwendigkeit einzusehen und die Zusammenarbeit wirklich zu wollen. Am Anfang steht der Aufwand, man muss Vertrauen aufbauen, eigene Vorbehalte überwinden, auch mal was riskieren. Und die Erfolge kommen erst später. Da braucht man schon eine stabile Grundüberzeugung.

Schrage: Wir hatten auch den Vorteil, dass wir alle Profis und anerkannte Experten auf unseren Gebieten sind. Da war die gegenseitige Wertschätzung auf fachlicher Ebene von vornherein gegeben. Das ist vielleicht für uns Ärzte das Wichtigste: zu lernen, andere Professionen wertzuschätzen. Und die persönliche Ebene hat sich dann nach und nach entwickelt.

Mehlhose: Das darf man aber nicht unterschätzen, diese persönliche Ebene. Wenn wir uns nicht sympathisch finden würden, nicht offen miteinander reden und nicht zusammen lachen könnten, dann wäre auch aus unserer Zusammenarbeit wahrscheinlich nichts oder zumindest weniger geworden. Wer arbeitet schon freiwillig mit Leuten zusammen, die er nicht leiden kann?

Wittland: Deshalb legen wir auch großen Wert darauf, dass sich unsere Teams kennenlernen und betreiben für dieses professionsübergreifende Teambuilding einigen Aufwand.

Mehlhose: Mittlerweile klappt das aber sehr gut. Ich glaube, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben manchmal weniger Vorbehalte den anderen Professionen gegenüber als wir Leiter das ursprünglich hatten.

Schrage: Man muss aber auch dabei am Ball bleiben und Konflikte früh erkennen und bearbeiten. Zwischen Professionen entstehen viel schneller Missverständnisse als unter Fachkollegen. Aber hier in Legden klappt die Zusammenarbeit sehr gut. Und dabei soll es bleiben!

In welchen Bereichen arbeiten Sie denn konkret zusammen?

Wittland: Wir haben in Legden eine gemeinsame Anlaufstelle zum Thema Demenz ins Leben gerufen. Anlass waren die Äußerungen vieler Betroffener und Angehöriger, die in der ersten Zeit nach der Diagnose von einer Beratungsstelle zur anderen laufen mussten. Der eine war auf dieses Thema spezialisiert, der andere beriet zu jenem Thema. Aber alle Beratungsangebote waren zu wenig miteinander vernetzt und kaum aufeinander abgestimmt, sodass es sich für die Betroffenen als extrem komplex und überfordernd darstellte, angepasste Hilfen zu bekommen.

Schrage: Dabei kann man gerade bei einer demenziellen Erkrankung durch eine Kombination verschiedener Maßnahmen den Krankheitsverlauf verzögern. Hier setzt unsere interdisziplinäre Bera-

tung an. Man kann bei einer demenziellen Erkrankung nicht allein die medizinischen oder die gesellschaftlichen Aspekte betrachten. Beides beeinflusst sich gegenseitig.

Mehlhose: Wichtig ist es uns in diesem Zusammenhang, auch andere Akteure in Legden einzubinden. So beraten und schulen wir zum Beispiel gemeinsam mit der Caritas Multiplikatoren zum Thema Demenz in den Sportvereinen vor Ort. Wir verfügen über die sportwissenschaftlichen Kenntnisse, die Caritas hat die Experten zum Thema Demenz. Durch die Verbindung dieser Expertise gewinnen die Schulungen enorm an Qualität.

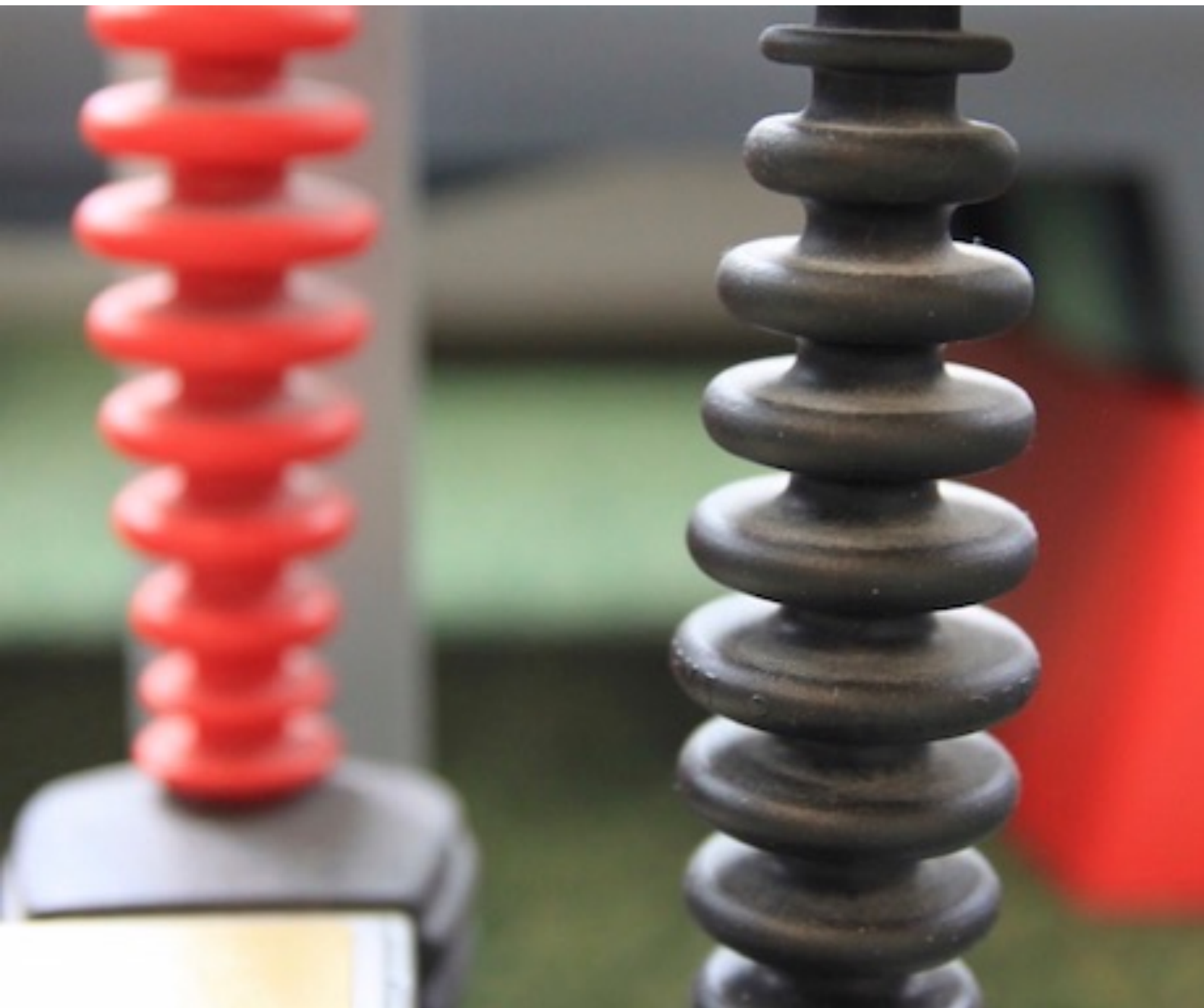
Sie arbeiten ja nicht nur therapeutisch zusammen, sondern auch bei der Diagnose, z.B. der Demenzfrüherkennung.

Mehlhose: Ja, das ist mein Lieblingsbeispiel für die unentdeckten Chancen der professionsübergreifenden Zusammenarbeit. Wie lange haben Hausärzte Kontakt mit dem Patienten? Zwei, drei Minuten. Und ambulante Pfleger vielleicht maximal zehn Minuten. Wir Physiotherapeuten sehen den Patienten locker eine Dreiviertelstunde pro Anwendung! Was wir da für Zeit haben, quasi begleitend diagnostisch tätig zu werden. Man muss uns nur mit einbeziehen.

Wittland: Wir Pflegenden feilschen mit den Kostenträgern um jede Sekunde mit dem Pflegebedürftigen, die wir im Rahmen der psychosozialen Betreuung refinanziert bekommen, und der Physiotherapeut hat mit ihnen stundenlangen direkten Kontakt während der Anwendungen. Genau deshalb bilden wir jetzt die Physiotherapeuten zum Thema Demenzerkennung weiter. So können die Physiotherapeuten den Pflegenden und den Ärzten wertvolle Hinweise zum Demenzfortschritt der Patienten geben. Das ist vielleicht kein Befreiungsschlag im Gesundheitswesen, aber schon mal ein erster Schritt.

Schrage: Aus meiner langjährigen Erfahrung als Arzt kann ich nur sagen, dass diese Zusammenarbeit auf Augenhöhe neu und absolut zentral für den Erfolg ist. Das deutsche Gesundheitssystem ist von großer Qualität, aber wir leiden doch unter verquasten hierarchischen Strukturen. Kaum einer meiner Berufskollegen würde einem Physiotherapeuten oder einer Pflegefachkraft diagnostische Arbeit zutrauen oder sich gar mit ihnen zum Thema Demenz beraten. Was wir hier machen, ist sicher nur ein erster Schritt, wie Matthias Wittland sagt, aber der erste Schritt einer Revolution.

Vielen Dank Ihnen allen für die offenen und mutigen Worte.



MÜNSTERLÄNDER MEMORANDUM

Sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Kommunikation auf Augenhöhe – Das Münsterländer Memorandum

Kurt-Georg Ciesinger

Das deutsche Gesundheitssystem verfügt über eine hochkomplexe Differenzierung der Kompetenzen. Im Verlauf der Medizingeschichte haben sich aus wenigen generalistischen Berufen viele unterschiedliche Gesundheitsdisziplinen herausgebildet: Altenpflege, Apotheke, Ärztliche Berufe, Diätassistenten, Ergotherapeuten, Geburtshilfe, Gesundheits- und Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Laborassistenten, Logopädie, Massage, medizinisch-technische Assistenz, Notfall- und Rettungsdienst, Pharmazie, Physiotherapie, Podologie, Psychotherapie, um nur eine Auswahl derjenigen Professionen zu nennen, die als Heilberufe verzeichnet sind. Innerhalb dieser Disziplinen existieren (zum Teil sehr starke) Binnendifferenzierungen wie z.B. allein etwa achtzig fachärztliche Richtungen und weitere fünfzig Zusatz-Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kommt eine quasi unüberschaubare Zahl von anerkannten und zertifizierten Spezialisierungen in allen Berufen und Fachrichtungen.

Alle diese Professionen tragen durch ihre spezifischen und einzigartigen Kernkompetenzen dazu bei, dass das Gesundheitssystem erfolgreich sein, d.h. den Menschen heilen kann.

Allerdings führt jede Differenzierung und Spezialisierung der Gesundheitsberufe auch zu einer Abgrenzung jeder einzelnen Disziplin gegenüber allen anderen Disziplinen. Das ist zunächst sachlich und fachlich begründet: Jede Profession hat ihre eigene Kernkompetenz, ihre eigene Sicht auf das (Gesundheits-)Problem und dessen Lösung und eigene Prioritäten in den diagnostischen und therapeutischen Prozessen. So wird ein Orthopäde die Symptomatik von Rückenschmerzen vollkommen anders beschreiben und behandeln als ein Ergo- oder Psychotherapeut, ein Ernährungsberater oder ein Masseur, Podologe oder Akupunkteur – ohne dass aber der eine Recht und der andere Unrecht hätte. Im Gegenteil: Das Zusammenspiel der Perspektiven und Interventionen sichert Erfolg und Effizienz des Gesundheitssystems – sofern die Professionen tatsächlich zusammenspielen. Dies ist aber leider nur selten in dem erwünschten und notwendigen Ausmaß gegeben.

Denn Spezialisierung und Differenzierung führen auch zu Abgrenzungstendenzen, die keinerlei fachliche, sondern eine sozialpsychologische Basis haben. Die einzelnen Professionen verhalten sich wie jede Gruppe: Sie grenzen sich gegenüber anderen Gruppen ab, indem sie die eigene Gruppe auf- und die andere Gruppe abwerten, insbesondere hinsichtlich Professionalität und Kompetenz.

Und so entstehen die Friktionen innerhalb des Gesundheitswesens, die sicherlich jeder Bürger aus eigener Anschauung kennt: Die Professionen arbeiten nicht miteinander, sondern oftmals gegeneinander. Sie entwerfen nicht gemeinsame Behandlungspläne, die aus einer ganzheitlichen, interdisziplinären Sicht auf den Fall resultieren, sondern isolierte Interventionen aus der eigenen disziplinären Perspektive heraus. Sie sprechen selten direkt miteinander, sondern verfassen Verschreibungen und knappe Notizen oder lassen gar die Patientin oder den Patienten Informationen „ausrichten“.

Dies hat sicherlich zum einen mit dem Unwissen über die Leistungsfähigkeit und Kompetenz der jeweils anderen Professionen zu tun, aber vielfach auch schlicht mit dem Unwillen, sich damit überhaupt zu befassen. Denn die Kompetenz anderer Disziplinen ist immer auch eine potenzielle Bedrohung für die eigene Disziplin, deren Selbstverständnis und deren Selbstwert. Und sicherlich geht es

in diesem Zuge auch um ökonomische Werte, d.h. um den Zugang zu den Ressourcen des Gesundheitssystems.

Diesen Effekt der gegenseitigen Abgrenzung durch Ablehnung finden wir schon innerhalb der Berufe, so z.B. zwischen Alten- und Krankenpflege, zwischen Internisten und Chirurgen, zwischen Psychoanalytikern und Verhaltenstherapeuten. Stärker aber noch ist die Sprachlosigkeit und Feindseligkeit zwischen den Professionen selbst: Kranken-/Altenpflege versus Ärzteschaft versus Psychologie versus Somatotherapie versus Alternative Verfahren und so weiter.

So erklärbar und verständlich diese Effekte der interprofessionellen Abgrenzung auch sind, so wenig sind sie doch hinnehmbar. Denn an der harten Schnittstelle zwischen den Professionen wird die Gesundheit der Patientenschaft aufs Spiel gesetzt. Wenn die Akteure des Gesundheitswesens aufgrund sozialpsychologisch bedingter Ingroup-Outgroup-Effekte nicht in der Lage sind, miteinander zu kommunizieren und miteinander zu arbeiten, dann hat unser Gesundheitssystem ein Qualitäts- wie auch ein Kostenproblem – mit erheblichen Risiken für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.

Das Problem ist dabei nicht akademisch zu lösen. Es wird darauf ankommen, die Akteure, die Menschen, zusammenzubringen. Die Abwertung der Outgroup wird solange bestehen bleiben, wie sich die einzelnen Fachdisziplinen und Professionen als je eigene, abgeschottete Gruppe im Gesundheitssystem betrachten. In Zukunft wird es darauf ankommen müssen, dass die Gesundheitsdienstleister gemeinsam an einem Fall arbeiten und sich darüber als Gruppe definieren! Erst dann werden sich die interdisziplinären Ablehnungstendenzen auflösen.

Gelingen kann diese Vision nur durch das Sammeln von Erfahrungen im multiprofessionellen Austausch. Jede Akteurin und jeder Akteur muss es selbst erlernen und erleben, wie eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit anderen Professionen zu gestalten ist und welche Effekte für Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens davon ausgehen können. Es ist daher von immenser Bedeutung, die akademische Diskussion um Multiprofessionalität zu beenden und die konkrete Zusammenarbeit der Akteurinnen und Akteure vor Ort zu beginnen.

Im westlichen Münsterland haben sich daher bereits vor einiger Zeit niedergelassene Ärzte, Vertreter aus Krankenhäusern, der Altenhilfe und der ambulanten Krankenpflege sowie Physiotherapeuten zu einem Leistungsnetzwerk zusammengeschlossen, das sich die bessere Versorgung demenziell Erkrankter sowie die Förderung von Demenzprävention und -früherkennung zum Ziel gesetzt hat. Das 2016 gestartete Projekt GEMEINSAM führt diese Initiative fort und erweitert sie.

Das Münsterländer Memorandum

Im Jahr 2014 wurde von der oben beschriebenen Initiative im Westmünsterland mit dem sogenannten Münsterländer Memorandum (siehe Folgeseite) erstmals niedergelegt, wie eine solche professi-

onsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen konkret aussehen könnte. In dieser Erklärung wurden verbindliche Regeln zur Zusammenarbeit und zum Miteinander der Professionen entwickelt. Die Unterzeichner des Memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten und in ihrem Arbeitsumfeld die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Kolleginnen und Kollegen sich entsprechend verhalten.

Hunderte Fachleute verschiedenster Professionen aus der Region Westmünsterland haben das Memorandum bereits unterschrieben. Das Projekt GEMEINSAM hat sich zur Aufgabe gemacht, diese Initiative in das ganze Land NRW zu tragen.

Das Projekt GEMEINSAM ruft daher alle Akteure des Gesundheitswesens auf, an der Modernisierung des Gesundheitswesens mitzuarbeiten. Unterschreiben Sie das Münsterländer Memorandum, verfolgen Sie die Ziele in Ihrem eigenen Wirkungskreis und setzen Sie ein Zeichen für ein Gesundheitssystem der Zukunft!

Die Unterschrift ist möglich auf unserer Website www.gemeinsam-nrw.de.



Gemeinsam für Verantwortung

„Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem“

Münsterländer Memorandum

„Nur mit einem Gesundheitssystem, bei dem der Mensch mit seinen Bedürfnissen im Mittelpunkt steht, werden wir in Zukunft eine gute Versorgung sicherstellen können. Wir benötigen eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit und multiprofessionelle Teams aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit unterschiedlichen Qualifikationen.“

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens am 24. September 2013
in einer Rede an der Hochschule für Gesundheit in Bochum

Interdisziplinarität, Multiprofessionalität, sektorübergreifende Zusammenarbeit: Diese Themen stehen in vielen Branchen mit Recht ganz oben auf der Agenda. Das Gesundheitssystem zeigt hier allerdings Nachholbedarf.

Denn es gibt wohl kaum eine Branche, die ähnlich starre und ab- wie ausgrenzende Professionsstrukturen vorweist wie die Gesundheitsbranche. Berufe sind in einer strengen Hierarchie geordnet, teils auf rechtlicher Basis, teils durch faktische Machtausübung. Die gegenseitige Wertschätzung zwischen diesen Hierarchieebenen ist ebenso gering wie die zwischen Berufen „auf gleicher Ebene“. Und selbst die Anerkennung der jeweiligen Fachkompetenzen und des beruflichen Erfahrungsschatzes der anderen Disziplinen ist kein Merkmal der Berufskulturen.

All diese Vorbehalte und Grenzziehungen führen zu einer Abschottung der Disziplinen voneinander und einer gestörten Kommunikation untereinander. Manchmal scheint es, dass der Patient der einzige Akteur im Gesundheitswesen ist, der mit allen involvierten Professionen spricht – und oft genug ist er die Kommunikationsbrücke zwischen den

ärztlichen, therapeutischen und pflegenden „Dienstleistern“. Statt die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen zu verbessern und zu intensivieren wird zunehmend den betroffenen Patientinnen und Patienten oder den Angehörigen die aktive Verantwortung für das effiziente Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgebürdet.

Dies ist eine für uns alle nicht mehr länger hinzunehmende Situation!

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums fordern einen gemeinsam von allen Akteurinnen und Akteuren getragenen neuen Verhaltenskodex innerhalb des deutschen Gesundheitssystems, der die partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Professionen unter Berücksichtigung der fachlichen Kompetenz auf Augenhöhe zum Wohl der Patientinnen und Patienten zum Ziel hat.

Diese Zusammenarbeit muss sich auf gegenseitigen Respekt und gegenseitige Wertschätzung aller Akteurinnen und Akteure des deutschen Gesundheitswesens gründen.



Gemeinsam für Verantwortung

Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit

Präambel

Die unterschiedlichen Professionen im deutschen Gesundheitssystem haben je eigene, originäre und nicht substituierbare Aufgaben bei der Förderung und dem Erhalt der Gesundheit in Deutschland. Die gemeinsame Verpflichtung aller Berufsgruppen ist das Wohl der Patientinnen und Patienten.

Die Sicherung, Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit aller Menschen in Deutschland erfordern daher die intensive Zusammenarbeit aller Dienstleisterinnen und Dienstleister über Professions- und Hierarchiegrenzen hinweg.

Grundregeln der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

1. Die aktive Verantwortung für die bewusste, intensive und transparente Zusammenarbeit liegt bei den beteiligten Dienstleisterinnen und Dienstleistern selbst.
2. Die Akteurinnen und Akteure sind sich über ihre Rolle im Diagnose- und Behandlungsprozess bewusst und fühlen diese zum Wohle der Patientinnen und Patienten aus.
3. Alle Beteiligten erkennen die Fachkompetenz anderer Berufsgruppen an und gehen wertschätzend miteinander um.
4. Die Kommunikation zwischen den Beteiligten erfolgt direkt und nicht-hierarchisch.
5. Die Beteiligten suchen aktiv die Abstimmung mit den jeweils anderen Professionen.

6. Entscheidungen werden unter Einbezug aller notwendigen Expertise der Beteiligten getroffen.
7. Multiprofessionelle Teams arbeiten auf Augenhöhe zusammen. Die Leitung ergibt sich aus sachlichen und rechtlichen Aspekten.
8. Informationen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben direkt ausgetauscht und rückgekoppelt.
9. Kritik wird direkt konstruktiv geäußert und offen entgegengenommen.
10. Alle Beteiligten arbeiten kontinuierlich und gemeinsam an der Verbesserung der Zusammenarbeit und der Leistungsqualität.

Die Unterzeichnerinnen und Unterzeichner dieses Memorandums verpflichten sich, diese Grundregeln der Zusammenarbeit

- in der eigenen täglichen Arbeit einzuhalten,
- hierfür in ihrem Wirkungskreis die notwendigen Voraussetzungen zu schaffen und
- sich im Rahmen einer öffentlichen Diskussion für die breite Umsetzung des Verhaltenskodex zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit einzusetzen.

Die Unterzeichner fordern zugleich von der Politik, nach Wegen und Möglichkeiten zu suchen, wie die professionsübergreifende Zusammenarbeit qualitativ ausgestaltet und systematisch unterstützt werden kann.



3

DEMENZ: FRÜHERKENNUNG, PRÄVENTION, VER- SORGUNG

Eine Begleiterscheinung des demografischen Wandels – weniger Kinder werden geboren, es gibt mehr ältere und hochaltrige Menschen – ist die Zunahme von Menschen mit Demenz oder anderen altersbedingten kognitiven Beeinträchtigungen. Demenz ist jedoch nicht das Schicksal Einzelner, sondern betrifft viele – in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis, im beruflichen und sozialen Umfeld.

Ziel moderner Ansätze der Demenzprävention und -versorgung ist es, Voraussetzungen für ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz und ihren Familien in ihrem selbstgewählten Sozialraum zu schaffen.

Dieses Kapitel stellt die Erfahrungen von zwei Projekten vor, die sich im Westmünsterland mit dem Thema „inklusive Demenzversorgung“ beschäftigt und dabei die Perspektiven der hausärztlichen Medizin, der Pflege und der Physiotherapie integriert haben. Auf diesen Erfahrungen wird das Projekt GEMEINSAM in den nächsten Jahren aufsetzen und die Konzepte weiterentwickeln.



**„MENSCHEN MIT
DEMENTZ WOL-
LEN IN UNSERER
MITTE LEBEN.“**

**„Menschen mit Demenz wollen in unserer Mitte leben. Und
sie haben ein Recht darauf!“**

Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

**Ministerium für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Wie wollen wir leben?

Stellen wir die uns manchmal unbequeme Frage gleich zu Beginn: Welchen Platz haben in unserer Gesellschaft alte Menschen, vor allem jene mit einer demenziellen Erkrankung?

Wenn wir hierauf eine ehrliche Antwort geben, dann stellen wir fest, dass unsere Gesellschaft des stetigen „Höher – Schneller – Weiter“ Menschen mit Einschränkungen keinen Raum lässt, nicht im Arbeitsleben, nicht auf der Straße, nicht in den kulturellen Einrichtungen und manchmal noch nicht einmal in den eigens geschaffenen sozialen Einrichtungen.

Gerade Menschen mit einer Demenz „passen“ anscheinend nicht in unser Leben, mit ihren Bedürfnissen, ihrer veränderten, verwirrenden Lebensweise. Sie werden oft genug als störend empfunden.

Doch wir täten gut daran, Demenz als selbstverständlichen Bestandteil des Lebens, als „Normalität“ zu betrachten, statt Parallelwelten zu schaffen. Menschen mit Demenz wollen in unserer Mitte leben. Und sie haben ein Recht darauf! Unser Bestreben sollte es sein, gemeinsam und vor Ort zu überlegen, was wir brauchen und wer alles mitwirken muss, damit wir den Aufgaben, vor die uns die älter werdende Gesellschaft stellt, bestmöglich gerecht werden.

Soziale Sicherheit setzt flexible Gestaltung voraus

Dazu gehört auch, den sozialrechtlichen Rahmen nach den Bedürfnissen der Menschen auszugestalten. In unseren Sozialversicherungssystemen zeigt sich immer noch ein Denken, das die Bedarfslagen nur dann anerkennt, wenn sie in die vorgegebenen Strukturen passen. Hier brauchen wir dringend eine Umkehr: nämlich flexible, anpassungsfähige Strukturen, die die sozialen und kulturellen Lebenswirklichkeiten der Menschen aufgreifen. Denn mit der Alterung unserer Gesellschaft wächst das Aufgabenfeld. Bei der Demenz gehen wir derzeit davon aus, dass sich die Zahl der Erkrankten bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird.

Anfang der 1990er Jahre fanden demenzielle Erkrankungen bei den Vorbereitungen der Pflegeversicherung im Leistungskatalog noch keinen Niederschlag. Heute müssen wir sagen: Demenz ist schon lange nicht mehr ein Randaspekt, es ist vielmehr ein Kernthema, im Übrigen nicht nur für die Pflegeversicherung. Umso bedauerlicher ist es, dass es trotz zahlreicher Expertinnen- und Expertenrunden beim Thema Demenz nur schleppend vorangeht. Eine grundsätzliche, umfassende und hinreichende Regelung für die Leistungserbringung bei Demenzerkrankung ist bis heute ein weitgehend unerfüllter Wunsch. Immer wieder wurden nur kleinere Maßnahmen bei Novellierungen der Pflegegesetzgebung auf den Weg gebracht.

Inklusion findet vor Ort statt

Jeder Mensch will selbst entscheiden können, wie, mit wem und wo er lebt und wohnt. Daran ändern weder Alter noch Unterstützungsbedarf etwas. Während junge Menschen ihren Radius stetig erweitern, entscheiden sich die Menschen im Alter häufiger für ihr vertrautes Wohnumfeld, sie wollen „zu Hause bleiben“, ihre im Lauf der Jahre gewachsenen sozialen Bezüge behalten. Das ist bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen nicht anders.

Es zeigt sich also vor Ort, ob wir in einer Gesellschaft leben, die das Alter wertschätzt, die aufmerksam, selbstverständlich und zupackend auf Hindernisse reagiert, die Erfahrungen alter Menschen als Bereicherung empfindet und ihnen einen festen Platz im alltäglichen Leben zuweist.

Wie genau aber muss ein Quartier, ein soziales Umfeld gestaltet sein, damit Menschen, die an einer Demenz erkranken, weiterhin wie gewohnt dort leben können? Welche Rahmenbedingungen brauchen sie? Auf welchen Ressourcen können sie aufbauen? Und nicht zuletzt: Was brauchen die Angehörigen? Wie können wir sie entlasten?

Positiv: Viele einzelne Projekte vor Ort geben Antworten

Die Antworten auf diese Fragen sind vielfältig, weil es so unterschiedliche Quartiere und so unterschiedliche Lebensentwürfe gibt. Es ist deshalb gut, dass sich die Menschen in ihrem Engagement und Ideenreichtum nicht von der Schwerfälligkeit der Systeme entmutigen lassen. Ich bin froh, dass wir mit der „Landesinitiative Demenz-Service“ in Nordrhein-Westfalen einen organisatorischen Rahmen zur Entwicklung einer Infrastruktur bereitstellen konnten, die Demenzerkrankten und den sie betreuenden Angehörigen konkret Hilfe und Unterstützung bringt: 13 Demenz-Servicezentren, nahezu 2.000 niedrigschwellige Angebote, organisierter Wissenstransfer zwischen Wissenschaft und Praxis, Modellförderung durch Land, Bund und Europäische Union für innovative Ansätze – neben den Angeboten zur Entlastung und Unterstützung im Betreuungsalltag bei häuslicher Pflege stand dabei immer das Ziel im Vordergrund, Demenz zu enttabuisieren.

Denn wir brauchen einen offenen Umgang mit dem Thema. Nur so können wir den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in unserem persönlichen Verhalten gerecht werden. Nur so können wir die Unsicherheit gegenüber Demenzerkrankten verringern. Es gibt schon viele positive Beispiele – von Einkaufsläden, Gesundheitszentren, Beratungsbüros. Trotzdem können wir alle täglich neu lernen. Dabei braucht Politik die Unterstützung und die Erfahrung der Bürgerinnen und Bürger, die oft genug einfallsreich und unkonventionell den Brückenschlag zwischen Sozialgesetzbüchern und Alltag vorleben.

Die ganze Palette von Optionen, Ansätzen, Gelegenheiten, die auch in diesem Buch beschrieben werden, zeigt auf, wie wir diesen Weg gemeinsam gehen können. Es sind die Menschen vor Ort, die

vielen hauptberuflichen und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die im konkreten Handeln dazu beitragen, Ideen auf kommunaler Ebene wachsen zu lassen. Sie alle sind Vorbild und geben eine Anregung dafür, was auch anderenorts erreicht werden kann.

B. B. H.



INKLUSIVE DEMENZVERSOR- GUNG

Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz – Strategien inklusiver Demenzversorgung im ländlichen Raum

Matthias Wittland



caritas

PFLEGE & GESUNDHEIT
WEST-MÜNSTERLAND

Eines der Themen, welches die Gesellschaft aktuell und auch weiterhin beschäftigen wird, ist der demografische Wandel. Wurde dieser zunächst häufig in Zusammenhang mit dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel in der Arbeitswelt gesehen, so rücken immer mehr auch die alternde Gesellschaft und das Thema Pflege sowie die ärztliche Versorgung in den Fokus und hiermit einhergehend auch die Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz. Dieses ist kein Wunder angesichts aktueller Daten: Das Bundesministerium für Gesundheit prognostizierte im April 2014, dass sich die Zahl der Demenzerkrankten bis 2030 auf 2,2 Mio. Betroffene erhöhen könnte.

Parallel haben sich die Möglichkeiten der Diagnose und Früherkennung in den letzten Jahren deutlich verbessert, sodass Betroffene in einem immer früheren Stadium der Erkrankung informiert sind. Jedoch hilft diese frühe Erkenntnis nur bedingt, denn neben allen Hilfen im therapeutischen, pflegerischen und ärztlichen Bereich gilt es, die Betroffenen in der Mitte der Gesellschaft zu behalten.

Demenz löst nach wie vor bei den Erkrankten und deren Umfeld Ängste aus und kann zur Abschiebung des Themas in einen medizinischen, pharmakologischen, pflegerischen Randbereich führen. Häufig wird das Thema in die Hand von Fachleuten oder Versorgungseinrichtungen übergeben.

Menschen mit Demenz haben in den jeweiligen Krankheitsstadien nach wie vor sehr unterschiedliche Ressourcen. Sie wollen mitreden und mitgestalten, vor allem, wenn es um ihre eigenen Belange geht. Wichtig ist deshalb, neben der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit die Teilhabe am öffentlichen Leben sicherzustellen.

Durch die 2008 in Kraft getretene und durch die Bundesregierung ratifizierte UN-Konvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, dazu gehören auch Menschen mit Demenz) ist es nunmehr ein gesellschaftlicher Auftrag, die Inklusion und Teilhabe am Leben sicherzustellen. Hier setzte das Projekt „Teilhabe am Leben“ in der Gemeinde Legden im westlichen Münsterland an.

Die Gemeinde Legden, mit den Ortsteilen Legden und Asbeck sowie den umliegenden Bauernschaften, umfasst insgesamt ca. 7.000 Einwohner. Bis 2030 ist mit einer Zunahme des Anteiles der Bewohner ab 60 Jahren von 42% zu rechnen. Dies bedeutet, dass der Bedarf an altengerechten Angeboten in den Bereichen der medizinischen Versorgung, Pflege, Mobilität, des barrierefreien Einkaufens und Wohnens wächst, um die Lebensqualität im Alter zu erhalten und älteren Menschen möglichst lange ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden und vor allem auch in dem gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen.

Die Gemeinde Legden ist mit dem Projekt „ÄLTER werden im ZukunftsDORF – Leben und lernen über Generationen“ Bestandteil der Regionale 2016. Ziel ist es, älteren Menschen mithilfe entsprechender Kompensations- und Begleitstrategien so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im Dorf zu ermöglichen. Handlungsempfehlungen werden in den Bereichen Versorgung, Service und Betreuung, Mobilität, Leben und Lernen entwickelt und anhand von konkreten modellhaften Projekten im

„Zukunftslabor Legden“ umgesetzt. Die gesellschaftliche Integration von demenziell erkrankten Menschen wird dabei als eine der zentralen Zukunftsaufgaben gesehen.

Gerade zu Beginn einer demenziellen Erkrankung versuchen viele Betroffene, ihr „Problem“ vor anderen zu verbergen. Sie reagieren aggressiv oder ablehnend, wenn sie von Angehörigen oder Freunden auf ihre Schwierigkeiten angesprochen werden. Viele demenziell Erkrankte brechen bewusst soziale Kontakte ab und ziehen sich komplett zurück. Dabei können eine frühzeitige Diagnose und eine damit verbundene professionelle Begleitung (medikamentöse Behandlung, gezielte Therapien und Übungen) helfen, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

Mit fortschreitender Krankheit sind Demenzkranke dann immer schlechter in der Lage, sich ihrer Umgebung anzupassen. Ihr Wohlbefinden hängt in hohem Maße davon ab, dass sich die Umwelt auf ihre Beeinträchtigungen einstellt. Diese Anpassung der Umwelt und damit verbunden eine „Teilhabe am Leben“ für demenziell erkrankte Menschen wurde in dem Projekt für das „ZukunftsDORF“ Legden umgesetzt und erprobt.

Die besondere Herausforderung des Projektes bestand darin, der Legdener Bevölkerung einen niedrigschwelligen und einfachen Zugang zu den bestehenden und neu entwickelten Angeboten zu gewährleisten. Bereits jetzt gelingt es vielen Menschen nicht mehr, den Überblick über das bestehende Angebot im Gesundheitswesen zu behalten, um so für sich den richtigen Versorgungs- und Hilfemix zusammenzustellen. Demenzkranke versuchen darüber hinaus häufig, ihren Alltag selbst zu meistern, weil sie das krankheitsbedingte Schwinden ihrer Fähigkeiten nicht erkennen (wollen). Gerade deshalb ist es wichtig, dass Angehörige, Freunde, Nachbarn und sonstige Kontaktpersonen Hilfebedarfe erkennen und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten forcieren.

Vor diesem Hintergrund wurde in Legden eine gemeinsame Beratungsstelle sowie ein Kompetenzteam „Teilhabe am Leben“ initiiert, das die Integration der demenziell erkrankten Menschen in allen Lebensräumen (Wohnen, Einkaufen, Freizeitgestaltung, öffentliches Leben) fördert. Das Kompetenzteam, bestehend aus speziell geschulten Ehrenamtlichen und professionellen Kräften, kümmert sich nicht nur um die Betroffenen, ihre Familien und engen Freunde, sondern wendet sich auch an Nachbarn, Akteure aus dem Gesundheits- und Pflegebereich, Beschäftigte aus Einzelhandel, Restaurants und Cafés sowie öffentlichen Einrichtungen und an Vertreter von (Sport-)Vereinen, Kultureinrichtungen und Verbänden.

Das Team wirkt dezentral und zeichnet sich durch eine Art aufsuchende Hilfe aus, d.h. die demenziell Erkrankten werden von den Teammitgliedern in ihrem persönlichen Umfeld (Vereine, Nachbarschaft, Supermarkt etc.) angesprochen und ermutigt, mit ihrer Erkrankung offensiv umzugehen und Hilfe anzunehmen. Darüber hinaus sensibilisieren die Teammitglieder auch das Umfeld der demenziell Erkrankten für die Krankheit und geben praktische Tipps für den Umgang mit den Erkrankten. Erst durch diese Einbindung des gesamten dörflichen Sozialraums kann eine echte „Teilhabe am Leben“

erreicht werden, die über eine Akzeptanz der Erkrankung im direkten Umfeld der Betroffenen hinausgeht.

Der besondere Vorteil der geplanten Unterstützungsstruktur besteht darin, dass nicht eine einzige, institutionell verankerte Anlaufstelle etabliert wird, sondern dass in Legden ein „Team Teilhabe am Leben“ über die institutionellen – und miteinander konkurrierenden – Strukturen hinweg verankert wird.

Das Kompetenzteam „Teilhabe am Leben“ übernimmt konkret folgende Aufgaben:

- Enttabuisierung des „Angst-Themas“ in allen Bevölkerungsgruppen und in möglichst allen Lebensbereichen (Wohnen, Einkaufen, Freizeitgestaltung, öffentliches Leben),
- Netzwerkarbeit zum Thema Demenz auf lokaler und regionaler Ebene
- Schaffung eines niedrighschwelligen und einfachen Zugangs der Bevölkerung zu Angeboten im Bereich Demenz und Demenzprävention durch individuelle Beratung sowie durch Schulung und Training,
- Einbindung Demenzkranker in das soziale Leben und Schaffung der Möglichkeit zum Verbleib im gewohnten sozialen Umfeld durch direkte Vermittlung in das jeweils passende und richtige Angebot,
- Management des schrittweisen Übergangs in professionelle Pflegestrukturen.

Auf diesen Arbeiten baut das Projekt GEMEINSAM auf, in dem die Akteure der Vorläuferinitiative „Teilhabe am Leben“ wieder eine zentrale Funktion einnehmen.



DEMENZFRÜHER- KENNUNG UND -PRÄVENTION

„Gesund älter werden“ – Demenzfrüherkennung und -prävention aus ärztlicher Sicht

Volker Schrage, Bernd Balloff



**Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND**

Die Sicherung der Lebensqualität älterer Menschen wird vor allem dann zu einer belastenden Aufgabe für ihr gesamtes Umfeld, wenn zu den „normalen“ altersbedingten Einschränkungen geriatrische Erkrankungen wie die Demenz hinzukommen. Das Krankheitsbild Demenz ist aus medizinischer Sicht gut erforscht, Diagnose- und Therapieverfahren stehen seit langem ebenso zur Verfügung wie das sozialmedizinische Wissen über die Entstehungs- und Bedingungsbeziehungen. Während aus medizinischer wie auch gesellschaftlicher Perspektive der Behandlung und Betreuung von Demenzpatienten also breiter Raum gegeben wird, finden sich in den Bereichen Früherkennung und Prävention bislang viel zu wenige Ansätze.

Demenz ist eine alterskorrelierte neurodegenerative Erkrankung, die sich in der Regel ab der siebten Lebensdekade mit wahrnehmbarer Symptomatik manifestiert und deren Häufigkeit in der Bevölkerung ab diesem Lebensalter auch exponentiell ansteigt. Die Folgen von altersbedingter Demenz beinhalten unter anderem Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit, des Erlebens und des Verhaltens der Betroffenen. Die Krankheit ist nicht reversibel.

Projekte und Anwendungen im Bereich der Intervention, also des Eingriffes in den bestehenden Krankheitsverlauf zur Symptomlinderung und der Förderung eines besseren Umganges mit den Krankheitsfolgen, sind weit verbreitet. Der Bereich der Früherkennung und Prävention von Demenz stellt sich in Deutschland und vor allem im ländlichen Raum jedoch aktuell stark unterentwickelt dar.

Zwei Faktoren sind in diesem Bereich von entscheidender Bedeutung: Zum einen ermöglicht die Fokussierung der ganzheitlichen Betrachtung eines Patienten die Einbeziehung von Risikofaktoren demenzieller Erkrankungen. So können primärpräventiv spezielle Risikofaktoren der Krankheit bewusst reduziert werden, um ein Eintreten der Demenz zu verhindern oder hinauszuzögern (Prävention). Dies kann z.B. ganz simpel durch kognitives Training und spezielles Bewegungstraining erfolgen. Zum anderen kann durch das frühe Erkennen der Diagnose „Demenz“ (Früherkennung) sekundärpräventiv die Aufschiebung des Symptomeintritts oder bei bereits vorhandenen Symptomen die Linderung eben dieser erarbeitet werden.

Das Projekt „Gesund älter werden“

Diese Maßnahmen der Früherkennung und Prävention waren zentraler Gegenstand des Projektes „Gesund älter werden“. Das übergeordnete Ziel war die Verbesserung und Effektivitätssteigerung der regionalen medizinischen Versorgungssituation im Bereich Früherkennung, flankiert durch eine systematische Präventionspolitik.

Das Projekt bestand aus zwei Bausteinen: Zum einen wurde ein Kompetenz- und Qualitätsnetzwerk Demenz mit systematisch ausgewählten, regionalen medizinischen bzw. gesundheitswissenschaftlichen Kooperationspartnerinnen und -partnern aufgebaut, das sowohl die Programmentwicklung und -umsetzung verantwortet als auch die nachhaltige Stabilität des Netzwerks sicherstellt. Als Partnerin-

nen und Partner wurden dabei Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner und andere relevante Fachärztinnen und Fachärzte aus der Region, aber auch zahlreiche Gesundheitsdienstleisterinnen und -dienstleister gewonnen, die über gute Zugänge besonders zu entsprechenden Risikogruppen verfügen. Die Koordinierungsstelle für das „Kompetenznetzwerk Demenz“ wurde im Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden eingerichtet.

Zum anderen wurde – als zweiter Baustein des Projektes – ein Handlungsleitfaden für die konkrete Praxis entwickelt, der als verbindliche Grundlage die regionale Umsetzung des Programms inhaltlich steuert und dessen Qualität sicherstellt. Der Handlungsleitfaden umfasst wissenschaftlich abgesicherte Leitlinien und Qualitätskriterien, Verfahrensweisen und Instrumente sowie eine Anleitung und Vereinbarung zur Sicherstellung der erforderlichen Zusammenarbeit und des Informationsaustausches.

Im westlichen Münsterland fehlen – wie generell im ländlichen Raum – sowohl Fachärzte als auch physiotherapeutische Angebote, die sich auf das Thema Demenzfrüherkennung spezialisiert haben. Die Eigenschaften der Hausärzte, d.h. die Spezialisierung auf die Familienmedizin und die genaue Kenntnis des sozialen Umfeldes ihrer Patientinnen und Patienten, könnten sie aber zu dem zentralen „Anker“ für Demenzfrüherkennung und -prävention machen. Nicht nur können sich Betroffene und deren Angehörige an die behandelnden Hausärzte wenden, es können auch die sozialen und familiären Ressourcen der/des Betroffenen von Seiten des Arztes aus aktiviert werden.

Das Projekt wurde – anders als viele andere Initiativen – „von unten nach oben“, d.h. ausgehend von den Akteurinnen und Akteuren vor Ort, entwickelt. Ein weiteres wichtiges Merkmal von „Gesund älter werden“ ist die Betonung und tatsächliche Umsetzung von Interdisziplinarität. Ein Demenzpatient wird hier fachübergreifend nicht nur von ärztlicher Seite versorgt, sondern auch von physio- und ergotherapeutischer Seite. Diese professionsübergreifende Zusammenarbeit ist dabei nicht trivial, sondern sehr voraussetzungsreich und in unserem hochspezialisierten und extrem arbeitsteiligen Gesundheitssystem eher selten zu finden. Zum Wohle des Patienten ist sie aber unabdingbar.

Das Projekt leistete damit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität und der Versorgungsbreite für die Zielgruppe der demenziell Erkrankten und Demenzgefährdeten und ergänzt damit die weiteren regionalen Initiativen, allen voran das Projekt „Teilhabe am Leben“, mit dem enge Kooperationsbeziehungen und Abstimmungsprozesse gepflegt wurden.

Durch den Aufbau neuer, qualitativ hochwertiger Versorgungsstrukturen wurden letztendlich auch neue Kompetenzen der Beschäftigten im Gesundheitswesen aktiviert und eine neue Form der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure etabliert. Eine moderne, vernetzte, interdisziplinäre Versorgungsstruktur stellt vielleicht auch ein attraktiveres Betätigungsfeld für jüngere Beschäftigte aus dem Pflege- und Gesundheitsbereich und für junge Ärztinnen und Ärzte dar. Dies ist insbesondere im Hinblick auf den mittlerweile dramatischen Fachkräftemangel im ländlichen Raum von erheblicher Bedeutung.

Das Projekt stellt alle Ergebnisse für einen breiten Transferprozess zur Verfügung, denn das Ziel ist es, die bereits gemachten guten Erfahrungen der professionsübergreifenden Zusammenarbeit zu kommunizieren und Initiativen an anderen Orten und zu anderen Themen zu inspirieren und zur Nachahmung anzuregen.

So werden diese zentralen Erfahrungen im Projekt GEMEINSAM aufgenommen und weitergeführt. Die Akteure von „Gesund älter werden“ treten somit in die nächste Phase der Zusammenarbeit ein, in der der Wirkungskreis erweitert und die Effektivität gesteigert werden sollen.



DEMENZPRÄVEN- TION DURCH PHY- SIOTHERAPIE

**Bewegungsorientierte Ansätze zur Einflussnahme auf das
Krankheitsbild Demenz**

Fanny Natzschka, Stefan Wittland, Horst Mehlhose

Gesundheitszentrum
Westmünsterland GmbH



Wird die Diagnose Demenz gestellt, ist das für die Betroffenen und ihre Angehörigen oftmals ein Schock. Und obwohl Demenzerkrankungen bisher nicht heilbar sind, können sie doch behandelt werden. Nach der Diagnose muss so schnell wie möglich ein umfangreiches Therapieprogramm aufgestellt werden, um die Krankheit positiv zu beeinflussen. Immerhin kann durch gezielte Maßnahmen das Fortschreiten der Symptome verlangsamt werden. Somit wird ermöglicht, dass Betroffene so lange wie möglich in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld leben und die Belastungen für pflegende Angehörige möglichst gering gehalten werden.

Nicht-medikamentöse Therapien stehen dabei immer mehr im Vordergrund. Sie können die geistigen und körperlichen Ressourcen aktivieren und die Lebensqualität erhöhen. Gerade die sogenannten „activities of daily life“ (ADL), also die eigenständige Lebensführung, basieren auf körperlicher Leistungsfähigkeit. Dazu gehören das für gesunde Menschen so normale Gehen, Treppensteigen oder Aufstehen von einem Stuhl. Ist die Muskulatur zu schwach, fallen die körperlichen Aktivitäten immer schwerer und die eigenständige Lebensführung wird unmittelbar gefährdet. Grund für die immer schwächer werdende Muskulatur ist die mangelnde Bewegung älterer Menschen. Dadurch bilden sich die Muskulatur und die motorischen Fähigkeiten wie Kraft und Koordination zurück. Offensichtlich wird das durch ein unsicheres und schwankendes Gangbild, durch Fehlversuche beim Aufstehen oder – im schlimmsten Fall – durch Stürze (bei an Demenz erkrankten Menschen ist das Sturzrisiko um ein Dreifaches höher!). Auch alltägliche Angelegenheiten wie Haare kämmen, anziehen oder waschen können dadurch zum Problem werden.

Durch Kraft- und Koordinationstraining kann dem Abbau der Muskulatur entgegengewirkt werden. Durch gezielte Kräftigungsübungen für die Beine, den Rumpf und den Schultergürtel sowie Gleichgewichtsübungen als Sturzprophylaxe kann die allgemeine Fitness erhalten bzw. gesteigert werden. Somit haben ältere Menschen die nötige Sicherheit, sich auch ohne Hilfe fortzubewegen und ihren Alltag selbstständig zu führen.

Eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien belegt, dass gezieltes Kraft- und Gleichgewichtstraining positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat. Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz reagieren auf körperliches Training mit verbesserter Motorik und einer besseren körperlichen Leistungsfähigkeit. Bei ausreichender Trainingsintensität ist sogar bei über 80-jährigen Personen eine Steigerung der Kraft um über 100% innerhalb von drei bis sechs Monaten möglich. Darüber hinaus werden auch die kognitiven Leistungen und das psychische Befinden positiv beeinflusst.

Grundlage sollte also in jedem Fall ein umfangreiches individuelles Krafttraining sein, bei dem vor allem die Muskelgruppen trainiert werden, die im Alltag eine wesentliche Rolle spielen. Ob das Training an Geräten oder mit dem eigenen Körpergewicht erfolgt, hängt von der körperlichen Grundvoraussetzung des einzelnen Patienten ab. Ergänzt werden kann das Krafttraining durch ein abwechslungsreiches koordinatives Training mit instabilen Unterlagen, weichen Materialien und wackeligen Untergründen. Dabei werden u.a. Reaktion, Gleichgewicht und Orientierungsfähigkeit trainiert. Das komplette Trainingsprogramm wird von einem Trainer oder einem Therapeuten angeleitet und betreut.

Durch spielerisches Lernen in Gruppen kann hingegen sehr gut die kognitive Aktivität gefördert werden. Durch den Einsatz von Musik, Kleingeräten oder Alltagsgegenständen werden mehrere Sinne gleichzeitig angesprochen. Auch Denkspiele oder das Einbeziehen von körperlicher Bewegung kann den Trainingserfolg erhöhen. Bei Letzterem kann die Bewegung auch im Sitzen stattfinden, sodass gehbehinderte Patienten die Möglichkeit haben, zumindest Rumpf und Arme zu trainieren, zumal man davon ausgehen muss, dass das Ausgangsniveau bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit der Teilnehmenden sehr unterschiedlich ist. Der Vorteil von Gruppentraining liegt nahe: Die Atmosphäre wirkt sich positiv auf die Teilnehmenden aus und zieht auch den Schwächsten in der Gruppe mit.

Das Gesundheitszentrum Westmünsterland bietet mit den Abteilungen Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und medizinische Trainingstherapie viele Möglichkeiten, um in enger Verstrickung miteinander für die ganzheitliche Versorgung von Patienten mit Demenz da zu sein. Dank langjähriger Erfahrung mit geriatrischen Patienten und in Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erstellen die Therapeuten des Gesundheitszentrums Westmünsterland interdisziplinäre Behandlungskonzepte.

Ein bereits bestehendes Angebot für die Zielgruppe bildet z.B. die Hockergymnastik. Dieser Kurs greift die Möglichkeit auf, in einer Gruppe zu trainieren, um die positive Dynamik für die Teilnehmer wie oben beschrieben zu nutzen. Selbstverständlich ist auch die medizinische Trainingstherapie eine Option, die Muskeln und das Herz-Kreislauf-System zu trainieren. Die Trainerinnen und Trainer bieten ausreichend Hilfestellungen an, um auch älteren Mitmenschen die Möglichkeit zu geben, an den Geräten zu trainieren. In diesem Falle kann ein sehr individuelles Training erfolgen, welches unter anderem die Themen Sturzprophylaxe oder ADL behandelt. Nicht zuletzt haben die Teilnehmer eines solchen Bewegungsangebotes die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und beim Spaß am Sport einfach mal von ihrem Alltag abzuschalten.

Im Projekt „Teilhabe am Leben“ wurden in Zusammenarbeit mit den in das Projekt eingebundenen lokalen Akteuren Bewegungsangebote für Demenzerkrankte und ihre Familien entwickelt. Ideen wie Walkinggruppen, therapeutisches Reiten, Fußball für Betroffene und ihre Enkel oder Bewegungsangebote in gewohnter Umgebung wurden so in Kooperation verschiedener Träger umgesetzt.

So tragen auch die physiotherapeutischen Angebote dazu bei, Voraussetzungen zu schaffen, die ein möglichst selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Demenz möglich machen.



4

LOKALE ANSÄT- ZE DER DEMENZ- VERSORGUNG

Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist auf Strukturen in einem funktionierenden Sozialraum angewiesen. Nachbarschaftliche Hilfe, die Versorgung von Demenzbetroffenen unter Einbezug ehrenamtlicher Strukturen, aber auch die Aufklärung des gesamten Sozialraums über den Umgang mit Demenz sind hier Voraussetzungen für die Sicherung der Teilhabe am Leben für Menschen mit Demenz.

Auch die professionsübergreifende Zusammenarbeit wird – wenn sie denn stabil funktionieren soll – in engeren sozialen Bezügen stattfinden. Die Überwindung von Grenzen zwischen den Disziplinen des Gesundheitssystems erfordert Nähe und das persönliche Kennenlernen, um Vorbehalte abzubauen und Konkurrenzen zu beenden.

In diesem Kapitel werden verschiedene Konzepte und Vorgehensweisen lokaler Ansätze der Demenzversorgung vorgestellt, die im Westmünsterland entwickelt und erprobt wurden. Verschiedenste Akteurinnen und Akteure schildern dabei ihre Beiträge und Erfahrungen der Zusammenarbeit bei der Demenzversorgung.



SENSIBILISIERUNG IM QUARTIER

**Sensibilisierungsstrategien im Quartier: Erfahrungen aus der
Projektarbeit**

Christiane Weiling



medien bildung politikberatung

Sensibilisierungsstrategien im Quartier verfolgen das Ziel, Menschen in einem räumlich abgegrenzten Bereich bestimmte Sachverhalte oder Probleme bewusst zu machen und sie im Idealfall dafür zu gewinnen, an der Entwicklung von Problemlösungen mitzuarbeiten.

Im „Masterplan altengerechte Quartiere.NRW“ heißt es im Vorwort von Frau Ministerin Barbara Stefens: „Quartier – das ist fast immer die Nachbarschaft, der unmittelbare Lebensraum, der gerade im Alter, wenn die Lebenskreise kleiner werden, an Bedeutung gewinnt. Quartier – das sind die persönlichen Netzwerke, die zu mehr Lebensqualität für die Menschen beitragen.“ Dabei spielt es keine Rolle, ob sich dieser unmittelbare Lebensraum mitten in der Großstadt oder auf dem Dorf befindet. Die Art und vielleicht auch die Intensität der persönlichen Netzwerke unterscheiden sich; sie sind aber überall vorhanden.

Was bedeutet das für Sensibilisierungsstrategien im Quartier? Zunächst einmal ist es wichtig, dass die Menschen, die im Quartier leben oder arbeiten, diejenigen sind, die im Fokus aller Aktivitäten stehen. Eine Sensibilisierung – für welches Thema auch immer – wird keinen Erfolg haben, wenn man Vorhandenes nicht berücksichtigt und nicht darauf aufbaut. Bei jeder Sensibilisierungskampagne muss es darum gehen, vorhandene Stimmungen aufzunehmen, sie zu verstärken oder auch abzuschwächen. Sensibilisierungskonzepte, die am grünen Tisch entwickelt werden und Bestehendes ignorieren, werden vor Ort nur eine geringe Akzeptanz finden.

Das bedeutet für Projektakteurinnen und -akteure, dass sie sich zunächst mit den Strukturen im Quartier auseinandersetzen müssen. Es gilt, wichtige Gruppen, Meinungsbildner und Multiplikatoren zu identifizieren und Kontakte zu ihnen zu knüpfen. Die Menschen im Quartier müssen dort abgeholt werden, wo sie gerade stehen. Das kann in einem Projekt dazu führen, dass geplante Projektbausteine modifiziert, im Extremfall sogar komplett verändert oder über Bord geworfen werden müssen, weil sie mit der aktuellen Situation im Quartier nicht kompatibel sind. Häufig gibt es nicht vorhersehbare Entwicklungen im Quartier, die dazu führen, dass zwischen der Planungs- und der Realisierungsphase eines Projektes massive Veränderungen oder Stimmungsumschwünge im Quartier eintreten, die bei der weiteren Arbeit berücksichtigt werden müssen.

Auch im Projekt „Teilhabe am Leben“ sahen sich die Projektverantwortlichen mit einer solchen Situation konfrontiert: Aufgrund verschiedener Pressemeldungen und Diskussionen im Gemeinderat sowie in der breiten Öffentlichkeit herrschte eine skeptische Stimmung in der Gemeinde. Viele Einwohnerinnen und Einwohner hatten Angst, dass sich Legden zu einem Alten- oder Demenzdorf entwickeln könnte und die Interessen der jüngeren Bevölkerung zukünftig nicht ausreichend berücksichtigt würden. Die Projektverantwortlichen nahmen diese Stimmung ernst und legten den Fokus der Angebote und Projektaktivitäten nicht primär auf die demenziell Erkrankten, sondern vor allem auch auf deren Familien (berufstätige Angehörige, Kinder und Enkelkinder) sowie auf Nachbarn, Freunde und Kolleginnen und Kollegen.

Um solche Stimmungen wahrzunehmen und aufgreifen zu können, müssen sich die Projektverantwortlichen selbst ins Quartier begeben, Menschen treffen und Vertrauen aufbauen. Am einfachsten gelingt das, wenn man auf lokale „Mittler“ zurückgreifen kann, die den Weg ins Quartier ebnen. Im Projekt „Teilhabe am Leben“ gab es diese Mittler: Der im Projekt eingebundene Bürgermeister sowie eine Mitarbeiterin der Caritas Pflege & Gesundheit, die in Legden wohnt und arbeitet, kannten die Strukturen vor Ort sehr gut, führten viele persönliche Gespräche und sorgten so dafür, dass erste Kontakte des Projektes zu wichtigen Akteuren aus dem Quartier aufgebaut werden konnten.

Im nächsten Schritt geht es dann darum, mit diesen „Mittlern“ relevante Gruppen zu definieren, für die das Thema der Sensibilisierung von Interesse sein könnte. Im Projekt „Teilhabe am Leben“ waren dies Angehörige, professionelle Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen, Vereine und Verbände, Schulen und Kindergärten sowie der Handel. Wichtige Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Gruppen wurden im Rahmen der Sensibilisierungsaktivitäten zusammengebracht, um persönliche Berührungspunkte zum Thema zu schaffen und um Hemmschwellen und Ängste abzubauen. Dies erfolgte im Rahmen von sogenannten Ideenschmieden .

Diese Ideenschmieden wurden als Instrument zur Reduzierung vorhandener Ängste und Vorbehalte gegenüber dem Thema Demenz genutzt. Ziel war es, zentrale Akteursstrukturen des Quartiers in einer Gruppensituation anzusprechen, vom Sinn des Projektes zu überzeugen und in den weiteren Projektverlauf konkret und aktiv einzubinden. Dies sollte sich im Sozialraum herumsprechen, sodass sich daraus sukzessive ein erster Meinungsumschwung im Quartier ergeben könnte.

Um für eine möglichst breite Akzeptanz der Ideenschmieden im Quartier zu sorgen und eine positive Mund-zu-Mund-Propaganda zu forcieren, wurden zunächst Ideenschmieden mit den Gruppen durchgeführt, die am einfachsten zu erreichen waren und die die meisten Berührungspunkte zum Thema hatten. Im Projekt „Teilhabe am Leben“ war dies die Gruppe der Angehörigen von demenziell Erkrankten. Die Gruppe der Schulen und Kindergärten, die bezüglich des Themas Demenz als eher schwierig eingestuft wurde, wurde bewusst erst zu einem relativ späten Zeitpunkt zu einer Ideenschmiede eingeladen.

Aus den Ideenschmieden heraus entwickelten sich Ansätze für eine mögliche Mitarbeit der Teilnehmenden im Projekt. Der Einstieg in die Projektbeteiligung erfolgte auch hier wieder möglichst niedrigschwellig und aufbauend auf bestehenden Aktivitäten und Angeboten sowie Interessen der verschiedenen Akteurinnen und Akteure.

Erst nach diesen Vorarbeiten sollte die eigentliche „Sensibilisierungskampagne“ im Quartier durchgeführt werden. Sind wichtige Gruppen aus dem Quartier überzeugt und für ein Thema gewonnen, kann es gelingen, eine breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit unter Beteiligung möglichst vieler unterschiedlicher Gruppen und Akteurinnen und Akteure erfolgreich durchzuführen.

Diese sensible und akteurszentrierte Vorgehensweise des Projektes erbrachte große und nachhaltige Erfolge. Alle wichtigen Akteurinnen und Akteure des Quartiers wurden nicht nur erreicht, sondern konkret und aktiv einbezogen. Hieraus lassen sich einige Erfahrungswerte ableiten, die auch anderen Projekten, die Quartiersstrukturen aktivieren wollen, dienlich sein können:

- Vorhandene Angebote müssen berücksichtigt und weiterentwickelt werden. Es geht nicht darum, die Ideen von Projektverantwortlichen ins Quartier zu tragen, sondern Stimmungen und Ideen aus dem Quartier aufzunehmen, zu unterstützen und zu verstärken.
- Wo immer es möglich ist, sollten die entwickelten Angebote und Unterstützungsleistungen auch anderen Gruppen zugute kommen (attraktive Spazierwege oder verkehrsberuhigte Bereiche für demenziell Erkrankte werden beispielsweise auch vom Rest der Bevölkerung gerne angenommen).
- Vor dem Start einer Sensibilisierungskampagne müssen wichtige Akteurinnen und Akteure ins Boot geholt werden. Deren Meinungen und Ideen müssen bei der weiteren Arbeit berücksichtigt werden, auch wenn sie dem ursprünglichen Konzept der Projektverantwortlichen widersprechen. Die Meinungsbildner im Quartier sind diejenigen, die maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg jeder Sensibilisierungskampagne haben.
- Nicht jeder möchte sich mit dem Thema der Sensibilisierungskampagne beschäftigen. Das sollte respektiert werden! Wenn im Quartier der Eindruck entsteht, die Bevölkerung vor Ort soll indoktriniert werden, ist eine Sensibilisierungskampagne zum Scheitern verurteilt.
- Es muss deutlich gemacht werden, dass auch andere Interessen in der Prioritätensetzung des Quartiers wichtig sind und dass diese zukünftig ebenfalls berücksichtigt werden.

Die Erfahrungen aus dem Projekt „Teilhabe am Leben“ zeigen: Die Aktivierung eines Quartiers ist auch für angstbesetzte und tabuisierte Themen möglich – aber nicht von außen, sondern nur durch die Arbeit in und mit dem Quartier.



SENSIBILISIERUNG DER ÖFFENTLICH- KEIT

Enttabuisierung des Themas Demenz – Ein Konzept zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Birgit Leuderalbert



caritas

PFLEGE & GESUNDHEIT
WEST-MÜNSTERLAND

Nach wie vor ist Demenz ein Thema, über das nicht gerne gesprochen wird. Ein Tabuthema, begleitet von Angst, Scham und Unsicherheit bei Betroffenen und dem sozialen Umfeld. Die Erkrankung wird oftmals allein mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und kognitiven Abbauprozessen verbunden. Nur wenige Betroffene haben aus Angst vor Ausgrenzung und „Entrechtung“ den Mut, sich öffentlich zu ihrer Krankheit zu bekennen. In der Folge ziehen sie sich aus ihrem sozialen Umfeld zurück und mit ihnen nicht selten ihre direkten Angehörigen. Gleichermäßen wissen Angehörige, Freunde und Bekannte oftmals nicht, wie sie mit den Veränderungen bei Menschen mit Demenz umgehen können und meiden ihrerseits den Kontakt. Ein Teufelskreis, an dessen Ende nicht selten die Isolation der erkrankten Personen und deren Familien steht.

Beschäftigt man sich mit der Teilhabe für Menschen mit Demenz, dann sind Aufklärung und Information zum Thema Demenz wesentliche Voraussetzungen dafür. Demenz ist nicht das Schicksal einzelner Betroffener, sondern betrifft jeden von uns – in der Familie, im Freundes- oder Bekanntenkreis, im beruflichen und sozialen Umfeld. Vor diesem Hintergrund war ein wesentliches Handlungsfeld im Projekt „Teilhabe am Leben“ die Entwicklung eines Konzepts zur Sensibilisierung der breiten Öffentlichkeit und zur Enttabuisierung der Erkrankung. Zielsetzung eines solchen Konzepts ist es, der Erkrankung Demenz den Schrecken zu nehmen, die Vielfältigkeit von Menschen mit Demenz darzustellen, sie nicht allein auf ihre kognitiven Defizite zu beschränken sowie ein Bewusstsein in der Gesellschaft zu schaffen, dass Demenz uns alle angeht.

Ein solches Konzept zur Sensibilisierung kann jedoch nur dann Erfolg versprechen, wenn es auf die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen vor Ort zugeschnitten ist. Die Inhalte müssen zu den Bürgerinnen und Bürgern in der Kommune passen. Hier unterscheidet sich eine kleine und ländliche Kommune wie die Gemeinde Legden mit rund 7.000 Einwohnern naturgemäß von größeren Städten.

Daher wurden unterschiedliche Netzwerkpartner aus Haupt- und Ehrenamt im Rahmen von „Ideenschmieden“ frühzeitig eingebunden. Im Rahmen der Ideenschmieden bestätigte sich die Annahme, dass Information und Aufklärung rund um das Thema Demenz Ausgangspunkt für gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Familien ist. Information und Aufklärung wurden sowohl von hauptamtlichen Mitarbeitern der Einrichtungen von Versorgung, Pflege und Therapie gefordert als auch von Vertretern aus Vereinen, kirchlichen Einrichtungen, Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie von pflegenden Angehörigen. Darüber hinaus lieferten die Ideenschmieden konkrete Ansatzpunkte, wie eine solche Informations- und Aufklärungsarbeit geleistet werden kann. So entstand ein Sensibilisierungskonzept, welches sich in drei Aufgabenbereiche gliedert:

1. Demenz-Kampagne

Die Demenz-Kampagne „Information tut gut!“ ist eine auf fünf Wochen angelegte, konzentrierte Veranstaltungsreihe rund um das Thema Demenz. Beginnend mit einer Auftaktveranstaltung umfasst sie zu

den Themen Demenz in der Familie, Demenz und Bewegung sowie Demenz und Spiritualität verschiedene Veranstaltungen und Aktionen. Wesentliches Merkmal ist, dass die haupt- und ehrenamtlichen Netzwerkpartner und insbesondere Meinungsbildner aus der Gemeinde mit ihren Kompetenzen in das Gesamtprogramm eingebunden sind. Zum einen kann dadurch eine höhere Akzeptanz der Demenz-Kampagne in der Bevölkerung erreicht werden, zum anderen aber auch der Zugang zu neuen Netzwerkpartnern, wie z.B. Kindergärten, Familien mit Kindern, Kirche, (Sport-) Vereinen, entstehen. Ganz bewusst wurden auch neue, unkonventionelle Informationswege gesucht. So sind neben klassischen Informationsveranstaltungen auch Aktionen Gegenstand der Demenz-Kampagne, wie z.B.

- „Fragen und Antworten am Büchertisch“ mit den örtlichen katholischen Büchereien,
- „Hus und Hof“, ein Bauernhofbesuch für demenzbetroffene Familien,
- „Min Dorp – Min Ledden“, ein Walkingangebot einer therapeutischen Einrichtung,
- „Rudelsingen“ mit dem Kirchenchor,
- „Oma ist ... Oma“, Kindergartenkindern spielerisch Veränderungen bei Alter und Demenz vorstellen.

Ziel ist es, Formate, die sich in der Demenz-Kampagne bewähren, zu einem regelmäßigen Angebot für die Gemeinde zu verstetigen. Zielgruppe sind nicht nur die demenzbetroffenen Personen selbst, sondern auch ihre Familien und das soziale Umfeld.

2. Zielgruppenspezifische Schulungen

Um dem Wunsch aus den Ideenschmieden nach Information und Aufklärung zu entsprechen, werden zielgruppenspezifische Schulungen durchgeführt. Dabei sollen insbesondere Zielgruppen ins Auge gefasst werden, die in ihrem beruflichen und/oder sozialen Umfeld Kontakt zu Menschen mit Demenz haben, z.B.

- haupt-/ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Feuerwehr und Polizei,
- Mitglieder von Sportvereinen, Heimatverein, Seniorengemeinschaft etc.,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einzelhandel, Verwaltung, Versicherung und Banken,
- Kinder und Jugendliche.

Die zielgruppenspezifischen Schulungen vermitteln Basiswissen zum Krankheitsbild Demenz und zum Umgang mit Menschen mit Demenz. Je nach Zielgruppe findet eine Ausdifferenzierung der Inhalte zu den jeweiligen Berührungspunkten mit Menschen mit Demenz statt und eine Vermittlung von

praktischen Hilfestellungen in konkreten Alltagssituationen. Bei der Durchführung der Schulungen wird Wert darauf gelegt, dass verschiedene Methoden zum Einsatz kommen, die Lern- und Veränderungsprozesse bei den Teilnehmenden anstoßen sollen. Die Schulungen sprechen Vertreter einzelner Berufsgruppen an, aber auch interessierte Bürgerinnen und Bürger aus der Gemeinde.

3. Fortlaufende Information

Der dritte Bestandteil des Sensibilisierungskonzeptes ist die fortlaufende Information zur Aufrechterhaltung des Interesses am Thema Demenz. Wichtig ist hierbei zum einen ein Wiedererkennungseffekt, zum anderen aber auch der Einsatz unterschiedlicher Medien und Zugangswege.

- a) Die Website richtet sich zum einen an die Bürgerinnen und Bürger, die Informationen zum Projekt und zum Unterstützungsnetzwerk vor Ort erfahren wollen. Sie finden dort Ansprechpartner zu Angeboten vor Ort und aktuelle Termine.
- b) Plakate/Postkarten in öffentlichen Einrichtungen, Gaststätten, Einzelhandel etc. sollen über zwei fiktive Personen mit Demenz die Vielseitigkeit der Erkrankung und der Personen mit Demenz verdeutlichen sowie auf verbliebene Ressourcen von Menschen mit Demenz hinweisen.
- c) Fortlaufende Presseartikel informieren über Projektinhalte und aktuelle Veranstaltungen und Aktionen. Besonders erfolgreich war eine Veröffentlichung in der regionalen Presse, in der örtliche Persönlichkeiten ihre Wünsche zu einem Leben mit Demenz und ihre Vorstellungen zur Teilhabe mit Demenz mitgeteilt haben.
- d) Aktionen mit den haupt- und ehrenamtlichen Netzwerkpartnern über die Demenzkampagne hinaus: z.B. „Königsabend“ – Erinnerungsnachmittag an frühere Schützenpaare der örtlichen Schützenvereine, Infotag in der örtlichen Apotheke, „1-Tag-Kraft“ – ein Entlastungsangebot für pflegende Angehörige. Wie auch bei der Demenz-Kampagne soll hier über möglichst niedrigschwellige Angebote ein leichter Zugang zum Thema Demenz geschaffen werden.

Die Erfahrung des Projektes „Teilhabe am Leben“ zeigt, dass eine Sensibilisierungskampagne zum Thema Demenz immer auf die spezifische Situation vor Ort angepasst sein muss. Unabdingbar ist die Einbeziehung von Netzwerkpartnern und örtlichen Meinungsträgern. Der im Projekt eingeschlagene Weg, über „Ideenschmieden“ unterschiedliche Zielgruppen zu beteiligen, erwies sich als eine gelungene Möglichkeit, Akzeptanz in der breiten Bevölkerung herzustellen.



LOKALE „IDEEN- SCHMIEDEN“

**Lokale „Ideenschmieden“ zur Aktivierung ehrenamtlicher
Strukturen**

Miriam Klöpper



PFLEGE & GESUNDHEIT
WEST-MÜNSTERLAND

Ein zentraler Bestandteil des Projektes „Teilhabe am Leben“ war die Initiierung und nachhaltige Etablierung eines Unterstützungsnetzwerkes für die gesellschaftliche Teilhabe am Leben, bestehend aus speziell geschulten ehrenamtlichen und professionellen Akteuren.

Erfahrungsgemäß handelt es sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz um kein „Einzelschicksal“ mehr, sondern die gesamte Familie und das umliegende soziale Umfeld sind von den Folgen der Erkrankung im alltäglichen Leben betroffen. Deshalb erschien es für uns als Projektverantwortliche vor Ort umso wichtiger, ein Netzwerk zu schaffen, welches das Ziel hat, das angstbesetzte Tabuthema Demenz in der Gesellschaft zu entschärfen und Unsicherheiten im Umgang mit der Erkrankung zu reduzieren, um die Teilhabe am sozialen Leben für betroffene Familien weiterhin zu ermöglichen.

Gesellschaftliche Teilhabe kann nur gelingen, wenn sich ehrenamtlich Engagierte und hauptamtlich Tätige für ein selbstbestimmtes Leben mit Demenz in ihrer jeweiligen Rolle und Funktion in der Gemeinde Legden einsetzen. Das Projekt „Teilhabe am Leben“ unterstützte ehrenamtlich und hauptamtlich engagierte Personen, die als Fürsprecher und „Aufklärer“ im sozialen Umfeld des demenzbetroffenen Bürgers tätig werden möchten.

Das „Netzwerk Teilhabe am Leben“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, bereits bestehende Angebote für den Bürger transparenter und niedrighschwellig zu gestalten. In Form von vernetzten und kooperierenden Strukturen unter den Anbietern von Versorgung, Pflege und Therapie sowie Vereinen und Verbänden werden neue Ideen zur gesellschaftlichen Teilhabe demenzbetroffener Familien entwickelt. Das dörfliche Leben in Legden verfügt über ein gutes nachbarschaftliches Unterstützungsnetzwerk im privaten Umfeld sowie über eine beeindruckende Anzahl von Vereinen und Verbänden aus unterschiedlichen ehrenamtlichen Bereichen wie Kunst, Kirche, Musik, Sport, Hobby und Kultur.

Doch wie kann man selbst in einer kleinen Gemeinde wie Legden jeden einzelnen Akteur zu Wort kommen lassen? Und wie weckt man das Interesse z.B. bei Schulen und Kindergärten, die im ersten Moment keinen direkten Berührungspunkt zur Thematik haben?

Die Idee, zielgruppenspezifische Workshops mit leitfadengestützten Fragestellungen durchzuführen, schien die sinnvollste Methode zu sein. Persönlicher Kontakt, offene Fragestellungen in Form eines „Viereckengesprächs“, die Ansammlung erster Ideen und die anschließende Diskussion bzgl. zukünftiger Handlungsfelder des Projektes stießen bei allen Teilnehmern auf positive Resonanz. Gemeinsam Ideen schmieden für ein Leben mit Demenz, sprich „Ideenschmiede“, löste den Arbeitstitel „Workshop“ ab. Kernthemen in jeder zielgruppenspezifischen Ideenschmiede waren diese Fragen: Was ist notwendig, damit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen trotz der Erkrankung weiterhin am Leben teilhaben können? Welche Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen haben die Betroffenen und ihre Familien? Was können Einrichtungen der Altenhilfe, ärztlich-therapeutische und ergänzende Dienste beitragen? Was muss noch konkret getan werden, damit sich Teilhabe realisieren lässt? Für fünf Zielgruppen wurden solche Ideenschmieden mit großem Erfolg durchgeführt:

- Ideenschmiede für pflegende Angehörige: Da die Zielgruppe der an Demenz erkrankten Personen nicht persönlich erreicht werden konnte, luden wir stellvertretend eine Gruppe von pflegenden Angehörigen ein, um sie zu Möglichkeiten der Teilhabe zu befragen. Dabei stellte sich heraus, dass die Demenzerkrankung für betroffene Familien in allen Fällen zwangsläufig zur Zerreißprobe wird.
- Ideenschmiede für Vereine und Verbände: Während einige Vereinsvertreter konkrete Erfahrungen mit demenzerkrankten Vereinskollegen gemacht haben, berichteten viele, dass Demenz eher keine Rolle im Verein spielt, da Kontakte vorher oftmals abbrechen. Um den Kontakt zu halten und soziale Isolation zu vermeiden, bedarf es einer konkreten Person im Verein („Multiplikator“), die für die Kontaktförderung und als Bindeglied zwischen Betroffenen und Verein fungiert.
- Ideenschmiede für kirchliche Einrichtungen: Auch die kirchlichen Einrichtungen waren sich einig darüber, dass die Demenzthematik in der Bevölkerung und im sozialen Miteinander an Brisanz gewinnt. Durch Aufklärung und eine positivere Darstellung der Demenzerkrankung in der Öffentlichkeit käme man dem Ziel gesellschaftlicher Teilhabe einen großen Schritt näher.
- Ideenschmiede für Kinder- und Jugendeinrichtungen: Die Akteure von Kinder- und Jugendeinrichtungen hatten bisher keine Berührungspunkte zu Demenz. Dennoch halten sie es für unumgänglich, Kinder und Jugendliche frühzeitig über den demografischen Wandel und seine daraus resultierenden Folgen, wie z.B. vermehrte Demenzerkrankungen, alterssensitiver zu informieren, um somit Ängste und Unsicherheiten im Umgang damit abzubauen.
- Ideenschmiede für Anbieter aus Versorgung, Pflege und Therapie: Die professionellen Anbieter aus verschiedenen Fachdisziplinen tagten mehrfach, um die jeweils in den anderen Ideenschmieden entwickelten präzisen Fragestellungen bzw. Anforderungen aufzugreifen und in Angebote umzusetzen.

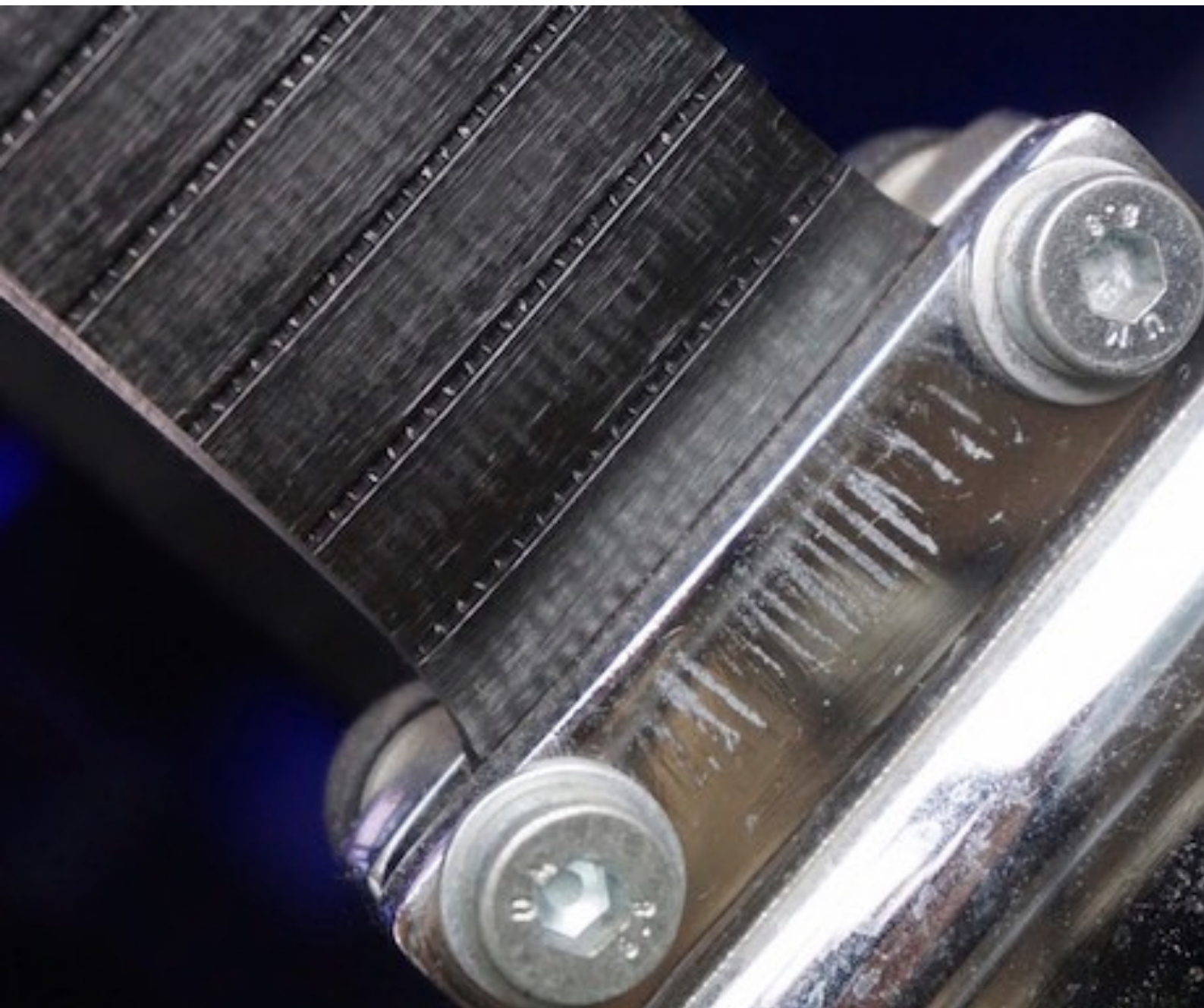
Die Ergebnisse der Ideenschmieden waren wie erwartet vielfältig und oft sehr spezifisch. Unter Moderation des Projektes wurden darauf aufbauend aus der Gemeinde heraus folgende Angebote beispielhaft entwickelt:

1. Aufklärung und Information: Unter dem Titel „Information tut gut“ wurde eine Kampagne gestartet, die in der Gemeinde ein Bewusstsein für das Thema Demenz schaffen, Unsicherheit nehmen und Ängste abbauen soll. Zudem wurde eine gemeinsam von mehreren Akteuren getragene zentrale Kontaktstelle für Ratsuchende eingerichtet.
2. Selbsthilfe: In Fortführung der Ideenschmieden wurden eine Austauschbörse für Erfahrungen und verschiedene Gesprächskreise für Betroffene und Angehörige eingerichtet.
3. Sensibilisierung für das soziale Umfeld: In Vereinen wurden Multiplikatoren etabliert, die für die Integration demenzbetroffener Mitglieder Sorge tragen. In Kooperation verschiedener Träger werden lokale „Demenzbegleiter“ ausgebildet und zielgruppenspezifische Schulungen angeboten.

4. Bewegungsangebote: Die Physiotherapeuten bieten, auch in Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Sportvereinen, integrative Sportangebote für betroffene Familien, für Demenzerkrankte mit Partnern, Enkeln und Kindern und Bewegungsangebote im gewohnten Umfeld an.
5. Angebote zur Förderung der kulturellen Teilhabe: Zur Sicherung der Teilhabe am kulturellen Leben der Gemeinde werden spezielle Museumsführungen, Sing- und Musikkreise angeboten.

Über alle Ideenschmieden gibt es eine gemeinsame Erfahrung: Information und Wissen über die Erkrankung bauen verbundene Ängste und Unsicherheit im Umgang mit Demenz ab und kommen dem Ziel sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe trotz Demenz ein großes Stück näher.

Nur durch das Engagement der Akteure aus den Ideenschmieden konnte die projektbezogene Demenzkampagne unter dem Motto: „Information tut gut“ viele gute Ideen zur Förderung von Teilhabe in das dörfliche Leben in Legden und Asbeck einbinden.



LOKALE ALLIANZEN

**Synergien im Sozialraum: Lokale Allianzen für Menschen mit
Demenz**

Daniela Balloff, Martina Schrage



**Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND**

Die Menschen in Deutschland erreichen – aufgrund einer immer besseren gesundheitlichen Versorgung – ein immer höheres Lebensalter. Ältere Menschen werden durch den allgemeinen Bevölkerungsrückgang zu einer quantitativ und qualitativ immer bedeutenderen Gruppe. Insbesondere der Anteil Hochaltriger wird sich in den nächsten Jahren drastisch erhöhen: Waren nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2000 noch 12,9 Mio. Menschen in Deutschland, d.h. ca. 16% der Bevölkerung, über 75 Jahre, so sind es heute schon 19,7 Mio. (24%). In nur zehn Jahren werden es nochmals zwei Mio. mehr sein, dies entspricht dann 27% der Gesamtbevölkerung.

Die höhere Lebenserwartung ist zunächst sehr erfreulich für unsere Gesellschaft. Aber es ergeben sich damit auch neue Herausforderungen für das Sozialwesen, da hochaltrige Menschen mehr Einschränkungen aufweisen als jüngere. Vor allem demenzielle Erkrankungen nehmen mit dem Lebensalter exponentiell zu: Laut der Berliner Altersstudie liegt der Anteil demenzkranker Menschen unter 70 Jahren nur bei etwas über einem Prozent, über 75 sind es bereits 6%, über 80 gar 13%. Über 90-Jährige haben ein statistisches Risiko von mehr als einem Drittel, an Demenz zu erkranken. Demenz wird damit auch in einer kleinen Gemeinde wie Legden perspektivisch zu einem quantitativ bedeutsamen Problem der Menschen werden, seien sie als Patienten betroffen, als Familie, Freunde oder Nachbarn.

Vor diesem Hintergrund beteiligt sich die Gemeinde Legden seit 2013 an der Initiative „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bis zum Jahr 2016 will das Ministerium in ganz Deutschland 500 solcher Allianzen initiieren. Ziel ist es, Demenzerkrankten und ihren Angehörigen direkt in ihrem Wohnumfeld die bestmögliche Unterstützung zu bieten. Dazu hat das BMFSFJ vier Handlungsfelder definiert:

- Grundlagen und Information: Die Forschung zu medizinischen und sozialen Themen rund um Demenz soll ausgebaut werden.
- Gesellschaftliche Verantwortung: Die Gesellschaft und das Nahfeld der Menschen mit Demenz sollen für deren Bedürfnisse sensibilisiert werden.
- Unterstützung von Betroffenen und ihren Familien: Hier sollen insbesondere die Zusammenarbeit Ehrenamtlicher und professioneller Akteure und auch die Wertschätzung für deren Arbeit gefördert werden.
- Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems: Die Versorgung der Menschen mit Demenz soll durch adäquate Wohnformen, kompetente Behandlung und individuelle Betreuung verbessert werden.

Das Projekt der Lokalen Allianz in Legden wurde über die Kontaktstelle im Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland koordiniert. In der Gemeinde Legden bestanden schon eine Reihe von Initiativen und Angeboten rund um das Thema Demenz, von denen die Projekte „Teilhabe am Leben“ und „Gesund älter werden“ als wichtigste zu nennen sind.

Ziel des Projektes „Lokale Allianz Legden“ war es daher nicht, selbst Leistungen aus dem Bereich der Pflege oder Betreuung zu erbringen, ein neues Netzwerk aufzubauen oder sich an die Spitze bestehender Ansätze zu stellen. Das Projekt sollte vielmehr zusammen mit den bereits engagierten und partiell bereits organisierten lokalen Akteuren arbeiten und punktuell dort unterstützen, wo Hilfe sinnvoll ist.

So übersetzte die Lokale Allianz Legden die breit gefassten Handlungsfelder der Bundesinitiative in folgende konkrete lokale Ziele:

- Unterstützung des Aufbaus einer Beratungsstelle für demenziell Erkrankte und ihr soziales Umfeld in der Gemeinde Legden,
- Unterstützung der Zusammenarbeit der Gesundheits-Projekte in der Gemeinde Legden,
- Vernetzung mit anderen Projekten aus dem Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“,
- überregionaler Transfer der Ergebnisse und Erfahrungen.

Diese Zielsetzungen wurden im Vorfeld eng mit den Akteuren, Netzwerken und Projekten vor Ort abgestimmt. In mehreren intensiven Sitzungen wurden die gegenseitigen Schnittstellen definiert, Überlappungen sondiert und Synergien identifiziert. Im Ergebnis ist es gelungen, die Projekte mit ihren jeweiligen Ressourcen so auszurichten, dass ein maximaler Nutzen für die Patienten, betroffenen Bürger und auch für die Gemeinde erzielt wird.

Das Projekt Lokale Allianz Legden nutzte bei der Arbeit die örtliche Anbindung und die Integration in die Gemeinde. So organisierte das Projekt die lokale Information und „Werbung“ für die neu entstehenden Unterstützungsangebote der Gesundheitsprojekte in Legden.

Im Rahmen einer Beratungsstelle, die die drei Projekte „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“ und „Lokale Allianzen“ gemeinsam entwickelten und bei der die Projekte arbeitsteilig für eine möglichst umfassende Ansprechbarkeit und zeitliche Verfügbarkeit sorgten, beteiligte sich das Projekt kompetent bei der Vermittlung Hilfesuchender in entsprechende Beratungsstrukturen. Durch die lokale Einbindung des Projektes gibt es durchaus auch Situationen der direkten Ansprache von Betroffenen und die Ermutigung zum Aufsuchen von Unterstützungs- und Hilfestrukturen, die die anderen Projekte substanziell bieten können.

Das Beispiel der Lokalen Allianz Legden in ihrer erfolgreichen Zusammenarbeit mit den Projekten „Teilhabe am Leben“ und „Gesund älter werden“ zeigt, wie viel erreicht werden kann, wenn Ressourcen gebündelt, Initiativen vernetzt und Akteure zusammengebracht werden – und nicht versucht wird, das Rad neu zu erfinden.



REGIONALE 2016

Mobil, gesund und intergenerativ: Das ZukunftsLAND sucht Antworten

Wie die Regionale 2016-Projekte die Daseinsvorsorge verbessern möchten

André Wolf

Hand aufs Herz: Übers Älterwerden, über Krankheiten oder über Behinderungen und deren Folgen sprechen wir nicht gern. Vor allem nicht, wenn es uns selbst betrifft. Klar ist aber, dass der demografische Wandel das mit sich bringen wird: mehr alte Menschen, mehr Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, mehr soziale Herausforderungen im Hinblick auf das Zusammenleben von Jung und Alt. Gerade für Bewohner im ländlichen Raum, aus dem Familienangehörige abwandern, in dem Landärzte ihre Praxen schließen und wo es schwer ist, ohne eigenes Auto mobil zu sein, führt dies zu den Fragen: Wo und wie wollen wir in Zukunft wohnen und leben? Wie sichern wir die Daseins-Vorsorge von zum Beispiel Arzt, Apotheke und Supermarkt vor Ort? Antworten sucht und erarbeitet die Regionale 2016 mit ihren Projekten.

Die Regionalen sind ein Strukturprogramm des Landes Nordrhein-Westfalen. Sie stellen ein Angebot dar, regionales Profil zu stärken und die Region als attraktiven Lebens- und Wirtschaftsraum wettbewerbsfähig zu machen. Im Jahr 2016 findet die Regionale im westlichen Münsterland statt. Der Region gehören die Kreise Coesfeld und Borken inklusive ihrer kreisangehörigen Städte und Gemeinden sowie die Kommunen Dorsten, Haltern am See, Hamminkeln, Hünxe, Schermbeck, Selm und Werne an. Hier leben rund 820.000 Menschen.

Unter dem Motto ZukunftsLAND hat die Regionale 2016 Städten und Gemeinden einen Rahmen und eine Plattform geboten, um Probleme und Ideen auszutauschen und miteinander in den Dialog zu kommen. Die entstandenen Projekte sollen helfen, dass das westliche Münsterland weiter an Lebensqualität gewinnt, die Region wirtschaftlich erfolgreich bleibt und über gute Arbeitsplätze verfügt. Auch der Erhalt der Natur und Landschaft spielt eine wichtige Rolle. Dabei geht es aber nicht darum, nur den „Status quo“ zu erhalten: Neue Ideen auf drängende Zukunftsfragen entwickeln – das ist Regionale. Wie bewegen wir uns im ländlichen Raum künftig von A nach B? Wie funktioniert Daseinsvorsorge und was braucht es für eine zukunfts feste Gesundheitsversorgung? Wie können wir kulturelle und soziale Einrichtungen sichern und ehrenamtliches Engagement stärken?

Das sind drei von zehn Zukunftsfragen, zu denen Politik, Verwaltung, Wirtschaft, Vereine, Verbände sowie Bürgerinnen und Bürger seit Anfang 2010 Lösungen erarbeiten. Mehr als 40 Projekte sind durch interkommunale und intersektorale Zusammenarbeit entstanden. An fünf Standorten widmen sich die Beteiligten – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – explizit der Daseinsvorsorge. Neue, starke soziale Gemeinschaften im ländlichen Raum sollen entstehen. Integrierte Planungen und Konzepte der Daseinsvorsorge, Gesundheit und räumlicher Planung werden dabei immer wichtiger.

Alter Hof Schoppmann Maxime

Versorgung und Gemeinschaft durch soziales Miteinander stärken und zugleich Angebote für Bildung und Kultur schaffen – das ist die Maxime für den Alten Hof Schoppmann in Nottuln-Darup. Bereits fertiggestellt sind der Dorfgemeinschaftsraum in der alten Tenne und das Hofcafé. Auch das Naturschutzzentrum des Kreises Coesfeld ist eingezogen. Zudem sind Räumlichkeiten für ambulant betreutes Wohnen eingerichtet worden. Im Hofcafé wurden Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderun-

gen und Personen in schwierigen Lagen geschaffen. Darüber hinaus soll künftig ein „Dorfsupermarkt“ entstehen, um die Nahversorgung sicherzustellen. Schließlich soll eine integrierte Tagespflege pflegende Angehörige entlasten und Senioren stärker in die Dorfgemeinschaft einbinden.

Nordkirchen als Labor für ganzheitliche Inklusion

Inklusion ist eine Querschnittsaufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge und Thema des Regionale 2016-Projektes in Nordkirchen: Während Inklusion vielerorts auf das Thema Schule reduziert wird, geht es in Nordkirchen darum, eine umfassende Strategie auf Gemeindeebene zu entwickeln: Diese soll alle Alltagsbereiche von Bildung über Wohnformen bis hin zum Vereinsleben abdecken. Konkret werden zum Beispiel inklusive Arbeitsplätze bei der Gemeindeverwaltung sowie im Küchenbetrieb der Kinderheilstätte geschaffen. Zusätzlich soll ein Netzwerk von Inklusions-Lotsen das Thema stärken und als Anlaufstelle für Beratung in allen Lebenslagen dienen.

IGZ Dülmen: Ein Haus für alle

Zum Thema Daseinsvorsorge gehört auch, Menschen mit Wissen, Erfahrung und Bildung zu versorgen und Kontakte zwischen Menschen unterschiedlicher Lebensphasen herzustellen: Hierfür wird mit dem Intergenerativen Zentrum (IGZ) in Dülmen ein neuer Ort der Begegnung geschaffen, der allen Bürgern und allen Generationen offen steht. Das IGZ soll ein Dach für verschiedene kirchliche, kommunale und zivilgesellschaftliche Einrichtungen und generationsübergreifende Angebote bieten – etwa für Besuche der Kita-Gruppe im Seniorenkreis oder für ältere Menschen, die Jugendlichen bei den Hausaufgaben helfen. Auch Gesundheitsbildung wird ein Thema im IGZ sein: Die Familienbildungsstätte ist neben der Kirchengemeinde St. Viktor und der Stadt Partner des IGZ. Sie ist zugleich Träger des Dülmener Gesundheitsforums, in dessen Rahmen aktuelle medizinische Themen einem breiten Publikum verständlich vermittelt werden.

Olfen: Bedarfsgesteuerter Bürgerbus für mehr Mobilität auf dem Land

Zukunftsfähige Mobilitätsangebote sind eine der zentralen Voraussetzungen für die Daseinsvorsorge im ländlichen Raum: In Olfen ist im Rahmen des Regionale 2016-Projektes „Bewegtes Land“ ein Bürgerbus mit bedarfsgerechter Steuerung entwickelt worden. Diese Form der Mobilität ist in Nordrhein-Westfalen einzigartig. Fahrgäste werden auf Wunsch von zu Hause abgeholt oder auf dem Rückweg vom Einkauf oder Arzt nach Hause gebracht. Fahrtzeiten und -routen richten sich nach dem aktuellen Bedarf. Für die Benutzerfreundlichkeit des Bürgerbusses bedeutet das neue System einen Quantensprung. Koordiniert wird das System in der Mobilitätszentrale, die im neuen Leohaus in Olfen ihren Platz finden wird. Dieses Haus ist künftig zentraler Ort der Gemeinschaft und Daseinsvorsorge unter sozialen Gesichtspunkten: Hier finden unter anderem die Bürgerstiftung und die Freiwilligenzentrale „Miteinander in Olfen“ (MiO) ihre neue Heimat.

Legden wird zum ZukunftsDORF

Legden, die kleinste Gemeinde im westlichen Münsterland, geht das Thema Daseinsvorsorge ganz groß und umfassend an: Mit dem Projekt „ZukunftsDORF“ will sich die Gemeinde mit vielfältigen Aktivitäten konsequent auf die Folgen des demografischen Wandels einstellen. Das Projekt umfasst knapp ein Dutzend Maßnahmen. Dazu zählen etwa der barrierefreie Generationengarten im Zentrum, die Idee eines Bürgerautos als Ergänzung zum Bürgerbus oder die Gesundheitsprojekte „Teilhabe am Leben“, „Gesund älter werden“ und „GEMEINSAM“. Letztgenanntes Vorhaben vertieft die sektorübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitssektor und will die Kommunikation unter Hausärzten, Fachärzten, Therapeuten und Pflegepersonal verbessern: Ziel ist der Aufbau eines multiprofessionellen medizinischen Versorgungsnetzwerkes, die Erprobung und Optimierung der Netzwerkarbeit bei 100 Patienten aus der Region sowie der Aufbau eines Studien- und Informationszentrums.

Daseinsvorsorge als interkommunale und intersektorale Aufgabe

Die Zielgerade der Regionale 2016 ist mittlerweile erreicht, der Endspurt steht kurz bevor: Ab dem Frühjahr 2016 werden die Projekte und Ergebnisse des Strukturförderprogramms an immer mehr Stellen der Region sichtbar. Gerade bei den Vorhaben der Daseinsvorsorge hat sich gezeigt, dass sowohl die interkommunale Zusammenarbeit von Städten und Gemeinden als auch insbesondere die sektorübergreifende Kooperation von öffentlichen, privaten und bürgerschaftlichen (Fach-) Einrichtungen und Initiativen vielfach die Schlüssel zur Bewältigung vieler Herausforderungen sind – und sie helfen nicht zuletzt, auch die erforderlichen Fördertöpfe aufzuschließen.



KULTURLAND- SCHAFT AHL

Gesundheit im Fokus der Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden

Frank Bröckling, Dominik Olbrich



In den ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens wird das Thema „Gesundheit“, vor allem unter dem Aspekt der Sicherstellung einer zukünftigen Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen, seit einigen Jahren stetig bedeutender. Immer mehr ältere Menschen in den ländlichen Regionen stehen immer weniger Ärzten und anderen Erbringern von medizinischen Dienstleistungen gegenüber. Schaut man sich allein die Altersstruktur der jetzt noch praktizierenden Ärzte an, ist abzusehen, dass das Problem der medizinischen Versorgung in der Fläche in den nächsten Jahren weiter zunehmen wird. Bisher ist es nicht gelungen, die vielen freiwerdenden Praxen alle wieder zu besetzen. Das hat Gründe, die meist nur langfristig beeinflusst werden können. Eine umfassende gesundheitliche Versorgung ist aber nicht nur für ältere Menschen wichtig. Sie ist ein wichtiges Argument für eine Region als Unternehmens- oder Wohnstandort, die Familien- und Kinderfreundlichkeit einer Region hängt davon ab und auch als Beschäftigungsort ist sie dann attraktiv, wenn sie Fachkräften hier Offerten machen kann.

Neben der Strategie, bei angehenden Medizinern Interesse für die Vielfältigkeit einer Landarztpraxis zu wecken, wird in einigen ländlichen Regionen seit längerer Zeit an anderen, innovativen Ansätzen gearbeitet, die Gesundheitsversorgung zu sichern und weiter auszubauen. Vielen Akteuren in den ländlichen Regionen ist bewusst, dass man bei der Herausforderung einer guten gesundheitlichen Versorgung in der Region nicht auf Ideen von außen warten sollte.

Eine Region, die sich dem Thema widmet, ist die Region Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden (kurz: AHL). Sie ist eine von derzeit 28 Regionen in Nordrhein-Westfalen, die sich über einen Wettbewerb mit einem regionalen Entwicklungskonzept als LEADER-Region qualifiziert hat. LEADER ist ein französisches Akronym und bedeutet Vernetzung von Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft. Hierbei erhalten die ausgewählten Regionen Fördermittel, die sie für innovative Projekte einsetzen können.

Ahaus, Heek und Legden haben dazu gemeinsam ein regionales Entwicklungskonzept erarbeitet, in dem das Entwicklungsziel „Sicherung und Verbesserung der Lebensgrundlagen für alle in der Region“ festgeschrieben wurde. Neben der Sicherung der Region als Beschäftigungs- und Arbeitsstandort gehören zu diesem Ziel z.B. die langfristige Gewährleistung der Grundversorgung aller Orte in der Region oder die Bereitstellung einer umfassenden Infrastruktur, u.a. im Verkehrs- oder dem Freizeitbereich. Noch wichtiger aber sind auf Zielgruppen gerichtete Angebote. Die zu erwartende Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung macht es nötig, sich auf einen erhöhten Anteil älterer Menschen und deren Bedürfnisse einzustellen. Unter den hier anzupackenden Themen steht der Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung im Fokus.

Mit dem „Laborcharakter“ der bereits realisierten Maßnahmen im „ZukunftsDORF“ hat die Region in Legden bereits wertvolle Erkenntnisse gewinnen und Bausteine umsetzen können, die es weiter auszubauen und regional auszuweiten gilt: Wer sich in jungen Jahren in der Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden wohlfühlt, bleibt womöglich ein Leben lang hier oder kehrt nach der Ausbildung mit dem Wissen zurück, vor Ort alles zu finden, was eine junge Familie benötigt.

Für AHL stehen diese beiden Ausrichtungen auf junge Menschen und Familien sowie auf ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger nicht nebeneinander, sondern müssen im Sinne eines nachhaltigen Miteinanders direkt verknüpft werden. Die sektorale Zielgruppenspezifikation – die in vielen Bereichen sicherlich sinnvoll und notwendig ist – soll da, wo es machbar ist, vermieden werden.

Der soziale Bereich stößt bereits jetzt nicht selten an die Grenzen des wirtschaftlich Darstellbaren. Das hohe bürgerschaftliche Engagement und die vielen Ehrenamtlichen in AHL fangen hier zwar eine Menge auf und gewährleisten, dass zahlreiche Angebote überhaupt in der Region vorhanden sind. Dies beginnt bei der vereinsgetragenen Bereitstellung von Freizeit- und Sporteinrichtungen, geht über die ehrenamtliche Kultur- und Brauchtumspflege und endet bei freiwilliger Hilfe im Pflege- und Betreuungsbereich. Es ist jedoch kaum abschätzbar, welche zusätzlichen Herausforderungen auf die Region künftig im Sozialbereich zukommen und wie die Bereitstellung entsprechender Leistungen – auch finanziell – sicherzustellen ist.

Um für diese zukünftigen Herausforderungen gewappnet zu sein, bietet das Prinzip LEADER eine gute Grundlage – auch in Form von Fördermitteln. Häufig benötigen gute Ideen einen finanziellen Impuls, um sie umzusetzen und ausprobieren zu können. Da die Region selbst über ihre Projekte und die dazu zu vergebenden Fördermittel entscheidet, kann sie genau die Dinge fördern, die für sie besonders wichtig sind.

Wichtiger noch ist die Tatsache, dass bei LEADER die regionalen Akteure gemeinsam die notwendigen Entscheidungen fällen. Ein Entscheidungsgremium, das aus öffentlichen Akteuren der kommunalen Verwaltung und – zum größeren Teil – aus Wirtschafts- und Sozialpartnern besteht, bewertet die Projekte und entscheidet über eine Förderung. Diese Kultur eines breiten regionalen Miteinanders, über fachliche Grenzen hinweg in einem integrierenden Ansatz, führt in der Entwicklung von Projekten auch zu neuen innovativen Ideen. Hier sitzen Alt und Jung, Neubürger und Alteingesessene, Unternehmer und Verbraucher, Bürger und Verwaltung mit ihren unterschiedlichen Expertisen an einem Tisch. Das macht es möglich, gute Ideen zur Projektreife zu bringen und umzusetzen.

In der LEADER-Region Ahaus-Heek-Legden wurden bereits einige Projekte zur Verbesserung der aktuellen und zukünftigen gesundheitlichen Versorgung auf den Weg gebracht. So wurde eine barrierearme Musterwohnung gebaut, die mittlerweile Standards bei Neubauprojekten gesetzt hat, und es wurde das Thema Demenz offen thematisiert, was zur stärkeren Nachfrage bei der Früherkennung geführt hat. Mit Hilfe von verschiedenen Kampagnen wurden, auch unter Einsatz eines Alterssimulationsanzuges, verschiedene Sensibilisierungsimpulse gegeben, sowohl für Schüler, als auch für Planer und Einzelhändler. Mittlerweile ist ein großes Netz an Akteuren in diese Projekte eingebunden, so z.B. Vereine, Unternehmen, Investoren und Verwaltungen.

Auf dieser Grundlage entstehen weitere gute Projektideen, die mit Hilfe von LEADER umgesetzt werden können. Aktuell sind Themen wie die telemedizinische Versorgung auf dem Land, eine stärkere fachliche Integration im Gesundheitswesen, die Etablierung eines hausärztlichen medizinischen Ver-

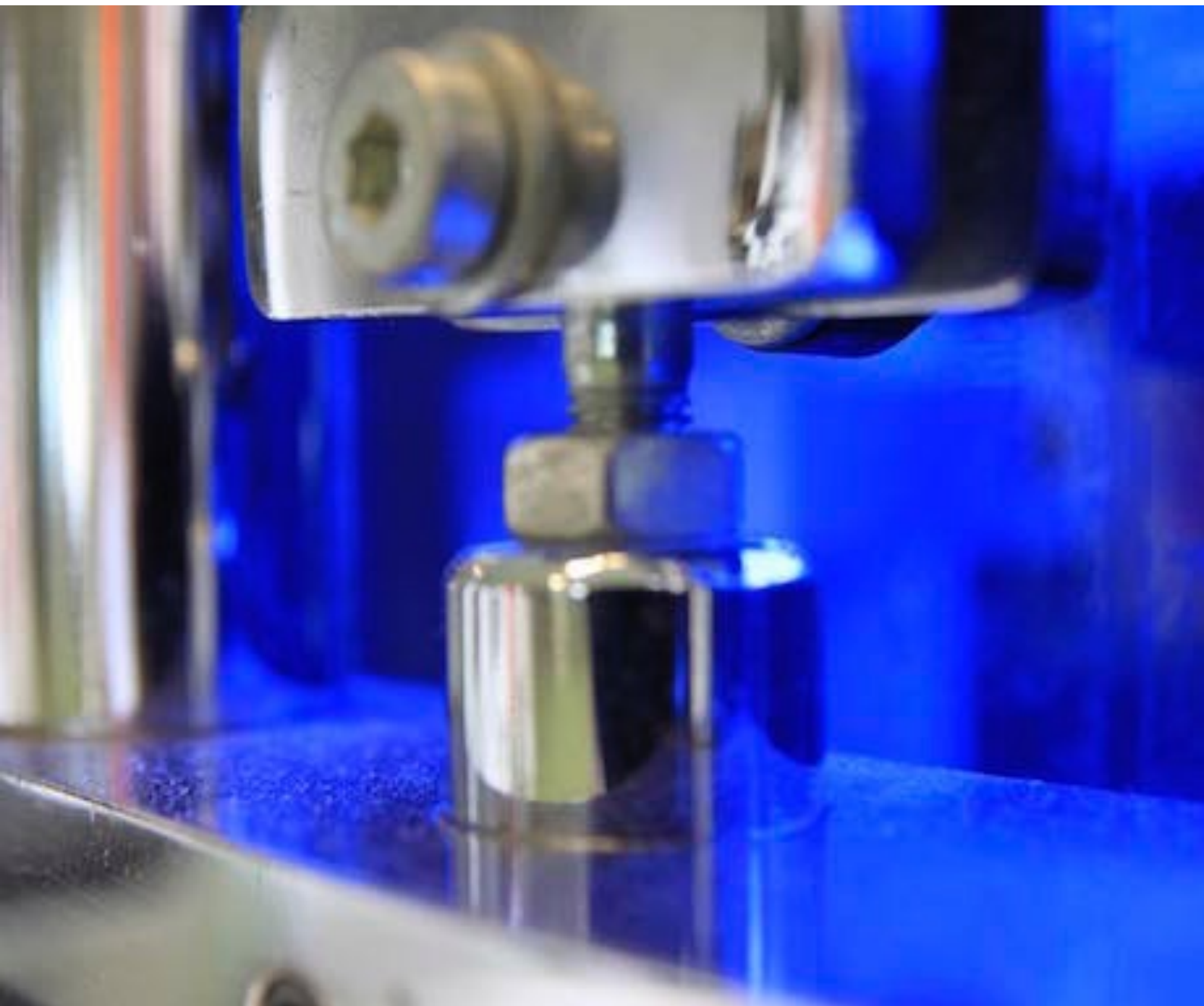
sorgungszentrums zur Beschäftigung junger Mediziner oder ein Betreuungsangebot für Menschen mit Demenz in der Entwicklung.

LEADER ist für die ländlichen Regionen in Nordrhein-Westfalen und in ganz Deutschland ein sinnvolles Instrument, um Regionen zukunftsfester zu machen. LEADER setzt dabei auf die eigenen regionalen Potenziale und gewährleistet so Nachhaltigkeit. Die LEADER-Region Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden ist ein gutes Beispiel dafür, dass mit den richtigen Akteuren auch im komplexen Gesundheitsbereich vieles bewegt werden kann und zukunftsgerichtete Projekte entwickelt werden können.

Das Programm LEADER

LEADER ist ein europäisches Förderprogramm zur Entwicklung ländlicher Regionen. Hier können u.a. innovative Projekte zu drängenden Zukunftsfragen ausprobiert werden. In Nordrhein-Westfalen gibt es derzeit 28 LEADER-Regionen. Dort kommen Fördermittel der EU und des Landes Nordrhein-Westfalen zum Einsatz, die durch Mittel aus der Region ergänzt werden müssen. Die Regionen können dabei selbständig über Projekte entscheiden und einen Teil ihres Budgets für die Umsetzung der ausgewählten Projekte zur Verfügung stellen.

www.ahl-leader.de



ZUKUNFTSDORF ODER DEMENZ- GEMEINDE?

Zukunftsdorf oder Demenzgemeinde? Stehen kommunale Angebote für Ältere und Jüngere in Konkurrenz?

Friedhelm Kleweken



In Deutschland werden die Menschen im statistischen Mittel immer älter. Eine steigende Lebenserwartung ist für jeden Einzelnen erfreulich, für die Gesellschaft insgesamt bedeutet sie aber: Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung wird immer größer; der Anteil der jüngeren Menschen geht zurück. Der Bedarf an alters- und alternsgerechten Angeboten wächst damit stark. Für Themen wie ärztliche Versorgung, Pflege, Mobilität, barrierefreies Wohnen und Einkaufen müssen Lösungen gefunden werden, die die Lebensqualität im Alter erhalten. In Legden wurde erkannt, dass die Bewältigung des demografischen Wandels eine große Herausforderung ist, welche frühzeitig in Angriff genommen werden muss.

Die Idee des Projektes „Älter werden im ZukunftsDORF – Leben und lernen über Generationen“ geht davon aus, dass die Herausforderungen des demografischen Wandels zum Wohle aller Generationen gemeistert werden können. Der Grundgedanke ist dabei: Was für Ältere notwendig und vorteilhaft ist, kommt allen anderen Bürgerinnen und Bürgern auch zugute. Wenn der öffentliche Raum barrierefrei gestaltet ist, wenn ärztliche, pharmazeutische und pflegerische Versorgung auf Dauer gesichert sind und wenn Waren des täglichen Bedarfs im Ort erhältlich bleiben, sind das Pluspunkte für alle Altersstufen. Entstanden ist das Projekt im Rahmen der Regionale 2016 unter dem Motto „ZukunftsLAND“.

Barrierefreiheit zum Beispiel ist vor den Hintergrund des demografischen Wandels eine zentrale Voraussetzung für Teilhabe und eine selbstbestimmte Lebensführung. Sie umfasst dabei viel mehr als das Absenken von Bordsteinen und das Entfernen von Stufen: Barrierefreiheit ist für alle Menschen, unabhängig von Alter oder Handicaps, wichtig und zielt auf eine inklusive Gestaltung der Umwelt ab. Es sollen die Bedürfnisse aller Menschen berücksichtigt und keine Personengruppe ausgeschlossen werden. Dieses Prinzip der Barrierefreiheit lässt sich auch nicht nur auf die bauliche Gestaltung des öffentlichen Raumes anwenden: Das Streben nach einem universellen Design, welches keine Personengruppe ausschließt, sollte sich auch in der Gestaltung von Einrichtungen, Produkten und Dienstleistungen wiederfinden. Die Entwicklung hin zu einer inklusiven Gesellschaft durch ganzheitliches, inklusives Denken und Handeln wird zunehmend auch zu einem Standortfaktor.

Auch spezielle Infrastrukturangebote wie zum Beispiel Kindergarten, Schule oder Altenwohnheim, die voranging für eine bestimmte Altersgruppe geschaffen werden, können generationsübergreifend miteinander vernetzt werden, um so einen Dialog der Generationen zu schaffen. In Legden wird nach diesem Gedanken zum Beispiel ab Sommer 2014 durch Um- und Ausbau eines bestehenden Gebäudes unter einem Dach Platz für eine Kindergartengruppe und fünf barrierefreie Wohnungen sein, welche insbesondere auch älteren Menschen und Menschen mit Handicaps zur Verfügung stehen werden.

Ziel des Projektes in Legden ist es, eine neue Verbindung zwischen den Menschen zu schaffen. So soll den Bürgerinnen und Bürgern unabhängig von Alter oder Handicaps so lange wie möglich ein selbstbestimmtes Leben im Dorf ermöglicht werden. Mit einer guten nachhaltigen Entwicklung soll erreicht werden, dass sich die Bürgerinnen und Bürger in Legden auch in Zukunft wohlfühlen. Durch

„Leben und Lernen über Generationen“ soll ein entspanntes, aufmerksames und nachhaltiges Miteinander der Generationen und der verschiedenen Individuen innerhalb der (Dorf-) Gemeinschaft entstehen.

Im Rahmen des Projektes wurde konsequent von den zukünftigen Anforderungen her ein ganzheitlicher Ansatz entwickelt. Dieser wird in Legden verwirklicht und soll so Legden zum ZukunftsDORF machen. Dies ist kein einmaliger Akt, sondern der Anstoß zu einem Prozess, der sich stetig fortsetzen wird. Bürgerinnen und Bürger von Legden, private Unternehmen, Vereine und kommunale Verantwortliche tragen ihn und erfüllen ihn von Beginn an mit Leben.

Eine Kommune wird zukunftsfähig, wenn sie sowohl Zukunftsdorf als auch Demenzgemeinde ist, denn nur dann kann überhaupt erst ein „Mehrgenerationendorf“ entstehen. Nur gemeinsam, mit einer breiten Basis innerhalb der Bevölkerung, können die zukünftigen Herausforderungen und die mit dem demografischen Wandel einhergehenden Strukturveränderungen erfolgreich gestaltet werden. Ein Miteinander der Generationen und eine Orientierung an den Ressourcen jedes einzelnen Menschen, unabhängig von Alter, Handicap oder altersbedingten Einschränkungen wie z.B. Demenz, ist wichtig, um das Ziel zu erreichen: Wo Hilfe benötigt wird, soll Hilfe bereit stehen. Wo das Alter oder andere Einschränkungen ihre Tribute fordern, soll das Dorf Hilfe, Begleitung und Unterstützung anbieten, um diese gemeinsam zu bewältigen. Durch den Fokus auf Prävention, Früherkennung und Förderung des Erhalts der Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit wird nicht nur die Lebensqualität jedes Einzelnen erhöht, sondern auch die der Dorfgemeinschaft. So werden letztendlich auch die Sozialsysteme entlastet und die Unternehmen vor Ort zunehmend für eine älter werdende Kundschaft sensibilisiert.



HUMANRESSOUR- CEN IM LÄNDLI- CHEN RAUM

**„Das größte Problem im ländlichen Raum sind die Humanres-
ourcen“**

*Interview mit Christoph Bröcker, Geschäftsführer des Klinikums
Westmünsterland, über die medizinische Versorgungssituation
im ländlichen Westmünsterland*



Wie stellt sich die medizinische Versorgungssituation im Westmünsterland aus Sicht eines Krankenhausbetreibers dar?

Im Bereich der stationären Versorgung haben die Bürger im Westmünsterland sicherlich keinen Grund zur Klage. Allein unser Klinikverbund betreibt Krankenhäuser an fünf Standorten mit insgesamt 1.332 Betten bei etwa 370.000 Einwohnern im Kreis Borken. Wir arbeiten ständig daran, uns hinsichtlich unserer Kompetenzen breit aufzustellen, um den Menschen die notwendige medizinische und pflegerische Versorgung und Betreuung zu bieten, wie sie in den Metropolen selbstverständlich ist. Daher sind wir auch ständig dabei, uns weiterzubilden und in neuen Bereichen zu spezialisieren. Wir unterhalten bereits 18 Fachabteilungen von der Allgemeinmedizin bis zur Plastischen Chirurgie und 13 medizinische Zentren. Damit brauchen wir uns vor den Ballungszentren nicht zu verstecken.

Anders sieht die Situation im ambulanten medizinischen Bereich, sprich bei den Hausärzten aus. Dort werden immer häufiger Praxen geschlossen, weil sich für die ausscheidenden Ärzte keine Nachfolge findet. Der ländliche Raum ist für die jungen Medizinerinnen und Mediziner einfach nicht attraktiv genug.

Ist die Nachwuchsfrage im medizinischen Bereich auch ein Problem für die Krankenhäuser im ländlichen Raum?

Die Humanressourcen sind generell das größte Problem im ländlichen Raum, egal in welchem Sektor oder welcher Branche. Der demografische Wandel führt, wie ja jeder weiß, zu einem Ansteigen der Versorgungsbedarfe durch zunehmend ältere Patienten mit verschiedensten alterskorrelierten Beschwerden. Und auf der anderen Seite nimmt das Arbeitskräfteangebot überall, d.h. auch im Bereich Medizin und Pflege, ab. Die jungen Medizinerinnen und Mediziner können sich heute aussuchen, wo, bei wem und wie viel sie arbeiten wollen.

Jungmediziner sind daher nur schwer ins Westmünsterland zu bekommen. Wir konkurrieren ja mit der nahegelegenen Metropolregion Rhein-Ruhr. Ich selbst komme aus dem Westmünsterland und finde es sehr schön hier, aber ich kann natürlich auch die jungen Menschen verstehen, wenn sie sich lieber Richtung Köln, Düsseldorf, Essen oder Dortmund orientieren. Und aus der Rhein-Ruhr-Schiene kann man nur jemanden wieder weglocken, wenn man sehr sehr gute Angebote macht.

Was machen Sie Ihren Beschäftigten denn für Angebote?

Erst einmal sind wir ein sehr flexibler Arbeitgeber, insbesondere für die Beschäftigten in der Familienphase, also z.B. die Oberärzte. Denn in dieser Lebensphase ist das Westmünsterland wieder ein sehr attraktiver Standort. Hier ist es ja ein wenig beschaulicher und behüteter mit guten Freizeitmöglichkeiten. Das wissen junge Familien dann wieder durchaus zu schätzen. Und so unterhalten wir eine eigene Kindertagesstätte und organisieren Tagesmütter. Auch unsere Dienstpläne versuchen wir familienfreundlich zu gestalten. Teilzeit ist bei uns immer und auf allen Ebenen möglich.

Die Jungmediziner versuchen wir durch exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten zu locken und zu binden. Wir bieten z.B. ein Sommercamp mit klinischer Praxis am Bett für PJler mit Freizeitangeboten im Münsterland an. Und wir sind Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen. So versuchen wir die Medizinerinnen und Mediziner für uns zu interessieren, noch bevor sie mit dem Studium fertig sind.

Und nicht zuletzt beteiligen wir uns auch intensiv an der Kampagne des Kreises Borken „Hand aufs Herz – Bist du nicht doch ein Landei?“, mit der Ärztinnen und Ärzte zu uns aufs Land „gelockt“ werden sollen.

Haben sie im Bereich des pflegerischen Fachpersonals keine Nachwuchsprobleme?

Da liegt die Problematik etwas anders, denn wir bilden unseren pflegerischen Nachwuchs selbst in zwei Krankenpflegeschulen aus. So lernen wir die jungen Leute schon drei Jahre lang kennen und können dann die zu uns passenden Fachkräfte übernehmen. Einen Mangel haben wir allerdings im Bereich spezialisierter Fachkräfte wie z.B. OP-Schwwestern. Das Problem ist aber, dass auch das pflegerische Personal sich die Stellen heute aussuchen kann und wir darum kämpfen müssen, dass die Krankenschwestern und -pfleger auch möglichst lange bei uns bleiben, denn offene Stellen gibt es heute quasi überall. Wir gehen auch schon in die Schulen und werben für uns, oder wir bieten Praktika an, um uns so gegenüber den vielen anderen Arbeitgebern positiv abzusetzen.

Die Arbeit im Krankenhaus hat ja auch nicht immer den besten Ruf, denkt man z.B. an den Führungsstil der Chefärzte.

Diese Zeiten sind aber eigentlich vorbei. Den Chefarzt alter Couleur gibt es praktisch nicht mehr. Heute wird ein kooperativer Führungsstil erwartet und auch gelebt. Das ist nicht mehr so wie in den Arztserien, die Sie vielleicht noch kennen.

Aber tatsächlich schielen einige Ärztinnen und Ärzte auch weg vom Krankenhaus in Richtung Selbstständigkeit. Wenn das so ist, dann unterstützen wir das auch intensiv. Im Moment planen wir z.B. ein Modellprojekt, bei der wir jungen Medizinerinnen anbieten, anteilig in einer Hausarztpraxis und im Krankenhaus zu arbeiten, um hausärztliche Arbeit kennenzulernen, Gefallen daran zu finden und so vielleicht doch eine Landarztpraxis zu übernehmen. Wir unterstützen die Jungmediziner dabei, die notwendigen (z.B. betriebswirtschaftlichen) Kompetenzen zu erwerben, um auch als niedergelassener Arzt erfolgreich zu werden. Das Projekt soll Ende des Jahres starten. Wir versprechen uns davon viel für die Perspektiven der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum.

Könnten auch telemedizinische Anwendungen dazu beitragen, die Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen?

Grundsätzlich ja: Wenn man im ländlichen Raum Wege und Zeit sparen könnte – für die Patienten und für die Ärzte – so wäre das ein echter Fortschritt. Wir in Deutschland sind da aber ehrlich gesagt noch nicht so weit wie wir sein könnten. Andere europäische Länder liegen da weit vorn.

Natürlich setzen wir als Klinikverbund auch Telemedizin ein, z.B. Teleradiologie im Bereich notärztlicher Versorgung, sodass die Bilder schon da sind, bevor der Helikopter eintrifft. Aber es fehlt noch die Durchgängigkeit vor allem zu den Hausarztpraxen. Hier könnte man nicht nur Zeit und Wege sparen, sondern auch die Versorgungsqualität deutlich verbessern, wenn man als Krankenhaus schneller mit den Praxen über eine lückenlose Anschlusstherapie kommunizieren oder als Hausarzt Video-Konferenzen zur Fallbesprechung mit Experten durchführen könnte.

Viele niedergelassene Ärzte sind da aber trotzdem noch sehr skeptisch. Das Klinikum Westmünsterland ist daher auch Partner in einem aktuellen Projekt, in dem telemedizinische Anwendungen in der Praxis erprobt werden sollen.

Zum Abschluss eine vielleicht etwas provokante Frage: Was würden Sie anders machen, wenn Sie Geschäftsführer eines Klinikums in, sagen wir, Dortmund wären?

Wenn ich so drüber nachdenke, würde ich eigentlich nichts anders machen. Hier auf dem Land kümmern wir uns – wie ich ja dargestellt habe – sehr um unsere Beschäftigten, damit sie zu uns kommen und bei uns bleiben. Aber das ist ohnehin sinnvoll. Unser Ausgangspunkt mag im Moment die Fachkräftesicherung sein, aber perspektivisch rechnet sich jeder Cent, den wir in die Entwicklung der Beschäftigten investieren. So gesehen würde ich in Dortmund genauso handeln und in die Zukunft, d.h. in meine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, investieren.

Vielen Dank für das Gespräch.

Christoph Bröcker ist gelernter Krankenpfleger und Diplom-Kaufmann für Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Seit zehn Jahren ist er einer der Geschäftsführer der Kliniken Westmünsterland GmbH. Schwerpunkt seiner Geschäftsführungstätigkeit ist unter anderem der Personalbereich.

Das Interview führten Rainer Ollmann und Kurt-Georg Ciesinger.



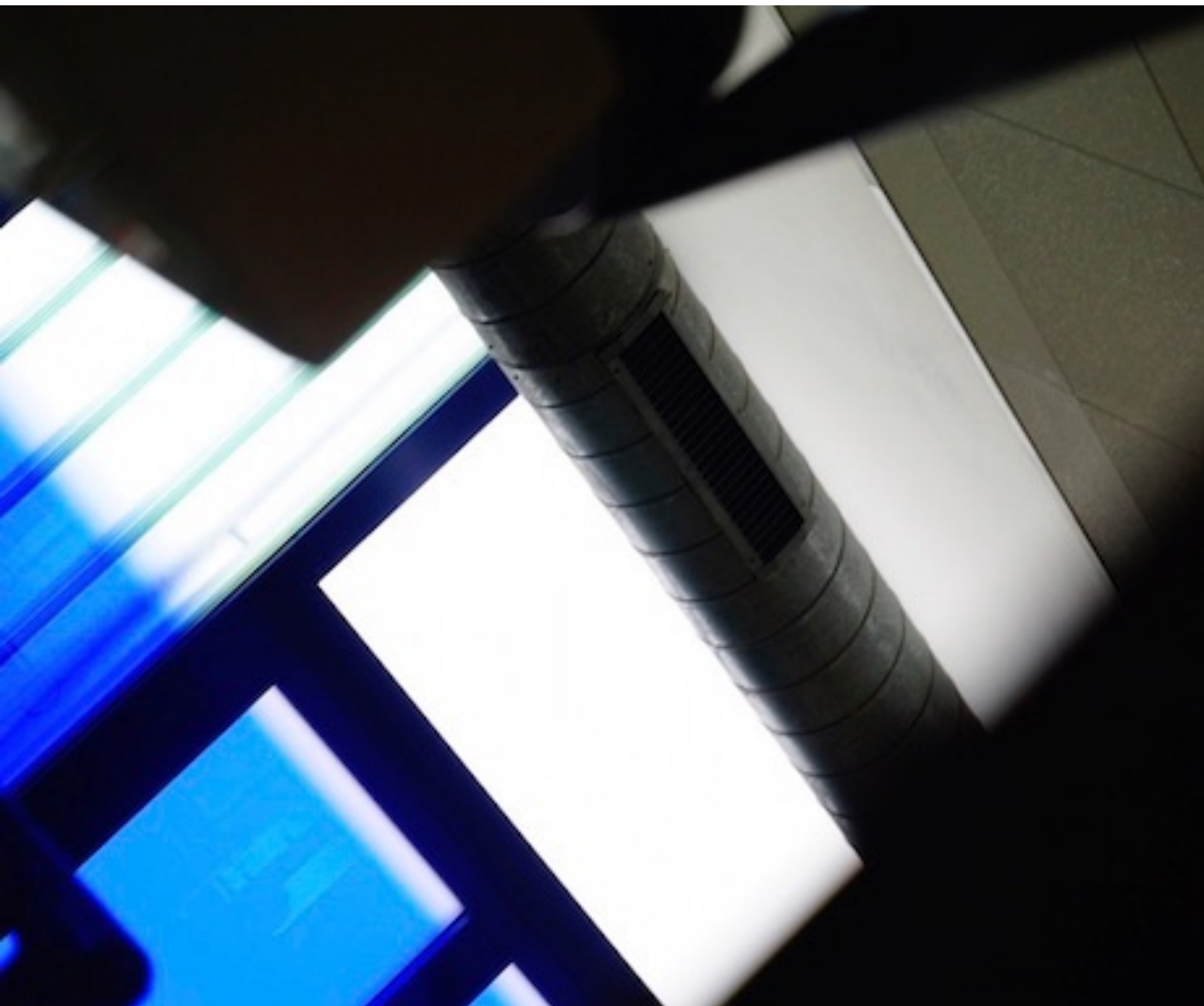
5

GENDER,
INKLUSION,
KULTUR, TRAUMA

Die gender- und kultursensible Gesundheitsversorgung steckt derzeit noch „in den Kinderschuhen“, insbesondere im Rahmen der Früherkennung. Medizinische Konzepte der Demenzversorgung sind beispielsweise stark auf Männer ausgerichtet, während pflegerische oder Präventionsangebote sich stärker an den Verhaltensdispositionen der Frauen orientieren.

Menschen mit traumatischen Erfahrungen, langanhaltenden psychischen Belastungen, Migrationshintergrund sowie Behinderte und Menschen aus benachteiligten sozialen Verhältnissen sind Hochrisikogruppen für Demenz. Sie werden aber mit den Standardverfahren nicht adäquat erreicht.

In diesem Kapitel werden erste Erfahrungen mit der Berücksichtigung dieser individuellen Faktoren im Prozess der Demenzversorgung berichtet.



TEILHABE UND INKLUSION

Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz – Aufgaben der Pflege in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit

Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland



Mit der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) hat das Thema Inklusion und Teilhabe auch für Menschen mit Demenz an Bedeutung gewonnen. Die BRK fordert gleiche Rechte, einen würdevollen Umgang sowie die Selbstbestimmung und Teilhabe an der Gesellschaft. Sie bietet Menschen mit Behinderung und Demenz damit eine rechtliche Grundlage, Stigmatisierung und Ausgrenzung entgegenzuwirken und therapeutisch-pflegerische Interventionen mitzugestalten. Diese Forderung wird auch durch die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen unterstützt. Für Menschen mit Demenz, insbesondere zum Zeitpunkt eines Hilfe- oder Pflegebedarfs, wird es krankheitsbedingt immer schwieriger, für ihre Rechte auf Teilhabe und Selbstbestimmung selbst einzutreten. Von Seiten professionell Versorgender erfordert dies ein verändertes Rollenverständnis der bedürfnis- und teilhabeorientierten Versorgung, das im Folgenden vor allem mit Blick auf die Pflege sowie die professionsübergreifende Zusammenarbeit skizziert wird.

Derzeit ist die deutsche Pflegeversicherung noch auf einen somatischen Ansatz ausgerichtet anstatt auf einen, der – wie beispielsweise im Rehabilitationsgesetz – die Themen Selbstbestimmung, Teilhabe und Inklusion fokussiert. Im Rahmen des Pflegestärkungsgesetzes II wird aber momentan ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren, orientiert an den Fähigkeiten der Hilfebedürftigen, entwickelt und evaluiert. Das Neue Begutachtungsassessment (NBA) berücksichtigt dabei den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf von Menschen mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen. Per se ist also künftig die Gestaltung von Teilhabe und Inklusion auch Aufgabe der Pflege.

Wünschenswert wäre eine durchgängige Orientierung des Leistungsgeschehens an individuellen Lebenssituationen, Ressourcen und Bedarfslagen des Menschen, was ein Zusammenspiel der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen erfordert. Bisher sind Leistungsvielfalt und Leistungserbringer für betroffene Menschen eher unüberschaubar, was zur Folge hat, dass Leistungen unkoordiniert nebeneinander her oder auch gar nicht erbracht werden. Um dieses Problem zu lösen, müsste das gegliederte System der sozialen Sicherung (Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Eingliederungshilfe) überarbeitet und mit Hilfe von Schnittstellenlösungen ein funktionierendes Koordinierungssystem geschaffen werden.

Eine Idee hierzu ist die Differenzierung der Gesundheitsversorgung in CURE und CARE (vgl. Hoberg, Klie & Künzel, 2013). Dabei werden unter CURE alle medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen verstanden, die der Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation dienen, unter CARE alle Formen der Sorge und Versorgung, also die (unterstützende) Alltagsgestaltung, hauswirtschaftliche Basisversorgung, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe. Die Steuerung von CURE und das Zusammenwirken von CARE übernehmen die im CURE-Sektor tätigen Personen. Mediziner und Fachpflegende verantworten Diagnose und Therapie, erarbeiten gleichberechtigt Behandlungs- und Pflegepläne und steuern den Behandlungs- und Pflegeprozess. Um hierbei strukturelle Probleme zu überwinden, bedarf es eines gut aufgestellten Care- und Case-Managements. Vorgeschlagen wird hier die Einrichtung von Servicestellen für Pflege und Teilhabe, die nach einem Assess-

ment zu einer Beratung, Einzelfallbegleitung (Piloten) oder einem umfassenden Case-Management vermitteln und weiterleiten.

Für die Rolle der Pflege im Rahmen von Inklusion und Teilhabe bedeutet dies ein Umdenken – weg von (ver-)sorgenden Aufgaben hin zur Übernahme von Verantwortung bereits bei der Feststellung von Diagnostik und der Therapieplanung, um auf dieser Basis fallbegleitend Teilhabe sichern zu können. Die multiprofessionelle Zusammenarbeit bildet hierbei ein zentrales Element.

Da gleichzeitig zu dieser Entwicklung Abschied genommen werden muss von einer Wachstumslogik in der Pflege (immer mehr Pflegebedürftige bei immer weniger Pflegepersonal), muss im operativen Bereich vorrangiges Ziel und Aufgabe der Servicestellen für Teilhabe und Pflege vor allem die Pflegevermeidung und Rehabilitation sein. Bereits jetzt nimmt die Beratung einen großen Teil pflegerischer Arbeit – vor allem im ambulanten Bereich – ein. Pflegende sind mitverantwortlich für Prävention (z.B. Verhaltensprävention und Verhältnisprävention) sowie die Gesundheitsförderung von Pflegebedürftigen, Angehörigen und dem sozialen Umfeld.

Doch nicht nur bei der Umsetzung zukunftsweisender Ideen, sondern bereits jetzt gilt es, ein erweitertes Verständnis von Pflege und eine teilhabegerichtete Haltung gegenüber den Pflegebedürftigen zu entwickeln. Betroffene zeichnen sich durch unterschiedliche Lebenslagen und Handlungsspielräume mit einer hohen Variationsbreite aus. Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen müssen zum Ausgangspunkt aller Vorhaben gemacht werden, wobei die Steuerungsfunktion von teilhabegerichteter Versorgung den Betroffenen obliegt und sich an ihren Ressourcen und Bewältigungsstilen orientiert. Nur unter Berücksichtigung dieser Differenzen kann Versorgung auf qualitativ hohem Niveau geschehen. Nicht zuletzt hat Pflege hier die Aufgabe, edukativ zu wirken (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, 2011). Pflegebedürftige, An- und Zugehörige müssen in umfassenden Beratungen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich und selbstbestimmt über das Vorgehen in der versorgenden Situation zu entscheiden.

In Betrachtung multiprofessioneller Zusammenarbeit erfordert teilhabegerichtete Gesundheitsversorgung folglich nicht nur von Pflegenden, sondern von allen Gesundheitsberufen ein neues Selbstverständnis. Wenn allein die Betroffenen entscheiden, wie viel und welche Hilfe sie benötigen, setzt dies voraus, dass Mitarbeitende der Professionen im Gesundheitssystem von eigenen Auslegungen und Interpretationen der Situation Pflegebedürftiger absehen, sondern dem Menschen in seiner individuellen Persönlichkeit mit einem hohen Grad an Kompetenzen wie Bedürfnisfeststellung, Bedarfserhebung, Wahrnehmung, Kommunikation und Selbstreflexion begegnen.

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (2011). Teilhabe und Pflege alter Menschen – Professionalität im Wandel. Positionspapier der Sektion IV – Soziale Gerontologie und Altenarbeit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Berlin.

Hoberg, R., Klie, T. & Künzel, G. (2013). Eckpunktepapier – Strukturreform PFLEGE und TEILHABE (Kurzfassung).



INKLUSION IM GESUNDHEITSWE- SEN

**Inklusion im Gesundheitswesen: Lebensweltorientierung ver-
sus medizinische Prozessketten**

Bernd Benikowski



medien bildung politikberatung

„Die Forderung nach sozialer Inklusion ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Unterschiede und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben.“ (Wikipedia)

Inklusion umfasst nach dieser Definition also die Berücksichtigung und Akzeptanz der Individualität eines jeden Menschen. Sie beschränkt sich nicht nur auf die Teilhabe behinderter Menschen und soll die umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen.

In den Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenarbeit steht dementsprechend die Gestaltung einer angemessenen Lebenssituation im Vordergrund. Während sich in der traditionellen medizinischen Arbeit die Prozesskette auf Anamnese, Diagnose, Therapie beschränken lässt, ist in der Arbeit mit alten oder behinderten Menschen der Fokus viel breiter ausgerichtet. Es geht um die Alltagsbewältigung und Lebensgestaltung von Menschen in ihrer konkreten institutionellen Lebenswirklichkeit. Das macht die Reduktion eines Menschen auf nur wenige Merkmale oder Symptome nahezu unmöglich. Der Mensch wird mit seinem individuellen biografischen Hintergrund wahrgenommen, seinen Interessen und Bedürfnissen, seinen Wünschen und Unterstützungsbedarfen und auch seinen Zukunftsträumen und Lebenszielen.

Auch in der Altenarbeit gibt es noch Entwicklungsziele. Es ist keinesfalls nur eine Reduzierung altersbedingter Einschränkungen im Fokus der lebensweltorientierten Arbeit. Es geht durchaus auch um die Entwicklung von Interessen, den Aufbau neuer sozialer Kontakte oder um eine veränderte Lebensgestaltung. Auch in der absehbaren Begrenztheit des Lebens wird es um neue Erfahrungen gehen, letztlich auch im Umgang mit dem Altern und dem Tod. In Krankenhäusern spielen längerfristige lebensweltorientierte Entwicklungsziele keine vordergründige Rolle. Von dem Sozialpädagogen Hans Thiersch wurde ein Konzept des Alltags und der Lebenswirklichkeit entwickelt, das sicherlich auch für die Behinderten- und Altenarbeit von Bedeutung ist:

„Alltag ist der Ansatzpunkt für eine Hilfe zur Selbsthilfe, der Lebensmöglichkeiten freisetzt und Randbedingungen verändert“, so Thiersch. Alltag ist ein Aspekt von Wirklichkeit und basiert auf den Lebenserfahrungen aller Menschen. Das Alltagsleben wird durch die eigenen Erfahrungen und Aufgaben wahrgenommen, die sich im Umfeld der Menschen vorfinden. Die Erledigungen dieser Aufgaben sind pragmatisch orientiert und ohne jegliche Begründung, daher entstehen durch Regeln und Routinen Entlastungen für Menschen (Thiersch, 1992, S. 274). Alltäglichkeiten sind Verstehens- und Handlungsmuster und sollten nur im Zusammenhang mit historisch-gesellschaftlichen Verhältnissen verstanden werden. In der Bewältigung des Alltags spiegelt sich eine Ungleichheit der Ressourcen der Menschen wider. Die Emanzipationsbewegung soll diese Ungleichheit aufheben, wird aber gesellschaftlich gebremst. Ebenso werden durch die technologisch-wissenschaftlichen Organisations- und Handlungsstrukturen die Rahmenbedingungen für den heutigen Alltag gelegt. Dadurch ergeben sich Schwierigkeiten im Alltag, die sich durch Verunsicherung in Verstehens- und Handlungsmustern, in einer Verschiebung von Aufgaben, Verweigerung, Protest und Überlastung zeigen. Das emanzipati-

ve Alltagskonzept nutzt dieses Protestpotenzial und deren Widersprüche, um zu neuen Perspektiven zu gelangen. Ziel dieser sozialpädagogischen Aufgabe ist ein besser gelingender Alltag, denn der gelungene Alltag wäre die Vollendung (Thiersch, 1992, S. 275f.).

Hier wird ein umfassender Anspruch formuliert. Aber es wird deutlich: Wer in einer Einrichtung der Behindertenarbeit oder der Altenhilfe lebt, soll am Leben teilnehmen können und einen normalisierten Lebensalltag erhalten dürfen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen den Menschen daher nicht primär mit seinen Einschränkungen, sondern als Menschen mit Interessen und Bedürfnissen. Auch wenn sicherlich die Einrichtungen noch nicht immer tatsächlich diesem Anspruch genügen können, ist das Ziel doch formuliert: Gestaltung einer angemessenen Lebenswirklichkeit.

Dies steht natürlich in einem starken Gegensatz zur Kultur und Organisation von Krankenhäusern und vielfach auch von ambulanten Arztpraxen. So definiert etwa „Gablers Wirtschaftslexikon“: „Krankenhaus: Einrichtung, in der durch jederzeit verfügbare ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Verletzungen durch Unfallschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in der die zu versorgenden Patienten untergebracht und gepflegt werden. Die medizinisch-technische Ausstattung ist an den Bedarf der Patienten anzupassen. Krankenhäuser sind Leistungserbringer der sozialen Sicherung und des Gesundheitswesens.“ In einem Krankenhaus spielt die Lebenswirklichkeit eines Menschen keine sehr zentrale Rolle. Die Gestaltung des Tagesablaufs ist medizinisch-pflegerischen Prozessen untergeordnet und ist kaum Bestandteil eines therapeutischen Konzeptes. Patienten verbringen eine begrenzte Zeit in einem Krankenhaus und ihre Erwartungen sind auf die Linderung bzw. Heilung bestimmter Symptome oder Krankheiten ausgerichtet. Im Rahmen einer effizienten Behandlung werden diejenigen Informationen eines Patienten erhoben, die für die Diagnose und Therapie von Relevanz sind. Weitergehende Informationen (Lebenswirklichkeit) sind eher hinderlich. Es geht vielmehr um die Reduktion unnötiger Informationen als um ein komplexes Verstehen der Lebenssituation eines Menschen.

Seit einigen Jahren ist allerdings auch dieses puritanische Verständnis von Medizin in Bewegung geraten, da auch die Entwicklung einer Krankheit stärker im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung eines Menschen gesehen wird. Genau genommen sind die Zusammenhänge von physischen und psychischen Faktoren bei der Entstehung von körperlichen Beschwerden oder Krankheiten unbestritten. Die flächendeckende Beachtung dieser Erkenntnis im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung steckt in Deutschland allerdings noch in den Kinderschuhen. Erste Regionen haben sich aber schon auf den Weg hin zu einer lebensweltorientierten medizinischen Versorgung gemacht – das westliche Münsterland mit dem Projekt GEMEINSAM gehört unbestritten dazu.

Literatur

Thiersch, H. (1992). Lebensweltorientierte soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Beltz Juventa.



KULTUR- UND GENDERSENSIBILI- TÄT

**Die Individualität achten – Kultur- und Gendersensibilität in
der Versorgung von Menschen mit Demenz**

Birgit Leuderalbert, Kerstin Menker, Matthias Wittland



Vergleicht man die Pflegeleitbilder und -konzepte in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege, so wiederholen sich Aussagen wie „Wir wahren die Individualität unserer Patientinnen und Patienten“ oder „Wir pflegen individuell“. Theoretisch begründet in unterschiedlichen Pflegemodellen ist der pflegebedürftige Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen und Bedarfen Ausgangspunkt für professionelles pflegerisches Handeln. Um die Individualität eines Menschen im Pflegeprozess zu achten, ist das Wissen um seine persönliche Lebensgeschichte und die vor dem Hintergrund biografischer Prägungen entwickelte Persönlichkeit von zentraler Bedeutung. Neben dem Wissen um Biografie und Persönlichkeit sind ein Verstehen der pflegebedürftigen Person und das Einbinden dieses Verständnisses in die pflegerische Praxis notwendig. Dies gilt in besonderem Maße für die Pflege von Menschen mit Demenz. Der fortschreitende Abbau kognitiver Fähigkeiten führt dazu, dass die Kommunikation mit den Betroffenen erschwert ist und ihre individuellen Bedürfnisse und Bedarfe vor dem Hintergrund ihrer Biografie und Persönlichkeit verstehend zu deuten sind.

Neben zeitgeschichtlichen Aspekten wird die persönliche Biografie maßgeblich von geschlechtsspezifischen und kulturellen Hintergründen geprägt. Entsprechende Berücksichtigung „geschlechtsspezifischer Unterschiede bezüglich der Pflegebedürftigkeit von Männern und Frauen und ihrer Bedarfe an Leistungen und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege“ sind Teil der Sozialgesetzgebung (§ 1 Abs. 5 SGB XI). In bestehenden Angeboten für Menschen mit Demenz zur Prävention, Früherkennung und Teilhabe sind geschlechtsspezifische und kulturelle Besonderheiten bislang aber nur wenig berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund werden im Projekt GEMEINSAM neue gender- und kulturspezifische Ansprachekonzepte entwickelt und in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit erprobt.

Eine gendersensible Versorgung differenziert geschlechtsspezifische Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen vor dem Hintergrund des sozialen Geschlechts (Gender), d.h. kulturell und historisch geprägter Rollen von Mann und Frau. Gender ist in der medizinischen und pflegerischen Versorgung noch ein junges Forschungsgebiet und die Betrachtung von Genderaspekten findet erst langsam Eingang insbesondere in die medizinische Versorgung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit geschlechtsdifferenziert unterschiedlich erlebt werden, dies betrifft z.B. den Zugang zu medizinischer und pflegerischer Versorgung, die Inanspruchnahme von Beratung und Unterstützungsleistungen sowie den Umgang mit Abhängigkeit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. In der Pflegesituation sind Beispiele bekannt, in denen weibliche Pflegebedürftige häufig irritiert reagieren, wenn Männer Pflege leisten. Gleichzeitig haben pflegebedürftige Männer, insbesondere mit Migrationshintergrund, bisweilen Schwierigkeiten damit, wenn weibliche Pflegepersonen oder Medizinerinnen für sie zuständig sind. Bewusst oder unbewusst existierende Rollenbilder können Kommunikation behindern und die Patienten- und Pflegebeziehung nachhaltig beeinflussen. Vor diesem Hintergrund sind eine Reflexion eigener Rollenbilder und das Bewusstmachen von Genderaspekten in der Pflege von zentraler Bedeutung.

Mit der Entwicklung Deutschlands hin zu einem Einwanderungsland gewinnt daneben das Thema einer kultursensiblen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund ist in den vergangenen Jahren konstant gestiegen und steigt aktuell mit den Flüchtlingsbewegungen besonders aus dem Nahen Osten und Nordafrika weiter an. Anders als ursprünglich angenommen kehren viele der bisherigen Migrantinnen und Migranten nicht in ihr Herkunftsland zurück und werden in Deutschland alt. Bereits heute gehen Zahlen für den Bereich der Altenpflege von 200.000 pflegebedürftigen Menschen mit Migrationshintergrund aus. Dies entspricht einem Anteil an der Gesamtzahl der pflegebedürftigen Personen von 8,2% bis 8,6% (vgl. Kohls, 2012). Dieser Trend könnte sich in Zukunft weiter fortsetzen, auch vor dem Hintergrund eines höheren Risikos der Migrantinnen und Migranten, krank und pflegebedürftig zu werden, z.B. aufgrund schlechterer Arbeitsbedingungen, ungeklärter rechtlicher Status, traumatischer Erlebnisse durch Flucht und Vertreibung sowie Erfahrungen von Diskriminierung im Aufnahmeland.

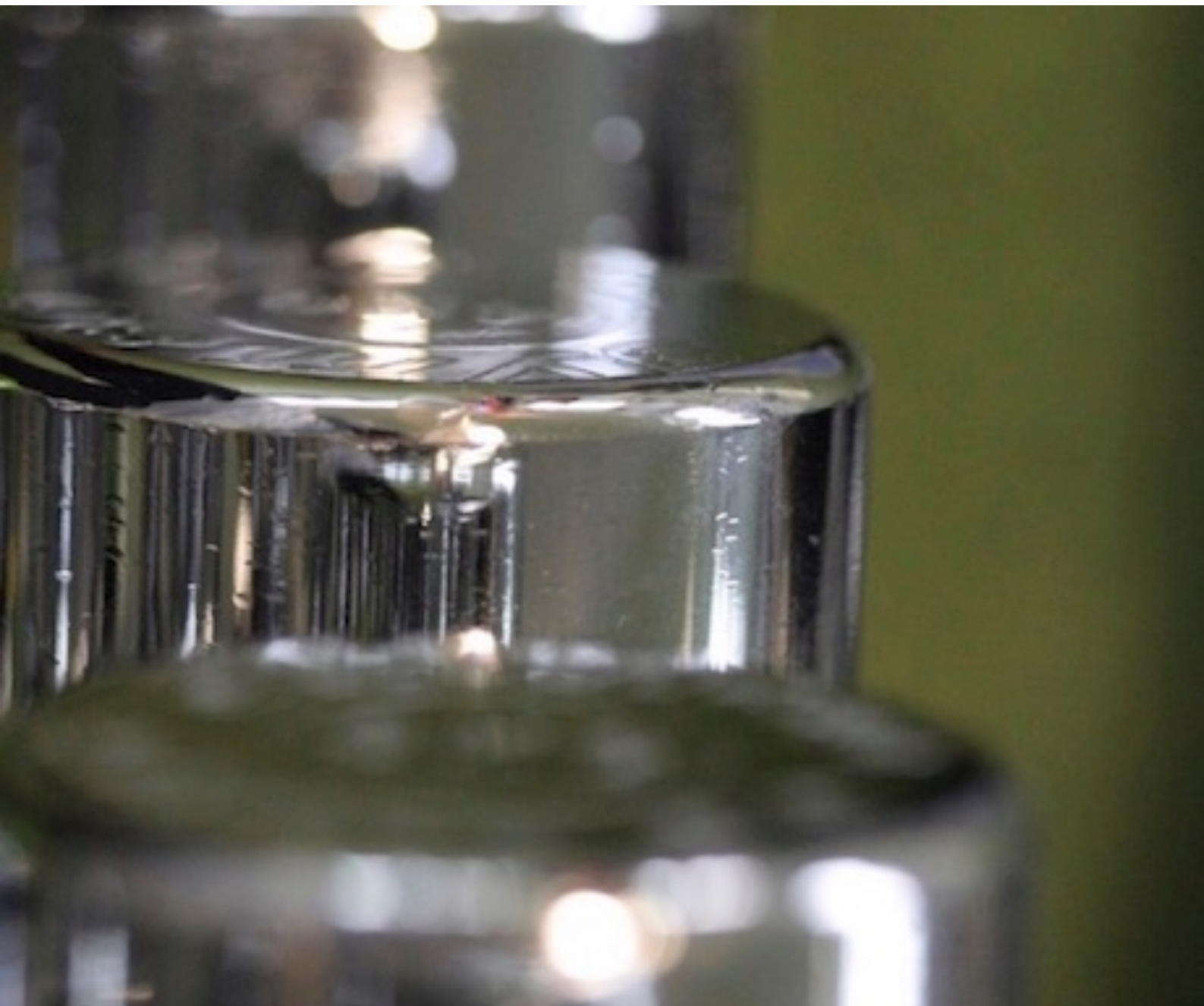
Eine kultursensible Versorgung setzt an dem jeweils individuellen, lebensgeschichtlich geprägten kulturellen Hintergrund jedes Menschen an. Sie trägt dazu bei, „dass eine pflegebedürftige Person entsprechend ihrer individuellen Werte, kulturellen und religiösen Prägungen und Bedürfnisse leben kann“ (vgl. Forum für eine kultursensible Altenhilfe, 2009). Dies impliziert die eingangs erwähnte Berücksichtigung der Biografie und Persönlichkeit, verbunden mit einer der kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Vielfalt angemessenen Haltung der Pflegeperson.

Das Wissen um den jeweils individuellen, lebensgeschichtlich geprägten kulturellen und religiösen Hintergrund, eine reflexive Auseinandersetzung damit und schließlich die Einbindung in die Pflegebeziehung sind kennzeichnend für eine gender- und kultursensible Versorgung. Ausgangsvoraussetzung dafür sind die Schaffung von entsprechenden Rahmenbedingungen auf der Organisationsebene, verbunden mit Strategien und konkreten Handlungskonzepten, z.B. im Hinblick auf Zugänge und Kommunikation, Körperpflege, Ernährung, Beziehungsgestaltung und Spiritualität.

Literatur

Forum für eine kultursensible Altenhilfe (2009). Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe. Bonn.

Kohls, M. (2012). Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.



BIOGRAFIEORIENTIERUNG

Kultursensibilität und Biografieorientierung – wichtige Voraussetzungen für ein menschlicheres Gesundheitssystem

Christiane Weiling

Jeder Mensch hat Wünsche und Bedürfnisse, die aus seinen ganz individuellen Lebenserfahrungen bzw. seiner Biografie resultieren. Wir werden als Individuen geprägt durch

- unser Elternhaus,
- unsere Freunde,
- die Gesellschaft, in der wir uns bewegen,
- unseren Beruf,
- die Region, in der wir aufwachsen und leben, aber auch durch
- religiöse Erfahrungen oder
- einschneidende Ereignisse im Leben.

Das bedeutet, dass es vielfältige Einflussfaktoren gibt, die uns zu dem machen, was wir sind, und die bestimmte Rituale, Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen hervorrufen.

Eine kultursensible Pflege sollte diese Einflussfaktoren so weit wie möglich berücksichtigen. In „Mehr als Tee und Baklava – Die Facetten der kultursensiblen Altenpflege“ der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. heißt es dazu: „Kultursensibel pflegen heißt, für jeden einzelnen, seine Biografie, seinen religiösen, kulturellen, geschlechtsspezifischen und/oder migrationsbedingten Hintergrund offen und für seine individuellen Bedürfnisse empfänglich, das heißt, sensibel zu sein und mit dem eigenen (pflegerischen) Handeln darauf einzugehen. Schlüsselkompetenzen für eine kultursensible Pflege sind die Bereitschaft zu sozialem Lernen, eine gute Portion Neugier und Interesse, ein wenig Unsicherheitsbereitschaft und Kreativität und ein gewisses Maß an Konfliktbereitschaft und Frustrationstoleranz“ (a.a.O., S. 2).

Kultursensible Pflege beginnt damit, dass man sich die vielfältigen Identitätsmerkmale eines Menschen bewusst macht und sich auf ihn einlässt. Eine kultursensible und biografieorientierte Versorgung sollte dementsprechend darauf ausgerichtet sein, die individuellen Wünsche, Gewohnheiten und Bedürfnisse eines Menschen – soweit dies innerhalb der vorgegebenen Abläufe einer Einrichtung möglich ist – zu berücksichtigen. Dabei ist es nicht wichtig, worin die Ursachen für bestimmte Vorlieben oder Abneigungen liegen (das lässt sich oft auch nicht eindeutig zuordnen), sondern, dass diese Vorlieben und Abneigungen in die Versorgung des Menschen einbezogen werden:

- Welche Dinge sind für diesen Menschen besonders wichtig?
- Was ist im Umgang mit diesem Menschen unbedingt zu beachten?
- Welche Ängste hat dieser Mensch, z.B. aufgrund seines kulturellen Hintergrundes oder seiner biografischen Erfahrungen?

Die Akzeptanz der Individualität eines Menschen ist aktuell in unserem Gesundheitssystem allerdings nur unzureichend gewährleistet, wenn dieser Mensch sich in einer bestimmten Situation nicht adäquat äußern und seine Wünsche und Bedürfnisse nicht klar artikulieren kann. Die Gründe hierfür können vielfältig sein: fehlende Deutschkenntnisse, eine Behinderung, eine demenzielle Erkrankung oder aber auch die Angst, sich vor vermeintlichen Autoritätspersonen (wie bspw. Ärztinnen und Ärzten) zu äußern. In eine solche Situation kann aber auch jeder andere Mensch geraten, z.B. nach einem Unfall oder aufgrund einer akuten Erkrankung.

Gerade für diese Menschen ist es aber häufig besonders wichtig, dass ihre Vorlieben und Abneigungen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung berücksichtigt werden. Geschieht dies nicht, kann es zu fehlender Mithilfe, zu Angstzuständen, zu Abwehrreaktionen oder sogar zu Gewaltausbrüchen gegenüber denjenigen kommen, die eigentlich nur helfen wollen.

Zwei Beispiele aus dem Pflegealltag sollen dies veranschaulichen.

„Ich habe in meinem Berufsleben schon viele Menschen kennengelernt, die mit einer Ess- und Trinkverweigerung in ein Krankenhaus eingewiesen werden mussten und letzten Endes oft eine PEG bekommen haben. Doch gerade im Punkt Essen und Trinken habe ich ganz oft gesehen, wie wichtig es ist, die Gewohnheiten und Vorlieben der Menschen zu kennen. So kenne ich die Geschichte einer Dame, die auch kurz davor stand, aufgrund der oben beschriebenen Situation künstlich ernährt zu werden. Da die Dame aufgrund eines hypoxischen Hirnschadens sich verbal nicht äußern konnte, haben wir ihr gesamtes Leben auf den Kopf gestellt, was viele Tage und Wochen in Anspruch genommen hat. Und letzten Endes haben wir festgestellt, dass folgendes für sie wichtig war: Das Essen begann stets mit einem warmen Getränk (Tee, Kaffee und am Abend auch eine warme Milch). Das Mittagessen nahm sie nicht in der Reihenfolge Suppe-Hauptgang-Nachtschüssel ein, sondern rückwärts. Hätten wir als Krankenhaus entsprechende Informationen erhalten, hätten wir der Patientin viele Unannehmlichkeiten und uns viel Arbeit ersparen können.“

„Ein neuer Patient kam im Bereich der Grundpflege zu unserem Pflegedienst. Unsere weiblichen Pflegekräfte sorgten relativ schnell für eine gemütliche Atmosphäre während der Grundpflege, so dass keine Probleme auftraten. Doch immer, wenn ein männlicher Pfleger zur pflegerischen Versorgung kam, lehnte der Patient eine Versorgung ab. Der Patient wurde sogar böse und ausfallend, wenn ein männlicher Pfleger zur Versorgung kam. Innerhalb der Dienstbesprechung gab es keine Erklärung. Alle Zwischenversorgungen (BZ Kontrolle, RR Kontrolle, Essensgabe) stellten dagegen auch bei der männlichen Pflegekraft kein Problem dar. In einem Gespräch mit der Tochter erfuhr ich, dass unser Patient homosexuell ist. Es war Scham, sich vor einem Mann zu entblößen und die intime Abwicklung einer Grundpflege über sich ergehen zu lassen. Hätten wir diese Informationen zu einem früheren Zeitpunkt gehabt, hätte eine Vielzahl unangenehmer Situationen für den Patienten und die männliche Pflegekraft vermieden werden können.“

Häufig wird kultursensible Pflege in Deutschland gleichgesetzt mit interkultureller Pflege. Nimmt man eine kultursensible Versorgung ernst, muss sie allerdings weit über interkulturelle Aspekte hinausgehen: „Die kulturelle Dimension bezieht sich nicht auf die nationale Herkunft, sondern setzt sich aus vielfältigen Faktoren zusammen: Alter, sozialem Status, Geschlecht, Bildungsstand, Erziehung, Milieu, Religion bzw. Weltanschauung, körperlicher und leiblicher Disposition, demographischen Faktoren wie dicht- oder dünn besiedelte Gebiete, Altersstruktur der Bevölkerung, klimatischen und geographischen Bedingungen, sozialen Beziehungsstrukturen. Kultursensible Pflege ist letztlich individuumsorientierte Pflege, die versucht, all diese Aspekte mit zu berücksichtigen“ (a.a.O., S. 4).

Ersetzt man den Begriff „Kultursensible Pflege“ durch „Biografieorientierte Pflege“ und nähert sich dem Thema mit konkreten Beispielen aus der alltäglichen Berufspraxis, stellt sich heraus, dass viele Menschen Situationen nennen können, in denen biografieorientierte und kultursensible Informationen geholfen hätten, einen Konflikt während einer Pflege- oder Betreuungssituation zu vermeiden.

Für die Steigerung der Kultursensibilität in der Pflege sollten sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewusst machen, dass die Berücksichtigung biografieorientierter Daten in der Pflege und Betreuung nicht nur für bestimmte Gruppen (wie zum Beispiel Menschen mit einer Demenzerkrankung, einer Zuwanderungsgeschichte oder einer Behinderung) wichtig ist. Es muss deutlich werden, dass alle Menschen individuelle, kulturelle und biografische Besonderheiten aufweisen, die in Pflege- und Betreuungssituationen berücksichtigt werden sollten.

Eine Sammlung von möglichst vielen unterschiedlichen Beispiele, die die Bedeutung einer biografieorientierten, kultursensiblen Versorgung deutlich machen, kann einen wichtigen Beitrag für eine flächendeckende Implementierung in der Praxis liefern. Solche Beispiele dienen der Selbstreflexion und bilden somit die Grundlage, um eine mögliche Verbesserung der Pflege- und Betreuungssituation für den zu versorgenden Menschen herauszuarbeiten, die Steigerung der Qualität des eigenen Handelns aufzuzeigen und im letzten Schritt mehr Akzeptanz für die Notwendigkeit der Berücksichtigung und Weitergabe relevanter biografischer und kultureller Informationen zu schaffen.

Erfolge einer solchen Herangehensweise wurden im Rahmen des Projektes „Kultursensible, biografieorientierte Überleitung“ sichtbar. Hier wurden von den teilnehmenden Pflege- und Betreuungskräften hervorragende Beispiele geliefert, die deutlich machten, wie wichtig die Berücksichtigung biografischer und kultursensibler Daten bei der gesundheitlichen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung ist. Dabei hat sich auch gezeigt, wie viel gute Biografiearbeit bereits von den Fachkräften geleistet wird und welche Strategien bereits genutzt werden, um auf kulturelle Unterschiede einzugehen.

Literatur

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (2006): Mehr als Tee und Baklava – Die Facetten der kultursensiblen Altenpflege. Mainz.



TRAUMATISIERTE FRAUEN

**Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte
ältere bis hochaltrige Frauen**

Martina Böhmer

paula e.v.
Beratungsstelle für Frauen ab 60

Frauen waren und sind auch heute noch in unserer Gesellschaft in hohem Ausmaß von geschlechtsspezifischer Gewalt bedroht. Aktuelle repräsentative Studien dazu (vgl. BMFSFJ 2004) schließen ältere Frauen explizit nicht mit ein. Es ist aber davon auszugehen, dass Frauen, die heute 60 Jahre und älter sind, im Laufe ihres Lebens gleichermaßen sexualisierter sowie körperlicher, psychischer und sozialer Gewalt ausgesetzt waren wie heute jüngere Frauen. Hinzu kommen oftmals Langzeitbelastungen durch traumatische Kriegserlebnisse (wie z.B. Bombardierungen, Vergewaltigungen, Flucht und Vertreibung, erzwungene Migration) sowie aktuelle häusliche Gewalt und Gewalt im Kontext von Pflegebedürftigkeit und geringer Mobilität.

Bei Frauen ab 60 Jahren können durch alterstypische Belastungen, Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit und Verluste von körperlicher und kognitiver Selbstständigkeit Gefühle von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und dadurch verstärkt Erinnerungen an frühere Ohnmachtserfahrungen wachgerufen werden. Die betroffenen Frauen sind durch die – für sie oft unerklärlichen – Symptome in hohem Maße verunsichert und verängstigt.

Viele Themen rund um Gewalt und Traumatisierung sind auch gesellschaftlich stark tabuisiert. Die heute älteren Frauen – mit ihrer ganzen Vielfalt an kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen – hatten und haben bisher kaum die Möglichkeit, über schmerzliche Gewalterfahrungen zu sprechen und entsprechende Unterstützungsangebote zu erhalten. Auch ältere Migrantinnen und Frauen, die an einer Demenz erkrankt sind, bekommen mit ihren Gewalterlebnissen und Folgestörungen in der Altenarbeit erfahrungsgemäß keine besondere Aufmerksamkeit.

Wie neuere Forschungsergebnisse und Veröffentlichungen von Fachexpertinnen und -experten belegen (siehe hierzu die Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen von u.a. Eichhorn & Kuwert, 2011 und Böhmer, 2011), treten die psychisch und physisch extrem belastenden Folgen von traumatischen Erfahrungen – wie z.B. Alpträume, Gedächtnisverlust, Verwirrtheit, Apathie, Herzrasen, Panik, Übererregbarkeit und somatische Symptome – häufig erst im Alter massiv auf. Insbesondere in der Pflege und in der medizinischen Versorgung wird dies oft nicht als mögliche Traumafolgereaktion erkannt. Gesundheitsfachkräfte und auch (pflegende) Angehörige stehen dieser besonderen Vulnerabilität meist hilflos gegenüber.

Frauen, die nun hilfe- und pflegebedürftig geworden sind, können ihre individuellen Überlebensstrategien, die ihnen geholfen haben, ihr Leben nach traumatischen Erfahrungen zu bewältigen, oft nicht mehr aufrechterhalten. Eine alte Frau ist in ihrer Pflegebedürftigkeit in der Regel in einer Situation, in der sie viel Kontrolle abgeben muss, auf andere angewiesen ist, meist nicht mehr selbstbestimmt leben kann und vielem ohnmächtig gegenübersteht. Durch die notwendige Pflege wird zudem in ihren persönlichen Schutzraum eingegriffen. So kommt es sehr häufig zu Situationen, die traumaaktivierend sind. Das Erkennen des Zusammenhangs zwischen früheren Gewalterfahrungen und Verhaltensänderungen einer alten Frau ist in der Altenarbeit häufig mehr oder weniger zufällig. Das Ergreifen entsprechender Maßnahmen bleibt oft darauf beschränkt, dass die Pflege z.B. dann nur von weiblichem Personal durchgeführt wird und dies auch nur, wenn die Personalbesetzung dies zulässt.

Traumatisierungen können Ursachen aller Formen psychischer Störungen sein, z.B. bei Wahrnehmungsstörungen, Apathie, Depression, Angst- und Panikzuständen, regressivem Verhalten, Aggressivität, Zwangshandlungen und auch bei Halluzinationen. Im somatischen Bereich kann es zu chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Essstörungen, Atemstörungen, extremen Schwankungen aller Vitalwerte u.v.a.m. kommen.

Dazu ein Beispiel einer gelungenen Intervention aufgrund von Berücksichtigung möglicher Zusammenhänge zwischen Verhaltensweisen/Symptomen und Erlebtem:

Während meiner Zeit als Altenpflegerin in einem Krankenhaus erlebte ich eine alte Frau, die eines Abends völlig panisch über das nächtliche Erscheinen von Tieren in ihrem Bett erzählte. Diese Halluzinationen wiederholten sich an den folgenden Abenden. Ihr wurde von der Stationsärztin als einzige Maßnahme ein Psychopharmakon, nämlich Haloperidol, verordnet. Die Frau fühlte sich nicht ernst genommen. Bei Gesprächen mit ihr, die während der Pflege stattfanden, erfuhr ich von ihr, dass sie 1945 von amerikanischen Soldaten vergewaltigt worden war. Mir fiel auf, dass die Mitpatientin in ihrem Zimmer täglich Besuch von ihrem Ehemann erhielt, der Amerikaner war und der mit seiner Frau englisch sprach. Das Hören dieser Sprache ließ ganz offensichtlich alte Erinnerungen und Ängste aufkommen. Die alte Frau wurde in ein anderes Zimmer verlegt, sodass sie keinen Kontakt mehr mit dem amerikanischen Mann und der englischen Sprache hatte. Nach wenigen Tagen und nach intensiven Gesprächen hatte sie keine Halluzinationen und Angstzustände mehr, sodass das (völlig unnötige) Psychopharmakon abgesetzt werden konnte. Diese Zufallsdiagnose bewahrte diese alte Frau vor einer langfristigen oder gar lebenslangen Einnahme von Psychopharmaka.

Somatische, psychische und psychiatrische Symptome alter Frauen werden leider häufig als Alterserkrankung, wie z.B. Demenz, HOPS (hirnorganisches Psychosyndrom) oder Altersdepression, diagnostiziert und entsprechend medikamentös behandelt. Alte Frauen erhalten so meist nur eine Symptombehandlung mit oft einer Vielzahl von Medikamenten.

Zu der Gefahr der Traumaaktivierung kommt die der neuen Traumatisierung durch – gewollte und ungewollte – Gewalt in der Pflege. Auch medizinische Diagnosen und Behandlungen, besonders invasive (eindringende) Methoden wie z.B. das Legen eines Katheders, aber auch die Körperpflege an sich, können einen traumatisierenden Charakter haben. Aber es kann ebenso sein, dass eine bestimmte Musik oder eine bestimmte Dekoration in einer Altenhilfeeinrichtung an ein altes Trauma erinnern lassen.

Zielsetzung

Eine traumasensible Beratung, Begleitung und Therapie, die die Erlebnisse der heute alten Frauen mit einbezieht, entlastet nicht nur die betroffenen Frauen, sondern auch deren Angehörige, die Mitar-

beitenden in den Gesundheits- und Altenpflegeberufen und die gesamten Strukturen des Gesundheits- und Versorgungssystems mit grundsätzlich positiven wirtschaftlichen Auswirkungen.

Um den betroffenen Frauen ein möglichst selbstbestimmtes, aktives und würdevolles Leben im Alter zu ermöglichen, wurden von Paula e.V. im Rahmen eines durch das MGEPA NRW und die EU geförderten Projektes Fort-, Aus-, und Weiterbildungskonzepte für professionell in der Pflege tätige Fachkräfte unterschiedlichster Professionen entwickelt, um im Pflege- und Gesundheitssektor bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen vorhalten zu können.

Die älteren/alten Frauen sollen dazu befähigt werden, so lange wie möglich ein eigenständiges und würdevolles Leben im Alter führen zu können. Krankenhausaufenthalte und Arztbehandlungen sollen minimiert, die Lebensqualität durch adäquate trauma- und kultursensible Unterstützungsangebote gesteigert oder erst wieder hergestellt werden. Und auch wenn ein Krankenhausaufenthalt oder eine Pflege notwendig wird, soll durch die Fortbildung und Aufklärung von Fachkräften in der Altenhilfe/-pflege und/oder Ärztinnen und Ärzten sowie Angehörigen die Behandlung der alten Frauen verbessert werden.

Literatur

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Berlin: BMFSFJ.

Böhmer, M. (2011). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit, Frankfurt/Main: Mabuse Verlag.

Eichhorn, S. & Kuwert, P. (2011). Das Geheimnis unserer Großmütter. Eine empirische Studie über sexualisierte Kriegsgewalt um 1945. Gießen: Psychosozial-Verlag.

A black and white photograph of a medical device, likely a ventilator or a similar respiratory machine. The device features a prominent, rectangular section with a fine, circular perforated metal mesh. This mesh is set against a dark, solid background. Above and below the meshed area, there are horizontal, light-colored structural elements. The lighting creates a strong contrast, highlighting the texture of the mesh and the smooth surfaces of the surrounding components.

6

TELEMEDIZIN

Die Sicherung der hausärztlichen Basisversorgung in den ländlichen Regionen NRWs wird aufgrund der demografischen Entwicklung immer schwieriger. Auf der einen Seite führt der wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung dazu, dass die Patientinnen- und Patientenzahlen insbesondere für altersassoziierte chronische Erkrankungen und Multimorbidität stark zunehmen. Die Versorgung gerade dieser Gruppe im ländlichen Raum ist aufgrund der eingeschränkten Mobilität bereits heute teilweise defizitär. Zudem führt der demografische Wandel zu einer Ausdünnung der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum durch die Aufgabe von Praxen.

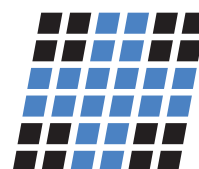
Die Telemedizin kann bei entsprechender Diffusion einen erheblichen Beitrag zur Lösung der Versorgungsproblematik im ländlichen Raum leisten.



TELEMEDIZIN FÜR DEN LÄNDLI- CHEN RAUM

Telemedizin für den ländlichen Raum

Olaf Iseringhausen



WZAT Westdeutsches Zentrum
für angewandte Telemedizin

Hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen bedeutet auch die Betreuung der Patientinnen und Patienten zu Hause, viele davon wohnen in Altenheimen. Diese Hausbesuche sind oft zeitaufwändig und nicht selten sind zugleich die Wartezimmer der Praxen überfüllt. Hausärztinnen und -ärzte auf dem Land arbeiten den Schilderungen einschlägiger Fachzeitschriften zufolge häufig 60 bis 70 Stunden in der Woche. Aus diesen Gründen erscheint für Nachwuchsmediziner die Arbeit als Landärztin/-arzt wenig attraktiv.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung stellt sich die Frage, welche Lösungsmöglichkeiten sich anbieten, um die ländliche Versorgung attraktiv und effizient zu machen oder aber auch, was man perspektivisch jungen Ärztinnen und Ärzten anbieten könnte, damit sie sich in ländlichen Regionen niederlassen. Bundespolitische Antworten, zum Beispiel die des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, schlagen einen Vergütungszuschlag für Landärzte vor. Andere Lösungen favorisieren mehr sektor- und berufsgruppenübergreifende Versorgungskonzepte. Vielen Vorschlägen gemeinsam ist das Ziel, Mediziner auf dem Lande endlich wieder Zeit zu geben, „ihre“ Patienten zu versorgen – bei halbwegs geregelten Arbeitszeiten, einer gut funktionierenden Infrastruktur und einer Teamarbeit bei weitgehender Verringerung des bürokratischen Aufwandes.

Eine Möglichkeit zur Unterstützung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum bietet die Telemedizin. Mithilfe telemedizinischer Programme kann die Versorgung, zum Beispiel von chronisch kranken Patientinnen und Patienten, für alle Beteiligten einen großen Nutzen mit sich bringen: eine höhere Versorgungssicherheit und Behandlungsqualität, medizinische, organisatorische und wirtschaftliche Vorteile für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oder Versorgungszentren. Zugleich bieten sich für die Krankenkassen Einsparpotenziale, z.B. durch die Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte oder Folgeerkrankungen. Telemedizin, verstanden als Unterstützung der primär hausärztlichen Versorgung, kann darüber hinaus helfen, gesamte Versorgungsprozesse zwischen Berufsgruppen und Sektoren zu verbessern.

Um ein telemedizinisches Versorgungsmanagement in der Praxis effektiv umsetzen zu können, hat das WZAT Westdeutsches Zentrum für angewandte Telemedizin Behandlungspfade für unterschiedliche Patientengruppen virtualisiert und in einer telemedizinischen Versorgungsmanagementsoftware „medPower“ abgebildet. Dieses System kann gleich mehrere Krankheiten abdecken, wie etwa Herz-Kreislauferkrankungen, Adipositas, Schlaganfallnachsorge oder Diabetes. Dadurch bietet sich die Möglichkeit, eine breite Auswahl an Telemonitoring-Programmen anzubieten, etwa für Hypertonie, Gerinnungsstörungen, chronischer Herzinsuffizienz sowie für Gewichtsmanagement oder Blutzuckermonitoring.

Die Telemonitoring-Lösung „medPower“ ist webbasiert, besteht aus skalierbaren Telemedizinmodulen und weist eine flexible Architektur auf. Dadurch lassen sich veränderte Prozesse einfach neu abbilden, wobei dies die Nutzer der Plattform selbst erledigen können. Der Vorteil dieser Lösung besteht insbesondere darin, dass jede Arztpraxis bzw. jedes Ärztenetz individuell nach ihren eigenen Vorstellungen und regionalen Gegebenheiten telemedizinische Versorgungsprogramme gestalten kann.

Legt eine Praxis beispielsweise den Schwerpunkt auf den Bereich der medizinischen Versorgung der Herz-Kreislaufkrankheiten, kann eine weitere Praxis in der gleichen Region einen Schwerpunkt auf die Behandlung von Geriatriepatienten sowie auf die Wundversorgung legen.

Die telemedizinischen Versorgungsprogramme können alle Aspekte des alltäglichen Lebens mit dem Umgang einer Krankheit umfassen: Erkennen einer Verschlechterung, die Notwendigkeit körperlicher Aktivität, die Anpassung der Medikamentenbehandlung bis hin zur Betrachtung von Begleiterkrankungen sowie präventive Betreuung zu Themen der Bewegung und Ernährung. Ein weiterer Vorteil der webbasierten Applikation liegt darin, dass – unter der Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen – Mitbehandlern oder Nachversorgern, wie zum Beispiel ambulanten Pflegediensten oder Altenheimen, ein Einblick in wesentliche behandlungsrelevante Informationen gegeben werden kann, um die Versorgungssicherheit und Intensität noch zu erhöhen. So haben beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten Einblick in den Verlauf der Blutdruck- oder Blutzuckerwerte eines pflegebedürftigen Bewohners und können so relativ schnell mit dem behandelnden Hausarzt in Kontakt treten, sollten Vitalwerte entgleisen.

Darüber hinaus ermöglicht es die Telemonitoring-Lösung des WZAT die Einbindung einer Vielzahl von Endgeräten zur Vitaldatenmessung. Die offenen Schnittstellen stellen einen wichtigen Vorteil dar, weil so alle möglichen telemedizinischen Endgeräte anschließbar sind. Was die Hardware betrifft, so sind die Patientinnen und Patienten je nach Krankheitsbild mit Messgeräten und Übermittlungsgeräten ausgestattet, die die Befunddaten aufzeichnen und übertragen. Die Übertragung leistet ein Übermittlungsservice, der grundsätzlich eine verschlüsselte und völlig anonymisierte Verbindung zur Software aufbaut. Die dort eingespeisten Daten können vom Fachpersonal in den Praxen oder im telemedizinischen Institut aufbereitet werden und sind außerdem in einem mehrfach geschützten Server innerhalb eines deutschen Rechenzentrums gespeichert. Die Lösung ist als Medizinprodukt der Klasse IIa zertifiziert.

Grundsätzlich bietet sich den Arztpraxen die Möglichkeit, die unterstützenden Serviceprozesse des WZAT zu nutzen. Patientinnen und Patienten werden die geeigneten telemedizinischen Endgeräte übermitteln und deren Nutzung und Funktionsweise erläutert. In den Kernzeiten des Versorgungsalltages obliegt es der Praxis, die telemedizinische Versorgung zu steuern. Die Software filtert die eingegangenen Vitaldaten, sodass explizit nur auf die Werte, die außerhalb des therapeutisch definierten Grenzbereichs liegen, hingewiesen wird. Im Wesentlichen müssen sich also die Praxen nur um die Werte kümmern, die außerhalb dieses Grenzbereichs liegen. Eine Entlastung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ergibt sich dadurch, dass die Vitaldaten permanent in „wichtig“ und „weniger wichtig“ sortiert werden. Die Patientinnen und Patienten werden zielgerecht versorgt, weil zusätzlich zur fach- und hausärztlichen Versorgung intensiviert Kontakte und ein engmaschiges Monitoring etabliert werden. Außerhalb der Praxiszeiten kann auf die Dienste des WZAT als telemedizinisches Servicecenter im Hintergrund zurückgegriffen werden. Das WZAT übernimmt dann in Absprache mit den

niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten das Monitoring der Vitaldaten sowie gegebenenfalls die telefonische Bereitschaft bei Anrufen der Patientinnen und Patienten.

Wissenschaftlichen Studien zufolge ermöglicht ein telemedizinisches Monitoring den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, ihre Patientinnen und Patienten besser im Überblick zu behalten und genau zur richtigen Zeit einzugreifen. Im Kern geht es darum, Zeichen einer drohenden Dekompensation rechtzeitig zu erkennen und sofort intervenieren zu können. Ein weiteres Ziel des Einsatzes von Telemedizin ist die Steigerung des Selbstmanagements der Betroffenen durch Stärkung der eigenen Kompetenzen. Wenn die Umsetzung der telemedizinischen Versorgung letztendlich auch dazu führt, dass den Ärztinnen und Ärzten technisches Versorgungsmanagement-Know-how zur Verfügung gestellt wird und sie von organisatorischen Aufgaben entlastet werden, wäre nicht nur den Patientinnen und Patienten geholfen, sondern gleichzeitig auch ein kleiner Beitrag zur Attraktivitätssteigerung ärztlicher Tätigkeiten in ländlichen Regionen geleistet.



AKZEPTANZ FÜR TELEMEDIZIN

**Akzeptanz für eine sektorenübergreifende telemedizinische
Versorgung**

Rainer Ollmann

Die Sicherung der hausärztlichen Basisversorgung in den ländlichen Regionen wird aufgrund der demografischen Entwicklung immer schwieriger. Auf der einen Seite führt der wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung dazu, dass die Patientenzahlen insbesondere für altersassoziierte chronische Erkrankungen und Multimorbidität stark zunehmen. Auf der anderen Seite ist mit dem demografischen Wandel auch eine Überalterung bei den Hausärztinnen und Hausärzten verbunden. Im Münsterland ist mittlerweile jeder vierte noch praktizierende Hausarzt älter als 60 Jahre, fast die Hälfte davon ist sogar älter als 65 Jahre. Immer mehr niedergelassene (Haus-) Ärzte gehen außerdem in den Ruhestand, ohne dass sie eine Nachfolgerin oder einen Nachfolger gefunden haben. In vielen Landkreisen entstehen dadurch Engpässe bei der medizinischen Versorgung vor allem der älteren Menschen.

Zugleich wissen wir, dass die für eine optimale Versorgung erforderliche Kommunikation und Abstimmung zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern sowie Akteuren aus der ambulanten und stationären Pflege häufig noch suboptimal ist. In Kombination mit dem Ärztemangel haben diese Kooperationsdefizite gravierende Folgen für die Arbeitssituation vor allem der Hausärzte und Hausärztinnen im ländlichen Raum: Ihre individuelle Arbeitsbelastung steigt, die Lücke zwischen Qualitätsanspruch und einlösbaren Möglichkeiten wird immer gravierender; Motivation, Engagement und Gesundheit leiden.

Die Telemedizin kann bei entsprechender Diffusion einen erheblichen Beitrag zur Lösung der Versorgungsproblematik im ländlichen Raum leisten. So sieht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in der Telemedizin eine nachhaltige Chance, „der regionalen Unterversorgung zu begegnen und insbesondere älteren Menschen den Verbleib in der häuslichen Umgebung bei guter Lebensqualität zu ermöglichen“ (SVR Gesundheit, 2014). Allerdings warnt er vor einer Tendenz zur angebotsgetriebenen Implementierung von Gesundheitsdienstleistungen, deren Nutzen nicht oder nicht ausreichend belegt ist. Telemedizinische Anwendungen müssten Bestandteil eines Gesamtkonzeptes sein, das den Präferenzen der verschiedenen Patientengruppen sowie der Ärztin oder des Arztes, des medizinischen Personals und der weiteren Gesundheitsdienstleister/-innen gerecht wird.

Für Deutschland sind mittlerweile eine Vielzahl von erfolgreichen Pilotanwendungen und positiven praktischen Projekterfahrungen dokumentiert. Von dem Ziel eines flächendeckenden Ausbaus der Telemedizin ist Deutschland – anders als einige Nachbarländer wie z.B. Schweden, die Schweiz und Großbritannien – jedoch noch weit entfernt. In NRW werden derzeit allerdings die strukturellen und technologischen Voraussetzungen dafür geschaffen. Hierzu zählt die Implementierung von innovativen integrativen Versorgungsansätzen sowie von sektorübergreifenden Kommunikationsinfrastrukturen. Die meisten erfolgreichen Pilotprojekte lassen sich dabei den Anwendungsfeldern „Telemonitoring“ und „Telekonsultation“ zuordnen.

Beim Telemonitoring wird der Gesundheitszustand anhand physiologischer Daten aus der Entfernung überwacht. Im Haushalt des Patienten bzw. der Patientin werden Messgeräte wie z.B. eine digitale

Waage, ein Blutdruck- oder ein Blutzuckermessgerät installiert. Eine Pflegekraft oder der Patient bzw. die Patientin selbst führen regelmäßig Messungen durch und senden diese Daten an den betreuenden (Haus-) Arzt bzw. die Ärztin oder an ein entsprechendes Telemedizinzentrum. In der Regel werden Schwellenwerte festgelegt, bei deren Unter- oder Überschreitung die Ärztin bzw. der Arzt oder eine medizinische Fachkraft unmittelbar durch eine automatische Warnmeldung informiert werden.

Insbesondere Hausärztinnen und -ärzte mit vielen Hausbesuchen können durch die Delegation von Aufgaben an geschulte Fachkräfte deutlich entlastet werden. Diese sog. Versorgungsassistentinnen betreuen die Patientinnen und Patienten vor Ort und können bei Bedarf den Arzt bzw. die Ärztin per Telekonsultation hinzuziehen.

Ein weiteres Anwendungsfeld der Telemedizin ist die digitale Vernetzung der Gesundheitsdienstleister, zu der allerdings bislang nur wenige Erfahrungen vorliegen. Eine digitale Vernetzung der Anbieter von Gesundheitsdiensten kann wesentlich zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Mögliche Vorteile sind u.a. eine effizientere und schnellere Koordinierung aller Versorgungsleistungen, die Vermeidung von Doppeluntersuchungen sowie die Vermeidung des Einsatzes von inkompatiblen Medikamenten oder Therapien.

Für die nachhaltige Breitenimplementierung der Telemedizin ist eine Akzeptanz bei der niedergelassenen Ärzteschaft und den mit ihnen kooperierenden Gesundheitsdienstleistern sowie bei den (älteren) Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen erforderlich. Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte befürwortet zwar den Einsatz von Gesundheitstelematik und Telemedizin, insbesondere Hausärztinnen und -ärzte äußern sich jedoch skeptisch im Hinblick auf den konkreten Nutzen für die eigene Praxis. Viele von ihnen fürchten eine hohe Kostenbelastung durch notwendige Investitionen in IT-Systeme und Personalschulungen sowie einen Anstieg des Verwaltungsaufwandes. Eine weitverbreitete Befürchtung ist zudem, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch den Einsatz von Telemedizin leiden könnte. Viele Ärztinnen und Ärzte misstrauen den bestehenden Datenschutzkonzepten und äußern außerdem haftungsrechtliche Bedenken.

Ähnliche Befürchtungen bremsen auch die Verbreitung der Telemedizin in der ambulanten und stationären Pflege. Besonders stark ist hier die Sorge, dass Menschenkenntnis, Erfahrung und Intuition durch einen zunehmenden Technikeinsatz an Bedeutung verlieren. Viele Pflegekräfte argwöhnen, durch die Technik mehr kontrolliert als unterstützt zu werden.

Hinsichtlich der Akzeptanz von Telemedizin bei den Patientinnen und Patienten liegen keine eindeutigen Ergebnisse vor. Einerseits ist die sog. Compliance (Therapietreue) in Pilotprojekten bei Personen mit spezifischen Krankheitsbildern wie Diabetes oder chronischer Herzinsuffizienz hoch. Andererseits zeigt sich, dass Patientinnen und Patienten generell einem breiteren und dauerhaften Einsatz skeptisch gegenüber stehen. Während in einer aktuellen Studie (Ärztezeitung, 2016) 74% der Befragten ihren Arzt bzw. ihre Ärztin alternativ auch per Videotelefonie konsultieren würde, können sich nur 23% die regelmäßige Nutzung von Gesundheitsapps vorstellen. Dabei stehen ältere Personen telemedizinisch

schen Anwendungen generell skeptischer gegenüber als jüngere. Die Sorge um die Sicherheit von Patientendaten ist in allen Altersgruppen hoch: 82% aller Befragten fürchten einen Missbrauch ihrer Daten.

Ein breiter Einsatz der Telemedizin ist also nur möglich, wenn

- Praxen und Pflegediensten Modelle für eine kostengünstige und unkomplizierte Integration telemedizinischer Anwendungen in den Arbeitsalltag zur Verfügung gestellt werden,
- ein Angebotspaket entwickelt wird, in dem mögliche positive Effekte telemedizinischer Anwendungen auf die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin bzw. Pflegekraft und den Patientinnen und Patienten realisiert werden und
- Vertrauen in die Qualität und die Sicherheit telemedizinischer Angebote aufgebaut wird.

Erst dann wird Telemedizin nachhaltig und in der Breite zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum beitragen können.

Literatur

Ärztezeitung (2016). Patientenumfrage: Videosprechstunde mit dem Arzt ist gefragt. Ärztezeitung vom 20.1.2016.

www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/903061/patientenumfrage-video-sprechstunde-arzt-gefragt.html, letzter Abruf am 7.4.2016.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn: SVR Gesundheit.



7

AUTORINNEN UND AUTOREN

Bernd Balloff ist Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung auf Kardiologie und betreibt gemeinsam mit Dr. Volker Schrage das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden.

Daniela Balloff ist Projektleiterin der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz in Legden.

Dr. **Bernd Benikowski** ist Bildungswissenschaftler und Geschäftsführer, der gaus gmbh – medien bildung politikberatung, Dortmund. Die gaus gmbh entwickelt und implementiert seit Jahren im Rahmen verschiedener Aufträge und Projekte u.a. für das Bundesarbeitsministerium (QUASIE, upgrade, Bildungsseismograph) innovative und arbeitsplatznahe Lernarchitekturen in unterschiedlichen Branchen und konzipiert passgenaue Programme für Unternehmen und Organisationen.

Martina Böhmer ist Mitgründerin und Geschäftsführerin von Paula e.V., Köln und Leiterin des Projektes „Bedarfsgerechte Unterstützung für von Gewalt betroffene oder traumatisierte ältere bis hochaltrige Frauen“.

Christoph Bröcker ist gelernter Krankenpfleger und Diplom-Kaufmann für Betriebswirtschaftslehre in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Seit zehn Jahren ist er einer der Geschäftsführer der Kliniken Westmünsterland GmbH. Schwerpunkt seiner Geschäftsführungstätigkeit ist unter anderem der Personalbereich.

Diplom-Geograph Dr. **Frank Bröckling** beschäftigt sich mit seinem Büro planinvent bereits seit über zehn Jahren mit Fragen der Entwicklung von ländlichen Regionen. Seit fast sechs Jahren ist er für die LEADER-Region Kulturlandschaft Ahaus – Heek – Legden als Regionalmanagement tätig. Dr. Bröckling ist der Geschäftsführer von planinvent und einer der Sprecher der LEADER-Regionen in Nordrhein-Westfalen.

Kurt-Georg Ciesinger ist Geschäftsführer der gaus gmbh –medien bildung politikberatung und berät die Kooperation der Gesundheitsprojekte in Legden.

Dr. **Olaf Iseringhausen** studierte Sozialwissenschaften und Rechtswissenschaften. Er ist Leiter Projekt- und Versorgungsmanagement beim WZAT Westdeutsches Institut für angewandte Telemedizin.

Friedhelm Kleweken ist Bürgermeister der Gemeinde Legden und organisierte in dieser Funktion die Bewerbung der Gemeinde im Rahmen der Regionale 2016 mit dem Gesamtkonzept „Älter werden im ZukunftsDORF“, das insgesamt mehr als ein Dutzend Einzelprojekte, 20 Institutionen, Vereine und Unternehmen sowie Hunderte Akteure integriert.

Miriam Klöpper ist examinierte Krankenschwester und Diplom-Pflegewissenschaftlerin. Seit 2008 ist sie als Pflegeberaterin in der Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen in Gronau beim Caritasverband Ahaus-Vreden tätig. Als Mitarbeiterin im Projekt „Teilhabe am Leben“ ist es ihr ein Anliegen, das soziale Umfeld für die Thematik zu sensibilisieren und somit gesellschaftliche Teilhabe für betroffene Familien weiterhin ermöglichen zu können.

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Qualitäts- und Projektbeauftragte beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Im Rahmen von Projekten beschäftigt sie sich seit mehreren Jahren mit dem Thema Demenz. Ihre Schwerpunkte sind die personenzentrierte Pflege, Dementia Care Mapping, Wohnformen für Menschen mit Demenz und die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements.

Horst Mehlhose ist Geschäftsführer der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH.

Kerstin Menker, Dipl.-Pflegerin, ist Projektmitarbeiterin beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Im Rahmen verschiedener Modellprojekte beschäftigt sie sich seit mehreren Jahren mit der Unterstützung von Familien und sozialen Netzwerken Pflegebedürftiger.

B.A. Sportwissenschaftlerin **Fanny Natzschka** ist Fachbereichsleiterin Medizinische Trainingstherapie der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH.

Diplom-Geograph **Dominik Olbrich** beschäftigt sich mit seinem Büro planinvent bereits seit über zehn Jahren mit Fragen der Entwicklung von ländlichen Regionen. Seit fast sechs Jahren ist er für die LEADER-Region Kulturlandschaft Ahaus – Heek – Legden als Regionalmanagement tätig.

Cornelia Schlebusch ist Leitmarktkoordinatorin für den Leitmarktwettbewerb Gesundheit.NRW der neuen EFRE-Förderphase 2014-2020 und Projektleiterin für die Entwicklung und Erprobung eines Beratungsangebotes Gender Management für KMU in der Gesundheitswirtschaft. Seit Mai 2015 ist sie Bereichsleiterin des Fachbereichs Gesundheit beim Projektträger ETN. Der Fachbereich verantwortet neben Projekten im Gesundheitsbereich auch die Koordination der Landesinitiative Netzwerk W(ieder-einstieg) des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Martina Schrage ist Geschäftsführerin der MQM Medical Quality Management GmbH und stellvertretende Bürgermeisterin der Gemeinde Legden.

Dr. med. **Volker Schrage** ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Gemeinsam mit seinem Kollegen Bernd Balloff betreibt er das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden.

Barbara Steffens ist Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinatorin des Projektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“

Matthias Wittland ist ausgebildeter Altenpfleger und nach Tätigkeiten als Pflegedienst- und Heimleitung im stationären Altenhilfebereich seit 1999 als Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus-Vreden tätig.

Stefan Wittland ist leitender Physiotherapeut der Gesundheitszentrum Westmünsterland GmbH am Standort Legden.

Dr.-Ing. **André Wolf** ist Projektmanager bei der Regionale 2016 Agentur in Velen und betreut dort die Projekte im Bereich der Daseinsvorsorge und Mobilität im ländlichen Raum.