

GEMEINSAM Gesundheit sichern

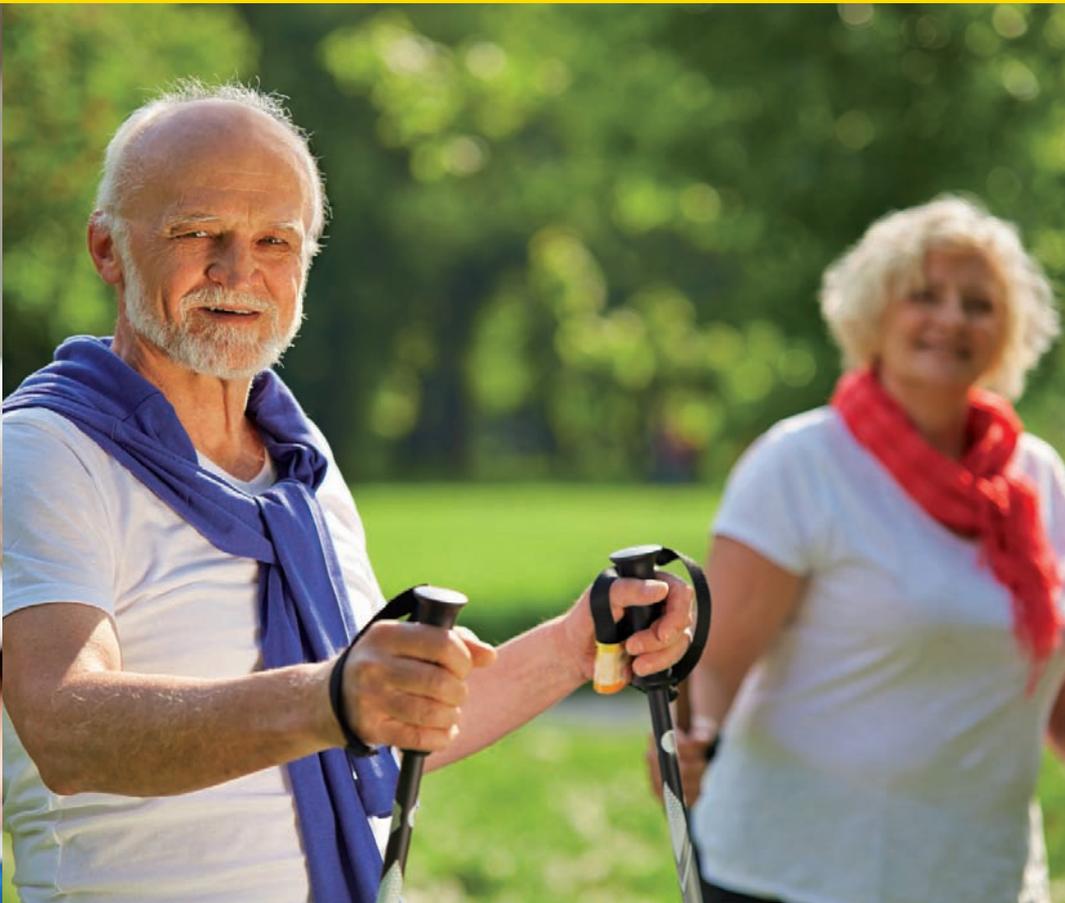
Professionsübergreifende Versorgungsmodelle
im Westmünsterland

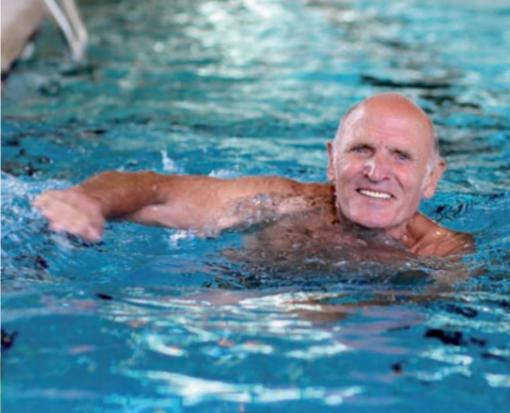


Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität

7,50 Euro | ISSN 2198-9273 1 | 2016

transfær





transfær

2 Impressum, Inhaltsverzeichnis

Grußwort

4 Versorgungsqualität lässt sich nur erzielen, wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten Maßstab des Handelns ist

Barbara Steffens

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

Cornelia Schlebusch

8 Professionsübergreifend Gesundheit sichern – Das Projekt GEMEINSAM

Rainer Ollmann, Kurt-Georg Ciesinger

10 Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Demenz

Aufgaben der Pflege in der professionsübergreifenden Zusammenarbeit
Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

12 Gemeinsam kompetent: Multiprofessionelle Versorgung im ländlichen Raum

Martina Schrage, Daniela Balloff, Volker Schrage

14 Sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch Kommunikation auf Augenhöhe

Kurt-Georg Ciesinger

16 Münsterländer Memorandum: Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem

18 Professionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Der gute Wille allein reicht nicht aus

Christiane Weiling

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

Birgit Leuderalbert, Kerstin Menker, Matthias Wittland

22 Telemedizin für den ländlichen Raum

Olaf Iseringhausen

24 Akzeptanz für eine sektorenübergreifende telemedizinische Versorgung

Rainer Ollmann

26 „Das größte Problem im ländlichen Raum sind die Humanressourcen“

Interview mit Christoph Bröcker, Geschäftsführer des Klinikums Westmünsterland

28 Gesundheit im Fokus der Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden

Frank Bröckling, Dominik Olbrich

30 Mobil, gesund und intergenerativ: Das ZukunftsLAND sucht Antworten.

Wie die Regionale 2016-Projekte die Daseinsvorsorge verbessern möchten
André Wolf

Impressum

transfær – Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität

3. Jahrgang 2016 – ISSN 2198-9273
Erscheinungsort Dortmund

Herausgeber und Verlag:

gaus gmbh – medien bildung politikberatung
Märkische Str. 86-88, 44141 Dortmund
Telefon 0231-477379-30, transfær@gaus.de



Verantwortlicher Redakteur: Kurt-Georg Ciesinger

Korrektorat: Lennart Siebecke, Sabine Schollas

Layout: Q3 design GbR, Dortmund

Fotos: Porträts: MGEPA NRW Berger (S. 5, Steffens); Dagmar Siebecke (S. 9, 15, Ciesinger; S. 19, Weiling); Claus Hens (S. 11, 21, Wittland); Stefan Kuberka (S. 13, M. Schrage, Balloff); Greta Schüttemeyer (S. 13, V. Schrage); Klinikum Westmünsterland (S. 26, Bröcker); planinvent (S. 29, Bröckling, Olbrich); Joop van Reeken (S. 31, Wolf);

Klinikum Westmünsterland (S. 26, Luftaufnahme) Jürgen Göckemeyer (S. 28, Dahliengarten Legden).

fotolia.com: Frank Gärtner (S. 1, 3, 14), pressmaster (S. 1), Robert Kneschke (S. 1, 11, 29, 30, 32), contrastwerkstatt (S. 2), Monkey Business (S. 2), GordonGrand (S. 2), cromary (S. 3), Chariclo (S. 4), breamchub (S. 7), DragonImages (S. 8, 25), shock (S. 11), Love the wind (S. 19), Yuri Arcurs (S. 21, 32), tunedin (S. 22), Ingo Bartussek (S. 32).

Diese Ausgabe der Zeitschrift transfær basiert auf Konzepten und Ergebnissen des Projekts „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). Die Artikel nehmen teilweise Bezug auf bereits abgeschlossene Projekte:

æ „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“ (FKZ 005-GW03-092 A-C)

æ „Teilhabe am Leben“ – Integration von demenziell erkrankten Menschen in das dörfliche Leben in Legden (FKZ GW03-116)

æ „Gesund älter werden“ – Aufbau eines regionalen Kompetenznetzwerkes Demenz und Entwicklung von Leitlinien zur Demenzfrüherkennung“ (FKZ 1230.1.1)

Die genannten Projekte wurden/werden gefördert von der Landesregierung NRW und der Europäischen Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung.



Das Projekt GEMEINSAM ist Teil der Regionale 2016.



Versorgungsqualität lässt sich nur erzielen, wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten Maßstab des Handelns ist

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

Es ist und bleibt eine zentrale Herausforderung, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung dauerhaft zu sichern und zugleich substantiell zu verbessern. Doch wie schaffen wir es in Zeiten des demografischen Wandels, in Zeiten fortschreitender Alterung, die Zusammenarbeit über Sektoren und Professionen hinweg zu optimieren und, vor allem, sie als Selbstverständlichkeit in den Versorgungsstrukturen zu verankern?

Das Bewusstsein für die Notwendigkeit dieser Aufgabe ist in den vergangenen Jahren gewachsen. Es ist zugleich Voraussetzung für die Bewältigung. Und es gibt darüber hinaus immer mehr erfolgreiche Beispiele, die zeigen, auf welche Kriterien es bei der Umsetzung ankommt. Doch von einem flächendeckenden Durchbruch dieses Ansatzes kann noch lange nicht die Rede sein, gerade mit Blick auf die Versorgung demenziell Erkrankter.

Darum liegt der thematische Schwerpunkt des aktuellen Leitmarktwettbewerbs Gesundheit. NRW in der Überwindung der noch immer ausgeprägten sektoralen Struktur Grenzen in einem durch zahlreiche Regularien definierten Gesundheitssystem.

Alle bislang ausgewählten Projekte haben das Potenzial, die Gesundheitswirtschaft in NRW noch stärker an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten sowie der Anwenderinnen und Anwender auszurichten und sie so weiter zu verbessern. So sollen die professionsübergreifende Zusammenarbeit gestärkt, die Sicherheit bei der Therapie mit Arzneimitteln erhöht oder der Aufbau neuer Pflegestrukturen im Quartier mit Hilfe digitaler Technik beschleunigt werden. Es geht im Kern immer um die Frage, wie durch verstärkte Kooperation und den sinnvollen Einsatz von Technik die Qualität der Versorgung substantiell, d.h. orientiert an den tatsächlichen Bedarfen der Patientinnen und Patienten, verbessert werden kann – sowohl strukturell als auch im Setting: in der häuslichen Umgebung, am Krankenbett oder in der stationären Pflege. Wie gestalten wir die Angebote vor Ort so, dass sie den Betroffenen Sicherheit geben und zugleich verborgene oder verbliebene Potenziale wecken und fördern – im Sinne von Prävention, im Sinne der Wahrung von Selbstbestimmung, im Sinne des Erhalts von Eigenständigkeit.

Der Anspruch des aktuellen Leitmarktwettbewerbs ist durchaus höher als in früheren För-

derschwerpunkten, denn es sollen nicht nur innovative Modelle entwickelt und exemplarisch erprobt, sondern tatsächlich nachhaltige Strukturen aufgebaut werden.

Das Projekt „GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem“ ist ein „Prototyp“ der neuen Generation von Vorhaben, denn es vereinigt alle Anforderungen an die Förderungswürdigkeit von Projekten. Das Verbundvorhaben baut auf langjährigen Erfahrungen und bewährten Strukturen auf, sowohl hinsichtlich bewährter Kooperationen als auch mit Blick auf die Akteurinnen und Akteure. Es bündelt darüber hinaus die Expertise von Partnerinnen und Partnern mit unterschiedlichsten Kompetenzen, integriert gesellschaftspolitische Anforderungen wie auch technische Innovationen und schafft so eine nachhaltige Struktur, die die Projektergebnisse transferiert und die Projektarbeiten langfristig verstetigt.

Innerhalb des Förderzeitraumes von drei Jahren sollen Strukturen einer professions- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe langfristig verankert werden – zunächst exemplarisch in der Region Westmünsterland für den Bereich der Demenzversorgung und -prävention.

Das Projekt GEMEINSAM erfüllt damit nicht nur die inhaltlichen, sondern auch alle strukturellen Anforderungen an förderfähige Projekte eines Leitmarktwettbewerbs: Es setzt auf vorhandene Ergebnisse, baut auf vorhandene Netzwerke und Arbeitsbeziehungen und sichert durch eine ef-

fiziente Vermarktungs- und Transferstruktur die Nachhaltigkeit. GEMEINSAM steht damit zu einem guten Stück exemplarisch für die Grundidee der Leitmarktwettbewerbe Gesundheit. NRW: Mit den acht in der Innovationsstrategie des Landes definierten Leitmärkten und den Leitmarktwettbewerben wollen wir neue Produkte und Dienstleistungen auf den Weg bringen, die zu einer sozialen, ökologischen und ökonomisch nachhaltigen Entwicklung beitragen können.

Der Leitmarkt Gesundheit umfasst mit über einer Million Beschäftigten eine große Bandbreite von Unternehmen und Einrichtungen sowie Akteurinnen und Akteuren entlang der Wertschöpfungskette der Gesundheitswirtschaft. Er ist damit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor, der sich aber durch seine besonders gemeinwohlorientierte, die Daseinsvorsorge betreffende Ausrichtung von anderen Märkten unterscheidet. Wir wollen mit unseren Möglichkeiten gezielt darauf hinwirken, dass sich die gesundheitliche Versorgung in NRW stärker an den Bedarfen der Bürgerinnen und Bürger orientiert. Dabei „denken“ wir Versorgung konsequent von der Grundlage „Ergebnisqualität“ aus. Wir sind überzeugt, dass sich wirklich gute Versorgungsqualität nur erzielen lässt, wenn das Wohl der Patientinnen und Patienten Maßstab des Handelns ist und nicht zweifelhafte systemische Fragen im Vordergrund stehen.

Die gesundheitliche Versorgung konsequent durch die Brille der Patientinnen und Patienten zu betrachten – das bleibt die zentrale Herausforderung in einer alternden Gesellschaft. In



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

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

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



Gesundheit
mit System



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

Cornelia Schlebusch

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“ gesamt-

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



Cornelia Schlebusch

Die Autorin

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, einem Modellvorhaben für ausgewählte KMU im Rahmen des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW. 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 Wiedereinstieg des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.

Weitere Informationen zur LeitmarktAgentur.NRW und zum Projektträger ETN:

www.leitmarktagentur.nrw, www.etn.nrw

Leitmarkt
Agentur.NRW

ETN

Projektträger Energie · Technologie · Nachhaltigkeit

Nachhaltig kooperativ

Professionsübergreifend Gesundheit sichern – Das Projekt GEMEINSAM

Rainer Ollmann, Kurt-Georg Ciesinger

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.

Bei den Ansätzen zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit handelt es sich bislang noch um Einzelbeispiele. Es existieren keine generellen Empfehlungen zum Aufbau und zur Verstärkung 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 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 Professions und Sektoren im Versorgungsprozess weiter aufgebaut werden. Eine entsprechende Bedarfsanalyse sowie geeignete Fortbildungsangebote sollen konzipiert, modellhaft erprobt und in nachhaltige Strukturen überführt werden.

„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 Memorandum¹). 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.

¹ Im Jahr 2014 wurde mit dem Münsterländer Memorandum erstmals niedergelegt, wie eine professionsübergreifende 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.



Rainer Ollmann, Kurt-Georg Ciesinger

- 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 Professions. 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.

Die Autoren

Rainer Ollmann und Kurt-Georg Ciesinger sind Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung in Dortmund. Die gaus gmbh ist Konsortialführerin im Verbundprojekt GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem.

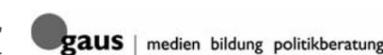
Die Projektpartner

gaus gmbh – medien bildung politikberatung
Ansprechpartner: Rainer Ollmann
ollmann@gaus.de, www.gaus.de

Hausarzt-Praxis Münsterland
Ansprechpartnerin: Martina Schrage
m.schrage@hausarzt-legden.de
www.hausarzt-legden.de

Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.
Ansprechpartner: Matthias Wittland
info@caritas-ahaus-vreden.de
www.caritas-ahaus-vreden.de

Das Projekt ist Bestandteil der Regionale 2016.



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 Assessment 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.



Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

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. Pflegenden 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 teilhabeorientierte 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 teilhabeorientierter 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 teilhabeorientierte 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 absehen von eigenen Auslegungen und Interpretationen der Situation Pflegebedürftiger, sondern mit einem hohen Grad an Kompetenzen wie Bedürfnisfeststellung, Bedarfserhebung, Wahrnehmung, Kommunikation und Selbstreflexion dem Menschen in seiner individuellen Persönlichkeit 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)*.

Die Autorinnen, der Autor

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

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Koordinatorin für den Bereich Qualitäts- und Projektmanagement beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Sie beschäftigt sich intensiv mit den Themen Demenz, Versorgungs- und Wohnformen im Alter sowie bürgerschaftliches Engagement.

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





Gemeinsam kompetent: Multiprofessionelle Versorgung im ländlichen Raum

Martina Schrage, Daniela Balloff, Volker Schrage

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 Langfristperspektive 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 Ein-

sparungen, insbesondere bei veranlassten Leistungen wie Arzneimitteln oder Krankenhaus-einweisungen, 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 hinweg 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 ihrer Angehörigen erheb-



Martina Schrage, Daniela Balloff, Volker Schrage

lich 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 GEMEINSAM 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, gendgerechten, inklusiven und kultursensiblen Versorgung demenziell Erkrankter und demenzgefährdeter Menschen sensibilisiert, durch das Projekt GEMEINSAM beratend unterstützt und deren Erfahrungen ausgewertet werden sollen.

Die Autorinnen, der Autor

Martina Schrage und Daniela Balloff sind Projektverantwortliche im Teilprojekt GEMEINSAM der Hausarztpraxis Münsterland. Im Vorläuferprojekt „Lokale Allianzen“ arbeiteten sie an den Strukturen der Demenzversorgung in der Gemeinde Legden.

Dr. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Gemeinsam mit Kollegen betreibt er das Gesundheits- und Präventionszentrum Münsterland in Legden. Er leitete das Vorläuferprojekt „Gesund älter werden“.

Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND



Multiprofessionelle Versorgung

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 Akupunktur – 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 je 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

Kommunikation auf Augenhöhe

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.

In der Diskussion wurde für alle Beteiligten damals schnell deutlich, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe die Grundvoraussetzung für eine zukunftsorientierte Patientenversorgung ist. Die Erkenntnis der Beteiligten im Originalton: „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.“

Das Münsterländer Memorandum

Im Jahr 2014 wurde im Westmünsterland mit dem sogenannten Münsterländer Memorandum (siehe Folgeseite) erstmals niedergelegt, wie eine solche professionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen konkret aussehen könnte. In dieser Erklärung wurden verbindliche Regeln zur Zusammenarbeit und zum Miteinander der Professionen entwickelt. Die Unterzeichner des Memorandums verpflichteten 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 bereits das Memorandum 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.



Der Autor

Kurt-Georg Ciesinger ist Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und einer der Initiatoren des Münsterländer Memorandums „Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein besseres Gesundheitssystem“.

Kurt-Georg Ciesinger



„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.



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 füllen 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.

Professionsübergreifende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

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. Tradierte 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:

- æ 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.
- æ Schnittstellen und Kompetenzen müssen im Detail analysiert und Wege der konkreten professionsübergreifenden Zusammenarbeit auf Augenhöhe evaluiert und ggf. optimiert werden. Zuständigkeiten und Verantwort-

lichkeiten 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 eingeschlossene 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:

- æ 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.
- æ Das Gesundheitswesen ist inzwischen multikulturell geprägt. Das Gesundheits- und Pflegeverständnis, aber auch die Hierarchien im europäischen Ausland, insbesondere aber in arabischen Ländern, unterscheiden sich massiv von deutschen Sichtweisen. Das führt in der praktischen Arbeit immer wieder zu Kon-



Christiane Weiling

flikten im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure. Deshalb müssen bei der Konzeption und der Implementierung eines professionsübergreifenden Bildungs- und Beratungsangebotes Aspekte der Kultursensibilität mitgedacht werden.

- æ 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 Augenhöhe 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.

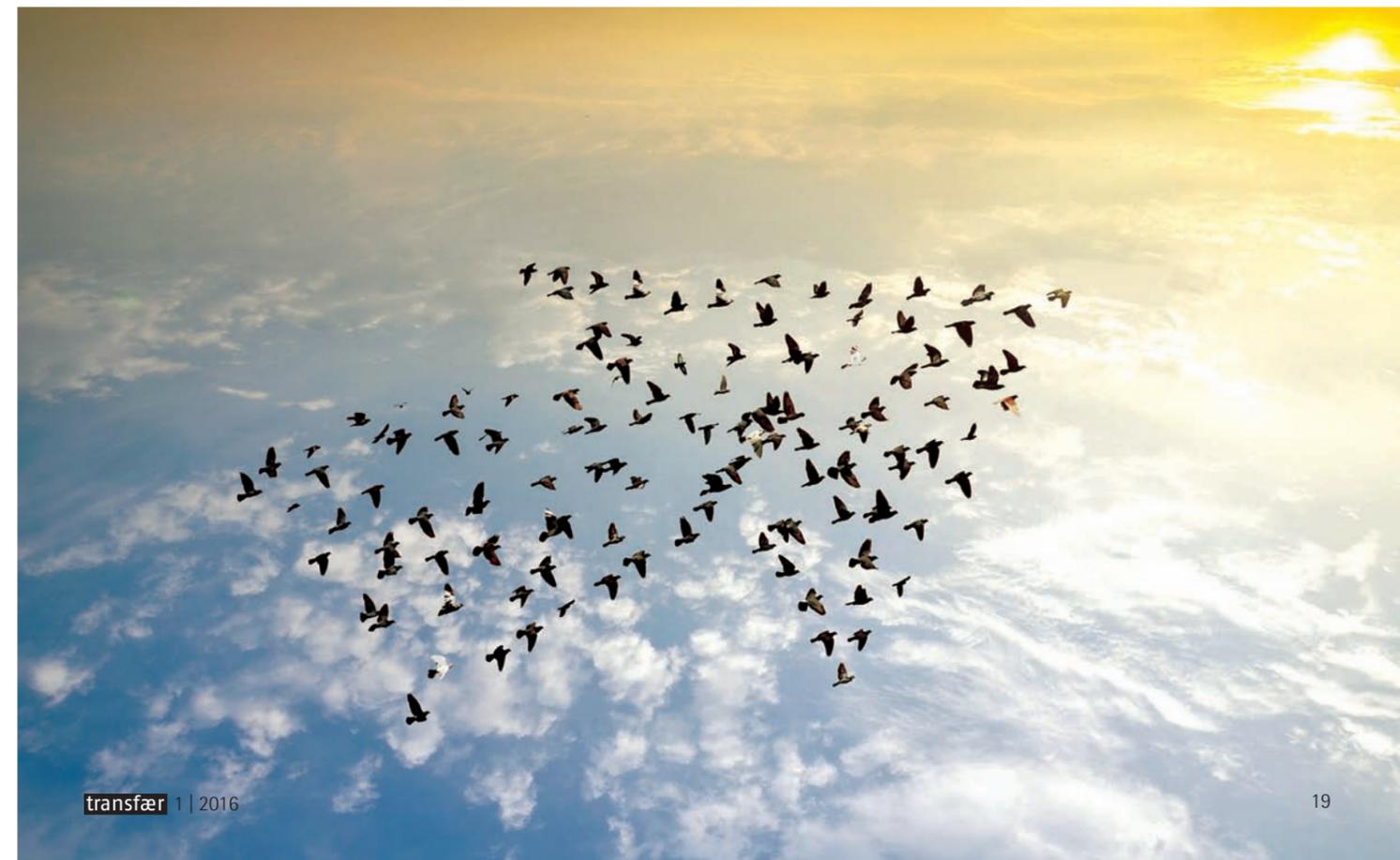
Will man eine über die Modellregionen hinausgehende Wirkung erreichen, hat das für die praktische Ausgestaltung des „Studienzentrums zur Förderung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ entsprechende Folgen. Es müssen NRW-weite, dezentrale Angebote konzipiert und vor Ort in den Regionen umgesetzt werden. Das Studienzentrum muss ein Dach darstellen, unter dem regionale Aktivitäten gebündelt und der Austausch zwischen den verschiedenen Akteuren

Zusammenarbeit

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.

Die Autorin

Christiane Weiling ist Bereichsleiterin Gesundheits- und Seniorenwirtschaft bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung. Sie war Gesamtkoordinatorin des Vorläuferprojektes „Biografieorientierte, kultursensible Überleitung“. weiling@gaus.de



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 etc. In 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 Patient- 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 kenn-



Birgit Leuderalbert, Kerstin Menker, Matthias Wittland



zeichnend 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.

Die Autorinnen, der Autor

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Koordinatorin für den Bereich Qualitäts- und Projektmanagement beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. Sie beschäftigt sich intensiv mit den Themen Demenz, Versorgungs- und Wohnformen im Alter sowie bürgerschaftliches Engagement.

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

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



Individualität
achten



Olaf Iseringhausen

Telemedizin für den ländlichen Raum

Olaf Iseringhausen

Hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen bedeutet auch die Betreuung der Patientinnen und Patienten in ihrem häuslichen Umfeld oder in den 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, Medizinern auf dem Lande endlich wieder Zeit zu geben, „ihre“ Patienten zu versorgen – bei halbwegs

regulierten 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-Kreislaufkrankungen, 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 Ernäh-

ung. 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 übermittelt 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 Grenz-

bereichs 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 intensivierte 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.

Der Autor

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



Rainer Ollmann

verbreitete 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 brei-

teren 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 würden, können sich nur 23% die regelmäßige Nutzung von Gesundheitsapps vorstellen. Dabei stehen ältere Personen telemedizinischen 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

- æ Praxen und Pflegediensten Modelle für eine kostengünstige und unkomplizierte Integration telemedizinischer Anwendungen in den Arbeitsalltag zur Verfügung gestellt werden,
- æ 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

æ 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.

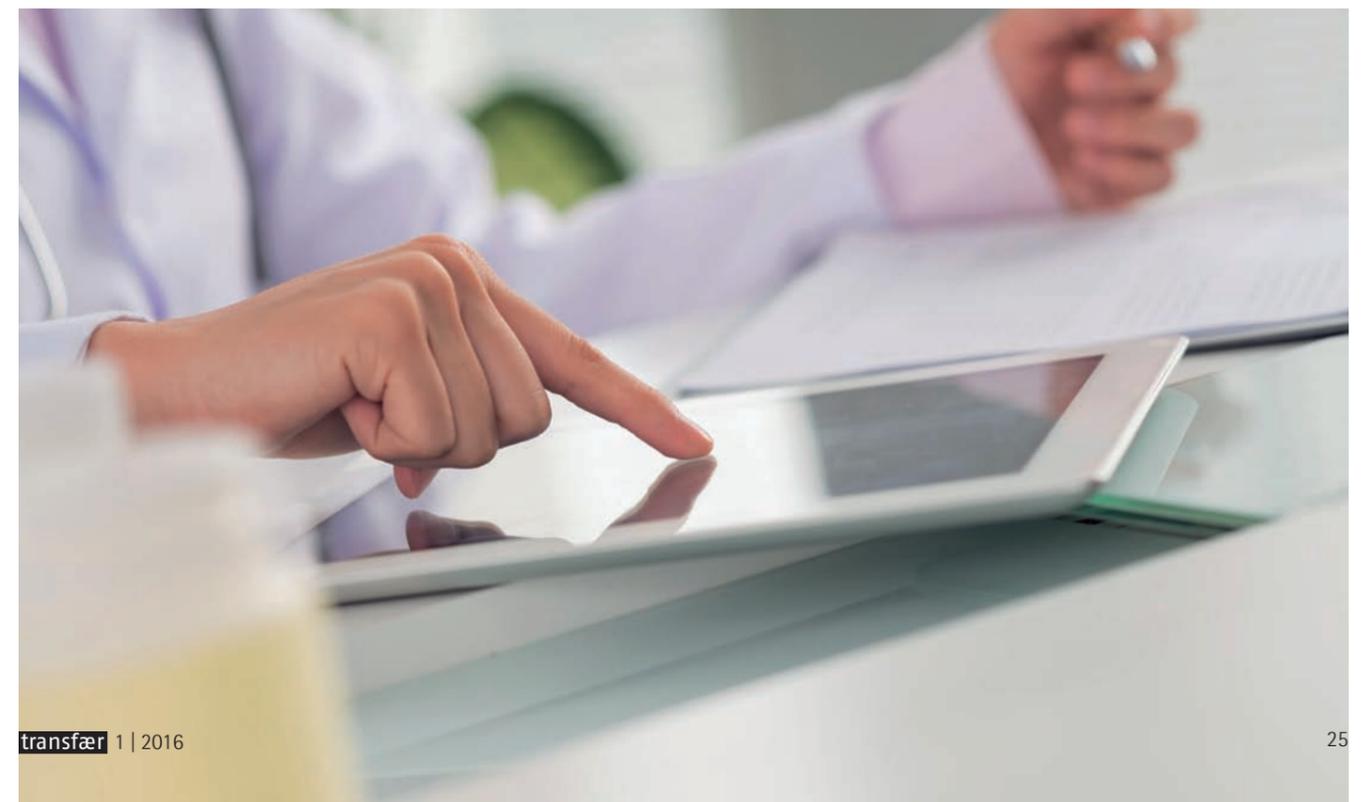
Der Autor

Rainer Ollmann ist Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und Gesamtkoordinator des Projektes GEMEINSAM.

gaus | medien bildung politikberatung

Gemeinsam

Akzeptanz



Humanressourcen



Christoph Bröcker

Interview mit Christoph Bröcker,
Geschäftsführer des Klinikums Westmünster-
land, über die medizinische Versorgungssituation im ländlichen Westmünsterland

„Das größte Problem im ländlichen Raum sind die Humanressourcen“

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

Die stationäre medizinische Versorgung ist im Westmünsterland grundsätzlich gut und wohnortnah aufgestellt. Allein unser Klinikum 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 bisweilen 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 ggf. Tagesmütter. Zusätzlich versuchen wir unsere Dienstpläne familienfreundlich zu gestalten und Teilzeitmodelle auf unterschiedlichen Ebenen zu realisieren.

Die Jungmediziner wollen wir durch exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten locken und binden. Wir bieten z.B. ein Sommercamp mit klinischer Praxis am Bett für PJler gekoppelt 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 „ge-lockt“ 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-Schwestern. Das Problem ist aber, dass auch das pflegerische Personal sich die Stellen heute aussuchen kann und wir da-

rum 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 und der Führungsstil im Krankenhaus werden manchmal kritisch gesehen.

Diese Zeiten sind aber eigentlich vorbei. Die Führungskraft 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 dem wir jungen Mediziner 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 noch nicht so weit, wie wir sein könnten. Andere europäische Länder liegen da vorn.

Natürlich setzen wir als Klinikum auch Telemedizin ein, z.B. Teleradiologie im Bereich notärztlicher Versorgung, sodass die Bilder schon am notwendigen Ort sind, bevor der KTW oder He-

likopter 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 Videokonferenzen 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 Klinikum Westmünsterland GmbH. Schwerpunkt seiner Geschäftsführungstätigkeit ist unter anderem der Personalbereich.

Das Interview führten Rainer Ollmann und Kurt-Georg Ciesinger.



KLINIKUM
WESTMÜNSTERLAND

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 Medizinerinnen 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 gewonnen 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 ehrenamt-

Der Dahlienpark in Legden



Frank Bröckling, Dominik Olbrich

Die Autoren

Die Diplom-Geographen Dr. Frank Bröckling und Dominik Olbrich beschäftigen sich mit ihrem Büro planinvent bereits seit über zehn Jahren mit Fragen der Entwicklung von ländlichen Regionen. Seit fast sechs Jahren sind beide für die LEADER-Region Kulturlandschaft Ahaus-Heek-Legden als Regionalmanager tätig. Dr. Bröckling ist der Geschäftsführer von planinvent und einer der Sprecher der LEADER-Regionen in Nordrhein-Westfalen. info@planinvent.de

liche Kultur- und Brauchtumpflege 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 Versorgungszentrums 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 selbstständig über Projekte entscheiden und einen Teil ihres Budgets für die Umsetzung der ausgewählten Projekte zur Verfügung stellen. www.leader-ahl.de



Fokus Gesundheit





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 Regionales 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 Re-

gion 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 zukunftsfeste 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



André Wolf

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 Notuln-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 Behinderungen 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

Mobil, gesund, intergenerativ

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 Förder-töpfe aufzuschließen.

Der Autor

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. andre.wolf@regionale2016.de
www.regionale2016.de





transfær