

Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität

10,- Euro | ISSN 2198-9273 3 | 2018

transfær

Zukunftsmodell GEMEINSAM

Multiprofessionelle Zusammenarbeit für
eine bessere Gesundheitsversorgung





Impressum

transfær – Impulse für Arbeit, Bildung, Gesundheit, Lebensqualität

5. Jahrgang 2018 – ISSN 2198-9273

Erscheinungsort Bielefeld

Herausgeber: Jörg Schlüpmann

Verlag: Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Assistenz OWL e.V. (a³ OWL e.V.)

v.i.S.d.P.: Frank-Peter Oltmann

Lektorat: Sabine Schollas

Druck: print24.de

Layout: Q3 design GbR, Dortmund

Bezugsadresse / Kontakt:

Zeitschrift präview c/o a³ OWL e.V.

Herforder Straße 74, 33602 Bielefeld

http://a3-owl.info, info@a3-owl.info

Abbildungen: Porträts: Büro LBBP Feldmann (S. 5, Middendorf); Greta Schüttemeyer (S. 9, S. 29, Schrage); Foto Erhardt (S. 11, Menker); Claus Hens (S. 11, Wittland); Stefan Kuberka (S. 19, Balloff, Schrage); Fotostudio Effing (S. 19, Meinke); PicturePeople (S. 21, Schimke); Dagmar Siebecke (S. 23, S. 31 Ciesinger); Malin Siebecke (S. 23, Siebecke); Hilla Südhaus (S. 25, Hausmann); Fotoatelier Clemens Gütersloh (S. 25, Schlüpmann); A. Nehm (S. 27, Dlugosch).

fotolia.com: roostler (S. 1); freefly (S. 2), Robert Kneschke (S. 2, S. 32); Alexander Rahts (S. 2); fotofabrika (S. 2); Foto-Ruhrgebiet (S. 5); Africa Studio (S. 7); MG (S. 8); Love the wind (S. 10); Gina Sanders (S. 12); nd3000 (S. 15, S. 32); Kzenon (S. 18/19); Petr Ciz (S. 21); Natee Meeplan (S. 22); Billion-Photos (S. 24); Jonas Glaubitz (S. 26); Khunatorn (S. 29); Vege (S. 30); goodluz (S. 32); Halfpoint (S. 32); psdesign1 (S. 32).

Diese Ausgabe der Zeitschrift transfær basiert auf Konzepten und Ergebnissen der Projekte:

„GEMEINSAM – Professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem. Prävention, Früherkennung und Teilhabe für demenziell erkrankte und gefährdete Menschen – gendergerecht, biografieorientiert und kultursensibel“ (Förderkennzeichen: GE-1-2-025A-C, EFRE – 0800224,226,249). Das Projekt wird gefördert von der Landesregierung NRW und der Europäischen Union, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung.

„BalanceGuard – Entwicklung und Erprobung eines Assistenzsystems für ganzheitliches Beanspruchungsmonitoring und gesunde Arbeit“ (Förderkennzeichen: 02L14A190-195). Das Projekt wird im Förderschwerpunkt „Präventive Maßnahmen für die sichere und gesunde Arbeit von morgen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.



Zukunftsmodell GEMEINSAM

Multiprofessionelle Zusammenarbeit für eine bessere Gesundheitsversorgung

2 Impressum

3 Inhaltsverzeichnis

4 **Zusammenarbeiten, Austauschen und Vernetzen – gemeinsam zum Wohle der Patientinnen und Patienten**
Claudia Middendorf

6 **Was bleibt? Ergebnisse und Produkte des Projektes GEMEINSAM – Bausteine für eine moderne Gesundheitsversorgung**
Rainer Ollmann

8 **Innovativ, zukunftsfähig, nachhaltig – das Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V.**
Luise Becker, Volker Schrage

10 **Der Handlungsleitfaden im Netzwerk GEMEINSAM**
Ein umfassendes Instrument zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen
Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

12 **Kompetenzentwicklung „Diversitätssensible Versorgung“ im Netzwerk GEMEINSAM**
Luise Becker

14 **CampAcademy GEMEINSAM**
Konzeption einer Lernarchitektur für den Aufbau professionsübergreifender Prozess- und Netzwerkkompetenzen
Bernd Benikowski

16 **Instrumente für die Umsetzung und für den Transfer**

18 **„Viele Augen sehen mehr als zwei“**
Erfahrungen aus dem praktischen Arbeitsalltag in der Testphase aus Sicht der Netzwerk-Promotoren
Daniela Balloff, Luise Becker, Charlotte Meinke, Martina Schrage

20 **Erfahrungen mit der professionsübergreifenden Zusammenarbeit aus der Perspektive der Betroffenen – Ergebnisse der Evaluierung**
Luise Becker, Benjamin Schimke

22 **Stressmonitoring für professionell und ehrenamtlich Pflegende mit DOSIMIRROR**
Kurt-Georg Ciesinger, Dagmar Siebecke

24 **„Schnelle Hilfe“ gesucht – wir stärken Beschäftigten den Rücken**
Ergänzende Coachingangebote zum Stressmonitoring mit DOSIMIRROR
Jana Hausmann, Jörg Schlüpmann

26 **Depressionen und Demenz im Alter**
Petra Dlugosch

28 **Hausarztpraxis der Zukunft**
Ein „Eckpfeiler“ zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum
Rainer Ollmann, Volker Schrage

30 **Telemedizinische Versorgung im ländlichen Raum**
Gestaltungsbedarfe jenseits technologischer Lösungen
Kurt-Georg Ciesinger, Rainer Ollmann

Zusammenarbeiten, Austauschen und Vernetzen – gemeinsam zum Wohle der Patientinnen und Patienten

Claudia Middendorf

In einer sich demografisch und strukturell verändernden Gesellschaft sehen wir uns in allen Lebensbereichen Herausforderungen und Veränderungen ausgesetzt. Die Lebenserwartung der Menschen steigt kontinuierlich an und damit auch das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten.

So war nach einer Studie der Robert Bosch Stiftung 2016 bereits jeder fünfte Patient älter als 65 Jahre alt. Im Schnitt wiesen davon ca. 40% kognitive Störungen auf und ca. 20% litten an Demenz. Eine Zunahme älterer Patienten wird außerdem in den Notfallambulanzen verzeichnet. Wie einige Kliniken berichten, ist bei ihnen sogar fast jeder dritte Patient in der Notaufnahme 80 Jahre und älter.

Speziell die demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten haben besondere Bedarfe, die berücksichtigt werden müssen. Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt ergeben sich dadurch besondere Herausforderungen für Betroffene, Angehörige und medizinische Fachkräfte. Demenziell Erkrankte benötigen eine deutlich größere Aufmerksamkeit, woraus neben der Erhöhung der Betreuungszeit auch die psychischen und physischen Belastungen für alle Beteiligten zunehmen. Häufig sind die Mitarbeiter der Krankenhäuser mit dieser Situation überfordert und zusätzlich fehlen spezielle Fachkräfte.

Ein erster wichtiger Schritt, um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, wurde mit dem Pflegeberufegesetz auf den Weg gebracht. Ab 2020 wird es die neue generalistische Pflegeausbildung geben, die mit dem Berufsabschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ abschließt. Damit soll der Pflegeberuf aufgewertet und den demografischen Herausforderungen sowie zunehmenden Überschneidungen in den Arbeitsbereichen der Pflegeheime und Krankenhäuser Rechnung getragen werden.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie es mit den demenziell Erkrankten nach einem Krankenhausaufenthalt weitergeht. Im Idealfall ver-

fügt das Krankenhaus über ein funktionierendes Entlassmanagement, das für alle Krankenhäuser seit dem 01.10.2017 verpflichtend ist und den Patientinnen und Patienten nach Aufenthalt den Übergang in den Alltag erleichtern soll. Ziel ist es, eine lückenlose Anschlussversorgung sicherzustellen.

Was passiert aber, wenn das Krankenhaus die Angehörigen nicht vollständig über das Entlassmanagement aufklärt? Wie geht es für demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten weiter, wenn es keine Angehörigen oder Vertrauenspersonen gibt und sie selbst aktiv werden müssen? In diesen Fällen läuft die Kommunikation zwischen den medizinischen und pflegerischen Stationen über die Patienten. Sind diese aber aufgrund ihrer Erkrankung nicht mehr in der Lage, ihre Situation schildern zu können, sind schwerwiegende Probleme zu erwarten.

An dieser Stelle setzt das Projekt GEMEINSAM an. Es hat das Ziel, ein gendergerechtes, inklusives und kultursensibles Ansprachekonzept zu entwickeln und zu erproben. Dabei stehen die Behandlungspfade zur Prävention, Früherkennung und Teilhabe am Beispiel Demenz im Fokus. Diese sollen sowohl professionsübergreifend als auch auf die individuellen Bedarfe abgestimmt sein.

Der Grundgedanke des Projektes GEMEINSAM ist es, die gemeinsame Arbeit für die Menschen im Gesundheitssystem zu verbessern und exemplarisch am Beispiel Demenz auszuarbeiten. Durch Interdisziplinarität, Multiprofessionalität und sektorenübergreifende Zusammenarbeit soll damit nicht nur die Versorgung der demenziell erkrankten Menschen verbessert werden, sondern das Gesundheitswesen wesentlich moder-

ner, leistungsfähiger und kosteneffizienter gestaltet werden.

Neben einer Zusammenarbeit während der Behandlung von Patientinnen und Patienten setzt das Projekt GEMEINSAM auch auf Kooperationen im Bereich der Früherkennung und der Prävention. Während die Zunahme an multiprofessionellen Teams und die politisch auf den Weg gebrachte generalistische Pflegeausbildung den Behandlungsverlauf unterstützen werden, steht diese Zusammenarbeit bei der Prävention und Früherkennung noch am Anfang.

Dabei ist die Zusammenarbeit auch in diesem Bereich von immenser Wichtigkeit. Durch den Austausch verschiedener medizinischer Teildisziplinen lassen sich wichtige Rückschlüsse auf den Krankheitsverlauf, auf Symptome und vorbeugende Maßnahmen ziehen. Auf diese Weise können zum einen mögliche Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen identifiziert werden und zum anderen Symptome erkannt, gelindert und im Idealfall Symptomeintritte aufgeschoben werden.

Als Netzwerkerin und Anwältin für die Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen befürworte ich ausdrücklich den Ansatz, gemeinsam für die Betroffenen zu arbeiten, sich auszutauschen, sich zu vernetzen und zum Wohle der Patientinnen und Patienten zusammenzuarbeiten. Der Aufbau eines Netzwerkes aus Hausärzten, Fachärzten, Pflegekräften sowie Therapeuten würde das Leben der demenziell erkrankten Menschen erheblich erleichtern und verbessern. Ebenso würde es für die Angehörigen eine wichtige Unterstützung bedeuten.

Ich selbst hätte mich gefreut, wenn es diesen Austausch bereits zu der Zeit gegeben hätte,



Claudia Middendorf

als ich meinen demenziell erkrankten Vater gepflegt habe. Häufig sind Angehörige selbst mit der Situation überfordert. Wenn sie dann zusätzlich noch als Schnittstelle für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen agieren sollen, kann die Versorgung der Menschen mit Demenz nicht bestmöglich gewährleistet werden. Dies sollte aber der Anspruch sein. Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen.

Nicht umsonst besteht die Zielsetzung moderner Demenzprävention und -versorgung darin, den Menschen, die demenziell erkrankt sind, ein möglichst selbstbestimmtes Leben und eine Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dazu bedarf es nicht nur der Unterstützung der Betroffenen und ihrer Angehörigen, sondern auch der gesellschaftlichen Aufklärung über den Umgang mit demenziell Erkrankten. Demenz ist kein Einzelschicksal, es betrifft Angehörige, Freunde und alle Menschen im gesamten sozialen Umfeld der Erkrankten. Daher kann

eine demenzielle Erkrankung nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen gefährden, sondern auch die der Angehörigen.

Das Projekt GEMEINSAM leistet einen wichtigen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Beitrag, indem professionsübergreifende Modelle entwickelt werden, die insbesondere die Versorgung der Menschen im Blick haben, die eine besondere Aufmerksamkeit und Hilfestellung benötigen. Nach einem erfolgreichen Start im Westmünsterland hoffe ich nun, dass sich die bisherige erfolgreiche Projektarbeit auch in weitere Regionen übertragen wird, um einen weiteren Schritt in Richtung eines menschlicheren Gesundheitssystems zu machen.

Allen Engagierten und Beteiligten des Projektes GEMEINSAM möchte ich herzlich für ihren bisherigen Einsatz danken und wünsche ihnen für ihr wichtiges Vorhaben weiterhin viel Erfolg. Ich freue mich darauf, den erfolgreichen bishe-

rigen Weg weiter zu verfolgen. Den transfærerinnen und -Lesern wünsche ich viel Freude bei dem Studieren der interessanten Beiträge rund um die professionsübergreifende Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem.

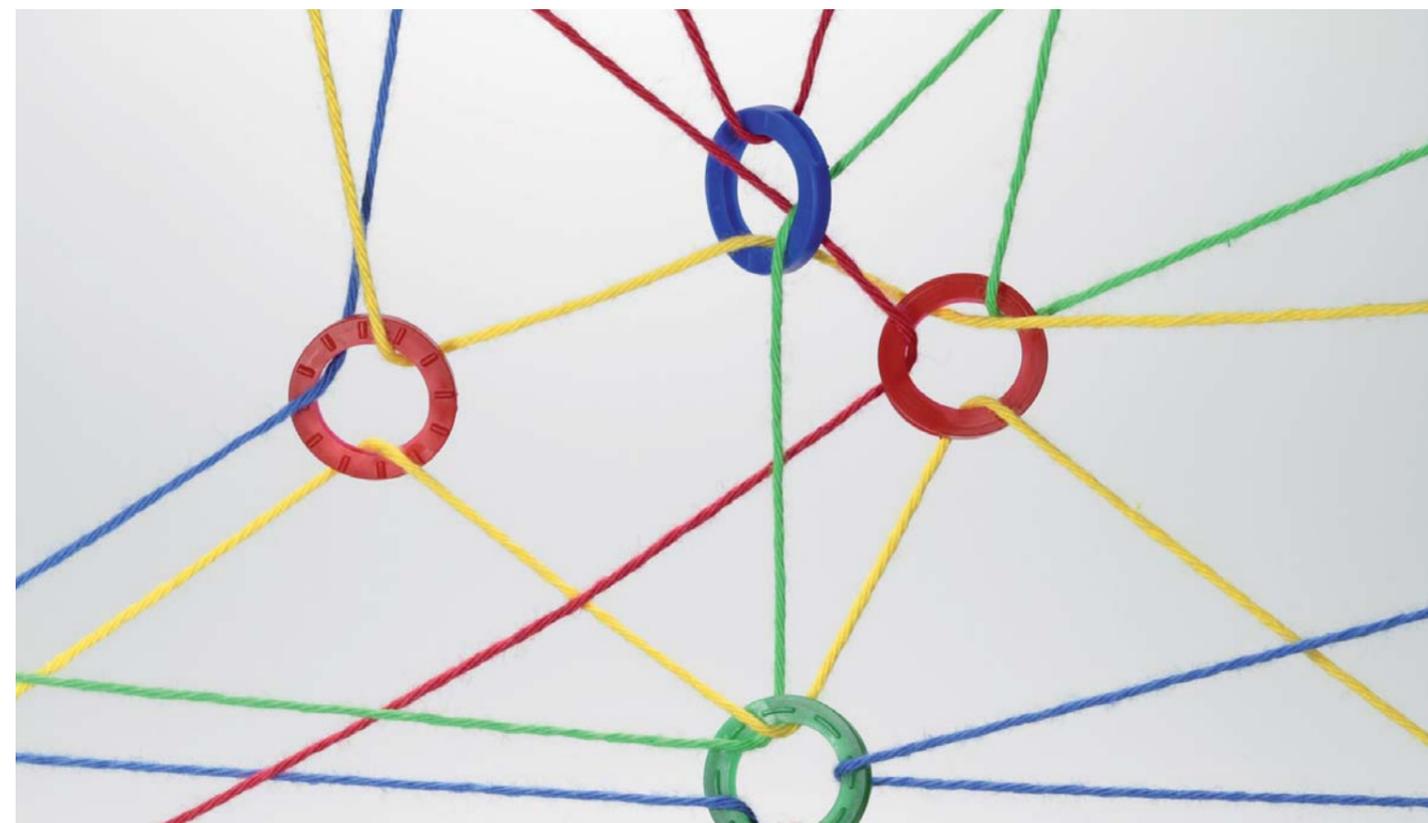
Die Autorin

Claudia Middendorf ist Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten. Vor ihrer Beauftragung war die Diplom-Sozialpädagogin Landtagsabgeordnete und Mitglied im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales und hat über viele Jahre ihren demenziell erkrankten Vater gepflegt.

Die Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen



Zusammenarbeit



Was bleibt? Ergebnisse und Produkte des Projektes GEMEINSAM – Bausteine für eine moderne Gesundheitsversorgung

Rainer Ollmann

Im Projekt GEMEINSAM wurden neue Unterstützungsformate für die professionsübergreifende Zusammenarbeit bei der diversitätssensiblen Versorgung von demenziell erkrankten Patientinnen und Patienten entwickelt und erprobt.

Die Nachhaltigkeit von zeitlich begrenzten innovativen (Förder-)Projekten sicherzustellen, ist keine leichte Aufgabe. Zum einen stoßen neue Ideen und Verfahrenskonzepte regelmäßig auf Widerstände aus der Praxis, die mit Befürchtungen der Marktteilnehmer bzw. der Leistungserbringer vor Konkurrenz, Autonomieverlust und (nicht bezahltem) Mehraufwand einhergehen. Auch das Projekt GEMEINSAM hat dies in der Startphase im Rahmen vieler Gesprächsrunden und Einzelgespräche mit den regionalen Gesundheitsakteuren bzw. -dienstleistern erfahren müssen. Zum anderen brechen mit Auslaufen der Förderung oftmals die mühsam aufgebauten neuen Strukturen wieder weg, da sie sich noch nicht organisatorisch oder/und finanziell selber tragen.

Es ist also nicht hoch genug einzuschätzen, wenn – wie beim Projekt GEMEINSAM – innerhalb der Projektlaufzeit innovative neue Leistungsstrukturen und Versorgungsmodelle stabil und auf längere Sicht tragfähig in der „Pilotregion“ (hier: Region Legden/Ahaus) verankert werden können – und darüber hinaus stabile Unterstützungsstrukturen entstehen, die den Breitentransfer in die Fläche sicherstellen.

Die folgende Übersicht über zentrale Ergebnisse und Produkte des Projektes GEMEINSAM soll aufzeigen, „was alles bleibt“.

Handlungsleitfaden

Zur Strukturierung und Unterstützung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit bei der Betreuung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung oder ersten Anzeichen dafür wurde ein Leitfaden zur Vorgehensweise und zur Qualitätssicherung entwickelt, in dem alle erforderlichen „Schritte“ für eine diversitätssensible Versorgung

im Netzwerk detailliert beschrieben sind. Das entsprechende Handbuch enthält u.a. Verfahrensbeschreibungen, Arbeitsanweisungen, Erläuterungen sowie Instrumente wie etwa Formulare und Checklisten, die für alle beteiligten Dienstleister im Netzwerk verbindlich sind. Der von einem interdisziplinären Projektteam entwickelte Leitfaden war die organisatorisch-inhaltliche Grundlage bei der Durchführung der einjährigen Testphase mit rund 90 Patientinnen und Patienten. Nach der Testphase wurde der Leitfaden unter Berücksichtigung der gemachten praktischen Erfahrungen überarbeitet und steht nun für den Realeinsatz zur Verfügung.

Patientenmappe

Die Patientenmappe ist eine manuelle Datenablage, die in strukturierter Form alle wichtigen medizinischen und pflegerischen sowie alle diversitätsrelevanten Informationen enthält und die Patientinnen bzw. Patienten vom Erstgespräch an begleitet. Mittels der Patientenmappe haben die beteiligten Dienstleister jederzeit Zugriff auf alle behandlungs- und betreuungsrelevanten Daten und können so viel informierter agieren oder sich bei Bedarf mit den anderen Netzwerkpartnerinnen und -partnern gezielter verständigen. Die manuelle Patientenmappe ist eine „Hilfskonstruktion“, die von einer entsprechenden digitalen Lösung abgelöst wird, sobald diese zur Verfügung steht.

Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. (GG.WML)

Die im Projekt aufgebauten professionsübergreifenden Netzwerkstrukturen mit im Kern einem Dutzend regionaler Dienstleister aus der Region Legden/Ahaus und Vreden waren nach der einjährigen Testphase zu einem funktionierenden und stabilen Gesundheitsnetz mit gegenseitigen Vertrauensbeziehungen zusam-

mengewachsen. Um diese für die Region sehr bedeutsame gesundheitliche Versorgungsstruktur zu erhalten und weiter auszubauen, wurde in Abstimmung mit der KVWL das bestehende Projekt Netzwerk Zug um Zug erweitert und umfasst mittlerweile rund 60 vertraglich eingebundene Kooperationspartner/-innen. Das als Verein organisierte neue und erweiterte Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. (GG.WML) ist mittlerweile von der KVWL zertifiziert. Im Juli 2018 hat das GG.WML in Legden eine Geschäftsstelle eröffnet; die durch das Projekt angelegten Versorgungsstrukturen für demenziell erkrankte Menschen im Westmünsterland sind somit langfristig gesichert. Auch thematisch werden neue inhaltliche Schwerpunkte hinzukommen. Hinsichtlich der professionsübergreifenden und diversitätssensiblen Versorgung von Patientinnen und Patienten ist das GG.WML nicht nur „Vorreiter“, sondern auch wichtiger Promoter der damit einhergehenden innovativen Versorgungs- und Betreuungsansätze.

Unterstützungsangebote für Beschäftigte

Die vertrauensvolle professionsübergreifende Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ hat nicht nur Qualitäts- und Effizienzvorteile, sondern führt zweifellos auch zu einer höheren Motivation und Arbeitszufriedenheit bei den Beschäftigten. Dennoch bleibt die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten (und ggf. ihren Angehörigen) anstrengend und psychisch belastend. Die Beschäftigten selber benötigen daher ebenfalls präventiv wirkende Hilfe- bzw. Unterstützungsangebote, damit ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhalten bleiben. Mit „DOSIMIRROR“ und der „Schnellen Hilfe“ stehen den Beschäftigten zwei niedrigschwellige, zugleich aber sehr wirksame Angebote zur Stressentlastung und -bewältigung zur Verfügung,



Rainer Ollmann



die zu der angestrebten hohen Arbeitsqualität der Netzwerk-Beschäftigten beitragen – wovon wiederum die Patientinnen und Patienten profitieren.

eBook GEMEINSAM und Zeitschrift transfær

Das eBook zum Projekt GEMEINSAM enthält alle konzeptionellen Beiträge, Ergebnisdarstellungen und Erfahrungsberichte der Projektpartner/-innen sowie erläuternde Fachbeiträge externer Expertinnen und Experten. Das eBook ist ein Kompendium von fachlichen Überlegungen und Lösungsvorschlägen, die sowohl Hintergründe, Umsetzungsprobleme und praktische Lösungen als auch den Mehrwert einer professionsübergreifenden und diversitätssensiblen Versorgung erläutern. Im Rahmen des Projektes wurden zwei Ausgaben der Zeitschrift transfær veröffentlicht. (Die zweite Ausgabe halten Sie in den Händen.)

Akademie GEMEINSAM

Die im Rahmen des Projektes entworfene Akademie umfasst drei Säulen zur Förderung bzw. Unterstützung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

Schaufenster zum Projekt

Die erste Säule besteht aus einem Informationsportal, das als „Schaufenster“ für alle Projektergebnisse und -produkte zu verstehen ist. Hierüber können Interessierte die für die praktische Umsetzung erforderlichen Anleitungen und Materialien wie z. B. den Handlungsleitfaden, Formulare und Checklisten oder Vertragsentwürfe herunterladen. Neben den eBook- und transfær-Inhalten lassen sich hier auch mehrere Videos und Animationen zu den Netzwerk-Prozessen und Verfahren sowie zur Demenz-Thematik für Informations- und Weiterbildungszwecke abrufen. Das Schaufenster wird Ende des Jahres 2018 an den Start gehen.

CampAcademy

Die zentrale Akademie-Säule besteht aus der sogenannten CampAcademy und den im Projekt erarbeiteten und in der Testphase eingesetzten Weiterbildungsbausteinen. Die CampAcademy

ist ein organisatorischer Rahmen, der es ermöglicht, dass verschiedene Professionen an konkreten Beispielen aus der Praxis gemeinsames Arbeiten in Netzwerken erlernen und einüben. Das in der Breite dafür erforderliche Basiswissen und die benötigten Managementkompetenzen werden über spezielle Trainingsmodule, sogenannte Mikro-Lerneinheiten, vermittelt – u.a. zu den Themen „Prozesse und Abläufe“, „Kommunikation auf Augenhöhe“ und „Case Management“. Für die fachspezifische Weiterbildung steht die im Projekt eingesetzte Workshopreihe zu wichtigen diversitätssensiblen Themen zur Verfügung.

Beratung und Coaching

Die dritte Säule umfasst persönliche Beratungs- und Coachingangebote für beteiligte Einrichtungen und Entscheider/-innen bei der Bildung und dem „Anfahren“ von Netzwerkstrukturen sowie individuelle Unterstützungs- und Coachingangebote für die Beschäftigten.

Fazit

Alle Produkte und Angebote des Projektes GEMEINSAM stehen für die praktische Nutzung zur Verfügung. In Kooperation mit den durch die KVWL schon zertifizierten Praxisnetzen dürfte zügig eine hohe Breitenwirksamkeit zu erreichen sein. Die professionsübergreifende und diversitätssensible Patientenversorgung kann somit in relativ kurzer Zeit zum „Standard“ in NRW werden.

Der Autor

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



Innovativ, zukunftsfähig, nachhaltig – das Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V.

Luise Becker, Volker Schrage

Durch das Projekt GEMEINSAM wurden die Grundlagen und Strukturen für eine vertrauensvolle, sektoren- und professionsübergreifende Zusammenarbeit der Gesundheitsdienstleister im Westmünsterland geschaffen. In enger Zusammenarbeit mit den Projekt-Akteuren wurden Schnittstellenprozesse definiert, Netzwerkpartnerinnen und -partner akquiriert und Instrumente für die Zusammenarbeit erprobt. Aber wie geht es ohne den unterstützenden Projektrahmen weiter?

Eine nachhaltige und zukunftsfähige Lösung ist die Überführung des Projektnetzwerkes in das Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. (GG.WML). Das von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe mittlerweile offiziell zertifizierte Gesundheitsnetz GG.WML ist eines von derzeit 20 anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V in Westfalen-Lippe. Das vereinsmäßig organisierte GG.WML ist ein Zusammenschluss von Haus-/Fachärztinnen und -ärzten aus Praxis, MVZ und Kliniken sowie niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Kooperation mit weiteren nicht-

ärztlichen Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Hierzu zählen u.a. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Apotheken, Physiotherapeut/-innen und Ergotherapeut/-innen zur multiprofessionellen, kooperativen und effizienteren medizinischen Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten. Die Philosophie des zertifizierten GG.WML leitet sich unmittelbar aus dem „Münsterländer Memorandum“ ab:

æ Alle Beteiligten erkennen die Fachkompetenz anderer Berufsgruppen an und gehen **wertschätzend** miteinander um.

- æ Die Kommunikation zwischen den Beteiligten erfolgt direkt und **nicht hierarchisch**.
- æ Die Beteiligten suchen **aktiv** die Abstimmung mit den anderen Professionen.
- æ Informationen werden im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben **direkt ausgetauscht** und rückgekoppelt.

Das GG.WML verfügt mit der Vereinssatzung, den entsprechenden Kooperationsverträgen und dem Münsterländer Memorandum über eine „gemeinsame Geschäftsgrundlage“ sowie ein stabiles Finanzierungsmodell und stellt damit



Luise Becker, Volker Schrage

eine wichtige innovative, zukunftsfähige und nachhaltige Säule für die Gesundheitsversorgung der Menschen im Westmünsterland dar. Zudem ist dadurch sichergestellt, dass die wissenschaftlichen und praktischen Vorarbeiten und Ergebnisse des Projektes GEMEINSAM auch weit in die Zukunft hinein wirken.

Dem GG.WML kommt damit eine zentrale Vorbildfunktion für weitere Netzwerke in anderen Regionen zu. In diesem Zusammenhang ist ein „Gütesiegel“ geplant, um weitere Gesundheits- und Praxisnetze hinsichtlich ihrer professionsübergreifenden Ausrichtung zu qualifizieren und auszuzeichnen. Hiervon versprechen wir uns eine noch bessere Versorgung von „problematischen“ Patientengruppen wie etwa chronisch kranken Patientinnen und Patienten, älteren und demenziell erkrankten Menschen, Menschen mit Migrationshintergrund sowie Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen. In „Fortführung“ der Arbeit des Projektes GEMEINSAM liegt der Fokus des GG.WML auf folgenden Arbeitsaufgaben und -schwerpunkten:

- æ Strukturierung der Arbeits- und Versorgungsprozesse mittels der im Projekt GEMEINSAM entwickelten Instrumente und Verfahren,
- æ Organisation und Durchführung multiprofessioneller Fallbesprechungen,
- æ Weiterentwicklung abgestimmter professionsübergreifender Handlungsleitlinien,
- æ Organisation von Qualitätszirkeln und Weiterbildungen,
- æ Erprobung von Digitalisierungsansätzen und -formaten in der multiprofessionellen Kooperation.

Alle Netzaktivitäten werden in der im Juli 2018 eröffneten Geschäftsstelle des GG.WML, dem sog. „Gesundheits-Stützpunkt Gemeinsam“, gebündelt und von dort aus koordiniert. So kümmert sich die Netzwerkmanagerin u.a. um das Schnittstellen- und Fehlermanagement, die Organisation der Weiterbildung, den Austausch mit anderen Netzen und den politischen Akteuren in der Region und um die Öffentlichkeitsarbeit.

Die Mitglieder und Beschäftigten des GG.WML nehmen regelmäßig an Weiterbildungsworkshops und anderen Qualifizierungsmaßnahmen teil. So sollen die im Projekt GEMEINSAM durchgeführte Workshopreihe zu den wichtigen Themen einer diversitätssensiblen Versorgung sowie Informationsveranstaltungen zur Gendermedizin im GG.WML regelmäßig wiederholt werden. Eine enge Kooperation hat das GG.WML darüber hinaus mit dem Projekt I/E-Health NRW (zum Projekt I/E-Health NRW siehe www.ie-health.nrw) vereinbart, um die Nutzung der sektorenübergreifenden digitalen Kommunikation für die Versorgung von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zu optimieren. Hier wird eine elektronische Fallakte nach den Vorgaben des im Projekt GEMEINSAM erarbeiteten Handlungsleitfadens entwickelt. Diese technische Lösung soll zukünftig die Zusammenarbeit im GG.WML unterstützen.

Das Gesundheitsnetz Gemeinsam Westmünsterland e.V. verstetigt damit neue Wege der multiprofessionellen Zusammenarbeit für ein menschlicheres Gesundheitssystem mit dem Ziel der langfristigen Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Westmünsterland. Das GG.WML stellt durch seine Patientenorientierung, die professionsübergreifende Zusammenarbeit und die Erprobung digitaler Ansätze eine nachhaltige Lösung für eine älter werdende Gesellschaft dar.

Das Projekt GEMEINSAM hat maßgeblich dazu beigetragen, die grundlegenden Strukturen zu erarbeiten, die nun die Basis für die multiprofessionelle Zusammenarbeit im GG.WML darstellen. Das Modell eines nach den GEMEINSAM-Prinzipien strukturierten Gesundheitsnetzes ist eine zukunftsfähige Blaupause für weitere Vernetzungsinitiativen in Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus. Der im Projekt GEMEINSAM entwickelte und im GG.WML fortgeführte integrative Ansatz ist eine innovative und nachhaltige Lösung für die medizinische Versorgung einer älter werdenden und sich sozial und kulturell ausdifferenzierenden Bevölkerung in ländlichen Kontexten.

Die Autorin, der Autor

Luise Becker, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit gerontologischen und demografischen Themen.

Dr. med. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Er ist Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Gemeinsam Westmünsterland e.V.

GG.WML

gaus | medien bildung politikberatung



GG.WML
Gesundheitsnetz
Gemeinsam
WestMünsterLand e.V.

Der Handlungsleitfaden im Netzwerk GEMEINSAM

Ein umfassendes Instrument zur professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland



Ein Handlungsleitfaden dient dem Zweck, auf Basis vereinbarter Ziele eine strukturierte Orientierungshilfe für die Anwenderinnen und Anwender zu geben. Treffen wie im Projekt GEMEINSAM unterschiedliche Professionen und Institutionen (Pflege, Medizin, Therapie, Gesundheitsberatung etc.) mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten zusammen, dann ist ein strukturiertes, aufeinander abgestimmtes Handeln aller Beteiligten unabdingbar. Erst dieses ermöglicht eine optimale Versorgung und trägt gleichzeitig zu einer höheren Kosteneffizienz und Steigerung der Leistungsfähigkeit bei.

Darin waren sich auch die geladenen Expertinnen und Experten im Projekt GEMEINSAM im Rahmen einer Diskussionsrunde zu Beginn des Projekts einig:

1. Es bedarf der klaren Formulierung gemeinsamer Ziele.
2. Kompetenzen, Aufgaben und Verantwortung der beteiligten Professionen müssen eindeutig definiert sein.
3. Verfahren mit ihren Schnittstellen zu anderen Professionen müssen transparent beschrieben sein.

Vor diesem Hintergrund haben die Projektpartnerinnen und -partner im Projekt GEMEINSAM den Handlungsleitfaden zur „Professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen“ entwickelt und erprobt.

In Anlehnung an die DIN ISO 9001:2015 als weltweit gängigste Management-Norm stellt der Handlungsleitfaden die Prozesse der professionsübergreifenden Zusammenarbeit transparent dar, beschreibt die Wechselwirkungen und Schnittstellen der beteiligten Akteure und stellt entsprechende Instrumente und Nachweisdokumente zur Verfügung. Der Handlungsleitfaden ist somit eine Ergänzung zu den bestehenden Managementsystemen der beteiligten Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen und legt den Fokus auf die Informationsweitergabe sowie die gemeinsame Versorgungsplanung für die Patientinnen und Patienten.

In der nachfolgenden Abbildung sind die im Handlungsleitfaden beschriebenen Prozesse in einer Übersicht dargestellt:

Im *Erstkontakt* werden mögliche Patientinnen und Patienten gewonnen. Am Projektort Legden wurden dazu die entsprechenden externen Unterstützer (öffentliche Einrichtungen wie die örtliche Apotheke oder das Pfarrbüro) über das Projekt informiert und erhielten Informationsmaterialien. Die Weitergabe der Kontaktdaten an den gewünschten Projektpartner – Pflegedienst oder Hausarztpraxis – wird über Abrissblöcke geregelt; der Projektpartner meldet sich innerhalb von wenigen Tagen zur Terminabsprache für ein Informationsgespräch bei der Patientin oder dem Patienten.

Im *Informationsgespräch* klärt ein Projektpartner die Patientinnen und Patienten über die Chancen und Möglichkeiten einer Teilnahme auf und lässt eine Einverständniserklärung und Schweigepflichtentbindung unterzeichnen. Dabei werden die verschiedenen Zielgruppen im Projekt berücksichtigt: Neben einer Fokussierung auf das Krankheitsbild Demenz (das umfasst auch die Demenzprävention und -früherkennung) wird im Projekt eine diversitätssensible Versorgung angestrebt. Die Besonderheiten von Frauen und Männern, Menschen mit Migrationshintergrund oder Menschen mit Behinderung finden also besondere Beachtung. Zudem wurden verschiedene Informationsmaterialien zusammengestellt, welche die spezifischen Situationen berücksichtigen, die auch an die Patienten und Angehörigen herausgegeben werden können (z. B. Informationsbroschüre zum Thema Demenz in türkischer Sprache).

Der gesprächsführende Projektpartner ist für diese Patientin oder diesen Patienten fallverantwortlich (Koordinator/-in) und gewährleistet die Zusammenführung der Informationen, die für eine professionsübergreifende Zusammenarbeit wichtig sind. Dazu werden zunächst die wichtigsten krankheitsbezogenen und diversitätssensiblen Daten auf dem sog. Informations- und Transferbogen erfasst, der bei Bedarf an weitere Professionen weitergegeben werden kann. Der Informations- und Transferbogen wurde in Anlehnung an das FIDEM-Faxformular zur Patientenvermittlung erstellt und für das



Kerstin Menker, Birgit Leuderalbert, Matthias Wittland

Projekt GEMEINSAM modifiziert (zum Projekt FIDEM „Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz“ siehe www.fidem-projekt.de und Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.¹).

Derzeit werden die wichtigsten Patienteninformationen per Fax, per Mail oder auf direktem Weg weitergegeben. Zukünftig soll ein EDV-gestützter Zugriff auf die Daten möglich sein. Eine solche Lösung wird im Projekt I/E-Health NRW entwickelt und erprobt (zum Projekt I/E-Health NRW siehe www.ie-health.nrw).

Neben den Projektpartnern beteiligen sich weitere Kooperationspartner aus der Pflege, Medizin und Therapie an der professionsübergreifenden Zusammenarbeit. Um die Zusammenarbeit qualitativ gut zu gewährleisten, werden die Kooperationspartner umfassend informiert und erhalten eine Einweisung zur Nutzung der Instrumente.

Im Rahmen des sog. Behandlungspfades werden von den beteiligten Professionen unabhängig voneinander anhand strukturierter Abläufe die Anamnese und Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit vorhandener Demenz oder bei Menschen mit Verdacht auf eine Demenz und/oder einer familiären Disposition durchgeführt und bei Bedarf die notwendige pflegerische oder medizinische Therapie eingeleitet.

In der *professionsübergreifenden Zusammenarbeit* wird diese Therapie durch die unterschiedlichen Professionen aufeinander abgestimmt. Hilfestellung bieten hierbei die Instrumente „Informationstausch“ und „Fallkonferenz“.

Der Informations- und Transferbogen bietet die Möglichkeit, einfache Probleme und Fragestellungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten zu beschreiben. Das könnte beispielsweise eine Anfrage von Pflegenden an den Mediziner bei Unklarheit zur Medikamenteneinnahme oder eine Anfrage vom Arzt an die Pflege zu Betreuungsmöglichkeiten einer Patientin oder eines Patienten sein. Nach Bearbeitung der Fragestellung gibt die angefragte Profession mit Hilfe des gleichen Formulars Rückmeldung an die Koordinatorin oder den Koordinator, die bzw. der dadurch umfassend über das Therapieschehen informiert ist.

Treten größere Probleme auf, greift das Instrument der Fallbesprechung. Hierbei setzen sich die beteiligten Professionen gegebenenfalls mit der Patientin oder dem Patienten und/oder den Angehörigen zusammen, um die Versorgungssituation ausführlich zu erfassen und bestmöglich therapeutisch handeln zu können. Nach der Problembeschreibung durch alle Beteiligten werden gemeinsam Ziele formuliert und Maßnahmen geplant, die zur Verbesserung der Versorgungssituation beitragen sollen. Die ge-



planten Maßnahmen werden von den jeweils Verantwortlichen im vereinbarten Zeitraum umgesetzt und es wird eine Rückmeldung an den Koordinator gegeben. Dieser überprüft, ob die Versorgungssituation tatsächlich verbessert werden konnte. Gegebenenfalls muss durch den Koordinator ein Recall erfolgen: Besteht erneuter Handlungsbedarf aufgrund individueller Veränderungen bzw. einschneidender Ereignisse, so nimmt der Koordinator erneut Kontakt zum zuständigen Kooperationspartner auf, um die Maßnahmen und Interventionen anzupassen (Prozessschritt: *Monitoring/Evaluation*), um schlussendlich die bestmögliche professionsübergreifende Versorgung zu gewährleisten.

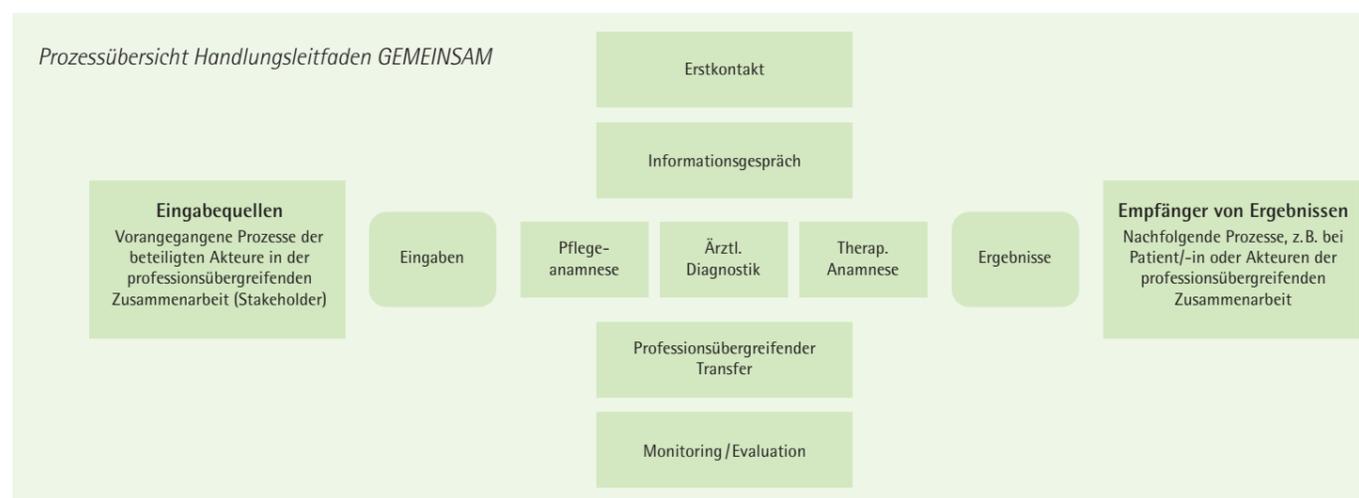
Die Autorinnen, der Autor

Kerstin Menker, Krankenschwester und Dipl.-Pflegerin, ist Projektmitarbeiterin beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.

Birgit Leuderalbert, Dipl.-Sozpäd. und Dipl.-Geront., ist Qualitäts- und Projektbeauftragte beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.

Matthias Wittland ist Geschäftsbereichsleiter beim Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V.

¹ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.: www.gesundheits-nds.de, Faxformular, Stand August 2015.



Kompetenzentwicklung „Diversitätssensible Versorgung“ im Netzwerk GEMEINSAM

Luise Becker

Eine gender- und kultursensible sowie inklusive Versorgung von Menschen mit Demenz steckt derzeit noch „in den Kinderschuhen“. Für Betroffene mit Behinderung, Migrationshintergrund oder traumatischen Erfahrungen sind viele der vorhandenen Standardverfahren unseres Gesundheits- und Pflegesystems nicht geeignet oder unzureichend.

Im Projekt GEMEINSAM wurden im Rahmen einer Workshopreihe Beschäftigte mit und ohne leitende Funktion unterschiedlicher Versorgungsbereiche (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflege, Beratung, Betreuung, Therapie) für einen diversitätssensiblen Umgang in der Arbeit mit Menschen mit Demenz geschult und trainiert. Neben der Sensibilisierung für die Belange der unterschiedlichen Zielgruppen standen dabei Instrumente und konkrete Handlungsempfehlungen für die praktische Arbeit im Vordergrund – vom Erstgespräch über die Anamnese, Interventionsplanung, Behandlung, Pflege, Therapie bis hin zum Monitoring. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, eigene umfassende Fragestellungen in die Workshops einzubringen.

Die von externen Expertinnen mitentwickelten Workshop-Inhalte umfassten jeweils vier „Lösungs- und Lernebenen“:

- æ Dimensionen von Unterschiedlichkeit und Vielfalt beleuchten,
- æ geeignete Kompetenzen und Know-how aufbauen,

- æ konkrete Hilfen an die Hand geben und
- æ das eigene professionelle Handeln in fachlicher, sozialer und kommunikativer Hinsicht an den Diversitätserfordernissen ausrichten.

Migration und Demenz

Statt spezielle Angebote für bestimmte Migrantinnen- und Migranten-Gruppen zu entwickeln, sollten sowohl bereits vorhandene pflegerische sowie haus- und fachärztliche Versorgungsstrukturen als auch die Versorgung durch Apothekerinnen und Apotheker geöffnet, intersektional und interprofessionell vernetzt und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine diversitätssensible pflegerische Versorgung vorbereitet, sensibilisiert und weitergebildet werden.

„Ich konnte endlich meine persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse aus der Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund mit anderen Professionen reflektieren.“
(O-Ton: Teilnehmer des Workshops)

Die zentralen Lernziele des Workshops lassen sich wie folgt zusammenfassen: Die Teilnehmenden reflektieren ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten. Sie erwerben theoretisch und empirisch fundiertes Wissen zum Thema „Demenz, Pflege, Migration“ und entwickeln in interprofessionellen Teams Lösungen für die Versorgung/Betreuung demenzerkrankter Migrantinnen und Migranten sowie ihrer Angehörigen. Die Teilnehmenden nehmen zudem sowohl die Perspektiven anderer Professionen als auch die von Menschen mit Migrationshintergrund ein und reflektieren ihre eigene Haltung und Kulturgebundenheit.

Ebenso wichtig ist es, die Barrieren und potenziellen Möglichkeiten kommunaler und interprofessioneller Vernetzung für die Versorgung demenziell erkrankter Menschen mit und ohne Migrationshintergrund aufzuzeigen und zu reflektieren.



Luise Becker

Referentin und Moderatorin des Workshops war Frau Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Trauma und Demenz

Viele alte und hochaltrige Menschen leiden an den Folgen traumatischer Erlebnisse, mit denen sie im Lebensverlauf konfrontiert wurden. Sie reagieren hierauf mit verschiedenen Verhaltensweisen und Symptomen, die oftmals als Demenz oder (Alters-)Depression diagnostiziert werden. Darüber hinaus kommt es in der praktischen Arbeit immer wieder vor, dass bei einer diagnostizierten Demenzerkrankung Traumafolgen übersehen werden. Werden Traumafolgen nicht als solche erkannt und anderen Erkrankungen/Störungsbildern zugeordnet, führt dies häufig zu falschen Behandlungsmaßnahmen und Stigmatisierungen, die die Ursachen – auch aktueller – traumatischer Erlebnisse nicht einbeziehen. Warum dies so ist und wie die Betroffenen von Pflegenden, Betreuerinnen/Betreuern und Angehörigen unterstützt werden können, wurde im Workshop „Trauma und Demenz“ vorgestellt und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern anhand von Fallbeispielen aus ihrer Praxis erarbeitet.

„Obwohl es sich um ein sehr sensibles Thema handelt, müssen wir gemeinsam daran arbeiten, das Thema ‚Trauma‘ zu enttabuisieren und darüber zu sprechen.“
(O-Ton: Teilnehmerin des Workshops)

Im Rahmen der Heranführung an das Thema ging es in dem Workshop „Trauma und Demenz“ darum, unterschiedliche Traumadefinitionen vorzustellen und die Zusammenhänge zwischen Trauma und Demenz auf verschiedenen Ebenen zu erläutern. Darüber hinaus wurden die Unterstützungsbedarfe der Betroffenen sowie Unterstützungsmöglichkeiten durch die verschiedenen Professionen in den Blick genommen. Die Teilnehmenden wurden aktiv in die Workshopplanung und den Workshopablauf eingebunden und konnten Fallbeispiele aus ihrem Arbeitskontext einbringen. Auf Basis dieser Fallbeispiele wurden dann in der Diskussion konkrete Verhaltensweisen für die praktische Arbeit – insbesondere im Hinblick auf eine professi-

onsübergreifende Zusammenarbeit – abgeleitet. Referentin und Moderatorin des Workshops war Frau Martina Böhmer, Fachberaterin für Psychotraumatologie bei der Kölner Beratungsstelle Paula e.V.

Behinderung und Demenz

Erstmals in der Geschichte nähern sich Menschen mit Behinderung in ihrer Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an. Sie erreichen ein Alter, in dem sie aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand wechseln und darüber hinaus die Chance haben, alt, älter und sogar hochbetagt zu werden. Doch Alter(n) heißt auch, dass ein potenzielles Risiko, alterstypisch zu erkranken, mitschwingt. Zu diesen schweren neurodegenerativen Erkrankungen zählen insbesondere die demenziellen Erkrankungen, die auch immer mehr alternde Menschen mit (geistiger) Behinderung treffen.

„Ich fand toll, dass wir so viele nützliche Tipps und Tricks für den Arbeitsalltag in unserer Wohngruppe für ältere Menschen mit geistiger Behinderung bekommen haben.“
(O-Ton: Teilnehmerin des Workshops)

Der Workshop „Behinderung und Demenz“ informierte über die Situation von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer demenziellen Erkrankung. Zum einen standen dabei die Erkrankungsbilder selbst im Fokus – zum anderen wurden die besonderen Lebens- und Umweltbedingungen von Menschen mit einer geistigen Behinderung und einer demenziellen Erkrankung besprochen, in denen eine häusliche und institutionelle Begleitung stattfindet. Zudem ging es darum, die Teilnehmenden zu inspirieren, von ihren Erfahrungen im Umgang mit erkrankten Menschen mit Behinderung zu berichten, oder – wenn diese (noch) nicht vorliegen – Fragen aufzunehmen, um Ansätze und Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung vorzustellen und zu diskutieren. Referentin und Moderatorin des Workshops war Frau Dr. Jutta Hollander, Leiterin der Europäischen Senioren Akademie.

Die Workshopreihe wird auf Wunsch der regionalen Kooperationspartner/-innen nach Beendigung des Projekts (regelmäßig) wiederholt.

Die Reihe soll durch einen Workshop zum Thema „Gendermedizin“ ergänzt werden, der im Rahmen des Projektes bereits außerhalb dieser Workshopreihe durchgeführt wurde. Vereinbart wurde darüber hinaus ein weiterer Workshop für die Beschäftigten zum Thema „Datenschutz“.

Die Autorin

Luise Becker, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung in Dortmund und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der professionsübergreifenden Zusammenarbeit im Bereich Demenzversorgung.



Diversität

CampAcademy GEMEINSAM

Konzeption einer Lernarchitektur für den Aufbau professionsübergreifender Prozess- und Netzwerkkompetenzen

Bernd Benikowski

Dem aktuellen Beschäftigtenwachstum in der Gesundheitsbranche steht ein großes Problem gegenüber. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen ist auf historisch gewachsenen Rahmenbedingungen begründet, die den Bedarfen einer modernen arbeitsteiligen und wirkungsvollen Gesundheitsbranche nicht mehr gerecht werden.

Dies betrifft sowohl innerorganisatorische Abläufe (z. B. die Zusammenarbeit von pflegenden und medizinischen Fachkräften in Krankenhäusern), die Kooperation zwischen ambulanten und stationären Sektoren, unterschiedliche Fachgebiete (z. B. stationäre Altenpflege und stationäre medizinische Behandlung) und schließlich die vielen Spezialisten (Physiotherapeuten etc.), die mit unterschiedlichen Partnern, Kunden und Patienten agieren.

Eine moderne Gesundheitsversorgung denkt in sektorübergreifenden Prozessketten, entwickelt Angebote, Leistungen und Konzepte, die die Patientinnen und Patienten in ihren biologischen, psychischen und sozialen Bedürfnissen begleiten und nicht auf eine eindimensionale Diagnose reduzieren.

Im Projekt GEMEINSAM wurden Lösungswege zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Professionen in der komplexen Netzwerkstruktur des Gesundheitswesens entwickelt. Eine zentrale Säule dabei ist die Entwicklung einer Lernarchitektur für den Aufbau einer professionsübergreifenden Prozess- und Netzwerkkompetenz der Beschäftigten bei den beteiligten Gesundheitsdienstleistern. In zahlreichen Interviews und Workshops mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Professionen wurden dafür folgende zentrale Problem- und Themenfelder herausgearbeitet:

- æ tradierte Hierarchieverhältnisse als Hinderungsgrund einer partnerschaftlichen Kooperation der Gesundheitsberufe,
- æ unterschiedliche Organisationsstrukturen von pflegerischen und medizinischen Abteilungen bzw. Bereichen,
- æ fehlende organisatorisch verankerte Schnittstellen,
- æ fehlende individuelle Kompetenzen in der Netzwerkarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen und Professionen,

- æ unklare Berufsrollen und Veränderungsbedarfe,
- æ unklare Verantwortlichkeiten bei der Zusammenarbeit verschiedener ambulanter und stationärer Sektoren,
- æ fehlende Managementkompetenzen auf individueller und organisatorischer Ebene.

Die Bearbeitung dieser komplexen und in sich verwobenen Themenfelder ist kaum in Formen traditioneller Weiterbildungsangebote zu ermöglichen. Es geht vielmehr um die gemeinsame Auseinandersetzung mit tradierten Rollen, Verfahren und Verhältnissen, die Entwicklung gemeinsamer Visionen und Zielvorstellungen; und schließlich – damit verbunden – geht es auch immer um die Reflexion des eigenen Berufsverständnisses und möglicherweise auch die durchaus anstrengende Veränderung individueller und kollektiver Einstellungen und Haltungen. Für die zu entwickelnde Lernarchitektur ergaben sich daher folgenden Anforderungen:

1. Es soll ein Rahmen geschaffen werden, in dem sich die unterschiedlichen Professionen der verschiedenen Sektoren begegnen und interprofessionell agieren können. Ziel ist dabei ein gemeinsam erarbeitetes Verständnis von Kooperation und Prozessabläufen. Die Lernarchitektur soll nicht nur einen sprachlichen Austausch, sondern vor allem auch gemeinsames Handeln und Entscheiden ermöglichen. Die Lösung gemeinsamer Aufgaben, das Treffen von Gruppenentscheidungen und das Einbringen aller Kompetenzen und Hierarchien sollen einen Einstellungs- als auch Perspektivwechsel zwischen den verschiedenen Professionen anstoßen und ein gegenseitiges Handlungsverständnis entwickeln.

2. Die Erfahrungen in der interprofessionellen Begegnung werden von den Beteiligten in einem moderierten Prozess ausführlich re-

flektiert und mit der eigenen Berufsrolle und dem Berufsverständnis konfrontiert. Dies betrifft auch die Relationen bzw. Hierarchien, die zwischen manchen Professionen neu ausgehandelt werden müssen. Grundlage der Lernarbeit ist die Leitidee einer wertschätzenden Zusammenarbeit, in denen die Fachkompetenzen der einzelnen Professionen durch kommunikative Kompetenz der Akteure ergänzt werden.

3. Selbstverständlich wird es ein wichtiger Baustein der Lernarchitektur sein, konkrete Netzwerk- und Managementkompetenzen zu erwerben. Diese Trainingsinhalte werden individuell nach Bedarf der Teilnehmer/-innen in professionsübergreifenden Gruppen als Präsenztraining angeboten und um arbeitsplatznahe Feedbackangebote und individuelle Coachings ergänzt.

CampAcademy GEMEINSAM

Grundlage der Lernarchitektur sind die individuellen und kollektiven Lernziele der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der CampAcademy. Es wird kein starres Weiterbildungscurriculum entwickelt und institutionalisiert, sondern eine flexible Camp-Didaktik entworfen, die den fortlaufenden Prozess des interprofessionellen Kompetenzaufbaus über eine längere Entwicklungsperiode hinweg begleitet.

Die Grundstruktur der CampAcademy orientiert sich an den drei Lernbereichen:

1. kooperatives interprofessionelles Handeln,
2. Reflexion tradierter Berufsrollen und Entwürfe neuer Kooperationsbeziehungen und
3. Aufbau von Netzwerk- und Managementkompetenzen.

Ein zentraler Baustein ist das gemeinsame Handeln der verschiedenen Professionen. Für das Camp werden dazu Aufgaben entworfen, die



Bernd Benikowski

Der Autor

Prof. Dr. Bernd Benikowski ist Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und lehrt an der SRH Hochschule Hamm, Institut für Sozialwissenschaft.

von interprofessionellen Teams umgesetzt werden sollen. Dabei werden die jeweils unterschiedlichen beruflichen Perspektiven und Erfahrungen für erfolgreiches Handeln genutzt. Gemeinsam lösen die Teams eine „reale Problematik“ (z. B. Versorgungskonzept für eine Demenz-WG in einem ländlichen Wohnort ohne Ärztin oder Arzt), die ihnen von der Trainerin oder vom Trainer vorgegeben wird, und präsentieren das Ergebnis im Rahmen eines „Ideen-Wettbewerbs“. Beruflich homogene Lerngruppen können sich hierbei mit beruflich heterogenen Gruppen abwechseln, um unterschiedliche „Lösungshorizonte“ kennen zu lernen.

Ergänzt werden diese Lernformate durch Trainingsgruppen, in denen Management- und Netzwerkkompetenzen individuell in kleinen Gruppen trainiert werden. Um eine nachhaltige Lernwirkung zu garantieren, wird über die Dauer des Camps – aber auch danach – via digitaler Lernmedien ein vertiefendes Video-Coaching angeboten.

Die CampAcademy wird ein wechselndes lokales Angebot sein und an verschiedenen Orten stattfinden. In die Vorbereitung sollten vorhandene

gaus | medien bildung politikberatung

HOCHSCHULE FÜR
LOGISTIK UND WIRTSCHAFT
SRH HAMM

lokale oder regionale Netzwerkstrukturen (z. B. Ärztenetze) eingebunden werden, die ihre aktuellen Problemstellungen in die Durchführung des Camps einbringen können, um dessen praktische Wirksamkeit zu erhöhen.

Organisatorischer Rahmen der CampAcademy:

- æ Die Teilnehmerzahl sollte bei rund 30 Personen verschiedener Professionen liegen, um einen vielfältigen und individuellen Austausch zu ermöglichen.
- æ In der Planung werden die „Herzstücke“ des Camps entwickelt: die Aufgaben für die interprofessionellen Teams. Sie sollten reale Themen aufgreifen, aber bei den möglichen Lösungswegen kreativ und innovativ sein, um tatsächlich alle Professionskompetenzen zu nutzen. Die Teams sollten aus sechs bis neun Teilnehmerinnen und Teilnehmern bestehen.
- æ Für die Reflexionsgruppen (Berufsrollen) wird ein Moderationstandem aus einem oder einer externen Trainer/-in und einem oder einer Mitarbeiter/-in des an der Planung beteiligten Netzwerkes benötigt.
- æ Die ausgearbeiteten Entwürfe der beruflichen Zusammenarbeit, so wie sie künftig gestaltet werden soll, werden schriftlich festgehalten.

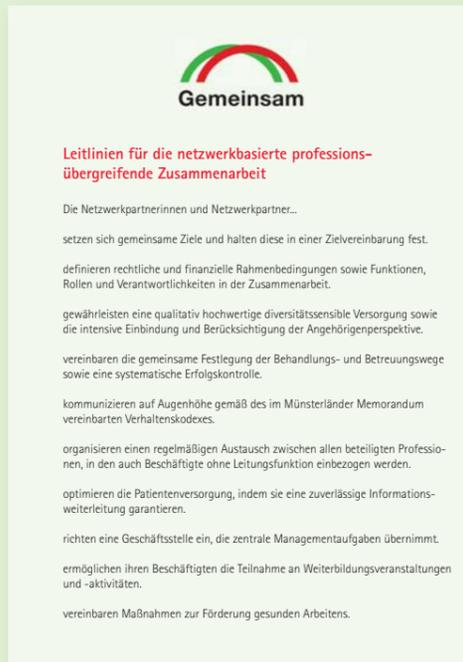
CampAcademy GEMEINSAM



Instrumente für die Umsetzung und für den Transfer



Instrumente



Leitlinien für die professionsübergreifende Zusammenarbeit



Anleitung für die Praxis



Analysen und Erfahrungsberichte



Stressmonitoring für Angehörige und Beschäftigte



Filme und Animationen zur Arbeit im Netzwerk



Weiterbildungs- und Beratungsangebote



Sicherstellung der Nachhaltigkeit und Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der Region

„Viele Augen sehen mehr als zwei“

Erfahrungen aus dem praktischen Arbeitsalltag in der Testphase aus Sicht der Netzwerk-Promotoren

Daniela Balloff, Luise Becker, Charlotte Meinke, Martina Schrage

Praxisphase

Bislang haben sich über ein Dutzend Akteure und Dienstleister aus dem Gesundheitswesen dem professionsübergreifenden Netzwerk GEMEINSAM angeschlossen. Dazu zählen Hausärztinnen und Hausärzte, die geriatrische Abteilung eines Krankenhauses, verschiedene Pflegedienste und stationäre Altenpflegeeinrichtungen sowie ergo- und physiotherapeutische Praxen.

Alle Netzwerkpartnerinnen und -partner haben einen Kooperationsvertrag unterzeichnet, der die grundsätzliche Zusammenarbeit im Netzwerk regelt. Hier werden u.a. die Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“ auf Basis des Münsterländer Memorandums und weitere Qualitätskriterien festgelegt.

Die folgenden Ausführungen geben einen Einblick in die konkrete Arbeit und das „Zusammenspiel“ aller Beteiligten während der einjährigen Testphase mit rund 90 Patientinnen und Patienten. Der Fokus liegt dabei auf zentralen Aspekten der Umsetzung und Wirksamkeit des Versorgungsprozesses.

Wie arbeiten die verschiedenen Professionen im Netzwerk GEMEINSAM wirklich zusammen und wie wird der individuelle und biografische Hintergrund der Patientinnen und Patienten im oft hektischen Arbeitsalltag angemessen berücksichtigt?

Im Zentrum der Versorgung stehen die Patientin und der Patient. Sie sollen durch die systematische Vernetzung die bestmögliche, auf sie oder ihn individuell angepasste Therapie und Betreu-

ung erhalten. Dazu koordinieren der Caritasverband für die Dekanate Ahaus und Vreden e.V. und die Hausarzt-Praxis Münsterland die individuelle Betreuung im Netzwerk als verlässliche „Ansprechpartnerinnen“ vor Ort. Die Koordinierung der Abläufe in der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten übernimmt die zuständige Hausarztpraxis, wobei Pflegekräfte sowie Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten möglichst früh einbezogen werden. Mit der zentralen Koordination aus einer Hand wird das Netzwerk dem Wunsch sehr vieler Patientinnen und Patienten nach einer engmaschigen und kontinuierlichen Versorgung gerecht.

Besondere Bedeutung kommt dabei einer adäquaten diversitätssensiblen Versorgung zu. Diese setzt nicht nur am kulturellen Hintergrund oder dem Geschlecht der Betroffenen an; auch anfänglich banal erscheinende Eigenschaften wie z.B. die Tierliebe eines Patienten wurden in der speziell für die Testphase entwickelten Patientenmappe vermerkt. Plötzlich relevant kann diese Information beispielsweise bei der Wahl eines Pflegeheims werden: Der eigene Kaninchenstall einer Einrichtung kann dann maß-

geblich zur Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

Bei einigen Patientinnen und Patienten wurden darüber hinaus psychische Erkrankungen festgestellt, die sich in sehr unterschiedlichen Symptomen äußerten. Auch bei diesen Patientinnen und Patienten hat sich der professionsübergreifende Ansatz bewährt.

Für die Betreuung und Versorgung demenziell Erkrankter spielen die Angehörigen (oder auch andere Personen aus dem sozialen Nahumfeld) eine wichtige Rolle. Daher wurde in der Hälfte aller Fälle eine enge Bezugsperson in die alltägliche Versorgungspraxis einbezogen. Die aufwendige Pflege und die große Verantwortung für einen geliebten Menschen stellen eine große Belastung für Angehörige dar. Umso wichtiger ist es, die Angehörigen so früh wie möglich über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und fortlaufend im Pflegeprozess zu beraten sowie die Angehörigen selber – falls erforderlich – präventiv zu unterstützen, damit ihre eigene Gesundheit erhalten bleibt und/oder gefördert wird. Ausführliche und mehrmalige Angehörigengespräche wurden deshalb bei mehr als der



Daniela Balloff, Luise Becker, Charlotte Meinke, Martina Schrage

Hälfte der Patientinnen und Patienten im Netzwerk GEMEINSAM durchgeführt.

„Das Netzwerk GEMEINSAM ermöglicht es, sich Anregungen und Tipps zu holen, um mit der Situation besser fertig zu werden und eine Ruhe an die zu pflegende Person weiterzugeben.“
(O-Ton: Angehörige)

Ein zentrales Element des Netzwerks ist die Zusammenführung der unterschiedlichen Professionen und Perspektiven in der direkten Fallbesprechung. Getreu dem Motto „viele Augen sehen mehr als zwei“ tauschen sich die Teilnehmenden über die momentane Versorgung im Einzelnen und über notwendige weitere Maßnahmen aus.

„Man kann einen Menschen als Ganzes immer besser erfassen, wenn man ihn aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und unterschiedliche Aspekte zusammenkommen.“
(O-Ton: Mitarbeiterin eines Pflegedienstes)

Wie wichtig das persönliche „Sich-Kurzschließen“ im Vergleich zu einer knappen Notiz auf dem Überweisungsschein ist, wird daran deutlich, dass bei rund der Hälfte der Patientinnen und Patienten in der Testphase fortlaufende Fallbesprechungen durchgeführt wurden. Bei den Fallkonferenzen waren immer ein/e Koordinator/-in sowie die behandelnden Pflegekräfte und/oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten anwesend. Oft waren die beteiligten Akteure gleich mit mehreren Beschäftigten vertreten.

Diese Tatsache veranschaulicht die Überzeugung bei allen beteiligten Professionen, wie wichtig das Instrument der Fallbesprechung ist.

„Durch die Fallbesprechungen wurden Besonderheiten besprochen, die einer Profession alleine nicht aufgefallen wären.“
(O-Ton: Ärztin)

Die Vereinbarungen, die in den Fallbesprechungen zur Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen getroffen wurden, sind sehr vielseitig und orientieren sich an der individuellen Biografie und an den jeweiligen individuellen, auch nicht medizinischen Bedarfen der Betroffenen. Besonders auf die Kooperation mit den Angehörigen und ggf. mit weiteren Personen aus dem sozialen Umfeld wurde daher ein großer Wert gelegt. Die Koordinatoren hielten den Kontakt zu den Angehörigen aufrecht und berieten diese zu gesetzlichen Vorgaben und Betreuungsmöglichkeiten. Weitere konkrete Schritte zur Verbesserung der Lebensqualität erstreckten sich u.a. auf die Anpassung der Wohngegebenheiten (z.B. in Form der Verordnung eines Handlaufs), die Kontaktaufnahme mit einem Seelsorger bis hin zu Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung von Mobilität und Beweglichkeit.

Die Erfahrungen aus dem praktischen Arbeitsalltag während der Testphase zeigen, dass in Bezug auf die Fallkonferenzen und die Zusammenarbeit auf Augenhöhe eine „stärkere Verschmelzung“ unter Einsatz aller Beteiligten erreicht werden konnte.

„Ich wünsche mir, dass die Dienstleister im Netzwerk GEMEINSAM mehr verschmelzen.“
(O-Ton: Physiotherapeutin)

Zudem wurde der individuelle biografische Hintergrund der Patientinnen und Patienten in der Versorgung und Betreuung systematisch und umfassend – und nicht lediglich zufällig und punktuell – berücksichtigt. Die Arbeit im Netzwerk – so wie im Handlungsleitfaden beschrieben – kann deshalb als Best Practice-Beispiel für weitere Projekte und Initiativen gewertet werden. Die Leitidee „Gemeinsam für ein menschlicheres Gesundheitssystem“ konnte tatsächlich in der einjährigen Testphase umgesetzt und mit Leben gefüllt werden.

Die Autorinnen

Daniela Balloff und Martina Schrage sind Geschäftsführerinnen und Projektverantwortliche im Teilprojekt GEMEINSAM in der Hausarzt-Praxis Münsterland.

Luise Becker, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit gerontologischen und demografischen Themen.

Charlotte Meinke ist wissenschaftliche Projektassistentin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung und beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit arbeits- und organisationspsychologischen Themen.

 Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND

 gaus | medien bildung politikberatung

Erfahrungen mit der professionsübergreifenden Zusammenarbeit aus der Perspektive der Betroffenen – Ergebnisse der Evaluierung

Luise Becker, Benjamin Schimke



Luise Becker, Benjamin Schimke

Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen

Patientinnen und Patienten erwarten im Allgemeinen, dass die verschiedenen Gesundheitsdienstleister, von denen sie betreut werden, eng und abgestimmt zusammenarbeiten. Im Alltag ist dies allerdings oftmals nicht der Fall.

Mittels eines Kurzfragebogens wurden rund 90 Teilnehmer/-innen zu Beginn der Testphase nach ihren bisherigen Erfahrungen und Eindrücken hierzu befragt. Bei den 37 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einer diagnostizierten Demenz wurden auch die Angehörigen in die Befragung eingebunden. An der Befragung haben rund 85% der Testpatientinnen und -patienten (77 ausgefüllte Fragebögen) teilgenommen.

Auffällig ist, dass lediglich ein Drittel der Befragten angibt, die multiprofessionelle Zusammenarbeit (außerhalb des Netzwerkes GEMEINSAM) funktioniere im Allgemeinen gut oder sehr gut. So berichten einige Teilnehmer/-innen von Informationsverlusten und nicht abgestimmten Behandlungsaktivitäten der beteiligten Gesundheitsdienstleister.

Dementsprechend hoch sind die Erwartungen, die mit einer Aufnahme in das Netzwerk GEMEINSAM verbunden sind. Fast drei Viertel der Teilnehmer/-innen erwarten, dass die Zusammenarbeit und Versorgungsqualität innerhalb des Netzwerkes – verglichen mit den bisherigen Erfahrungen – deutlich besser sind. Ganz oben auf der Wunschliste stehen dabei die rasche Übermittlung wichtiger Behandlungsdaten sowie die enge Abstimmung von Diagnose, Therapie und Prävention zwischen den beteiligten Gesundheitsdienstleistern.

Für die meisten Teilnehmer/-innen ist der Datenschutz allerdings ein heikles Thema. 25% der Befragten sind der Meinung, dass nicht alle Dienstleister im Netzwerk durchgehend Zugriff auf ihre Behandlungsdaten haben sollten. Hier erwarten die Teilnehmer/-innen und vor allem

auch ihre Angehörigen ein hohes Maß an Aufklärung und Transparenz.

Zu ihren ersten Erfahrungen mit dem Netzwerk GEMEINSAM befragt, äußern sich fast 75% der Teilnehmer/-innen sehr positiv, was vor allem auf das ausführliche Erstberatungs- und Informationsgespräch zurückzuführen ist. „Ausreichend Zeit haben“, „Klärung der individuellen Situation“ und „sehr persönliche Beratung“ sind dabei die wichtigsten Anforderungen seitens der Patientinnen und Patienten. Kritisiert werden allerdings die langen Wartezeiten bis zu einem Gesprächstermin.

Erfahrungen der Beschäftigten

Für das Gelingen und die Qualität der professionsübergreifenden Zusammenarbeit sind die Motivation und Einstellungen der Mitarbeiter/-innen der beteiligten Gesundheitsdienstleister zentrale Erfolgsfaktoren.

Eine Befragung der Beschäftigten zu Beginn der zwölfmonatigen Testphase ergab, dass für drei Viertel der Beschäftigten die Zusammenarbeit mit anderen Professionen Alltagsgeschäft ist, dass aber diese Zusammenarbeit sehr kritisch gesehen wird. Fast die Hälfte der befragten Beschäftigten gibt an, dass die traditionelle Zusammenarbeit nicht gut funktioniert. Ihre Kritik richtet sich dabei vor allem auf die nicht rechtzeitige Bereitstellung von wichtigen Informationen, aber auch auf die fehlende „Augenhöhe“ in der alltäglichen Interaktion. Als recht gut wurde dagegen die professionsinterne Informationsweitergabe innerhalb der eigenen Einrichtung bewertet.

Nach etwa einem halben Jahr der praktischen Zusammenarbeit im Netzwerk GEMEINSAM hat sich die kritische Sichtweise seitens der Beschäftigten deutlich verändert. In vielen Einzelinterviews und einigen Gruppendiskussionen gaben die Beschäftigten nunmehr an, dass sie in der alltäglichen Zusammenarbeit durchweg Anerkennung und Wertschätzung erleben. Diese

wahrgenommene Anerkennung und Wertschätzung hat sich nach Aussagen vieler Beschäftigter im Zeitverlauf gesteigert.

„Wir sind im Netzwerk GEMEINSAM alle kollegial näher zusammen gerückt“ (O-Ton: MFA aus einer Hausarztpraxis).

Zu den konkreten Arbeitsabläufen im Netzwerk befragt, äußern die meisten Beschäftigten, dass die Fallbesprechungen bzw. -konferenzen extrem wichtig seien; sie seien eine unverzichtbare Grundlage für einen einheitlichen Informationsstand und für gemeinsam abgestimmtes und effektives Handeln. Auch das Handbuch und die sog. Patientenmappe haben sich aus Sicht der Beschäftigten bewährt. Allerdings wäre eine digitale Lösung für die Patientenmappe sehr hilfreich.

„In der Netzwerkarbeit ist die Digitalisierung das Wichtigste. Ohne digitale Lösungen und telemedizinische Anwendungen ist eine effiziente Netzwerkarbeit kaum möglich. Die Informationsweitergabe auf Papier ist nicht mehr zeitgemäß“ (O-Ton: beteiligter Hausarzt).

Ein zentraler Anspruch des Netzwerkes ist die Realisierung einer adäquaten diversitätssensiblen Versorgung. Zu Beginn der Testphase wurden die Beschäftigten danach befragt, inwieweit ihre Einrichtung den damit einhergehenden Anforderungen gerecht wird. Die Ergebnisse zeigen ein sehr unterschiedliches Bild. Während die meisten Einrichtungen die Zielgruppen „Frauen/Männer“ und „Ältere“ in ihren Versorgungsformaten ausreichend berücksichtigen, gibt es bezüglich weitergehender Diversitätskriterien und -anforderungen noch einen erheblichen Nachholbedarf. Dies gilt vor allem für Patientinnen und Patienten mit traumatischen Erfahrungen und/oder mit Migrationshintergrund und unterschiedlichen religiösen Weltanschauungen. Aber auch Menschen mit Behinderung stehen nicht gerade im Fokus der

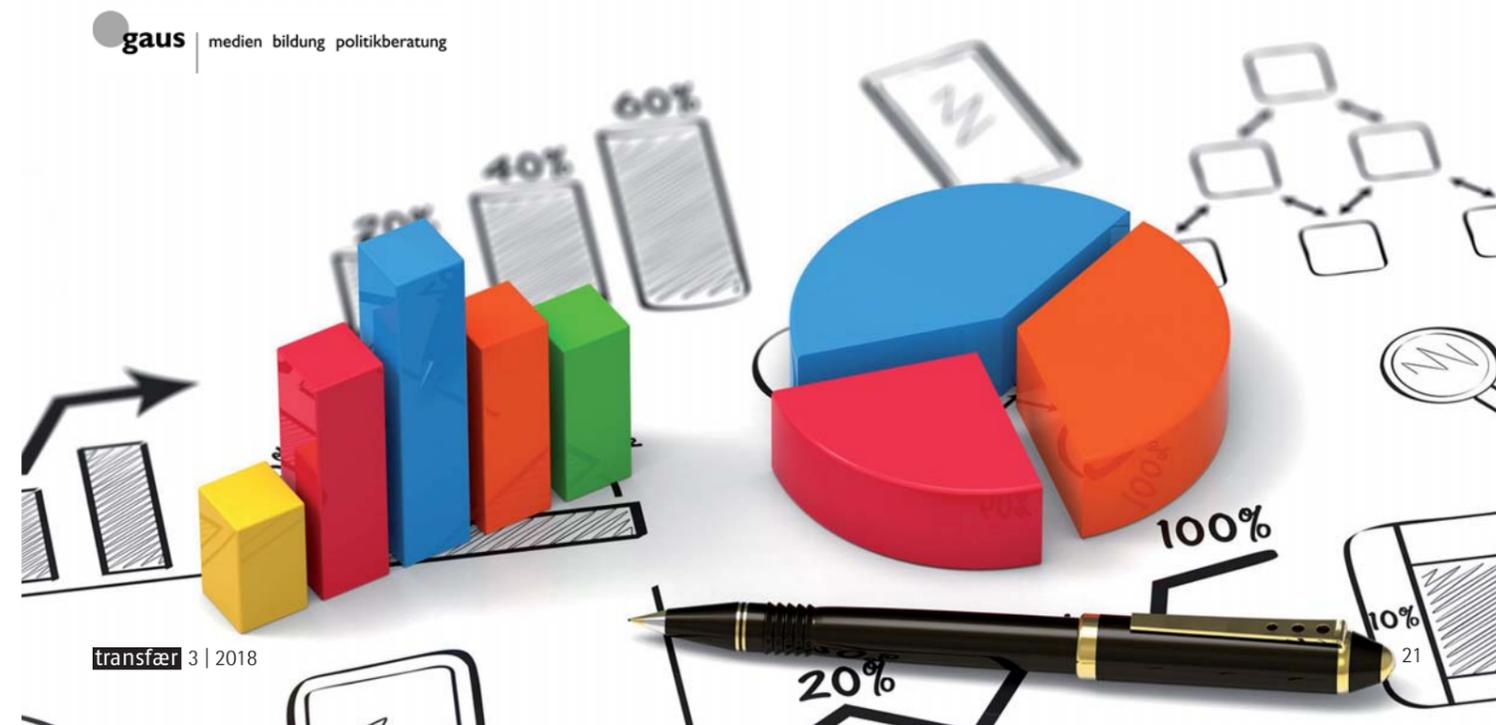
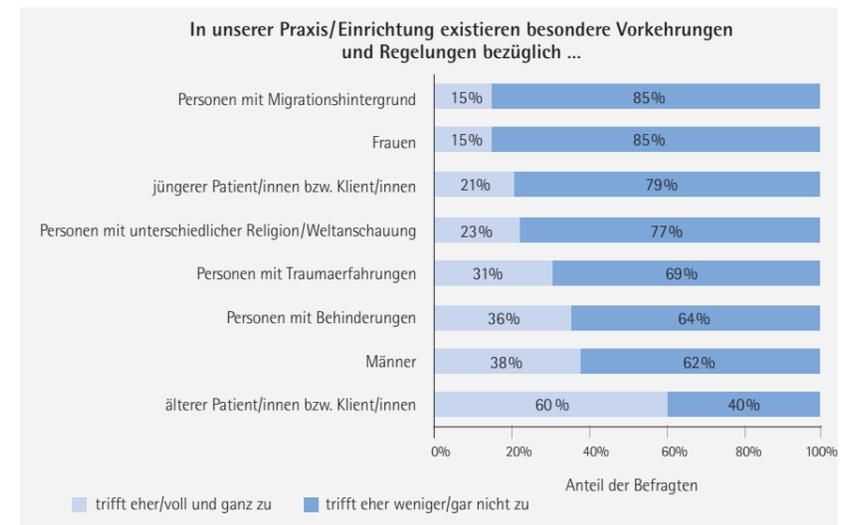
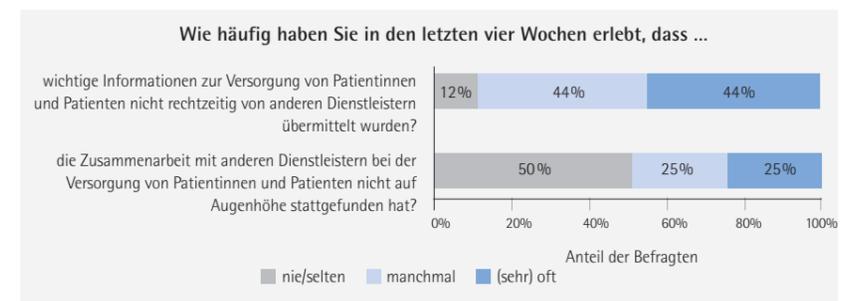
Gesundheitsdienstleister, wenn es um die Frage der Diversitätssensibilität geht.

Im mehreren Workshops wurden die Beschäftigten zu Beginn der Testphase mit den relevanten Diversitätsthemen vertraut gemacht und es wurden ihnen versorgungsrelevante Informationen und Instrumente für die alltägliche Arbeit an die Hand gegeben. Danach gingen die Beschäftigten sehr viel offener und kompetenter mit den individuellen Diversitätsmerkmalen ihrer Patientinnen und Patienten um. Dies zeigt: Durch systematische Weiterbildung und Training lässt sich das Qualitätsniveau diversitätssensibler Versorgung deutlich verbessern und verstetigen.

Die Autorin, der Autor

Luise Becker, M.A., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der gaus gmbh – medien bildung politikberatung. Sie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit gerontologischen und demografischen Themen.

Benjamin Schimke, M.A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Bildungsforschung der Bergischen Universität Wuppertal und wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der gaus gmbh – medien bildung politikberatung.



Ergebnisse

Stressmonitoring für professionell und ehrenamtlich Pflegende mit DOSIMIRROR

Kurt-Georg Ciesinger, Dagmar Siebecke

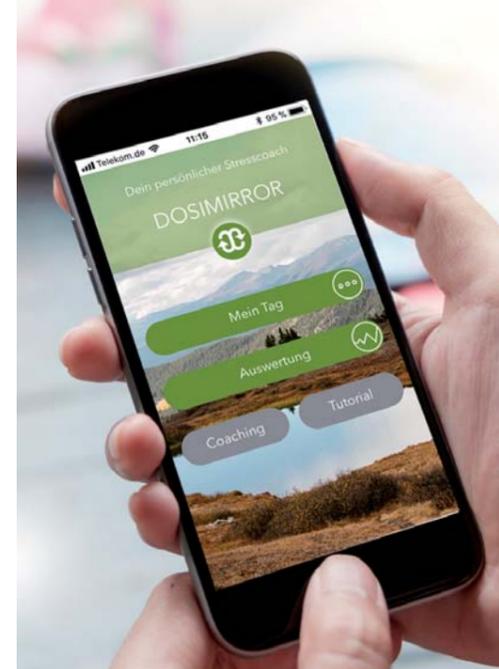
Die Pflege von hilfebedürftigen Menschen, sei es in der Rolle als professionelle Kraft oder als Angehöriger, kann extrem belastend sein (vgl. z. B. Fuchs-Frohnhofen et al., 2017). Zu der hohen körperlichen Anforderung treten psychische Belastungen, die nicht nur durch die Konfrontation mit Leid und Tod, sondern auch durch die Bedingungen in der Pflegesituation wie Zeit- und Verantwortungsdruck oder Multitasking entstehen.

Bei pflegenden Angehörigen kommen zu dieser ohnehin problematischen Belastungskonstellation noch berufliche und/oder familiäre Anforderungen hinzu, bei professionellen Pflegekräften dagegen Verschleißerscheinungen in einem langen Berufsleben.

Diese multiple Belastung kann zu verschiedenen psychophysischen Problemlagen führen, von Reizbarkeit und allgemeinem Unwohlsein bis hin zu körperlicher und psychischer Erschöpfung, psychosomatischen Krankheiten und

Burnout. Nicht ohne Grund wurde die Symptomatik „Burnout“ von Freudenberg 1974 zuerst für soziale Berufe dokumentiert.

Besonders problematisch ist dabei, dass die genaue Wirkungsweise dieser multiplen Belastungen auf individueller Ebene unklar ist. Man weiß zwar aus der arbeitswissenschaftlichen Forschung, wie Stressoren statistisch gesehen auf den Menschen allgemein wirken, man weiß aber nicht, wie eine konkrete Belastungskonstellation auf eine individuelle Person wirkt. Um dem In-



Kurt-Georg Ciesinger, Dagmar Siebecke

Hierzu wird abends ein knappes Dutzend Fragen beantwortet, mit denen man den Tag Revue passieren lässt: War der Zeitdruck hoch oder niedrig? Waren die Pflegebedürftigen freundlich? Konnte man sich auch entspannen? Wie anstrengend war die Arbeit? War man abends erschöpft oder zufrieden, gelassen oder reizbar? Die Bewertungen werden mit einem Klick abgegeben. Dies dauert weniger als eine Minute. DOSIMIRROR sammelt diese Daten und wertet sie im Längsschnitt aus. Eine erste Veränderungsübersicht ist bereits nach einer Woche möglich.

Zunächst kann man sich die individuelle „Stresskurve“ anschauen, d.h. nachverfolgen, ob sich z.B. die Reizbarkeit in der Woche aufgebaut hat, ob es auch entspannte Tage gab oder ob beispielsweise der Zeitdruck tatsächlich immer extrem hoch war. Dies allein ist für viele Menschen wertvoll, weil sich kaum jemand rückwirkend so genau erinnern kann. Die Aufzeichnung durch DOSIMIRROR trägt erfahrungsgemäß erheblich zur Objektivierung der eigenen Einschätzung bei, die ohne diese Gedächtnisstütze meist sehr pauschal und oft verzerrt ist.

Nach einer Woche kann DOSIMIRROR ausrechnen, wie die Belastungen, das Stressempfinden und die Beschwerden individuell zusammenhängen. So können die Nutzer/-innen nachschauen, was genau ihnen Stress bereitet hat: Waren es die Patienten, die Kollegen, der Zeitdruck oder die Zusatzbelastung im Privatleben? Man kann nachvollziehen, in welchen Situationen beispielsweise Kopf- oder Rückenschmerzen vermehrt auftraten oder welche Umstände zur Zufriedenheit führten.

Dies funktioniert technisch gesehen über eine Korrelation aller Belastungen und Ressourcen, die auf den Menschen positiv oder negativ einwirken, mit seinem Empfinden und seinen Beschwerden. Das Programm berechnet hier alle denkbaren Möglichkeiten und wirft konkret aus, wo die engsten Zusammenhänge bestehen. Durch die Längsschnittbetrachtung lassen sich aus den Korrelationen Kausalitäten deutlich zuverlässiger herleiten als bei einmaligen Messungen.

DOSIMIRROR ermöglicht den Nutzerinnen und Nutzern so, nachzuschauen, welche Ressourcen und Belastungen bei ihnen im Gleichgewicht sind, was sie zufrieden macht und was Sie eher stresst und ob diese Belastungen und Beschwerden regelmäßig auftreten.

Unterstützung durch ein Coaching-Angebot

Die Nutzer/-innen von DOSIMIRROR finden auch Unterstützung durch ein begleitendes Gesundheits-Coaching. Wenn sie professionelle Beratung bei der Interpretation ihrer Ergebnisse benötigen oder mit einem Experten gemeinsam eine persönliche Gesundheitsstrategie entwickeln möchten, nehmen sie in Ihrem DOSIMIRROR-Account Kontakt zu einem Coach der „Schnellen Hilfe“ auf. Die Expertinnen und Experten an der Hotline der „Schnellen Hilfe“ sind geschult, in vielen Lebenslagen zu helfen.

Die Nutzer/-innen übermitteln hierzu dem Gesundheits-Coach zuerst Ihre persönlichen Daten und Auswertungen. Der Coach ruft dann an oder sendet seine Einschätzung per Mail zu, ganz wie dies gewünscht wird. Zusätzlich können auch bis zu drei persönliche Gesprächstermine mit dem Coach vereinbart werden.

DOSIMIRROR im betrieblichen Einsatz

DOSIMIRROR ist auch ein exzellentes Instrument für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Fragen, die DOSIMIRROR in diesem Zusammenhang beantworten kann, sind beispielsweise: Wo liegen Belastungsschwerpunkte in der Einrichtung? Gibt es hinsichtlich der Gesundheit kritische Standorte oder Tätigkeitsbereiche? Welches sind besonders gefährdete Gruppen?

Dazu wird DOSIMIRROR allen Mitarbeitenden der Einrichtung angeboten. Die Ergebnisse aller Beschäftigten werden zusammengeführt und ausgewertet. Hierzu müssen Betriebs- oder Personalrat selbstverständlich einbezogen werden. Der Datenschutz für jeden einzelnen Teilnehmenden wird von DOSIMIRROR gewährleistet. Die Auswertung auf der Ebene des Unternehmens, der Einrichtung, einer Abteilung oder eines Standortes liefert stabile Grundlagen für die Planung von Maßnahmen der Arbeitsgestal-

tung und Gesundheitsförderung und kann auch zur Vorbereitung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen eingesetzt werden.

Resümee

DOSIMIRROR ist als Stressmonitoringinstrument sowohl für professionell wie auch ehrenamtlich Pflegende geeignet. Durch die Pflege belastete Menschen können sich mithilfe der App ein genaueres Bild davon machen, was sie stresst und was sie zufrieden macht, und überlegen, was sie persönlich für ihre Gesundheit tun können. Dabei werden sie nicht allein gelassen, sondern von ausgebildeten Coaches betreut. So trägt DOSIMIRROR dazu bei, die Belastungen in der Pflege zu senken oder zumindest individuell erträglicher zu machen.

Weitere Informationen unter www.dosimirror.de.

Literatur

Freudenberg, H. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, Jg. 30, Nr. 1, S. 159-165.
Fuchs-Frohnhofen, P., Isfort, M., Ciesinger, K.-G., Hammann, G. & Bogert, G. (2017). Prävention durch Veränderung – Präventive Arbeitsgestaltung im Bereich der Altenpflege – Das Projekt Pflege-Prävention 4.0. In P. Fuchs-Frohnhofen, T. Altmann, S. Döring, A. Felscher & M. Wehrich (Hrsg.), *Neue Ansätze des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Pflege- und Dienstleistungssektor*, S. 4-8. Weimar: Bertuch.

Der Autor, die Autorin

Kurt-Georg Ciesinger ist Geschäftsführer der *gaus gmbh – medien bildung politikberatung* und Leitender Projektkoordinator in der *Abteilung Entwicklung und Marketing der Deutschen Angestellten-Akademie GmbH*.

Dr. Dagmar Siebecke ist wissenschaftliche Projektleiterin der *gaus gmbh* und Leiterin des *Burnon-Zentrums für Burnout-Prävention, -Beratung und -Coaching Düsseldorf*.

Das Instrument DOSIMIRROR wird im Projekt *BalanceGuard* derzeit in verschiedenen Unternehmenskontexten erprobt. Für den Bereich der Pflege wurde eine spezifische Branchenversion konzipiert.

gaus | medien bildung politikberatung

DAA | **Burnon**
Zentrum für Burnout-Prävention, Beratung und Coaching

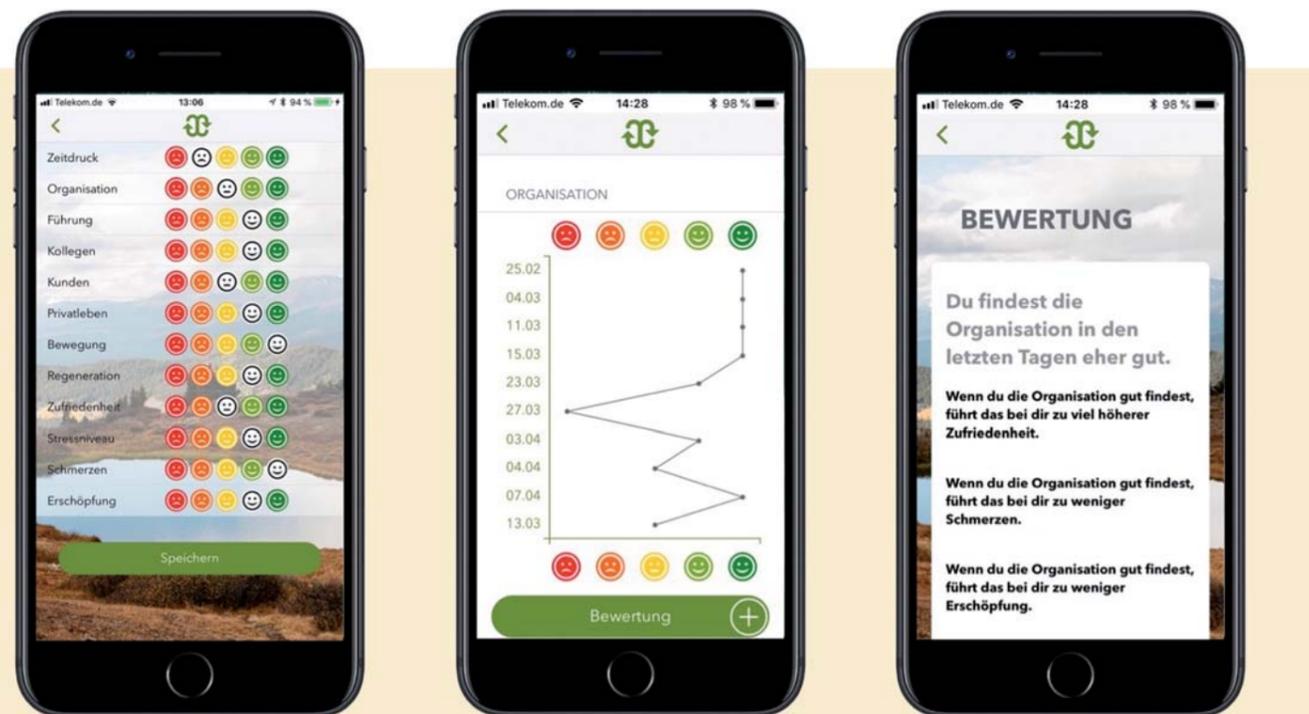


Abbildung 1: Eingabe in DOSIMIRROR

Abbildung 2: „Stresskurve“ für die Organisation der letzten Wochen

Abbildung 3: Auswertung

„Schnelle Hilfe“ gesucht – wir stärken Beschäftigten den Rücken

Ergänzende Coachingangebote zum Stressmonitoring mit DOSIMIRROR

Jana Hausmann, Jörg Schlüpmann

Das Stressmonitoring mit der App DOSIMIRROR kann für viele Beschäftigte in Pflegeberufen eine wertvolle Hilfe sein, den hochbelastenden Arbeitsalltag zu bewältigen. Aber nicht für jeden Menschen und nicht bei jedem Problem reicht eine automatische Diagnose, wie sie DOSIMIRROR bietet, aus.

DOSIMIRROR ermöglicht daher mit einem Klick eine direkte Verbindung zu einem Coach der Schnellen Hilfe. Dieser Coach steht für alle Fragen, die DOSIMIRROR betreffen, zur Verfügung und bietet darüber hinaus bei privaten, beruflichen und gesundheitlichen Anliegen Unterstützung in Form von persönlicher Beratung an.

Coachingangebot

Die Schnelle Hilfe basiert auf einer Telefonhotline in Kombination mit einer persönlichen Beratung zu allen Fragen und Problemen, die mit belastenden Le-

benssituationen zusammenhängen. Die Experten der Schnellen Hilfe übernehmen dabei die Beratung von Beschäftigten sowie die Vermittlung in kompetente Beratungseinrichtungen. Die Schnelle Hilfe bietet ein Coaching zu folgenden Anliegen und Fragestellungen:

- æ arbeitsbezogener Bereich (z. B. Tätigkeit, Anforderung, Belastung/Überforderung, Veränderungen, Konflikte/Mobbing),
- æ psychosoziale Problemstellungen (z. B. Stress/Erschöpfung, Therapieplatzsuche),
- æ Familie und soziales Umfeld (z. B. Pflege von Angehörigen, Ehe/Partnerschaft, Familie, Kinder und Erziehung),
- æ finanzielle Angelegenheiten/Schulden,
- æ Sucht und Abhängigkeit.

Damit setzt die Schnelle Hilfe bei den Fragen der psychischen Belastung an, die in DOSIMIRROR schwerpunktmäßig thematisiert werden, geht aber auch darüber hinaus – je nachdem, welche Probleme die Beschäftigten bewegen.

Beratungsprozess

Über eine Informations- und Beratungshotline können Beschäftigte ihr Anliegen formulieren und kurzfristige Beratungstermine vereinbaren. Im Erstberatungsgespräch werden zunächst die belastenden Faktoren aus dem beruflichen (z. B. Konflikte, Mobbing, Überbelastungen) wie privaten Lebensbereich (z. B. Erziehung, Partnerschaft, Sucht) identifiziert.

Nach dieser ersten Problemanalyse und Vereinbarung über die Schwerpunktsetzung des Coachings wird gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten an einer Lösung gearbeitet. Zur Klärung und Problembewältigung werden bedarfsabhängig weitere Folgegespräche vereinbart. Abbildung 1 zeigt den prototypischen Prozessablauf und verdeutlicht, dass es nicht

Ziel des Coachings der Schnellen Hilfe ist, einen langfristigen und aufwändigen Therapie-

prozess anzulegen, sondern kurzfristig und lösungszentriert zu arbeiten – eben „schnell zu helfen“.

In diesem Problemanalyse- und Lösungsprozess, vor allem im Themenbereich der arbeitsbedingten psychischen Belastungen, spielt das Stressmonitoring durch DOSIMIRROR eine große Rolle. Es ermöglicht die schnelle Identifikation von Problemschwerpunkten und leitet durch die individuelle Auswertung schon auf Lösungsmöglichkeiten hin.

Vermittlung an Spezialisten

Meist können die gut ausgebildeten und erfahrenen Coaches der Schnellen Hilfe mit zwei bis drei Gesprächen helfen. Bei einem weitergehenden oder speziellen Beratungsbedarf aber erfolgt eine schnelle Vermittlung in das öffentliche Beratungs- und das medizinische Versorgungssystem. Zeigt die Beratung, dass eine Vermittlung in Fachberatungsdienste (z. B. für Schulden, Familie, Sucht) oder ärztliche bzw. therapeutische Hilfe notwendig ist, begleiten die Berater/-innen der Schnellen Hilfe den Übergang und stehen den Beschäftigten während des Prozesses weiterhin als Ansprechpartner zur Verfügung.

Hierzu hat die Schnelle Hilfe in einigen Regionen Spezialistennetzwerke aufgebaut: Im Münsterland, in Ostwestfalen-Lippe und im Großraum Dortmund werden die Klienten der Schnellen Hilfe von einem eingespielten Team von Fachärzten, Physiotherapeuten und Psychologen, aber auch Sucht- und Schuldnerberatern betreut. Weitere regionale Expertennetzwerke befinden sich im Aufbau.

Unternehmensservices

Die Schnelle Hilfe berät aber auch Unternehmen bei der Gestaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen. Es besteht die Möglichkeit, die Anfragen der Teilnehmer (anonym) zu



Jana Hausmann, Jörg Schlüpmann

Schwerpunkten zusammenzufassen und mit dem Unternehmen zu besprechen. Zudem ist es möglich, eine betriebliche Auswertung von DOSIMIRROR vorzunehmen.

Die Schnelle Hilfe kann Vorschläge unterbreiten, Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und damit zur Senkung der Belastungen aufzeigen, eine Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen durchführen und einen konkreten Maßnahmenplan in Abstimmung zwischen Leitung und Mitarbeitervertretung sowie unter Beteiligung der Beschäftigten erstellen.

Der Service ist anonym, die Coaches unterliegen der Vertraulichkeitspflicht. Die Unternehmen erhalten lediglich eine zusammenfassende anonymisierte Auswertung über Problemschwerpunkte im Unternehmen, sofern dies im Rahmen des Datenschutzes möglich ist.

Erfahrungen

Die Schnelle Hilfe ist ein Angebot, das jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin zur Verfügung steht. Die Erfahrung der Schnellen Hilfe zeigt dabei, dass die Nutzung des Coachingangebotes spezifische Schwerpunkte aufweist:

- æ Psychische Belastungen stehen dabei mit 29% im Vordergrund. Dies sind z. B. Überforderungen, akute Krisensituationen oder Motivationsprobleme.
- æ Ebenso viele Beratungsfälle entspringen Problemen aus dem sozialen Umfeld der Beschäftigten, also eher privaten Schwierigkeiten wie Ehe-/Paarproblemen, Kindererziehung, Trennung, Pflege von Angehörigen.
- æ Unmittelbar arbeitsbezogene Problemstellungen, die aus der Tätigkeit und Anforderung oder aus sozialen Faktoren der Arbeit wie Mobbing oder Konflikten resultieren, machen 21% der Fälle aus.
- æ Schulden (9%) und Sucht (3%) sind eher seltener, die Gesundheit ist mit 11% stärker vertreten.

Die Erfahrung zeigt außerdem, dass ein Ineinandergreifen von Problemen aus dem privaten und dem beruflichen Bereich zu einem Aufschaukeln der Problemlage führen kann, das in

Schnelle Hilfe

einer Handlungslähmung endet. Solche „Problemknäuel“ kann die Schnelle Hilfe auflösen. Die Objektivierung der eigenen Belastungseinschätzung durch das Stressmonitoring mit DOSIMIRROR ist dabei eine wertvolle Unterstützung für die Schnelle Hilfe.

1.	Hotline telefonische Erstberatung	InfoLine kostenlose Rufnummer strengste Anonymität
2.	Persönliches Erstgespräch/Anamnese	60 bis 90 Minuten externe Beratungsräume
3.	Lösungsorientierte Kurzzeitberatung	ein bis drei Gespräche
4.	Überleitung in bestehende Betreuungsstrukturen æ regionale Fachberatungsstellen æ medizinische u. psychologische Angebote	bei Bedarf
5.	Evaluierungsgespräch	Überprüfung nach drei Monaten

Abb. 1: Beratungsablauf der Schnellen Hilfe

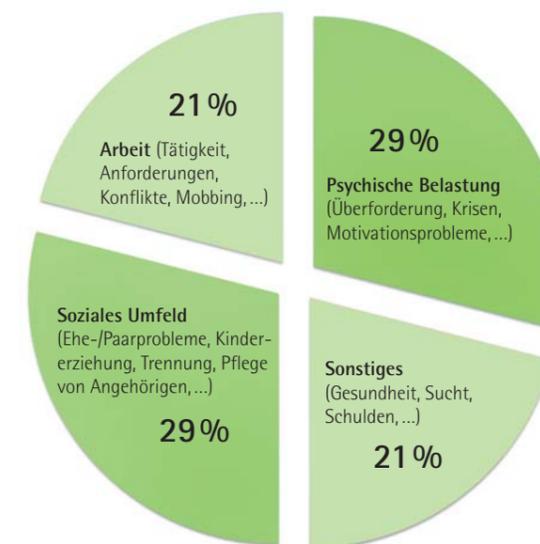


Abb. 2: Beratungsschwerpunkte nach den Erfahrungen der Schnellen Hilfe

Die Autorin, der Autor

Jana Hausmann ist Diplom-Pädagogin und Fachberaterin für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Sie ist pädagogische Mitarbeiterin der Deutschen Angestellten-Akademie.



Jörg Schlüpmann ist stellvertretender Zweigstellenleiter Westfalen und Leiter der Abteilung Entwicklung und Marketing der DAA.

Das Instrument „Schnelle Hilfe“ wird derzeit im Projekt Balance-Guard in verschiedenen Branchenkontexten als ergänzende Dienstleistung zur Stressmonitoring-App DOSIMIRROR erprobt.



Depressionen und Demenz im Alter

Petra Dlugosch

Um leben zu können, müssen wir uns mit Sterblichkeit und Grenzen auseinandersetzen. Viele Menschen verherrlichen heute einen hemmungslosen Jugendkult und verdrängen, dass Leben Altern heißt – von der Zeugung an. In der Vorstellung vieler heißt Altern Krankheit; darüber wird vergessen, dass viele der älteren Menschen bis ins hohe Alter geistig und körperlich relativ gesund sein können.

Die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit zeigt unterschiedliche Verlaufsformen. Aufgaben für Abstraktions- und Kombinationsvermögen werden schwerer bewältigt, aber Allgemeinwissen und erfahrungsabhängige Lösungsstrategien bleiben bis ins hohe Alter konstant, zeigen teilweise Verbesserungen (Altersweisheit). Wegen der normalen Altersveränderungen indes steigt die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren Erkrankungen, seelisch oder körperlich, zu leiden.

Depressionen kommen relativ häufig vor; Symptome zeigen sich oft körperlich oder stehen im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen, wie z.B. Angsterkrankungen, oder können auch Ausdruck einer Hirnkrankheit, wie z.B. einer Demenz oder einer anderen körperlichen Krankheit, sein. Entsprechend müssen die Diagnostik und die Behandlungsformen gewählt werden. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.

Symptome können sein: gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Leere, Verzweiflung, oft Morgentief, Antrieb vermindert, Müdigkeit bei kleinsten Anstrengungen, Spannungsgefühle, Appetitlosigkeit. Bei agitiertem Depression Getriebenheit und ruheloses Umherlaufen. Gefühl der inneren Unruhe, Angst nichts mehr leisten zu können, Panikzustände, Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühle, Selbstmordgedanken. Wahn (z.B. Versündigungs- und Verarmungswahn), Interessenverlust, Rat- und Entschlusslosigkeit, Denkhemmung und Konzentrationsstörungen können den Eindruck von Verwirrtheit (und Demenz) erwecken. Potenz- oder Libidoverlust spielen auch im Alter eine Rolle, häufig scheuen jüngere Therapeutinnen und Therapeuten das

Thema, aber zunehmend thematisieren ältere Patientinnen und Patienten dieses Problemfeld spontan.

Die Seele schmerzt auch körperlich: Somatische Symptome können im Alter häufig im Vordergrund stehen, z.B. Schmerzsymptome, besonders Kopfschmerzen. Betroffene leiden, so zeigen Studien, auch zwei- bis dreimal häufiger als andere unter Muskel-, Magen- und Rückenschmerzen. Die zugrundeliegende Depression wird häufig übersehen.

Laut Professor Dr. J. Fritze, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), würde nur die Hälfte der depressiven Störungen richtig erkannt und nur 20% davon würden richtig behandelt, was auch sicher für die Älteren gilt.

Depressive Episoden können leicht, mittelgradig oder schwer verlaufen oder es zeigt sich eine anhaltende Stimmungsinstabilität mit zahlreichen Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung (Zyklothymie) oder eine chronische, gewöhnlich mehr als zwei Jahre anhaltende, milde depressive Verstimmung (Dysthymia).

Behandlungsmöglichkeiten sind Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, Lichttherapie, Schlafentzug, in resistenten Fällen hilft auch eine Elektrokrampftherapie bei bestimmten Konstellationen. Heute ist erwiesen, dass in vielen Fällen sowohl akut wie in der Rezidivprophylaxe die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie am wirksamsten ist. Medikamente (Antidepressiva) können den psychotherapeutischen Zugang erleichtern.



Petra Dlugosch

Die Psychotherapie hat sich in verschiedener Form ebenfalls auch bei Älteren bewährt, häufige Themen sind der Verlust des Partners oder Leistungseinbußen. Hierdurch können lebenslange Trennungsängste oder frühkindliche Verluste aktualisiert werden. Offenkundig kann auch werden, dass keine Kompetenzen erworben wurden, selbst sein Leben zu gestalten. Manche denken, das Leben „verpfuscht“ oder „nicht richtig gelebt zu haben“ und „Versäumtes nicht mehr nachholen zu können“. Häufig werden in der Lebensgeschichte depressiver Patientinnen und Patienten Hinweise auf Schicksalsschläge aus der Kriegszeit gefunden. Z.B. kam es bei einer Patientin nach der Trennung vom alkoholkranken Ehemann zu einer längerfristig bestehenden depressiven Symptomatik. Sie kam als 5-Jährige mit der Kinderlandverschickung auf das Land und wurde nach Kriegsende nicht abgeholt. Erst als 12-Jährige, nach dem Tod des Vaters im Krieg, kam sie wieder zurück. Bisher „griff“ keine Therapie und erst das Ansprechen des möglichen Zusammenhangs brachte eine Entlastung für die Patientin.

Der Erfolg einer Therapie hängt davon ab, inwieweit es der Therapeutin oder dem Therapeuten gelingt, zur Patientin und zum Patienten eine tragfähige und von Vertrauen geprägte hilfreiche Beziehung herzustellen. Realistische therapeutische Ziele müssen definiert werden, wie Bewältigung von Kränkungen, Trennungen und Verlusten, Förderung und Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Eigenverantwortung, Verbesserung und Vermehrung psychosozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten, Erarbeitung praktischer Handlungsstrategien, Aussöhnung mit der Endgültigkeit und Begrenztheit des Lebens.

Demenzen sind nach Depressionen die zweithäufigste psychische Erkrankung im Alter. Der Begriff Demenz setzt sich aus Mens (lat. für Verstand) und de (abnehmend) zusammen. Wenn die Symptome über die normale altersbedingte Vergesslichkeit hinausgehen, aber noch keine Beeinträchtigung des Alltags vorhanden ist, wird die Demenz als „milde geistige Beeinträchtigung (MCI)“ bezeichnet.

Die häufigsten Demenzformen sind die degenerativen, primären Demenzen, vom Alzheimer-Typ und durch Durchblutungsstörungen bedingt (vaskuläre Demenz). Geringer tritt die Alzheimer-Demenz auch in jüngerem Alter auf (präsenil). Die häufigere senile Form (ab 65 Jahren) nimmt mit steigendem Alter noch zu und beginnt oft schleichend. Es besteht zu Beginn noch eine „gute Fassade“. Erst bei gezieltem Befragen der Patientin oder des Patienten fallen z.B. die schon bestehenden Orientierungslücken auf. Zusätzlich können noch andere Symptome wie Depression oder Schlafstörungen auftreten. Drei Schweregrade werden beschrieben: leicht, mittelgradig und schwer, letzterer ist die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit. Frauen überwiegen bei Alzheimer, Männer bei vaskulärer Demenz.

Sekundäre Demenzen sind die Folge anderer Erkrankungen (z.B. Stoffwechselstörungen der Schilddrüse, Nieren, Leber, durch Aufstau von Nervenwasser im Gehirn) und kommen seltener vor, auch wegen der verbesserten Diagnostik, wie durch eine ausführliche Erhebung der Krankengeschichte oder Tests zur Einschätzung der Merkfähigkeit, Verarbeitungsgeschwindigkeit oder Orientierung. Demenzen aufgrund von Durchblutungsstörungen und manche sekundäre Demenzen sind bei rechtzeitiger Behandlung durch Medikamente verbesserbar, umkehrbar, sogar heilbar.

Auch zur medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz stehen Arzneimittel zur Verfügung, die den Verlauf der Krankheit auf Monate bis Jahre etwas verzögern können. Nicht-medikamentös können Gedächtnisfunktionen mit Hirnleistungstraining wie in der Ergotherapie stabilisiert und sogar verbessert werden; Nervenverknüpfungen bleiben erhalten bzw. werden neu gebildet. Diese Therapiekombination ergibt bisher die besten Resultate. Eine Impfung ist in der Testphase, bis zur sicheren Vorbeugung vergeht sicher noch einige Zeit. Sehr wichtig sind immer auch die Unterstützung und die Guld der Angehörigen.

Wichtige Informationen zum Thema „Depression und Demenz im Alter“ erhalten Patientinnen und Patienten sowie Angehörige bei ihren Hausarztpraxen, bei Neurologinnen und Neurologen sowie Psychiaterinnen und Psychiatern, in den verbreiteten Gedächtnissprechstunden (z.B. der Gerontopsychiatrien), bei den Demenz-Servicezentren und bei regionalen Selbsthilfegruppen (wie der Alzheimer-Gesellschaft).

Die Autorin

Dr. Petra Dlugosch ist Chefärztin der Abteilung Gerontopsychiatrie an der LWL-Klinik Dortmund. Sie beschäftigt sich seit 26 Jahren mit der Behandlung und Erprobung innovativer Therapieansätze für die älteren (60 bis 99 Jahre) psychisch Erkrankten.

LWL Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Demenz

Hausarztpraxis der Zukunft

Ein „Eckpfeiler“ zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum

Rainer Ollmann, Volker Schrage

Nach wie vor kommt der hausärztlichen Versorgung eine Schlüsselstellung bei der Diagnose, Behandlung, Betreuung und Begleitung von Patientinnen und Patienten zu. Je älter eine Patientin oder ein Patient und je kränker bzw. multimorbider ein Mensch ist, umso wichtiger sind der Hausarzt oder die Hausärztin; vor allem gilt dies für chronisch kranke Patientinnen und Patienten.

Die Hausarztpraxis vor Ort – als wesentlicher Bestandteil einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung von Menschen – ist in einigen Gemeinden des Münsterlandes jedoch akut, perspektivisch sogar für die gesamte ländliche Region Münsterland gefährdet.

Die generelle Problematik der hausärztlichen Versorgung im ländlichen Raum mit seinem zunehmenden Anteil älterer Menschen und dem damit einhergehenden und weiter steigenden Behandlungsmehrbedarf ist die Überalterung der Praxisinhaberinnen und -inhaber bei gleichzeitig immer größer werdenden Nachwuchsproblemen.

Mittlerweile sind die meisten jungen Medizinerinnen und Mediziner Frauen; ihr Anteil liegt bei über 70%. Diese suchen vorrangig eine Teilzeitstelle mit gesicherten Arbeitszeiten, die eine übliche Landarztpraxis nicht bieten kann. Von allen Nachwuchsärztinnen und -ärzten entscheiden sich derzeit weniger als 10% für eine – im Vergleich zu anderen Fachrichtungen oftmals geringer bezahlte – Hausarztpraxis. Mindestens 20% wären nach Einschätzung der Ärztenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich, um das jetzige (schon verminderte) Niveau in der hausärztlichen Versorgung aufrecht erhalten zu können. Aktuell versucht die Politik, Jungmedizinerinnen und -mediziner mit einem Bündel von in erster Linie finanziellen Anreizen in ländliche Regionen zu „locken“. Am Grundproblem, der fehlenden Attraktivität von herkömmlichen Landarztpraxen, ändert dies jedoch wenig:

- æ Die Arbeitszeiten der ländlichen Hausärztinnen und Hausärzte sind die längsten aller Fachrichtungen.
- æ Hausbesuche mit längeren An- und Abfahrten, auch am Abend, kosten viel Zeit und Energie.

- æ Flexible Arbeitszeiten sind im praktischen Alltag häufig nicht realisierbar; die Vereinbarkeit von Familie und Beruf leidet.
- æ Viele Hausärztinnen und Hausärzte verstehen sich immer noch als „Einzelkämpfer/-in“; das Arbeiten in vernetzten Strukturen ist stark unterentwickelt.
- æ Geeignete Telemedizin- und E-Health-Lösungen sind noch nicht oder nur ansatzweise verfügbar. Insbesondere fehlt dem medizinischen Personal das dafür erforderliche „telemedizinische Know-how“.
- æ Gutes Praxispersonal ist – wie in anderen Fachberufen auch – schwer zu bekommen. Die Beschäftigten in den Praxen sind hinsichtlich Arbeitszeit und Arbeitsmenge tendenziell überfordert, oftmals chronisch überlastet.
- æ Die durch das Gesundheitssystem, insbesondere das System der gesetzlichen Krankenversicherungen, bedingten Arbeits- und Organisationsstrukturen in den Praxen lassen flexibles und gesundes Arbeiten sowie eine moderne Personalentwicklung kaum zu.

Allein mit finanziellen Anreizen, das macht diese Auflistung deutlich, wird man hier nicht weiterkommen. Vielmehr muss die Arbeit der Hausärztinnen und Hausärzte gerade in den ländlichen Regionen innovativer und attraktiver werden; nur dann werden sich junge Ärztinnen und Ärzte wieder für den Hausarztberuf auch in ländlichen Gemeinden interessieren. Wird das nicht erreicht, werden weitere Versorgungsangebote wie z.B. Apotheken und Physiotherapiepraxen in den ländlichen Gemeinden wegbrechen. Die Krankenhäuser und Kliniken werden wichtige traditionelle „Zuweiserverstrukturen“ verlieren.

Will man hier offensiv gegensteuern, bieten sich zwei miteinander verzahnte Wege an:

1. Telemedizin und E-Health

„Telemedizin“ bezeichnet verschiedenartige Versorgungskonzepte, bei denen medizinische Leistungen über räumliche Distanzen hinweg – mit oder ohne zeitlichen Versatz – erbracht werden. Telemedizin umfasst Prozesse und Verfahren der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Entscheidungsberatung. E-Health und Telemedizin sind zugleich Innovationstreiber und zentraler Baustein für die „Hausarztpraxis der Zukunft“ im ländlichen Raum.

„E-Health“ ist noch umfassender angelegt. Zum einen meint E-Health die Digitalisierung klassischer Prozesse im Gesundheitswesen (z. B. digitale Patientenakte), zum anderen ist E-Health ein Sammelbegriff für das Zusammenspiel von Medizin und Internet. Hier gibt es einen enormen Entwicklungsbedarf im Sinne praktischer, patientenorientierter Anwendungsformate. In der aktuellen Diskussion um E-Health-Anwendungen sollten insbesondere die Bedarfe der Patientinnen und Patienten sowie die Qualität von medizinischen (Versorgungs-)Leistungen in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Patientin bzw. der Patient selbst wird zum „Bestandteil der Leistungserbringung“ z. B. durch die Nutzung interaktiver App-Lösungen; Art und Weise der medizinischen Betreuung verändern sich in erheblichen Maße.

2. Professionsübergreifende Vernetzung

Telemedizin wie auch die notwendige Digitalisierung der Praxisorganisation und der Gesundheitsversorgung können nur erfolgreich funktionieren, wenn alle Akteure in der Versorgungskette professionsübergreifend zusammenarbeiten.

Bislang funktioniert die Zusammenarbeit der Akteure aber nur rudimentär, insbesondere zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und anderen Ge-



Rainer Ollmann, Volker Schrage

sundheitsdienstleistern, aber auch zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten verschiedener Fachrichtungen oder verschiedenen Organisationen (z. B. Krankenhäusern und Praxen). Gute und funktionierende Ansätze finden sich bei den zertifizierten Praxisnetzen, die sich künftig aber „multiprofessionell“ öffnen müssen. Langfristiges Ziel muss es sein, eine „digitale Prozesskette“ über alle beteiligten Akteure der Versorgungskette hinweg zu etablieren und intensiv mit Leben zu füllen. Dies wird ohne eine gemeinsame „Philosophie“ mit entsprechenden Teamstrukturen und ein professionsübergreifendes Netzwerkmanagement nicht möglich sein. Zu letzterem zählen vor allem die Steuerung und Koordinierung aller Leistungserbringer, die Sicherstellung der „Kommunikation auf Augenhöhe“, die Qualitätskontrolle der interdisziplinären Verfahrens- und Abstimmungsprozesse und die Organisation der Weiterbildung. Die Hausarztpraxis vor Ort ist prädestiniert dafür, diese erforderlichen Managementaufgaben zu übernehmen.

Ausblick in die Zukunft

Der Hausarzt bzw. die Hausärztin der Zukunft muss in vernetzten Strukturen, mit verschiedensten Technologien und mit unterschiedlichsten Professionen arbeiten können. Sie/er muss nicht nur die Grundlagen der Nachbarprofessionen kennen, um im Dialog mit ärztlichen und nichtärztlichen Kollegen handlungs- und sprachfähig zu sein, er/sie muss auch moderne Digitalisierungs- und Vernetzungstechnologien in die hausärztliche Versorgung systematisch einbinden. Die Arbeits- und Organisationsstrukturen müssen sowohl mittels adäquater digitaler Lösungen als auch mittels attraktiver „Personalentwicklungsmodelle“ (z. B. im Verbund mit anderen Arztpraxen) modernisiert werden. Und besonders wichtig: Er oder sie müssen „Netzwerker/-in“ sein.

Die „Hausarztpraxis der Zukunft“ als Mittelpunkt einer professionsübergreifenden Gesundheitsversorgung mit Moderations- und Steuerungs-/Managementaufgaben wird nicht nur die Versorgungsqualität in einer älter werdenden und sich räumlich und sozial ausdifferenzierenden Gesellschaft verbessern. Sie beinhaltet auch das Potenzial, die medizinische Versorgungsproble-

matik im ländlichen Raum wirklich nachhaltig lösen zu helfen und damit einen wichtigen Beitrag zur Stärkung ländlicher Regionen zu leisten.

Die Autoren

Rainer Ollmann ist Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung in Dortmund.

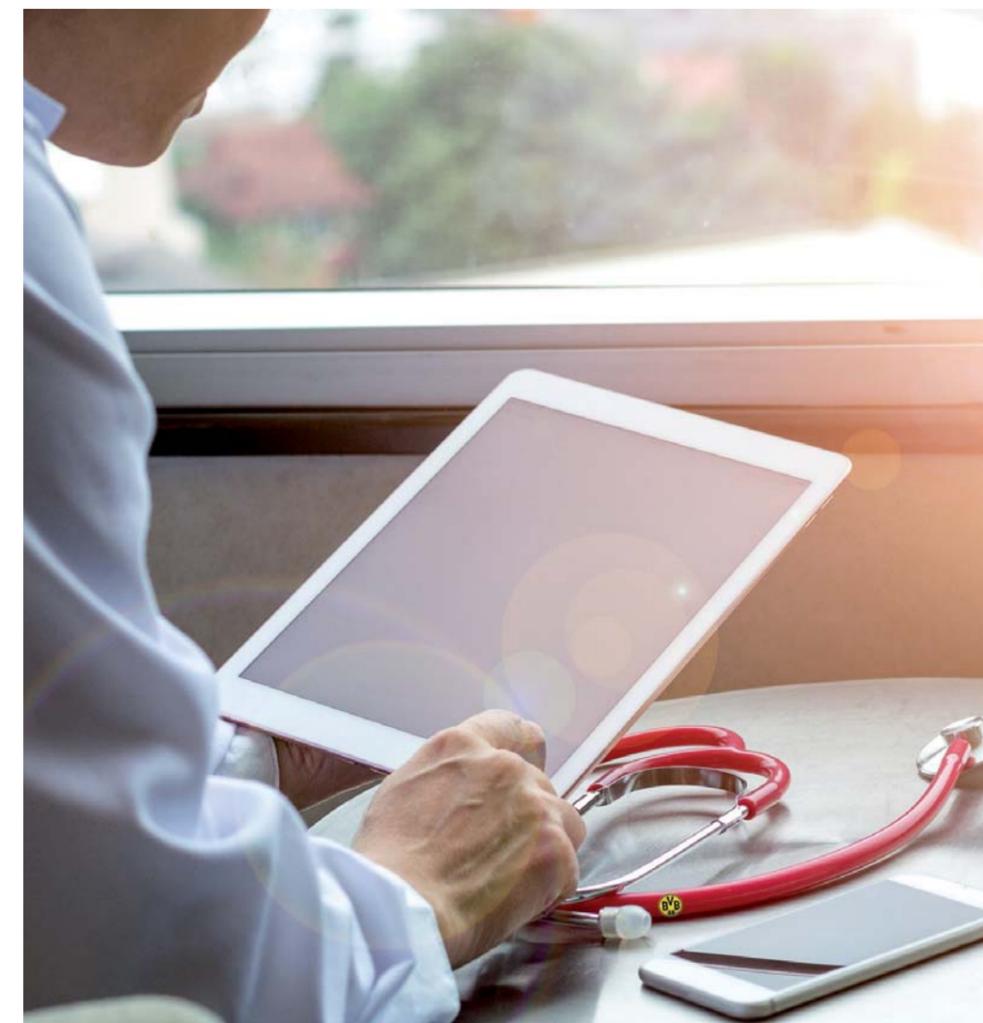
Dr. med. Volker Schrage ist Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin und Experte für Gesundheitsförderung und Prävention. Er ist Leiter der Hausarzt-Praxis Münsterland und Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Gemeinsam Westmünsterland e.V.

gaus | medien bildung politikberatung

Hausarzt-Praxis
MÜNSTERLAND



GG.WML
Gesundheitsnetz
Gemeinsam
WestMünsterLand e.V.



Telemedizinische Versorgung im ländlichen Raum

Gestaltungsbedarfe jenseits technologischer Lösungen

Kurt-Georg Ciesinger, Rainer Ollmann

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

Andererseits werden die zu versorgenden Patientinnen und Patienten nicht nur zahlreicher und älter, sondern erfordern auch eine intensivere, engmaschigere und somit zeitintensivere Betreuung. In der Folge steigt die individuelle Arbeitsbelastung – gerade in den Hausarztpraxen. Die Lücke zwischen Qualitätsanspruch und einlösbaren Möglichkeiten wird immer gravierender; Motivation, Engagement und Gesundheit der Hausärztinnen und Hausärzte leiden.

Die Telemedizin kann bei entsprechender Diffusion einen erheblichen Beitrag zur Lösung der Versorgungsproblematik im ländlichen Raum leisten. Schon vor einigen Jahren sah der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SBEG, 2014) 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“ (S. 582). Allerdings warnte er vor einer Tendenz zur „angebotsgetriebenen Implementierung“ (S. 613) von Gesundheitsdienstleistungen, deren Nutzen nicht oder nicht ausreichend belegt sei. Telemedizinische Anwendungen müssten Bestandteil eines Gesamtkonzeptes sein, das den Nutzenvorstellungen der verschiedenen Patientengruppen, der Ärztinnen und Ärzte, des medizinischen Personals sowie der nicht-medizinischen Gesundheitsdienstleister gerecht werde.

Für Deutschland sind mittlerweile eine Vielzahl von erfolgreichen Real- und Pilotanwendungen und positiven praktischen Projekterfahrungen dokumentiert. Von dem Ziel eines flächendeckenden Ausbaus der Telemedizin ist Deutschland jedoch – anders als einige andere europäische Länder (z. B. Schweden, Großbritannien,



Kurt-Georg Ciesinger, Rainer Ollmann

Niederlande) – noch weit entfernt. In NRW werden derzeit die strukturellen und technologischen Voraussetzungen für einen flächendeckenden Ausbau geschaffen. Hierzu zählen die Implementierung von innovativen integrativen Versorgungsansätzen sowie sektorenübergreifenden Kommunikationsinfrastrukturen.

Für eine nachhaltige Breitenimplementierung der Telemedizin ist eine hohe Akzeptanz bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Praxisfachkräften und den mit ihnen kooperierenden Gesundheitsdienstleistern sowie bei den (vor allem älteren) Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen allerdings unerlässlich.

Die überwiegende Zahl der Ärztinnen und Ärzte befürwortet mittlerweile den Einsatz von Telemedizin. Viele Hausärztinnen und -ärzte äußern sich jedoch immer noch skeptisch, was den konkreten Nutzen für die eigene Praxis angeht (Schultz et al., 2015). So fürchten sie die hohe Kostenbelastung durch notwendige Investitionen in IT-Systeme und durch Personalschulungen sowie einen deutlichen Anstieg des Verwaltungsaufwandes sowie haftungs- und datenschutzrechtliche Unsicherheiten. Am gravierendsten ist aus ihrer Sicht aber, dass das enge Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten leiden könnte.

Ähnliche Befürchtungen gibt es auch im ambulanten und stationären Pflegebereich. Besonders stark dominiert hier die Sorge, dass Erfahrung und Intuition der Pflegekräfte durch Telemedizin an Bedeutung verlieren. Es gibt immer noch Befürchtungen, dass Telemedizin mehr kontrollierend wirkt und weniger die Pflegekräfte im Alltag unterstützen kann (Sowinski et al., 2015).

Diese Bedenken und Sorgen lassen sich durch professionsübergreifende Vernetzungsstrukturen nach dem Modell GEMEINSAM nachhaltig abbauen.

Hinsichtlich der Akzeptanz von Telemedizin bei den Patientinnen und Patienten liegen nur wenig fundierte und sich widersprechende empirische Befunde vor. Immerhin 23 % der Bevöl-

kerung kann sich die regelmäßige Nutzung von Gesundheits-Apps vorstellen; dabei stehen ältere Menschen der Telemedizin generell skeptischer gegenüber als jüngere. Die Sorge um die Sicherheit der Patientendaten ist dagegen in allen Altersgruppen sehr hoch (Ärztezeitung, 2016; Verbraucherzentrale Bundesverband, 2015).

Telemedizin- und E-Health-Lösungen erreichen quantitativ bislang nur wenige Menschen, obwohl der Nutzen solcher Lösungen und Angebote weitgehend unbestritten ist. Die flächendeckende Umsetzung scheitert derzeit insbesondere an der mangelnden Akzeptanz und den fehlenden Organisationsmodellen in den Arztpraxen sowie den unklaren Rollenverteilungen im Zusammenspiel mit weiteren Dienstleistern (Telemedizinzentren, Pflege- und Therapieeinrichtungen, Fachärzteschaft und andere Spezialisten). Auch hier kann das Modell GEMEINSAM leitend sein.

Wenn etwa Telemedizin ein Erfolg werden soll, dann müssen nicht (nur) technische, sondern (auch) psychologische und organisatorische Fragen gestellt und Lösungen dafür gefunden werden:

- æ **Akzeptanz:** Wie kann die Akzeptanz für den Einsatz von Telemedizin gerade im ländlichen Raum bei allen am Prozess Beteiligten erhöht werden?
- æ **Motivation:** Welche Ansprache- und Motivierungsformate werden für den Akzeptanzaufbau bei unterschiedlichen Patientengruppen benötigt?
- æ **Kooperation:** Wie müssen Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen Ärztinnen und Ärzten, nicht-ärztlichem Personal, telemedizinischem Zentrum und externen Gesundheitsdienstleistern verteilt werden?
- æ **Organisation:** Wie können digitale Angebote und Lösungen optimal in die bestehende Praxisorganisation und die bewährten Arbeitsabläufe (intern sowie im Zusammenspiel mit weiteren Dienstleistern) integriert werden? Wie kann sichergestellt werden, dass Telemedizin tatsächlich zu einer Effizienzsteigerung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung in Arztpraxen beiträgt?

Der strategische Paradigmenwechsel von der faktischen Konzentration auf technische Fragen hin zur Beschäftigung mit diesen motivationalen und organisatorischen Problemen ist sowohl für die Forcierung und Intensivierung der professionsübergreifenden Zusammenarbeit als auch für den Breitereinsatz von digitalen Lösungen und Angeboten im Gesundheitswesen zentral.

Es ist also dringend geboten, sich mit diesen bisher vernachlässigten Themenbereichen intensiv auseinander zu setzen.

Literatur

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014*. Bonn: SBEG.
- Schultz, M., Carius-Düsse, C. & Gillis-Januszewski, J. (2015). *Telemedizin: Im Alltag angekommen?* Deutsches Ärzteblatt (12), S. 112.
- Sowinski, C., Kirchen-Peters, S. & Hielscher, V. (2013). *Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Ärztezeitung (2016). *Patientenumfrage, Videosprechstunde mit Arzt ist gefragt*. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/e-health/article/903061/patientenumfrage-video-sprechstunde-arzt-gefragt.html?sh=4&h=1546532211. Zuletzt geprüft am 13.12.2017.
- Verbraucherzentrale Bundesverband (2015). *Umfrage: Verbraucher sorgen sich um Gesundheitsdaten*, Pressemitteilung vom 26.05.2015. <http://www.vzbv.de/pressemitteilung/umfrage-verbraucher-sorgen-sich-um-gesundheitsdaten>. Zuletzt geprüft am 13.12.2017.

Die Autoren

Kurt-Georg Ciesinger und Rainer Ollmann sind Geschäftsführer der gaus gmbh – medien bildung politikberatung.

gaus | medien bildung politikberatung





transfær

