



Perspektiven für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen

Roadmap und Memorandum

Impressum

Autor/-innen:

Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund:
Monika Goldmann, Kirsten Kemna, Jens Maylandt, Bärbel Meschkutat, Cornelia Tippel, Kai Urner

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der Technischen Universität
Dortmund: Vera Gerling, Anja Giesecking

 technische universität
dortmund



 Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.

Die vorliegende Publikation wurde im Rahmen des Verbundprojekts „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung (StrateG!N)“ erstellt. Für den Inhalt sind die jeweiligen Autorinnen und Autoren verantwortlich: Vera Gerling (Vorwort, Memorandum, Kap. 1, 3, 7.2, 9), Anja Giesecking (Kap. 3, 7.2, 9), Monika Goldmann (Vorwort, Memorandum, Kap. 1, 2, 6, 8), Kirsten Kemna (Kap. 5, 7.1), Jens Maylandt (Kap. 4.2, 8), Bärbel Meschkutat (Kap. 5), Cornelia Tippel (Kap. 4.1, 7.1) und Kai Urner (Kap. 2).

Projekthomepage:

http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/home/aktivitaeten-projekte/bmbf-projekt-strategin.html

Das Projekt StrateG!N wurde in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft e.V. durchgeführt.

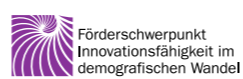


Dortmund, Februar 2015

Druck: Rasch Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG

Gestaltung: edelweiss – Büro für Design, www.design-edelweiss.de

Dieses Vorhaben wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung und aus dem Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union gefördert (Förderkennzeichen 01HH11063).



Vorwort

Mit dieser Roadmap und dem ‚Memorandum für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen‘ stellen wir Ihnen das Ergebnis einer dreijährigen Kooperation von zwei Forschungseinrichtungen der Technischen Universität Dortmund und vielen Partnern und Partnerinnen aus Südwestfalen vor. Die zukünftige Sicherstellung der Gesundheits- und Pflegeversorgung gilt als eine der großen Herausforderungen für die Gesundheitsregion Südwestfalen: Innovative Lösungen sind hier gefragt. Die meisten Expertinnen und Experten, die im Projekt mitgearbeitet haben, sind sich einig, dass die Bewältigung der demografischen Probleme der Gesundheits- und Pflegeversorgung in Südwestfalen eine zentrale Aufgabe für alle in diesem Feld tätigen Akteure ist. Gefordert werden verbesserte formelle aber auch informelle Kooperationen und Vernetzung aller für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zuständigen Organisationen, um abhängig von der jeweiligen Situation vor Ort und deren Stärken und Schwächen innovative Lösungsansätze zu entwickeln. Dies ist nur durch gemeinsame Anstrengungen möglich.

Die Roadmap zeigt strategische Entwicklungsperspektiven für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Region auf, deren sechs Schwerpunktthemen sich in einem breiten Dialog mit vielen Beteiligten herausgebildet haben. Sie stellt konkrete Ziele und Umsetzungsschritte für ein interkommunales Gesundheits- und Pflegenetzwerk vor, in dem die Akteure vor Ort ein engmaschiges Netz für die Verbesserung der lokalen Versorgung geknüpft haben. Kurzdarstellungen von Fallstudien, die im Projekt durchgeführt wurden, ergänzen die ausführlichen Darstellungen der Themen.

Das vorangestellte Memorandum, das vom wissenschaftlichen Team und den Kooperationspartner/-innen gemeinsam erarbeitet wurde, wird hiermit der Öffentlichkeit übergeben. Bereits im Vorfeld haben viele Erstunterzeichner/-innen deutlich gemacht, dass sie eine gemeinsame Anstrengung zur Bewältigung der Herausforderungen für nötig halten. Weitere Akteure haben Ihre Unterstützung angekündigt. Auf der Website www.gesundheitsversorgung-suedwestfalen.de können Sie ab sofort unterschreiben.

Die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis war in diesem Projekt sehr eng. Es wurde offen und durchaus auch kontrovers über die Probleme der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung diskutiert und zukunftsweisende Perspektiven erörtert. Engagiert haben sich Vertreter/-innen aus allen Kreisen Südwestfalens, Verbände und Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Wirtschaftsförderungsgesellschaften, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe sowie zahlreiche andere Organisationen, denen die Sicherstellung der Versorgung am Herzen liegt.

Das Projektteam von StrateG!N bedankt sich bei allen, die das Projekt in den vergangenen drei Jahren unterstützt oder aktiv mitgewirkt haben. Unser Dank gilt besonders den Mitgliedern des Steuerkreises und der Dialoggruppen, die ihre Erfahrungen in die konstruktiv geführten Dialoge eingebracht haben. Bedanken möchten wir uns auch bei all denen, die sich für lange Interviews zur Verfügung gestellt haben, die uns die Möglichkeit gaben, neue Versorgungsmodelle und die Entwicklung von Netzwerken kennenzulernen, die sich an Fallstudien und quantitativen Erhebungen beteiligt haben und die Entwicklung von interkommunalem Gesundheits- und Pflegenetzen vorantreiben.

Wir wünschen unseren Kooperationspartnerinnen und -partnern und allen regionalen Akteuren im Gesundheits- und Pflegebereich, dass die Vernetzungsaktivitäten in der Region Früchte tragen, die Netzwerke weiter ausgebaut werden und durch gemeinsames Handeln zukunftsfähige innovative Lösungen im Interesse der Bürgerinnen und Bürger in Südwestfalen entstehen.

Dr. Monika Goldmann

Sozialforschungsstelle (sfs),
Zentrale wissenschaftliche Einrichtung
der Technischen Universität Dortmund

Dr. Vera Gerling

Institut für Gerontologie
an der Technischen Universität Dortmund

Memorandum für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen

Das Memorandum ist die gemeinsame Erklärung der Partner und Partnerinnen und des wissenschaftlichen Teams des Projekts StrateG!N zur Frage, wie die gesundheitliche Versorgung in der Region Südwestfalen mittelfristig gesichert und optimiert werden kann. Es bildet die Basis für eine Roadmap, die Strategien für die zukünftige Entwicklung der Versorgung in Südwestfalen aufzeigt. An der Entstehung haben viele Akteure aus der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, aus den fünf Kreisen sowie den Städten und Gemeinden der Region mitgewirkt. In die erforderlichen Vernetzungsprozesse sollten alle an der Versorgung beteiligten Organisationen – Medizin, Pflege, Rehabilitation und weitere Gesundheitsdienstleister – einbezogen werden.

Die Unterzeichner und Unterzeichnerinnen sind davon überzeugt, dass innovative Strategien nötig sind, um die Versorgung der Bevölkerung auch bei fortschreitendem demografischen Wandel nachhaltig zu stabilisieren. Sie formulieren folgende Leitlinien für die weitere Entwicklung der Gesundheitsversorgung in Südwestfalen:

I Angesichts der Folgen des demografischen Wandels in Südwestfalen geht es darum, die Versorgungssicherheit und die Versorgungsqualität in der Region aufrecht zu erhalten und neue Wege bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung zu beschreiten. Dabei sind neben der Versorgung von älteren Menschen auch die Zielgruppen Kinder, Jugendliche sowie Menschen mit Behinderung in den Blick zu nehmen. Außerdem sind kultursensible Versorgungsangebote für Menschen mit Migrationshintergrund vonnöten.

II Eine bessere sektorenübergreifende Vernetzung zwischen den Akteuren im Bereich von Medizin, Pflege und Rehabilitation bildet die Voraussetzung für eine nachhaltige Stabilisierung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in der Region.

III Die Entwicklung alternativer Versorgungsformen ist eine wichtige Aufgabe, da die klassische Versorgungsstruktur durch niedergelassene Haus- und Fachärzte bzw. -ärztinnen sowie durch Krankenhäuser nicht mehr im gewohnten Umfang aufrecht zu erhalten ist. Auch bei noch unzureichenden rechtlichen Vorgaben ist eine vorausschauende Planung alternativer Versorgungsmodelle, wie z. B. lokale und regionale Gesundheitszentren, kommunale Eigeneinrichtungen, medizinische Versorgungszentren mit Filialpraxen u.v.m. unter Einbezug von Pflege und Rehabilitation und angepasst an die lokalen Problemlagen schon heute zu entwickeln. Auch die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an geeignete Fachkräfte ist anzustreben, um Versorgungslücken entgegenzuwirken.

IV Beim Ausbau vorhandener Strukturen und dem Aufbau neuer Versorgungsformen ist zu berücksichtigen, dass potenzielle Arbeitskräfte aus Gesundheit und Pflege, die für die Region gewonnen oder dort gehalten werden sollen, attraktive Arbeitsbedingungen und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten erwarten. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Nachwuchskräfte heute hohe Anforderungen an eine Balance von Berufs- und Privatleben haben.

V Mitarbeiterorientierte Führung, flexible Arbeitszeitmodelle und betriebliches Gesundheitsmanagement sind für die Kliniken ebenso wie für die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wichtige Instrumente für das Finden und Binden von Personal. Diese Themen sind weiterzuentwickeln und umzusetzen.

VI Ältere Menschen in der Region wollen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zuhause führen. Dazu sollten die Unterstützungsleistungen in den Städten und Gemeinden durch mehr Koordination und Nutzen von Synergieeffekten systematisch verbessert werden. Aufsuchende Beratung, Angebote

für Tages-, Kurzzeit- und Nachtpflege sowie komplementäre Angebote zur ambulanten Pflege sollen ausgebaut werden, um der Maxime ‚ambulant vor stationär‘ gerecht zu werden. Die ambulante pflegerische Versorgung kann durch eine konstruktive Kooperation der Anbieter dieser Dienstleistungen flächendeckend weiterentwickelt werden.

VII Der Ausbau sektorenübergreifender Vernetzung ist eine zentrale Anforderung an die Gesundheitsakteure in Südwestfalen. Mit einer stärkeren proaktiven Zusammenarbeit von Kommunen, Einrichtungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie deren Verbänden können Handlungsbedarfe frühzeitig erkannt und Lösungswege abgestimmt werden.

VIII Auf Dauer angelegte interkommunale Gesundheits- und Pflegenetzwerke sind besonders geeignet, lokale Problemlagen zu erkennen und mit allen beteiligten Akteuren konstruktive Lösungen zu entwickeln. Eine lokal vernetzte Gesundheitsversorgung muss neben den traditionellen Akteuren aus Medizin, Pflege, Rehabilitation und Prävention auch zivilgesellschaftliche Akteure (wie z. B. Selbsthilfegruppen und Sportvereine) sowie andere Gesundheitsdienstleister (wie z. B. Apotheken und Sanitätshäuser) mit einbeziehen.

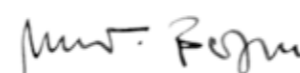
IX Die Kreise, Städte und Gemeinden in Südwestfalen sollten ihre Möglichkeiten zur Unterstützung und Beratung bei der Verbesserung der pflegerischen (und medizinischen) Infrastruktur ergreifen und vorhandene Leistungen und Angebote stärker koordinieren und lenken. Um die Übernahme von mehr Verantwortung durch die kreisangehörigen Städte und Gemeinden bei der Koordination der Versorgungsangebote und der Entwicklung alternativer Strukturen zu fördern, sollte auf Wunsch eine gezielte Unterstützung lokaler Aktivitäten durch die Kreise angeboten werden.

X Südwestfalen hat bereits viele innovative Versorgungslösungen zu bieten, die jedoch vielfach unabhängig voneinander entwickelt werden, häufig nebeneinander laufen und wenig bekannt sind. Der begonnene regelmäßige Erfahrungsaustausch der Akteure in der Gesundheitsversorgung soll fortgesetzt werden, um voneinander zu lernen und Synergieeffekte zu nutzen.

XI Die Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., die Südwestfalen Agentur GmbH und der Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V. organisieren federführend die Fortsetzung und Weiterentwicklung der Vernetzungsprozesse der Gesundheitsakteure in der Region. Dabei beziehen sie alle relevanten Akteure Südwestfalens mit ein und fördern den regelmäßigen Austausch zu innovativen Ansätzen und Umsetzungsstrategien.

4. Februar 2015

Unterzeichnerinnen und Unterzeichner



Markus Bazan, Lennetz GmbH, Geschäftsführer



Michael Beckmann, Winterberg Touristik und Wirtschaft GmbH, ARGE Netzwerk Zukunft: Kurorte – neu profiliert, Geschäftsführer



Frank Beckehoff, Landrat Kreis Olpe



Dr. Heinz Ebbinghaus, Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativnetz der Kreise Soest Hochsauerland GbR



Christoph Becker, Caritas für den Kreis Olpe e.V., Vorstand, Geschäftsführer



Christoph Ewers, Bürgermeister der Gemeinde Burbach



Bernd Fuhrmann, Bürgermeister der Stadt Bad Berleburg



Nadine Möller, Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Geschäftsführerin



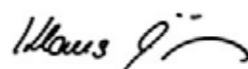
Thomas Gemke, Landrat Märkischer Kreis



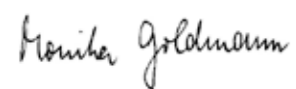
Andreas Müller, Landrat Kreis Siegen-Wittgenstein



Dr. Vera Gerling, Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund, Projektleitung StrateG!N



Klaus Müller, Bürgermeister der Stadt Plettenberg



Dr. Monika Goldmann, Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund, Projektleitung StrateG!N



Dr. med. Gerhard Nordmann, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), 2. Vorsitzender des Vorstandes



Bernd Hamann, Westfälisches Gesundheitszentrum Holding GmbH, Geschäftsführer



Andreas Reinéry, Bürgermeister der Gemeinde Kirchhundem



Ingo Jakschies, Gesundheitscampus Sauerland GmbH, Geschäftsführer



Volker Ruff, Wirtschaftsförderung für den Kreis Soest GmbH, Geschäftsführer



Dr. med. Martin Junker, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Bezirksstelle Lüdenscheid, Bezirksstellenleiter



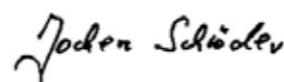
Uwe Schmalenbach, Bürgermeister der Gemeinde Herscheid



Martina Koepp, GGT Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik@ mbH, Geschäftsführerin



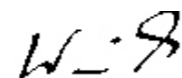
Dr. Karl Schneider, Landrat Hochsauerlandkreis



Jochen Schröder, GWS - Gesellschaft zur Wirtschafts- und Strukturförderung im Märkischen Kreis mbH, Geschäftsführer



Thomas Köhler Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V., Geschäftsführer



Peter Wawrik, Caritas im Kreis Soest, Vorstandsvorsitzender, Geschäftsführer



Dr. Ralf Kötter, Initiative "Eder- und Elsofftal mit Zukunft", Pfarrer der evangelischen Lukas-Kirchengemeinde im Eder- und Elsofftal, Trägerin der Initiative



Hans-Jürgen Winkelmann, St. Marien-Krankenhaus Siegen gem. GmbH, GSS Gesundheits-Service Siegen gem. GmbH, MVZ Medizinisches Versorgungszentrum am St. Marien-Krankenhaus Siegen GmbH, Geschäftsführer

Inhaltsverzeichnis

1. Demografische Herausforderungen für Südwestfalen	10
Das Projekt StrateG!N – Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum	14
2. Vernetzung und neue Versorgungsformen	16
Pflegezentren im Kreis Olpe	19
Der Gesundheitscampus Sauerland	22
Die Gesundheitsregion Siegerland (GRS)	24
Palliativnetz Soest-HSK	26
3. Entwicklung von interkommunalen Gesundheits- und Pflegenetzwerken	28
4. Finden und Binden von medizinischem und pflegerischem Personal	34
4.1 Medizinerinnen und Mediziner für die Region gewinnen	35
Verein zur Förderung der ärztlichen Berufsausübung e.V. (DoktorJob)	39
4.2 Gute und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen in Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten	42
5. Unterstützung von ‚ambulant vor stationär‘ in der Pflege	44
Das Projekt ‚ambulant vor stationär‘ im Hochsauerlandkreis	48
6. Technische Unterstützung zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung	52
7. Kommunale Handlungsmöglichkeiten	56
7.1 Die neue Rolle der Kommunen (Kreise, Städte und Gemeinden)	57
Dem demografischen Wandel auf lokaler Ebene begegnen – Standardisierte Befragung der südwestfälischen Städte und Gemeinden	64
7.2 Daten und Analysen als Voraussetzung für strategisches Handeln der Kommunen	66
8. Ausblick	70
9. Teilroadmap: Kommunales Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid	72
9.1 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 1 – „Zufrieden zu Hause - gegen Einsamkeit und Isolation im Alter“	75
9.2 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 2 – „Begleiten beim Vergessen – Angebote zur Demenzversorgung“	77
9.3 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 3 – „Brücken nach Hause – Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“	79
Anhang	
Quellenverzeichnis	84
Abkürzungsverzeichnis	87
Bildnachweis	87
Liste der Steuerkreismitglieder und Assoziierte	88

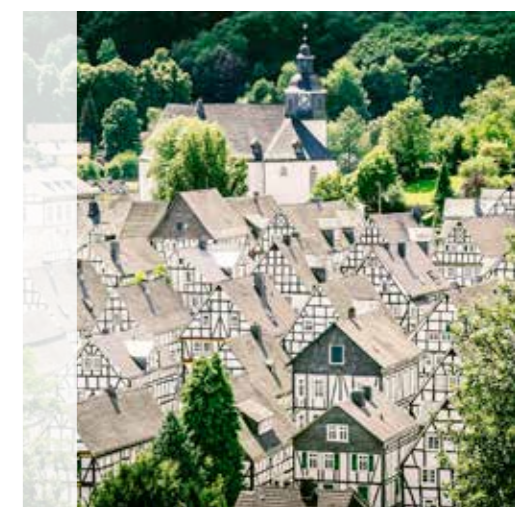
1. Demografische Herausforderungen für Südwestfalen

demografischer Wandel

Der demografische Wandel gilt als einer der gesellschaftlichen ‚Megatrends‘ und stellt eine zentrale Herausforderung für Deutschland dar. Der Fachkräftemangel, die Schrumpfung ländlicher Räume und damit die Erosion der ehemals funktionierenden Infrastruktur werden für die Menschen bei der Gesundheitsversorgung spürbar: Die Hausärztin schließt die Praxis und findet keinen Nachfolger, der Orthopäde, für dessen Besuch man mehrere Stunden Wartezeit einplanen muss, praktiziert nicht zwei Straßen weiter, sondern erst in der nächst größeren Stadt, usw.

Die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung wird auch für Südwestfalen¹ eine große Herausforderung für die Zukunft sein. In den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird die Bevölkerungszahl in der Region sinken. Dies betrifft fast ausnahmslos die Gruppe der Unterfünfzigjährigen. Die Anteile der Unterfünfzigjährigen und der 25- bis 50-Jährigen werden bis 2030 um vier Prozentpunkte sinken, sodass beide Gruppen dann lediglich jeweils etwa ein Fünftel der Bevölkerung ausmachen werden. Der Anteil der Gruppe zwischen 50 Jahren und dem gesetzlichen Renteneintrittsalter (67 Jahre) wird etwa ein Viertel der Bevölkerung betragen und der Anteil der Menschen, die 60 Jahre und älter sind, wird bis 2030 in Südwestfalen 38 % betragen und ist damit um drei Prozentpunkte höher als im nordrhein-westfälischen Landesschnitt. Insbesondere der Anteil der Menschen ab 80 Jahren wird sich überdurchschnittlich erhöhen und bis 2030 um 60 % gegenüber 2010 zunehmen. Damit steigt der Anteil der Hochaltrigen in Südwestfalen von 5,4 auf 8,5 %, während für ganz NRW ein Anstieg von 5,3 auf 8,1 % erwartet wird².

Auf das Gesundheitswesen wirken sich die Abwanderung und die gleichzeitige Alterung der Bevölkerung in doppelter Hinsicht aus. Einerseits steigt der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und andererseits sinkt das Arbeitskräftepotenzial der Betriebe. Die Betriebe der Gesundheitsbranche müssen mit einem drohenden Ärzte- und Pflegekräftemangel umgehen, damit verbunden sind ein kontinuierlicher Verlust von Erfahrungswissen durch frühes Ausscheiden älterer Beschäftigter aus dem Beruf sowie eine hohe Personalfluktuation in andere Branchen. In ländlichen Regionen verschärfen sich diese Prozesse durch ungünstige infrastrukturelle Rahmenbedingungen und die Abwanderung insbesondere von jungen Frauen zusätzlich. Die konkrete Situation in den einzelnen Städten und Gemeinden Südwestfalens unterscheidet sich zwar zum Teil erheblich, doch im Grunde zeigen sich diese Problemlagen in der gesamten Region.



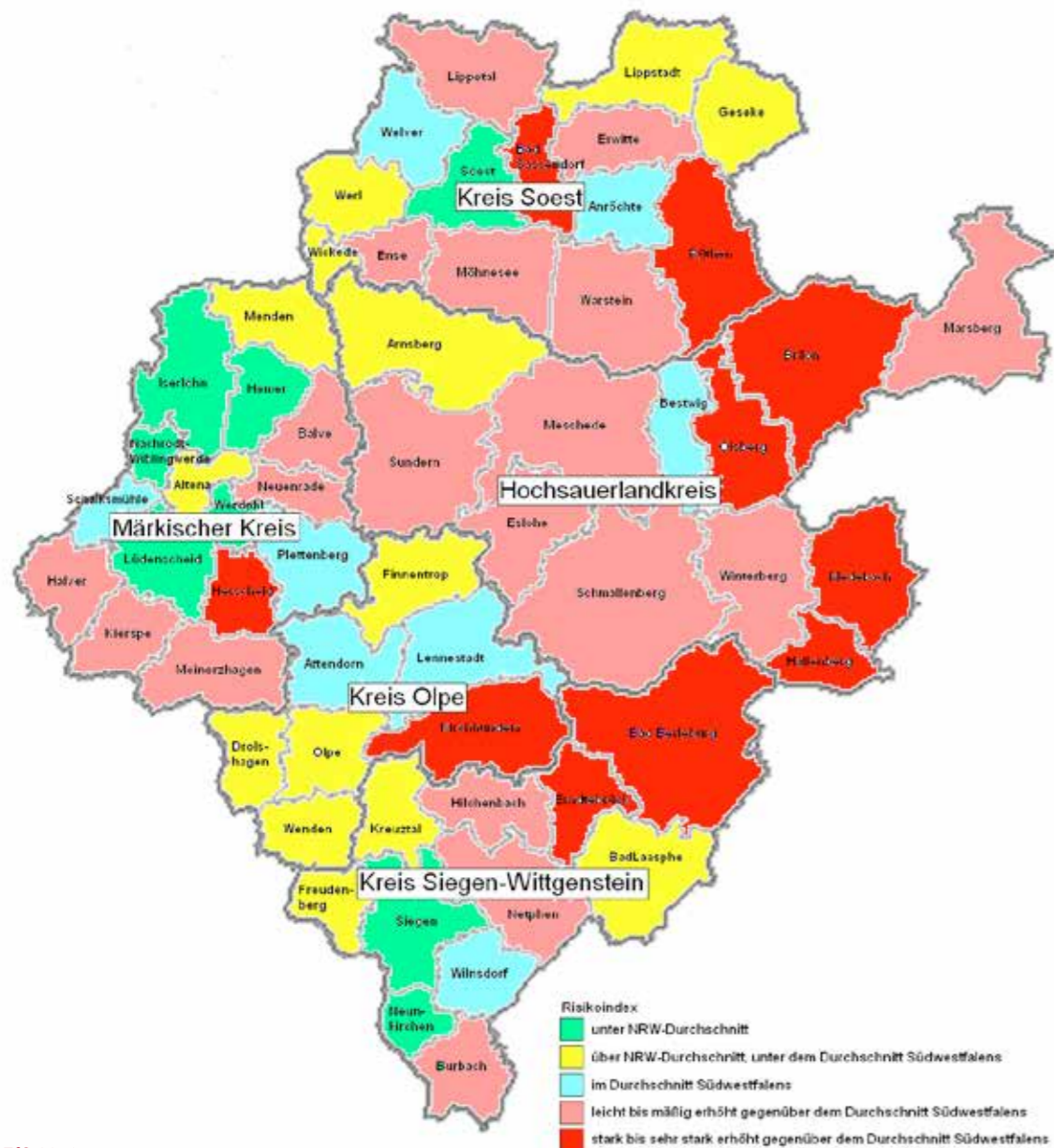
Um vor dem Hintergrund der aufgezeigten Entwicklungstrends für Südwestfalen (Zunahme alter und hochaltriger Menschen bei gleichzeitiger Abnahme des Anteils von Menschen unter 50 Jahren) eine Risikobestimmung bezüglich der künftigen pflegerischen Versorgung Hochaltriger vorzunehmen, wurde in StrateG!N ein Risikoindex entwickelt (siehe Kap. 7.2), der den Versorgungsbedarf zum Versorgungspotenzial in Beziehung setzt und über die Bevölkerungsdichte auch eine Infrastrukturkomponente beinhaltet. Abb. 1.1 zeigt die prognostizierte Risikolage für 2030. Die große Zahl rot und dunkelrot eingefärbter Städte und Gemeinden verdeutlicht den Handlungsbedarf hinsichtlich der Sicherstellung der Versorgung.

¹ Südwestfalen umfasst die fünf Kreise mit den 59 Städte und Gemeinden des Märkischen Kreises, des Kreises Soest, des Hochsauerlandkreises, des Kreises Olpe und des Kreises Siegen-Wittgenstein.

² Die gesamte Analyse der demografischen Entwicklung in Südwestfalen, aus der die Angaben in diesem Kapitel stammen und die unter anderem Daten für die einzelnen Kreise ausweist, können Sie auf der StrateG!N-Internetseite herunterladen: http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/Demografische_Analyse_Part_1.pdf und http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/Demografische_Analyse_Part_2.pdf.

In Südwestfalen befassen sich bereits zahlreiche Akteure mit der Frage, wie mit dem steigenden Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung bei gleichzeitigem Rückgang der potenziellen Fachkräfte umgegangen werden kann. Dementsprechend zeigen auch die Ergebnisse unseres Projekts, dass der Fachkräftebedarf in den Einrichtungen, Diensten und Verwaltungen bereits von großer Relevanz ist. Die Pflege sieht sich, ähnlich wie die Kliniken, mit einem erhöhten Bedarf an Fachkräften konfrontiert; Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen der Region berichten vom immer härter werdenden Wettbewerb um qualifiziertes Personal. Auch die Städte und Gemeinden sehen die Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung als eine der

wichtigsten Herausforderungen für die Zukunft an. Dies gilt insbesondere für die Versorgung mit niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten, denn einem Drittel der Städte und Gemeinden Südwestfalens droht eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung (MGEPA 2014a; siehe Kap. 4.1). Hinzu kommt, dass viele kleinere Krankenhäuser dem wachsenden Kostendruck und den damit verbundenen hohen Effizienzanforderungen nicht mehr standhalten können und schließen müssen. Zudem müssen der Wunsch nach mehr ambulanter statt stationärer Pflege sowie Veränderungen in der Patientenstruktur (z. B. Zunahme dementiell erkrankter Menschen) in die Planungen der Einrichtungen einbezogen werden. Die Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitswesens stehen



Quelle: FfG 2013

Abbildung 1.1: Demografisch indizierte Risikoverteilung in Südwestfalen 2030

Roadmap-Prozess: Projektbausteine zur Strategieentwicklung

Entwicklung einer abgestimmten Strategie zur Stabilisierung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Modellregion Südwestfalen



also vor einer Überlagerung verschiedener Herausforderungen.

Es müssen Konzepte und Strategien für die Rekrutierung von Fachkräften für die Region, zur Anpassung der Versorgungsinfrastruktur und der ambulanten und stationären Versorgung entworfen werden, um eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Bevölkerung in der Region zu erhalten. Aufgrund des prognostizierten Anstiegs pflegebedürftiger Menschen wird die Ausgestaltung der Schnittstellen zwischen sowohl medizinischer und pflegerischer als auch ambulanter und stationärer Versorgung immer dringlicher.

StrateG!N hat diese Fragen aufgegriffen, sie mit Akteuren in der Region diskutiert und mit ihnen gemeinsam nach Lösungswegen gesucht. Zum Teil wurden Ideen bereits umgesetzt, zum Teil wurden mögliche Lösungswege skizziert und Empfehlungen für die weitere Umsetzung formuliert. In dieser Roadmap erhalten Sie zu ausgewählten Themengebieten eine Einführung, Hinweise auf bereits stattfindende Aktivitäten in Südwestfalen und Handlungsempfehlungen für die Zukunft.

Das Projekt StrateG!N – Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Das Projekt ‚Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung‘ (StrateG!N) startete im Januar 2012 und endet im April 2015.

Untersucht wurden die zu erwartenden konkreten Auswirkungen des demografischen Wandels für die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen und speziell in Südwestfalen. Es wurden die Rahmenbedingungen für Kooperation und Vernetzung zur Sicherstellung einer demografiesensiblen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in der Region ausgelotet. Darauf aufbauend wurden gemeinsam mit vielen Kooperationspartner/-innen vor Ort regionale Ansätze, zukunftsweisende Konzepte und innovative Strategien für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung erarbeitet.

Es handelt sich um ein Verbundprojekt, das von der Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund (sfs) und dem Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund (IfG) in enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. realisiert und im Rahmen des Förderschwerpunktes ‚Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel‘ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde. Bei den vielen Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten von StrateG!N wurden wissenschaftlich-analytische und praxisbezogene Vorgehensweisen eng miteinander verzahnt.

Der Steuerkreis

Der Steuerkreis begleitete das Projekt während der gesamten Laufzeit. In ihm vertreten waren alle fünf Kreise Südwestfalens, Verbände und Träger von Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Wirtschaftsförderungsgesellschaften, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und deren Bezirksstelle Lüdenscheid. Im Steuerkreis wurden die vom Projekt erhobenen Daten und Expertisen erörtert, die vordringlich zu bearbeitenden Themen festgelegt sowie Vorgehen und Ergebnisse diskutiert. Beteiligt an der Projektarbeit waren somit viele Akteure aus der Region,

die für ganz unterschiedliche Facetten der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zuständig sind. Die Mitglieder unterstützten das Projekt in allen Phasen und haben zu einer Fokussierung der Themenstellung und der kontinuierlichen Ausweitung der Netzwerkaktivitäten beigetragen.



Erste Steuerkreissitzung im März 2012 in Iserlohn

Die Dialoggruppen

In den Dialoggruppen (DG) wurden zu den zentralen Themen Strategien für die Sicherung und Qualität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung diskutiert und anwendungsorientierte Lösungsansätze entwickelt. Beteiligt waren auch hier Akteure aus allen Bereichen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

Themen der DG waren ‚Vernetzte Versorgung und neue Versorgungsformen‘, ‚Interkommunale Gesundheits- und Pflegenetzwerke‘, ‚Arbeitsgestaltung und Prävention‘, ‚Altersgerechte Assistenzsysteme für ein längeres Leben zuhause‘ sowie ‚Strategische Konzepte von Kreisen‘. In der Arbeit der DG ging es vielfach um Möglichkeiten zur Verbesserung der Kooperation in vernetzten Strukturen über Sektorengrenzen und Berufsgruppen hinweg und um die Frage, wie eine aktive Beteiligung aller für die Versorgung Verantwortlichen an zukunftsweisenden Problemlösungsstrategien zu erreichen sei. Im Fall der DG ‚Interkommunale Gesundheits- und Pflegenetzwerke‘ wurden konkrete gemeinsame Handlungsstrategien entwickelt und Kooperationen vereinbart. Herausstechendes Merkmal der Dialoggruppen war der sektoren- und berufsgruppenübergreifende offene Dialog der Beteiligten.

Datengrundlage und Wissensbasis

Durchgeführt wurde eine breit angelegte Analyse der demografischen Entwicklung sowie eine Analyse der Beschäftigtenentwicklung in ausgewählten Gesundheitsberufen. Darüber hinaus wurde analysiert, wie sich die demografische Entwicklung in Südwestfalen künftig darstellen wird und wie sie voraussichtlich in den einzelnen Kommunen Südwestfalens voneinander abweichen wird. Deutlich wurde, dass sich die Situation in den einzelnen Kreisen sowie den Städten und Gemeinden beträchtlich unterscheidet, woraus lokal unterschiedliche Handlungsstrategien für die weitere Entwicklung resultieren.

Es wurde eine gemeinsame Wissensbasis (fünf Reader) geschaffen sowie die gesundheitliche und pflegerische Infrastruktur analysiert.³ Die Ergebnisse dieser Analysen wurden in den Projektgremien sowie in Veranstaltungen der Kreise und anderer Partnerorganisationen diskutiert.

In zahlreichen Experteninterviews mit vielen Verantwortlichen aus den Arbeitsfeldern Gesundheit und Pflege wurden die Sichtweisen zu den Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das jeweilige Arbeitsgebiet und mögliche Handlungsperspektiven erörtert.

Die Fallstudien

In vier Fallstudien wurden die Problemkomplexe Ärztemangel, Ausweitung von Unterstützungsleistungen für die ambulante pflegerische Versorgung und Handlungsmöglichkeiten auf der Stadt- bzw. Gemeindeebene detailliert untersucht und Handlungsempfehlungen entwickelt. Die Ergebnisse wurden an die Projekte zurück gekoppelt. Im letzten Projektjahr wurden vier weitere Fallstudien zu Netzwerken bzw. neuen Versorgungsmodellen, die sektorenübergreifende Ansätze verfolgen, durchgeführt. Dabei wurden fördernde und hemmende Faktoren für die Entwicklung neuer Versorgungsformen und sektorenübergreifende Vernetzung analysiert. Die zum großen Teil positiven Erfahrungen der Netzwerke können zu einer Verbreitung vernetzter Strukturen und der Umsetzung neuer Versorgungsformen beitragen.

Standardisierte Befragung der Städte und Gemeinden

Im Projektverlauf wurde immer deutlicher, dass die Kreise ebenso wie die Städte und Gemeinden ihre Rolle bei der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zunehmend weiter definieren. Um hierzu ein klares Bild zu erhalten, wurde eine quantitative Befragung aller 59 Städte und Gemeinden zu ihrer Rolle bei der Sicherstellung der Versorgung in Südwestfalen durchgeführt. Das Ergebnis bestätigt, dass die Mehrheit der Kommunen sich in einer aktiveren Rolle sieht. Ein Indiz für die Bedeutung des Themas ist der hohe Rücklauf von 75 % aller Städte und Gemeinden.

Der Weg zur Roadmap

Ein Ergebnis dieser Projektaktivitäten ist die nun vorliegende Roadmap, ein Strategiekonzept, das Handlungserfordernisse und Wege zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen aufzeigt. Die in den Dialoggruppen erzielten Ergebnisse waren neben den oben genannten Analysen und Erhebungen ebenso wie die Diskussionen im Steuerkreis die Basis für den StrateG!N-Strategieworkshop, der im November 2014 stattfand. In diesem Workshop kamen Mitglieder des Steuerkreises, Vertreter/-innen aus den Dialoggruppen und weitere Expertinnen und Experten aus der Region zusammen, um Thesen zur Zukunft der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu erarbeiten. Diese bildeten die Basis für das der Roadmap vorangestellte Memorandum.

Für die vom Forschungsteam verfasste Roadmap waren die Thesen bedeutsame Leitlinien für die Entwicklung der Empfehlungen. Der Entwurf der Roadmap wurde dem Steuerkreis vorgestellt, der wichtige Hinweise für das vorliegende Dokument gab. Mit der Roadmap ist der Anfang für ein abgestimmtes Vorgehen zur Bewältigung des demografischen Wandels in der Region gemacht.

³ Die genannten Reader sind online verfügbar unter:

http://www.gesundheitswirtschaft.net_neu/home/aktivitaeten-projekte/bmbf-projekt-strategin/downloads/.

2. Vernetzung und neue Versorgungsformen



Die sektorale Trennung und die starke Budgetorientierung im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland stellen für die kontinuierliche Versorgung von kranken und pflegebedürftigen Menschen ein großes Problem dar. An den Schnittstellen der Versorgung – z. B. zwischen Kranken- und Pflegeversicherung – kommt es oftmals zu Brüchen. Ein Thema, das viele Verantwortliche beschäftigt, sind daher die nach wie vor ungelösten Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren, vor allem zwischen ambulant-ärztlichem und pflegerischem sowie dem Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich. Durch diese können Versorgungslücken entstehen, die sich in fehlenden präventiven, medizinischen oder pflegerischen Hilfeleistungen, Doppeluntersuchungen, gesundheitsschädigenden Therapien usw. äußern (Porter/Guth 2012: 19f.).

Ein Beispiel dafür ist die häufig unbefriedigende Situation der Versorgung von Patient/-innen nach einem Krankenhausaufenthalt. Die für das Entlassungsmanagement von Krankenhäusern zuständigen Sozialarbeiter/-innen bieten zwar Beratung und Unterstützung in der Überleitung der Patient/-innen an. Leistungen und Angebote der verschiedenen Akteure greifen jedoch nicht immer nahtlos ineinander; die Kommunikationsabläufe zwischen den Akteuren und Sektoren funktionieren nicht problemlos. Ergebnis kann ein ‚Drehtüreffekt‘ sein: Kehrt der Patient/die Patientin nach einer stationären Behandlung in das häusliche Umfeld zurück und die ambulante Versorgung ist nicht bzw. nur mangelhaft sichergestellt, ist die Wahrscheinlichkeit für erneute Verletzungen und eine stationäre Wiederaufnahme hoch (Hokema/Sulmann 2009: 207f.). Zudem wird der Umzug von älteren Menschen in ein Alten- und Pflegeheim immer häufiger als einzige Lösung angesehen, obwohl ein längerer Verbleib im häuslichen Umfeld unter Einbezug weiterer gesundheitlicher Akteure möglich gewesen wäre.

Derzeit ist der Zustand der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland für ältere Menschen „in mehrfacher Hinsicht durch einen suboptimalen Ressourceneinsatz, vielfältige Versorgungsdiscontinuitäten und Schnittstellenprobleme sowie durch eine unzureichende Bedarfsgerechtigkeit gekennzeichnet“ (Naegele 2009: 434). Ein zentrales Ziel einer zukunftsweisenden Gesundheitsversorgung muss daher der Abbau von Schnittstellen und Sektorengrenzen sein (Amelung et al. 2009: 11). Durch patientenorientierte, koordinierte und vernetzte Ablaufprozesse könnten nicht nur individuelle gesundheitliche Schädigungen, sondern auch die damit verbundenen hohen Kosten für die beteiligten Institutionen vermieden werden (Hokema/Sulmann 2009: 208).

Obwohl sich über alle Lager hinweg politische, wirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Akteure eine Optimierung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung durch Vernetzung versprechen, verläuft ein Aufbrechen der Sektorengrenzen schleppend. Die einzelnen Sektoren agieren nicht nur nebeneinander, sie stehen oftmals auch noch in einem ständigen Wettbewerb zueinander. Die unterschiedlichen Partikularinteressen, gesetzliche sowie bürokratische Hemmnisse und mangelnde personelle wie finanzielle Ressourcen behindern eine Verbreitung von Vernetzungs- und Kooperationsansätzen (Goldmann et al. 2015).

In vielen ländlichen und strukturschwachen Regionen der Bundesrepublik liegen bedingt durch die Folgen des demografischen Wandels ein Ärzte- und Fachkräftemangel sowie ein wachsender Anteil an älteren und pflegebedürftigen Menschen vor. In diesen Gebieten ist die Sicherstellung einer nachhaltigen gesundheitlichen und wohnortnahen Versorgung besonders stark gefährdet. Erschwerend kommen beschränkte öffentliche Finanzmittel sowie Handlungsspielräume und nicht ausreichende Infrastrukturangebote hinzu. Hier wirkt sich die prekäre Abstimmung zwischen den Akteuren der verschiedenen gesundheitlichen Sektoren besonders negativ aus.

Von einer sektoren- und versicherungszweigübergreifenden Vernetzung können vor allem Räume mit einer ausgedünnten Landschaft an Gesundheitsakteuren profitieren. Durch eine bessere Koordination und mehr Transparenz können Schnittstellenprobleme vermindert und eine bessere Versorgungskontinuität über die Grenzen der Fachgebiete hinweg erreicht werden. Die ist insbesondere für ältere Menschen dringlich, da diese oft aufgrund von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen

auf eine regelmäßige und abgestimmte Behandlung in ihrer Nähe angewiesen sind. Es bedarf innovativer Handlungsstrategien, um die strukturellen Probleme zu lösen und eine nachhaltige gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. Eine sektoren- und berufsgruppenübergreifende Vernetzung kann nach Meinung regionaler Expert/-innen auch für die Gesundheitsregion Südwestfalen ein Schlüssel sein, um diese Strategien zu entwickeln.

Was bedeutet sektorenübergreifende Vernetzung?

Unter Sektoren im Gesundheitswesen verstehen wir im Sinne des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) die Differenzierung zwischen der ambulanten haus- und fachärztlichen und der stationären medizinischen Versorgung, der Rehabilitation und der ambulanten und stationären Pflege. Die gesundheitliche Versorgung kann nach der Integrationstiefe, also der Anzahl der kooperierenden Sektoren, und der Indikationsbreite, der Anzahl der behandelten Indikationen, klassifiziert werden (SVR 2009: 434). Schnittstellen sowie ein hoher Grad an Fragmentierung und Spezialisierung bestehen daher nicht nur zwischen den Sektoren, sondern auch innerhalb dieser. Kooperieren zwei oder mehr Akteure verschiedener Sektoren miteinander, so sprechen wir von einer sektorenübergreifenden Versorgung bzw. Versorgungskette.



Dialoggruppe 'Vernetzte Versorgung'

Pflegezentren im Kreis Olpe

Seit 2010 werden die Leistungen der Alten- und Krankenhilfe der Caritas gGmbH, eine Tochtergesellschaft des Caritasverbandes Olpe, in fünf Pflegezentren im Kreis Olpe angeboten. Hintergrund des Zentrums-Konzepts war, dass die Sektoren der Pflege ambulant, stationär und teilstationär häufig unabhängig voneinander agierten; bisweilen bestand nur ein rudimentärer Informationsaustausch zwischen den Bereichen, was sich in einer problematischen Überleitung der Kund/-innen niederschlug. Ziel der Zentrums-Idee ist, das Schnittstellenmanagement zwischen den Bereichen der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege zu optimieren, um letztlich die Versorgungsqualität der pflegebedürftigen Patient/-innen zu erhöhen. Dabei sollen die Fachkräfte der Caritas Olpe stärker als bisher als Multiplikatoren für die Bereiche der Pflege agieren.

An der Entwicklung des Konzepts wurden alle Mitarbeiter/-innen des Caritasverbandes, vertreten durch die Pflegedienst- sowie Heimleitungen, beteiligt, um das Vertrauen untereinander zu stärken und Ängste vor einem möglichen Patientenverlust zu nehmen.

Den Pflegezentren in den Städten Attendorn, Finnentrop, Lennestadt, Olpe und Wenden steht jeweils eine Zentrumsleitung vor. In jedem Pflegezentrum sind die Kernbereiche der stationären, ambulanten und teilstationären Pflege mit ihren Angeboten vertreten. Diese umfassen in der Regel eine stationäre Pflegeeinrichtung, einen ambulanten Pflegedienst sowie das Service-Wohnen und die Tagespflege. Zusätzlich können Beratungsangebote sowie Angebote und soziale Dienste der Hospizarbeit und Palliativversorgung wie auch hauswirtschaftliche und begleitende Unterstützungen hinzugezogen werden. Dennoch wurde in jedem Pflegezentrum ein qualitativer Schwerpunkt gesetzt, um Alleinstellungsmerkmale zu schaffen. So konzentriert sich das Pflegezentrum Lennestadt auf dementiell erkrankte sowie schwerbehinderte Patientinnen und Patienten; das Zentrum in Olpe bzw. das Seniorenhaus ist seit 2007 eine zertifizierte Kneipp-Einrichtung. Mittlerweile ist die Mehrfachnutzung, also die Inanspruchnahme von mehr als einem Angebot der Caritas durch die Patientinnen und Patienten in allen Städten gestiegen. Durch das Zentrums-Konzept ist sogar,

wenn auch in seltenen Fällen, die Ambulantisierung von stationär versorgten Bewohner/-innen möglich gewesen. Zukünftig möchte die Geschäftsleitung das Modell der Wohnungsgemeinschaften vorantreiben, um alternative Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Personen weiter zu stärken.

Als einer der größten Arbeitgeber im Kreis Olpe mit mehr als 1.500 hauptamtlichen Arbeitnehmer/-innen kümmert sich der Caritasverband um etwa 7.000 Menschen im Kreisgebiet. Das Zentrums-Konzept schlägt sich auch in der Personalentwicklung nieder. So lernen die Auszubildenden während einer ‚integrierten Ausbildung‘ in allen drei Bereichen der Pflege (ambulant, stationär, teilstationär). Die ausgebildeten Fachkräfte sind nicht nur gut qualifiziert, sondern auch flexibel in den Pflegezentren einsetzbar. Dies steigert die Attraktivität der Caritas als Arbeitgeber und letztlich auch die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten.

Das Zentrums-Konzept sorgt für eine integrierte Leistungserbringung und unterstützt die Nutzung von Synergieeffekten sowie einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz. Die Kund/-innen können durch die sektorenübergreifende Pflege ‚unter einem Dach‘ alle Angebote und Leistungen des Caritasverbandes Olpe frühzeitig, bedarfsgerecht und flexibel ‚aus einer Hand‘ erhalten.

Gesetzliche Rahmenbedingungen für neue Versorgungsformen

Mit den Gesundheitsreformen der Jahre 2000 und 2004 sollte eine bessere Verzahnung der einzelnen Versorgungsbereiche und Sektoren erreicht werden. Kostenträger und Leistungserbringer können seitdem Einzelverträge (Selektivverträge) abschließen, wodurch neue Organisationsmodelle ermöglicht werden. Der Gesetzgeber fasst diese Ausgestaltungsformen und neuen gesetzlichen Regelungen unter ‚besondere Versorgungsformen‘ im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zusammen (Amelung et al. 2006: 3).

Zu diesen gehören u. a.:

- > Modellvorhaben (§ 63-65 SGB V)
- > Strukturverträge (§ 73a SGB V)
- > Disease-Management-Programme (§ 137f SGB V)
- > Verträge der Integrierten Versorgung (§ 140a-d SGB V)

Darüber hinaus wurde die Möglichkeit geschaffen, Ärztenetze und medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) zu gründen (Amelung 2013), die beide als Nukleus organisatorischer, vernetzter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen angesehen werden können. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ambulant tätige Einrichtungen, an denen Ärzte und Ärztinnen in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt werden können. Sie können sowohl von ambulanten Leistungserbringern als auch von stationären Einrichtungen aufgebaut werden. In ländlichen Regionen ist ein klarer Aufwärtstrend dieser beiden neuen Organisationsformen zu beobachten (Amelung 2013: 17).

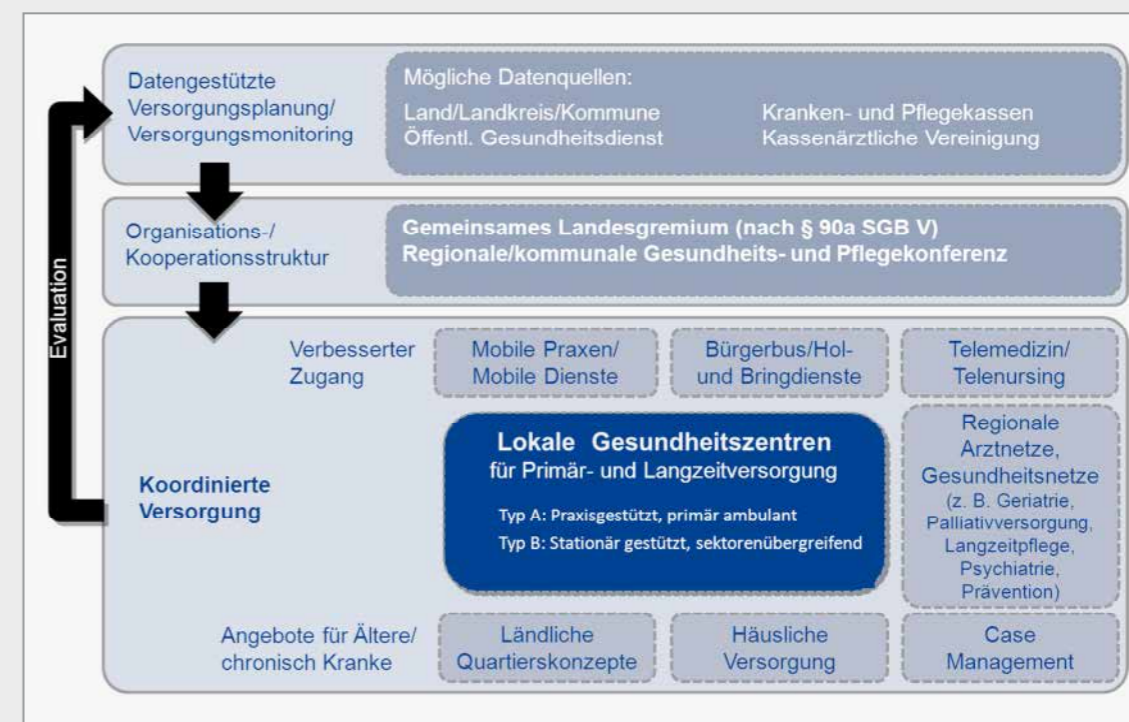
Ermöglicht wurde zudem die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Assistenzkräfte. In Nordrhein-Westfalen wird für erfahrene Medizinische Fachangestellte eine Weiterbildung zur VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) angeboten. Nach Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme können sie u. a. Hausbesuche machen und z. B. Arzneimittelkontrollen durchführen, Blut abnehmen oder Räumlichkeiten zur Sturzprophylaxe begutachten. Sie unterstützen die Hausärzte und -ärztinnen bei Routinetätigkeiten, wobei die therapeutische Gesamtverantwortung bei den Mediziner/-innen verbleibt. Besonders für ländliche Regionen mit einem großen Einzugsgebiet und langen Fahrzeiten kann die Delegation ärztlicher Tätigkeiten dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern. Die derzeit noch bestehende Beschränkung, dass VERAH nur in unterversorgten Gebieten finanziert werden kann, soll im neuen Versorgungsverstärkungsgesetz aufgehoben und auch die Vergütung soll verbessert werden. (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

Mit den neuen Ausgestaltungsformen können für spezifische Problemlagen flexiblere Lösungen und neuartige Versorgungsansätze entwickelt werden. Bei Selektivverträgen können die beteiligten Leistungserbringer selbstständig über besondere (neuartige) Leistungen für die Versicherten (z. B. ein vollumfassender Gesundheitscheck oder mobile Dienstleistungen), präventive Angebote oder die Verteilung der Vergütung zwischen den einzelnen Kooperationspartnern entscheiden. Sektorenübergreifende Zusammenschlüsse und Netzwerke sind ebenso möglich wie der Einbezug von anderen Gruppen (wie Selbsthilfeorganisationen, Wohlfahrtsverbände oder Sportvereine).

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen setzt sich bereits seit Jahren für den Ausbau und die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ein. In seinem jüngsten Gutachten empfiehlt er mit Blick auf innovative Versorgungskonzepte die Bildung lokaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung in ländlichen Regionen. Mit sehr unterschiedlichen Modellen, abhängig von der jeweiligen Situation in einer Region, würden damit die Gesundheits- und

Pflegeangebote stärker zentralisiert, um ein leistungsfähiges, qualitativ hochwertiges Versorgungsangebot zu schaffen bzw. zu erhalten. Ergänzt werden müssten solche Gesundheitszentren durch Angebote wie z. B. mobile Rehabilitationsangebote und Sprechstunden sowie Filialpraxen aber auch Fahr-Dienste für Patient/-innen und Pflegebedürftige. Solche Zentren können ganz unterschiedliche Ausprägungen haben und sowohl praxis- als auch klinikgestützt aufgebaut werden (SVR 2014).

Abbildung 2.1: Gesundheitszentren: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung in ländlichen Räumen



Quelle: SVR 2014: 612

Trotz vielfältiger positiver Ansätze und Bestrebungen, regionale Kooperations- und Netzwerkstrukturen aufzubauen, stehen diese Veränderungsprozesse noch immer am Anfang. Bei den derzeit bestehenden sektorenübergreifenden Vernetzungsformen handelt es sich häufig um kleinere Projekte und Modellvorhaben, die sich auf ein bestimmtes räumliches Einzugsgebiet beschränken oder ausschließlich auf die Kooperation von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung beziehen. Strukturierte Vernetzungsformen mit ambulanten und stationären Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen sind bislang sehr selten zu finden.

Der Gesundheitscampus Sauerland

In Balve, einer Kleinstadt mit etwa 11.500 Einwohner/-innen, wurde in jüngster Zeit mit breit getragener zivilgesellschaftlichem Engagement ein Gesundheitscampus gegründet. Nach der Schließung des örtlichen Krankenhauses gründeten Bürger/-innen der Gemeinde mit Unterstützung aus Wirtschaft, Politik, Kirchen und Vereinen eine gemeinnützige Balver Bürgergesellschaft, die das Gebäude mitsamt dem Inventar vom bisherigen Träger erwarb. Dieses wurde der neu gegründete Balver Bürgerstiftung übertragen.

Motor und Initiator der Aktivitäten zur neuen Belegung der Immobilie ist die Gesundheitscampus Sauerland GmbH & CO KG, die ein langfristiges Mietverhältnis mit der Bürgerstiftung hat. Die Betreiber wollen nicht nur ein leistungsstarkes gesundheitliches und pflegerisches Versorgungsangebot für einen Ort im ländlichen Raum schaffen, sondern sind davon überzeugt, dass sich die lokale Versorgung nur durch kooperative, neue Versorgungskonzepte sicherstellen lässt.



Der Aufbau des Zentrums erfolgt sukzessive, ohne dass es einen angestrebten Endzustand gibt. In den ersten 18 Monaten wurde bereits ein breites Spektrum an gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen unter seinem Dach angesiedelt. Dazu gehören u. a. ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit vier Fachärzten, eine Filialpraxis einer orthopädischen Gemeinschaftspraxis, deren drei Ärzte an zwei weiteren Standorten und in einer nahegelegenen Klinik tätig sind, eine Naturheilpraxis, die Niederlassung eines kreisübergreifend tätigen ambulanten Pflegedienstes, eine ambulante IntensiveCare GmbH, Praxen für Podologie und

Physiotherapie, ein Yoga-Studio, eine Massage-Praxis sowie der Kneipp- und der Reha-Sport-Verein Balve. Zukünftig sollen weitere Elemente wie z. B. ein Pflegehotel oder ein Weiterbildungsangebot für die Mieter sowie für externe Teilnehmer/-innen entwickelt und integriert werden.

Alle Mieter im Campus agieren selbstständig und eigenverantwortlich. Sie können erproben, inwieweit sich ihr Engagement lohnt und ihre Aktivitäten wie auch das Mietverhältnis entsprechend ausweiten oder einschränken. Die Geschäftsführung versteht sich als Kommunikator und Ideengeber für neue Angebote und innovative Geschäftsfelder und unterstützt die Vernetzung der Dienstleister innerhalb des Campus und in der Region. Durch die enge Kooperation mit der Trägerklinik des MVZ und guter Kontakte zu anderen Krankenhäusern sehen die Betreiber ein wesentliches Hindernis bei der Bewältigung der Schnittstellenproblematik gelöst. Die Pflegeeinrichtungen im Haus schätzen die kurzen Wege und die Kommunikation auf Augenhöhe mit den Fachärzten und -ärztinnen, was zu guter Letzt auch mit erheblichen Erleichterungen für ihre Patient/-innen verbunden ist.

Der Gesundheitscampus wird als innovatives Modell von vielen regionalen Akteuren unterstützt. Es entstand ein facettenreiches lokales Versorgungszentrum, mit dem sich bereits jetzt die Versorgung in Balve verbessert hat. Die haus- und fachärztliche Versorgung der Bevölkerung wird durch Filialpraxen und enge Kooperationen mit umliegenden Kliniken gesichert und das Pflegeangebot der Gemeinde durch gezielte Angebote bedarfsgerecht erweitert. Durch Vernetzung und enge Kooperationsbeziehungen soll ein funktionsfähiges Übergangsmanagement entstehen und es sollen neue Geschäftsfelder erschlossen sowie ein überregionales Angebot aufgebaut werden. Zudem bietet der Gesundheitscampus Sauerland den unterschiedlichen Akteuren im Gesundheitsbereich ebenso wie zivilgesellschaftlich engagierten Gruppen unter einem Dach eine Plattform zum Austausch.

Ausgewählte Handlungsansätze in Südwestfalen

In der Gesundheitsregion Südwestfalen gibt es trotz der Vielzahl an gesetzlichen, organisatorischen und finanziellen Hemmnissen eine Reihe innovativer Projekte und Versorgungsformen, die die neuen Regelungen für besondere Versorgungsformen nutzen, aber auch jenseits gesetzlicher Rahmenbedingungen sektorenübergreifende Konzepte entwickeln und erproben.

In Siegen baut die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) als federführende Organisation gemeinsam mit mehreren Krankenkassen und einem Praxisnetz seit 2013 ein sektorenübergreifend angelegtes regionales Versorgungsmanagement, die Gesundheitsregion Siegerland, auf. Diesem liegt ein Strukturvertrag nach § 73a SGB V zugrunde. Ziel ist, eine umfassende populationsorientierte sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Schwerpunkte von Modulen des Strukturvertrags sind das Arzneimittel- und Wundmanagement sowie die Versorgung in stationären Alten- und Pflegeheimen. Des Weiteren werden Mediziner/-innen mit dem Delegationskonzept der Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) in der Hausarztpraxis unterstützt. Die entwickelten, standardisierten Module können von Akteuren anderer Regionen übernommen und kontextabhängig angepasst werden, was kleineren Praxis- und Ärztenetzwerken den Start erleichtern kann. Die Gesundheitsregion Siegerland kann daher als Leuchtturm-Projekt verstanden werden und die Grundlagen zur Entwicklung innovativer und vernetzter Versorgungsformen schaffen.

Auch der Gesundheitscampus Sauerland kann als innovatives Modell gelten. In der Stadt Balve wurde ein geschlossenes Krankenhaus aufgekauft und einer neuen Nutzung zugeführt, um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung vor Ort zu sichern. Die Entstehung dieses Campus ist auf das starke politische, wirtschaftliche und bürgerschaftliche Engagement lokaler Akteure zurückzuführen und erprobt bisher erfolgreich den schrittweisen Aufbau eines vom Sachverständigenrat empfohlenen lokalen Gesundheitszentrums.

Die Verbesserung der Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung hat sich die Caritas Olpe mit dem Aufbau integrierter Pflegezentren zum Ziel gesetzt. Durch die organisatorische Verschmelzung der Bereiche, eine gemeinsame Leitung und integrierte Aus- und Weiterbildungsangebote soll erreicht werden, dass sich die Pflegeangebote stärker an den phasenspezifischen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren und ihnen einen reibungslosen Übergang zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege ermöglichen, um damit letztlich die Versorgungsqualität zu verbessern.

Das Palliativnetzwerk Soest-HSK hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität schwerkranker Patient/-innen am Lebensende unter Wahrung der Autonomie und Würde, wenn möglich im häuslichen Umfeld, wiederherzustellen und zu erhalten. Dem Netzwerk liegt ein bundesweit einmaliger Vertrag zugrunde, der auf einer Vereinbarung nach § 132d SGB V beruht.

Zudem existieren in Südwestfalen zahlreiche medizinische Versorgungszentren, die auch Filialpraxen unterhalten. Die Reihe innovativer Einzelprojekte ließe sich verlängern. Daneben gibt es eine große Anzahl an Kooperationen und Netzwerken, die sich bisher nur auf bestimmte Sektoren, ausgewählte Kommunen oder wenige Indikationen beziehen. Allerdings agieren die Netzwerke in vielen Feldern der gesundheitlichen Versorgung in Südwestfalen oft unverbunden nebeneinander. Die Initiator/-innen kennen sich kaum und haben, wenn überhaupt, nur rudimentäre Informationen über andere innovative Projekte. Gefördert werden kann die Netzwerkentwicklung daher in erster Linie durch den intensiven Austausch der Gesundheitsakteure auf lokaler sowie auf regionaler Ebene. Es bedarf des Engagements von Personen in den verantwortlichen Institutionen und einer großen Bereitschaft der Beteiligten, jenseits von verbandlichen und betriebsspezifischen Interessen gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln. Dabei müssen immer wieder wirtschaftliche Einzelinteressen der jeweiligen Organisationen und das Interesse sowie die Verantwortung zu einer Verbesserung der Versorgung in den jeweiligen Städten und Gemeinden oder einer Teilregion ausbalanciert werden (Eble/Maier 2009).

Die Gesundheitsregion Siegerland (GRS)

Gemeinsam mit den größten lokalen Krankenkassen (AOK NORDWEST, Barmer GEK, DAK, Techniker Krankenkasse und Knappschaft) und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) hat ein seit 1998 bestehendes Ärztenetz ein regionales Versorgungsmanagement, die Gesundheitsregion Siegerland (GRS), in Siegen aufgebaut. Ziel ist es, eine umfassende ambulante Versorgung der Bevölkerung durch interdisziplinäre fach- und sektorenübergreifende Versorgungsabläufe zu gewährleisten. Im Netzwerk sollen die versorgungsrelevanten Abläufe optimiert und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sichergestellt werden. Die Schwerpunkte der Zusammenarbeit liegen u. a. in der Behandlung chronischer Wunden, dem Arzneimittelmanagement, der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen sowie dem Einsatz einer Entlastenden Versorgungsassistentin auf Netzebene.

Die GRS startete 2013 mit 81 Ärzten und Ärztinnen in 56 Praxen. Beteiligt sind neben den regionalen Kostenträgern auch Krankenhäuser, Pflegeheime sowie weitere Akteure des Gesundheitswesens. Die rechtliche Grundlage für die Zusammenarbeit der GRS stellt ein Strukturvertrag nach § 73a SGB V dar. 2014 wurde die GRS zudem offiziell von der KVWL als erstes Praxisnetz (§ 87b Abs. 4 SGB V) in Westfalen-Lippe anerkannt.

Das professionelle Netzwerkmanagement, eine gemeinsame elektronische Terminverwaltung sowie der Aufbau von elektronischen Patientenakten ermöglichen einen netzweiten Austausch sowie eine effizientere Verwaltung. Die einzelnen Mediziner/-innen in Siegen werden so in ihrem hohen Kommunikations-, Koordinations- und Moderationsaufwand entlastet. Flankiert werden diese Maßnahmen durch den Einsatz von Entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA). Diese führen Hausbesuche bei Patient/-innen mit chronischen Erkrankungen durch, entlasten so die Ärztinnen und Ärzte bei Routinetätigkeiten und sorgen für eine Verbesserung der häuslichen Versorgung.



Während des Gründungsprozesses der GRS hat die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) das Ärztenetz in Siegen maßgeblich befördert und mit zusätzlichen Ressourcen unterstützt. Des Weiteren stellt sie das Modellprojekt in Gremien, bei Veranstaltungen und Kongressen vor und steht so in einem ständigen Austausch mit anderen Leistungserbringern, der Politik, Personen aus der Zivilgesellschaft sowie Wissenschaftler/-innen (Weber 2015).

Empfehlungen

> Die Ansätze zu sektorenübergreifender Vernetzung sollten vorrangig weiter entwickelt werden, da sie dazu beitragen, viele Probleme, wie z. B. Drehtüreffekte oder fehlerhafte Medikamentierung, zu überwinden.

> Wichtig ist es, den Erfahrungsaustausch der Akteure der Region über regionale und lokale Vernetzungsvorhaben systematisch zu fördern und zu vertiefen, um das Voneinander-Lernen zu fördern und ein stärker abgestimmtes und ineinandergreifendes Vorgehen zu ermöglichen. Hierfür muss eine regelmäßig stattfindende Austauschplattform geschaffen werden.

> Eine lokal vernetzte Gesundheitsversorgung muss neben traditionellen Akteuren aus Medizin, Pflege und Rehabilitation auch zivilgesellschaftliche Akteure (z. B. Selbsthilfegruppen, Sportvereine) und andere Gesundheitsdienstleister miteinbeziehen.

> Auch bei noch unzureichenden rechtlichen Vorgaben ist eine vorausschauende Planung alternativer Versorgungsmodelle angepasst an lokale Problemlagen anzustreben. Dazu sollten lokale und regionale Akteure, die für unterschiedliche Gesundheits- und Pflegedienstleistungen zuständig sind, zusammenarbeiten und sich abstimmen.

> Auf- bzw. ausgebaut werden sollten ‚lokale Gesundheitszentren‘, die passgenau auf die lokalen Rahmenbedingungen abgestimmt werden sollten. Dies können u. a. medizinische oder auch lokale Versorgungszentren sein, die weitaus umfangreichere medizinische, pflegerische und sonstige Dienstleistungen (z. B. Selbsthilfegruppen, Apotheken) unter einem Dach vereinen.

> Für den Aufbau lokaler Gesundheitszentren sollten kommunale Gebäude, z. B. auch ehemalige Krankenhäuser, auf ihre Eignung überprüft und dafür umgenutzt werden.

> Zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung empfiehlt es sich, ärztliche Tätigkeiten an qualifizierte Fachkräfte zu delegieren, um die Allgemeinmediziner/-innen zu entlasten.

> In Strukturverträgen und Verträgen zur integrierten Versorgung sollten Träger der Pflege und

Rehabilitation stärker miteinbezogen werden, um Brüche in der Versorgung von Personen mit multimorbiden und chronischen Erkrankungen zu vermeiden.

> Bestehende Ärztenetze sollten weiter ausgebaut und neue Zusammenschlüsse unterstützt werden. Die in der Gesundheitsregion Siegerland entwickelten Module können dabei wichtige Anregungen bieten. Hierzu sollte die Möglichkeit, Mittel aus dem neu gegründeten Innovationsfonds zu beantragen, geprüft werden.

> Sektorenübergreifende Vernetzungsaktivitäten sollten dort, wo Kooperationsmöglichkeiten bestehen, auch über administrative Grenzen (Kreis, Bundesland) hinweg angestoßen werden.

> Die gesundheitliche Versorgung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Leistungserbringer, Kassenärztliche Vereinigungen und Kostenträger sollten aus diesem Grund intensiv mit Gemeinden, Städten und Kreisen zusammenarbeiten. Zukünftig können diese eine wichtige Rolle bei der Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle spielen, Prozesse initiieren (gegebenenfalls auch interkommunal), für eine Verstetigung sorgen und so ‚Kümmerer‘ vor Ort sein.

> Vernetzung stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Nicht nur Führungskräfte, sondern ebenso Mitarbeiter/-innen in Einrichtungen und Diensten sowie Verwaltungskräfte sollten über Vernetzungskompetenzen verfügen. Deshalb sollten Angebote zur Qualifizierung für Netzwerkmanagement entwickelt und von den beteiligten Organisationen bei Bedarf auch gemeinsam angeboten werden.

> Das Netzwerkmanagement ist der entscheidende Schlüssel, um die konkreten Handlungen und Prozesse der Netzwerkakteure bestmöglich aufeinander abzustimmen und das Netzwerk erfolgreich zu gestalten. Da Netzwerkpartner häufig nicht nur miteinander kooperieren, sondern zeitgleich auch häufig in Konkurrenz zueinander stehen, ist es eine wichtige Aufgabe des Netzwerkmanagements, im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation zwischen den Akteuren zu vermitteln und gemeinsam mit den Netzwerkpartnern eine für alle akzeptable Lösung zu entwickeln.

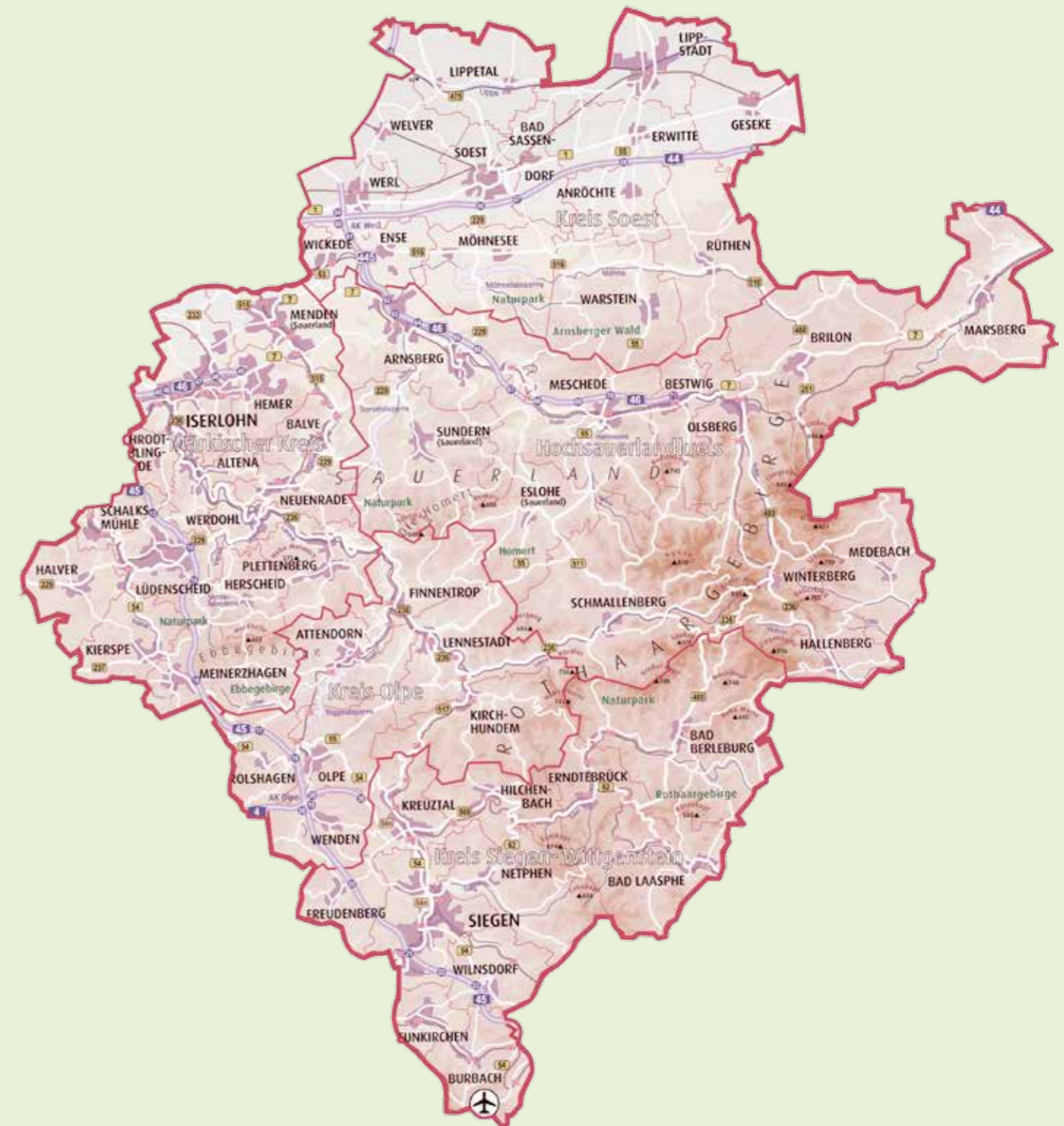
Palliativnetz Soest-HSK

Das Palliativnetz Soest-HSK wurde 2008 im Rahmen eines Modellprojekts zur Sicherstellung der palliativmedizinischen Versorgung in ländlichen Räumen gegründet. Ziel des Netzwerks – und generell der Palliativversorgung – ist die Erhaltung und Wiederherstellung der Lebensqualität von schwerkranken Patientinnen und Patienten unter Wahrung ihrer Autonomie und Würde am Lebensende. Derzeit können jedoch, aufgrund fehlender ambulanter palliativmedizinischer und -pflegerischer Angebote, bundesweit nur ein Viertel aller Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld sterben (DHPV 2012).

Das Netzwerk wurde als Genossenschaft gegründet und 2011 in eine GbR umgewandelt. Derzeit sind 20 Ärztinnen und Ärzte des Kreises Soest und des Hochsauerlandkreises Mitglieder im Netzwerk. Diese haben eine Weiterbildung in der Palliativmedizin absolviert. Das Lenkungsteam, bestehend aus drei Palliativmediziner/-innen, legt die strategischen Richtlinien des Netzwerks fest. Dem Netzwerk liegt ein unbefristeter Vertrag der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe nach § 132d SGB V zugrunde, der als bundesweit Einziger nicht zwischen der allgemeinen und der spezialisierten palliativmedizinischen Versorgung (AAPV und SAPV) unterscheidet. Es wurden vier Palliativ Care Schwestern als Koordinatorinnen im Netzwerk angestellt. Die ausgebildeten Pflegefachkräfte mit langjährigen Erfahrungen in der Hospizarbeit wie auch der Altenpflege und einer Weiterbildung im Bereich Palliativ Care kümmern sich um die Betreuung der Palliativpatient/-innen im

häuslichen als auch im stationären Umfeld (Palliativstationen, Pflegeeinrichtungen und Hospize). Sie sind 24-stündig für die Patient/-innen erreichbar und organisieren als zentrale ‚Schnittstelle‘ einen bedarfsgerechten Versorgungsprozess. Das Netzwerk koordiniert die Zusammenarbeit mit Hausärztinnen und Hausärzten, ambulanten Pflege- und Hospizdiensten. Darüber hinaus unterstützen die Palliativ Care Schwestern Angehörige in Verwaltungsangelegenheiten, z. B. bei der Klärung von Finanzierungsfragen und bei Antragstellungen. Die kontinuierliche psychosoziale Begleitung der Familienmitglieder, z. T. unter Einbezug von Seelsorger/-innen, erleichtert den Umgang mit der Sterblichkeit als auch mit der Zeit der Trauer nach dem Tod eines geliebten Menschen. Voraussetzung zur Teilnahme an der Betreuung durch den palliativmedizinischen Konsiliardienst ist der Wunsch der Patient/-innen bei einer entsprechenden Grunderkrankung; die Anmeldung erfolgt in den meisten Fällen durch die behandelnde Hausärztin bzw. den Hausarzt. Das Palliativnetz versteht sich als Ergänzung zur hausärztlichen und pflegerischen Versorgung. Regelmäßig stattfindende Qualitätszirkel unterstützen den Austausch der beteiligten Akteure und stärken das Vertrauen untereinander. Das Palliativnetz Soest-HSK gewährleistet insbesondere die ambulante palliativmedizinische Versorgung der beiden Landkreise und stärkt die Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Akteure über die Sektorengrenzen hinweg.

Die Region Südwestfalen





3. Entwicklung von interkommunalen Gesundheits- und Pflegenetzwerken

Bedingt durch die sektorale Struktur des deutschen Gesundheitswesens und eines hohen Grads an Fragmentierung und Spezialisierung sowohl innerhalb eines Versorgungssektors als auch sektorenübergreifend ist für die Vermeidung von Fehl-, Unter- oder Überversorgung eine bessere Vernetzung der beteiligten Institutionen, Dienste und Berufsgruppen notwendig. Einen Lösungsansatz stellen Netzwerke dar (Kruse 2009), denn durch Vernetzung können Probleme an den Schnittstellen der Sektoren und Versorgungssysteme entschärft werden. Durch eine kooperative und effiziente Handlungskoordination sowie die Bündelung von Ressourcen können zudem Synergien erzielt werden.

Vor allem im Bereich der Altenhilfe wird die Vernetzung vorhandener Potenziale und Ressourcen professioneller und informeller Hilfsangebote noch mehr an Bedeutung gewinnen, um eine individuell bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen und die Mittel effizient einzusetzen (Hokema/Sulmann 2009). Dabei stehen solche Netzwerke jedoch immer in einem Spannungsfeld zwischen Kooperation und Konkurrenz, zudem bleiben Wettbewerbselemente auf verschiedenen Ebenen bestehen (Amelung et al. 2009). Trotz vieler Modellversuche und Beispiele guter Praxis spielt in der Gesundheitswirtschaft Kooperation als tragfähiges Leitbild flächendeckend noch keine zentrale Rolle (Georg 2007). Oft fehlt es an Umsetzungsmodellen, Regelanwendungen und sozial-innovativen Allianzen, die Lösungsansätze jenseits traditioneller Vorgehensweisen entwerfen (Heinze/Naegele 2010). Ein kooperatives Vorgehen verlangt von den beteiligten Akteuren flexible und anpassungsfähige Organisationsstrukturen, vor allem aber Führungskräfte mit starkem persönlichem Engagement bei der Einführung sowie qualifizierte Arbeitskräfte, die auf neue Anforderungen vorbereitet werden und diese partizipativ mitgestalten (Greenhalgh et al. 2004; Kesselring/Leitner 2008).

Vor diesem Hintergrund ist das ‚Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid‘ entstanden. Es wird von Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises und der beiden Kommunen



getragen und wurde durch das Projekt StrateG!N begleitet und unterstützt. Die Gemeinde Herscheid im Märkischen Kreis zählt zu den insgesamt zehn Kommunen in Südwestfalen, die über einen stark bis sehr stark erhöhten demografisch induzierten Risikoindex verfügen. Ein hoher Risikoindex ist ein Hinweis darauf, dass sich die Gemeinde oder Stadt besonders dringlich mit der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf befassen sollte (zum Risikoindex siehe Kap. 7.2). Der Risikoindex der angrenzenden Stadt Plettenberg, mit der Herscheid schon bei verschiedenen Anlässen kooperierte, liegt im Durchschnitt. Hinzu kam, dass im Märkischen Kreis bereits Aktivitäten forciert wurden, die darauf abzielten, älteren und pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen und selbstbestimmten Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Hierzu gehörten z. B. eine Weiterentwicklung der Pflegeberatung und die Stärkung ambulanter Pflegeangebote. Mit dem Ansatz, ein interkommunales Gesundheits- und Pflegenetzwerk aufzubauen, zeigt sich bereits die veränderte Rolle von Kommunen hinsichtlich der Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung (siehe Kap. 7.1).

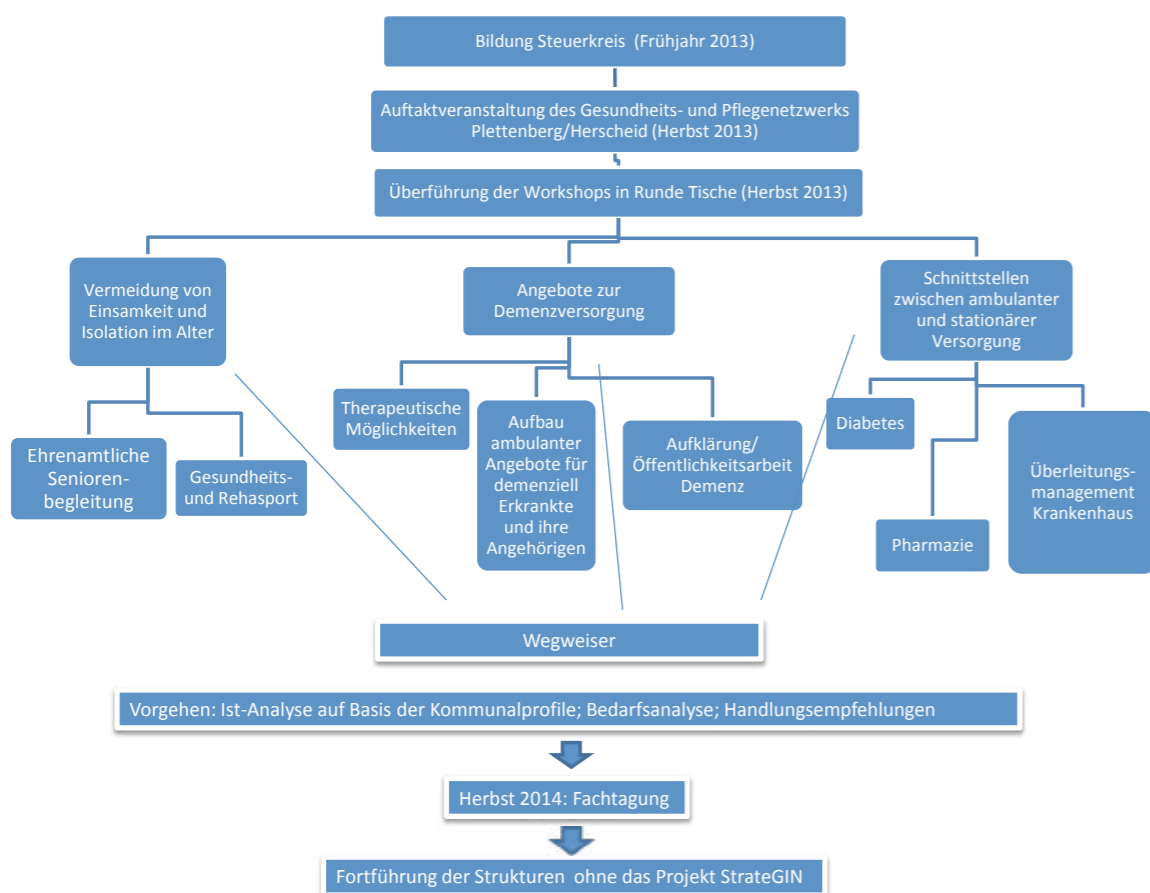
Nachdem die Analysen und die Aktivitäten über den Steuerkreis des Projekts StrateG!N zusammengeführt wurden, konnten die Bürgermeister der Kommunen Plettenberg und Herscheid für den Aufbau eines Gesundheits- und Pflegenetzwerks in beiden Kommunen gewonnen werden. Mit dem Instrument der interkommunalen Zusammenarbeit zielt das Netzwerk darauf ab, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den beiden Orten mittel- und langfristig sicherzustellen.

Der Auf- und Ausbau des Gesundheits- und Pflegenetzwerks Plettenberg/Herscheid

Vor Ort haben folgende Entwicklungen stattgefunden, um das Gesundheits- und Pflegenetzwerk auf- und auszubauen.⁴ Zunächst wurde im Frühjahr 2013 mit den beiden Bürgermeistern, dem wissenschaftlichen Team, der lokalen Seniorenvertretung, weiteren Vertreter/-innen aus den kommunalen Verwaltungen sowie aus dem Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung eine Steuerungsgruppe gebildet, die einen Projektfahrplan für das Vorgehen im Netzwerk erstellt hat und regelmäßig zusammenkommt, um die Arbeitsergebnisse zu reflektieren. In diesem Rahmen sind drei Themenfelder identifiziert worden, die für die Versorgung in den beteiligten Kommunen besonders wichtig sind, nämlich

- (1) Vermeidung von Einsamkeit und Isolation im Alter
- (2) Angebote zur Demenzversorgung
- (3) Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Abbildung 3.1: Entwicklungsprozess des Gesundheits- und Pflegenetzwerks



Quelle: eigene Darstellung

Diese Themen wurden für die Auftaktveranstaltung des Gesundheits- und Pflegenetzwerks im Oktober 2013 aufgegriffen. Aus den drei Themen ist jeweils ein Runder Tisch hervorgegangen. Diese zielten darauf ab, in den jeweiligen Themenfeldern lokale Anbieter und ehrenamtliche Organisationen zu vernetzen, eine Plattform für den Erfahrungsaustausch und das Lösen von Problemen zu bieten sowie passgenaue Angebote für den betroffenen Personenkreis zu entwickeln. Moderiert wurden die Runden Tische von einem Tandem aus Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises, der beiden Kommunen und des Instituts für Gerontologie. Zu Beginn ihrer Arbeit haben sich die an den Runden Tischen beteiligten Akteure auf Spielregeln des gemeinsamen Umgangs geeinigt.

Die Vorgehensweise der Runden Tische gestaltete sich entlang folgender Schritte: Um einen Überblick über die bestehenden Angebote der gesundheitlichen und pflegerischen Infrastruktur in den beiden Kommunen zu erhalten, wurde zunächst eine Bestandsaufnahme durchgeführt. Hierbei konnten als Grundlage die seitens des Projekts StrateG!N erstellten Kommunalprofile⁵ genutzt werden. Die Bestandsaufnahme wurde dahingehend analysiert, bei welchen Angeboten Lücken bestehen oder drohen und wo die bestehenden Angebote noch ausgebaut, verbessert oder spezifiziert werden müssen. Schließlich wurden als Ergebnis in den insgesamt neun Projektgruppen der Runden Tische, z. B. zu den Themen Diabetes, Pharmazie und Überleitungsmanagement Krankenhaus, kurz-, mittel- und langfristige Handlungsempfehlungen erarbeitet, die in eine regionale Roadmap einfließen (siehe Kap. 9).

Beispiele für die erarbeiteten Empfehlungen und Ergebnisse sind

- > Entwicklung eines einheitlichen Medikationsplans für die Patient/-innen
- > Implementierung einer Telefonkette gegen Einsamkeit in Plettenberg nach Herscheider Vorbild
- > Aufbau eines Hospitationssystems für Auszubildende und Beschäftigte der verschiedenen Berufsgruppen wie Medizinerinnen und Mediziner, Apotheken, stationäre und ambulante Pflege zum Kennenlernen der jeweiligen organisatorischen Strukturen und Arbeitsprozesse
- > Entwicklung eines Modellprojekts zur Verbesserung der diabetologischen Versorgung in einem Pflegeheim unter Beteiligung einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis, Hausärztinnen und -ärzten und einem Pflegeheim
- > Aufbau eines Demenznetzwerks

Ein konkretes Ergebnis des Gesundheits- und Pflegenetzwerks ist die Erarbeitung und Veröffentlichung des Wegweisers ‚Gut informiert Älterwerden in Plettenberg und Herscheid‘. Dieser liefert wichtige Informationen und Tipps zu den Themen Gesundheit und Pflege sowie eine Auflistung vielfältiger Angebote in beiden Kommunen.

Das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid hat derzeit insgesamt über 40 Mitglieder aus unterschiedlichsten Bereichen wie Seniorenvertretung, stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Krankenhaus, Politik, Freiwilligenzentrale, Selbsthilfegruppen, Apotheken, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, (Reha-)Sportvereine, Krankenkassen und Wohnungsunternehmen. Um das Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid bekannter zu machen, wurde von einer ortsansässigen Agentur ein eigenes Logo und ein Motto („Gemeinsam für mehr Lebensqualität“) entwickelt, welches für die Öffentlichkeitsarbeit eingesetzt wird.



⁴ Der folgende Abschnitt basiert im Wesentlichen auf der Beschreibung des Netzwerks in Gerling/Gieseck (2015, im Erscheinen).

⁵ Die erstellten Kommunalprofile sind auf der Webseite des Projektes StrateG!N unter http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/home/aktivitaeten-projekte/bmbf-projekt-strategin/downloads/ erhältlich.

Ende Oktober 2014 wurden die Ergebnisse der Fachöffentlichkeit in Form einer Fachtagung präsentiert. Nach insgesamt anderthalb Jahren intensiver Begleitung und Unterstützung des Pflege- und Gesundheitsnetzwerks Plettenberg/Herscheid zieht sich das Institut für Gerontologie seit Herbst 2014 aus dem Netzwerk zurück. Vor diesem Hintergrund mussten frühzeitig Weichen gestellt werden, wie die Arbeit der Runden Tische bzw. des Gesundheits- und Pflegenetzwerks auf eigene Füße gestellt werden kann. Dies betrifft u. a. die Anpassung der bestehenden Strukturen an die veränderten Rahmenbedingungen und eine angepasste Zuordnung von Verantwortlichkeiten.

Der Auf- und Ausbau des Gesundheits- und Pflegenetzwerks Plettenberg/Herscheid ist ein Erfolgsprojekt, das vielfältige Transferpotenziale für ähnlich gelagerte Herausforderungen in Kommunen bietet. Zu den Erfolgsfaktoren des Netzwerks zählen an erster Stelle das hohe Engagement aller Beteiligten, sowohl der beiden Bürgermeister als auch der Mitarbeiter/-innen der Kommunen sowie des Kreises und der zahlreichen Akteure des Gesundheits- und Pflegewesens und des ehrenamtlichen Sektors. Zentral ist dabei: Das Netzwerk ist ‚von oben‘ implementiert worden und wurde gleichzeitig ‚von unten‘ gewollt, gestützt und ausgebaut. Die im Rahmen der Auftaktveranstaltung entstandene Aufbruchstimmung konnte durch die Gründung und Arbeit der Runden Tische eingefangen und positiv genutzt werden. In Plettenberg und Herscheid haben mehrere günstige Rahmenbedingungen, wie bestehende Kooperationen zwischen den beiden Kommunen, ineinandergreifend und konnten für den Aufbau des Netzwerks genutzt werden. Eine nicht zu unterschätzende Rahmenbedingung war die Unterstützung durch das Projekt StrateG!N, ohne dessen zusätzliche Ressourcen der Aufbau des Netzwerks in diesem Umfang nicht möglich gewesen wäre. Des Weiteren haben sich die Struktur und der Sitzungsmodus der Runden Tische bewährt, ebenso wie die neutrale externe Moderation. Ein ganz entscheidender Erfolgsfaktor war schließlich die nicht selbstverständliche ‚gute Chemie‘ zwischen den Beteiligten.



Vorstellung des Wegweisers

Empfehlungen

- > Es ist zu empfehlen, das interkommunale Konzept des Gesundheits- und Pflegenetzwerks auf andere Kommunen in allen Kreisen Südwestfalens vor dem Hintergrund ihrer spezifischen Situation zu übertragen. Bei den Kommunen müssen dafür Ressourcen (personell und finanziell) definiert sein und eingebracht werden.
- > Bei der Identifizierung potenziell interessierter Kommunen und dem Auf- und Ausbau weiterer Gesundheits- und Pflegenetzwerke sollten die jeweiligen Kreise eine unterstützende und beratende Funktion einnehmen.
- > Bei dem Aufbau von Gesundheits- und Pflegenetzwerken sollte darauf geachtet werden, dass alle relevanten Professionen eingebunden werden.
- > Wichtig ist es, Strategien zu entwickeln, um die Ärzteschaft kontinuierlich einzubinden.
- > Bei dem Aufbau weiterer Gesundheits- und Pflegenetzwerke sollten flexible und anpassungsfähige Organisationsstrukturen (wie die Runden Tische in Plettenberg/Herscheid) geschaffen werden.
- > Es sollte beachtet werden, dass Gesundheits- und Pflegenetzwerke besonders dann erfolgreich sind, wenn sie ‚von oben‘ implementiert (u. a. Engagement der Bürgermeister/-innen) und gleichzeitig ‚von unten‘ gewollt, gestützt und ausgebaut werden (engagierte Teilnehmende der Runden Tische).
- > Eine externe wissenschaftliche Begleitung und Unterstützung ist empfehlenswert, um die lokalen Akteure beim Auf- und Ausbau der Netzwerke zu unterstützen.
- > Eine externe Moderation kann von Vorteil sein.



4. Finden und Binden von medizinischem und pflegerischem Personal

Um die medizinische und pflegerische Versorgung in Südwestfalen sicherstellen zu können, muss ausreichend medizinisches und pflegerisches Personal für die Einrichtungen der Region gewonnen und dort gehalten werden. Die Ausführungen im ersten Teil dieses Kapitels konzentrieren sich auf das Gewinnen von Mediziner/-innen für die Region. Der Schlüssel, um das Personal für die Einrichtungen der Region zu gewinnen, sind attraktive Beschäftigungs- und Entwicklungsmöglichkeiten; für das Binden des gewonnenen Personals spielen dann vor allem gute Arbeitsbedingungen eine Rolle. Auf diesen Aspekt wird im zweiten Teil des Kapitels eingegangen.

4.1 Medizinerinnen und Mediziner für die Region gewinnen

Ausgangslage

In Südwestfalen droht in 21 Gemeinden die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung und in weiteren elf Gemeinden erscheint die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet (MGEPA 2014a; 2014b; siehe Abb. 4.1). Dementsprechend stellt die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nach Einschätzung der Städte und Gemeinden Südwestfalens mit deutlichem Abstand die bedeutendste zukünftige Herausforderung im Hinblick auf das Gesundheitswesen dar (Tippel/Maylandt 2015).

Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die KV nimmt eine Bewertung vor, inwieweit in einzelnen Planungsbereichen eine Über- bzw. Unterversorgung vorliegt, und ergreift gegebenenfalls entsprechende Maßnahmen. Am 01. Januar 2012 ist u. a. aufgrund der Probleme bei der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Die neuen Richtlinien zur Bedarfsplanung räumen nun den Ländern einen stärkeren Einfluss auf die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung ein. Dieser umfasst ein Beanstandungsrecht bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne (§ 99 Abs. 1 SGB V), ein Recht auf Mitberatung im Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 SGB V), ein Beanstandungsrecht von Entscheidungen der Landesausschüsse (§ 90 Abs. 6 SGB V) und die Kompetenz zur Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse (§ 90 Abs. 5 SGB V) (Luthe 2013a: 15). Damit werden abhängig von den Gegebenheiten der lokalen Versorgung mehr rechtliche Einflussmöglichkeiten auf die Zulassung bzw. die Beschränkung von Zulassungen in einzelnen Gebieten ermöglicht (Hoffer 2013: 409). Unterhalb dieser Ebene bestehen keine weiteren Einflussmöglichkeiten, das heißt eigenständige kommunale Einwirkungsmöglichkeiten wurden nicht geschaffen (Luthe 2013a: 15). Die Gesetzesänderungen eröffnen den Kommunen die Möglichkeit, mit Zustimmung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eigene kommunale Einrichtungen zu schaffen, wenn die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann (Hoffer 2013: 409; § 105 Abs. 5 SGB V). Eine weitere Neuerung des Gesetzes sieht vor, die groben Planungsbereiche, die weitgehend den administrativen Grenzen der Kreise und kreisfreien Städte entsprachen, zu verfeinern, indem auf die Mittelbereiche des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurückgegriffen wurde. Bei der Berechnung der Versorgungsrelation wird darüber hinaus nun ein Demografiefaktor einberechnet (website KVWL). Allerdings sind weiterhin im Fall einer festgestellten Unterversorgung keine verbindlichen Maßnahmen vorgesehen (Libbe 2012: 120).

Abbildung 4.1: Gefährdung der hausärztlichen Versorgung in südwestfälischen Städten und Gemeinden

	Städte und Gemeinden, in denen die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht	Städte und Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint
Kreis Soest	- Ense - Erwitte - Möhnesee - Rüthen - Welper - Wickede	- Anröchte - Bad Sassendorf
Hochsauerlandkreis	- Marsberg - Olsberg	- Bestwig
Märkischer Kreis	- Altena - Balve - Herscheid - Kierspe - Nachrodt-Wiblingwerde - Neuenrade - Schalksmühle - Werdohl	- Halver - Meinerzhagen
Kreis Siegen-Wittgenstein	- Bad Berleburg - Erndtebrück - Wilnsdorf	- Burbach - Freudenberg - Hilchenbach - Neunkirchen
Kreis Olpe	- Stadt Olpe - Wenden	- Drolshagen - Kirchhundem

Quelle: eigene Darstellung nach MGEPA 2014a und MGEPA 2014b



In den Regionen, in denen die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung durch die KV nicht gelingt, wird daher strukturierendes kommunales Engagement notwendig (Herdt/Winkel 2008; Greß/Stegmüller 2011; Faller 2014). In der Vergangenheit haben sich zwei Lösungsansätze etabliert: einerseits die Schaffung finanzieller Anreize, um Mediziner/-innen für eine Ansiedlung zu gewinnen und andererseits die Öffnung des stationären Bereichs für die ambulante Versorgung. Beide Ansätze haben allerdings bisher nicht zu einer nachhaltigen Minderung von Unterversorgung beitragen können (Libbe 2012: 120). Allerdings konnten in einigen Fällen durch kommunales Engagement Ärztinnen bzw. Ärzte für eine Niederlassung gewonnen werden (Herdt/Winkel 2008: 48). Obwohl die ambulante medizinische Versorgung Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, kann die Versorgung letztlich nur mit zusätzlichem Engagement weiterer Akteure, wie beispielsweise der Kommune, sichergestellt werden (ebd.: 48).

Faller (2014) sieht die Möglichkeiten der Kommunen „in einem privatwirtschaftlich organisierten Feld wie der hausärztlichen Versorgung“ dahingehend eingeschränkt, dass sie allenfalls günstige Rahmenbedingungen schaffen und durch Analysen und Moderation den Aufbau zukunftsfester Versorgungsstrukturen anregen können (ebd.: 10). So sollten sich die Regionen bzw. Kommunen aktiv in die Sicherstellungsaktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen einbringen und aus einem ‚regionalen Gesundheitsdialog‘ den Kontakt herstellen. Solche Formate werden in ähnlicher Form auch von weiteren Autoren vorgeschlagen (‚regionale Sicherstellungskonferenzen‘, Herdt/Winkel (2008); ‚regionale Versorgungskonferenzen‘, Greß/Stegmüller (2011)). So könnten Kommunen in der Diskussion über die zukünftigen Versorgungsstrukturen mit der regionalen Ärzteschaft deren Veränderungsbereitschaft ausloten und für veränderte Betriebsformen werben (Faller 2014: 10).

Insgesamt werden die Möglichkeiten mithilfe finanzieller Anreize, Ärztinnen und Ärzte für die Ansiedlung als Hausärztin bzw. -arzt zu gewinnen, aufgrund des veränderten Berufsbildes des medizinischen Nachwuchses als sehr gering eingeschätzt. Zentrale Veränderungen beim Berufsbild von Ärztinnen und Ärzten ergeben sich aus



> dem steigenden Anteil von Frauen in der Medizin

> einer stärkeren Konzentration der vertragsärztlichen Berufsausübung in Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren aufgrund des Anspruchs, stärker im Austausch mit Kolleg/-innen zu arbeiten

> dem Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben und damit verbunden nach geregelten Arbeits- und Freizeiten

> dem Vermeiden der unternehmerischen Verantwortung und des unternehmerischen Risikos einer eigenen Hausarztpraxis (Gensch/Waltenberger 2006; Hess 2009)

Zudem sind bei der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten einige generelle Erkenntnisse zu Standortentscheidungen von Hochqualifizierten zu berücksichtigen. So spielen in Deutschland die wirtschaftlichen Standortfaktoren wie eigene Arbeitsstelle, Arbeitsstelle des Partners/der Partnerin oder gute Beschäftigungsmöglichkeiten in der Region die größte Rolle bei der Entscheidung für einen Standort (Gritsai/Musterd 2010: 35f.). Der zweitwichtigste Faktor sind persönliche Netzwerke und Bezüge zu dem Standort wie Geburtsort, Familienort, Nähe zu Freunden und Studienort. Weiche Standortfaktoren wie eine große Vielfalt an Freizeit-, Unterhaltungs- und kulturellen Angeboten sind ein weniger wichtiger Faktor. Und auch Offenheit und Toleranz bestimmen die Standortentscheidung nur in geringem Maße. Der Schlüssel zur Ansiedlung Hochqualifizierter sind also attraktive Arbeitsstellen und Berufsaussichten (ebd.: 66).

Detailliertere Informationen liefern hier unsere Interviews mit der Zielgruppe. Der ärztliche Nachwuchs zeigt aufgrund hoher Bildungsinvestitionen (teilweise Wartesemester, langes Studium, hohe Anforderungen) eine starke Karriereorientierung. Daraus resultieren einerseits starke Vorbehalte gegenüber einer hausärztlichen Spezialisierung und andererseits die Bereitschaft, tendenziell auch anspruchsvolle Arbeitsbedingungen hinzunehmen (regelmäßig hohe Anzahl von Überstunden). Gründe für die geringe Bereitschaft, in ländliche Räume zu ziehen und eine Landarztpraxis zu übernehmen, sind Befürchtungen bezüglich des wirtschaftlichen Auskommens (Praxiskosten, Patientenzahl, Anzahl von Privatpatient/-innen). Insbesondere für die Facharztweiterbildung besteht eine deutliche Präferenz für „größere Kliniken“ aufgrund einer größeren Vielfalt an Lernmöglichkeiten, spezifischeren Vertiefungen und besseren Karriereaussichten. Gegenüber beispielsweise Universitätskliniken bieten kleinere Kliniken allerdings den Vorteil, dass viele eigene praktische Erfahrungen gesammelt werden können. Generell ist den Medizinstudent/-innen eine attraktive Weiterbildungsstelle so wichtig, dass sie dafür auch umziehen würden. In dieser frühen Phase des Berufsverlaufs hat die Attraktivität der Arbeits- bzw. Weiterbildungsstelle Priorität vor anderen Aspekten. Eine attraktive Weiterbildungsstelle muss in dieser Hinsicht drei Kriterien erfüllen:

- > Weiterentwicklung der praktischen Fähigkeiten durch eine gute Anleitung (fachlich gute und freundliche Betreuung durch Chef-/Oberärztinnen und -ärzte)
- > Möglichkeit, eigene praktische Erfahrungen zu sammeln (z. B. in der Chirurgie)
- > erträgliche Arbeitsbedingungen und ein gutes Klima innerhalb der Klinik

Hauptursache für die Schwierigkeiten bei der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten in Südwestfalen ist die Wahrnehmung als ländlicher Raum. Südwestfalen wird in der Außenwahrnehmung als Tourismus- und Freizeitstandort gesehen und nicht als strukturstarker Wirtschaftsraum mit attraktiven Arbeitsplätzen in unterschiedlichen Branchen. Südwestfalen stellt insgesamt einen ‚guten Mix‘ aus städtischen (Grundausstattung mit Gastronomie und kulturellen Angeboten) und ländlichen Elementen (Möglichkeit raumgreifender und landwirtschaftsnaher Hobbies, Nähe zur Natur, große Grundstücke) dar. Zudem liegt die Region in der Nähe mehrerer dynamischer Ballungsräume, die weitere Möglichkeiten bieten. Trotz dieser Attraktivität ist die Rückwanderung Studierender nach dem Studium wahrscheinlicher als die Zuwanderung von Mediziner/-innen aus anderen Regionen: Die Region ist ihnen bereits bekannt, deshalb bestehen weniger Vorbehalte. Auch existiert eine emotionale Verbundenheit mit der Region und es kann an bereits bestehende soziale Kontakte angeknüpft werden.

Verein zur Förderung der ärztlichen Berufsausübung e.V. (DoktorJob)

Der ‚Verein zur Förderung der ärztlichen Berufsausübung‘ wurde im Oktober 2009 gegründet. Eng (aber nicht strukturell) verbunden mit dem Verein sind die Stipendien des Hochsauerlandkreises für Studierende der Medizin. Die Einführung des Stipendiums wurde maßgeblich durch den Landrat des Kreises und den Leiter des Gesundheitsamtes forciert, da sich Ende der 2000er Jahre der drohende Ärztemangel als wesentliches Problem für den Hochsauerlandkreis bemerkbar machte. Daraufhin fand ein erstes Treffen mit relevanten Akteuren der medizinischen Versorgung, wie der Kassenärztlichen Vereinigung, Klinikleitungen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten statt. Aus diesem ersten Treffen entstand zunächst ein Runder Tisch, dann ein Arbeitskreis und dieser mündete schließlich in die Gründung des Vereins. Die Initiative DoktorJob wird vom Verein zur Förderung der ärztlichen Berufsausübung e.V. getragen.

Die Vergabe von Stipendien an Medizinstudentinnen und -studenten durch den Hochsauerlandkreis startete zum Sommersemester 2012. Die ausgewählten Studierenden erhalten während ihres Studiums nach dem Physikum und innerhalb der Regelstudienzeit monatlich 500 Euro und verpflichten sich dafür, nach ihrer Approbation fünf Jahre im Hochsauerlandkreis ärztlich tätig zu sein. Den Absolvent/-innen stehen dabei folgende Möglichkeiten offen:

- > Facharztausbildung
- > Tätigkeit in einer Klinik innerhalb der Initiative
- > Tätigkeit in einer niedergelassenen Praxis
- > Tätigkeit im Gesundheitsamt des Hochsauerlandkreises

Intendiert ist, dass die Teilnehmer/-innen in dieser Zeit im HSK sesshaft werden und über die fünf Jahre hinaus bleiben. DoktorJob kann nach der Beendigung des Studiums bzw. des Stipendiums die Weiterbildung koordinieren. Durch eine strukturierte Weiterbildung zum Facharzt/-ärztin sollen die Absolvent/-innen in der Region gehalten bzw. für diese gewonnen werden. Darüber hinaus unterstützt die Initiative bei Bedarf auch bei der Niederlassung (Praxissuche, Wohnungssuche, Jobsuche für Partner/-innen). So soll die Initiative Anfragen von jungen Mediziner/-innen entgegennehmen, dann in die Einzelfallbetreuung gehen und eine strukturierte Weiterbildung organisieren.

Momentan hat der Verein 38 Mitglieder. Dies sind praktizierende Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, die Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Kreise und eine kreisangehörige Stadt (website DoktorJob). Dabei gibt es ‚aktive‘ Mitglieder wie Arztpraxen und Kliniken, die sich an der Organisation der Weiterbildung und der Vermittlung der Interessierten an die Initiative beteiligen. Daneben gibt es ‚passive‘ oder ‚fördernde‘ Mitglieder, die von der Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten profitieren und durch ihren Mitgliedsbeitrag die Aktivitäten des Vereins finanziell unterstützen.

Ausgewählte Handlungsansätze

In Südwestfalen gibt es einige Aktivitäten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, die ausschließlich finanzielle Anreize und sonstige Unterstützungsmaßnahmen zur Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten beinhalten. Der Hochsauerlandkreis vergibt Stipendien an Medizinstudentinnen und -studenten. Die Studierenden werden mit monatlich 500 Euro unterstützt und verpflichten sich im Gegenzug, nach ihrer Approbation fünf Jahre im Hochsauerlandkreis ärztlich tätig zu sein. Auch der Märkische Kreis hat die Einführung eines ähnlichen Stipendienprogramms beschlossen.

Daneben gibt es im Hochsauerlandkreis die Initiative DoktorJob, deren Hauptanliegen es ist, mithilfe strukturierter Weiterbildungsprogramme zur Erlangung des Facharztstitels junge Ärztinnen und Ärzte an die Region zu binden bzw. von außerhalb zu gewinnen. Darüber hinaus bietet die Initiative weitere Unterstützung bei der Niederlassung in der Region an (Praxissuche, Wohnungssuche, Jobsuche für Partner/-innen). Auch der Kreis Siegen-Wittgenstein bietet ähnliche Unterstützung bei der Niederlassung als Hausärztin bzw. -arzt und der Praxisvermittlung durch den Fachservice Gesundheit und Verbraucherschutz an (website Kreis Siegen-Wittgenstein).

Auch zahlreiche Krankenhäuser und Kliniken in der Region vergeben Stipendien für Medizinstudent/-innen. Die Förderung ist meist etwas geringer als die des Hochsauerlandkreises; dafür verpflichten sich die Teilnehmer/-innen lediglich für die Förderdauer im jeweiligen Krankenhaus bzw. der Klinik zu arbeiten. Eine Klinik im Kreis Soest bietet in Kooperation mit dem Kreis die Famulatur, ein viermonatiges Praktikum, das Bestandteil der Medizinstudiums ist, an, um die guten Ausbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten sowie die Region vorzustellen.

Diese Aktivitäten stehen nebeneinander, machen sich gegenseitig Konkurrenz und konzentrieren sich zu einseitig auf die Bereitstellung finanzieller Anreize zur Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten. Darüber hinaus schließen sie zu wenig an die Erkenntnisse zu Standortentscheidungen an. Formate zur Koordination und Abstimmung der unterschiedlichen Aktivitäten und Interessen gibt es bisher nicht. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Debatten um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen erscheint es fraglich, ob Kreise, Bundesländer und/oder Kliniken sich mit immer neuen finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten gegenseitig Konkurrenz machen sollten. Hilfreich wäre es vielmehr, die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Studienplätze in der Medizin zu nutzen. Zudem müssen die Konzepte zur Gewinnung und Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten für ländliche Räume von neuen Versorgungsformen (wie Medizinischen Versorgungszentren), die an zentralen Standorten gelegen sind, ergänzt werden.



Empfehlungen

> Um junge Mediziner/-innen für die Region zu gewinnen, sollten die guten Weiterbildungsmöglichkeiten und fachlichen Entwicklungsmöglichkeiten in den Kliniken und Praxen der Region herausgestellt werden. Die Attraktivität der Arbeits- bzw. Weiterbildungsstelle hat Priorität vor anderen Aspekten, insbesondere in einer frühen beruflichen Phase.

> Insgesamt ist es von hoher Bedeutung, dass Südwestfalen stärker als wirtschaftsstarke Region mit attraktiven Arbeitsplätzen in zahlreichen Branchen wahrgenommen wird. Zudem ist die ausführliche Vorstellung der Kliniken inklusive ihrer Fachabteilungen wichtig. Dies schließt eine deutliche Aufklärung über die Möglichkeiten, die sich in Kliniken in ländlichen Räumen hinsichtlich der Weiterbildung bieten, ein.

> Die Bewerbung von Stipendien sollte sich stärker an Rückwanderer/-innen richten, die bereits Bezüge zur Region haben und bei denen die Wahrscheinlichkeit höher ist, dass sie in der Region beruflich tätig werden. Darüber hinaus sind Mobilitätsentscheidungen entscheidend von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Lebensphase bestimmt.

> Die Arbeitsverhältnisse im Arztberuf sollten stärker auf die veränderten Bedürfnisse junger Mediziner/-innen zugeschnitten werden. Insbesondere Medizinische Versorgungszentren bieten die Möglichkeit, Arbeitszeitwünsche zu berücksichtigen und Kooperationen sowie Teamarbeit anzubieten. Aufgrund der hohen Bildungsinvestitionen von Mediziner/-innen ist es wichtig, Möglichkeiten der Vereinbarkeit zwischen Karriere und Familie zu schaffen und eine ausreichende Kinderbetreuung anzubieten (möglichst Ganztagsbetreuung).

> Die Stärken von Südwestfalen als Region mit urbanen und ländlichen Merkmalen sollten stärker von den Kliniken, den Kommunen und entsprechenden Initiativen herausgestellt werden. Kooperationen mit dem Regionalmarketing Südwestfalen sollten systematisch vertieft werden. Dabei ist es wichtig, Informationen über die Region zu verbreiten und Vorurteile auszuräumen. Dies könnte wie eine Sammlung häufiger Vorurteile (FAQ) gestaltet sein, indem die gängigen Vorurteile über ländliche Räume genannt und danach widerlegt

werden. Dabei sollte auf die Arbeit des bestehenden Regionalmarketings zurückgegriffen werden.

> Das Lokalradio und die lokale Presse haben sich als Ansprachemöglichkeiten für Medizinstudent/-innen aus der Region bewährt. Eine weitere Information über Fördermöglichkeiten und attraktive Arbeits- und Weiterbildungsstellen könnte über die E-Mail-Verteiler der Fachschaften erfolgen, um gezielt Studierende der Medizin anzusprechen. Auch die Prüfungsvorbereitungshäfte für das Physikum sind eine geeignete Ansprachemöglichkeit von Studierenden.

> Um die Studierenden der Medizin in der Region zu halten bzw. sie für die Region zu gewinnen und Vorbehalte gegenüber Landarztpraxen auszuräumen, sollten systematisch Kooperationen zwischen den Kreisen und den medizinischen Hochschulen aufgebaut werden, damit vermehrt Lehrpraxen in Südwestfalen etabliert werden. So können die Studierenden bereits in einem frühen Stadium der Ausbildung die Lebens- und Arbeitsbedingungen in der Region kennenlernen.

> Um Stipendiat/-innen in der Region zu halten, sollten Studium und Übergang in strukturierte Weiterbildungsprogramme möglichst frühzeitig geplant werden und stärker ineinandergreifen. Durch die frühzeitige Einbindung und Planung der Zukunftsvorstellungen der jungen Mediziner/-innen können diese abgestimmt werden und so im Idealfall auch mögliche Engpässe und Lücken gefüllt werden. Zudem wird durch eine Einbindung in fachbezogene Netzwerke die Identifikation der Mediziner/-innen mit der Region gestärkt, sodass für diese Zukunftsperspektiven innerhalb der Region in Frage kommen könnten.

4.2 Gute und gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen in Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten

Wie in dem voranstehenden Kapitel beschrieben wird, ist es für die Fachkräftegewinnung von entscheidender Bedeutung, attraktive Arbeitsstellen zu bieten. Gute Arbeitsbedingungen und mitarbeiterorientierte Führung (angemessene finanzielle und immaterielle Vergütung, Entwicklungsperspektiven, Partizipationsmöglichkeiten, Handlungsspielraum, intakte Arbeit-Leben-Balance, ergonomische Arbeitsverrichtung, etc.) haben einen dreifachen Nutzen: Sie fördern die Gesundheit und die Motivation der Mitarbeiter/-innen, wodurch krankheitsbedingte Fehlzeiten zurückgehen und die Qualität der Arbeitsergebnisse gesteigert wird. Außerdem können gute Arbeitsbedingungen einen Arbeitgeber für potenzielle neue Mitarbeiter/-innen interessant machen.

Viele Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung haben insbesondere zur Gewinnung von Fachkräften vielfältige Aktivitäten gestartet, die mittlerweile unter der Überschrift ‚Arbeitgebermarketing‘ kursieren. Die Häuser und Einrichtungen werben mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, Programmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und einem intakten Unternehmensklima. Etliche Beispiele Guter Praxis zeigen, dass sich ein solches Engagement positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Motivation der Mitarbeitenden auswirkt und zu einem Rückgang krankheitsbedingter Fehlzeiten führt. Gleichzeitig zeigen wissenschaftliche Studien, dass sich ein großer Teil der Beschäftigten in Kliniken und Pflegeeinrichtungen nach wie vor starkem Stress ausgesetzt fühlt und das Verhalten von Führungskräften tendenziell negativ beurteilt (LIA.nrw 2014; Bräutigam et al. 2014).

Die **Krankenhäuser** in Deutschland sehen sich einem enormen Wettbewerbs-, Rationalisierungs- und Anpassungsdruck ausgesetzt: Neue Behandlungsformen und Vergütungssysteme, Patient/-innen mit hohen Ansprüchen an das Krankenhaus und die zunehmende Bedeutung ambulanter Versorgungsformen sind nur einige Beispiele für Einflüsse, auf die das ‚System Krankenhaus‘ professionell reagieren muss. Nur ein Höchstmaß an Effizienz in allen Abläufen ermöglicht es, unter den gegebenen gesundheitspolitischen Bedingungen sowohl eine optimale Versorgung der Patient/-innen als auch ein ökonomisch zufriedenstellendes Betriebsergebnis zu gewährleisten. Hierzu ist es erforderlich, dass Führung und Mitarbeiter/-innen an einem Strang ziehen, dass gemeinsame Visionen und Ziele geteilt werden. Letzteres zu bewirken, ist die Aufgabe von Führung. Das System Krankenhaus stellt ambitionierte Herausforderungen an Führung und Management. Die traditionelle Unterteilung in die drei Säulen Medizin, Pflege und Verwaltung, die nicht selten mehr oder weniger geschlossene Subsysteme innerhalb der Organisation darstellen, sorgt für erhöhten Koordinierungsbedarf und Reibungsverluste. Die notwendigen Change- und Restrukturierungsprojekte in Krankenhäusern sollten einer Prozesslogik unterliegen und die drei Säulen Medizin, Pflege und Verwaltung integrieren. In der Praxis ist die Kommunikation zwischen den Säulen häufig problematisch, was integrierte Vorgehensweisen blockiert. Während in Wirtschaftsunternehmen Mitarbeiter/-innen in der mittleren Führungsebene bereits im Studium auf die Übernahme von Führungsrollen vorbereitet wurden, müssen Ober- und Chefärzte/-ärztinnen ihren Führungsstil weitgehend in Eigenregie entwickeln. Eine Möglichkeit, die Themen Arbeitsbedingungen und mitarbeiterorientierte Führung breitflächig im angezielten Setting, hier Kliniken und Krankenhäuser, zu implementieren, ist die Bereitstellung entsprechender Informations- und Unterstützungsangebote durch berufsständische und verbandliche Interessenvertretungen (Pröll et al. 2011).

Neben der Konzeption und Institutionalisierung verbandlich getragener Angebote für Kliniken und Krankenhäuser besteht eine weitere Aufgabe für die Zukunft in der Entwicklung von Konzepten für den **Pflegebereich**. Die Praxispartner/-innen von StrateG!N aus dem Pflegesektor setzen bereits innovative Führungs- und Arbeitsorganisationsmodelle um. Hier bestehen die Herausforderungen eher in der Entwicklung von Strategien zur Flankierung der anhaltenden Ökonomisierung des Wohlfahrtssektors.

Von Seiten der Pflege besteht der Wunsch, in Lernpartnerschaften mit der Industrie Planungs- und Controllinginstrumente, aber auch Konzepte wie das ‚resiliente Unternehmen‘ für den Pflegebereich (besser) nutzbar zu machen. Der Caritasverband Olpe e.V. und die Sozialforschungsstelle Dortmund haben die Absicht, in diesem Feld weiter projektförmig zu kooperieren und für die Entwicklung von Lernpartnerschaften die in StrateG!N entwickelten Kommunikationsstrukturen zu nutzen.

Empfehlungen

- > Mit Blick auf praxistaugliche Umsetzungskonzepte wird empfohlen, die Themen innovatives Changemanagement und moderne Personalführung als eng miteinander verflochtene Komponenten eines erfolgreichen und rentablen Klinikmanagements zu behandeln.
- > Um die Bedeutung mitarbeiterorientierter Führung für das Changemanagement als Themenoffensive möglichst breit zu verankern und zu transferieren, sollten verbandliche Vertretungen der Einrichtungen wie z. B. Krankenhaus- und Wohlfahrtsverbände als Anbieter und Multiplikatoren gewonnen werden.
- > Mit der Fokussierung auf innovatives Changemanagement und moderne Personalführung soll es den verbandlichen Vertretungen von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden, das Thema gemäß ihres Selbstverständnisses als Bereitsteller und Aufbereiter von Informationen und Unterstützer der Mitglieder bei effizientem Management über ihre institutionalisierten Transferkanäle zu kommunizieren.
- > Unterstützungsangebote zum Thema Führung und Organisationsentwicklung sollten dazu eng an dem jeweiligen System (Klinik, Pflegeheim, ambulanter Pflegedienst) ausgerichtet sein.
- > Die zu entwickelnden Informationsangebote und Austauschforen sollten kompatibel mit der jeweiligen originären verbandlichen Ausrichtung und Zielsetzung sowie im Rahmen bestehender Formate (Internetrubriken, Informationsveranstaltungen, etc.) umsetzbar sein.
- > Um das Denken in den Binnenlogiken der einzelnen Säulen zu überwinden, sollten berufsständische Vertretungen von Medizin, Pflege und Verwaltung gemeinsam (gegebenenfalls mit externer Unterstützung wie von Weiterbildungsträgern) Angebote zum Thema Changemanagement und Führung entwickeln.
- > Bei der Entwicklung von Lernpartnerschaften zwischen Wohlfahrtssektor und Industrie sollten sich einrichtungsübergreifende Zusammenschlüsse und intermediäre Akteure wie die lokale Wirtschaftsförderung als Multiplikatoren und Netzwerkentwickler engagieren.





5. Unterstützung von ‚ambulant vor stationär‘ in der Pflege

Ausgangslage

Einer repräsentativen Umfrage zufolge möchte das Gros der deutschen Bevölkerung mit einem Anteil von über 70 % im Alter zuhause gepflegt werden. Nicht einmal ein Drittel kann sich einen Umzug in ein stationäres Alten- und Pflegeheim vorstellen (30,4 %) (Deutsches Ärzteblatt 2013). Eine Umfrage des deutschen Hospiz- und Palliativverbandes ergab, dass zwei Drittel der Deutschen sogar im häuslichen Umfeld sterben möchten (DHPV 2012). Der Gesetzgeber unterstützt diesen Wunsch und versucht, älteren, pflege- und hilfebedürftigen Menschen den Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Hierbei ist das handlungsleitende Prinzip ‚ambulant vor stationär‘ (§ 3 SGB XI). Derzeit werden ca. 70 % der Pflegebedürftigen ambulant versorgt, davon mehr als zwei Drittel durch ihre Angehörigen (Statistisches Bundesamt 2013: 7).

Zur stärkeren und bedarfsgerechten Umsetzung des Prinzips mangelt es jedoch insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Räumen an teilstationären Angeboten, wie der Tages- und Nachtpflege, komplementären Dienstleistungen und Angeboten der Palliativversorgung (Naegele 2014: 32). Darüber hinaus sind die Problemlagen und Versorgungsbedürfnisse der älteren Menschen durch Multimorbidität, Demenz wie auch geistige Behinderungen komplexer und vielschichtiger

geworden. Hinzu kommt, dass viele Angehörige von einer „Betreuungsmüdigkeit“ (Schaeffer/Ewers 2013: 293) betroffen sind: Aufgrund des eigenen höheren Alters und gesundheitlicher Beeinträchtigungen, der Berufstätigkeit oder eines nicht ausreichend barrierefreien Wohnraums ist die ambulante Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger oftmals nicht möglich, sodass auf professionelle Pflege zurückgegriffen werden muss.

Eine besondere Herausforderung für die Kommunen stellen die Aufwendungen der Sozialhilfe und die wachsende Altersarmut dar. Insbesondere Frauen sind von Altersarmut betroffen, da sie geringere Rentenbezüge durch oftmals längere Erwerbsunterbrechungen, Teilzeitarbeit wie auch geringere Löhne im Erwerbsleben beziehen. Als Träger der Sozialhilfe müssen die Kommunen im Fall eines geringen Einkommens und unzureichender Pflegeversicherungsleistungen für die zusätzlichen Leistungen der ‚Hilfe zur Pflege‘ nach §§ 61-66 SGB XI aufkommen. Im letzten Jahrzehnt ist die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger dieser Leistung immer weiter gestiegen (siehe Abb. 5.1).

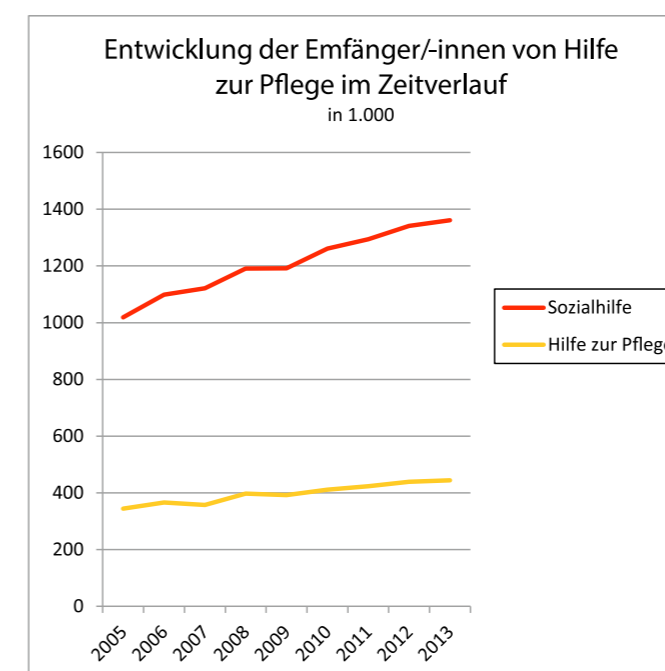


Abbildung 5.1: Entwicklung der Empfänger/-innen von ‚Hilfe zur Pflege‘ seit 2005

2011 betragen die Nettoausgaben für diese Sozialhilfeleistung bundesweit 3,1 Mrd. Euro. Mehr als drei Viertel der Ausgaben entfielen auf die vergleichsweise hohen Leistungen der stationären Pflege (77 %). Lediglich knapp 23 % der Ausgaben der ‚Hilfe zur Pflege‘ wurden für ambulante Leistungen aufgewandt (Statistisches Bundesamt 2014: 15). Eine stärkere Umsetzung des Prinzips ‚ambulant vor stationär‘ würde somit nicht nur dem Wunsch der älteren Menschen entsprechen, sondern auch die kommunalen Ausgaben für die Pflege senken.

Unsere Befragungen von Expert/-innen in der Region Südwestfalen haben folgendes Bild gezeigt: Besonders in den ländlichen und strukturschwachen Teilräumen mangelt es an ambulanten, teilstationären und komplementären Angeboten der Pflege, um dem eingangs beschriebenen Wunsch der Bevölkerung zu entsprechen. Zudem stellt der steigende Anteil an dementiell Erkrankten, Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit Migrationshintergrund ambulante Pflegedienste vor große Herausforderungen. Es bedarf einer qualitativen Weiterentwicklung sowie der Qualifizierung von Fachkräften und einer Spezialisierung der Dienste und Angebote.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Wohnungen und Häuser älterer Menschen oftmals nicht barrierefrei gestaltet und Wohnraumanpassungsmaßnahmen aufgrund des Baualters vieler Immobilien nicht immer möglich sind. Außerdem ist barrierefreier Wohnraum zu sozial verträglichen Mietpreisen selten vorhanden. Vielen älteren Menschen und Pflegebedürftigen bleibt – entgegen ihrem eigentlichen Wunsch – keine andere Wahl als der Einzug in eine stationäre Alten- und Pflegeeinrichtung.

Für Menschen, die einer geringfügigen Betreuung bedürfen bzw. ihren Alltag größtenteils selbstständig organisieren können, stehen verschiedene Wohnformen, wie das Service-Wohnen oder Wohngemeinschaften als Alternative zur Unterbringung in einer stationären Einrichtung zur Verfügung. In Südwestfalen sind durchaus verschiedene ambulante Wohnformen für ältere Menschen vorhanden, diese sind jedoch selten und meist nur in den größeren Städten der Region zu finden. Insbesondere gegenüber gemeinschaftlichen Wohn- und Betreuungsformen bestehen Vorbehalte. Aus Desinteresse, aber auch aus Angst und Unkenntnis, hegen insbesondere ältere Menschen aus den ländlichen Gebieten Bedenken bis hin zu Ablehnung und empfinden gemeinschaftliche Wohnformen als unangemessen für Senior/-innen.

Gerade zu Beginn der Pflegebedürftigkeit oder nach einem stationären medizinischen Aufenthalt können Versorgungslücken entstehen. Dies fördert den ‚Drehtüreffekt‘: Wenn nach einer Entlassung aus dem Krankenhaus nicht ausreichende und bedarfsgerechte ambulante Versorgungsleistungen bereit stehen, besteht die Gefahr, dass die betroffene Person z. B. aufgrund erneuter Verletzungen wieder aufgenommen werden muss. Die deutlich kürzer werdende Verweildauer in Krankenhäusern erhöht zusätzlich den Druck auf die älteren Menschen und ihre Angehörigen.

Um die Überleitung in die anschließende Versorgung oder die Rückkehr in das häusliche Umfeld kümmert sich vorrangig das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser (§ 11 Abs. 4 SGB V). Dabei sollen Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen einbezogen und eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung gewährleistet werden. Dennoch funktionieren das Schnittstellenmanagement und die Kommunikation mit den unterschiedlichen Akteuren nicht immer reibungslos. ‚Standesdenken‘ und starke Hierarchie-Gefälle stehen dabei oftmals der Gewährleistung der Versorgungskontinuität entgegen.



Viele Angehörige und Betroffene sind mit der für sie neuen Situation der Pflege überfordert und kennen sich nicht oder nur rudimentär mit den gesetzlichen Bestimmungen aus. Zudem sind viele pflegebedürftige Personen alleinstehend und aufgrund von körperlichen und Mobilitätseinschränkungen wie auch Schamgefühlen nicht in der Lage, sich an Beratungsstellen zu wenden. In allen Kommunen Südwestfalens finden sich dem gesetzlichen Auftrag entsprechend Pflegestützpunkte oder Pflegeberatungsstellen (§ 7a SGB XI). Wenn die Pflegeberatung auch diese schwer zu erreichende Personengruppe einbeziehen möchte, ist eine qualitative Weiterentwicklung im Sinne eines niedrigschwelligen und aufsuchenden Beratungsangebots notwendig.

Projekt ‚ambulant vor stationär‘ im Hochsauerlandkreis

Um dem Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge gerecht zu werden und zugleich die Kostenexpansion im Bereich der Sozialhilfe einzudämmen, wurde 2012 für eine Laufzeit von drei Jahren das Projekt ‚ambulant vor stationär‘ von der kommunalen Verwaltung des Hochsauerlandkreises ins Leben gerufen.

Ziel ist die gezielte Leistungssteuerung, um eine Reduzierung der kommunalen Sozialhilfeausgaben zu erreichen und zugleich dem Wunsch der meisten älteren Menschen, im häuslichen Umfeld zu verbleiben, zu entsprechen. Zu diesem Zweck wurde das Projekt als Steuerungsinstrument implementiert, um einerseits den Anteil der ambulanten Leistungsbezieher/-innen der ‚Hilfe zur Pflege‘ (§ 61 SGB XII) von 17 auf 31 % zu erhöhen und andererseits eine nachhaltige ambulante Pflegeinfrastruktur im Kreisgebiet gewährleisten zu können.

Das Projekt setzt folgende Maßnahmen als Ergänzung zu den bisherigen Hilfeleistungen der trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatung sowie der Gewährung von Sozialhilfeleistungen ein:

- > Die qualitative und quantitative Erweiterung der Pflegeberatung durch Case Managerinnen, eine Pflegefachkraft, einen Hausarzt und die Sozialplanung
- > Den Aufbau einer Clearingstelle ‚Pflege‘ unter Beteiligung des gesamten Projektteams, Vertreter/-innen der Pflege- und Wohnberatung, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Wirtschaftlichen Sozialhilfe, der Sozialplanung und der ambulanten und stationären Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur zur Begutachtung der pflegerischen Versorgung im Kreis
- > Die Weiterentwicklung einer flächendeckenden bedarfs- und fachgerechten niederschweligen, ambulanten, komplementären, teilstationären und stationären Altenhilfe- und Pflegeinfrastruktur im HSK durch Bereitstellung von Fördermitteln zur Anschubfinanzierung von Projektvorhaben



Vorrangige Zielgruppe sind Personen, die Pflegestufe 0 oder I innehaben und auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind. Überwiegend durch das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser werden die Mitarbeiterinnen auf Pflegebedürftige hingewiesen, deren Rückkehr in das häusliche Umfeld nach einem stationären Aufenthalt nicht mehr sichergestellt ist. Das Projekt bindet ambulante Pflegedienste und ergänzende Dienstleistungen ein, um einen ‚Drehtür-Effekt‘ zu vermeiden und hilft bei der Antragstellung von Leistungen. Auch Personen, die von sozialer Exklusion betroffen sind und gerne in eine stationäre Pflegeeinrichtung ziehen möchten, können sich an das Projektteam wenden.

Insbesondere die aufsuchende Beratung, die Einbindung verschiedener Berufsgruppen und die fachdienstübergreifende Zusammenarbeit der Mitarbeiter/-innen tragen zur hohen Zufriedenheit der Kunden und der stärkeren Vernetzung mit den Kooperationspartner/-innen bei.

Der Hochsauerlandkreis hat schon vor drei Jahren im Rahmen der damaligen gesetzlichen Bestimmungen Instrumente entwickelt und implementiert, die zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements in der Pflege und zur Steuerung der pflegerischen Angebote beitragen. Durch die intensive und individuelle Beratung können stationäre Aufnahmen verhindert und die Ausgaben des Kreises gesenkt werden. Die Mitarbeiterinnen werden zur zentralen Schnittstelle in der pflegerischen Versorgung, wodurch die Pflegebedürftigen die Hilfe und Unterstützung bekommen, die sie benötigen. Der flächengrößte Landkreis in NRW hat den Grundstein für eine langfristige und bedarfsgerechte Pflegeinfrastruktur gelegt, in der die Kommune das Steuerungs- und Koordinationsmanagement innehat, dessen Rolle mit dem neuen Alten- und Pflegegesetz NRW noch mehr gestärkt wird. Der Kreistag hat am 19.12.2014 die dauerhafte Implementierung des Beratungsangebotes in die Kreisverwaltung beschlossen.

Ausgewählte Handlungsansätze

Die Kommunen sind mit zahlreichen neuen Herausforderungen konfrontiert. Der Gesetzgeber hat mit dem Erlass des neuen Alten- und Pflegegesetzes NRW (APG NRW) im Oktober 2014, den Kommunen weitere Steuerungs- und Planungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ‚an die Hand‘ gegeben (siehe Kap. 7.1). Ein Ziel des APG NRW ist die Förderung der ambulanten Dienste und Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen (§ 12 APG NRW). Zur Verbesserung der kommunalen Pflegeplanung wird den Kommunen zukünftig eine Datenbank zur Verfügung gestellt, mit der Wohnquartiere und ihre Pflegeinfrastruktur kleinräumig analysiert werden können (MGEPA 2014c). Außerdem können die Kommunen neuen stationären Alten- und Pflegeheimen, wie schon vor Einführung der Sozialen Pflegeversicherung, eine Förderung der Investitionskosten verweigern, wenn der Bedarf an stationären Plätzen gedeckt ist (§ 11 Abs. 7 APG NRW).

Das Projekt ‚ambulant vor stationär‘ des Hochsauerlandkreises stellt ein gutes Beispiel für verschiedene Maßnahmen zur stärkeren Steuerung und Planung der Pflegeinfrastruktur durch die kommunale Verwaltung dar: Zwei Case Managerinnen und eine Pflegefachkraft betreuen in einer aufsuchenden Beratung insbesondere Empfänger/-innen von Leistungen der ‚Hilfe zur Pflege‘, die vor der Entscheidung über ambulante oder stationäre Pflege stehen. Diese verstehen sich damit als Ergänzung zur trägerunabhängigen Pflege- und Wohnberatung. Im Rahmen des APG NRW wird erstmalig von einer örtlichen und zugehenden Beratung im Rahmen des Fallmanagements (§ 6 APG NRW) der Pflegeberatung gesprochen. Es besteht derzeit keine einheitliche Definition von ‚zugehender Beratung‘, aber es kann davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber diese im Sinne einer ‚aufsuchenden Beratung‘ versteht. In einer engen Zusammenarbeit mit Krankenhaussozialdiensten, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Überleitung der älteren und pflegebedürftigen Personen geschaffen. Außerdem stellen die Case Managerinnen bei alleinstehenden Personen die ambulante Versorgung bei der Rückkehr in das häusliche Umfeld sicher und bescheinigen im Bedarfsfall die Heimnotwendigkeit für Personen der Pflegestufe 0, die z. B. sozial isoliert oder dementiell erkrankt sind.⁶

Die fachdienst- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der kommunalen Pflegeberatung kann zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements beitragen: So habe die Kommunalverwaltung nach eigener Aussage gelernt, „alle Akteure mit ins Boot zu nehmen und mit allen das zu besprechen und nicht nur auf Leitebene, sondern auf der Ebene der Sachbearbeiter, die betroffen sind“. Dies stärkt nicht nur die Kompetenzen der Mitarbeiter/-innen, sondern trägt auch zur internen Vernetzung bei.

Die Kreise in NRW sollten die neuen Steuerungsinstrumente aufgreifen und (wieder) zu Koordinatoren in der ambulanten pflegerischen Infrastruktur werden, um so dem gesetzlichen Auftrag ‚ambulant vor stationär‘ gerecht zu werden.



⁶ Personen, die nicht die Voraussetzungen für die Pflegestufe I erfüllen, aber einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung und damit eine „erhebliche[n] Einschränkung der Alltagskompetenz“ (§ 45a Abs. 1 SGB XI) aufweisen, können seit 2008 Pflegegeld, Pflegesachleistungen und zusätzlich seit 2013 Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes beantragen. Diese Personen gehören umgangssprachlich zur ‚Pflegestufe 0‘.

Empfehlungen

- > Der Ausbau ambulanter, teilstationärer und komplementärer Angebote und Dienste sollte von kommunaler Ebene gefördert werden.
- > Die bestehenden ambulanten Angebote bedürften einer stärkeren Spezifizierung auf besondere Bedürfnisse (u. a. Demenz, körperliche und geistige Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund).
- > Die ambulante und stationäre Palliativversorgung und Hospizdienste (ambulant und stationär) sind insbesondere in Netzwerken auszubauen.
- > Kreise, Städte und Gemeinden sollten mehr Aufklärungs- und Sensibilisierungsarbeit hinsichtlich alternativer Wohnformen für ältere und pflegebedürftige Menschen leisten, um deren Akzeptanz in der Bevölkerung zu fördern.
- > Alternative Wohnformen wie z. B. Senioren- oder Demenz-Wohngemeinschaften für ältere Menschen sind auch in ländlichen Regionen eine gute Lösung und Alternative zur stationären Pflegeeinrichtung oder zum Verbleib im häuslichen Umfeld. Der Ausbau dieser Wohnformen sollte von den Kommunen gefördert werden.
- > Die Kommunen in Südwestfalen sollten darauf hinwirken, dass bezahlbarer und barrierefreier Wohnraum für ältere Menschen zur Verfügung steht.
- > Die kostenlose und trägerunabhängige Pflegeberatung der Kreise sollte berufsgruppen- und fachdienst- bzw. dezernatsübergreifend arbeiten.
- > Das aufsuchende Fallmanagement der Pflegeberatung ist auszuweiten und eine engere Vernetzung mit dem Entlassungsmanagement der Krankenhäuser sollte forciert werden.
- > Die Kreise in Südwestfalen sollten, gestärkt durch das neue Alten- und Pflegegesetz NRW und das Wohn- und Teilhabegesetz (WTG), mehr Beratungsaufgaben hinsichtlich der pflegerischen (und medizinischen) Infrastruktur übernehmen und vorhandene Leistungen und Angebote stärker koordinieren und steuern.

6. Technische Unterstützung zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung



Mit der auch in Südwestfalen verfolgten Maxime ‚ambulant vor stationär‘ in der Pflege rückt die Gestaltung des Lebensumfelds der älteren und pflegebedürftigen Menschen in den Vordergrund und die Pflege zuhause wird immer bedeutsamer. Technische Unterstützung kann dafür sorgen, dass ältere oder auch chronisch kranke Menschen länger im gewohnten Lebensumfeld bleiben können. Technische Systeme, die in den eigenen vier Wänden wichtige Steuerungs- und Überwachungsfunktionen übernehmen können, werden unter dem Begriff ‚Ambient Assisted Living‘ (AAL) zusammengefasst.

„Unter Ambient Assisted Living werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen.“
(Strese et al. 2010)

Neben umfassenden AAL-Systemen gibt es viele technische Alltagshilfen und Maßnahmen zur Wohnraumanpassung wie z. B. barrierefreie Sanitärraumgestaltung, Steckdosen mit Orientierungslicht, Fensterüberwachung, automatische Herdabschaltung und viele andere Produkte, die das Leben bei Beeinträchtigungen erleichtern können, die aber z. T. wenig bekannt sind. Akteure aus den Bereichen Pflege und Versorgung sind sich weitgehend darin einig, dass technische Hilfsmittel ein wichtiges Element sind, um mit zunehmendem Alter und fortschreitenden gesundheitlichen Einschränkungen sicher in der eigenen Wohnung leben zu können. Auch herrscht ein breiter Konsens, dass Technik die Lebensqualität im Alter oder in besonderen Lebenslagen steigern kann.

Kritisch gesehen wird allerdings, dass AAL-Systeme eine Vorstufe zu einer völligen Überwachung und Fremdbestimmung sein könnten. Deshalb sind Datenschutz und Datensicherheit zentrale Themen bei AAL-Systemen und es sind für die zukünftige Entwicklung Vorkehrungen zu treffen, die sensible personenbezogene Daten vor dem Zugriff durch Dritte schützen. Diskutiert wird, wie bei spezifischen Krankheitsbildern oder Einschränkungsgraden ein Kompromiss zwischen Datenschutzbelangen und persönlicher Sicherheit gefunden werden kann.

Hintergrund für die Sorge um Überwachung und Fremdbestimmung durch technische Systeme ist die zunehmende Singularisierung und Isolation älterer und sehr alter Menschen. Diese leben immer häufiger alleine und haben oft kaum soziale Kontakte. Da u. a. aufgrund von räumlicher Entfernung die Einbindung in die Familien der Kinder- und Enkelkindgeneration fehlt, haben viele ältere Menschen keine Schlüsselpersonen in ihrer Nähe, die im Notfall für sie agieren können. Hier gewinnen Pflegedienste oder andere Stellen, die z. B. über ein Notrufsystem informiert werden können, an Bedeutung.

In der Regel sind es nicht die Betroffenen selbst, die sich für technische Assistenzsysteme interessieren und deren Einsatz wünschen. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass technische Lösungen häufig eher über ein Defizit-Modell kommuniziert werden. Dies führt dann z. T. zu einer Ablehnung durch die Betroffenen selbst („So alt/krank/ingeschränkt bin ich doch noch nicht“). So zeigt die Erfahrung von Pflegekräften, dass Notrufsysteme erst dann für ältere und/oder gehandicapte Menschen von Interesse sind, wenn bei ihnen bereits ein kritisches Lebensereignis eingetroffen ist. Familienmitglieder dieser Menschen sind demgegenüber deutlich früher bereit, über den Einsatz von Notrufsystemen und ergänzenden technischen Lösungen im Haushalt ihrer Angehörigen nachzudenken oder darüber ins Gespräch zu kommen. So befürworten Angehörige diese Systeme oft aus eigenem Interesse, um für sich selbst ein Gefühl der Sicherheit und Entlastung zu erhalten. Als generelle Anforderung an technische Assistenzfunktionen gilt, dass diese möglichst unaufdringlich, bedarfsgerecht, nicht stigmatisierend und ohne technische Vorkenntnisse nutzbar sein sollten.

Die Finanzierung technischer Assistenzsysteme und Hilfsmittel ist bisher allerdings noch unzulänglich. Da im Bereich der **gesetzlichen Krankenversicherung** derzeit grundsätzlich keine Präventivleistungen vorgesehen sind, gestaltet sich die Versorgung mit AAL-Systemen im Zusammenwirken mit den Kostenträgern bisher als schwierig und ist teilweise unmöglich. Für eine Aufnahme von Produkten aus dem AAL-Umfeld in das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung müssten neue Produktgruppen im Rahmen der Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses entwickelt werden.

Grundvoraussetzung, um eine Finanzierung von technischen Hilfsmitteln durch die **gesetzliche Pflegeversicherung** zu erhalten, ist die Einstufung des Betroffenen in eine Pflegestufe. Im Zuge der Gewährung von Zuschüssen für Wohnraum anpassende Maßnahmen können auch elektrotechnische Systeme realisiert werden, solange sie nachweislich die selbstständige Lebensführung der Betroffenen erhöhen oder ihre Pflege erleichtern. Für entsprechende Maßnahmen stehen seit 1. Januar 2015 pro Versichertem pro Maßnahme maximal 4.000 Euro zur Verfügung. Diese Mittel können bei entsprechendem Bedarf relativ unkompliziert abgerufen werden. Auch Hausnotrufsysteme sind im Leistungskatalog der gesetzlichen Pflegekassen aufgeführt und können bei entsprechender medizinischer Indikation genutzt werden. Bisher fehlen allerdings Langzeitstudien oder Erhebungen, die den nachhaltigen Nutzen technischer Unterstützungssysteme belegen. Es liegen insbesondere keine Daten vor, die das Einsparpotenzial gegenüber einer alternativ erforderlichen Heimunterbringung aufzeigen. Unabhängige Studien könnten die Grundlage sein, zukünftig keine Einzelfallprüfungen mehr zu benötigen.

Für die **eigene Finanzierung von AAL-Systemen** besteht die Möglichkeit über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) oder über die NRW-Bank Darlehen für die Anschaffung und Inbetriebnahme von AAL-Systemen zu erhalten. KfW-Darlehen werden durch die Hausbank der Kund/-innen abgewickelt und scheitern daher häufig am Alter der Kreditnehmer/-innen. Alternativ dazu gibt die KfW aus Mitteln des Bundes seit Oktober 2014 einen Zuschuss in Höhe von 8 % bzw. 10 % der förderfähigen Investitionskosten, maximal 4.000 Euro bzw. 5.000 Euro. Beide Varianten, sowohl das Darlehen als auch der Zuschuss, sind an sehr konkrete Förderbedingungen („Förderbausteine“) der KfW gebunden. Die Erfahrung zeigt, dass viele ältere Menschen nur sehr ungern oder gar nicht bereit sind, ein Darlehen in Anspruch zu nehmen. Meist sind es dann die Angehörigen, die über Eigenkapital oder über die Inanspruchnahme eines Darlehens den Einsatz der AAL-Systeme ermöglichen.

Informationen zu den Möglichkeiten der Wohnraumanpassung und zu AAL-Systemen sind bei den für das Entlassmanagement Verantwortlichen in Krankenhäusern ebenso wie bei Pflegeberatung und -einrichtungen vielfach nur rudimentär vorhanden. Hier besteht deutlicher Qualifizierungsbedarf.

Handlungsempfehlungen

- > Der Bekanntheitsgrad von technischen Assistenzfunktionen und Hilfsmitteln für professionelle Zielgruppen aus dem Bereich Pflege, Verwaltung und Wohnungswirtschaft sollte gefördert werden. Dazu sollten kostenlose Informations- und Weiterbildungsangebote stärker bekannt gemacht werden.
- > Ein kreisübergreifender Erfahrungsaustausch zwischen Organisationen, die sich mit AAL befassen – wie Pflegestützpunkte bzw. Pflegeberatung aus den Kreisen, Wohnberatungsstellen, Wohnungsbaugesellschaften bzw. -genossenschaften, Entlassmanagement der (Reha-)Kliniken, ambulante Pflegedienste sowie Kranken- und/oder Pflegekassen – ist empfehlenswert, um Synergieeffekte zu nutzen und die Implementierung von technischen Alltagshilfen bis hin zu AAL-Systemen zu fördern.
- > In der Region vorhandene Beratungsangebote zu technischen Assistenzsystemen sollten von den Beratungseinrichtungen der Kommunen und der Pflegeeinrichtungen vermehrt in Anspruch genommen werden, um einen Überblick über die schnell voranschreitende technische Entwicklung zu erhalten und diese Kenntnisse an ihre Klient/-innen weiter geben zu können.
- > Um möglichst frühzeitig eine Akzeptanz für technische Lösungen zu erhalten, sollte zunächst eine Vermittlung über Komfort-Funktionen erfolgen. So kann der Umgang mit der Technik bereits erlernt werden, solange der Nutzer/die Nutzerin noch ‚fit‘ ist. Bei Bedarf können dann Hilfs- und Notfall-Funktionen ergänzt werden, deren Bedienbarkeit bereits bekannt und akzeptiert ist.
- > Beratungseinrichtungen sollten sich über Finanzierungsmöglichkeiten informieren und ihre Klient/-innen bei ablehnenden Bescheiden gegebenenfalls unterstützen.

7. Kommunale Handlungsmöglichkeiten

Um die Weiterentwicklung und Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im demografischen Wandel aktiv mitgestalten zu können, sind für die Kommunen einerseits rechtliche Rahmenbedingungen und Handlungsspielräume, andererseits aussagekräftige Datenbasen, insbesondere auf kleinräumiger Ebene, von Bedeutung. Vor diesem Hintergrund wird zunächst die (neue) Rolle der Kommunen in der pflegerischen und medizinischen Versorgung diskutiert und daran anschließend die kommunale ‚Versorgung‘ mit entsprechenden Daten dargestellt.

7.1 Die neue Rolle der Kommunen (Kreise, Städte und Gemeinden)

Ausgangslage

Die Gesundheitsversorgung ist einer der bedeutendsten Bereiche der Daseinsvorsorge (Herdt/Winkel 2008: 3). Ziel der Daseinsvorsorge für die gesundheitliche Versorgung ist es, „ein sowohl medizinisch und pflegerisch als auch wirtschaftlich leistungsfähiges Gesundheitssystem sicherzustellen, zu dem alle Bürger im jeweils erforderlichen Umfang Zugang haben“ (ebd.: 4). Im Zuge der Entwicklungen des demografischen Wandels stehen die Kommunen allerdings vor Problemen, diese Zielsetzung zu erreichen und müssen zugleich mit Herausforderungen wie Engpässen und Lücken in der medizinischen und pflegerischen Versorgung umgehen. Die Veränderung der Altersstruktur und dadurch bedingt auch ein Wandel der Problemlagen und Bedürfnisse der alternden Bevölkerung erfordern nicht nur eine Umstrukturierung der wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme, sondern auch eine Neudefinition der kommunalen Daseinsvorsorge. Bislang herrscht jedoch Unklarheit, wie diese Neugestaltung aussehen kann.

Nach Luthé (2013a; 2013b) unterliegt das Gesundheitssystem einem deutlichen Dezentralisierungstrend bzw. einer Kommunalisierung der Prozesse, um auf die vielfältigen und lokal spezifischen Problemlagen des demografischen Wandels, wie die Alterung der Bevölkerung und der Beschäftigten sowie Multimorbidität, reagieren zu können. Es findet dabei ein Ebenenwechsel von zentraler Steuerung zu Prozessen orts-, betroffenen- und problemorientierter Versorgung statt, indem den Kommunen eine zentrale Stellung zukommt (Luthé 2013a: 4-13). Die Anforderungen an die Kreise sowie die Städte und Gemeinden sind dabei von folgendem Dilemma geprägt: Einerseits wird bei den Kommunen eine stärkere Verantwortung gesehen, auf lokale Problemlagen zu reagieren, auf der anderen Seite stehen ihnen in wesentlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung keine Mitwirkungsbefugnisse zur Verfügung (Luthé 2013a: 15). Die Stellung der kommunalen Ebene im gesundheitspolitischen Institutionengefüge bleibt unklar: Die Kommunen können beteiligt werden, zum Beispiel, um die medizinische Versorgung zu verbessern (ebd.: 14), haben aber keine konkreten Um- oder Durchsetzungsbefugnisse.

Der Koalitionsvertrag, wie auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2014, sehen erstmalig wieder die kommunale Ebene in der Pflicht, in der **pflegerischen Versorgung** eine aktivierende Position einzunehmen. Im Bereich der Pflege möchte die Bundesregierung die Rolle der Kommunen stärken: „Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deshalb haben die Kommunen und die Länder nach dem Pflegeversicherungsgesetz schon jetzt einen wichtigen Beitrag zu leisten. [...] Außerdem sollen Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortungsvoll eingebunden werden.“ (Bundesregierung 2013: 61).

Erstmalig nach der Einführung der sozialen Pflegeversicherung kommt es zur „Wiederentdeckung“ der Kommunen (Hoffer 2013: 405): Die aktive Planung und Steuerung der Pflegeinfrastruktur soll wieder in der Verantwortung der Kommunen liegen (SVR 2014: 529f.). Die Koordination der Aufgaben, wie der Aufbau eines Quartiersmodells und die Implementierung eines Care Managements, kann und sollte daher nur von diesen übernommen werden (Künzel 2011: 21). Die Bundesregierung betont im Koalitionsvertrag diesbezüglich die Bedeutung der Pflegeberatung und Unterstützungsstrukturen für Betroffene und Angehörige:

„[Es] kommen aufgrund ihres hohen sozialräumlichen Bezugs aufsuchende und begleitende Pflegeberatung insbesondere in Pflegestützpunkten, Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Engagierte, die laufende Beratung der Empfänger von Pflegegeld sowie die Beteiligung bei der Leistungsgewährung für Infrastruktur fördernde Maßnahmen in Betracht.“ (Bundesregierung 2013: 61)

Insbesondere in der ambulanten Pflege besitzen die Kommunen derzeit jedoch noch keine ausreichenden Kompetenzen (Burgi 2013: 37). Nach Burgi müssen zunächst in allen Landespflegegesetzen die Planungsaufgaben auf die Kommunen übertragen und Pflegekonferenzen auf kommunaler Ebene institutionalisiert werden. Hinsichtlich der Pflegestützpunkte sollten verpflichtende Kooperationen zwischen Pflegekassen und Kommunen bestehen (Burgi 2013: 117f.). Die zukünftigen Pflichtaufgaben der Kommunen sieht Burgi vor allem in der „feldübergreifenden Koordination“ (Burgi 2013: 119). Sie sollen Wissen und Informationen sammeln und transferieren, Impulse geben, Anregungen und Empfehlungen für Leistungsträger und -erbringer aussprechen und dabei die Rolle einer „Art Spinne innerhalb des Netzes der Gesundheitsversorgung“ (Burgi 2013: 119) einnehmen, die die Koordination der Leistungen im Netzwerk steuert. Zugleich soll eine sozialraumorientierte Pflegeplanung angestrebt werden, um die Bürgerbeteiligung und den Quartiers-Gedanken zu stärken (Burgi 2013: 118). Klie und Pfundstein kommen zu dem Schluss, dass die Kommunen im Bereich der Pflegeplanung vor zwei elementaren Aufgabenbereichen stehen: Sie müssen zum einen den Bedarf der Bürger/-innen auf Grundlage neuer Kennzahlen adäquat und differenziert feststellen, um eine stabile Basis für die Entwicklung einer Pflegeinfrastruktur zu erarbeiten. Zum anderen müssen den Kommunen zu diesem Zweck Instrumente zur Verfügung gestellt werden, die sie im Rahmen ihrer gesetzlichen kommunalpolitischen Handlungsmöglichkeiten nutzen können (Klie/Pfundstein 2010: 92). Es lässt sich jedoch festhalten, dass die Kommunen derzeit nur begrenzte Möglichkeiten besitzen. So finden sich keine geeigneten Planungs- und Steuerungsinstrumente im SGB XI (Naegele 2014: 32).

Als bundesweit einziges Landespflegegesetz sah das Landespflegegesetz NRW für die Kommunen verschiedene Instrumente zur Steuerung der Pflege vor. Mit dem Alten- und Pflegegesetz vom Oktober 2014 wurden diese Instrumente ausgeweitet. Die kommunale Pflegeplanung

- > sieht eine Bestandsaufnahme des vorhandenen Angebots an pflegerischen Diensten und Einrichtungen vor
- > untersucht, ob ausreichend bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung stehen
- > prüft, welche Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Angebote nötig sind (§ 7 APG NRW)



Zudem wird den Kommunen zukünftig eine Datenbank zur Altenberichterstattung zur Verfügung gestellt, mit der Wohnquartiere und ihre Pflegeinfrastruktur kleinräumig analysiert werden können (MGEPA 2014c). An der örtlichen Pflegeplanung sollen weitere Behörden, die Einfluss auf die Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur haben, wie die Bauleit- oder die Sozialplanung beteiligt werden. Zudem sollen die Planungen angrenzender Gebietskörperschaften Berücksichtigung finden (§ 7 APG NRW). Die kommunale Pflegekonferenz besteht als kommunale Konferenz ‚Alter und Pflege‘ fort. Während bislang die „Sicherung und quantitative Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur“ (§ 5 Abs. 2 PfG NW) im Fokus stand, wurde die Zielsetzung der Konferenz um qualitative Aspekte der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur ergänzt. So soll die Konferenz u. a. darauf hinwirken, dass altersgerechte Wohnquartiersstrukturen und neue Wohnformen gefördert werden. Darüber hinaus soll eine stärkere Vernetzung der Angebotsstruktur für Angehörige und der kreisübergreifenden Beratungsangebote angestrebt und die Pflegeberatung sowie das Fallmanagement stärker unterstützt und koordiniert werden (§ 8 APG NRW). Die Kommunen können neuen stationären Alten- und Pflegeheimen wieder

eine Förderung der Investitionskosten verweigern, wenn der Bedarf an stationären Plätzen gedeckt ist (§ 11 Abs. 7 APG NRW). Des Weiteren wird die Verantwortung der Kommunen in der Angehörigenunterstützung gefördert, indem diese nicht mehr nur für die Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur verantwortlich sind, sondern auch für den vorpflegerischen Bereich und die Angebote für Angehörige (§ 4 APG NRW).

Im Bereich der **medizinischen Versorgung** haben die Kommunen deutlich weniger Einflussmöglichkeiten und Steuerungskompetenzen. Bereits in den 1990er Jahren haben zahlreiche Bundesländer ihre Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit dem Ziel geändert, eine kommunale Gesundheitsplanung in Verbindung mit einer kommunalen Gesundheitsförderung zu etablieren. Der ÖGD, das heißt die Gesundheitsämter bzw. die unteren Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene, sollten zu einer zentralen Institution der kommunalen Gesundheitspolitik werden (Weth 2013b: 91). In Nordrhein-Westfalen wurde am 25. November 1997 das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) erlassen. Das Aufgabenspektrum des ÖGD umfasst:

- > Gesundheitsplanung und -berichterstattung
- > Gesundheitsförderung und Prävention
- > Gesundheitshilfe (gesundheitlicher Schutz von besonders hilfsbedürftigen Personen)
- > Gesundheitsschutz und Umweltmedizin (Überwachung der Einhaltung der Anforderungen der Hygiene)
- > Medizinalaufsicht (Überwachung des Medikamentenverkehrs und Aufsicht über die Einrichtungen und Berufe des Gesundheitswesens) (Weth 2013a: 303f.; § 2 Abs. 2 ÖGDG NRW)

Das Gesundheitsamt sollte bei der ortsnahen Koordination und Planung des kommunalen Gesundheitssystems eine Schlüsselfunktion erhalten: Die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung soll unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten die Versorgungslücken aufzeigen und Handlungsbedarfe ermitteln, um auf dieser Grundlage die Gesundheitsplanung vornehmen zu können. Um die Planung umzusetzen, soll der ÖGD für die Kommune Abstimmungsprozesse zwischen den Akteuren der Versorgung und der Sicherstellung organisieren und zudem die Wirksamkeit von Maßnahmen im Sinne einer Qualitätssicherung ermitteln und kontrollieren (Weth 2013a: 308). Die Landesgesundheitsgesetze stellen hierfür den Rahmen bereit, allerdings müssen die Kommunen die Kompetenzen und Aufgabenbereiche ihrer Gesundheitsämter stärken (ebd.: 313), um einen solch umfassenden Ansatz umzusetzen. Die Ausgestaltung der lokalen Gesundheitsplanung liegt im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung in der Hand der Kommunen: „Die Kommunen als einzige Handlungsträger im Gesundheitswesen mit expliziter Gemeinwohlverpflichtung rücken damit ins Zentrum der Ausgestaltung der Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene, woraus sich eine Verpflichtung zu kommunaler Gesundheitspolitik ableitet“ (Siegrist et al. 2003 zitiert nach Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 535).

Die Kommunale Gesundheitskonferenz kann aufgrund der Interessengebundenheit der unterschiedlichen Akteure allerdings lediglich einvernehmliche Themen behandeln (Weth 2013b: 95). In den unterschiedlichen internen Verantwortungsstrukturen einer Stadt wird das Querschnittsthema ‚Gesundheit‘ durchaus wahrgenommen, vielfach aber mit benachbarten Fachbereichen bzw. Fachausschüssen nicht übergreifend abgestimmt und koordiniert (ebd.: 98); eine politikfeldübergreifende Zusammenarbeit wurde deshalb bisher kaum erreicht (Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 539). Vor dem Hintergrund der umfassenden Ansprüche im Zuge einer kommunalen Gesundheitspolitik oder eines Public Health-Ansatzes bleiben die rechtlichen Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten der Kommunen in der medizinischen Versorgung unzureichend.

Die Handlungsmöglichkeiten im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurden ausführlich bereits in Kapitel 4.1 beschrieben. In der stationären medizinischen Versorgung liegen Planungs- und Steuerungskompetenzen auf der Ebene der Bundesländer bzw. der Bezirksregierungen. Aufgrund der getrennten Planung von ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung sind „Ungleichgewichte in Gestalt ineffizienter Doppelstrukturen [...] ebenso vorprogrammiert wie umgekehrt auch Versorgungsdefizite“ (Luthe 2013a: 18).

Sicht der Städte und Gemeinden Südwestfalens

Um die Sicht der Städte und Gemeinden Südwestfalens auf ihre (neue) Rolle bei der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung zu erheben, wurde eine standardisierte Befragung der Kommunen durchgeführt (Tippel/Maylandt 2015). Aus Sicht der Städte und Gemeinden stellt die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung mit deutlichem Abstand die bedeutendste Herausforderung bei der Anpassung der Gesundheitsversorgung an den demografischen Wandel dar. Aber auch die Schaffung von bedarfsgerechten Wohnformen, Wohnungen und Wohnumfeldern für ältere Menschen und eine wohnortnahe Krankenhausversorgung sowie die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung werden für wichtig gehalten. Dementsprechend sehen die Städte und Gemeinden die ambulante medizinische Versorgung als den Bereich, indem spätestens in langfristiger Perspektive die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist. Doch auch bereits in den nächsten fünf Jahren schätzt nahezu die Hälfte der Kommunen die Versorgung mit Haus- sowie Fachärzten und -ärztinnen als gefährdet ein.

Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen hat sich die Sicht auf die medizinische Versorgung bei den Kommunen grundlegend gewandelt. Für die Ansiedlung von Ärzten und Ärztinnen wird neben der eigentlich zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nun auch die Kommune als zuständig angesehen. Die Kommunen fühlen sich im Bereich der medizinischen Versorgung, einem Versorgungsbereich, in dem sie geringe rechtliche Zuständigkeiten innehaben, angesichts der großen Herausforderungen und antizipierten Gefährdungen also verstärkt verantwortlich.

Im Zuge der Herausforderungen des demografischen Wandels nehmen die Städte und Gemeinden in einigen übergreifenden Aufgabenfeldern wahr, dass die Anforderungen an ihre Arbeit gestiegen sind. Dies betrifft insbesondere die stark strategisch ausgerichteten Aufgabenfelder:

- > Öffentlichkeitsarbeit und Beratung
- > Einbringen des Gemeinwohlaspekts, das möglicherweise auf eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens zurückzuführen ist
- > Koordination und Moderation von Initiativen
- > Sozialräumliche Gesundheitsförderung und Prävention
- > Sicherstellung der Erreichbarkeit von Einrichtungen



Ein Großteil der Städte und Gemeinden verfügt über Strategien und/oder Konzepte zur Bewältigung des demografischen Wandels. Diese weisen ganz unterschiedliche Schwerpunkte auf. Häufig sind dies integrierte kommunale Entwicklungskonzepte (wie Dorfentwicklungskonzepte), die mehrere unterschiedliche Handlungsfelder umfassen. Auch die Kreise verfügen zum Teil über integrierte Strategien zur Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels („Demografischer Wandel im Hochsauerlandkreis“, Hochsauerlandkreis; „AK Demografie und Zukunftskonzept 2020“, Kreis Soest). Die Koordination dieser Aktivitäten und die Erarbeitung der Strategien übernimmt oftmals der Querschnittsbereich der Regionalentwicklung. Hierzu ist eine fachbereichs- bzw. fachdienstübergreifende Zusammenarbeit nötig, die die Kreise, Städte und Gemeinden aufgrund eng abgesteckter Zuständigkeitsbereiche und unterschiedlicher Problemsichten noch vor Herausforderungen stellt. Im Hinblick auf die medizinische Versorgung konzentrieren sich die Städte und Gemeinden stärker auf Maßnahmen, die die gegenwärtige Versorgungslandschaft erhalten, wie die Gewinnung von Mediziner/-innen und nicht so sehr auf Maßnahmen, die eine Neuorganisation der Versorgung beinhalten würden, wie alternative Versorgungsformen.

Gründe für diese Beschränkung und eine geringe Verantwortungsübernahme bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung sind aus Sicht der Städte und Gemeinden vor allem fehlende personelle und finanzielle Ressourcen. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die unklare Zuständigkeit der Kommunen, wie sie insbesondere bei der ambulanten medizinischen Versorgung besteht. Die Zuständigkeit der Kommunen wird häufig erst wahrgenommen, wenn die Probleme bereits unübersehbar geworden sind, der rechtlich verantwortliche Akteur diese nicht im Sinne des Gemeinwohls lösen kann und Presse wie auch Bevölkerung das Engagement der Kommune aktiv einfordern. Den Kommunen fehlen hier Steuerungskompetenzen und Einflussmöglichkeiten. Sie können aber strategisch, moderierend, informierend und initiiierend in eine gewünschte Richtung lenken, wie es bereits in einigen Beispielen wie dem Projekt „ambulant vor stationär“ im Hochsauerlandkreis geschieht (siehe Kap. 5).

Handlungsempfehlungen für die Kommunen

- > Im Hinblick auf den demografischen Wandel haben die Kommunen ein ausgeprägtes Problembewusstsein. Sie sollten jedoch stärker ihre Rolle als steuernder und koordinierender Akteur wahrnehmen.
- > Die Kommune muss im Sinne der kommunalen Daseinsvorsorge im Bereich der Pflege wieder mehr Koordinations-, Planungs- und Steuerungsaufgaben übernehmen, um eine ausgewogene Trägervielfalt zu gewährleisten und die integrierte Versorgung zu forcieren.
- > Die Planung der Gesundheits- und Pflegeinfrastruktur muss sich stärker an den sozialräumlichen Gegebenheiten orientieren. Dazu müssen die Situation und die Planungen der Nachbarkommunen einbezogen werden.
- > Die interne Vernetzung (dezernats- und fachdienstübergreifende Zusammenarbeit) der kommunalen Verwaltung sollte angesichts neuer strategischer und steuernder Aufgaben gestärkt werden. Dies entspricht auch den neuen Anforderungen durch das APG NRW.
- > Die Konzepte, die sich wesentlich auf finanzielle Anreizmechanismen zur Gewinnung und Ansiedlung von Ärztinnen und Ärzten konzentrieren, müssen neue Versorgungsformen, die an zentralen Standorten gelegen sind, ergänzt werden. Um die Versorgung damit in der Fläche sicherzustellen, sind flankierende Erreichbarkeitskonzepte (z. B. Hol- und Bringdienste) von hoher Bedeutung. Um ein solches Versorgungskonzept zu erarbeiten und umzusetzen, ist die steuernde Funktion der Kommune gefragt.
- > Auch die Sicherstellung der Nahversorgung ist hinsichtlich der Lebensqualität in den einzelnen Ortsteilen und eines längeren Verbleibs zu Hause von großer Bedeutung. Daher müssen innovative Modelle und Konzepte zur Sicherstellung der Nahversorgung in den ländlichen und strukturschwachen Teilräumen gefördert werden.



Dem demografischen Wandel auf lokaler Ebene begegnen – Standardisierte Befragung der südwestfälischen Städte und Gemeinden

Im Zuge des demografischen Wandels wird von verschiedenen Seiten ein verstärktes kommunales Engagement bei der Bewältigung von Versorgungsengpässen und -lücken gefordert. Vor diesem Hintergrund wurde im September/Oktober 2014 im Rahmen des Projekts StrateG!N eine schriftliche Befragung der Bürgermeister/-innen der 59 südwestfälischen Städte und Gemeinden durchgeführt.

Inhalte der Befragung waren:

- > Einschätzung der gesundheitlichen Versorgungssituation
- > Definition relevanter Handlungsfelder
- > Handlungs- und Einflussmöglichkeiten in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
- > Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren
- > Hemmnisse bei der Bewältigung der Problemlagen

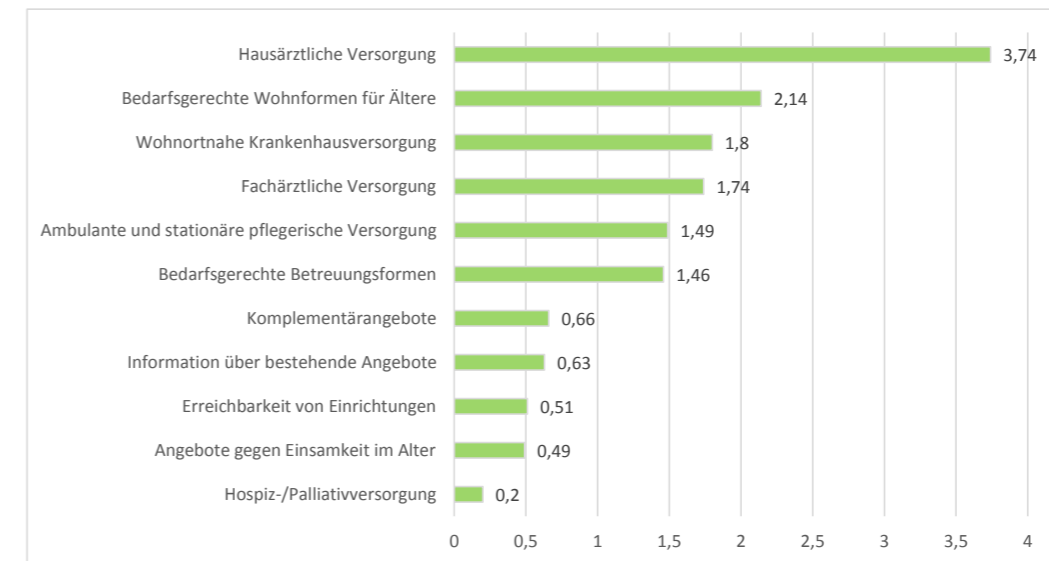
Die Fragebögen wurden direkt an die Bürgermeister/-innen der Städte und Gemeinden versandt; diese konnten die Beantwortung jedoch an Mitarbeiter/-innen in den zuständigen Abteilungen delegieren. Erreicht wurde so eine Ausschöpfungsquote von nahezu 75 %: 44 der 59 Städte und Gemeinden Südwestfalens haben sich an der Befragung beteiligt.

Die Kommunen haben eine Bewertung der besonders problematischen Handlungsfelder (beispielsweise hausärztliche Versorgung) und der zukünftigen Herausforderungen vorgenommen und Rangplätze für die Handlungsfelder mit den wichtigsten Herausforderungen vergeben. Dabei stellt die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (3,74) mit deutlichem Abstand (von 1,6 Rangpunkten) die bedeutendste Herausforderung dar (siehe Abb. 7.1). Es folgt die Schaffung von bedarfsgerechten Wohnformen, Wohnungen und Wohnumfeldern für ältere Menschen (2,14) und wiederum mit einigem Abstand eine wohnortnahe Krankenhausversorgung (1,8) sowie die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (1,74).

Dementsprechend wird die ambulante medizinische Versorgung von den Städten und Gemeinden als Bereich gesehen, indem spätestens in langfristiger Perspektive die Sicherstellung der Versorgung gefährdet ist (siehe Abb. 7.2). Doch auch bereits in den nächsten fünf Jahren sehen knapp 40 % der Kommunen die Versorgung mit Haus- sowie Fachärzten und -ärztinnen als gefährdete Bereiche an.

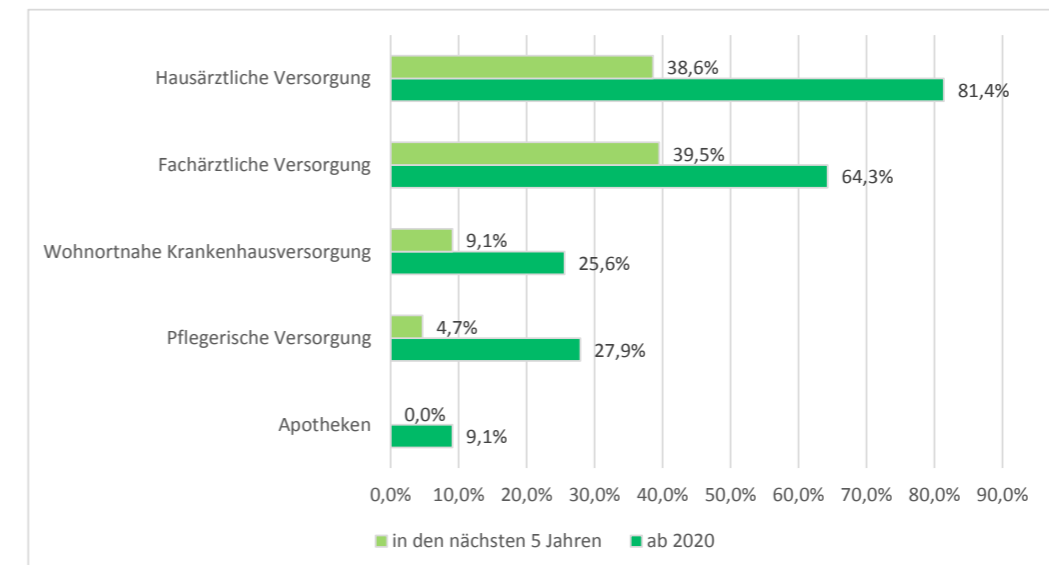
Vor diesem Hintergrund sind in einigen übergreifenden, insbesondere strategisch ausgerichteten, Aufgabenfeldern die Anforderungen an die Städte und Gemeinden aus Sicht der Befragten gestiegen (siehe Abb. 7.3).

Abbildung 7.1: Wichtigste Herausforderungen für die Städte und Gemeinden (Durchschnittlicher Rang)



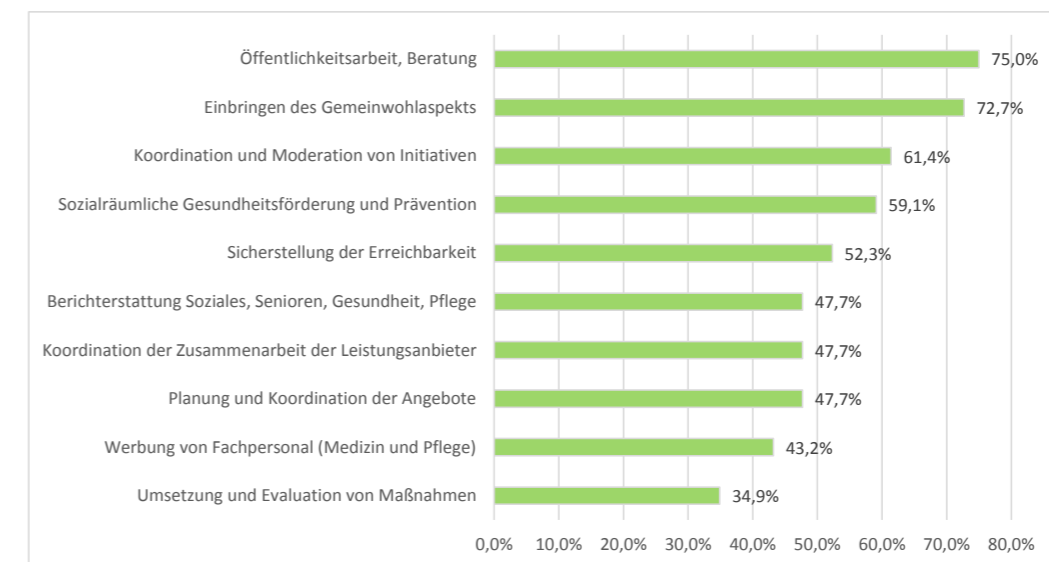
Quelle:
eigene Darstellung (n=35)

Abbildung 7.2: Bereiche, in denen die Versorgung als gefährdet angesehen wird



Quelle:
eigene Darstellung (n=42)

Abbildung 7.3: Bereiche, in denen die Anforderungen an die Städte und Gemeinden in den letzten zehn Jahren gestiegen sind



Quelle:
eigene Darstellung (n=43)

7.2 Daten und Analysen als Voraussetzung für strategisches Handeln der Kommunen

Ausgangslage

Voraussetzung für die Reorganisation und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ist eine gute Datengrundlage auf kleinräumiger Ebene. So benötigen Kommunen, wenn sie einen aktiven Part in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung einnehmen sollen (siehe Kap. 7.1), eine aussagekräftige Daten- und Informationsbasis. Planung und zukunftsorientierte Gestaltungsprozesse erfordern einen guten Überblick über die lokalen Gegebenheiten und Entwicklungen. Dabei sind sowohl soziodemografische Daten von Bedeutung, wie auch Daten zu bestehenden Einrichtungen und Angeboten sowie zu den Bedarfslagen der Bürger/-innen.

Die Arbeitshilfe für Kommunen ‚Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen‘ (Olbermann et al. 2014) bietet eine Übersicht darüber, wie Kommunen – unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Ausgangssituationen – den Prozess der Altenberichterstattung strukturieren können. Zwar ist die Altenberichterstattung nur ein Teilbereich der kommunalen Sozialplanung, jedoch treffen die in der Arbeitshilfe gegebenen Hinweise und Informationen zur Erhebung und Analyse von Daten auch auf andere Bereiche zu. Zu einer aussagekräftigen Planungsbasis gehören einerseits die Erfassung und Aufbereitung soziodemografischer Daten und andererseits die Durchführung einer Bestands- und Bedarfsanalyse (dazu im Folgenden Olbermann et al. 2014). Wichtige Merkmale, die in einer soziodemografischen Analyse berücksichtigt werden sollten, sind beispielsweise Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, Haushaltgröße, Familienstand, Einkommen, Erwerbsbeteiligung und Pflegebedürftigkeit. Einige soziodemografische Daten liegen den Kommunen selbst vor (z. B. die Einwohnermeldedaten). Zusätzlich können Daten im Internet abgerufen werden, beispielsweise bei dem Landesbetrieb Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW, www.it.nrw.de), den Statistischen Ämtern

des Bundes und der Länder (www.statistikportal.de), der Regionalstatistik Deutschland (www.regionalstatistik.de) und bei der Bertelsmann Stiftung (www.wegweiser-kommune.de). Dabei ist insbesondere auf die Aktualität und den Grad der Differenzierung zu achten. Zudem sollte auch die Entwicklung der soziodemografischen Daten im Zeitverlauf (sowohl auf die Vergangenheit als auch auf die Zukunft gerichtet) betrachtet werden. Ergänzt werden können diese Datenbasen auch durch eigene empirische Erhebungen, wie z. B. eine Bürgerbefragung. Auch für die Bestandsanalyse können neben kommunalen Daten und Sekundärdaten eigene Daten erhoben werden. Zu empfehlen ist, dass in einer Befragung der betreffenden Einrichtungen auch die Nutzung und Erreichbarkeit der Angebote in Erfahrung gebracht werden. Für die Bedarfsanalyse sollten sowohl quantitative als auch qualitative Methoden genutzt werden. Als quantitative Methode empfiehlt sich eine standardisierte Befragung. Als qualitative Methoden kommen u. a. teilnehmende Beobachtungen, Bürgerforen, Ortsbegehungen, Zukunftswerkstätten in Frage. Auf Basis dieser Datenanalysen können Schlussfolgerungen für das weitere Handeln der Kommune gezogen werden.

Die Bereitstellung einer aussagekräftigen Daten- und Informationsbasis ist für viele Kommunen jedoch eine Herausforderung. Oft liegen Angaben zu komplementären Diensten – sowohl in Bezug auf den Bestand, die Nutzung und den Bedarf – nur lückenhaft vor (Schmitz/Naegele 2009). In der Befragung der 59 Städte und Gemeinden Südwestfalens, die im Rahmen des Projekts StrateG!N durchgeführt wurde, gab ein Viertel der antwortenden Kommunen an, Unterstützungsbedarf bei der Bereitstellung von Daten und Statistiken zu haben. Vor allem fehlende Zugriffsmöglichkeiten auf kleinräumige Daten können ein Hindernis darstellen (Schmitz/Naegele 2009). So stellt das Statistische Landesamt für einige Themenbereiche keine Daten auf Ebene der kreisangehörigen Städte und Gemeinden zur Verfügung (ebd.).

Das in dem Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demografiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen (GEPA NRW) vorgesehene Verfahren zur elektronischen Datenverarbeitung (§ 9 APG NRW) wird voraussichtlich dazu beitragen, dass Kommunen zukünftig aktuelle, planungsrelevante Daten erhalten.



Ausgewählte Handlungsansätze im Projekt StrateG!N

Auch für das Projekt StrateG!N war es wichtig, kleinräumige Daten und Informationen zu erhalten, um auf dieser Basis praxisbezogene Lösungsansätze zu entwickeln. So wurden die demografische Entwicklung sowie die gesundheitliche und pflegerische Versorgungsinfrastruktur in Südwestfalen analysiert. Diese Analysen werden im Folgenden kurz dargestellt, da sie insbesondere für Kommunen interessant sind.

Zu Beginn des Projekts wurden zunächst die Struktur und die Entwicklung der Bevölkerung in der Region analysiert. Darauf aufbauend konnte ein demografisch indizierter Risikoindex entwickelt werden, der darauf hinweist, in welcher Stadt oder Gemeinde es besonders dringlich ist, sich mit der Frage der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen (dazu im Folgenden FfG 2013). Dazu wurde der Versorgungsbedarf mit dem Versorgungspotenzial und der Versorgungsstruktur in Beziehung gesetzt. Als zentrale Indikatoren für den Versorgungsbedarf fungierten dabei der Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahre und der Anteil der Frauen im Alter ab 80 Jahre, da ab einem Alter von 80 Jahren das Risiko, pflegebedürftig zu werden, stark ansteigt und Frauen überdurchschnittlich oft betroffen sind (Statistisches Bundesamt 2013). Für das Versorgungspotenzial wurden als zentrale Indikatoren der Anteil der Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 25 und 67 Jahren sowie der

Frauenanteil in dieser Altersgruppe herangezogen. Dabei wird die Altersgruppe der 25- bis 67-Jährigen als Gruppe der Personen im erwerbsfähigen Alter definiert. Der Frauenanteil in dieser Gruppe findet besondere Berücksichtigung, da in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung mehrheitlich Frauen beruflich tätig sind und die Angehörigenpflege überwiegend von Frauen übernommen wird. Für die Versorgungsstruktur wurde hilfsweise der Indikator der Bevölkerungsdichte herangezogen, da erfahrungsgemäß in Regionen mit niedriger Bevölkerungsdichte eine ausgedünntere Versorgungsinfrastruktur vorzufinden ist als in Regionen mit höherer Bevölkerungsdichte, auch wenn nicht von einer linearen Kausalität ausgegangen werden kann. Es ist zu empfehlen, an diesen Versuch, ein Vergleichsmaß für das gesundheitlich-pflegerische Versorgungsrisiko in verschiedenen Kommunen zu finden, anzuknüpfen und den Risikoindex weiterzuentwickeln. So sollte eine Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur über den hilfsweise herangezogenen Indikator der Bevölkerungsdichte hinaus erfolgen. Bei einer Weiterentwicklung sollten auch Aspekte der Erreichbarkeit berücksichtigt werden. Der Risikoindex wurde für die 59 Städte und Gemeinden Südwestfalens sowie – aus Vergleichsgründen – für das Land Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2020 und 2030 berechnet. Die Berechnung des Risikoindexes ist anhand einer fiktiven Beispielm Kommune in der Abb. 7.4 dargestellt.

Außerdem wurden Untersuchungen zur gesundheitlichen und pflegerischen, vorpflegerischen und pflegerischen ergänzenden Infrastruktur sowie zur Beschäftigungssituation in ausgewählten Gesundheitsberufen in der Region Südwestfalen durchgeführt. Dazu wurden Internetrecherchen in verschiedenen Datenbanken betrieben sowie Beschäftigungsstatistiken ausgewertet. Die Infrastrukturanalyse liegt in Form von Kommunalprofilen aller 59 kreisangehörigen Kommunen vor. In fünf Kreis dossiers sind die Ergebnisse der Kommunalprofile der kreisangehörigen Städte und Gemeinden zusammengefasst. Außerdem geben die Kreis dossiers einen Überblick über die Beschäftigungssituation in den ausgewählten Gesundheitsberufen.⁷

Empfehlungen

- > Die Städte und Gemeinden mit einem hohen Risikoindex sollten sich vordringlich mit der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf befassen.
- > Bei der Erstellung kommunaler Demografiekonzepte und bei der Durchführung einer kommunalen Altenberichterstattung sollten die im Rahmen von StrateG!N erhobenen Daten aktualisiert und integriert werden.
- > Die im Projekt StrateG!N erstellten Kreis dossiers und Kommunalprofile sollten von den Kommunen stärker genutzt und regelmäßig aktualisiert werden.
- > Empfehlenswert ist eine Erhebung und Analyse von Daten, die sich an dem in der Arbeitshilfe für Kommunen ‚Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen‘ (Olbermann et al. 2014) beschriebenen Prozess orientiert.

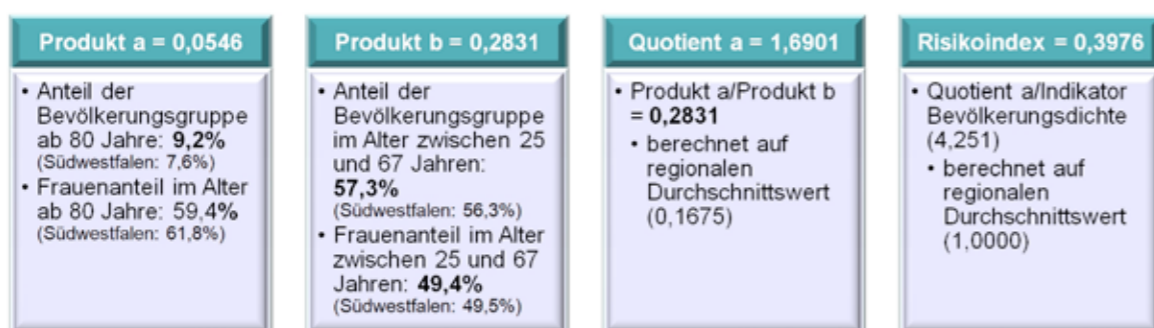


Abbildung 7.4: Berechnung des Risikoindexes für eine fiktive Beispielm Kommune

Quelle: FfG 2013: 32

⁷ Die Studie zu demografischen Entwicklungen in Südwestfalen (siehe FfG 2013) sowie die Kreis- und Kommunalprofile können auf der Homepage des Projekts StrateG!N heruntergeladen werden (www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/home/aktivitaeten-projekte/bmbf-projekt-strategin.html).



8. Ausblick

Mit der Roadmap endet das Projekt StrateG!N offiziell, aber die Aktivitäten gehen weiter.

In den drei Jahren des Projekts wurden viele Kontakte geknüpft oder vertieft und es sind belastbare Kommunikationsstrukturen entstanden. Dies gilt für den intensiven, regelmäßigen Austausch sowohl im Steuerkreis als auch in den Dialoggruppen, in denen sich zunehmend vertrauensvolle Beziehungen herausbildeten. Am Ende des Projekts formulieren viele beteiligte Partner/-innen ein großes Interesse an der weiteren Bearbeitung der in der Roadmap angesprochenen Themen und vor allem an der Weiterführung des etablierten Austauschs.

In der Region wird bereits an der Übertragung konkret erzielter Ergebnisse gearbeitet. Dies gilt insbesondere für das Modell der interkommunalen Gesundheits- und Pflegenetzwerke, das in Plettenberg und Herscheid entwickelt wurde und in mehreren Kreisen als zukunftsweisend angesehen wird.

Auch können verschiedene Plattformen wie z. B. lokale Gesundheits- und Pflegekonferenzen sowie Bürgermeisterkonferenzen die in dieser Roadmap aufgeführten Themen und vor allem die Handlungsempfehlungen weiter behandeln. Viele der Ideen, die im Projekt entstanden sind, können für Anträge in öffentlichen Projektausschreibungen genutzt werden. Dies bietet eine Chance, die entstandenen Netzwerke zu verstetigen und die Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis zu festigen.

Der sektoren- und berufsgruppenübergreifende Austausch, den die Beteiligten als sehr fruchtbar erlebt haben und der weitestgehend durch das StrateG!N-Team organisiert wurde, soll aus Sicht der Beteiligten nach Projektende in jedem Fall weiter geführt werden. Dies findet eine breite Unterstützung, wie auch die große Zahl der Erstunterzeichner und -unterzeichnerinnen des Memorandums zeigt. Die Organisation des Austauschprozesses im bisherigen Umfang durch einen der Praxispartner wird allerdings wegen fehlender Ressourcen als zu ambitioniert angesehen. Vorgesehen sind bisher regelmäßige Veranstaltungen, zu denen die am StrateG!N-Projekt Beteiligten eingeladen werden, um den Dialog sowie konkrete Vernetzungsaktivitäten fortzuführen. Folgende drei Organisationen haben sich bereits jetzt bereit erklärt, für den Informationsaustausch zu sorgen und den Dialogprozess weiter zu organisieren und zu begleiten:

> [Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V.](#)

> [Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.](#)

> [Südwestfalen Agentur GmbH](#)

Die Roadmap soll weitere Impulse für ein vernetztes Vorgehen zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der Region geben. Nun kommt es darauf an, dass viele Empfehlungen dieser Roadmap von den Akteuren in Südwestfalen – auch ohne das StrateG!N-Team – im Dialog und vor allem in Kooperationsnetzwerken umgesetzt werden.



9. Teilroadmap: Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid

Wie ausführlich in der für Südwestfalen übergreifenden Roadmap dargestellt, fordert der demografische Wandel insbesondere ländliche Regionen in besonderer Weise (siehe Kap. 1). So sinken z. B. die Einwohnerzahlen, viele jüngere Fachkräfte wandern in attraktivere Ballungsgebiete ab, die Anzahl der älteren und pflegebedürftigen Menschen nimmt zu, Versorgungsbedarfe steigen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte haben Probleme, eine Nachfolge für ihre Praxis zu finden und viele Pflegeeinrichtungen leiden bereits heute unter dem Fachkräftemangel, der sich zukünftig noch verstärken wird.



Im Rahmen des Projekts StrateG!N wurde vom Institut für Gerontologie ein sogenannter Risikoindex (siehe dazu Kap. 7.2) entwickelt, der für Südwestfalen, für die 59 Städte und Gemeinden in den fünf Kreisen dieser Region sowie – aus Vergleichsgründen – für das Land Nordrhein-Westfalen für die Jahre 2020 und 2030 berechnet worden ist. Als zentrale Indikatoren fungieren dabei der Anteil der Bevölkerungsgruppe ab 80 Jahre, der Anteil der Frauen im Alter ab 80 Jahre, der Anteil der Bevölkerungsgruppe im Alter zwischen 25 und 67 Jahren, der Frauenanteil im Alter zwischen 25 und 67 Jahren sowie die Bevölkerungsdichte.

Die Gemeinde Herscheid im Märkischen Kreis zählt zu den insgesamt zehn Kommunen in Südwestfalen, die über einen stark bis sehr stark erhöhten demografisch induzierten Risikoindex verfügen. Der Risikoindex der benachbarten Stadt Plettenberg, mit der es schon verschiedene Kooperationen gab, liegt im Durchschnitt. Zwar ist ein hoher Risikoindex nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit der Erwartung von Versorgungsdefiziten, er weist aber darauf hin, dass es in der betreffenden Stadt oder Gemeinde besonders dringlich ist, sich mit der Frage der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen.

Neben diesen analytischen Aktivitäten haben zeitgleich Entwicklungen im Märkischen Kreis stattgefunden, die darauf abzielten, älteren und pflegebedürftigen Menschen einen möglichst langen und selbstbestimmten Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen. Hierzu gehörte z. B. die Weiterentwicklung der Pflegeberatung, die Stärkung ambulanter Angebote sowie der Aufbau eines lokalen Gesundheits- und Pflegenetzwerks (siehe Kap. 3).

Nachdem die beiden Bürgermeister der Kommunen Plettenberg und Herscheid ihr ausdrückliches Interesse an dem Aufbau eines Gesundheits- und Pflegenetzwerks Plettenberg/Herscheid bekundet hatten, wurde mit ihnen, sowie den Wissenschaftlerinnen des Projekts StrateG!N, der lokalen Seniorenvertretung, weiteren Personen aus den Verwaltungen der beiden Kommunen und des Kreises sowie Akteuren der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Frühjahr 2013 eine Steuerungsgruppe gebildet, die einen Projektfahrplan für das Netzwerk erstellt hat und regelmäßig zusammen kam, um die Arbeitsergebnisse zu besprechen.

Mit dem Instrument der interkommunalen Zusammenarbeit zielt das Netzwerk darauf ab, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in den beiden Orten mittel- und langfristig sicherzustellen. Dabei sind drei Themenfelder identifiziert worden, die für Plettenberg/Herscheid besonders wichtig sind, nämlich (1) Vermeidung von Einsamkeit und Isolation im Alter, (2) Angebote zur Demenzversorgung und (3) Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Nach einer erfolgreichen und sehr gut besuchten Auftaktveranstaltung Anfang Oktober 2013 haben sich zu den Themen drei Runden Tische gebildet, deren Arbeit nach je drei bis vier Sitzungen vorerst abgeschlossen ist. Sie haben konkrete Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickelt, wie die Versorgung in den verschiedenen Bereichen optimiert werden kann. Damit soll nicht nur die Lebensqualität insbesondere älterer Menschen, sondern auch die Attraktivität der beiden Kommunen insgesamt erhöht werden, um Arbeitskräfte zu halten und zu gewinnen.

An den Runden Tischen haben jeweils zwischen 20 und 30 Personen teilgenommen, zum Teil in doppelter oder dreifacher Funktion. Vertreten waren sowohl ehrenamtlich Tätige und kommunale Vertreterinnen und Vertreter als auch professionelle Anbieter aus allen relevanten Bereichen:

Selbsthilfe, Seniorenvertretung, Wohlfahrtsverbände, ambulante und stationäre Pflegeanbieter, (Fach)Ärztinnen und (Fach)Ärzte, Apotheken, Krankenhaus, Kirche, Vereine, Wohnungswirtschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegekassen und Vertreterinnen und Vertreter der Kommunalpolitik. Die Moderation der Runden Tische erfolgte von einem Tandem aus Vertreterinnen und Vertretern des Märkischen Kreises, der beiden Gemeinden und des Instituts für Gerontologie.



Die drei Runden Tische (RT) haben insgesamt neun Projektgruppen gebildet, die zu folgenden Themen gearbeitet haben: Ehrenamtliche Seniorenbegleitung (RT 1), Gesundheits- und Reha-Sport (RT 1), Ausbau ambulanter Angebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen (RT 2), Aufklärung/ Öffentlichkeitsarbeit Demenz (RT 2), Therapeutische Möglichkeiten (RT 2), Diabetes (RT 3), Pharmazie (RT 3), Überleitungsmanagement Krankenhaus (RT 3) und Wegweiser (RT 1-3 übergreifend). Nach Abschluss ihrer Arbeit haben die Projektgruppen ihre Ergebnisse in die Runden Tische eingespeist. Auf Basis der Ergebnisse der Runden Tische ist für die nächsten Jahre die vorliegende Roadmap entwickelt worden, die aufzeigt, welche Handlungsstränge in welcher Verantwortung von welchen Akteuren umgesetzt werden sollen.

9.1 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 1 – „Zufrieden zu Hause – gegen Einsamkeit und Isolation im Alter“

Ziele	Empfehlungen / Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Förderung des Ehrenamtes	Einrichtung einer neuen Kleingruppe: Diskussion, was ehrenamtlich geleistet werden kann Diskussion über Aufwandsentschädigungen	Kommunen, Freiwilligenzentrale, Ehrenamtliche Einrichtungen, bei denen Ehrenamtliche tätig sind Verantwortlich: Freiwilligenzentrale / Kommunen	Deutliche Abgrenzung zwischen Ehren- und Hauptamt Stärkere Wertschätzung des Ehrenamtes	Kurzfristig: 2015
Ausbildung und Installation von ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/-innen	Konzept erstellen, Finanzierung klären	Freiwilligenzentrale, Projektgruppe, Kommunen Verantwortlich: Freiwilligenzentrale	Mithilfe von ehrenamtlichen Seniorenbegleiter/-innen wird Senior/-innen ein längerer Verbleib in der eigenen Wohnung ermöglicht sowie Einsamkeit und Isolation vorgebeugt.	Mittelfristig: Start 2015
Sicherstellung von flächendeckenden Begegnungsstätten und Anlaufstellen für Ältere Information der Bevölkerung über die Begegnungsstätten und Anlaufstellen	Begegnungsstätten und Anlaufstellen für Ältere erfassen (Aufnahme in den Wegweiser) und ggf. ausbauen / Sicherstellung der Erreichbarkeit	Christiane Wilk, Bärbel Sauerland, neue Projektgruppe (verantwortlich Christiane Wilk)	In Plettenberg und Herscheid gibt es flächendeckende Begegnungsstätten und Anlaufstellen für ältere Menschen, damit diese nicht einsam zu Hause bleiben müssen und Informationen zu einem selbstständigen Leben bekommen. Die Begegnungsstätten und Anlaufstellen sind den älteren Menschen bekannt und gut erreichbar.	Information im Wegweiser umgesetzt Mittelfristig: Aufbau einer Projektgruppe
Sicherstellung von Treff-Möglichkeiten für ältere Menschen auch am Wochenende Information der Bevölkerung über die Treff-Möglichkeiten für ältere Menschen am Wochenende	Angebote am Wochenende für Ältere erfassen (Aufnahme in den Wegweiser) und ggf. ausbauen / Sicherstellung der Erreichbarkeit	Christiane Wilk, Bärbel Sauerland, neue Projektgruppe (verantwortlich Christiane Wilk)	Zur Vorbeugung von Einsamkeit und Isolation gibt es in Plettenberg und Herscheid Treff-Möglichkeiten für ältere Menschen auch am Wochenende. Diese sind den älteren Menschen bekannt und gut erreichbar.	Information im Wegweiser umgesetzt Sicherstellung muss noch bearbeitet werden
Information der Bevölkerung über die Angebote im Bereich Gesundheits- und Rehasport Ermöglichung einer zielgerichteten Suche nach passenden Angeboten im Internet	Angebote im Gesundheits- und Rehasport sammeln und veröffentlichen, im Wegweiser und auf den Homepages von Plettenberg und Herscheid	Winfried Schulte, Stadtsportverband, Team Wegweiser Kleingruppe mit Winfried und Noel Schulte, Frank-Ulrich Sohn, Annette Dunker, Jürgen Beine (verantwortlich Winfried Schulte)	Die Angebote im Bereich Gesundheits- und Rehasport werden bekannter. Im Internet können Angebote zielgerichtet gesucht werden.	Information im Wegweiser umgesetzt Mittelfristig: Realisation einer Plattform im Internet

9.2 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 2 – „Begleiten beim Vergessen – Angebote zur Demenzversorgung“

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Ausbau ambulanter Angebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen“

Ziele	Empfehlungen / Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Implementierung einer Telefonkette in Plettenberg	Implementierung, Konzept nach Herscheider Modell	Freiwilligenzentrale, Seniorenvertretung (verantwortlich Freiwilligenzentrale)	Eine Telefonkette ermöglicht älteren Menschen aus Plettenberg regelmäßige Telefonkontakte, welche Einsamkeit und Isolation vorbeugen und bestenfalls zur aktiveren Teilnahme am Leben ermuntern.	Mittelfristig
Sicherstellung der Mobilität, insb. auch abends und am Wochenende	Prüfen und zusammenstellen, welche Möglichkeiten es gibt (entweder veranstaltungs- bzw. projektbezogen oder generell) * Erprobung an einem Sonntag des Plettenberger Kultursommers	Jeweilige Projekt-/ Veranstaltungsverantwortliche Evtl. Projektgruppe (mit Delia Schulte) Kulturbüro Plettenberg	Es ist sichergestellt, dass ältere Menschen auch Angebote, die abends und am Wochenende sind, erreichen können.	Kurzfristig der Versuch: nicht möglich Mittelfristig
Information der Bevölkerung über die Wichtigkeit, dass bei Teilnahme am Gesundheits- oder Rehasport dem/der Übungsleiter/-in relevante Nebendiagnosen mitgeteilt werden	Aufnahme eines Informationstextes in den Wegweiser	Team Wegweiser, Annette Dunker	Ein Text im Wegweiser informiert über die Wichtigkeit, dass bei Teilnahme am Gesundheits- oder Rehasport dem/der Übungsleiter/-in relevante Nebendiagnosen mitgeteilt werden	Information im Wegweiser umgesetzt

* Bürgerbus, MVG, Seniorentaxi, Fahrdienst Glöckner, Fahrdienst DRK usw.

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Mehr Einrichtungen, die Angebote anbieten	Planung und Durchführung einer Schulung für Ehrenamtliche (30 Std.)	Demenz-Netzwerk Demenzservicezentrum Dortmund	Geschulte Ehrenamtliche für die Betreuung von Demenzkranken	Mittelfristig
Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote	Aufbau einer Betreuungsgruppe in Herscheid	Seniorenzentrum Herscheid Demenz-Netzwerk	Erste Betreuungsgruppe in Herscheid	Mittel- bis langfristig
Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote	Aufbau einer 3. Betreuungsgruppe in Plettenberg	Pflegedienste, Pflegeheime aus Plettenberg Demenz-Netzwerk	3. Betreuungsgruppe in Plettenberg	Mittel- bis langfristig
Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote	Aufbau eines Helferkreises zur Unterstützung der Demenzbetreuung	Pflegedienste, Pflegeheime Demenz-Netzwerk	Helferkreis für Plettenberg-Herscheid	Mittel- bis langfristig
Auf die Möglichkeit einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Gedächtnisproblemen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen aufmerksam machen	Gemeinsamer Aufruf in der Öffentlichkeit (Pressetermin) Erstellung eines Handzettels	Demenz-Netzwerk, Selbsthilfe-Kontaktstelle MK	Anlaufstelle für interessierte Personen Handzettel mit den wichtigsten Informationen	Mittelfristig
Perspektive der Betroffenen berücksichtigen	Aufbau einer „unterstützten“ Selbsthilfegruppe für Menschen mit Gedächtnisproblemen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen („Vorzimmer“)	Demenz-Netzwerk, Selbsthilfe-Kontaktstelle MK	Unterstützte Selbsthilfe für Betroffene	Langfristig

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Aufklärung / Öffentlichkeitsarbeit Demenz“

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren und den lokalen Printmedien	Gründung eines Demenz-Netzwerks Pressetermin zur Gründung des Demenz-Netzwerks	Alle interessierten Akteure, Kommunen Projektgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“	Demenz-Netzwerk Plettenberg-Herscheid	Kurzfristig: noch im Jahr 2014
Information der Bevölkerung über Angebote für Demenzerkrankte und deren Angehörige Bewusstsein für Demenz stärken	Veröffentlichungen zum Thema Demenz, eine Serie über die Anbieter/ Einrichtungen vor Ort und ihre Angebote im Bereich Demenz (Betreuungsgruppe, Häusliche Entlastung) und ein Aufruf zum Gewinn von Ehrenamtlichen für die Betreuung von Demenzerkrankten	Alle interessierten Akteure, Kommunen Projektgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“	Die Angebote im Bereich der Demenzversorgung werden bekannter Gewinnung von Ehrenamtlichen	Kurzfristig
Sensibilisierung für das Thema Demenz und Enttabuisierung des Themas in der Öffentlichkeit	Planung und Durchführung einer Veranstaltungsreihe für Plettenberg und Herscheid	Alle interessierten Akteure, Kommunen Projektgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“	Programm mit verschiedenen Aktivitäten (Vorträge, Filme), über einen bestimmten Zeitraum (halbes Jahr)	Mittelfristig: bereits in Planung
Unterstützung für Betroffene und Angehörige	Erstellung einer Checkliste (Erste Schritte zur Orientierung bei Demenz)	Alle interessierten Akteure, Kommunen Projektgruppe „Öffentlichkeitsarbeit“	Checkliste für Betroffene und Angehörige	Mittelfristig

9.3 Handlungsempfehlungen des Runden Tisches 3 – „Brücken nach Hause - Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Diabetes“ Empfehlungen für Herscheid/Plettenberg

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Verbesserung der telefonischen Erreichbarkeit der Diabetologischen Schwerpunktpraxis	Einführung eines extra Telefons / einer eigenen Telefonnummer für Pflegedienste	Diabetologische Schwerpunktpraxis	Leichte Erreichbarkeit der Diabetologischen Schwerpunktpraxis in dringenden Fällen	Kurzfristig
Verminderung des Aufwands, welchen Pflegeheime aufgrund der Verwendung von unterschiedlichen Testgeräten haben	Einigung der Diabetologischen Schwerpunktpraxis mit den Pflegeheimen auf 2 bis 3 Geräte, die bei Heimbewohnern/-innen eingesetzt werden	Diabetologische Schwerpunktpraxis und Pflegeheime	Prozessverbesserung	Kurzfristig
Stärkung der Prävention im Bereich Diabetes	Aufnahme eines Informationstextes zu Diabetes in den Wegweiser	Steuerkreis des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Plettenberg / Herscheid	Informationstext zu Diabetes im Wegweiser	Geplanter Text konnte aus Platzgründen nicht im Wegweiser veröffentlicht werden
Verbesserung der Kommunikation zwischen dem/der Therapeut/-in und den Pflegenden	Aufbau eines Hospitationssystems	Alle interessierten Akteure Herr Johannes (Koordination), bei Interesse Mail an: volker.johannes@me.com	Hospitationssystem	Mittelfristig
Regelmäßige berufsgruppenübergreifende Besprechung von Problemen und Lösungsmöglichkeiten im Bereich Diabetes	Einführung eines „Round Table Diabetes“, welcher mindestens einmal pro Jahr tagt und als Fortbildung organisiert ist	Veranstalter/-innen / Herr Friese	Verbesserte Prävention	Mittelfristig
Ermöglichung der Umsetzung von Einzelmaßnahmen	Bereitstellen eines Budgets im Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg / Herscheid für die unkomplizierte Umsetzung von Maßnahmen	Kommunen Plettenberg und Herscheid, Steuerekreis des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Plettenberg/ Herscheid	Ein Budget steht für die unkomplizierte Umsetzung von Einzelmaßnahmen zur Verfügung	Mittelfristig
Qualifizierung von Pflegekräften im Bereich Diabetes	Durchführung von Fortbildungen und Workshops durch die Diabetologische Schwerpunktpraxis für Pflegekräfte	Diabetologische Schwerpunktpraxis, Pflegeheime und Pflegedienste	Qualifizierte Pflegekräfte	Mittelfristig

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Stärkung der Prävention im Bereich Diabetes	Bildung einer Allianz zur Finanzierung des Diabetestags: zum Beispiel Verzicht der Stadt Plettenberg auf die Miete für die Räumlichkeiten	u.a. Stadt Plettenberg, Steuerkreis des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Plettenberg/Herscheid	Sicherstellung des jährlichen Diabetes-Tages	Langfristig
Qualifizierung von Ehrenamtlichen für die Unterstützung von Diabetes-Patienten/-innen	Durchführung von Schulungen in der Diabetologischen Schwerpunktpraxis	Diabetologische Schwerpunktpraxis und Freiwilligenzentrale und weitere Ehrenamtliche	Qualifizierte Ehrenamtliche unterstützen Diabetes-Patient/-innen	Langfristig
Verbesserung der Heimversorgung im Bereich Diabetes	Durchführung eines Pilotprojekts in Herscheid in Absprache mit den Hausärztinnen und -ärzten, in welchem Diabetesberater/-innen das Heim besuchen	Diabetologische Schwerpunktpraxis und Pflegeheim Herscheid	Übertragbare Ergebnisse zur Optimierung der Verbesserung der Heimversorgung im Bereich Diabetes	Bereits angelaufen

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Diabetes“ Empfehlungen an den Gesetzgeber / die Bundespolitik

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Verbesserung der Versorgung mit Medikamenten und Hilfsmitteln bei Diabetes	Erlaubnis, dass Apotheken mit Jahresrezepten arbeiten können	Gesetzgeber	Apotheken arbeiten mit Jahresrezepten	Langfristig
Verbesserung der Rahmenbedingungen des Einsatzes von ehrenamtlichen Seniorenbegleitern/-innen	Krankenkassen zahlen für den Einsatz von ehrenamtlichen Seniorenbegleitern/-innen (in Anlehnung an das Betreuungsgeld für Demenzerkrankte z. B. 100 - 200 Euro)	Gesetzgeber Krankenkassen	Der Einsatz von ehrenamtlichen Seniorenbegleitern/-innen wird von den Krankenkassen gezahlt	Langfristig

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Pharmazie“ Empfehlungen für Herscheid/Plettenberg

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Erkennung von Wechselwirkungen verbessern Eigenverantwortlichkeit der Patienten/-innen stärken	Stärkung der Selbstverantwortung der Patienten/-innen, indem ein einheitlicher Medikationsplan verwendet wird, über welchen die Patienten/-innen verfügen	Patienten/-innen, Krankenhaus, Ärzte/-innen, Apotheken, Seniorenvertretung Projektgruppe „Pharmazie“	Einheitlicher Medikationsplan für Patienten/-innen in Plettenberg und Herscheid (an vielen Stellen erhältlich, z. B. Apotheken, Arztpraxen, Rathäuser, Internet)	Kurzfristig: Medikationsplan ist erstellt, Verbreitung muss noch erfolgen
Eigenverantwortlichkeit der Patienten/-innen stärken	Aufnahme eines Informationstextes zum Medikationsplan in den Wegweiser	Steuerkreis des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Plettenberg/Herscheid	Informationstext zum Medikationsplan im Wegweiser	Information im Wegweiser umgesetzt
Eigenverantwortlichkeit der Patienten/-innen stärken	Durchführung von Schulungen zum Medikationsplan	Akteure, die den Medikationsplan ausgeben	Patienten/-innen sind über den Medikationsplan informiert	Kurzfristig: Verbreitung muss noch erfolgen
Information der Bevölkerung über die Zuständigkeit des Notdienstes (von Apotheken und Ärzten und Ärztinnen)	Aufnahme eines Informationstextes zum Notdienst der Apotheken und der Ärzte und Ärztinnen in den Wegweiser	Steuerkreis des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Plettenberg/Herscheid Frau Cramer (Erstellung des Textes)	Informationstext zum Notdienst der Apotheken und der Ärzte und Ärztinnen im Wegweiser	Information im Wegweiser umgesetzt
Verbesserung der Information über Abwesenheitszeiten der Ärzte und Ärztinnen	Stellen eines Antrags bei der Vollversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung, dass genauer geregelt werden soll, wann und wie niedergelassene Ärzte und Ärztinnen ihren Urlaub ankündigen müssen	Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen	Bessere Information über die Abwesenheitszeiten von Ärzten und Ärztinnen	Mittelfristig
Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen	Einführung eines Hospitationssystems für aktuell Beschäftigte (Hospitation in der Apotheke, im Pflegeheim, in der Arztpraxis, in der ambulanten Pflege)	Alle beteiligten Akteure/Berufsgruppen, die daran Interesse haben Herr Oehlschlägel und Frau Cramer (eruierten der Möglichkeiten)	Hospitationssystem für Beschäftigte	Mittelfristig
Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen	Einführung eines Hospitationssystems für Auszubildende (Hospitation in der Apotheke, im Pflegeheim, in der Arztpraxis, in der ambulanten Pflege)	Alle beteiligten Akteure/Berufsgruppen, die daran Interesse haben Herr Oehlschlägel und Frau Cramer (eruierten der Möglichkeiten)	Hospitationssystem für Auszubildende	Mittel- bis langfristig
Erkennung von Wechselwirkungen verbessern	Entwicklung / Einführung eines verlässlichen Softwaresystems für Hausarztpraxen, welches Wechselwirkungen erkennt (alternativ online über ein DocCheck-Passwort)	Ärztinnen und Ärzte Frau Klever-Scherer (Firmenrecherche)	Verlässliches System zur Erkennung von Wechselwirkungen durch Hausärzte und -ärztinnen	Langfristig

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Pharmazie“ Empfehlungen an den Gesetzgeber / die Bundespolitik

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Erkennung von Wechselwirkungen verbessern	Einführung des Medikationschecks der Apotheken als bezahlte, abrechnungsfähige Leistung	Gesetzgeber	Medikationscheck als bezahlte, abrechnungsfähige Leistung von Apotheken	Langfristig
Abschaffung von falschen Anreizen	Veränderung des Systems, dass Apotheken nicht ausschließlich nach der Anzahl der verkauften Packungen bezahlt werden	Gesetzgeber	Bezahlung der Apotheken nicht ausschließlich aufgrund der verkauften Packungen	Langfristig
Verbesserung der Versorgung mit Medikamenten	Erlaubnis, dass Apotheken Medikamente, welche nachrezeptiert werden, in Grenzen vorab abgeben dürfen (bei Dauermedikation und Folgerezepten)	Gesetzgeber	Apotheken können Medikamente, die nach-rezeptiert werden, vorab abgeben	Langfristig
Verbesserung der Versorgung mit Medikamenten	Einführung, dass Krankenhausärzte und -ärztinnen für kleine Mengen ein Rezeptierrecht bekommen	Gesetzgeber	Krankenhausärzte und -ärztinnen haben ein Rezeptierrecht für kleine Mengen	Langfristig

Handlungsempfehlungen der Projektgruppe „Überleitungsmanagement Krankenhaus“

Ziele	Maßnahmen	Verantwortliche / Beteiligte	Ergebnisse	Zeitraumen
Verbesserung des Überleitungsmanagements am Plettenberger Krankenhaus	Konsequente Anwendung des Expertenstandards, ggf. personelle Aufstockung in diesem Bereich, ggf. Schulungen	Krankenhaus / ggf. Ehrenamtliche	Das Überleitungsmanagement wird nach Expertenstandard umgesetzt	In Arbeit
Verbesserung des Überleitungsmanagements (Verordnungen, Krankschreibungen usw.) an Wochenenden/Feiertagen	Gründung einer Filialpraxis am Krankenhaus (verschiedene Modelle sind möglich)	Krankenhaus / Ärztenetzwerke / Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung / niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	Filialpraxis am Krankenhaus mit Medikamentenvorrat	Mittelfristig
Sicherstellung von Medikation an Wochenenden/Feiertagen	Beschäftigung weiterer kassenrezeptierberechtigter Ärzte und Ärztinnen am Krankenhaus	Krankenhaus	Medikamente könnten auf allen Stationen verschrieben werden	Kurz- bis mittelfristig
Bessere Kommunikation der beteiligten Dienste untereinander	Fortführung des Gesundheits- und Pflegenetzwerkes Erstellung des Wegweisers	Alle beteiligten Akteure / Einrichtungen im Gesundheits- und Pflegenetzwerk, weitere Einrichtungen in Plettenberg und Herscheid	Entdecken und Beseitigen von Versorgungslücken, direkte Kommunikationswege Gute Informationen über Gesundheit und Pflege	In Arbeit Wegweiser ist erstellt
Einheitlicher Informationsstand über Patienten/-innen	Einführung von einheitlichen Notfallkarten nach Muster der Plettenberger Seniorenvertretung	Gesundheits- und Pflegenetzwerk, Seniorenvertretung, alle Patienten/-innen, Krankenkassen, Rettungsdienste usw.	Einheitliche Informationen im Notfall für Rettungsdienst, Ärzte und Ärztinnen, Krankenhaus usw.	Kurzfristig: 2015

Anhang

Quellenverzeichnis

Amelung, Volker E.; Meyer-Luttererloh, Klaus; Schmid, Elmar; Seiler, Rainer; Lägél, Ralph; Weatherly, John N. (2006): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In Amelung, Volker E.; Sydow, Jörg; Windeler, Arnold (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen: Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer, S. 9-24.

Amelung, Volker E. (2013): Einleitung. In Amelung, Volker E.; Hess, Rainer; Koschorrek, Rolf; Lang, Thomas; Quodt, Hanspeter; Schwartz, Friedrich; Scriba, Peter (Hrsg.): Versorgung gemeinsam gestalten, aber wie? MSD-Forum GesundheitsPARTNER – MSD-Gesundheitspreis. Haar: MSD SHARP & DOHME GMBH, S. 9-32. http://www.msd.de/fileadmin/files/pdf/gesundheitspreis/MSD-Gesundheitspreis_MG_final.pdf. Zugegriffen am 25.02.2015.

Bräutigam, Christoph; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Öz, Fikret (2014): Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_306.pdf. Zugegriffen am 28.01.2015.

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/V/Versorgungsstaerkungsgesetz/141217_Entwurf_VSG.pdf. Zugegriffen am 08.12.2014.

Bundesregierung (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Berlin. http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=9678D21B7DFC5BBFD71960FC733E2340.s4t2?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen am 25.02.2015.

Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV) (2012): Sterben und Tod kein Tabu mehr – Die Bevölkerung fordert eine intensivere Auseinandersetzung mit diesen Themen. http://www.dhpv.de/service_forschung_detail/items/2012-08-20_Wissen-und-Einstellungen-zum-Sterben.html. Zugegriffen am 28.11.2014.

Deutsches Ärzteblatt (2013): Deutsche wollen lieber zu Hause gepflegt werden. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/55331/Deutsche-wollen-lieber-zu-Hause-gepflegt-werden>. Zugegriffen am 01.07.2014.

Eble, Susanne; Maier, Pia (2009): Neue Versorgungsstrukturen erfordern professionelles Netzwerkmanagement. In Hellmann, Wolfgang; Eble, Susanne (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke managen. Kooperationen erfolgreich steuern. Berlin: MWV Verlagsgesellschaft, S. 15-32.

Faller, Bernhard (2014): Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum. In: vhw FWS, 2014(1), S. 7-10. http://www.quaestio-fb.de/files/fws_1_14_faller.pdf. Zugegriffen am 25.02.2015.

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG)/Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (2013): Demografische Entwicklungen in Südwestfalen. Studie im Rahmen des Projekts „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateG!N). Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V. (FfG) / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund. http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/Demografische_Analyse_Part_1.pdf. Zugegriffen am 25.02.2015.

Gensch, Kristina; Waltenberger, Monika (2006): Entwicklung der ärztlichen Versorgung in Bayern unter Berücksichtigung des steigenden Anteils an Ärztinnen. München: Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung. http://www.ihf.bayern.de/uploads/media/ihf_studien_hochschulforschung-74.pdf. Zugegriffen am 25.02.2015.

Gerling, Vera; Giesecking, Anja (2015, im Erscheinen): Innovative Kooperationsnetzwerke im Gesundheits- und Pflegewesen im Rahmen des Projekts StrateG!N. In: Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin (Hrsg.): ZUSAMMENARBEITGESTALTEN - Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer.

Georg, Arno (2007): Kooperationsnetze in der Gesundheitswirtschaft. In: Becker, Thomas; Dammer, Ingo; Howaldt, Jürgen; Loose, Achim (Hrsg.): Netzwerkmanagement. Mit Kooperation zum Unternehmenserfolg. Berlin/Heidelberg/New York: Springer, S. 181-194.

Goldmann, Monika; Kemna, Kirsten; Urner, Kai (2015, im Erscheinen): Soziale Innovation durch sektorenübergreifende Vernetzung? – Ansätze der Gesundheitsregion Südwestfalen. In: Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin (Hrsg.): ZUSAMMENARBEITGESTALTEN - Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer.

Greenhalgh, Trisha; Robert, Glenn; Macfarlane, Fraser; Bate, Paul; Kyriakidou, Olivia (2004): Diffusion of Innovations in Service Organisations: Systematic Review and Recommendations. In: The Milbank Quarterly, 82(4), 581-629.

Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Gritsai, Olga; Musterd, Sako (2010): Conditions for ‚Creative Knowledge Cities‘. Findings from a comparison between 13 European Metropolises. ACRE report 9. Amsterdam: AISSR, University of Amsterdam.

Heinze, Rolf G.; Naegele, Gerhard (2010): Integration und Vernetzung – Soziale Innovation im Bereich sozialer Dienste. In Howaldt, Jürgen; Heike Jacobsen (Hrsg.): Soziale Innovation: Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 297- 313.

Herd, Jürgen; Winkel, Rainer (2008): Sonderexpertise: Gesundheitsversorgung. MORO-Forschungsvorhaben: Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion. Im Auftrag des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) und des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). Wiesbaden. http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2010/DL_ON122010_Anhg2.pdf?__blob=publicationFile&v=2. Zugegriffen am 25.02.2015.

Hess, Rainer (2009): Das Arztbild im 21. Jahrhundert. In Katzenmeier, Christian; Bergdolt, Klaus (Hrsg.): Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Dordrecht/Heidelberg/London/New York: Springer, S. 117-120.

Hoffer, Heike (2013): Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze. In Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 399-414.

Hokema, Anna; Sulmann, Daniela (2009): Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie? In Böhm, Karin; Tesch-Römer, Clemens; Ziese, Thomas (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Berlin: Robert-Koch-Institut, S. 207-215.

Kesselring, Alexander; Leitner, Michaela (2008): Soziale Innovation in Unternehmen. Studie erstellt im Auftrag der Unruhe Privatstiftung. Wien: Zentrum für Soziale Innovation.

Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2010): Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 43, S. 91-97.

Kruse, Wilfried (2009): Kommunale Verantwortung beim Übergangsmanagement. In Friedrich Ebert Stiftung, Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik (Hrsg.): Politische Gestaltung des kommunalen Übergangsmanagements an der Passage von der Schule in die Arbeitswelt. WISO-Diskurs. Bonn, S. 15-21.

Künzel, Gerd (2011): Brauchen wir eine kommunal Pflegepolitik neben der Pflegeversicherung? – Ein Plädoyer für menschenfreundliche Pflegelandschaften und kommunale Gestaltung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 2011(5-6), S. 18-23.

Lambrecht, Sarah (2013): Integrierte Versorgung 2.0: Beleuchtung der integrierten Versorgung in Deutschland nach Beendigung der Anschubfinanzierung. Hamburg: Diplomica Verlag.

LIA.nrw (Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen) (2014): Gesunde Arbeit NRW 2014. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in NRW. Düsseldorf.

Libbe, Jens (2012): Medizinische Versorgung als Teil der Infrastrukturplanung. In Böhme, Christa; Kliemke, Christa; Riemann, Bettina; Süß, Waldemar (Hrsg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 117-128.

Luthe, Ernst-Wilhelm (2013a): Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 3-36.

Luthe, Ernst-Wilhelm (2013b): Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie. In Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 55-66.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014a): Anlage 2: Gemeinden, in denen die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht (Stand: 24. März 2014). Düsseldorf. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Hausaerzte_Gemeinden_1_Gefaehrdung.pdf. Zugegriffen am 14.01.2015.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014b): Anlage 3: Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint (Stand: 24. März 2014). Düsseldorf. http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/gesundheit/Hausaerzte_Gemeinden_2_mittlere_Sicht.pdf. Zugegriffen am 14.01.2015.

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2014c): Fragen und Antworten zum GEPA. http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen_2014/FAQ_GEPA/index.php. Zugegriffen am 20.01.2015.

Naegele, Gerhard (2009): Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 42(6), S. 432-440.

Naegele, Gerhard (2014). 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs. Bonn.

Olbermann, Elke; Kuhlmann, Andrea; Linnenschmidt, Katja; Kühnel, Markus (2014): Kommunale Altenberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. Eine Arbeitshilfe für Kommunen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. / Institut für Gerontologie an der TU Dortmund.

Porter, Michael/ Guth, Clemens (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag.

Pröll, Ulrich; Ammon, Ursula; Maylandt, Jens (2011): Gesundheit bei der Arbeit als Thema von Kammern. Kleinbetriebliches Gesundheitsmanagement auf der Agenda beruflicher und wirtschaftlicher Selbstverwaltung. Wiesbaden: Springer VS.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Bonn/ Berlin.

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

Schaeffer, Doris; Ewers, Michael (2013): Versorgung am Lebensende – Herausforderungen in älter werdenden Gesellschaften. In Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf G. (Hrsg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 285-305.

Schmitz, Klaus; Naegele, Gerhard. (2009): Evaluation des Landespflegegesetzes NRW. Bericht der TU Dortmund zur Evaluation des zum 1.8.2003 novellierten Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalens (PfG NRW). Vorgelegt dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund.

Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf?__blob=publicationFile. Zugriffen am 25.02.2015.

Statistisches Bundesamt (2014): Statistik der Sozialhilfe. Hilfe zur Pflege. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Soziales/Sozialhilfe/HilfezurPflege.html>. Zugriffen am 11.10.2014.

Statistisches Bundesamt (2015): Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Empfängerinnen und Empfänger insgesamt im Laufe des Jahres 2013 im Zeitvergleich. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Sozialhilfe/BesondereLeistungen/Tabellen/18_5bis9_ZV_iL_HilfeartenInsg.html. Zugriffen am 04.02.2015

Strese, Hartmut; Seidel, Uwe; Knape, Thorsten; Botthof, Alfons (2010): Smart Home in Deutschland. Untersuchung im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung zum Programm Next Generation Media (NGM) des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Herausgegeben vom Institut für Innovation und Technik (iit) in der VDI/VDE-IT. Berlin.

Tippel, Cornelia; Maylandt, Jens (2015, im Erscheinen). Zuständigkeit nach Problemlage? Zur Rolle der Städte und Gemeinden bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im demografischen Wandel. In: Journal Arbeit, 14(1).

Weber, Diane (2015, im Erscheinen): Regionales Versorgungsmanagement in der Gesundheitsregion Siegerland. In: Journal Arbeit 14(1).

Weth, Claus (2013a): Kommunale Gesundheitsverwaltung. In Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 303-315.

Weth, Claus (2013b): Lokale Gesundheitsplanung. In Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 87-101.

Ziemer, Bernhard; Grunow-Lutter, Vera (2007): Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus der Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. In Das Gesundheitswesen, 69(10), S. 534-540.

Internetquellen

DoktorJob: www.doktorjob.de. Zugriffen am 26.09.2014.

Kreis-Siegen-Wittgenstein: <http://www.siegen-wittgenstein.de/standard/page.sys/1015.htm>. Zugriffen am 12.01.2015.

KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): <https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/niederlassung/index.htm>. Zugriffen am 12.05.2014.

Rechtsquellen

Elftes Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) in der Fassung vom 26. Mai 1994.

Fünftes Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in der Fassung vom 20. Dezember 1988.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) in der Fassung vom 25. November 1997.

Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes – Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen (PfG NRW) in der Fassung vom 19. März 1996.

Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige – Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) in der Fassung vom 02. Oktober 2014.

Zwölftes Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe (SGB XII) in der Fassung vom 27. Dezember 2003.

Abkürzungsverzeichnis

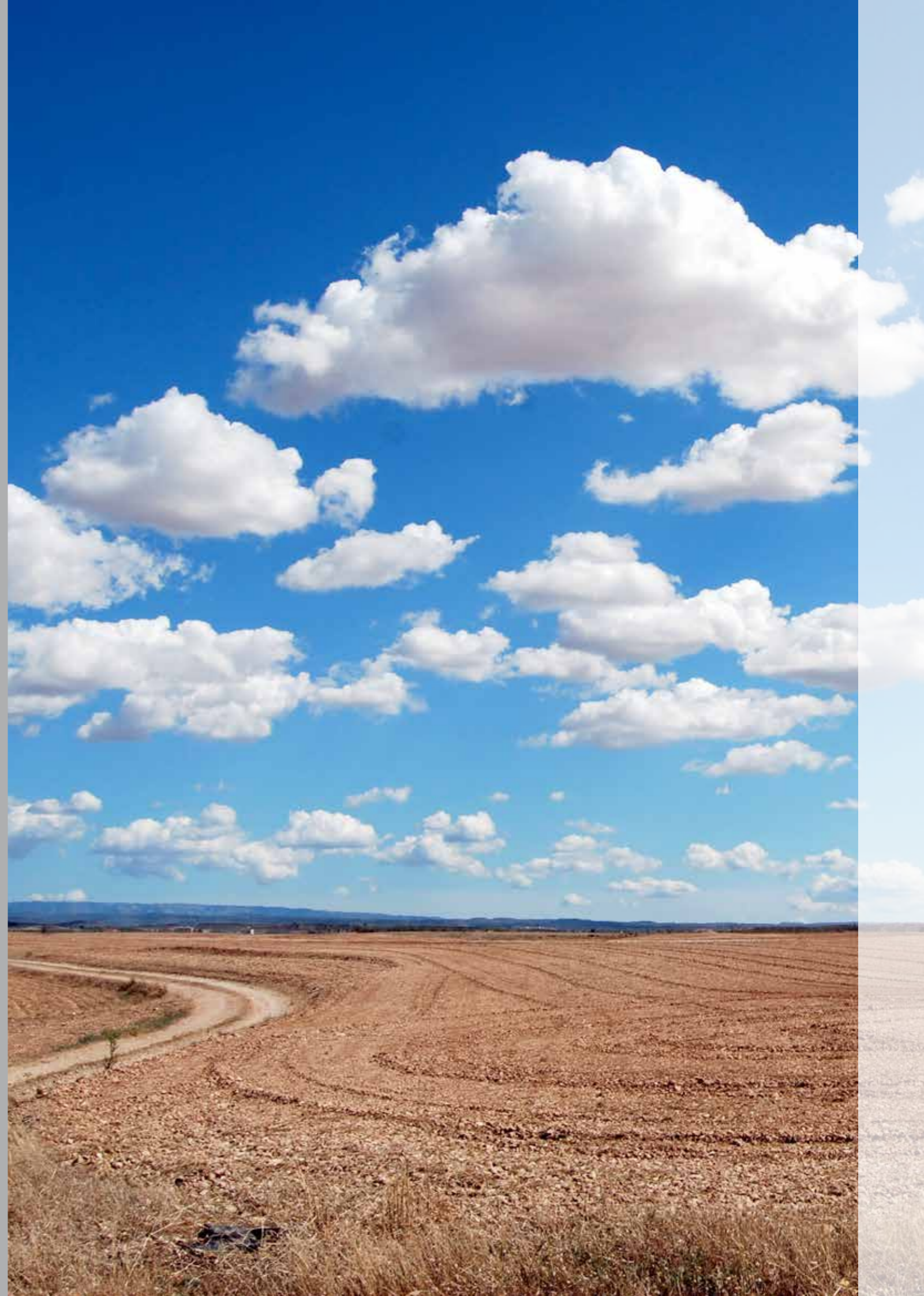
AAL	Ambient Assisted Living
AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
APG NRW	Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
DG	Dialoggruppe
FAQ	Frequently Asked Questions
GEPA NRW	Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRS	Gesundheitsregion Siegerland
HSK	Hochsauerlandkreis
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
MGEPA	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
MK	Märkischer Kreis
MVG	Märkische Verkehrsgesellschaft
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NRW	Nordrhein-Westfalen
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
PfG	Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen)
RT	Runder Tisch
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VERAH	Versorgungsassistent/-in in der Hausarztpraxis
WTG	Wohn- und Teilhabegesetz

Bildnachweis

Titelseite: bvmed.de, Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., ©Monkey Business/fotolia.de, ©CandyBox Images/fotolia.de; Seite 10: ©Coloures-pic/fotolia.de; Seite 11: pixabay.de; Seite 14: Projekt StrateG!N; Seite 16: artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit; Seite 18: Projekt StrateG!N; Seite 22: Gesundheitscampus Sauerland GmbH & Co KG; Seite 24: Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V. ; Seite 27: Südwestfalen Agentur GmbH; Seite 28: ©Alexander Raths/fotolia.de; Seite 29: pixabay.de; Seite 31: Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid, Design:twinnners-home.de; Seite 32: Hartmut Damschen; Seite 34: bvmed.de; Seite 36: pixabay.de; Seite 37: pixabay.de; Seite 40: pixabay.de; Seite 43: ©CandyBox Images/fotolia.de; Seite 44: bvmed.de; Seite 47: ©Monkey Business/fotolia.de; Seite 49: ©Robert Kneschke/fotolia.de; Seite 50: ©Tom Bayer/fotolia.de; Seite 52: GGT Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik® mbH; Seite 56: ©Martina Berg/fotolia.de; Seite 59: pixabay.de; Seite 61: Projekt StrateG!N; Seite 63: pixabay.de; Seite 67: bvmed.de; Seite 70: pixabay.de; Seite 72: ©Miriam Dörr/fotolia.de; Seite 73: ©Peter Maszlen/fotolia.de; Seite 74: ©Gina Sanders/fotolia.de; Seite 91: pixabay.de

Liste der Mitglieder des Steuerkreises und Assoziierte

Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V.
Caritasverband Olpe
DOKTORJOB – Verein zur Förderung der Ärztlichen Berufsausübung e.V.
Gemeinde Herscheid
GGT Deutsche Gesellschaft für Gerontotechnik® mbH
Hochsauerlandkreis, Gesundheitsamt
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dortmund
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Bezirksstelle Lüdenscheid
Krankenhaus Plettenberg GmbH
Kreis Olpe, Fachbereich Jugend, Gesundheit und Soziales
Kreis Siegen-Wittgenstein, Fachservice Gesundheit und Verbraucherschutz
Kreis Soest, Abteilung Gesundheit und Abteilung Soziales
Lennetz GmbH
Märkische Kliniken GmbH
Märkischer Kreis, Fachbereich Gesundheit und Soziales
Palliativnetz der Kreise Soest Hochsauerland, GbR
St. Marienkrankenhaus Siegen gem. GmbH
Stadt Plettenberg, Gleichstellungs- und Demografiebeauftragte
Südwestfalen Agentur GmbH
Westfälisches Gesundheitszentrum Holding GmbH
wfg Wirtschaftsförderung Kreis Soest GmbH
Wirtschaftsförderungsgesellschaft Hochsauerlandkreis mbH
Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen e.V.



Projekt **StrateG!N**
Sozialforschungsstelle Dortmund
Zentrale wissenschaftliche Einrichtung
der Technischen Universität Dortmund

Evinger Platz 17
44339 Dortmund

Tel.: 0231 / 8596-244
Fax: 0231 / 8596-100

www.sfs-dortmund.de

Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V./
Institut für Gerontologie
an der Technischen Universität Dortmund

Evinger Platz 13
44339 Dortmund

Tel.: 0231 / 728488-0
Fax: 0231 / 728488-55

www.ffg.tu-dortmund.de