

# Dokumentation zur Gesundheitskonferenz 2015

Gesundheitsversorgung  
vor Ort zukunftsgerecht gestalten



01. Juli 2015,  
Kreishaus Osnabrück

## Dokumentation zur Gesundheitskonferenz 2015

"Gesundheitsversorgung – vor Ort zukunftsgerecht gestalten"

---

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

unter dem Motto "Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten" möchten wir mit Ihnen den Auftakt der gemeinsamen Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück im Rahmen der Gesundheitskonferenz 2015 gestalten.

Durch eine gemeinsame Gesundheitsregion ergreifen wir mit Ihnen die Chance, eine Plattform zu etablieren, mit Hilfe derer neue Formen der kommunalen pflegerischen und medizinischen Versorgung entwickelt und gleichzeitig bestehende Strukturen ausgebaut und fortgeführt werden können.

Wir freuen uns, mit Ihnen über aktuelle Gesundheitsthemen ins Gespräch zu kommen und laden Sie herzlich zur Teilnahme an der Gesundheitskonferenz ein, damit Sie aktiv an der Weiterentwicklung unseres Landkreises und der Stadt Osnabrück mitwirken können.

Wir freuen uns, Sie persönlich begrüßen zu dürfen.



Dr. Michael Lübbersmann  
Landrat



Wolfgang Griesert  
Oberbürgermeister

# Inhalt

	Seite
 <b>Programm der Gesundheitskonferenz</b>	1
 <b>Impulsvortrag Gesundheitsregionen Niedersachsen Nutzen und Chancen</b> Sozialministerin Cornelia Rundt Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung	2
 <b>Gesundheitsregionen von Landkreis und Stadt Osnabrück</b>	9
<b>Handlungsschwerpunkt medizinische Gesundheitsversorgung</b> Stefan Muhle, Erster Kreisrat	
 <b>Gesundheitsregionen von Landkreis und Stadt Osnabrück</b>	12
<b>Handlungsschwerpunkt pflegerische Versorgung und Migration</b> Rita Maria Rzycki, Stadträtin	
 <b>Forum I: Ärztliche Versorgung</b>	14
▪ Impulse	
▪ Ergebnisse	
 <b>Forum II: Kultursensible Pflege</b>	23
▪ Impulse	
▪ Ergebnisse	
 <b>Forum III: Telemedizin ganz konkret</b>	38
▪ Impulse	
▪ Ergebnisse	
 <b>Markt der Möglichkeiten</b> <b>Aktuelle Aktivitäten der Netzwerke und Projekte in der Gesund-</b> <b>heitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück</b>	47
 <b>Weiteres Vorgehen - Terminankündigung</b>	50

# Gesundheitskonferenz 2015

## Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten

1. Juli 2015 in Osnabrück

### Programm

14:00 Uhr	<b>Anmeldung und Stehkafee</b>
14:30 Uhr	<b>Eröffnung</b> Stefan Muhle, Erster Kreisrat
14:40 Uhr	<b>Impulsvortrag Gesundheitsregionen Niedersachsen Nutzen und Chancen</b> Sozialministerin Cornelia Rundt, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
15:00 Uhr	<b>Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück</b>  <b>Handlungsschwerpunkt medizinische Gesundheitsversorgung</b> Stefan Muhle, Erster Kreisrat  <b>Handlungsschwerpunkt pflegerische Versorgung und Migration</b> Rita Maria Rzycki, Stadträtin
15:30 Uhr	<b>Vorstellung der Foren</b> Dr. Gerhard Bojara, Mareike Bührs, Nicole Erb Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück
15:40 Uhr	<b>Pause</b>
16:10 Uhr	<b>Parallele Foren</b> Forum I: Ärztliche Versorgung Forum II: Kultursensible Pflege Forum III: Telemedizin ganz konkret
17:40 Uhr	<b>Ergebnispräsentation aus den Foren</b> Dr. Gerhard Bojara, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück
17:50 Uhr	<b>Ausblick</b> Dr. Gerhard Bojara, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück
18:00 Uhr	<b>Ende der Veranstaltung</b>

Gesamtmoderation: Dr. Gerhard Bojara, Gesundheitsdienst für Landkreis und Stadt Osnabrück

## „Nutzen und Chancen“ – Es gilt das gesprochene Wort!

**Rede der Niedersächsischen Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Cornelia Rundt, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück.**

Sehr geehrter Herr Erster Kreisrat Stefan Muhle,  
sehr geehrte Frau Stadträtin Maria Rzycki,  
Sehr geehrte Damen und Herren Bürgermeister/innen und  
Mitglieder der Kommunalparlamente,  
sehr geehrte Damen und Herren,



für die Einladung zur gemeinsamen Gesundheitskonferenz 2015 des Landkreises und der Stadt Osnabrück danke ich Ihnen und nutze gern die Gelegenheit, Sie auf das heutige Thema einzustimmen.

Die Bevölkerungsstruktur in den Regionen unseres Landes wird sich in den kommenden Jahren weiter stark verändern. Wir werden älter, weniger und bunter. Trotzdem müssen und wollen wir die Teilhabechancen und die Lebensqualität für alle Menschen in Niedersachsen sichern.

Auch Sie stellen sich den Herausforderungen des demografischen Wandels und versuchen, Lösungen für die Zukunft zu entwickeln.

Zum Beispiel stellen Sie auf Grundlage der jährlichen Daten aus dem Einwohnermeldewesen eine Bevölkerungsprognose zusammen. Diese Erkenntnisse fließen dann in die Planungen zur Gesundheitsversorgung vor Ort ein.

Zentrale Themenbereiche unseres Gesundheitswesens sind die ärztliche Versorgung, die Krankenhäuser und die Pflege – und das alles möglichst in unmittelbarer Nähe.

Denn schließlich möchten wir alle auch in Zukunft qualitativ hochwertig und wohnortnah versorgt werden.

### Ambulante Versorgung

Werfen wir zunächst einen Blick auf die Daten zur ärztlichen Versorgung im Landkreis und der Stadt Osnabrück:

Nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gliedert sich der Landkreis Osnabrück bei der hausärztlichen Versorgung in die Planungsbereiche Bramsche, Georgsmarienhütte, Melle, Quakenbrück, Wittlage sowie Osnabrück Stadt mit den Gemeinden Belm, Bissendorf, Hasbergen und Wallenhorst.

Lediglich der Planungsbereich Melle ist im Vergleich zur guten bis sehr guten Versorgung in den übrigen Hausarztplanungsbereichen etwas schwächer hausärztlich versorgt. Sorgen müssen wir uns aktuell aber auch hier nicht machen.

Bei der fachärztlichen Versorgung im Landkreis bzw. der Stadt Osnabrück sprechen die Fachleute aufgrund der im Bedarfsplan ausgewiesenen Zahlen sogar von „Übersorgung“. Das bedeutet: die Ausgangslage im Bereich der ambulanten Versorgung ist als gut bis sehr gut zu bezeichnen.

Zwar haben wir insgesamt in Niedersachsen eine gute ärztliche und pflegerische Versorgungssituation, die Versorgungskapazitäten sind dagegen räumlich oft ungleich verteilt. Dies gilt vor allem für strukturschwache ländliche Regionen. Aber auch dort brauchen die Menschen ein vernünftiges und zukunftsfähiges Versorgungsangebot.

Aus diesem Grund fördert die Landesregierung in vertragsärztlich schlecht versorgten Regionen die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Höhe von bis zu 50.000 €.

Der Landkreis Osnabrück zählte zu den Planungsbereichen, für die die Förderrichtlinie des Landes zur Niederlassungsförderung gegriffen hat. Zu den förderfähigen Gemeindeverbänden gehörten Fürstenau, Bissendorf, Hilter am Teutoburger Wald und Neuenkirchen. Für den Landkreis wurde in Fürstenau der Förderantrag eines Hausarztes positiv durch das LS beschlossen.

Bei dem seit 2014 geltenden gemeinsamen Förderverfahren mit Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung (Niedersachsenfonds) gibt es im Landkreis Osnabrück keine förderfähigen Planungsbereiche. Dies ist angesichts der nach der Bedarfsplanung insgesamt guten Versorgungslage auch nachvollziehbar.

Bei der Vorbereitung auf die heutige Veranstaltung bin ich auf eine Einrichtung ganz besonders aufmerksam geworden: Ich meine die „Arztpraxis am Flüchtlingshaus“.

In einem alten Bundeswehrkrankenhausgebäude, das wie eine Arztpraxis eingerichtet ist, erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner des Flüchtlingshauses praktisch die komplette hausärztliche Versorgung. Ein solches Angebot in unmittelbarer Nähe einer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge hat viele Vorteile: Hemmschwellen und Sprachbarrieren sind besser zu handhaben. Behandlungen können schnell erfolgen und ein rascher Überblick über den gesundheitlichen Zustand der Flüchtlinge ist möglich.

Die Arztpraxis am Flüchtlingshaus scheint mir also durchaus eine Einrichtung mit Modellcharakter zu sein und kann Vorbild für andere Regionen in Niedersachsen sein.

#### Stationäre Gesundheitsversorgung

In diesem Zusammenhang möchte ich einen kleinen Exkurs zum stationären Bereich machen: Landkreis und Stadt Osnabrück verfügen über ein ausreichendes Bettenangebot mit einem vielseitigen Spektrum an Fachdisziplinen. Die Erfahrungen aus den letzten Monaten zeigen aber, dass es noch in einigen Regionen Strukturveränderungen geben muss.

Nur so können wir garantieren, dass es auch noch in 10 bis 20 Jahren eine wohnortnahe qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung in ganz Niedersachsen gibt.

Es gab deshalb in der Region Osnabrück zwei Regionalgespräche zur stationären Versorgung. Diese Regionalgespräche sind nicht immer einfach. Hier müssen wir teilweise unterschiedliche Interessen verknüpfen.

Dies hat u. a. dazu geführt, dass die für das Krankenhaus in Bramsche umgesetzten Ergebnisse nicht von allen begrüßt wurden. Unpopuläre Entscheidungen sind aber manchmal nötig.

Ich sage dies besonders mit Blick auf die Schließung des Krankenhauses in Dissen durch den Träger, das Klinikum Osnabrück.

#### Gesundheitsregionen

Da die Gesundheitsversorgung naturgemäß dort stattfindet, wo die Menschen leben, sind die Landkreise, Städte und Gemeinden besonders herausgefordert, soziale und gesundheitliche Belange der Menschen direkt vor Ort mit zu gestalten.

Ich sehe deshalb den Bedarf für eine regional koordinierte und gesteuerte Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbereiche im Blick hat.

Mit dem Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ möchte die Landesregierung den Impuls geben, sich dieses Themas auf kommunaler Ebene strukturiert und nachhaltig anzunehmen.

Die Landesregierung setzt Landesmittel ein, um zuerst den Aufbau kommunaler Strukturen zu unterstützen. In einem zweiten Schritt werden dann konkrete regionale Versorgungsprojekte gefördert.

Um den beschriebenen Prozess insgesamt in Gang zu bringen, stellt das Land bis 2017 pro Jahr 600.000 € für die Gesundheitsregionen zur Verfügung. Dazu kommen dank der Beteiligung von KVN, AOK Niedersachsen, Landesverband der Betriebskrankenkassen sowie der Ersatzkassen pro Jahr weitere 430.000 €.

Konkret bedeutet das: Für den Strukturaufbau werden pro Landkreis oder kreisfreier Stadt Landesmittel bis zu 25.000 € – verteilt auf zwei Jahre – zur Verfügung gestellt.

Die neuen Aufgaben werden für die Kommunen Kosten für Personal, Koordinierung und Vernetzung mit sich bringen. Unsere Förderung soll helfen, diese neue Aufgabe, die hohes Engagement und langfristige Anstrengungen erfordert, trotz allem anzugehen. Die Chancen, dass sich dieser Einsatz langfristig auch finanziell rechnet, sind meines Erachtens groß. In diesem Sinn ist unsere Strukturförderung in Höhe von insgesamt 50.000 € dann auch eher als Anschubfinanzierung zu verstehen.

Nach unseren Vorstellungen sollen die Strukturen in den neuen Gesundheitsregionen folgenden Mindeststandard haben:

- Eine regelmäßig durchzuführende regionale Gesundheitskonferenz für eine breite Fachöffentlichkeit – so wie Sie dies heute schon organisiert haben.
- Einsatz einer regionalen Steuerungsgruppe, die von der Verwaltungsspitze des Landkreises/der Stadt moderiert und gesteuert wird.
- Bearbeitung der konkreten, regionalen Problemstellungen in den Arbeitsgruppen. Hier werden auch die Ideen für passende Versorgungsmodelle entwickelt.

Auch eine interkommunale Kooperation ist möglich. Ihre Gesundheitsregion zeichnet sich ja z. B. dadurch aus, dass sich Landkreis und Stadt Osnabrück gemeinsam auf den Weg machen, um die Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht zu gestalten.

Das spart Ressourcen und ist seitens der Landesregierung auch ausdrücklich gewünscht.

Zum zweiten Förderstrang - der Entwicklung der gerade schon erwähnten Versorgungsprojekte durch die Akteure vor Ort:

Im Rahmen der Antragstellung ist zunächst ein Konzept des Projekts zu erstellen. Dabei sind die Zielsetzung und die erwarteten Auswirkungen auf das regionale Versorgungsgeschehen zu beschreiben. Wenn dann noch die einzelnen Schritte für die konkrete Umsetzung beschrieben und die am Projekt beteiligten Institutionen oder Personen genannt werden, sind die wesentlichen Voraussetzungen nach der Förderrichtlinie erfüllt.

Idealerweise decken die Versorgungsprojekte die spezifischen regionalen und lokalen Bedürfnisse ab. Sie sind aber gleichzeitig auch in ihren Grundstrukturen übertragbar auf andere Regionen. Sie haben so etwas wie Modellcharakter. Die Versorgungsziele der regionalen Projekte sollten sich vorrangig auf folgende Punkte beziehen:

- **Vernetzung**; sowohl innerhalb der Sektoren selbst, als auch sektorenübergreifend. Es geht also um Verfahren zur Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und – das liegt mir besonders am Herzen – von nichtärztlichen Gesundheitsberufen.
- **Nachwuchsgewinnung** von medizinischen Fachkräften mit dem Schwerpunkt der Sicherstellung einer hausärztlichen und guten pflegerischen Versorgung

- **Entlastung** von Vertragsärzten - insbesondere von Hausärzten - mit den Schwerpunkten **Delegation/ Substitution** (auch in Verbindung mit der Pflege) und **Teamarbeit**.
- Maßnahmen der **Gesundheitsförderung** und der **Primärprävention** oder
- die Entwicklung und die Umsetzung von **Mobilitätskonzepten**.

Eine Lenkungsgruppe auf Landesebene – bestehend aus den Geldgebern – wird anschließend über das „Ob“ und „Wie“ der Förderung einzelner Projekte entscheiden.

Zur Unterstützung der Arbeit vor Ort möchte ich darauf hinweisen, dass vielfältige Angebote existieren: Zunächst haben die neuen Gesundheitsregionen Zugriff auf das Erfahrungswissen der drei alten Zukunftsregionen des Vorgängermodells.

Zudem kümmert sich die **Landesvereinigung für Gesundheit** um die erforderliche Prozessbegleitung. Das beinhaltet z. B. die Unterstützung bei der Veranstaltung der regionalen Gesundheitskonferenzen oder aber auch bei der Einrichtung der regionalen Steuerungsgruppen. Machen Sie bitte von diesem einmaligen Beratungsangebot Gebrauch!

Über eine landesweite Vernetzung der Gesundheitsregionen soll ein regelmäßiger Informationsaustausch sichergestellt werden. Hierzu werden Fachforen angeboten. Eine erste solche Fachtagung fand bereits im November letzten Jahres statt. Die nächste Fachtagung ist für den 09.10.2015 geplant.

Parallel dazu bearbeiten wir spezifische Themen auch auf der Landesebene. Derzeit arbeiten wir z.B. an den Themen „Delegation/Substitution“ und „Entlass-Management“.

Wie ist nun der aktuelle Stand in Sachen Gesundheitsregionen Niedersachsen?

Das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ist Mitte des vergangenen Jahres mit der Veröffentlichung unserer Förderrichtlinie gestartet und hat ein bemerkenswertes Interesse ausgelöst. Mittlerweile liegen uns von insgesamt 48 potentiellen Antragstellern in Niedersachsen, nämlich den Landkreisen und kreisfreien Städten, 29 Anträge vor. Davon haben bereits 22 Antragsteller Fördermittel für den Strukturaufbau erhalten. Weitere Anträge sind angekündigt.

Das zeigt: Die kommunale Ebene nimmt die Herausforderungen an, die sich aus dem Zusammenwirken von demografischem Wandel und medizinisch-technischem Fortschritt ergeben.

Denn die Auswirkungen auf die örtliche Gesundheitsversorgung sind überall gleich:

Wir haben es

- mit einem steigenden Versorgungsbedarf bei Patientinnen und Patienten und
- einer erhöhten Arbeitsbelastung bei den Leistungserbringern (besonders in der Pflege und bei den Landärzten),
- in Verbindung mit einem sich abzeichnenden Nachwuchsmangel in Medizin und Pflege und
- einer hohen Bindung junger Menschen an städtische Räume zu tun.

Umso erfreulicher, dass nunmehr flächendeckend ganz aktiv und sehr ernsthaft zukunftsfähige Lösungen entwickelt werden.

Ich weiß natürlich, dass viele Regionen das Thema durchaus schon länger im Blick haben und es auch schon bemerkenswerte Aktivitäten gibt. Dies gilt auch für den Landkreis und die Stadt Osnabrück. Sie haben frühzeitig erkannt, dass das Thema Gesundheitsversorgung eine zentrale kommunale Herausforderung für die demografiefeste Entwicklung Ihrer Region darstellt. In der Folge wurde Ihrem Antrag auf Gewährung von Zuwendungen zur Förderung des Strukturaufbaues bereits entsprochen.

Ich bin davon überzeugt, dass unser Projekt der „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ wichtige Impulse liefern kann, und zwar gleichermaßen für „Anfänger“ und „Fortgeschrittene“. Der Austausch untereinander oder gar echte landkreisübergreifende Kooperationen, die mit den „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ angestoßen werden, verschaffen neue Einblicke und Handlungsmöglichkeiten.

Die einheitliche Grundstruktur der Gesundheitsregionen erleichtert die Übernahme erfolgreicher Verfahren und positiver Erfahrungen. Und auch die Unterstützung und Begleitung des Projekts durch die Landesebene ist darauf angelegt, die Prozesse vor Ort zu fördern und – wenn nötig – Hürden aus dem Weg zu räumen.

Erlauben Sie mir auch einen Blick auf die Bundesebene:

Am 11.06.2015 hat der Deutsche Bundestag das Versorgungsstärkungsgesetz verabschiedet. Am 10.07.2015 werden die Länder im Bundesrat abschließend über das Gesetz beraten. Mit unseren Gesundheitsregionen besteht ein wirksamer Rahmen, die Optionen, die sich aus diesem Gesetz ergeben können, zielgerichtet dem regionalen Bedarf entsprechend umzusetzen.

Zu den Maßnahmen, die aus meiner Sicht u. a. geeignet sind, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu stärken, zählen:

- Verbesserungen beim Entlassmanagement,
- Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung und
- mehr Wahlrechte der Versicherten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

Zudem soll auf Bundesebene ein Innovationsfonds eingerichtet werden. Hieraus sollen Vorhaben zu neuen Versorgungsformen, insbesondere zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung, gefördert werden. Der Fonds soll für neue Versorgungsformen und die Versorgungsforschung ein Volumen von jährlich 300 Mio. Euro haben.

Es wäre schön, wenn davon auch Projekte der Gesundheitsregion in Osnabrück profitieren könnten.

Zunächst aber müssen die Rahmenbedingungen des Innovationsfonds einschließlich der Förderbedingungen auf Bundesebene geklärt werden.

Ein Schwerpunkt der Arbeit in den Gesundheitsregionen wird – wie bereits erwähnt – die Überwindung der Schnittstellen zwischen den Versorgungssektoren sein. Dies ist sowohl unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit als auch im Hinblick auf die Qualität der Versorgung von Bedeutung.

Und ich nehme an, dass das Thema „Entlassmanagement“ in vielen Regionen ganz oben auf der „To-do-Liste“ stehen wird.

Nach wie vor klaffen dort erhebliche Lücken. Die zusätzlichen Möglichkeiten, die sich jetzt mit dem Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes abzeichnen, dürften eine wichtige Ergänzung darstellen.

Daneben wird gerade für den hausärztlichen Bereich das Thema Delegation eine wichtige Rolle spielen. Es ist positiv, dass mit VeraH und Co. eigenes Praxispersonal nunmehr flächendeckend zum Einsatz kommen kann.

Ich gehe aber davon aus, dass eine weitere spürbare Entlastung der Hausärzte gerade in ländlichen Räumen ohne stärkere Einbindung ambulanter Pflegedienste nur unzureichend gelingen wird.

Hier erwarte ich mir frische Ideen aus den Gesundheitsregionen, wie hausärztliche und pflegerische Versorgung besser miteinander verzahnt werden können.

Die Arbeitsstruktur in den Gesundheitsregionen wird helfen, eine schnelle Umsetzung neuer Kooperationsformen zu ermöglichen.

Ein so anspruchsvolles Projekt wie das der „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ bedarf selbstverständlich tatkräftiger Unterstützung. Ich möchte daher hier nochmals die Gelegenheit nutzen, unseren Kooperationspartnern herzlich zu danken:

- Der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
- der AOK Niedersachsen
- sowie die Ersatzkassen und
- dem BKK-Landesverband jeweils mit ihren beteiligten Einzelkassen.

Das bezieht sich nicht nur auf die finanzielle Unterstützung, sondern besonders auf die permanente Bereitschaft, mit hohem Aufwand und für eine längere Zeit an diesem Projekt mitzuarbeiten.

Zur Veranstaltung heute:

Der Aufbau einer Gesundheitsregion lebt davon, dass er von möglichst vielen Akteuren in der Region mitgetragen und unterstützt wird. Denn eines ist klar: Zentrale Vorgaben können nur den groben Rahmen für die regionsspezifischen Bedürfnisse liefern. Die konkreten Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung vor Ort sind am besten regional zu organisieren.

Was automatisch zur Frage führt: Welche Möglichkeiten bestehen denn überhaupt, Lösungsansätze auf regionaler Ebene zu finden und umzusetzen?

Ein zentrales Element bilden regelmäßige regionale Gesundheitskonferenzen. Es handelt sich insoweit um Fachtagungen, die allen unmittelbar Beteiligten sowie den Bürgerinnen und Bürgern offen stehen.

Sie bieten eine Plattform für einen Austausch über die derzeitige Arbeit im Projekt und sollen das Knüpfen von Kontakten ermöglichen.

Ziele dieser Gesundheitskonferenzen sind:

- einen gemeinsamen Diskussionsprozess zur Gestaltung der Gesundheitsversorgung zu initiieren,
- Impulse für die weitere Arbeit zu generieren sowie
- über den aktuellen Umsetzungsstand zu informieren.

Gesundheitskonferenzen sind im Ergebnis die entscheidende Schnittstelle zwischen Fachleuten und interessierter Öffentlichkeit. Sie nutzen heute diese Gelegenheit und wollen informieren und miteinander ins Gespräch kommen.

Ihrem Programm konnte ich entnehmen, dass Sie zwei Handlungsschwerpunkte gebildet haben:

1. Medizinische Gesundheitsversorgung und
2. Pflegerische Versorgung und Migration.

In speziellen Foren wollen Sie sich mit den folgenden Themen näher befassen:

- Ärztliche Versorgung
- Kultursensible Pflege
- Telemedizin ganz konkret.

Mit diesen Foren setzen Sie einen ersten Handlungsrahmen und wollen einen Diskussionsprozess zur weiteren Gestaltung der Versorgung zwischen den Beteiligten anregen. Ich bin

sicher, dass diese Themen eine gute Ausgangslage bilden, um Ansatzpunkte für eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten zu gewinnen.

Ich wünsche Ihnen interessante Gespräche und Diskussionen und würde mich sehr freuen, wenn Sie heute viele Anregungen und Impulse für die weitere Arbeit erhalten.

Die Bedingungen sind gut – das zeigt das große Interesse an dieser Veranstaltung.

Viel Erfolg und vielen Dank!

## Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück – Handlungsschwerpunkt „Medizinische Gesundheitsversorgung“

**Rede des Ersten Kreisrats Stefan Muhle vom Landkreis Osnabrück anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück.**

Sehr geehrte Frau Ministerin, ich bedanke mich im Namen der ganzen Gesundheitskonferenz für Ihre Gedanken und Anregungen. Gerne sage ich zu, dass wir als gemeinsame Gesundheitsregion mit Ihnen an Modellprojekten arbeiten. Das Osnabrücker Land eignet sich immer, gute Gedanken und Ideen einmal auf Umsetzungsfähigkeit zu testen. Wir lieben das Neue und wir lieben Herausforderungen!



Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Der Erhalt einer guten medizinischen Versorgung ist eines der wichtigsten Handlungsfelder für Kommunen. Hausärztliche Versorgung, Not- und Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst oder Krankenhausstruktur - diese wichtigen Säulen wollen wir als Landkreis mitgestalten und zukunftsfest machen. Als Gesundheitsregion können wir jetzt noch kraftvoller agieren und vor allem noch engere Netzwerkstrukturen knüpfen.

Wenn über Bevölkerungsrückgang als demografischem Wandel gesprochen wird, dann ergeben sich daraus für Verwaltung und Politik häufig Fragestellungen, wie vorhandene, gut ausgebauten Angebote an zurückgehende Nachfragen angepasst werden können bzw. wie Schließungen am erträglichsten gestaltet werden können.

Anders und differenzierter verhält es sich da durchaus bei der Frage der besten Gesundheitsversorgung. Der auch für das Osnabrücker Land prognostizierte Rückgang der Bevölkerungszahl führt nicht dazu, dass die Nachfrage nach gesundheitlicher Versorgung zurückgeht. Ganz im Gegenteil: Die Nachfrage wird weiter steigen.

Dafür sprechen insbesondere zwei Gründe:

- Erstens wird die Zahl der Menschen in der Altersgruppe 60 und älter, die altersbedingt einen höheren Bedarf an ärztlichen Leistungen haben, im Landkreis Osnabrück von derzeit rund 91.000 auf 102.000 (+ 12%) im Jahr 2020 und weiter auf 124.000 (+ 36%) im Jahr 2030 ansteigen.
- Zweitens wird der medizinische Fortschritt einen weiteren Behandlungsbedarf auslösen.

Gleichzeitig haben wir die Sorge, dass die Dichte der niedergelassenen Ärzte sinkt. Viele Ärzte werden in den nächsten Jahren altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheiden. Das Durchschnittsalter der Hausärzte im Landkreis Osnabrück liegt bei rund 54 Jahren. Schon heute gibt es vereinzelt keine Nachfolgelösung in einzelnen Orten. Ziel von Politik und Verwaltung im Osnabrücker Land ist es, Hindernisse bei der Wiederbesetzung der Arztstellen zu identifizieren und aus dem Weg zu räumen.

Frau Ministerin Rundt hat die Hausarzt- und Facharztversorgung im Osnabrücker Land angesprochen. Unabhängig von der Frage, ob es uns gelingt, Nachfolgeregelungen zu realisieren, gibt es in der Region Osnabrück rechnerisch bei den Hausärzten eine „Überversorgung“ von 24 Sitzen und bei den Fachärzten sogar von 52 Sitzen.

Man muss ganz klar feststellen: Die Bürgerinnen und Bürger haben ein ganz anderes Empfinden. Wartezeiten auf Termine, volle Wartezimmer, zum Teil weite Wege zum Arzt und jetzt

noch ein geschlossenes Krankenhaus - in der Bevölkerung gibt es eher eine „gefühlte Unter-versorgung“.

Die neue Regelung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sehen wir daher kritisch. Hieß es bisher: „Die Zulassungsausschüsse können Nachbesetzungsanträge ablehnen, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“, heißt es zukünftig „sollen ablehnen“. Wir haben dieses Thema bereits in guten Gesprächen mit der KVN diskutiert. Unser Ziel hier im Osnabrücker Land ist es, möglichst alle Arztstühle in der Region Osnabrück zu erhalten.

Positiv hervorheben möchte ich, dass der Landkreis Osnabrück beim Zuschnitt der Planungsbereiche frühzeitig beteiligt worden ist.

Mit Bramsche, Georgsmarienhütte, Melle, Quakenbrück, Wittlage und Osnabrück gibt es jetzt 6 Planungsbereiche in der Region. Unabhängig von diesem Zuschnitt sind wir der Auffassung, dass auch in Zukunft nicht der Durchschnitt im Planungsbereich entscheidend ist, sondern: Jeder Ort benötigt einen Hausarzt. Bei den Fachärzten mag es gute Gründe geben, die zumindest teilweise für eine Zentralisierung der Angebote sprechen.

Gerade bei einer älter werdenden Bevölkerung müssen weite Wege zum Hausarzt vermieden werden. Unser Anspruch ist es, die Menschen dort hausärztlich zu versorgen, wo sie leben, wohnen und arbeiten.

Was können wir im Rahmen der Gesundheitsregion tun?

Wir im Osnabrücker Land wollen eine „niederlassungsfreundliche Kommune“ sein. Mit der Gesundheitsregion wollen wir bestmögliche Rahmenbedingungen dafür schaffen. Dazu gehört im Einzelfall konkrete Unterstützung für Ärzte, die sich niederlassen möchten:

1. Abbau von bürokratischen Hemmnissen, Unterstützung bei Genehmigungsverfahren oder einfacher gesagt: für einen guten Durchblick sorgen, wie man sich im Osnabrücker Land gut niederlassen kann und wo es welche Unterstützung gibt
2. Materielle Unterstützung bei der Übernahme von Praxen; der Landkreis Osnabrück hat in diesem Haushaltsjahr erstmals eine sechsstellige Summe zur Verfügung gestellt, mit der wir Ärzte unterstützen können, die Praxen übernehmen und die hausärztliche Versorgung sicherstellen
3. Wir sehen uns aber auch in einer Moderatorenrolle. Wir möchten die Akteure vor Ort an einen Tisch bringen. Viele Dinge können im direkten Austausch geregelt werden. Ein Beispiel ist der von mir anfangs genannte Not- und Bereitschaftsdienst. In der letzten Woche haben wir zu diesem Thema ein Regionalgespräch in Quakenbrück geführt. Das möchten wir in den nächsten Monaten auch in anderen Regionen tun. Und Ende dieser Woche sitzen wir hier im Haus wieder mit dem MS und den Kliniken zusammen und beraten, wie wir den Rettungs- und Notdienst optimieren können.

In der Gesundheitsregion sollen natürlich auch innovative Modellprojekte für die Region erarbeitet werden, die die Leistungserbringung verbessern sollen.

Sehr geehrte Frau Rundt, da ich nicht nur Gesundheitsdezernent, sondern auch Kämmerer bin, habe ich Ihren Hinweis auf den Innovationsfonds natürlich gerne gehört. Wir freuen uns, wenn neben der Anschubfinanzierung für die Gesundheitsregion weitere Drittmittel für Modellprojekte eingeworben werden können.

Ein wichtiges Thema, das wir nicht lösen können, ist die Nachwuchsgewinnung. Hier müssen Bund und Land dringend tätig werden.

Wir brauchen mehr junge Ärzte. Man muss über die Zugangsberechtigung zum Medizinstudium nachdenken. Ob ein Numerus Clausus das alleinige Kriterium sein kann, ist in meinen Augen zu diskutieren.

Mir ist wichtig, dass wir später in den Foren konkrete Maßnahmen besprechen und auch vereinbaren, bis wann wir diese im Rahmen der Gesundheitsregion umsetzen werden. An dieser Vereinbarung möchte ich mich auch messen lassen.

## Gesundheitsregion von Landkreis und Stadt Osnabrück – Handlungsschwerpunkt „pflegerische Versorgung und Migration“

**Grußwort der Stadträtin Rita Maria Rzycki der Stadt Osnabrück anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, dass wir heute zusammengekommen sind, um uns mit dem Thema Gesundheitsversorgung zu beschäftigen. Wie wir zuvor bereits gehört haben, geht Gesundheit alle an.

Wir haben uns in diesem Jahr für den Handlungsschwerpunkt „pflegerische Versorgung und Migration“ entschieden und knüpfen damit an einen Teil der Ergebnisse aus dem Stadtentwicklungskonzept „Älterwerden in Osnabrück“ an, der im Forum II zur kultursensiblen Pflege von unserer Integrationsbeauftragten, Frau Rass-Turgut, vorgestellt wird.

Lassen Sie mich kurz auf die Rahmenbedingungen in der Stadt Osnabrück eingehen: In der Stadt Osnabrück hat mehr als ein Viertel der Bevölkerung einen Migrationshintergrund, d.h. mindestens ein Großelternanteil ist im Ausland geboren oder hat eine ausländische Staatsangehörigkeit. 2014 lebten 6.180 über 65 jährige mit einem Migrationshintergrund in Osnabrück. Dies entspricht einem Anteil von 13,6%.

Entgegen den Vorstellungen der Zugewanderten bleiben die meisten sog. Gastarbeiterinnen und Gastarbeiter, die in den 1960er Jahren nach Deutschland gekommen sind, hier in Deutschland. Im Normalfall pendeln sie zum Beispiel zwischen der Türkei und Deutschland, weil ihre Kinder und Kindeskiner hier sind und sie nach 50 Jahren ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland haben.

Die erste Generation von Zugewanderten ist heute die erste Generation der „alten“ Migrantinnen und Migranten. Das Gestalten dieser Lebensphase ist somit eine neue gesellschaftliche Entwicklungsaufgabe, die von vielen Akteuren gemeinsam gestaltet werden muss: Die Politik, die Gesellschaft, das Gesundheitswesen, die Altenhilfe ebenso wie Migranten- und religiöse Organisationen, die Familien und die älteren Menschen selbst.

Auch wenn die Familie einen großen Stellenwert in der pflegerischen Versorgung der Migrantinnen und Migranten einnimmt, können die vielen traditionellen Muster der Fürsorge auch in den Migrantenfamilien der zweiten Generation nicht mehr greifen. Die Kinder, meistens die Töchter, sind oftmals berufstätig und können Angehörige nicht pflegen. Wir beobachten in unserer Integrationsarbeit, dass Angehörige oftmals viel zu spät in der Pflege Unterstützung von außen holen. Hier gemeinsam mit Pflegeeinrichtungen interkulturelle Ansätze und niedrigschwellige Angebote zu entwickeln ist eine Aufgabe, die wir in der Stadt Osnabrück noch zu meistern haben.

Osnabrück hat eine lange Tradition in der Seniorenarbeit und Altenhilfe. Unter anderem mit dem Seniorenbeirat, den Seniorenwochen, dem Arbeitskreis Wohnen und Leben im Alter, der Lokalen Agenda 21 Osnabrück und der Bürgerberatung, die mit der Freiwilligenagentur und dem Seniorenbüro ihr Aufgabenfeld erweitert haben.

Diese guten Ansätze in der Seniorenarbeit bieten großes Potenzial, um gemeinsam für die Gruppe der Zugewanderten Angebote in einem fortlaufenden Prozess zu entwickeln. Mit zunehmender Alterung der Migrantinnen und Migranten erhält das Handlungsfeld der kultursensiblen pflegerischen Versorgung zunehmend politische Aufmerksamkeit.

In dieser Bevölkerungsgruppe bestehen einerseits besondere Krankheitsrisiken, andererseits ist die medizinisch-pflegerische Versorgung häufig durch migrationsbedingter und kulturspezi-

fischer Zugangsbarrieren unzureichend. Beispielsweise führt ein geringer Informations- und Wissensstand zu pflegerischen Unterstützungsangeboten zu einer lückenhaften Inanspruchnahme der Leistungen der Pflegeversicherung.

Gründe dafür sind vor allem Sprachprobleme, Vorbehalte gegenüber Pflegeinstitutionen, das Vertrauen auf Pflege durch Kinder und Verwandte, die Unübersichtlichkeit des Pflegesystems sowie das Aufschieben einer möglichen Rückkehroption.

Eine gute Pflege wird beispielsweise von türkeistämmigen Migrantinnen und Migranten laut einer Umfrage aus Berlin an der kultursensiblen Alltagspraxis gemessen. So sind die Berücksichtigung von Essgewohnheiten, das Betreten der Wohnung ohne Straßenschuhe, türkische Sprachkenntnisse und die gleichgeschlechtliche Körperpflege am Wichtigsten. Die Studie zeigt weiterhin, dass besonders die professionelle Pflege gefordert ist. Die klare Mehrheit der Befragten ist der Meinung, dass Pflege professionell geleistet werden soll, auch wenn ein Großteil den Ehepartner und die Kinder in die Pflicht nehmen würden. Eine Kombination aus familiärer und professioneller häuslicher Pflege wäre somit das bevorzugte Pflegemodell.

Demzufolge richtet sich ein klarer Appell an die professionellen Pflegeinstitutionen. Um die Pflegeversorgung von Migrantinnen und Migranten zu verbessern, müssen sich kultursensible Pflegekonzepte integrieren und Sprachbarrieren überwunden werden.

Vielen Dank.

R. M. Rzycki  
Stadträtin  
Stadt Osnabrück

## Forum I: ärztliche Versorgung

Die Rahmenbedingungen, unter denen die ärztlichen und pflegerischen Leistungen erbracht und in Anspruch genommen werden, verändern sich stark. In unseren ländlichen Regionen erkennen wir erste Versorgungsgengpässe infolge fehlender Praxisnachfolgen.

Von zentraler Bedeutung ist daher die Sicherstellung der Praxisnachfolgen. Weil viele Akteure an unterschiedlichen Stellen mitwirken können, um die Chance einer Praxisnachfolge generell und auch im Einzelfall zu erhöhen, möchten wir mit Ihnen Handlungsmöglichkeiten und Erfolgsfaktoren diskutieren.

### **Folgende Fragestellungen haben wir in diesem Forum diskutiert:**

- Wie sieht die ärztliche Versorgung in der Region Osnabrück gegenwärtig aus?
- Welche Trends sind erkennbar und wie können wir die heutige Versorgungssituation aufrecht erhalten?
- Wer kann wie zum Ziel unserer Gesundheitsregion "Erhaltung des Niveaus der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung" beitragen?

### **Dazu gab es Impulse von**

- Herrn Dr. Dirk Heuwinkel  
(Referat für Strategische Planung, Landkreis Osnabrück)
- Herrn Christoffers  
(Geschäftsführer, Bezirksstelle Osnabrück der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen)
- Herrn Dr. Bruning  
(Allgemeinmediziner aus Bramsche)
- Herrn Dr. Balkau  
(Hausärztlich tätiger Internist aus Wallenhorst)

## Impuls Forum I: ärztliche Versorgung

### Impuls von Herrn Dr. Dirk Heuwinkel, Referat für Strategische Planung des Landkreises Osnabrück, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

Die ambulante ärztliche Versorgung in Stadt und Landkreis Osnabrück ist gut

- im Vergleich mit anderen Regionen,
- in der Wahrnehmung der Menschen.

Wir möchten, dass das so bleibt. Seit einigen Jahren wissen wir, dass dies allerdings nicht selbstverständlich ist.

Der demografische Wandel verläuft in Stadt und Landkreis Osnabrück erfreulich moderat. Dank der Hochschulen in der Stadt Osnabrück und der vergleichsweise hohen Geburtenraten im Umland bewegt sich die Einwohnerzahl insgesamt noch bis 2030 auf dem erreichten hohen Niveau. Das Potenzial der Erwerbsfähigen bleibt stabil. Die Verschiebung des Altersaufbaues in Richtung der Älteren bestimmt die Entwicklung mit der Folge, dass der Bedarf an ärztlichen Leistungen in unserer Region bei stabiler Einwohnerzahl weiter steigt.

Dem steht ein sinkendes Leistungsangebot gegenüber. Mit Deutlichkeit schlägt der demografische Wandel nämlich auf der Seite der niedergelassenen Ärzteschaft durch. In einigen Gemeinden und Städten haben wir schon heute ein Durchschnittsalter der Hausärzte von 60 und mehr Jahren. Das heißt, dass hier in den kommenden Jahren mehr als die Hälfte der niedergelassenen Allgemeinärzte aufhören und in den Ruhestand gehen.

In unserer Ausarbeitung „Ärztliche Versorgung im Landkreis Osnabrück“ 2015 finden sich dazu regionale Daten und Analysen, die der Landkreis Osnabrück allen Akteuren in der Gesundheitsregion für eigene Schlussfolgerungen zur Verfügung stellt (<https://www.landkreis-osnabrueck.de/gesundheits-aerztliche-versorgung-im-landkreis-osnabrueck>).

Betrachtet man die Trends und Fakten, dann wird die entscheidende Schlüsselfrage für die Sicherung des heutigen Versorgungsniveaus in unserer Gesundheitsregion deutlich: „Wie gelingt eine möglichst bruchlose Übergabe der Arztpraxen an die nachrückende junge Ärztesgeneration?“

Dies wird auch in unserer Gesundheitsregion immer schwieriger. Dafür gibt es vielfältige Gründe:

- die große Zahl der gleichzeitig altersbedingt ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte,
- die geringe Zahl junger Medizinerinnen und Mediziner, die als Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. als Hausärzte tätig werden,
- die sinkende Niederlassungsbereitschaft der nachwachsenden Ärztesgeneration.

Früher regulierte Numerus Clausus die hohe Bewerberzahl. Heute hindert er manche mit gutem Notendurchschnitt, die aus der Region kommen und gute Landärzte werden würden, diesen Beruf zu ergreifen. Die Studienordnungen begünstigen die fachärztlichen Berufe und erschweren den Weg in den Hausarztberuf. Fragt man nach den Gründen für die sinkende Niederlassungsbereitschaft, dann wird oft auf das vermeintlich hohe wirtschaftliche Risiko, auf die hohe Arbeitsbelastung (Hausbesuche, Bereitschaftsdienste etc.), auf Schwierigkeiten bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und auf das Negativeimage des ländlichen Raumes verwiesen.

Der Arztberuf wird weiblicher – das heißt, dass die Niederlassungs- und Arbeitsbedingungen mehr auf die Interessen von Frauen abgestimmt werden müssen.

In unserer Ausarbeitung „Ärztliche Versorgung im Landkreis Osnabrück“ 2015 haben wir uns auch gründlich mit der Methodik der Bedarfsplanung befasst. Auf unsere Anregung hin wurden die Versorgungsbereiche in der Gesundheitsregion mit Wirkung von 2014 neu geschnitten. Längerfristig wird dies zu einer ausgewogeneren Entwicklung der ärztlichen Versorgung in unserer Region führen. Aktuell sind nur im Versorgungsgebiet Melle noch freie KV-Sitze vorhanden. Der rechnerisch hohe Versorgungsgrad in vier der sechs Versorgungsgebiete suggeriert eine Überversorgung, die von den Patienten angesichts von vollen Wartezimmern und Terminwartezeiten nicht bestätigt wird.

Wir befürchten sogar, dass das GKV-Leistungsstärkungsgesetz in unseren ländlichen Regionen eher zu einer dramatischen Verschlechterung der Situation führen wird. Denn der Gesetzgeber will, dass die KVen künftig in Versorgungsgebieten mit rechnerischer Versorgung über 110 % (Sperrgrenze) jeden frei werdenden Arztsitz einziehen, der nicht in der Arztfamilie weitergegeben wird. Schematisch angewandt könnte diese Pflicht zusammen mit dem altersbedingten Ausscheiden zu örtlichen Versorgungslücken führen. Wünschenswert wäre, die Handhabung im Einzelfall nicht allein vom aktuellen Versorgungsgrad (Ist-Situation), sondern auch und mehr noch von der lokalen Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und deren Zukunftsplanungen abhängig zu machen.

Erstmals 2014 stellte die KV-Regionalgeschäftsstelle in Osnabrück fest, dass es nicht gelungen sei, niederlassungsbereite Ärzte für freiwerdende Kassenarztsitze im ländlichen Bereich unserer Region nachzuweisen. Einzelne Ärzte, aber auch die KV, kommen heute auf die Kommunen zu mit der Erwartung, sie hätten eine Lösung für die Erhaltung des lokalen Arztsitzes.

Wir Kommunen sind bisher an dem Verfahren der Übergabe von KV-Zulassungen nicht beteiligt. Und wir wollen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen auch nicht aus ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag entlassen. Das Modell einer KV-geführten Hausarztpraxis – wie sie gerade in Sögel eröffnet wurde - ist uns sympathischer, als dass wir Kommunen mit eigenen Praxen in die Leistungserbringung einsteigen. Gleichwohl hat der Landkreis Osnabrück erstmals in diesem Haushaltsjahr einen Finanzansatz gebildet, um in Einzelfällen wirksam mithelfen zu können.

Wir möchten die Referenten, die Praktikerinnen und Praktiker, die Betroffenen und Beteiligten im Saal bitten, uns in dieser Sitzung (oder auch im Nachgang) Hinweise und Anregungen zu geben, wie wir gemeinsam die Praxisübergänge erfolgreich organisieren und das Versorgungsniveau auf der Ebene unserer Städte und Gemeinden sichern können.

## Impuls Forum I: ärztliche Versorgung

Impuls von Herrn Christoffers, Geschäftsführer, Bezirksstelle Osnabrück der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

### Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen

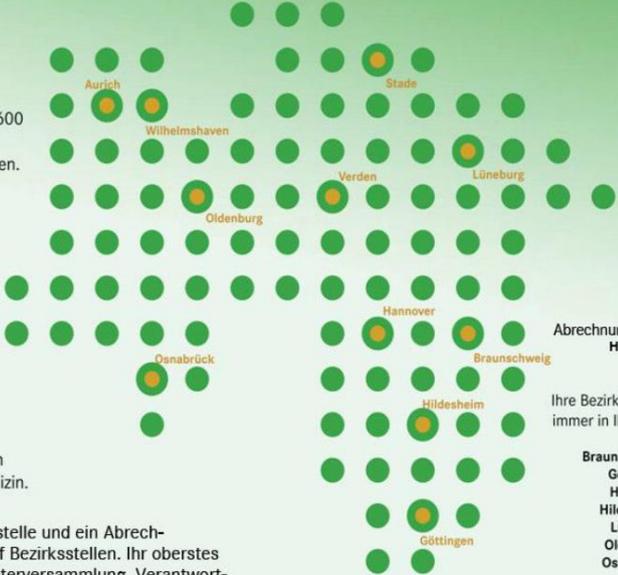


**Unsere Aufgaben:**

- **Interessenvertretung** der rund 13.600 niedergelassenen Vertragsärzte und Vertragstherapeuten in Niedersachsen.
- **Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung** für ca. 8 Millionen Einwohner rund um die Uhr.
- **Vertragspartnerschaft** mit den Krankenkassen über das Leistungsspektrum und die Honorierung der Vertragsärzte und Vertragstherapeuten.
- **Qualitätssicherung** für einen hohen Leistungsstand der ambulanten Medizin.

Die KVN hat eine Hauptgeschäftsstelle und ein Abrechnungcenter in Hannover sowie elf Bezirksstellen. Ihr oberstes Gremium ist die 50-köpfige Vertreterversammlung. Verantwortlich für die laufenden Geschäfte ist der Vorstand. Landesweit hat die KVN rund 680 Beschäftigte.

08.07.2015



Abrechnungcenter  
Hannover

Ihre Bezirksstellen –  
immer in Ihrer Nähe

- Aurich
- Braunschweig
- Göttingen
- Hannover
- Hildesheim
- Lüneburg
- Oldenburg
- Osnabrück
- Stade
- Verden
- Wilhelmshaven

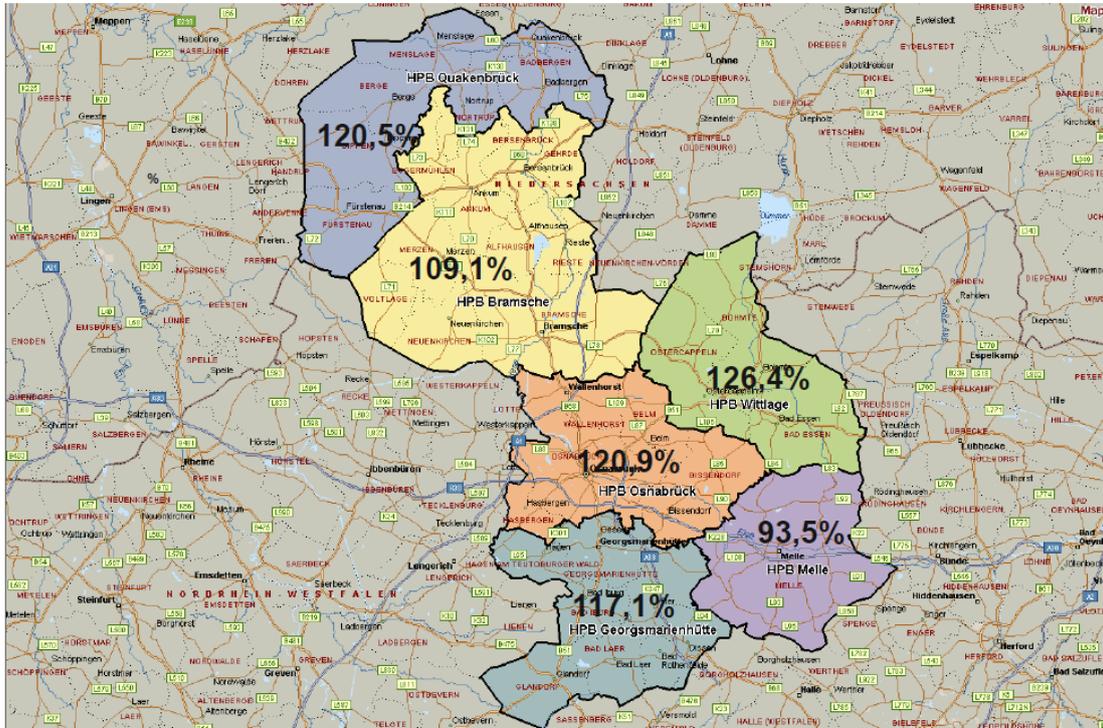


## Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten

### Forum I: Ärztliche Versorgung

Oliver Christoffers, Geschäftsführer  
Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,  
Bezirksstellen Osnabrück und Lüneburg

Planungsbereiche Osnabrück Stadt und Landkreis  
 mit Versorgungsgrad (Fortschreibung 1/2015)

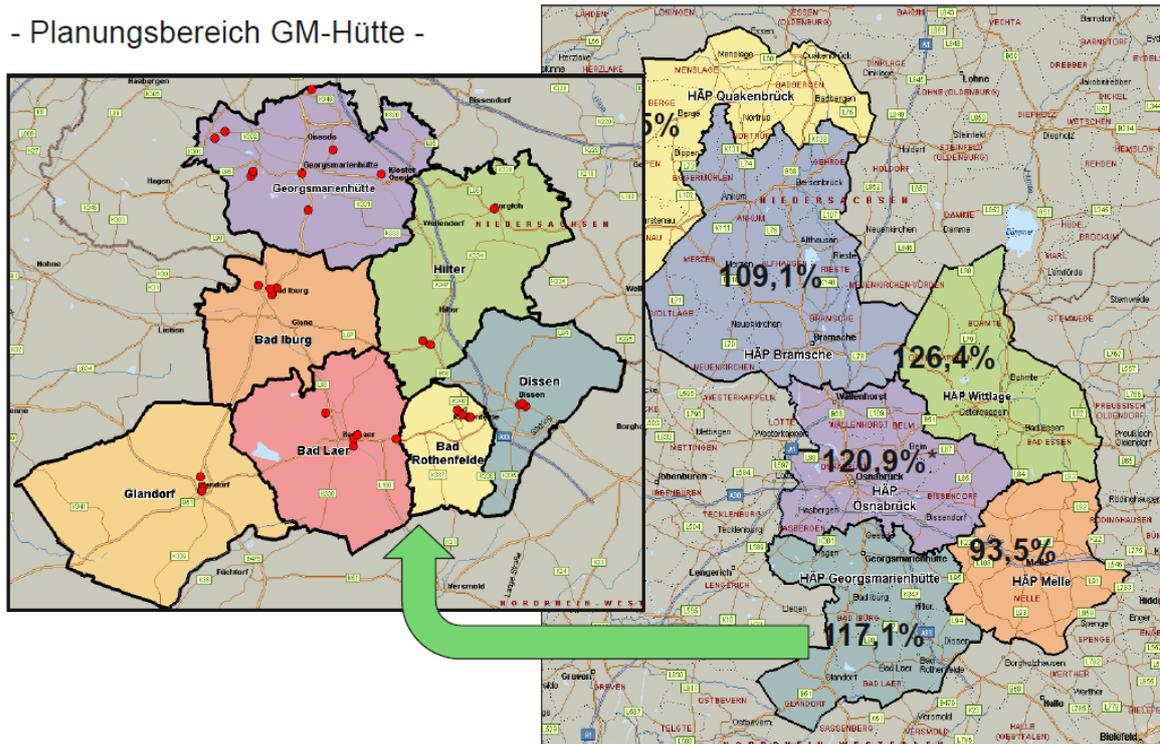


3

Planungsbereiche der Stadt und im Landkreis  
 Osnabrück mit Versorgungsgrad



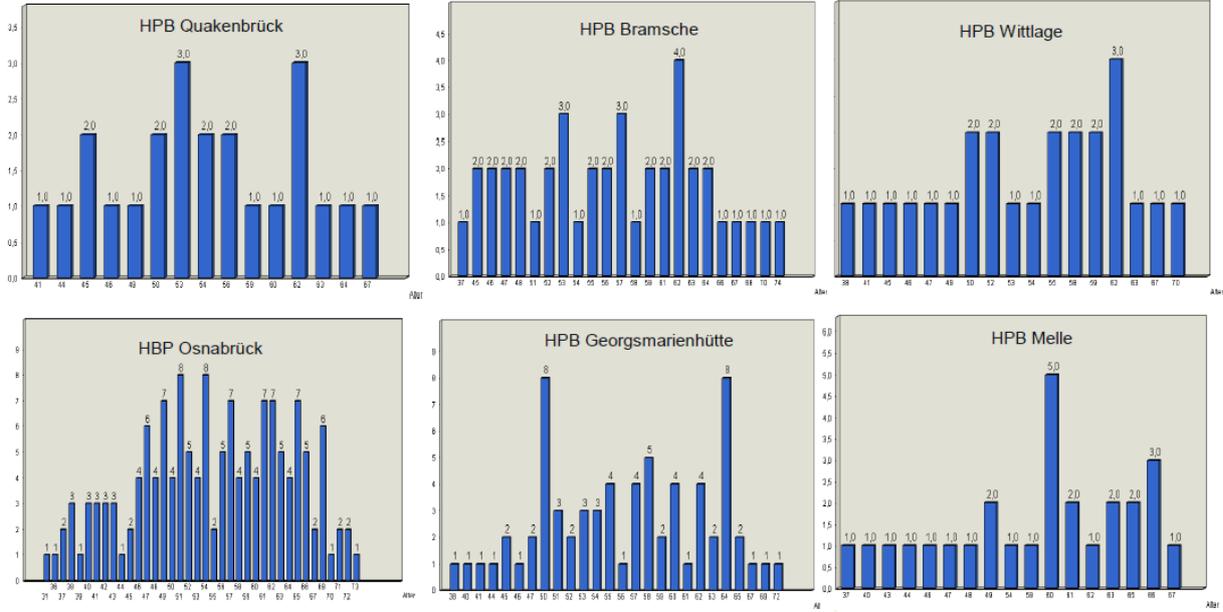
- Planungsbereich GM-Hütte -



4



**Altersstrukturen Hausärzte nach Planungsbereichen (PB)  
 Stand: 2-2015**



5



**Maßnahmen Sicherstellung**

**WIRKSAM GEGEN ÄRZTEMANGEL**

Niederlassungsseminare	Reform Bereitschaftsdienst	Verbundweiterbildung	Weiterbildungsförderung
Niederlassungsberatung	Sicherstellungszuschläge	Sprechstunden für Studierende	Förderung Praktisches Jahr
Niedersachsenfonds	Delegation ärztlicher Leistung	Patenschaften für Studierende	KVN-Praxisbotschafter
Praxisbörse	Umsatzgarantien	Teilnahme an PJ-Messen	Deutschlandstipendium
Ärzteforum Niedersachsen	Rollende Arztpraxis	Studententreffen	Informationsplattform
Eigeneinrichtung	Gesundheitsregionen	Dialog mit Kommunen	Forschung

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG NIEDERSACHSEN

6

## Impuls Forum I: ärztliche Versorgung

### Impuls von Herrn Dr. Bruning anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

Impulse aus Sicht eines niedergelassenen Arztes mit Blick auf die Herausforderungen bei der Suche nach einer Praxismachfolge

#### Ausgangssituation

- zu wenig Allgemeinmediziner/Innen
- Fraglichkeit des Numerus Clausus bei der Wahl von Medizinstudierenden
- **Problem:** 10.000 Mediziner/Innen pro Jahr verlassen die Universität, davon werden **nur** 1000 Allgemeinmediziner pro Jahr
- In einer Großpraxis, wie in Engter, werden 1400 Fälle pro Quartal im Durchschnitt versorgt. Diese 1400 Fälle generieren in etwa den gleichen Umsatz wie eine Praxis an einem anderen Standort (bspw. Stadt OS), an dem im Durchschnitt 950 Fälle pro Quartal versorgt werden.

Fall Wert in einer Großpraxis wie in Engter = 44 Euro pro Fall

Fall Wert im Durchschnitt = 58 Euro pro Fall

- Folgende Situation macht es unattraktiv für potentielle Nachfolger, sich in der Region niederzulassen

#### Herausforderung bei der Suche nach Nachfolger/Innen

- Einstieg für neue Mediziner muss **flexibel** sein  
Das heißt, es muss am Anfang möglich sein, in einem angestellten Verhältnis tätig zu sein → hierfür braucht es Gemeinschaftsprojekte / Netzwerke
- **Sektorenübergreifende Versorgung** sollte angestrebt werden

#### Mögliche Lösungen durch Unterstützung verschiedener Institutionen (KVN, Ärztekammer, Landkreis Osnabrück, Stadt Osnabrück, etc.)

- **Etablierung von lokalen Hausarztzentren**  
Teilzeitarbeitende Kolleginnen und Kollegen müssen in der ambulanten Versorgung tätig werden können  
**Beispiel:**  
Lokale Hausarztzentren etablieren (Bsp.: Gemeinde stellt Räumlichkeiten zur Verfügung)
  - o Entlastung der einzelnen Mediziner/Innen
  - o Heimbetreuung
  - o Sektorenübergreifende Zusammenarbeit wird möglich
  - o Bereitschafts- und Notdienstregelung
- **Netzwerke** müssen gebildet werden
- **Delegation ärztlicher Leistungen**
  - o Bsp.: Hausbesuche durch Helferinnen
- **Zusatzhonorierung für Großversorgerpraxen überdenken** (Versorgung großer Gebiete = hohes Patientenaufkommen)

## Impuls Forum I: ärztliche Versorgung

### Impuls von Herrn Dr. Balkau anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

Impulse aus Sicht eines „frisch“ Niedergelassenen Arztes:

#### Herausforderungen und Hindernisse

- unzureichende Informationen für „frische“ Fachärzte (sind fast immer im Krankenhaus beschäftigt) bzgl. einer Niederlassung durch verschiedene Institutionen (bspw. durch die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer, das Land Niedersachsen, Stadt Osnabrück, etc.)
- Nichtberücksichtigen der Demografie in überversorgten Gebieten!
- keine Rücksichtnahme bei den KVN-Diensten nach Beginn der Niederlassung und kostenpflichtige Dienstabgabe oder kostenpflichtiger Dienstaustausch über eigentlich unnötige Drittanbieter
- späte Erstvergütung
- keine Sonderkredite in "überversorgten" Gebieten
- Wichtigster Punkt bleibt die Kritik an der **Versorgungsplanung**. Das MVZ wird dadurch zum Zukunftsmodell, allerdings ist die Medizin dort zweitklassig und der Hammer fällt täglich um vier - ohne Hausbesuche, ohne persönlichen Bezug. Übrigens kostet jedes MVZ MFA-Ausbildungs- und MFA-Arbeitsplätze. Das Betreiben eines MVZs sollte sich für den Inhaber - zumeist Chefarzt oder große Institution, die wertvolle Sitze mit ihrem Großkapital aufkaufen - finanziell nicht lohnen

#### Mögliche Lösungen durch Unterstützung verschiedener Institutionen (KVN, Ärztekammer, Landkreis Osnabrück, Stadt Osnabrück, etc.)

**Konkrete Angebote zu folgenden Bereichen sollten durch Institutionen wie die KVN, die Ärztekammer, den Landkreis Osnabrück, die Stadt Osnabrück etc. zukünftig angeboten werden:**

- Unterstützung im **Formular- und Antrags-„dschungel“** in Form von bspw. Seminaren
- **Seminare zum Erlernen des Vergütungssystems** der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland (einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ))
- Unterstützung bei der Auswahl der Praxissoftware oder Geräteanbindung durch konkrete **Ansprechpartner** auf diesem Gebiet
- **Vorort-Schulungen** über geeignete Praxissoftware
- **Seminare** zum Thema Erhalt eines MFA-Teams bzw. zu Führungskompetenzen
- **Aufklärung und Unterstützung** zu notwendigen Versicherungen
- Die Etablierung von **Netzwerken** wäre ein **wichtiger zukünftiger Bestandteil**, um eine zukunftssichere Versorgung zu ermöglichen  
Beispiele hierfür wären die Etablierung eines funktionierenden Netzwerkes / **Patenschafts-System zum Austausch erfahrener Kollegen mit „Nachwuchs-„ Kollegen**  
Die Patenschaft sollte für den erfahrenen Kollegen vergütet und ggf. Pflicht werden, auf jeden Fall aber evaluiert
- **Dienste** sollten in den ersten 24 Monaten **nicht** verpflichtend sein
- **Hausbesuche gehören dringend besser vergütet** - diese sind Kerninhalt jeder hausärztlichen Tätigkeit und nicht immer delegierbar.

Die Unterstützungsangebote sollten bei der Praxisplanung (Bau, Finanzierung, Standortwahl) beginnen und beim laufenden Betrieb (Formulare, Softwareauswahl) aufhören. **Mit persönlichem Ansprechpartner und Telefon- / Mailsupport.**

## Ergebnisse Forum I: ärztliche Versorgung

### Wie sieht die ärztliche Versorgung in der Region Osnabrück gegenwärtig aus?

- Gute Versorgung nach Versorgungsgrad
- Gefühlter Ärztemangel



Mehr „Vorausschau“ in die Versorgungsplanung hineinbringen

### Welche Trends sind erkennbar und wie können wir die heutige Versorgungssituation aufrechterhalten?

- Nachwuchsmangel bei FA für Allgemeinmediziner
- 1000 Hausärzte von 10000 Absolventen
- Niederlassungsrisiko
- Arbeitsbelastung/Work-Life-Balance
- Imageproblem im ländlichen Raum
- Wohnzimmerpraxen sind nicht mehr attraktiv
- moderne Praxisräume in Ortsmitten-Lage schaffen
- barrierefrei Arztpraxis
- Landarztberuf nicht krank reden
- niederlassungsfreundliche Kommune
- Numerus Clausus
- Studienorganisation
- Verbund Weiterbildung
- mehr Tätigkeiten ermöglichen
  - in Teilzeit
  - im Angestelltenverhältnis
- Modell „Hausarztzentrum“



### Wer kann wie zum Ziel unserer Gesundheitsregion „Erhaltung des Niveaus der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung“ beitragen?

- „Familienfreundlichkeit“
- Ärzte müssen mehr vernetzt arbeiten
- Übergabe der Praxis soll fairer verlaufen
- Junge Ärzte wenig Bereitschaft für Investitionen
- der Arztberuf braucht einen Strukturwandel
- Beruf des Hausarztes soll attraktiver gemacht werden
- „Subvention“ der Praxiskosten
- der Arztberuf wird weiblich
- in jeder Gemeinde soll ein Hausarzt sein
- Bereitschaftsdienste kooperativ organisieren
- Patienten zielgerichteter leiten
- Substitution ärztlicher Leistungen auf Helfer und Pflegeberufe
- Niederlassungen wirksam erleichtern
  - KV
  - Kommunen
- an der Arbeitssituation von Klinikärzten orientieren
- Finanzsituation der Starter erleichtern

## Forum II: kultursensible Pflege

Der Anteil der über 65-jährigen Migranten zählt zu der am schnellsten wachsenden Bevölkerungsgruppe in Deutschland. Damit einhergehend wird die Zahl der pflegebedürftigen Migranten steigen. Dies bedeutet auch für die Region Osnabrück eine Herausforderung für die Bereiche der ambulanten und stationären Pflegeangebote.

Vor dem Hintergrund, dass die familiäre Pflege zukünftig weniger von Verwandten übernommen werden kann und gleichzeitig wenig kultursensible ambulante und stationäre Pflegeangebote für ältere Migranten vorliegen, müssen neue Wege gefunden werden, die eine interkulturelle Öffnung der Pflegeversorgung zum Ziel haben.

### **Folgende Fragestellungen haben wir in diesem Forum diskutiert:**

- Welche Barrieren müssen überwunden werden, um Pflegeleistungen zugänglicher zu gestalten?
- Welche besonderen Bedarfe von pflegebedürftigen Migranten müssen in der Konzeption von Pflegeangeboten berücksichtigt werden?
- Welche Möglichkeiten gibt es, um eine kultursensible Pflege in der Gesundheitsregion zu verbessern?

### **Dazu gab es Impulse von**

- Frau Rass-Turgut  
(Integrationsbeauftragte Stadt Osnabrück)
- Herrn Salman  
(Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums)
- Herrn Prof. Dr. Remmers  
(Universität Osnabrück)

## Impulse Forum II: kultursensible Pflege

**Impuls von Frau Seda Rass-Turgut, Integrationsbeauftragte der Stadt Osnabrück, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück**

### Hintergrund

- Osnabrück: mehr als ein Viertel (27 Prozent) der Bevölkerung mit Migrationshintergrund.
- Auch in dieser Bevölkerungsgruppe wird sich der demografische Wandel in naher Zukunft bemerkbar machen und der Anteil älterer Menschen wachsen.
- Vor dem Hintergrund der Formulierung eines Stadtentwicklungskonzeptes, das die Vielfalt der Osnabrücker Stadtgesellschaft anerkennt, galt es deshalb auch die Vorstellungen, Probleme und Bedarfe von Menschen mit Migrationshintergrund in Bezug auf das Thema Älterwerden zu erfassen und einzubeziehen.
- Zur Umsetzung dieses Handlungsansatzes wurden im Herbst 2014 sechs leitfadengestützte Experteninterviews mit Vertretern aus verschiedenen lokalen Migrantenorganisationen durchgeführt und ausgewertet.
- Folgende Kernaspekte in Bezug auf das Thema Älterwerden aus Sicht von Migranten in Osnabrück wurden dabei abgefragt:
  - Verständnis von Alter und Umgang mit dem Älterwerden
  - Problembereiche und Herausforderungen
  - Angebotsstrukturen für ältere Menschen in Osnabrück
  - Professionelle Angebote im Bereich Altenhilfe und Pflege
  - Spezielle Bedarfe und Wünsche

### Kernaspekte der Interviews

#### Verständnis von Alter und Umgang mit dem Älterwerden

- Menschen mit Migrationshintergrund haben ein eigenes Verständnis vom Älterwerden.
- Den Interviewpartnern zufolge fehlt es in Deutschland an Respekt und Anerkennung vor dem Alter und die heimatliche Tradition des Älterwerdens im Kreise der Großfamilie steht einer abnehmenden familiären Unterstützung älterer Menschen in Deutschland entgegen.
- Dennoch spielen enge Familienstrukturen auch in Deutschland für viele ältere Migranten bislang noch eine große Rolle.
- Sorgen bereiten älteren Migranten ein möglicher sozialer Abstieg im Alter und die Situation, den eigenen Kindern zukünftig zur Last zu fallen.
- Gleichzeitig fürchten viele ganz besonders eine Unterbringung im Altersheim, das als „fremder Ort“ und auch aus kultureller und religiöser Sicht mit Unsicherheiten, Scham und Angst vor Ausgrenzung verbunden wird.
- Schließlich ist das Alter für ältere Migrantinnen und Migranten eine Phase neuerlicher Identitätssuche. Aufgrund von Heimweh und einem Gefühl von Zerrissenheit suchen sie Halt in Religion oder patriotischen Kulturvereinen, andere kehren zeitweise oder ganz in ihre Herkunftsländer zurück.

#### Problembereiche und Herausforderungen

- In Bezug auf spezifische Probleme älterer Migranten in Osnabrück werden in allen Interviews mangelnde Deutschkenntnisse als größte Hürde genannt. Vor allem Zuwanderer der ersten Generation und Menschen, die erst im mittleren Lebensalter nach Deutschland migriert sind, können sprachliche Lücken im Alter oft nicht mehr aufholen und haben es besonders schwer, gesellschaftlichen Anschluss zu finden.

- Durch die Sprachbarriere sind ältere Migranten oft auf ihre Kinder angewiesen, doch aufgrund gewandelter Lebensmodelle und Familienstrukturen können nicht alle älteren Migrantinnen und Migranten im Alter auf familiäre Unterstützung zurückgreifen.
- Auch Nachbarschaftskontakte und der soziale Zusammenhalt sind weniger intensiv, als sie es aus dem Herkunftsland kennen.
- Hinzu kommen klassische Schwierigkeiten, denen sich ältere Menschen ausgesetzt sehen. Hierzu zählen die zunehmende Einschränkung der Mobilität, gesundheitliche Probleme, ein Mangel an barrierefreiem Wohnraum usw. Vor allem aber Altersarmut ist ein Thema unter älteren Migrantinnen und Migranten.
- Auch wenn das Thema Pflege auf die Mehrheit der älteren Migranten in Osnabrück erst im Laufe der nächsten Jahren zukommen wird, ist diese Bevölkerungsgruppe auch in der vorpflegerischen Phase oft schon auf Hilfe angewiesen. Problematisch ist hierbei, dass ältere Migranten bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote oft nicht kennen und/oder nur schwer damit zu erreichen sind.

### **Angebotsstrukturen für ältere Menschen in Osnabrück**

- Seniorenspezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote sind den meisten älteren Migrantinnen und Migranten nicht bekannt und werden kaum genutzt.
- Für ältere Migranten stehen die Familie und das Gemeindeleben oft an erster Stelle.
- Zum einen werden diese Strukturen aus Passivität und Desinteresse teils ungern verlassen.
- Zum anderen fühlen sich viele ältere Migrantinnen und Migranten in den monokulturell ausgerichteten Angebotsstrukturen für ältere Menschen in Osnabrück nicht wohl.
- Viele Angebote sind auch aufgrund von Sprachbarrieren für ältere Migranten nicht zugänglich.

### **Professionelle Angebote im Bereich Altenhilfe und Pflege**

- In allen befragten Migrantengruppen wird die Unterstützung und Pflege älterer Angehöriger traditionell und oft „bis alle Stricke reißen“ innerhalb der Familie organisiert. Eigenständige, häusliche Pflege gilt dabei in vielen Migrantengruppen als moralische Verpflichtung und entspricht zugleich dem Wunsch der älteren Menschen, im Kreis der Familie und nicht in der „fremden Welt Pflegeheim“ alt werden zu können.
- Während pflegende Angehörige einer enormen Belastungssituation ausgesetzt sind, sind Angebote zu ihrer Entlastung und Unterstützung nicht bekannt.
- Zu professionellen Angeboten im Bereich Altenhilfe und Pflege besteht ein erhebliches Informationsdefizit. Außerdem können etablierte deutsche Pflegedienste und –einrichtungen in Osnabrück die Erwartungen der Familien bisher nicht erfüllen, da sie bisher unzureichend auf ältere Migranten vorbereitet sind.
- Die teils mangelnde interkulturelle Sensibilisierung und das Defizit an mehrsprachigem Pflegepersonal spiegeln die Sorge älterer Migranten, sich in stationären Einrichtungen nicht verständigen zu können und Ausgrenzung zu erleben.

### **Spezielle Bedarfe und Wünsche**

- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund haben angesichts ihres sozialen, kulturellen, sprachlichen und religiösen Hintergrunds zum Teil andere bzw. zusätzliche Bedürfnislagen als ältere Menschen im Allgemeinen.
- Hervorzuheben ist an erster Stelle der hohe Informationsbedarf zu sozialen und pflegerischen Fragen. Dieser kann nur durch den Ausbau muttersprachlicher Beratungsmöglichkeiten und eine direkte, persönliche Ansprache der Zielgruppe gedeckt werden.

- Zentrale Wünsche sind ein möglichst langer Erhalt der Selbstständigkeit der älteren Menschen durch barrierefreie Wohnformen und Infrastruktur sowie die Entlastung pflegender Angehöriger.
- Seniorenheime und professionelle Pflegeeinrichtungen müssen sich interkulturell öffnen und älteren Menschen mit Migrationshintergrund mit Verständnis und Empathie begegnen sowie das gegenseitige Kennenlernen der Bewohner fördern.
- Das Angebot integrativer, mehrsprachiger sozio-kultureller Aktivitäten sollte vergrößert werden, um den Menschen eine Freizeitgestaltung außerhalb der Senioreneinrichtungen und des familiären Kontextes zu ermöglichen.
- Insgesamt wird mit Nachdruck der Wunsch nach einem respektvollen und professionellen Umgang mit älteren Menschen mit Migrationshintergrund geäußert, der deren spezifische Probleme und Bedarfe anerkennt und sie mit konkreten Maßnahmen adressiert.

### Zusammenfassung und Ausblick

- Die Ergebnisse aus den Experteninterviews mit Vertretern aus Migrantenorganisationen bieten einen ersten Einblick in die Perspektive von Migranten auf das Thema Älterwerden in Osnabrück.
- Trotz eines kulturell geprägt anderen Verständnisses vom Älterwerden werden grundsätzlich ähnliche Aspekte thematisiert, wie sie in der Bestandsaufnahme des Stadtentwicklungskonzeptes auch für ältere Menschen im Allgemeinen festgestellt wurden. Hierzu zählen unter anderem der Wunsch nach seniorengerechter Infrastruktur und barrierefreiem Wohnraum, die Frage der Organisation und Finanzierung von Pflege und die Sorge vor Einsamkeit und Altersarmut.
- Auffällig ist, dass Angebote im Bereich Altenhilfe und Seniorenpolitik von älteren Migranten bisher kaum genutzt werden.
- Dies hängt auch damit zusammen, dass ältere Migranten in besonderem Maße mit Sprachbarrieren konfrontiert sind. Mangelnde Deutschkenntnisse ziehen oft Unwissenheit, Unsicherheit und Ängste in vielerlei altersspezifischen Fragestellungen nach sich.
- Zudem wird Hilfe im Alter traditionell vor allem im Familienkreis organisiert. Auch wenn das Thema Pflege auf die Mehrheit der älteren Migranten in Osnabrück erst im Laufe der nächsten Jahren zukommen wird, ist diese Bevölkerungsgruppe auch in der vorpflegerischen Phase schon auf Unterstützung in vielfältiger Weise angewiesen.
- Der Bedarf, dass sich Behörden, Beratungsinstitutionen und Pflegeeinrichtungen auf die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten einstellen, ist demzufolge sehr groß.

### Handlungsempfehlungen

- Die Erkenntnisse aus den Interviews mit Vertretern aus sechs Migrantenorganisationen deuten auf eine spezifische, multiple Bedarfslage älterer Migranten hin. Zielsetzungen:
  - Grundsätzliche Wertschätzung älterer Migranten
  - Erhalt ihrer Mobilität und Selbstständigkeit
  - Erleichterung häuslicher Pflege durch Angehörige
  - Gezielte, muttersprachliche Informationsangebote
  - Interkulturelle Öffnung bestehender Unterstützungsangebote, Beratungs- und Pflegeeinrichtungen

## Impulse Forum II: kultursensible Pflege

**Impuls von Herrn Ramazan Salman, Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V., anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück**

### **Hintergründe und Handlungsansätze der Integration älterer Migranten in Versorgungsstrukturen der Gesundheitsförderung und Altenhilfe**

Die kulturelle, sprachliche und soziale Diversität nimmt in Deutschland immer weiter zu. Für die Professionellen und Institutionen der Sozial-, Gesundheits- und Altenversorgung gewinnt die Arbeit mit Migrantinnen und Migranten eine immer größere Bedeutung, denn diese machen mittlerweile ca. ein Fünftel der Gesamtbevölkerung aus. Werden die bereits eingebürgerten Migranten, Spätaussiedler und deren Kinder zu den Migranten und Flüchtlingen ohne deutschen Pass hinzugerechnet, leben in Deutschland über 20 Millionen Menschen mit einem Migrationshintergrund. Diese Entwicklung hat auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung der älteren Bevölkerungsgruppe. Obwohl die ausländische Bevölkerung im Vergleich zur deutschen deutlich jünger ist, wächst die Zahl der über 60jährigen kontinuierlich.

Von 1995 bis 2003 wuchs die Gruppe der über 60jährigen Migrantinnen und Migranten um 77%, von 427 789 auf 757 928 Personen an; wie erwartet stieg ihre Zahl bis zum Jahre 2010 auf über 1,0 Mio. an. Diese Gruppe wird bis 2020 auf etwa 1,99 Mio. und bis 2030 auf etwa ca. 2,85 Mio. anwachsen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

Die ersten Migrantengruppen, die nach dem zweiten Weltkrieg nach Deutschland einwanderten, waren die sog. »Gastarbeiter« und »Spätaussiedler«. Die Deutschstämmigen kamen aus Osteuropa, teilweise mit ihren gesamten Familien. Gastarbeiter wiederum wurden in den 50iger und 60iger Jahren vermehrt aus dem Mittelmeerraum angeworben, um für die deutsche Wirtschaft zu arbeiten. Das Sozial- und Gesundheitssystem und die Altenhilfe sowie ihre stationären und ambulanten Versorgungsangebote sind auf die Bedürfnisse dieser rapide wachsenden Versorgungsgruppe nicht ausreichend vorbereitet. Dies trifft jedoch gleichermaßen auf die Migrantinnen und Migranten selbst zu, die ihrerseits auf die Situation des Alterns in der Fremde häufig mit Ratlosigkeit und Ambivalenz und dem gleichzeitigen Wunsch nach Verbleib und Rückkehr reagieren.

Um älteren Migrantinnen und Migranten gute Angebote machen zu können, wird es unumgänglich sein, kultursensible Ideen über kulturelle Adaptationsprozesse, Krankheit, Sprache, Altern oder Altenhilfe für die Praxis nutzbar zu machen.

### **Hintergründe der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch ältere Migranten**

Die Mehrzahl der „ausländischen Alten“ kehrt nicht in die Herkunftsländer zurück. Matthäi (2004) begründet dies insbesondere mit familiären Gründen, denn die ausländischen Alten möchten auf ihre Kinder und Enkelkinder ebenso wenig verzichten, wie auf die besseren Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung nach einem harten und belastenden Arbeitsleben in Deutschland. Eine wichtige Rolle spielt auch die Entfremdung zu den herkunftsgesellschaftlichen sozialen Netzwerken.

Ein weiterer die Rückkehr erschwerender Faktor begründet sich in den niedrigen Renten für ältere Migrantinnen und Migranten aufgrund durchschnittlich kürzerer Erwerbsbiografien, geringerer Lohnzahlungen und entsprechend geringer Beitragszahlungen in die Sicherungssysteme (Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, 2005). Dies betrifft vor allem diejenigen Migrantinnen und Migranten, die aus ehemaligen Anwerbestaaten

(Türkei, Italien, Griechenland, Spanien, Portugal, Serbien/Montenegro, Bosnien/ Herzegowina, Kroatien) stammen.

Ältere Migrantinnen und Migranten leben häufig in größeren Mehrpersonenhaushalten, da z.T. mit verheirateten Kindern zusammen gelebt wird, woraus sich beengte Wohnsituationen ergeben. Dies kann zu dichten und nahen Selbsthilfe- und Unterstützungspotenzialen führen, aber auch den Alten die Möglichkeit bieten, sich ihrerseits nützlich und hilfreich einzubringen. Über die Qualität gegenseitiger Hilfe sagt dies jedoch nicht viel aus und auch nicht, ob diese Hilfe die Versorgung durch die sozialen Regelsysteme ersetzen kann (Matthäi 2004).

Die Beziehungsressourcen der älteren Migrantinnen und Migranten können in der Nacherwerbsphase reaktiv geprägt sein durch den Rückzug auf die eigenen ethnischen Gemeinschaften. Dadurch kommt es häufig zum Abbau deutscher Sprachkenntnisse (sofern diese vorher umfassend vorhanden waren) sowie zu Konzentration und Rückbesinnung auf religiöse und kulturelle Sichtweisen und Praktiken.

Der allgemeine Gesundheitszustand älterer Migrantinnen und Migranten ist vor allem durch psychische und psychosomatische Belastungen sowie durch häufigere körperliche Erkrankungen als bei deutschen Seniorinnen und Senioren beeinträchtigt. Alterstypische gesundheitliche Risiken und Krankheiten – so auch Demenzerkrankungen – treten im Lebenslauf von Migrantinnen und Migranten zeitlich früher auf als bei Deutschen (Steinhoff u. Wrobel 2004). Es wird davon ausgegangen, dass die psychische Morbidität von Migrantinnen und Migranten mindestens so hoch ist, wie die der einheimischen Bevölkerung. Dabei müssen die unterschiedlichen Migrantengruppen differenziert werden. Bei gewaltsam vertriebenen Kriegsflüchtlingen, Asylsuchenden, politisch Verfolgten und illegalen Zuwanderern wird aufgrund von Traumatisierung eine höhere psychische Morbidität angenommen. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass mit der wachsenden Zahl der älteren Migrantinnen und Migranten auch die Zahl der psychiatrischen Erkrankungen (z.B. Demenzerkrankungen, Altersdepressionen) bei dieser Gruppe ansteigen wird.

Im Inanspruchnahmeverhalten von Migranten mit psychischen Problemen dominieren Hausärzte. Dabei ist jedoch folgendes von Belang: nur etwa die Hälfte der Migrantinnen und Migranten begibt sich im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung tatsächlich in ambulante bzw. stationäre psychotherapeutische Behandlung bei Fachärzten bzw. Fachdiensten oder nimmt Angebote der Altenhilfe in Anspruch.

### **Migration, Gesundheit und Altenhilfe**

Die Erfahrung des Alterns und des Umgangs mit Alten in Migrationskontexten ist ein Prozess der Zusammenführung von unterschiedlichen Sichtweisen, den im Aufnahmeland vorherrschenden und den aus dem Herkunftsland importierten. Hierbei spielen soziale Faktoren sowie persönliche bzw. familiäre Lebenswirklichkeiten und Erfahrungen eine prägende Rolle für Sichtweisen und Haltungen (Hegemann 2002): Diese betreffen beispielsweise Sichtweisen zu Gesundheit und Krankheit (Wie schützt man sich vor Krankheiten oder wie wird man gesund? Welche Professionen sind für die Behandlung welcher Krankheit zuständig?) oder Sichtweisen zu Fragen des Alterns oder zu sozialen Rollen alter Menschen (Was bedeutet es für den Einzelnen, alt zu werden und alt zu sein? Welche Umgehensweisen mit Alten gelten als akzeptabel und welche nicht?). Wichtig sind jedoch auch Fragen des sozialen Status innerhalb und außerhalb der Familie (Wie ist der Umgang zwischen den Geschlechtern und den Generationen geregelt? Wer trägt die Verantwortung für die Pflege Alter und Gebrechlicher? Für welche Fragen nimmt man professionelle Hilfe in Anspruch?).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Erwartungshaltungen der Migrantinnen und Migranten, die sie in einem neuen Land an soziale und gesundheitliche Versorgung stellen – so auch an die Kranken- und Altenhilfe – sich nicht immer mit den Angeboten decken.

Menschen in der Migration bringen bestimmte Verhaltensweisen mit, die sie dann ändern und an die vorhandenen Bedingungen angleichen müssen. Dies ist nicht leicht, denn zugleich besteht der Wunsch, den Anforderungen, die sich aus den eigenen kulturellen Wurzeln ergeben, gerecht zu werden. Jeder unter ihnen muss erkennen, dass er nicht so bleiben kann wie er ist und zugleich Ängste, die eigenen kulturellen Werte zu verlieren, aushalten. So mancher türkischer Mitbewohner unseres Landes muss beispielsweise die in der eigenen Subkultur praktizierten Beziehungsstrukturen zwischen Mann und Frau bzw. zwischen Alt und Jung oder die Art und Weise, in der eigene kulturelle oder religiöse Werte erlebt oder praktiziert werden, reflektieren.

Zugleich verändern sich die aus der Herkunftsgesellschaft importierten familiären Machtverhältnisse, meistens zugunsten von Frauen und Jugendlichen. Diese Veränderungen – so sehr sie auch aus der Perspektive westlichen Denkens erwünscht sein mögen – bedeuten nicht für alle Beteiligten eine angenehme Entwicklung. Beispielsweise können für patriarchalisch sozialisierte Männer diese beschriebenen Veränderungen zu heftigen – nicht selten schmerzhaften – Herausforderungen und zu Adaptationsdruck führen. Dies alles fällt in jüngeren Jahren leichter als in der Altersphase. Mögen sie auch bereits 30 Jahre in Deutschland leben, müssen sie sich dennoch auch im Alter um ihre eigene Integration bemühen. War es vorher notwendig, sich an das Leben in Deutschland in der jung erwachsenen Phase anzupassen, sind es nun stressreiche Notwendigkeiten, sich an das »Altsein« in Deutschland zu gewöhnen – so auch an die Inanspruchnahme professioneller Hilfeangebote außerhalb der familiären Systeme.

Hierbei wirken sich gesellschaftliche Unterschiede zwischen der Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft nachhaltig aus. Hier gibt es Gesellschaften oder Subkulturen, in denen der Prozess der Individualisierung ein weit geringeres Niveau besitzt als in mitteleuropäischen Gesellschaften. Das lässt sich an einem Bild beschreiben: „Der Stamm (meine Familie, Sippe, Klan etc.) ist mein Körper“. Generell werden in einem solchen Erklärungssystem erkrankte Menschen als Teil einer Gruppe bzw. eines Gesamtkörpers (Großfamilie) betrachtet. Das bedeutet, dass bei der Heilung die gesamte Gruppe (also Angehörige) viel stärker miteinbezogen werden muss, weil man sich gemeinsam „krank“ fühlt oder gemeinsam „alt“ wird.

Menschen, die sich an solchen Sichtweisen orientieren, stammen zumeist aus stark kollektivistisch geprägten Gesellschaften oder entsprechenden Milieus. Kommen sie in ein Land, in dem das Individuum und seine Selbstständigkeit einen hohen gesellschaftlichen (individualistischen) Wert darstellen, müssen sie in kurzer Zeit erwerben, was die Einheimischen in langwierigen Sozialisierungs- bzw. Akkulturationsprozessen, gegebenenfalls über Generationen hinweg entwickelten. Ein derart beschleunigter Prozess der Individualisierung, der Weg von der Kollektiv- zur Individualkultur, ist umso mehr von Belastungen begleitet, wenn Ehepartner oder die eigenen Kinder und Enkelkinder (heranwachsende oder erwachsene) jeweils unterschiedliche Akkulturationsgrade bzw. Integrationsgrade aufweisen.

Konfliktreich und stark belastend sind kulturelle und sprachliche Unterschiede zur eigenen Gruppe oder zu den eigenen Angehörigen. Sind diese eher integriert in die neuen gesellschaftlichen, kulturellen und sprachlichen Verhältnisse als der ältere Migrant, können diese Unterschiede nur schwer überwunden, ertragen und zu Lösungen geführt werden. So fallen Unterschiede zwischen jugendlichen Migranten und deutschen Jugendlichen, bezogen auf ihre persönlichen Entwicklungen, weitaus geringer aus, als es bei erwachsenen, in einem anderen Land sozialisierten Migrantinnen und Migranten und deutschen Erwachsenen der Fall ist. Häufig ist die kommunikative Basis zwischen den Kindern älterer Migranten und Deut-

schen besser, als innerhalb der eigenen Familien und kulturellen Gemeinschaften. Auch sind diese Konflikte folgenschwerer, denn ein Ergebnis von Veränderung kann sein, dass die Alten nicht mehr auf die Fürsorge der Angehörigen zählen können und nicht selten auf sich selbst gestellt ein Leben als Single führen müssen. Dies ist in der Mehrheit der Fälle diametral zu den Erwartungen, und die älteren Migrantinnen und Migranten sind es meist kulturell nicht gewöhnt, eine solche Situation zu gestalten und zu meistern.

Dies hat auch praktische Auswirkungen auf die stationäre und ambulante Altenhilfe, Krankenpflege und auch auf psychotherapeutische und psychiatrische Versorgungsstrukturen.

### **Migrantenspezifische Anforderungen an Gesundheitsversorgung und Altenhilfe**

Der Bedarf seitens der älteren Migrantinnen und Migranten wächst mit dem Grad der Individualisierung in den entsprechenden Migrantengemeinschaften. Bezogen auf die Pflege von Angehörigen oder bezogen auf private Hilfenetze und entsprechende Hilfeleistungen findet ein Angleichungsprozess zu den Einheimischen statt. Es ist zunehmend nicht mehr selbstverständlich, dass man im Bedarfsfall für seine eigenen Angehörigen sorgen möchte. Leider sind Migrantinnen und Migranten nicht in großen Familien zu Hause und ihre Kernfamilienmitglieder haben genau dieselben Probleme ihre Alten selbst zu versorgen, wie es bei der Majoritätsbevölkerung der Fall ist. Der Anteil der älteren Migrantinnen und Migranten, die ohne organisatorische Hilfe Dritter ihre Angelegenheiten nicht mehr selbstständig regeln können, steigt deshalb ständig.

Wo unter Migranten große Konflikte entstehen, so wie in der gesamten Gesellschaft auch, nimmt die familiäre Hilfe ab, aber noch viel stärker als bei der Mehrheitsbevölkerung. Diese Prozesse sind migrationsbedingt, weil viele Humanressourcen und soziale Netzwerke nicht mehr vorhanden sind, da sie durch die Migration bedingt aufgegeben wurden und nun ersetzt werden müssen. Dies ist auch ein Grund, warum immer häufiger in der Gesundheits- und Altenhilfepraxis auch Migranten anzutreffen sind, die auf sich allein gestellt, vereinsamt und ohne jegliche private Hilfenetze sind. In der Praxis der rechtlichen Betreuung tritt dies in besonderem Maße zu Tage, so dass allein in Hannover ein rechtlicher Betreuungsverein für Migranten (ITB e.V.) und drei migrantenspezifische ambulante Altenpflegedienste entstanden sind. In allen Ballungszentren entstehen vergleichbare Pflegedienste, Altenstationen oder ethnische Versorgungsschwerpunkte.

Noch häufiger finden wir Hinweise in den Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, in denen in den letzten zehn Jahren unzählige Versorgungsprojekte für ältere Migrantinnen und Migranten entstanden sind. Hieraus lässt sich schließen, dass in naher Zukunft der Rückgriff von bedürftigen Migrantinnen und Migranten auf professionelle Hilfe außerhalb der Familie ständig steigen wird. Aufgrund dieser Entwicklung werden immer dringender kultursensible und interkulturell ausgerichtete rehabilitative Angebote und Maßnahmen für ältere Migranten benötigt.

Remigration könnte vielen als Lösung der Schwierigkeiten erscheinen, jedoch fehlen häufig ausreichende Finanzmittel zu ihrer Verwirklichung. Wichtige Aspekte sind auch die bessere gesundheitliche und soziale Versorgung in Deutschland; die Bindung an die Kernfamilie, die in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt hat; die Erkenntnis, das Leben im Herkunftsland über Jahre hinweg idealisiert zu haben und entsprechende Angst vor Enttäuschungen; Entfremdung von Bezugspersonen im Herkunftsland; Angst vor Isolation im Herkunftsland – kulturelle Entfremdung; Scham, das Ziel der Migration (materieller Wohlstand) nicht erreicht zu haben. Deshalb ist eher mit einer verstärkten Pendelmigration (mehrere Monate in Deutschland und mehrere Monate in der Herkunftsheimat im Wechsel) als einer dauerhaften Rückkehr zu rechnen und auch häufig zu beobachten. Ältere Migranten erleben gerade die Entscheidung des Hierbleibens oder Zurückkehrens häufig als extremes Dilemma, da sie sich mehreren Kol-

lektiven zugehörig fühlen. Jede Entscheidung schneidet von mindestens einer kollektiven Einbettung ab.

### **Handlungsansätze und Leitlinien interkultureller Gesundheitsversorgung und Altenhilfe**

Vor dem Hintergrund der kontinuierlich steigenden Zahl an älteren Migrantinnen und Migranten in Deutschland wächst auch der Bedarf an einer auf ihre Bedürfnisse zugeschnittenen Regelversorgung durch die sozialen Dienste. Daher wurden auch in den zuständigen Fachstellen des Bundes, der Länder und vieler Kommunen in Planungs- und Projektvorhaben die Lebenssituation älterer Migrantinnen und Migranten verstärkt berücksichtigt. So hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz Berlin in ihren Leitlinien der künftigen Seniorenpolitik die Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten miteinbezogen. Die Länder Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen unterstützen ihre Integration in bestehende Strukturen durch die Leitlinien ihrer Seniorenpolitik. Resümierend kann festgestellt werden, dass bei den Angeboten kultursensibler Altenhilfe und Altenpflege in den letzten Jahren in einigen Bundesländern Fortschritte zu verzeichnen gewesen sind, die zum Teil bereits strukturbildenden Charakter hatten. Allerdings kann von der Existenz einer umfassenden und systematischen kultursensiblen Versorgungslage bisher noch nicht ausgegangen werden.

Teilweise sind entsprechende Leitideen bereits in der Altenhilfe entwickelt worden, die verbindlich sein könnten. Bereits im Oktober 2004 hat die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in Zusammenarbeit mit den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, dem Kuratorium Deutsche Altershilfe sowie über 60 weiteren Verbänden und Einrichtungen der Altenhilfe die Kampagne für eine kultursensible Altenhilfe „Aufeinander zugehen – voneinander lernen“ auf den Weg gebracht (IKoM, 2005). Ihr Ziel war es, vielfältige regionale und lokale Vorhaben für eine kultursensible Altenhilfe anzustoßen. Das bereits 2002 vorgestellte „Memorandum für eine kultursensible Altenhilfe“ soll konkrete Schritte zur kultursensiblen Altenhilfe und -pflege vor Ort unterstützen und die Partizipation älterer Migrantinnen und Migranten an Altenhilfestrukturen fördern (vgl. [www.kultursensible-altenhilfe.net/memorandum2002.pdf](http://www.kultursensible-altenhilfe.net/memorandum2002.pdf)). Ein bedeutender Schritt in der Ausbildung für eine kultursensible Altenhilfe wurde 2002 mit der in Zusammenhang mit der Neuregelung der Altenpflege erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Altenpflegerinnen und -pfleger getan. Die Ausbildungsordnung sieht nunmehr vor, im theoretischen und praktischen Unterricht ethnien-spezifische und interkulturelle Aspekte sowie Glaubens- und Lebensfragen zu erlernen und in der Pflege zu integrieren.

Die Notwendigkeiten für eine kultursensible Versorgung alternder Migrantinnen und Migranten sind unübersehbar. Die Integration von Migrantinnen und Migranten in Versorgungssysteme erfordert daher den Einbezug von migrationsspezifischen, kulturellen und sprachlichen Kenntnissen sowie die Einführung einheitlicher Standards und Leitlinien in die entsprechenden Arbeitsfelder.

Es geht dabei nicht um die einseitige Anpassung der Migrantenpopulation an das Versorgungssystem, sondern um die Öffnung und Qualifizierung des Systems in allen seinen Bereichen für die Bedürfnisse und Erfordernisse der Migrantenpopulation.

Dies erfordert erleichterten Zugang zu Regelangeboten, den Aufbau multikultureller Arbeiterteams, den Einsatz sozial- und medizinisch geschulter Gemeindedolmetscher, transkulturelle Aus-, Fort- und Weiterbildung für Professionelle und entsprechende Entwicklung von curricularen Grundlagen sowie die Bildung von kulturspezifischen Selbsthilfegruppen.

Angemessene Versorgung kann nicht ohne Partizipation der Betroffenen gelingen. Um eine nachhaltige interkulturelle Öffnung der Altenhilfe und Altenpflege gewährleisten zu können,

sollten Fachstellen der Verwaltung und Träger von Versorgungseinrichtungen auf die Beteiligung von Migrantinnen und Migranten besonderen Wert legen. Angesichts der Bedeutung eigenethnischer Netzwerke für die erste Generation älterer Migrantinnen und Migranten sollten Selbsthilfeorganisationen und eigenethnische Netzwerke bzw. deren Multiplikatoren gezielt in die Planung und Ausgestaltung von kultursensiblen Angeboten der Altenhilfe und Altenpflege einbezogen werden. Es muss eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitssystems und der Altenhilfe sein, Migrantinnen und Migranten den Zugang zur Versorgung zu erleichtern.

**Literatur**

- Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2005) Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland. Berlin, Juni 2005.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) 6. Familienbericht der Bundesregierung, S. 118.
- Hegemann T, Lenk-Neumann U (Hg) (2002) Interkulturelle Beratung – Grundlagen, Anwendungsbereiche und Kontexte in der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Berlin (VWB).
- IKoM: Informations- und Kontaktstelle Migration (<http://www.aktioncourage.org/www.ikom-bund.de/>) am 4.08.2005
- Matthäi, I (2004) Die Lebenssituation älterer alleinstehender Migrantinnen. Empirische Untersuchung im Auftrag des BMFSFJ. Berlin.
- Steinhoff G, Wrobel D (2004) Vergessen in der Fremde. Zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis. Migration und soziale Arbeit (3-4): 214-222
- Tucci I, Wagner G (2005) Einkommensarmut bei Zuwanderern überdurchschnittlich gestiegen. DIW-Wochenbericht (5): 85.

## Impulse Forum II: kultursensible Pflege

**Impuls von Herrn Prof. Dr. Hartmut Remmers, Professor für Pflegewissenschaften der Universität Osnabrück, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück**

**Vorbemerkungen:** Flüchtlinge, Migranten

Willkommenskultur ist ein „Krampfwort“ (Evelyn Roll, SZ 30./31.05.2015). Als Toleranz wird ein ängstliches Desinteresse getarnt. Anzeichen von Heuchelei, weil sich dahinter bei vielen ein Schwanken zwischen radikalem Chauvinismus und tiefem Selbstzweifel, zwischen Pegida und peinlich panischer „Political Correctness“ verbirgt.

Wir sind ein Einwanderungsland, aber von Unsicherheit und mangelnder Selbstachtung gekennzeichnet. Unsicherheit und Abwehr gegenüber Fremdem und Fremden sollten nicht im Dienste einer „Political Correctness“ geleugnet werden. Vielmehr kommt es darauf an, sich die biologisch-anthropologischen Wurzeln des „Fremdelns“ klar zu machen.

Angst und Unsicherheit gegenüber Fremden sind ein genetisch tief eingeschriebenes, natürliches Gefühl (Irenäus Eibl-Eiblsfeld). Funktional zur Aufrechterhaltung einer stabilisierenden Gruppennorm. Fremdes verunsichert, aber verringert sich (in der frühen Lebensgeschichte) in Abhängigkeit von fortlaufenden Erfahrungen mit Fremdem. Deshalb sollten sich Menschen, die sich für gebildet und aufgeklärt halten, nicht die Unsicherheit selbst übel nehmen, weil das Fremdeln mit ihrem moralischen und politischen Selbstbild nicht übereinstimmt. Das Fremdeln nimmt bei einem Kleinkind ab, je mehr gute Erfahrungen es mit Fremden macht. Die Kehrseite des Fremdels ist Neugier.

Behutsames Expositionstraining, um Verkrampfungen aufzugeben. Das Ziel könnte statt einer indifferenten Toleranz die Anbahnung von freundschaftlichen Beziehungen sein. Wie macht man das? Sich umschaun und anfangen. Neu-Einwanderer und Dritte-Generation ersteingewanderter Migranten müssen in ihrer Verschiedenheit ausreichend wahrgenommen werden.

Auch die Perspektive der Migranten übernehmen, denen unsere Welt mindestens ebenso fremd ist. Sich als Individuen begegnen und als Angehöriger einer Altersgruppe, sozialen Schicht, Religion, kulturellen, ökonomischen, erotischen oder weltanschaulichen Gemeinschaft. Die Grenzen zum Anderssein liegen in jedem selbst. Hegels Dialektik der Grenze.

### **Statistik von Migration und Gesundheit**

Epidemiologische Vorbemerkung: Konzentration auf türkische Migranten.

Migranten der ersten Generation (türkisch) kommen ins Rentenalter mit (zeitlich früheren und häufigeren) geriatrischen und chronischen Erkrankungen. „Voralterung“. Zu beachten: Arbeitsmigranten wurden vor ihrer Übersiedlung nach Deutschland in ihrem Heimatland von deutschen Ärzten auf gesundheitliche Tauglichkeit und Belastbarkeit hinsichtlich von Arbeitsplätzen untersucht. Auswahleffekt: gesünder als durchschnittliche deutsche Bevölkerung (Healthy Migranten Effekt). Aufgrund bestimmter gesundheitsbelastender und gefährdender Arbeitsmerkmale und -bedingungen verschlechtert sich die Morbidität. Anstieg psychosomatischer und depressiver Erkrankungen auch aufgrund des sozioökonomischen Status.

Allgemeine strukturelle Probleme und Defizite des deutschen Gesundheitswesens: Experten-dominanz, Objektstatus des Patienten, Mangel an persönlicher Zuwendung, Abschottung der Versorgungssektoren, mangelnde Leitlinien-Orientierung, unzureichende Mitwirkung des Patienten/Nutzers. Mangelnde interprofessionelle Kooperation und Patienten-Orientierung. Zu starke akutmedizinische Ausrichtung, zu wenig eingestellt auf Chronizität von Erkrankungen. Zu geringe Einbeziehung von Angehörigen.

### **Barrieren der Zugänglichkeit von Pflegeleistungen**

Barrieren und Hindernisse der Versorgung: Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten. Unwissenheit bzgl. Gesundheitssystem und Dienstleistungen. Geringes Wissen über Körpervorgänge wegen fehlender Schulbildung. Kommen zumeist aus ländlichen Gebieten. Niedriges Bildungsniveau und z.T. Analphabetismus türkischer Patienten.

Negative Folgen von Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten: mangelnde Patientenaufklärung vor medizinischen Eingriffen. Probleme bei der Arzthaftung. Krankenhausreinigungskräfte übernehmen oft Dolmetscherfunktion. Einsatz von Dolmetschern hängt auch von Sensibilität des Personals und der Umgebung ab.

Die verbalsprachlichen Kommunikationsprobleme sind bedeutend, wiegen aber nicht so schwer wie die kulturell bedingten Verständigungsschwierigkeiten. Seitens der Behandler und Pflegekräfte besteht Unkenntnis hinsichtlich eines kulturell geprägten Krankheits- und Gesundheitsverständnisses. Unkenntnis spezifischer Lebensformen und Lebensweisen, die durch Religion geprägt sind. Das Thema Religion, insbesondere des Islam, bedarf einer besonderen Aufmerksamkeit: Religion beeinflusst alle, auch profane, Bereiche des Lebens. Das Sakrale und das Profane sind im Falle türkischer Patienten nicht streng getrennt. Religion beeinflusst die Tagesstruktur, Einstellungen gegenüber Behandlung und Versorgung. Darauf basierende Praktiken erschweren Interaktion. Insgesamt zeigt das Dienstleistungspersonal mangelnde Sensibilität gegenüber diesen Phänomenen.

Chronische Krankheiten: Sie spielen bei türkischen Migranten der Erst-Generation eine bedeutende Rolle. Schlaganfall als Beispiel einer chronischen Erkrankung. Türkische Migranten haben eine höhere Erkrankungsrate als Deutsche aufgrund bestimmter Expositionen (während der Kindheit). Unzureichende Kenntnis von Risikofaktoren und Symptomen.

Krankheitsverhalten und Bewältigungsstrategien sind abhängig vom individuellen Lebenskonzept und vom sozialen Umfeld der Person. Unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit erschweren die Kommunikation zwischen türkischen Migranten und dem Gesundheitspersonal. Krankheit wird aufgrund kulturspezifischer Wahrnehmung anders erlebt. Beschwerden werden anders geschildert. Unterschiedliche Lebensweisen und Wahrnehmungsmuster erschweren die Interaktion.

### **Bedarfe von pflegebedürftigen Migranten und deren konzeptionelle Berücksichtigung**

Grundsätzlich: Deutschland begreift sich offiziell erst seit 2001 (unabhängige Kommission „Zuwanderung“) als Zuwanderungsland.

Benötigt werden: Interkulturelle Kompetenz, größere Kultursensibilität.

Strukturelle Defizite hinsichtlich transkultureller Kompetenzentwicklung: mangelnde Beachtung der kulturellen Kontextbedingungen von Krankheitsbewältigung bei Migranten. Die Entwicklung bedürfnisgerechter Versorgungsbedingungen verlangt stärkere Berücksichtigung des jeweils subjektiven Verständnisses von Krankheit, des Krankheitsverhaltens sowie der kulturspezifischen Bedürfnisse. Das Krankheitsverhalten ist erlernt, orientiert sich an bestimmten kulturellen Regeln und ist zugleich situationsabhängig. Beim Krankheitsverhalten spielen auch unterschiedliche Krankheitsbegriffe eine Rolle: Illness: subjektive Sicht im kulturellen Kontext. Disease: professionelle wissenschaftliche Sicht. Sickness: Krankheit als natürliches Phänomen des Lebens.

Im Falle einer Erkrankung ist die Einbeziehung von traditionellen Heilern keine Seltenheit. Hier kann es zu Parallel- oder Pendelbehandlungen kommen.

**Was sollte bei der Verbesserung kultursensibler Pflege beachtet werden?  
Welche Möglichkeiten gibt es?**

Grundsätzliche Vorbemerkung: Wir leben in pluralen Welten, in denen statische Ansichten der Kultur unangemessen sind. Nicht Differenz steht im Vordergrund. Unsere Wahrnehmungen und Einschätzungen sind durch eigene kulturelle Muster geprägt.

Alternative Möglichkeiten: Aufbau von speziellen Gesundheits- und Versorgungsangeboten oder stärkeres Eingehen auf Verschiedenheit innerhalb von Einrichtungen und Angeboten der Regelversorgung? Ist ein speziell von türkischem Personal (Medizin, Pflege) zu erbringendes Angebot erforderlich? Daraus ergäben sich Tendenzen der Abgrenzung und Segregation! Alternative: auf allen Ebenen und in allen Bereichen Etablierung transkultureller Kompetenzen als Aufgabe der Qualitätssicherung. Dazu gehörige Bildungsangebote. Training, mit Ungewissheit produktiv, flexibel umgehen zu können. Erfassen von individuellen Lebenswelten in unterschiedlichen Kontexten.

Konsequenz: Nicht Differenz steht im Vordergrund, sondern Reflexion der Tatsache, dass unsere Wahrnehmungen und Einschätzungen durch eigene kulturelle Muster geprägt sind.

Ebenso ist zu beachten, dass unsere subjektiven Krankheitskonzepte und daraus abgeleitete Erwartungen die jeweiligen Behandlungsziele und tatsächlichen Behandlungsmaßnahmen beeinflussen. In Migrationskontexten sind volksmedizinische Krankheitsvorstellungen sehr lebendig. Ganz generell werden Beschwerdebilder meist abseits schulmedizinischer Begrifflichkeiten artikuliert und dargestellt. Die Berücksichtigung bspw. eines muslimischen Krankheitsverständnisses ist ein medizinethisches Gebot.

Besondere Aufmerksamkeit sollte Psychotherapie erfahren. Zu den Quellen von Missverständnissen gehören unbeachtete kulturelle, sprachliche, ethnische, religiöse Differenzen, welche den Therapieprozess beeinflussen, v.a. auch den wechselseitigen Vertrauensaufbau.

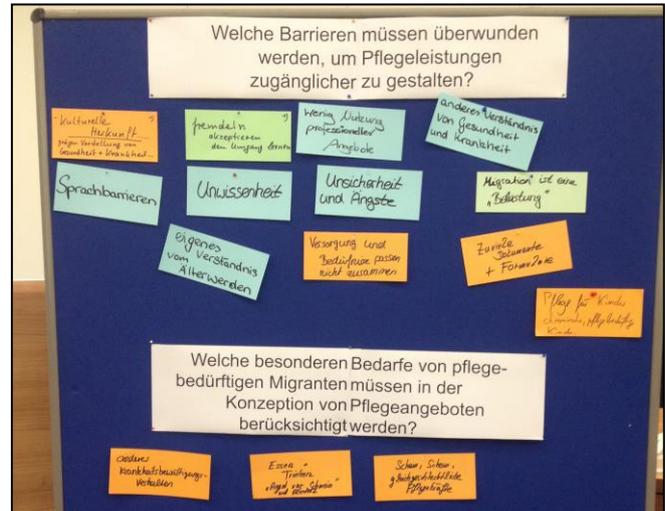
Soziale Netzwerke, die in der eigenen Community aufgebaut werden, dienen als „Identitätsanker“. Sie sollen gefördert werden. Aber es sollten auch Grenzen geöffnet werden.

Türkische Frauen als pflegende Angehörige sind ganz besonderen Belastungen ausgesetzt durch das Leben in einem fremden Land.

## Ergebnisse Forum II: kultursensible Pflege

Welche Barrieren müssen überwunden werden, um Pflegeleistungen zugänglicher zu machen?

- Sprachbarrieren
- Unwissenheit
- eigenes Verständnis vom Älterwerden
- Unsicherheit und Ängste
- wenig Nutzung professioneller Angebote
- anderes Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- Pflege für Kinder; chronisch, pflegebedürftige Kinder
- zu viele Dokumente und Formulare
- Migration ist eine „Belastung“
- Versorgung und Bedürfnisse passen nicht zusammen
- fremdeln akzeptieren, den Umgang akzeptieren
- kulturelle Herkunft prägen Vorstellung von Gesundheit und Krankheit

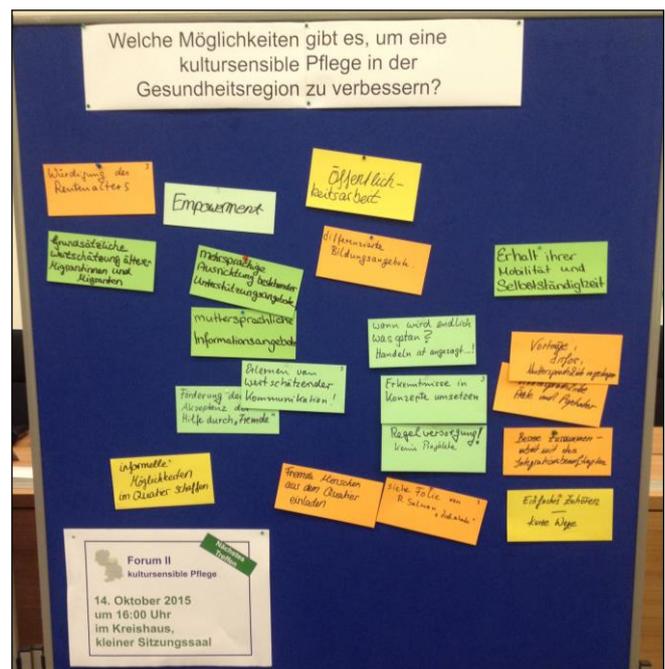


Welche besonderen Bedarfe von pflegebedürftigen Migranten müssen in der Konzeption von Pflegeangeboten berücksichtigt werden?

- anderes Krankheitsbewältigungsverhalten
- Essen und Trinken, „Angst vor Schwein“ und Alkohol
- Scham, Scheu, gleichgeschlechtliche Pflegekräfte

Welche Möglichkeiten gibt es, um eine kultursensible Pflege in der Gesundheitsregion zu verbessern?

- Würdigung des Rentenalters
- Grundsätzliche Wertschätzung älterer Migrantinnen und Migranten
- informelle Möglichkeiten im Quartier schaffen
- Regelversorgung! - keine Projekte
- Siehe Folie von R. Salman „Zielscheibe“
- fremde Menschen aus dem Quartier einladen
- mehrsprachige Ausrichtung bestehender Unterstützungsangebote
- muttersprachliche Informationsangebote
- Erlernen von wertschätzender Kommunikation!
- Förderung der Akzeptanz der Hilfe durch „Fremde“
- Wann wird endlich was getan? – Handeln ist angesagt!
- Erkenntnisse in Konzepte umsetzen
- Vorträge, Infos, Muttersprachlich vorgetragen



- Muttersprachliche Ärzte und Psychiater
- Bessere Zusammenarbeit mit den Integrationsbeauftragten
- Einfaches Zuhören – kurze Wege
- Öffentlichkeitsarbeit
- differenzierte Bildungsangebote
- Erhalt ihrer Mobilität und Selbstständigkeit
- Empowerment

## Forum III: Telemedizin ganz konkret

Die Telemedizin und Telepflege ermöglicht trotz räumlicher Trennung eine Unterstützung in der Diagnostik, Beratung, Pflege und Hauswirtschaft. Vor allem für den ländlichen Raum ist die E-Gesundheit in Zukunft ein spannendes und zukunftsweisendes Themenfeld.

Die Anwendungsfelder der Telemedizin sind vielfältig. Sie können beispielsweise ein selbst bestimmtes Leben in einer alternden Gesellschaft unterstützen oder die Kontinuität in Behandlungs- oder Pflegeprozessen erhöhen. Um eHealth, Telemedizin/Telepflege erfolgreich zum Einsatz zu bringen, werden neue Strukturen und Kompetenzen benötigt.

### **Folgende Fragestellungen haben wir in diesem Forum diskutiert:**

- Wo unterstützen eHealth, Telemedizin/Telepflege Ärzte und Pflegekräfte?
- Was sind die Hindernisse für einen Einsatz von E-Gesundheit?
- Welchen konkreten Nutzen haben Patienten und Angehörige und worauf müssen sie achten?

### **Dazu gab es Impulse von**

- Frau Prof. Dr. Hübner  
(Hochschule Osnabrück)
- Herrn Schnellhammer  
(Living Lab Wohnen und Pflege)
- Herrn Dr. med. Willemsen  
(Chefarzt Schüchtermann Klinik, Bad Rothenfelde)

## Impulse Forum III: Telemedizin

Impuls von Frau Prof. Dr. Ursula Hübner, Forschungsprofessur in Medizinischer und Gesundheitsinformatik und Quantitativen Methoden an der Hochschule Osnabrück, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

### Kontinuität als Kriterium für Qualität in der Patientenversorgung: Chancen durch eHealth und Telemedizin

Prof. Dr. Ursula Hübner

- Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen -



Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

### Über uns: Forschungsgruppe und ZeMIT



Innovationsmanagement:  
 - IT-Report Gesundheitswesen  
 - IT Verbreitung – Ländervergleich  
 - IT-Benchmarking

Lehre und Qualifizierung  
 - Lehre in der Fakultät  
 - eLearning  
 - Qualifizierung im Bereich AAL

Versorgungskontinuität:  
 - domänenspezifische Standards  
 - Schnittstelle Mensch – Information – Mensch  
 - Supply Chain Management Konzept

Service  
 - Betreuung von 4 PC Pools  
 - Anwenderbetreuung  
 - Methodenberatung

Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

### eHealth – eine von vielen Definitionen

e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology.

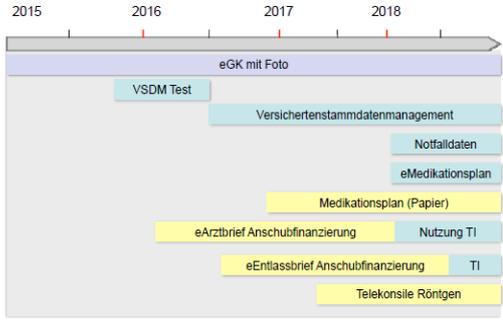
Eisenbach, G., "What is e-health?" J Med Internet Res 2001;2:E20



Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

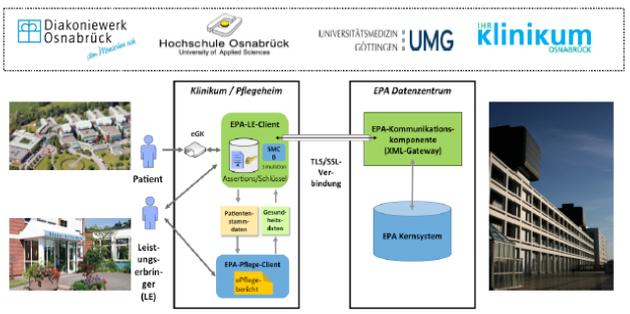
### BMG - eHealth Gesetzesentwurf: Zeitplan



Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

### Szenario 1 für Versorgungskontinuität: Entlassmanagement



Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

### Nutzung von IT-Standards: ein Imperativ!

Thesen zur IT-Infrastruktur in Niedersachsen zur Förderung der regionalen elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen  
 Beirat eHealth.Niedersachsen des Niedersächsischen Ministeriums für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr



Beispiel für einen Standard: ePflegebericht - HL7-CDA-Standard  
 Auf Vollständigkeit und Allgemeingültigkeit überprüfen

ePflegebericht		
Header		
<b>Pflegeprozess</b>	<b>Soziale Information</b>	<b>Personen-Status</b>
Diagnostische Scores	Geographische Informationen	Beobachtet
Pflegeprognosen		aktiviert
Physiolo.	<b>Sozialrechtliche Informationen</b>	
Pflegebedürfnisse	Verfügungsbefugnisse	<b>Medizinische Informationen</b>
Pflegeprognosen	Einwilligungen	Medizinische Diagnosen
Pflegeprognosen	Einwilligungen	Medikation
Pflegeprognosen	Einwilligungen	

Hübner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

## Szenario 2 für Versorgungskontinuität: Tele {medizin, monitoring, pflege}

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences



**Mehr Lebensqualität für Kunstherz-Patienten**  
SCHICKSALSWENDE KURZER VON DER INTENSIVEN LUNGE DER DREIER AUSGESCHNITT

Der Projekt "Telemonitoring für Kunstherzpatienten" der Schickmann-Klinik geht in die Herstellung der landesweiten Netzwerke. „Analoge Praxis (im Land der Idee)“, unterstützen der Initiative und der Druck über den Bereich der Klinik der Medizin und eine zentrale die Bundesgesundheitsamt in Osnabrück. In 40000 km weitläufig der Westdeutschen Teleradiologie, die herstellerübergreifende Kooperation anliegen.

Wir freuen Projekt führt die Schickmann-Klinik eine Antwort auf die Frage, wie Patienten mit einem Herzzeit-Kreislaufsystem, auch Kunstherz genannt, auch auf dem Land schnell fachärztlich betreut werden können. Welche Telemonitoring-Methoden haben Patienten (Kliniken) der Patienten und klinische Daten des Kunstherzsystems in Blick. Für Kunstherz, die nicht in der Nähe der Klinik leben, ist dieses Telemonitoring eine große Erleichterung. Ohne diese Überwachung sind die Patienten im Krankenhaus können – oder gar nicht durch bleiben. So sind die Patienten nicht nur Patienten für die Klinik, sondern gerade auch für die Westdeutsche Gesundheitsversorgung angebotene von herstellerübergreifenden Arbeit und Kooperations.



Huebner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

## Szenario 2 für Versorgungskontinuität: Tele {medizin, monitoring, pflege}

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences



**Arztunterstützende, gemeindenahere, telemedizinunterstützte Dienste:**

Überwachung von Vitalparametern, Gewichts, Blutzucker, Blutdruck, EKG u.a.

durch eine qualifizierte Person, typischerweise eine Pflegekraft

Huebner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

## eHealth Innovationen: 7 Fakten

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Vorstellung    IST Situation    **Herausforderungen**    Maßnahmen    Ausblick

1. eHealth Innovationen sind relativ.
2. Moderne medizinische Praxis ist die Messlatte.
3. Nur im Einsatz befindliche und nützliche eHealth Technology kann eHealth Innovationen herbeiführen.
4. Eine einzelne eHealth Funktion macht noch keine komplexe eHealth Innovation.
5. eHealth ist mehr Evolution denn Revolution.
6. eHealth Innovationen werden häufig hinter der Bühne ausgelöst.
7. Es gibt keine eHealth Innovation ohne soziokulturellen Wandel.

**What Are Complex eHealth Innovations and How Do You Measure Them?**  
 Position Paper  
 U. Hübner  
 Health Informatics Group, Technische Universität Osnabrück, Germany

Hübner U. What are complex eHealth innovations and how do you measure them? Methods Inf Med 2015; 54: doi: 10.3414/ME14-05-0001, epub ahead.

Huebner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

Hochschule Osnabrück  
University of Applied Sciences

Vielen Dank für Ihr Zuhören und Ihr Interesse



Huebner | Gesundheitskonferenz | 01/07/15 | Kreishaus Osnabrück

## Impulse Forum III: Telemedizin

Impuls von Martin Schnellhammer, Living Lab – Wohnen und Pflege, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Herzlich Dank für die Einladung!

- ✓ Kurze Vorstellung
- ✓ „Warum schafft es die viele Technik nicht in die Wohnungen?“
- ✓ „Warum ist es notwendig die Pflegebedürftigen an die Technik (z. B. Tablets) heranzuführen?“
- ✓ Beispiel: „Technikassistierte Medikamentenvergabe“
- ✓ Ausblick

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Unsere Aufgabe

...soll einen Beitrag leisten, um die Herausforderung durch den demografischen Wandel zu bewältigen.

**Ziel:** Innovationen im Bereich Wohnen, Pflege und haushaltsnahen Diensten zu entwickeln.

... soll Lösungen aus der Nutzerperspektive entwickeln.

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Einführung Geldausgabeautomat

Eine kleine Vorüberlegung .....

Wer von Ihnen möchte sein Geld wieder von einem Kassierer bekommen, anstatt vom Automaten?

Wer von Ihnen möchte die Medikamente von einem Automaten, statt von einer Krankenschwester bekommen?

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Warum schafft es die schöne Technik nicht in die Wohnungen? (Hypothesen)

- Elternunterhalt – normative Verpflichtung zur „Elternpflege“
- Zu wenig Geld im System (NL 4,1% BIP für Pflege, D 1,4%; NL 90% öffentlich / D 70%)
- „Rechtsgläubigkeit“ der Deutschen. – Verlassen auf Versicherung – PV/KV/DRV/GSG-Aufspaltung
- zu teuer / unwirtschaftlich
- Bedenken wg. Datenschutz
- zu kompliziert
- weil das Problem weiblich ist
- **Technik und soziale Dienstleistung sind nicht abgestimmt**
- viele IT-Firmen haben einen schlechten Ruf (Wi-Wo-Umfrage)

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Erhebliche Barrieren und Kinder leben in Hamburg, Bremen, Osnabrück, Ostercappeln ..... weite Wege zu den Dienstleistern ....

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Was ist an diesem Bild falsch?

Die Alten bleiben, die Jungen gehen  
 Die Prozessmanager gehen  
 Die Dienstleister gehen  
 Die Infrastruktur geht

Warum brauchen wir Technik (z. B. Tablets)?

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Es ist banal – es muss trotzdem organisiert werden ...

Die Prozesse müssen koordiniert werden – die Hausfrau gibt es nicht mehr

Wir brauchen vernetzte Lösungen – es gibt mehrere Dienstleister

Wir brauchen effektive Lösungen – Kinder sind doppelt belastet

Wir brauchen Informationen – unabhängig von Zeit und Ort

**Living Lab**  
WOHNEN UND PFLEGE

Zusammenfassung 1

- Telemedizinische Technik tut sich sehr schwer, in den Wohnungen Einzug zu halten (die Gründe scheinen vielfältig).
- Auf dem Land vereinsamen die Menschen, die Abläufe in den Haushalten müssen aus der Ferne organisiert werden, dazu brauchen wir IT-Plattformen und einfache Geräte.
- Wir brauchen integrierte Systeme, die Hauswirtschaft, Kommunikation, Medizin und Pflege zusammenführen (Insellösungen, z. B. Monitoring von RR helfen nicht weiter).
- Die Chancen der IT lägen bei Routineaufgaben, Monitoring und Dokumentation.



Living-Lab  
WOHNEN UND PFLEGE

Beispiel: „Technikassistierte Medikamentenvergabe“

Heute täglich	5 Minuten 2 km	Aufsuchen Wohnung 2 Minuten	Verabreichen Med. 3 Minuten = Nettoleistung	Nur 3 von 12 Minuten kommen beim Patienten an -> 75 % gehen verloren	Verlassen Wohnung 1 Minute
Morgen wöchentlich + Medikamentspender	5 Minuten 2 km	Aufsuchen Wohnung 2 Minuten	Beratung/Zuwendung 35 Minuten = Nettoleistung	Nur 15 % gehen verloren	Verlassen Wohnung 1 Minute



- Living-Lab  
WOHNEN UND PFLEGE
- ### Zusammenfassung 2
- Die aktuellen Schwerpunkte der Telemedizin sind bildgebende Verfahren sowie Berichte und vereinzelt Monitoring.
  - Die hemmenden Faktoren sind noch zu wenig untersucht.
  - Es gibt erhebliche Unterschiede in der eHealth-Verbreitung (außerhalb der Krankenhäuser) zwischen GB, Skandinavien und Mitteleuropa.
  - Vorteile: Zusicht, Interventionsmöglichkeiten, Informationsbeschaffung wären zeit- und ortsunabhängig.
  - Telemedizin schafft Gute Voraussetzungen für das Krisenmanagement.
  - IT könnte zur Entlastung der Angehörigen (ggf. auch Pflegedienste) beitragen. (Entlastung vom „ständig sich kümmern müssen“.)



## Impulse Forum III: Telemedizin

Impuls von Herrn Dr. Detlev Willemsen, Chefarzt Schüchtermann-Klinik Bad Rothenfelde, anlässlich der Gesundheitskonferenz von Landkreis und Stadt Osnabrück am 01.07.2015 in Osnabrück



**SCHÜCHTERMANN-KLINIK**  
BAD ROTHENFELDE

**center of excellence**  
Klinik für Herz- und Gefäßkrankheiten  
Kardiologie, Herzchirurgie,  
Anästhesiologie und Rehabilitation

# Gesundheitskonferenz Osnabrück Forum III - Telemedizin

Dr. Detlev Willemsen  
 Kreishaus Osnabrück, 01.07.2015

*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 2*



### European EMR Adoption Model™

Stufe	Cumulative Capabilities
<b>Stufe 7</b>	Vollständiges EMR; CCD-Transaktionen zur gemeinsamen Datenaufzeichnung; Data Warehousing; Berichte über das Resultat der Dateneffizienz; Qualitätssicherung
<b>Stufe 6</b>	Integration der kritischen Dokumentation mit vollständigen; CDS (strukturierte Vorlagen bzgl. klinischer Prozesse über Verordnungs- und Konformitätswarnungen aus) und geschlossen Medikationsverwaltung.
<b>Stufe 5</b>	Komplette PACS -Lösung ersetzt alle filmbasierten Bilder.
<b>Stufe 4</b>	CPOE zumindest in einem klinischen Service-Bereich bzw. für die Medikation ist in 2 Phasen; ermöglicht möglicherweise gibt es auf Grundlage klinischer Protokolle Unterstützung bei klinischen Entscheidungen.
<b>Stufe 3</b>	Pflege/Klinische Dokumentation (Einfachchemie) möglicherweise gibt es Unterstützung bei klinischen Entscheidungen zur Prüfung auf Fehler während der Verordnungseingabe bzw. PACS ist auch außerhalb der Radiologie verfügbar.
<b>Stufe 2</b>	Speicher für klinische Daten (Clinical Data Repository; CDR) / elektronische Patientenakte, möglicherweise gibt es ein kontrolliertes medizinisches Wissens-Unterstützung bei klinischen Entscheidungen (DSS) zur elementaren Konfliktüberprüfung, Dokumentationsanpassung und Funktionen zum Austausch von Krankheitsdaten (OIE).
<b>Stufe 1</b>	Unterstützungen wie Labor-, Radiologie und Apotheke sind alle installiert ODER die LIS-, RIS-, PMS-, PMS-Datenaustausch erfolgt online über externe Service Provider.
<b>Stufe 0</b>	Keine der drei Unterhaltungen (LIS, RIS, PMS) ist installiert ODER es erfolgt keine Labor-, Radiologie-, Apotheke-Datenaustausch online über externe Service Provider.

Ziel →  
 Aktuell →

CCD: Condition-Change-Data  
 CDR: Clinical Data Repository  
 CDS: Clinical Decision Support  
 CDSX: Clinical Decision Support-System  
 CPOE: Computerized Physician Order Entry  
 EHR: Electronic Health Record  
 EMR: Electronic Medical Record  
 HIE: Health Information Exchange  
 LIS: Labort-Informationssystem  
 PACS: Picture Archiving and Communication System  
 PMS: Public Health-Informationssystem  
 RIS: Radiologie-Informationssystem

*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 2*




*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 3*




In 2002, VeriChip received approval from the U.S. Food and Drug Administration to distribute human implantable chips. By the year 2004, interest in chip implantation began gaining ground. However, there is a lot of controversy about human chip implantation and if it is ethical. Learn about microchip implants and what implications they have.

*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 4*




Thomas Hobbes (1588 – 1679)

*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 5*



## DAS HERZ IM BLICK

SEIT JAHREN KOMMT DAS TELE-MONITORING BEI HERZINSUFFIZIENZ IN DEUTSCHLAND NICHT VOM FLECK. DOCH AKTUELL DEUTET SICH EINE WENDE AN: AUSGERECHNET DAS INVASIVE KARDIALE MONITORING KÖNNTE ZUM SCHRITTMACHER FÜR DIE ERSTATTUNG DER TELEMEDIZIN WERDEN.



**KARDIOLOGIE** Smarte Implantate ermöglichen den Blick ins Innerste. **ARZTENETZE** Wie es in der Szene nach den Neuregelungen aussieht. **BILDERUNG** Die neuesten Trends von der RSNA in Sachen Radiologie.

eHealth-com 1/14

*Schüchtermann-Klinik | Bad Rothenfelde | Referent: Dr. Detlev Willemsen | Osnabrück, 01.07.2015, 6*



 Perspektive - Intelligente Kleidung



Abb.: „Multi-Signal Shirt“ von Nyx (links) [nyxdevices.com], Weartech (mitte) [weartech.es] und Smartex/CSEM (rechts) [smartex.it, csem.ch]

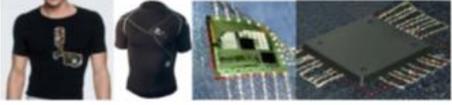


Abb.: Embedded electronics von Falke/Navispace (left) [geo-view.eu] und Fraunhofer (all others) [www.izm.fraunhofer.de]

Schäfer/Kornmann/GHilf Bad Rottenfels Referent: Dr. Döbber Hillermann Datendatum: 01.07.2015, 17

  **Deutschland Land der Ideen**



Idee gehabt. Mitgemacht. Ausgezeichnet.

Schäfer/Kornmann/GHilf Bad Rottenfels Referent: Dr. Döbber Hillermann Datendatum: 01.07.2015, 19

 **SCHÜCHTERMANN-KLINIK**  
BAD ROTTENFELDE

 **center of excellence**  
Zentrum für Herz- und Gefäßkrankheiten  
Kardiologie, Herzchirurgie  
Anästhesiologie und Intensivmedizin

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.**



## Ergebnisse Forum III: Telemedizin

### Wo unterstützen eHealth, Telemedizin/Telepflege Ärzte und Pflegekräfte?

- fachärztliche Betreuung in ländlichen Regionen
- Krisenmanagement
- Entlassungsmanagement
- Versorgungskontinuität
- Telemonitoring für Kunstherzpatienten
- Diagnostik Therapie
- kontinuierliches Monitoring
- bildgebende Verfahren und Berichte
- Delegation ärztlicher Leistungen
- Vernetzte Lösungen
- Informationsbeschaffung zeit- und orts-unabhängig
- Koordination einzelner Prozesse

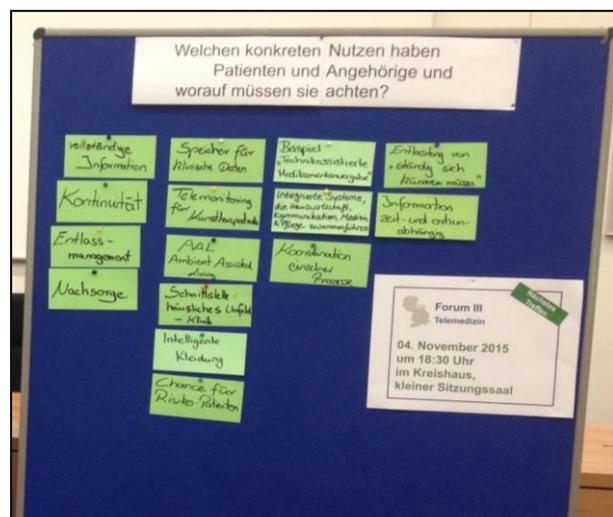


### Was sind Hindernisse und Herausforderungen für einen Einsatz von E-Gesundheit?

- es braucht Standards
- qualifizierte Pflegekräfte
- Aufklärung Information
- Kultur
- Patientensicherheit
- Datenschutz
- Transparenz
- Technik
- Abstimmung von Technik & sozialer Dienstleistung
- „Zu wenig Geld im System“

### Welchen konkreten Nutzen haben Patienten und Angehörige und worauf müssen sie achten?

- vollständige Information
- Kontinuität
- Entlassungsmanagement
- Nachsorge
- Speicher für klinische Daten
- Telemonitoring für Kunstherzpatienten
- AAL – Ambient Assisted Living
- Schnittstelle: häusliches Umfeld – Klinik
- intelligente Kleidung
- Chance für Risiko-Patienten
- Beispiel „Technikassistierte Medikamentenvergabe“
- integrierte Systeme, die Hauswirtschaft, Kommunikation, Medizin & Pflege zusammenführen
- Koordination einzelner Prozesse
- Entlastung von „ständig sich kümmern müssen“
- Information zeit- und ortsunabhängig
- Patientensicherheit



## Markt der Möglichkeiten

### Aktuelle Aktivitäten in der Gesundheitsregion



Netzwerk  
Adipositas

#### Netzwerk Adipositas

##### Ausgangslage:

Übergewicht zählt zu den größten gesundheitlichen Problemen der modernen „Überflussgesellschaft“. Die Ursachen sind vielfältig und bestehen unter anderem in sich verändernden Lebensbedingungen, individuellen Verhaltensweisen sowie einer genetischen Veranlagung. Vor allem mangelnde Bewegung und eine nicht an den persönlichen Bedarf angepasste Nahrung beeinflussen die kindliche Gesundheit und wirken sich langfristig im Erwachsenenleben aus.

##### Ziele:

- Vernetzung der Akteure vor Ort stärken
- Unterstützung der Kommunikation aller Beteiligten untereinander
- Transparenz über vorhandene Angebote schaffen
- Gesundheitliche Chancengleichheit erhöhen

Prävention von Übergewicht und Adipositas in allen Altersgruppen.

##### Aktuelle Projektideen:

1. Planung, Organisation und Umsetzung einer Informationsveranstaltung zum Thema Übergewicht und Adipositas für Betroffene.
2. Recherche nach vorhandenen Konzepten / Projekten zur Prävention und Gesundheitsförderung von Übergewicht und Adipositas, die den Fokus auf niedrigschwellige Arbeitsweise haben und sozial Benachteiligte erreichen. Sichtung der Rechercheergebnisse, nach Möglichkeiten / Ansatzpunkten der Erreichbarkeit sozial benachteiligter Zielgruppen  
→ Transfer der Ergebnisse in die Praxis / auf die Arbeit in der Region



Netzwerk  
Adipositas

#### Arbeitsgemeinschaft frühkindliche Ernährung

##### Ausgangslage:

Neben genetischen und sozialen Einflussfaktoren stellen die fetale Prägung des Stoffwechsels während der Schwangerschaft und die Ernährung im Säuglingsalter wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung von Übergewicht, Adipositas und Diabetes mellitus dar.

##### Ziele:

- Sondierung der Ausgangslage in der Region Osnabrück
- Informations- und Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmerinnen und Teilnehmern
- Planung gemeinsamer Projekte

##### Aktuelle Projekte:

In Kooperation mit der Hochschule Osnabrück werden derzeit zwei Unterrichtseinheiten zu den Themen „Lebensmittelhygiene“ und „Kinderernährung“ erarbeitet und in der Praxis durchgeführt.

Im Rahmen einer praxisorientierten Unterrichtseinheit rund um das Thema „Lebensmittelhygiene“ sollen Tageseltern konkrete Hygienemaßnahmen bei der Lebensmittelzubereitung vermittelt werden. Tageseltern sind gesetzlich dazu

verpflichtet, die vorgeschriebenen Hygienestandards einzuhalten. Ziel ist es, die Gesundheit der Tageskinder zu sichern.

Die Unterrichtseinheit zum Thema „Kinderernährung“ findet in Form eines Kochkurses für junge Eltern von Säuglingen im Alter von 10 bis 12 Monaten statt. In diesem Kochkurs werden praktische Tipps und Tricks vermittelt, wie Eltern für sich und ihre Kinder gemeinsame Mahlzeiten in der Übergangsphase der Beikost zur Familienkost kochen und zubereiten können. Einfache und leckere Rezepte werden gemeinsam gekocht und es wird gezeigt, wie diese Rezepte jahreszeitlich variiert werden können.



## Netzwerk Schulverpflegung

### Ausgangslage:

- Zunahme von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
- Geringe Akzeptanz der Schulverpflegung insgesamt

### Ziele:

- Stärkung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils in der Schule
- Aufzeigen von guten Beispielen zur Pausen- und Mittagsverpflegung
- Verbesserung der Atmosphäre in den Mensen und Cafeterien
- Optimierung von Organisationsstrukturen, wie zum Beispiel Pausenzeiten
- Entwicklung von Rezepten und Checklisten sowie Leitfäden zu verschiedenen Themen
- Unterstützung der Kommunikation aller Beteiligten untereinander
- Unterstützung und Beratung zur Ernährungsbildung
- Unterstützung und Begleitung bei gesundheitsförderlichen Aktivitäten, zum Beispiel Einführung von frischen Zwischenmahlzeiten

### Aktuelles Projekt:

#### Image der Schulverpflegung verbessern: Regionaler Tag der Schulverpflegung

Gemeinsam mit den Caterern und Pächtern wird ein regionaler Tag der Schulverpflegung an den Schulen im Landkreis und in der Stadt Osnabrück zum Thema Paprika meets Chili organisiert. Dieser findet am 07. Juli 2015 im Landkreis und in der Stadt Osnabrück statt.

Ziel dieser Veranstaltung ist es, durch einen gemeinsamen Aktionstag positiv für das Thema Schulverpflegung Werbung zu machen.



## Netzwerk Pflege

### Ausgangslage:

Der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung wird in den kommenden Jahren drastisch zunehmen. Der dadurch bedingte höhere Bedarf an Pflegeleistungen hat einen höheren Bedarf an Pflegekräften zur Folge. Bis 2025 wird ein Arbeitskräftemangel von 193.000 Pflegevollkräften prognostiziert. Bereits heute macht sich der Fachkräftemangel in Form von arbeitsbedingten starken psychischen und physischen Belastungen bemerkbar.

### Ziele:

- Das Bewusstsein der Bevölkerung für das Thema Pflege sensibilisieren,
- Die Gesundheit der Pflegenden und der Gepflegten fördern,

- Das Image des Pflegeberufes verbessern.

#### **Aktuelle Projekte und Projektideen:**

- Broschüre „Wegweiser Gesundheitsförderung für Pflegende“
  - Themen: Rückenbeschwerden, Ernährung am Arbeitsplatz, Familie und Beruf, Müdigkeit, Nichtraucher, Schichtdienst, Stress/Burnout, Zeitmanagement, Führungsstil
- Image der Pflege: Schüler/Innen für die Pflege begeistern
  1. Projektidee: Auszubildende der Pflegeberufe (Gesundheit- und Krankenpflege, Gesundheits- und Krankenpflegehilfe, Altenpflege, Altenpflegehilfe, Alltagsbetreuung) sollen durch lokale Kooperationen zwischen allgemeinbildenden Schulen, Pflegeschulen und Unternehmen Schülerinnen und Schülern das zukunftsweisende Berufsfeld Pflege praxisnah vorstellen.
  2. Projektidee: Beteiligung an Ausbildungsmessen, um das Arbeitsfeld der Pflege darzustellen.



### Netzwerk Selbständigkeit im Alter und neue Wohnformen

#### **Ausgangslage:**

**Selbständigkeit im Alter:** Ältere Menschen wollen so lange wie möglich und selbständig in der gewohnten Umgebung leben. Hierzu benötigen sie oft Hilfe. Wenn die Unterstützung durch Angehörige, Nachbarn und Bekannte nicht mehr ausreicht, müssen Hilfen durch Ehrenamtliche, durch Initiativen oder durch kommerzielle Anbieter in Anspruch genommen werden.

**Neue Wohnformen:** Selbstständig, selbstbestimmt und sozial integriert zu wohnen, ist der Wunsch von vielen Menschen. Dies ist Zuhause, in betreuten Wohnmodellen oder in gemeinschaftlichen Wohnprojekten möglich. Erforderlich sind dafür generationengerechte Wohnformen, die konzeptionell mit verschiedenen Akteuren erarbeitet werden müssen.

#### **Ziele:**

- Selbstständigkeit im Alter erhalten und fördern,
- Menschen für das Thema sensibilisieren und
- auf das Thema gemeinschaftliches Wohnen aufmerksam machen.

#### **Aktuelle Arbeitsinhalte:**

- Informations- und Erfahrungsaustausch zwischen den Akteuren
- „Transparenz der Strukturen“: Bündelung von Informationen über Akteure im Themenfeld „Gemeinschaftliches Wohnen“ in der Region Osnabrück durch eine Befragung
- Intensivierung des Themas „Gemeinschaftliches Wohnen“ in Zusammenarbeit mit dem Niedersachsenbüro „Neues Wohnen im Alter“
- Diskussion über Netzwerkstrukturen und –arbeit

## Organisationsteam der Gesundheitskonferenz 2015



Dr. Gerhard Bojara  
Leiter Gesundheitsdienst für  
Landkreis und Stadt Osnabrück



Mareike Bührs  
Gesundheitsdienst für  
Landkreis und Stadt Osnabrück



Nicole Erb  
Gesundheitsdienst für  
Landkreis und Stadt Osnabrück

## Veranstaltungsteam der Gesundheitskonferenz 2015



Rita Conrads  
Gesundheitsdienst für  
Landkreis und Stadt Osnabrück



Maria Kröger  
Gesundheitsdienst für  
Landkreis und Stadt Osnabrück

Über die zahlreiche Teilnahme an der diesjährigen Gesundheitskonferenz und das hohe Interesse am Thema „Gesundheitsversorgung vor Ort zukunftsgerecht gestalten“ haben wir uns sehr gefreut. Wir danken allen Teilnehmenden der Konferenz und hoffen weiterhin auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

Ein besonderer Dank gilt allen Netzwerkmitgliedern für die schon seit Jahren aktive und konstruktive Zusammenarbeit.

**Wir laden Sie herzlich  
zu den Arbeitsgruppen ein.**

**09.09.2015 16:30 – 18:00 Uhr AG ärztliche Versorgung**

**04.11.2015 18:30 – 20:00 Uhr AG Telemedizin**

**11.11.2015 16:00 – 18:00 Uhr AG kultursensible Pflege**

## Impressum



Landkreis Osnabrück  
Am Schölerberg 1  
49082 Osnabrück  
Postanschrift  
Postfach 2509  
49015 Osnabrück

Ansprechpartnerin:  
Nicole Erb und Mareike Bührs  
Koordinatorinnen der Gesundheitsregion  
Tel.: (05 41) 501 3521  
info@gesundheitsregion-Lkos.de  
Internet: www.landkreis-osnabrueck.de

Veröffentlicht im August 2015