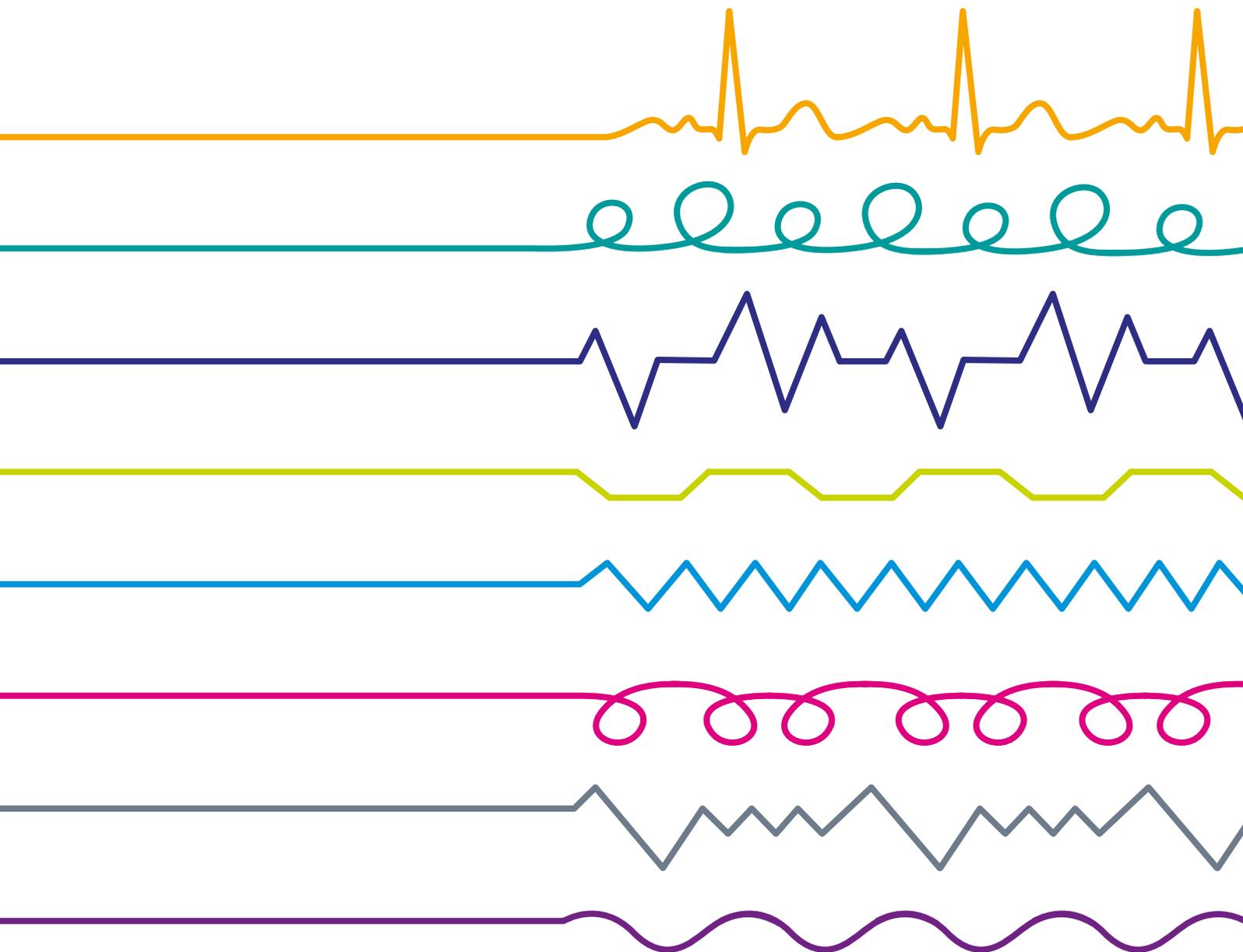


Mehr Gesundheit für eine Gesellschaft des langen Lebens

Ansätze aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung



Mehr Gesundheit für eine Gesellschaft des langen Lebens

Ansätze aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung

Hinweis: Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers. Sämtliche Personenbezeichnungen meinen, wenn nicht anders erwähnt, alle Geschlechter.

Vorwort

Mit der steigenden Lebenserwartung ist Deutschland – wie viele andere Länder auch – eine Gesellschaft des langen Lebens geworden. Der Zugewinn an Lebensjahren kann als große Errungenschaft moderner Gesellschaften gelten und ist in weiten Teilen Ergebnis einer differenzierten und erfolgreichen Gesundheitsversorgung. Sei es durch wirksame Maßnahmen gegen die Kindersterblichkeit, die Eindämmung von lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten oder durch die Einführung einer Vielzahl therapeutischer Möglichkeiten bei Krankheiten, die in früheren Zeiten oft ein Todesurteil bedeutet hätten. Dadurch hat sich das Krankheitsspektrum in der Gesellschaft spürbar verschoben. Krankheiten werden – wenn keine vollständige Heilung möglich ist – zum Teil des Lebens der Betroffenen und der oft bestehende Zusammenhang zwischen ihnen und dem Lebensstil wird sichtbar. Der Anteil an Erkrankungen, die erst mit höherem Alter auftreten, wächst an und insgesamt vermehrt sich der Bedarf an Pflege- und Unterstützung. Damit erweitert sich die Aufgabe einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung: Ihr ambitioniertes Ziel muss es sein – ergänzend zu den bisherigen Anstrengungen –, in den zugewonnenen Lebensjahren trotz Krankheit mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu erreichen.

Dem Vermächtnis ihres Stifters folgend, leistet die Robert Bosch Stiftung seit mehr als 50 Jahren Beiträge zur Gestaltung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und hat mit diesem Anspruch in ihren Förderprogrammen und -projekten von Anfang an spezifische Akzente gesetzt. In den letzten Jahren lag der Fokus verstärkt auf Ansätzen, die das Gesundheitssystem in Deutschland besser und gezielt auf die Versorgung von chronisch kranken und alten Menschen ausrichten wollen. Dabei ging es um die Entwicklung und Erprobung von innovativen Modellen für die Versorgungspraxis, wie auch um notwendige Änderungen der Rahmenbedingungen zur Stärkung der Primärversorgung. Mit dem Blick auf den Menschen richtete sich die Förderarbeit außerdem stark auf die Befähigung der Akteure in der Gesundheitsversorgung, mit den Herausforderungen in ihrem jeweiligen Handlungsfeld besser umzugehen mit dem Ziel, dass Bürger und Patienten sich gesund erhalten und/oder mit chronischen Erkrankungen gut leben können, dass die Gesundheitsberufe zu vermehrt kooperativem Handeln im komplexen Versorgungsgeschehen in der Lage sind, dass die Pflegeberufe weiterentwickelte Kompetenzen für eine verbesserte Praxis einbringen können und dass Schlüsselpersonen und Entscheider die Aufgabe wahrnehmen, innovative und systemübergreifende Lösungen in einer globalisierten Welt zu finden.

Die vorliegende Publikation gibt einen Überblick über die Förderaktivitäten der letzten Jahre und beleuchtet anhand konkreter Beispiele einige wesentliche Aspekte einer Gesundheitsversorgung, die besser auf die Bedarfe von chronisch kranken und alten Menschen ausgerichtet ist oder die – mit anderen Worten – in einer Gesellschaft des langen Lebens mehr Gesundheit und Wohlbefinden zu erzielen verspricht.

Robert Bosch Stiftung

Stuttgart, im September 2021

Inhalt

04	Vorwort
09	Chronische Erkrankungen wirken in alle Lebensbereiche
10	„Chronische Krankheiten sind eine Dauerherausforderung“
14	Von einer guten Versorgung komplexer Erkrankungen können alle lernen
15	„Es gibt erschreckende Defizite im Umgang mit Menschen mit Demenz“
20	Gute Momente für Angehörige
22	Patienten sind Experten
23	„Wenn ich nicht selbst etwas für mich tue, geht es mir auch nicht besser“
27	Zusammen ist man weniger allein
29	Bessere Zusammenarbeit für bessere Patientenversorgung
30	Team ist Trumpf
33	Wie kann interprofessionelle Lehre funktionieren?
35	Der Beitrag der professionellen Pflege
36	Von der Hochschule direkt zu den Patienten
40	Ein neuer Beruf für mehr Gesundheit
43	Vor Ort unterstützen
44	„Wir müssen den Menschen in den Mittelpunkt stellen“
46	PORT: Umfassende Gesundheitsversorgung vor Ort
51	Auf dem Weg in die demenzfreundliche Kommune
53	Grenzüberschreitend voneinander lernen
54	Was Inspiration und Austausch bewirken können
60	„Wir setzen bei den Stärken der Menschen an“
62	Bitte abgucken: „Mehr Pflege in der Primärversorgung“
65	Die Zukunft: Ein Neustart für das Gesundheitswesen
67	„Die Einbindung der Bürger muss zur Norm werden“
70	Das sagen die Bürger
72	Programme und Projekte
76	Publikationen
82	Impressum

Chronische Erkrankungen wirken in alle Lebensbereiche

Wer an einer chronischen Krankheit leidet, ist über Jahrzehnte hinweg auf das Versorgungssystem angewiesen. In Deutschland sind es derzeit etwa 40 Prozent der Bevölkerung, die sich der komplexen Herausforderung einer oder gar mehrerer chronischen Erkrankungen stellen müssen. Dabei geht es sowohl um ihr physisches und psychisches Wohlergehen als auch um die vielen Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag, das Familien- und Berufsleben.

Unser Gesundheitssystem ist – immer noch – auf akute Erkrankungen ausgerichtet. Es mangelt an einer integrierten, patientenzentrierten Versorgung chronisch Kranker, einer systematischen Patientenedukation und Förderung ihrer Gesundheitskompetenz. Das sagt Doris Schaeffer, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld. Sie hat viele Studien über den Verlauf chronischer Erkrankungen, ihre Auswirkungen auf die Patienten und deren Bedarfe durchgeführt. Und sie ist der Überzeugung: Unser Gesundheitssystem muss flexibler und lernfähiger werden.

„Chronische Erkrankungen sind eine Dauerherausforderung“



Interview

mit Doris Schaeffer, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld

Was ist eine chronische Erkrankung, wie lässt sich das definieren?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO unterscheidet zwischen ansteckenden und nicht ansteckenden Krankheiten. Chronische Erkrankungen sind nach Definition der WHO nicht ansteckende Krankheiten.

Ich halte mich an eine andere Definition: Chronische Krankheiten sind unheilbare und langandauernde Erkrankungen, während akute Krankheiten in der Regel kurzfristig und heilbar sind. Früher haben wir unter ‚langandauernd‘ sechs Monate verstanden. Das ist aus heutiger Sicht verblüffend kurz. Heute können Menschen dank der Fortschritte in der Medizin deutlich länger mit chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Aids leben. Gerade mit Blick auf die heute oft langen Verlaufsdauern von chronischen Krankheiten halte ich diese Definition für tragfähiger.

Was sind aktuell die häufigsten chronischen Krankheiten in Deutschland?

Die Zahl chronisch kranker Menschen wächst, nicht nur in Deutschland. Etwa 40 Prozent haben hier eine oder oftmals sogar mehrere chronische Krankheiten. Bei der älteren Bevölkerung sind mehr als die Hälfte betroffen. Zu den häufigsten chronischen Krankheiten gehören nach wie vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, auch wenn die Zahlen etwas zurückgehen, was unter anderem ein Erfolg der Prävention ist.

Zugenommen haben hingegen chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems wie Arthrose oder Rheuma, aber auch Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Demenz und vor allem Krebskrankheiten. Immer mehr Menschen sind multimorbid erkrankt, leiden an mehreren chronischen Erkrankungen.

Wie läuft aus Sicht der Patienten eine chronische Erkrankung ab, was passiert nach der Diagnose?

Für viele Patienten ist die Diagnose einer chronischen Erkrankung erst einmal ein Schock, weil sie nicht damit rechnen oder rechnen wollen, dauerhaft und irreversibel zu erkranken. Bis dahin haben sie oft keine Erfahrungen mit solchen Krankheiten, kennen sich aber meist aus mit Akuterkrankungen. Von denen wissen wir: Wenn wir mitarbeiten und den Hinweisen der Gesundheitsprofessionen folgen, werden wir in der Regel wieder gesund und können in unser normales Leben zurückkehren. Bei einer chronischen Erkrankung sieht das ganz anders aus. Daher brauchen die meisten Patienten nach so einer Diagnose Zeit, um die neue Situation zu ‚verdauen‘. Sie fragen sich: Was bedeutet diese Erkrankung für mich, mein weiteres Leben, für meine Familie, worauf muss ich mich einstellen. Zugleich sind die Patienten in dieser Zeit meist sehr angepasst, verhalten sich ziemlich vorbildlich und machen, was die Ärzte ihnen raten, weil sie oft doch irgendwie hoffen, dass die Krankheit vielleicht wieder verschwindet und ihr Körper wieder schweigt.

Welche besonders schwierigen Phasen gibt es bei chronischen Krankheitsverläufen?

Wenn die Patienten – trotz ihrer Bemühungen, sich anzupassen – realisieren, dass die chronische Krankheit nicht mehr verschwindet, sondern bleibt, kommt es in der Regel zu einer psychischen Krise und in der fühlen sie sich meist alleine. Denn die Gesundheitsprofessionen sind oftmals der Meinung, sie hätten die Patienten gleich nach der Diagnose ausführlich und ausreichend aufgeklärt und informiert. Allerdings zeigen unsere Studien, dass die Erkrankten in dieser ersten Phase nach der Diagnose nicht wirklich aufnahmefähig sind, weil sie die neue Situation erst einmal verarbeiten müssen. Ähnlich ist es, wenn sie realisieren, dass die Krankheit bleibt und es keine Rückkehr zur gewohnten Normalität geben wird. Zugleich müssen sie spätestens jetzt eine für sie funktionierende Anpassungs- oder Bewältigungsstrategie entwickeln – keine einfache Aufgabe, bei der sie Unterstützung benötigen.

Auch in der folgenden langen Lebensphase mit der chronischen Erkrankung kann es immer wieder zu Krisen kommen, denn die Krankheit, ihre Symptome und Auswirkungen verändern sich immer wieder. Manchmal vertragen die Patienten ein Medikament plötzlich nicht mehr, die Erschöpfung wird stärker oder sie können ihren Beruf nicht mehr ausüben. Der Alltag muss häufig angepasst werden. Es ist eine große Dauerherausforderung, mit der Unberechenbarkeit und Ungewissheit zu leben. Vor allem in jeder neuen Krise und erst recht, wenn es am Ende nicht mehr aufwärts, sondern nur noch abwärtsgeht.

Was gehört zu einer funktionierenden Strategie im dauerhaften Umgang mit einer chronischen Erkrankung?

Die Patienten müssen sich überlegen, wie sie die Krankheit in ihr Leben integrieren. Das ist mit vielen Fragen verbunden, zum Beispiel: Wie bilde ich Routinen aus, damit ich nicht vergesse, meine Medikamente einzunehmen, Werte zu kontrollieren oder therapeutische Maßnahmen umzusetzen? Wie verändert die Krankheit meinen Alltag, was kann ich vielleicht nicht mehr wie gewohnt, was muss ich ändern? Und welche Auswirkungen hat das auf meine Familie und Freunde, auf meine Arbeit und Kollegen?

Chronisch Erkrankte müssen lernen, ein gutes Auge auf sich, ihre Krankheit und ihr Umfeld zu haben, damit sie Veränderungen bemerken und dementsprechend handeln können. Zugleich sollten sie die permanente Selbstbeobachtung nicht übertreiben. Sowohl die Herausforderungen durch die Erkrankung als auch die Lebensumstände und Prioritäten der Patienten können sich immer wieder ändern. Die Patienten selbst und ihr soziales Umfeld müssen flexibel sein und immer wieder neue Lösungen finden, die sie akzeptieren und anwenden können.

Was brauchen chronisch kranke Patienten?

Chronisch Erkrankte brauchen noch mehr als andere Patienten eine gute, umfassende Information, Edukation und Förderung ihrer Selbstmanagement- und Gesundheitskompetenz. Inzwischen gibt es zwar dank Internet keinen Mangel mehr an Informationen zu vielen Themen. Aber etliche Menschen haben große Schwierigkeiten damit, diese für sich zu filtern und zu verstehen sowie fragwürdige Inhalte zu erkennen, wie unsere Gesundheitskompetenzstudien zeigen. Ich sehe es als eine Aufgabe des Gesundheitssystems und der Gesundheitsprofessionen an, zuverlässige, klar und verständlich formulierte Informationen bereitzustellen, die chronisch Erkrankte auch für die Krankheitsbewältigung und Gesundheitserhaltung nutzen können. Es reicht nicht, sie einmal ausführlich aufzuklären und dies wohlmöglich in einer Situation, in der sie emotional belastet sind. Unser Gesundheitssystem muss während des gesamten Verlaufs chronischer Krankheit in eine systematische Patientenedukation und -information investieren und der Stärkung der Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenz weit aus höhere Bedeutung beimessen. Das wird auch im Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz betont, dessen Erstellung und Verbreitung die Robert Bosch Stiftung mitgefördert hat. Dabei ist sowohl eine professionell angeleitete wie auch eine Peereducation wichtig, bei der Betroffene andere Betroffene beraten und mit Informationen versorgen.

Wie versorgt unser Gesundheitssystem chronisch Kranke?

Unser Gesundheitssystem ist – immer noch – stark auf Akutkrankheiten ausgerichtet. Obwohl Experten und Wissenschaftler seit gut 30 Jahren lautstark fordern, das System mehr auf die Versorgung chronisch Erkrankter auszurichten, ist nur punktuell und mit einzelnen Programmen etwas geschehen.

Im Prinzip hat sich unser Gesundheitssystem in dieser Zeit sogar gegenläufig entwickelt. Ein Beispiel: Viele Jahre lang haben wir auf immer weitere Spezialisierung und Ausdifferenzierung gesetzt. Damit einhergehend ist es zu einer immer größeren Zersplitterung und Unübersichtlichkeit gekommen. Genau das ist kontraproduktiv für den Umgang mit chronischen Krankheiten und vor allem für die Erkrankten. Sie brauchen eine integrierte, bedarfsgerechte Versorgung durch alle nötigen Gesundheitsberufe – möglichst unter einem Dach, damit sie einfachen Zugang zu den erforderlichen Versorgungsleistungen haben und lange Wege überflüssig werden. Patientenzentrierung, richtiger müsste es Personenzentrierung heißen, ist ein weiteres wichtiges Merkmal – was unter anderem bedeutet, dass die nötigen Versorgungsleistungen gut aufeinander abgestimmt und koordiniert werden und dass ausreichend Zeit und Raum für Information, Beratung, Patientenedukation und natürlich auch für die Einbeziehung und Partizipation von Patientenzur Verfügung steht. Und damit tut sich unser Gesundheitssystem sehr schwer.

Wie könnte eine bessere Versorgung chronisch Kranker aussehen?

Viele Länder stehen vor der Herausforderung, ihre Gesundheitssysteme an die heute dominanten chronischen Krankheiten und andere neue Herausforderungen anpassen zu müssen. Aber es gibt Länder, die darauf schon flexibel und lernfähig reagiert haben. Zum Beispiel mit Primärversorgungszentren, die eine integrierte Versorgung durch eine Organisation, aus einer Hand sicherstellen können. In diesen Gesundheitszentren erfolgt die Versorgung im Team von Ärzten mit Pflegenden und anderen Gesundheitsprofessionen. Hier hat zum Beispiel die Pflege Kompetenzen, mit denen sie viele Aufgaben übernehmen kann, die in Deutschland noch bei den Ärzten liegen. „Patient Centered Care“, Prävention, Partizipation, Patientenedukation, Förderung der Gesundheitskompetenz und Nutzung digitaler Potenziale, zum Beispiel durch Einrichtung einer elektronischen Patientenakte, sind weitere wichtige Bestandteile.

Diese Zentren haben wir uns mit der Robert Bosch Stiftung in verschiedenen Ländern angeschaut und die Erfahrungen in das Konzept für die „Patientenorientierten Zentren für Primär- und Langzeitversorgung (PORT)“ einfließen lassen.

Bei der Schaffung solcher Zentren und generell einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen haben wir viel nachzuholen. Wir brauchen in Deutschland wirklich ein viel flexibleres und lernfähigeres Gesundheitssystem. Das hat auch die Covid-19 Pandemie gezeigt.

Zur Person

Doris Schaeffer ist seit 1997 Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, seit 2018 Seniorprofessorin. Hier leitet sie das Institut für Pflegewissenschaft sowie gemeinsam mit Professor Ulrich Bauer das Interdisziplinäre Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung. In Zusammenarbeit und mit Förderung der Robert Bosch Stiftung hat sie verschiedene Projekte initiiert, durchgeführt und an ihnen mitgewirkt. Darunter die Erarbeitung des „Nationalen Aktionsplans Gesundheitskompetenz“ und Projekte, die zur Konzeptentwicklung für „PORT – Patientenorientierte Zentren für Primär- und Langzeitversorgung“ geführt haben, sowie das Forschungsprojekt „Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland“.

Von einer guten Versorgung komplexer Erkrankungen können alle lernen

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen ist komplex – insbesondere, wenn es um mehrere Erkrankungen geht und verstärkt eine multi-professionelle Versorgung und Abstimmung gefragt ist. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Multimorbidität. Die von der Robert Bosch Stiftung geförderte Studie „Chronisch krank sein in Deutschland“ hat festgestellt, dass mehr als die Hälfte der über 50-Jährigen in Deutschland von mindestens zwei chronischen Erkrankungen betroffen ist, bei den über 75-Jährigen sind es um die 90 Prozent.

Ebenfalls besonders herausfordernd ist die Versorgung von Menschen mit seltenen chronischen Erkrankungen. Bis zur Diagnose ist es oft ein langer und schwieriger Weg, es gibt wenig Erfahrungen bei der Versorgung, kaum Informationen und Möglichkeiten, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Auch chronische Erkrankungen wie Demenz haben einen besonders komplexen Behandlungsbedarf, vor allem, wenn sie mit weiteren Erkrankungen einhergehen und von allen beteiligten Versorgungskräften besondere Aufmerksamkeit fordern.

Zu einer guten Versorgung von Menschen mit diesen komplexen Bedarfen gehört unter anderem eine enge interprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Fachkräfte, die Bereitstellung verständlicher Informationen sowie die Bereitschaft, den Menschen mit seinen individuellen Bedarfen wahrzunehmen – und auf sie einzugehen. Die Robert Bosch Stiftung fördert und unterstützt Programme und Projekte, die das Ziel haben, Menschen mit besonders herausfordernden Bedarfen besser zu versorgen.

Von gelungenen Modellen für diese Patientengruppen lässt sich viel für eine bessere Versorgung aller Patientengruppen lernen, ableiten und übertragen. Denn die Versorgungsphasen sind für alle die gleichen: Alle Erkrankten brauchen zum Beispiel eine gesicherte Diagnose, verständliche Informationen, Betreuung und Beratung durch gut und passend ausgebildetes Fachpersonal, das interprofessionell zusammenarbeitet – sowie Möglichkeiten, Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung zu erwerben.



Überdimensional groß stehen die Zimmernummern auf den Türen der Inneren Station des Diakonissenkrankenhauses in Dresden. Zusammen mit den klar erkennbaren Bildern bieten sie eine gute Orientierung für Menschen mit Demenz.

„Es gibt erschreckende Defizite im Umgang mit Menschen mit Demenz“

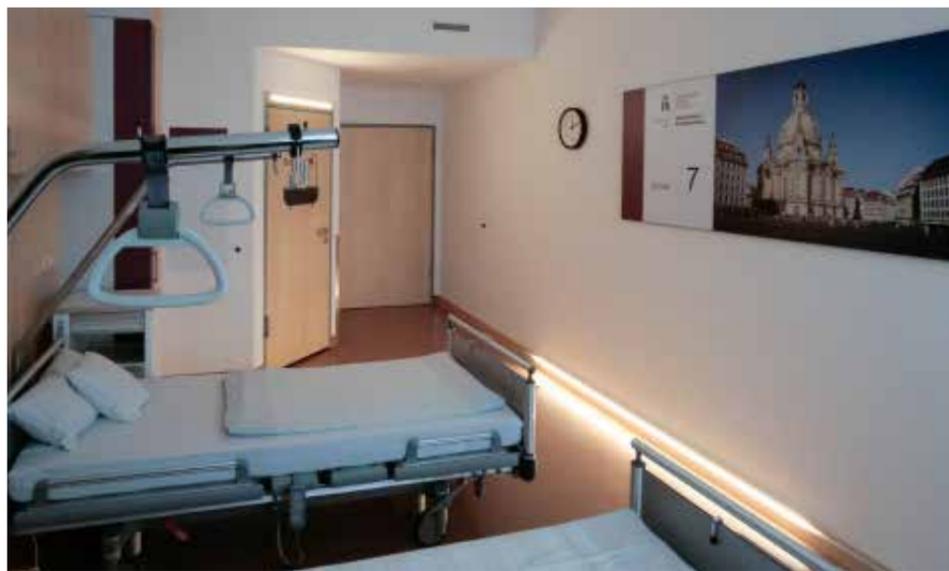
Das Diakonissenkrankenhaus in Dresden hat in einem dreijährigen Prozess die Versorgung einer besonders verletzlichen Patientengruppe neu gestaltet. Als gefördertes Haus im Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ wurden nicht nur die Architektur, sondern auch Prozesse an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepasst. Jetzt fühlen sich die Patienten gut aufgehoben – und Pflegende finden Bestätigung.

Erst die Tür mit der Frauenkirche, dann die mit den großen bunten Blumen und schließlich die Sitzcke mit dem Aquarium: Schwester Stefani Nemuth schaut nach dem Rechten auf der Inneren Station des Diakonissenkrankenhauses in Dresden. Hier sind an den Türen der Patientenzimmer große Bilder, an den Böden laufen zur besseren Orientierung Lichtleisten mit gedämpftem violetten Licht entlang, im Flur gibt es eine gemütliche Sitzcke mit einem digitalen Aquarium und im Aufenthaltsraum steht ein großer runder Esstisch mit sechs Stühlen. Stefani Nemuth spricht jeden Patienten mit ihrer warmen und offenen Stimme an. Der ältere Herr im Zimmer mit der Frauenkirche berichtet von seiner Frau, ein anderer fragt, wann seine Tochter wiederkommt. „Hier geht es nicht nur um Tabletten und Medizin, sondern um einen feinfühligem Umgang“, sagt die Pflegeexpertin für Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus.

Das Diakonissenkrankenhaus in Dresden verfügt über keine geriatrische oder gerontopsychiatrische Fachabteilung. Um Patienten mit Demenz möglichst gut versorgen zu können, hat die Klinik auf der Inneren Station sechs interdisziplinäre Betten eingerichtet. Für Menschen, die nicht in erster Linie wegen ihrer Demenz ins Krankenhaus kommen, sondern wegen einer anderen akuten oder chronischen Erkrankung. „Auch die Chirurgen können uns Patienten bringen“, erklärt Nemuth, schließlich beschränkt sich Demenz nicht auf eine Einweisungsdiagnose. Der Gedankenstrich wird im Text am Satzende sehr oft, gesetzt, dadurch verliert er seine eigentliche Bedeutung, nämlich die Hervorhebung; deshalb wird hin und wieder statt Gedankenstrich ein Komma vorgeschlagen.

In deutschen Akutkrankenhäusern ist Demenz unter älteren Menschen weitverbreitet, fast jeder fünfte Patient über 65 ist betroffen, stellte die von der Robert Bosch Stiftung fördernde „General Hospital Study“ (GHOSt) fest. Die repräsentative Feldstudie zu kognitiven Störungen und Demenz in Allgemeinkrankenhäusern verdeutlicht, dass Menschen mit Demenz besondere Anforderungen an das pflegerische und medizinische Personal stellen. Die Robert Bosch Stiftung hat mit ihrem Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“ seit 2012 insgesamt 17 vielversprechende Krankenhausprojekte gefördert, die die Situation und Versorgung von Menschen mit Demenz im Kliniken verbessern möchten. Zu dem Programm gehörten internationale Studienreisen sowie die Unterstützung des bundesweit ersten multiprofessionellen Masterstudiengangs „Versorgung von Menschen mit Demenz“ an der Universität Witten/Herdecke und des Graduiertenkollegs „Demenz“ an der Universität Heidelberg. Im Rahmen des Programms ist zudem ein Praxisleitfaden mit erfolgreichen Beispielen und praktischen Einblicken entstanden, der konkrete Bausteine für demenzsensible Krankenhäuser nennt. Das Handbuch empfiehlt neben festen Bezugspersonen für Patienten mit Demenz auch Um- und Neubaumaßnahmen, die die besonderen Anforderungen im Umgang mit dieser Patientengruppe berücksichtigen.

Auch das Diakonissenkrankenhaus in Dresden hat an dem Förderprogramm teilgenommen und steht im Praxisleitfaden als ein Beispiel, das Architektur und Prozesse demenzsensibel erfolgreich angepasst hat. Nicht nur für die Pflegefachkraft Stefani Nemuth war das ein ganz wichtiger Schritt, denn das Thema Demenz spielt bereits lange eine bedeutende und nicht immer einfache Rolle in Krankenhäusern. Anders als in speziell dafür eingerichteten Stationen oder Wohngruppen, gibt es in den meisten Akutkrankenhäusern keine Mechanismen, die der speziellen Situation kognitiv eingeschränkter Menschen Rechnung tragen. „Aber diese fühlen sich hier besonders ausgeliefert und orientierungslos. Ein Mensch, der an einer Demenz leidet, kann das vielleicht Zuhause noch ganz gut ausgleichen“, sagt Stefani Nemuth, die seit zwölf Jahren im Diakonissenkrankenhaus in Dresden arbeitet, „aber, wenn er ins Krankenhaus kommt, dann bricht die gewohnte Brücke weg. Das ist eine riesige Herausforderung für diese Menschen, eine bedrohliche Situation.“



Direkt gegenüber den Patientenbetten steht die Information, die für Menschen mit Demenz im Krankenhaus ganz wichtig ist: Wo befinde ich mich? Alle wichtigen Türen und Wege sind beleuchtet, groß beschriftet und mit deutlichen Symbolen gekennzeichnet.

„Wir wollen immer mit Spitzenmedizin glänzen, aber Spitzenpflege kommt nicht vor. Dabei funktioniert nur beides zusammen.“

Intensive Fortbildung in Sachen Demenz

Jene Merkmale, die man nun auf der Station für Innere Medizin im Diakonissenkrankenhaus sehen kann – wie Bilder an den Türen anstelle von Zimmernummern und die Lichtleisten zur besseren Orientierung –, sind nur ein kleiner Ausschnitt dessen, was sich geändert hat, nachdem sich das Diakonissenkrankenhaus die Frage stellte: Wie können wir den Aufenthalt für Menschen mit Demenz in unserem Haus verbessern. „Das Thema war drängend“, erinnert sich Pflegedirektor Michael Junge. Immer wieder habe es einzelne, scheinbar schwierige Patienten gegeben, die den Ablauf durcheinanderbrachten. „Eine Patientin schrie laut, ein anderer hatte sich abends Essen bestellt, das er am nächsten Tag nicht mehr wollte – eigentlich komplette Klassiker bei Demenz.“ Damals war dem Team nicht klar, dass es gute Möglichkeiten gibt, auf diese Klassiker zu reagieren. „Ein Patient auf der Station reichte, um uns an den Rand des Möglichen zu bringen.“ Eine dementielle Erkrankung vertrug sich nicht mit den Abläufen im Akutkrankenhaus. „Aber die Pflegenden hatten nicht das nötige Handwerkszeug, um etwas zu verändern.“

Junge sammelte erste Inspirationen im Rahmen des Förderprogramms auf einer Studienreise nach Schottland, wo die nationale Demenzstrategie schon tieferen Eingang in die Praxis der Krankenhäuser gefunden hat. „Da ist uns wie Schuppen von den Augen gefallen, dass wir ein intensives Fortbildungsprogramm brauchen“, erinnert sich Junge, „es gibt erschreckende Defizite im Umgang mit Menschen mit Demenz.“ In der Ausbildung der Pflegeberufe komme das Thema viel zu wenig vor – und das führe in Deutschland zu einer Schiefelage: „Wir wollen immer mit Spitzenmedizin glänzen, aber Spitzenpflege kommt nicht vor. Dabei funktioniert nur beides zusammen.“

„Ein Jahr lang bildete sich das gesamte Personal am Diakonissenkrankenhaus intensiv fort: „Das Wissen um Demenz hilft gegen die Überforderung.“ Für Stefani Nemuth war vieles nicht neu, aber ihr half das tiefere Verständnis für die Hintergründe, beispielsweise, wieso Patienten manchmal schlecht schlafen. Sie weiß jetzt, dass der Gehirnzellenabbau viel Energie braucht, „da wird die Nacht für die Betroffenen manchmal lang, deshalb bieten wir auch nachts etwas zu essen und zu trinken an.“ Wer möchte, bekommt einen heißen Kakao, sogar Kaffee kochen die Schwestern ihren Patienten nachts, wenn diese danach verlangen.

Flexibel im Umgang mit Menschen mit Demenz

Sich feinfühlig und flexibel auf die Bedürfnisse dieser besonderen Gruppe einzustellen, das scheint eines der großen Erfolgsrezepte hinter einem guten Umgang mit Demenz zu sein. Das bestätigt auch Sabine Jansen, die Geschäftsführerin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, die an der Erarbeitung der nationalen Demenzstrategie beteiligt war. „Die größte Schwierigkeit ist der Umgang, weil sich diese Menschen verändern, sie wirken apathisch oder aggressiv oder wiederholen sich ständig“, erklärt Jansen, „versetzt man sich aber in den Menschen hinein, dann lässt sich vieles erklären.“ Die Pflegenden müssten dafür allerdings die nötige Zeit bekommen.

Aus ihrer Sicht müsste jede Berufsgruppe zumindest eine kleine Schulung bekommen, die in irgendeiner Form mit dementiell erkrankten Menschen zu tun hat – also eigentlich jeder. Die Alzheimer Gesellschaft hat kleine Filme produziert für den Einzelhandel, die Polizei, Busfahrer, die Feuerwehr. „Der Schwerpunkt liegt auf dem Umgang, man muss erkennen: Menschen mit Demenz sind nicht verrückt, sie haben eine Krankheit. Viele haben Angst und machen einen großen Bogen um Betroffene.“ Dabei brauchten sie Hilfe und Verständnis.

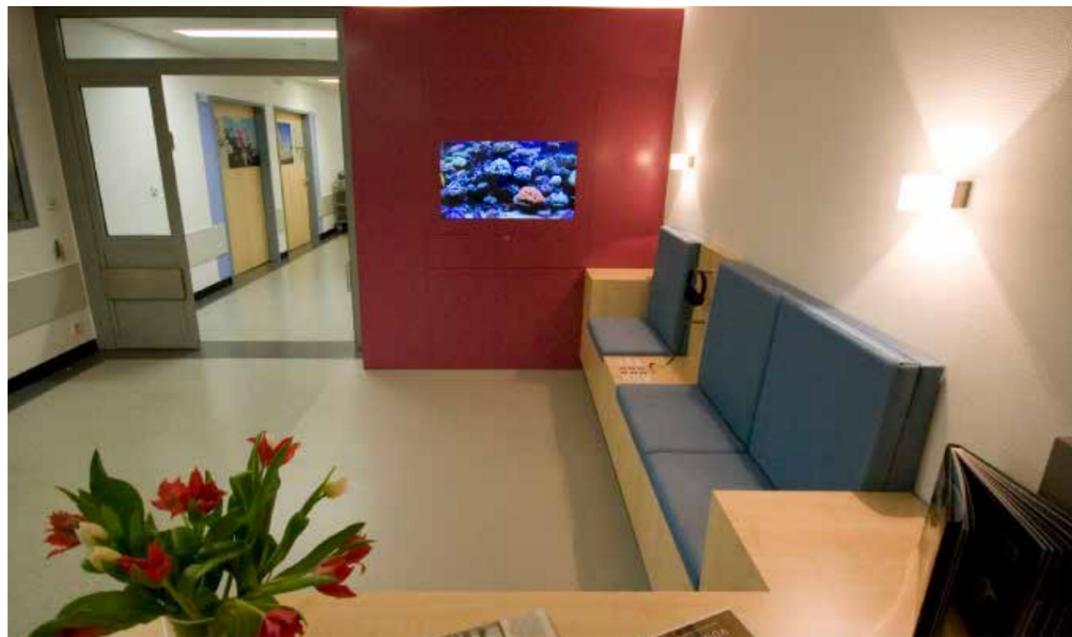
Für den Krankenhausaufenthalt empfiehlt die Alzheimer Gesellschaft möglichst verkürzte Aufenthalte, im Idealfall unabhängig von der Einweisungsdiagnose eine eigene Station für Demenzpatienten sowie zusätzliches Personal, das sich um die Tagesbetreuung kümmert. „Der Tag ist sehr lang, wenn man beispielsweise nur zwei Untersuchungen hat und dann mit sich allein ist.“ Eine Tagesstrukturierung mit Beschäftigungsangeboten sei hilfreich, ebenso die Einbeziehung von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen. „Man sollte sie nicht zu Ersatzpflegern machen, aber oft hilft es Menschen, sich zu beruhigen und zu vertrauen, wenn vertraute Gesichter um sie herum sind.“

Das hilft auch anderen Patientengruppen

Wer sich auf die Bedürfnisse der Patienten einlässt, macht auch sich selbst das Leben leichter, wie die Erfahrung zeigt: In Dresden können Angehörige mit aufgenommen werden, berichtet Junge, „das entlastet uns extrem.“ Denn es vermeidet die klassische Situation eines Demenzpatienten, der zum Beispiel seit vielen Jahren von seiner Frau Zuhause gepflegt werde, „und sobald der ins Krankenhaus kommt,

fehlt etwas. Diese Patienten stehen nachts auf, laufen herum, verlaufen sich und gehen in andere Zimmer.“ Wenn die Ehefrau hingegen auch im Krankenhaus an seiner Seite schläft, dann bleibe er nachts im Zimmer. Es fehlt ja nichts.

Sich flexibel auf die Bedürfnisse der Patienten einlassen, Orientierung geben, Wissen bereichs- und professionsübergreifend erweitern und die Angehörigen gut einbinden, das kann die Gesundheitsversorgung von Menschen mit komplexen Bedarfen verbessern. Das ist eine der Erfahrungen aus dem Programm „Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus“, die sich auch auf andere Patientengruppen übertragen lässt. „Es geht darum, die Bedürfnisse der Menschen so gut wie möglich wahrzunehmen und zu erfüllen. Dafür muss man genau hinschauen, gut zuhören, flexibel, kreativ und immer bereit sein, sich fortzubilden und den Rat von anderen Fachleuten einzuholen“, so Junge. „Ich denke, das gilt im Umgang mit allen erkrankten Menschen, besonders aber für Menschen mit chronischen Erkrankungen.“



Die Beschäftigungsnische auf dem Flur ist für viele Patienten mit Demenz ein beliebter Aufenthaltsort. Hier können sie Musik hören, in Zeitschriften blättern oder das digitale Aquarium betrachten – und sind dabei mitten im Geschehen.



Im Aufenthaltsraum steht ein großer runder Tisch, an dem die Patienten gemeinsam ihre selbst gewählten Mahlzeiten einnehmen können. Das ist nicht nur gesellig, sondern entlastet die Mitarbeiter: Denn mit einem Gegenüber können Patienten mit Demenz oft noch gut selbstständig essen.

Die Wirkung von Bildern und zentralen Ankerpunkten

Um die noch vorhandene Selbstständigkeit der Patienten mit Demenz zu erhalten, hat das Diakonissenkrankenhaus in Dresden auch auf architektonische Maßnahmen gesetzt. Denn verlieren sie ihre Selbsterhaltungsfähigkeit, wird eine Rückkehr in die eigenen vier Wände oft schwer. Das ist auch eine Erfahrung von Gesine Marquardt, Professorin für Sozial- und Gesundheitsbauten an der Technischen Universität Dresden. Sie untersucht seit vielen Jahren die Architektur von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern mit Blick auf die Versorgung von Menschen mit Demenz. Die Architektin hat dazu ein von der Robert Bosch Stiftung gefördertes Handbuch für demenzsensible Krankenhausbauten verfasst – und auch den Umbau im Diakonissenkrankenhaus geplant. „Zum einen gibt es ein paar ganz einfache Maßnahmen, die Menschen mit Demenz in Krankenhäusern helfen“, erklärt sie. Dazu gehören Piktogramme, klar erkennbare Wege mit farbigen Leitsystemen sowie Bilder und Gegenstände aus der Welt der Erkrankten, die sie leicht wiedererkennen und ihnen die Sicherheit geben.

„Besonders wichtig ist ein zentraler Anlaufpunkt auf der Station, wo die Patienten mitten im Geschehen und im Sichtfeld des Personals sind, wo sie sich ruhig hinsetzen, aber auch beschäftigen können.“ Nach Marquardts Beobachtungen halten sich Patienten mit Demenz oft gerne in der Nähe des Stationszimmers auf – auf der Suche nach Gesellschaft.

Dafür hat sie im Diakonissenkrankenhaus eine Beschäftigungsnische auf dem Flur geschaffen, mit einer gemütlichen Sitzbank, einem digitalen Aquarium, Getränken, Zeitschriften und Kopfhörern, über die verschiedene Musikprogramme und Kurzgeschichten laufen. „Die Patienten sitzen gerne in diesem Bereich, sie fühlen sich gesehen und können sozial interagieren“, erzählt Stefani Nemuth. Der Effekt: Patienten, die auf anderen Stationen Weglauftendenzen hätten, bleiben hier friedlich sitzen.

Und sie wollen selbstbestimmt entscheiden, was sie essen – möglicherweise etwas anderes als das, was sie am Abend zuvor ausgesucht haben. Wer das akzeptiert, macht auch sich selbst das Leben leichter. „Sie müssen nicht mehr am Tag zuvor ihr Essen bestellen, sie können Wunschkost haben“, erklärt Pflegedirektor Junge. Die Zeiten hochkalorischer industriell hergestellter Produkte für Demenzpatienten mit Mangelernährung sind in Dresden vorbei: „Die schmecken nicht und werden häufig stehen gelassen“, sagt Junge, „unsere Küche kocht die Mahlzeiten ganz nach Wunsch.“ Ihre Mahlzeiten können die Patienten hier in familiärer Atmosphäre am großen runden Tisch im Aufenthaltsraum einnehmen. „Das spart unglaublich Zeit.“ In Gemeinschaft können Patienten mit Demenz häufig noch gut selbstständig essen, auch weil sie ihr Gegenüber wie ein Spiegelbild wahrnehmen und nachahmen. „So muss nur ein Mitarbeiter mit am Tisch sitzen.“ Alle anderen können die Zeit anders nutzen. Und es fühlt sich an wie in der Familie. Oder wie es Stefani Nemuth sagt: „Die Patienten können sich hier aufs Gesundwerden konzentrieren.“ Für alles andere ist gesorgt.

Gute Momente für Angehörige

Das internetbasierte psychologische Interventionsprogramm WEP-CARE hilft Eltern von Kindern mit seltenen chronischen Krankheiten. Sie lernen, ihre eigenen Bedürfnisse nicht zu vergessen und trotz allem schöne Momente zu genießen. Die Intervention hat Depressionen in dieser Zielgruppe nachhaltig reduziert. Das Beispiel zeigt auch, wie wichtig Angehörigenarbeit ist. Diese kommt häufig zu kurz – eine Lücke in der Regelversorgung.

Ein Vater leidet. Sein Kind hat eine seltene und lebensverkürzende chronische Erkrankung. Die Situation belastet die ganze Familie. Es gibt nicht viele Spezialisten, die sich mit der Krankheit auskennen, und wenig Erfahrung, auf die man aufbauen könnte. Allein der Weg zur Diagnose hat Jahre gedauert. Und jetzt, im Alltag, reiht sich ein Therapie-Termin an den nächsten. Zu Hause ist die Krankheit beinahe in jedem Zimmer präsent – alleine durch verschiedene Therapiegeräte und die gepackte Krankenhaustasche für den Notfall. „Die Angst ist oft überwältigend und die Krankheit allgegenwärtig“, sagt Mandy Niemitz, Psychotherapeutin sowie Wissenschaftlerin am Universitätsklinikum Ulm. Der Vater ist ein typischer Klient von ihr. Gemeinsam mit anderen Eltern von Kindern mit seltenen chronischen Erkrankungen hat er am internetbasierten psychologischen Interventionsprogramm WEP-CARE teilgenommen, das am Universitätsklinikum Ulm entwickelt und bei der erfolgreichen Erprobung wissenschaftlich begleitet wurde. Das Programm basiert auf einer Schreibtherapie, mit der Eltern lernen, mit krankheitsbezogenen Ängsten umzugehen, Akzeptanz für die Situation zu entwickeln, selbstfürsorglich mit eigenen Ressourcen umzugehen und den Blick auf schöne gemeinsame Situationen zu lenken.

So lernte der Vater beispielsweise, den Moment zu genießen. Er sei mit seinem Kind in der Natur gewesen, schrieb er eines Tages an Niemitz, und das Lächeln seines Kindes angesichts einer schönen Blume habe ihn sehr bewegt. Eigentlich nur eine Kleinigkeit – und dennoch ein wichtiges Therapieziel: Denn schöne Erlebnisse wieder bewusst wahrnehmen und wertschätzen zu können, stärkt nachhaltig.

„Wir wissen, dass es für Eltern extrem belastend sein kann, mit einer seltenen chronischen Erkrankung ihres Kindes umzugehen“, erklärt auch Projektkoordinatorin Dunja Tutus vom Universitätsklinikum Ulm.

In Europa gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen das spezifische Krankheitsbild aufweisen. In Deutschland leben etwa vier Millionen Menschen mit einer der rund 8.000 bisher bekannten seltenen Erkrankungen. Etwa 80 Prozent der seltenen Krankheiten sind genetisch bedingt, viele von ihnen machen sich daher schon bei der Geburt oder im frühen Kindesalter bemerkbar.

Viele Eltern von Kindern mit seltenen chronischen Erkrankungen leiden an Ängsten, Depressionen und weiteren psychischen Erkrankungen. Dazu kommen häufig auch Schuldgefühle, weil die Eltern das Gefühl haben, den Geschwisterkindern nicht gerecht zu werden. Oder sie machen sich gar Vorwürfe, die Krankheit mit verursacht zu haben, da seltene Erkrankungen zum größten Teil genetisch bedingt sind. Diese Belastungen und das damit verbundene Risiko für psychische Erkrankungen kommen jedoch in der Regelversorgung zu kurz: Angehörigenarbeit wird unterschätzt.

Häufig bleiben weder Zeit noch Raum, um sich Hilfe zu holen für die eigene Psyche. Die Eltern sind fast permanent in ihrer Elternrolle gefragt. Schon alleine das Haus zu verlassen, ist für sie oft kaum möglich. In ländlichen Gebieten gibt es zudem oft nicht genügend psychotherapeutische Praxen.

So entstand die Idee zu einer Online-Schreibtherapie: Die teilnehmenden Eltern bekommen Aufgaben, mit denen sie sich im Schnitt pro Woche 45 Minuten beschäftigen, und tauschen sich dann schriftlich mit ihren Therapeuten aus.

Die Therapie ist in fünf Module aufgeteilt: Planung, Angstbewältigung, Problemlösetraining, Selbstfürsorge sowie Reflexion und Integration. „Die Diagnose einer seltenen chronischen Erkrankung, aber auch die prognostischen Einschätzungen sowie die Herausforderungen durch das Krankheitsmanagement können für Eltern wie ein Hurrikan sein, der über sie hinwegfährt“, beschreibt Therapeutin Niemitz die Empfindungen vieler Eltern. „Viele fragen sich: Wie kann ich das schaffen?“ In einem Modul werden darum ganz konkrete, mit der Erkrankung verbundene Probleme angegangen und gemeinsam nach Lösungswegen gesucht. In einem anderen können die Eltern ein „Freudentagebuch“ schreiben und trainieren auf diese Weise, positive Momente bewusster wahrzunehmen und selbstfürsorglich mit sich umzugehen.

Für Niemitz sind Erlebnisse wie die mit dem Vater, der das Lächeln seines Kindes wieder neu genießen konnte, sehr bewegend. „Als Therapeuten wollen wir normalerweise Ängste ‚wegtherapieren‘, aber das geht nicht bei existenziellen Ängsten. Man kann nur damit umgehen und sehen, dass sie nicht zu viel Raum einnehmen.“ Wenn dann Eltern, die lange verzweifelt waren und wenig Hoffnung hatten, schöne gemeinsame Erlebnisse mit ihren Kindern genießen „und wieder auf das Positivkonto einzahlen können“, wie es Niemitz nennt, ist das ein Signal für die Therapeutin, etwas Wichtiges erreicht zu haben.

Die positiven Effekte – weniger Angstsymptome und weniger Depressionen – wurden auch in der Begleitstudie bestätigt. Mit einer größeren Folgestudie soll nun die Wirksamkeit noch weiter belegt werden. Das erklärte Ziel ist, so Dunja Tutus, das Angebot künftig in die Regelversorgung aufzunehmen.

„Als Therapeuten wollen wir normalerweise Ängste, wegtherapieren‘, aber das geht nicht bei existenziellen Ängsten. Man kann nur damit umgehen und sehen, dass sie nicht zu viel Raum einnehmen.“

Patienten sind Experten

Für Menschen mit einer chronischen Erkrankung, wie zum Beispiel Rheuma, Diabetes, Krebs oder Depression, ist Gesundheitskompetenz besonders wichtig. Sie müssen viel über ihre Krankheiten wissen, um damit so gut wie möglich umgehen und leben zu können. Chronische Erkrankungen beeinflussen nachhaltig nahezu alle Lebensbereiche der Patienten, die durch ihre Erfahrungen zu Experten in eigener Sache werden: Sie lernen Symptome und Warnsignale zu deuten, sie kontrollieren regelmäßig ihre Werte, managen die Einnahme ihrer Medikamente und die Termine bei den Gesundheitsprofessionen. Zudem wissen sie mit der Zeit genau, wie sich ihre Entscheidungen bezüglich Ernährung, Bewegung und Entspannung auf ihre Gesundheit auswirken. Chronisch Kranke müssen ihre gesamte Lebensplanung – vor allem hinsichtlich Beruf und Familie – mit den Herausforderungen durch die Erkrankung in Einklang bringen.

Während die Gesundheitsprofessionen die wichtige medizinische Expertise in die Versorgung chronisch Kranker einbringen, sollten die Patienten mit ihrem Wissen, ihren Erfahrungen, aber auch ihren Präferenzen als Partner in der Versorgung angesehen werden, die einen wichtigen Teil zum Therapieerfolg beitragen. Die Anerkennung der Expertise von Patienten stärkt zudem den Peer-Ansatz, der bereits in einigen Gesundheitsprojekten erprobt wird, denen Betroffene andere Betroffene ergänzend beraten und die Selbstmanagementkompetenzen stärken.



Corinna Kalloti leitet Selbstmanagement-Kurse für chronisch Kranke. Seit der Corona-Pandemie macht sie dies online vom Laptop in ihrer Wohnung.

„Wenn ich nicht selbst etwas für mich tue, geht es mir auch nicht besser.“

Um so gut wie möglich mit einer chronischen Erkrankung leben zu können, müssen die meisten Menschen ihr Leben aktiv verändern. Wie das gelingen kann, erfahren chronisch Kranke, ihre Angehörigen und Freunde in den Selbstmanagement-Kursen von „INSEA aktiv“.

Über den kurz geschorenen Haaren von Corinna Kalloti schwingt sich ein leuchtend gelbroter Vogel mit weit ausgebreiteten Flügeln auf. Ein Phoenix. Das Bild hat die 41-Jährige selbst gemalt. Sie mag kräftige Farben, sei es bei der Auswahl ihrer Kleider, bei ihren Tätowierungen oder für ihre Bilder. „Ich male, weil mir das gut tut. Und weil ich Dinge machen muss, die mir gut tun.“ Die gelernte Sozialpädagogin leidet seit vielen Jahren an mehreren chronischen Krankheiten, darunter die Schmerzkrankung Fibromyalgie, Depressionen, diversen Allergien, Asthma und Hashimoto-Thyreoiditis, einer dauerhaften Entzündung der Schilddrüse.

„Angefangen hat es mit Kopfschmerzen, die ich bereits als Kind immer wieder hatte“, Kalloti blickt auf ihren jahrelangen Leidensweg mit vielen Arztbesuchen zurück, von den ersten Symptomen bis zur Diagnose. Die Hannoveranerin erinnert sich genau an das Gefühl, als ein Mediziner Fibromyalgie diagnostizierte. Ihr war damals das Ausmaß der Schmerzkrankheit nicht bewusst, aber sie fühlte sich erleichtert, dass die Sache endlich einen Namen hatte.

Ziemlich rasch folgte allerdings die Ernüchterung, dass ihr aus medizinischer Sicht nicht wirklich geholfen werden kann. „Tatsächlich ist das eine Krankheit, bei der man sagt: Leider Pech gehabt. Das ist jetzt einfach so“. Also musste Corinna Kalloti die chronische Erkrankung irgendwie akzeptieren und lernen, so gut wie möglich damit zu leben. „Das war schwer, vor allem, als ich wegen der Erkrankung mit Mitte 30 berentet werden musste. Da brach unheimlich viel weg – und Hilfe war nicht in Sicht.“

Sie nahm das dann selbst in die Hand, machte sich auf die Suche nach Informationen und las Studien. Anfang 2019 stieß sie bei ihren Recherchen zufällig auf die Selbstmanagement-Kurse für chronisch Kranke von „INSEA aktiv“.

Malen tut ihr gut, hat Corinna Kalloti herausgefunden. Besonders gerne bringt sie kräftige Farben auf die Leinwand – wie bei ihrem Phoenix-Gemälde.





Der Holztisch ist ein vielseitiges Möbelstück in der Wohnung von Corinna Kalloti und ihrem Hund Hugo (rechts). Wenn sie malt (links), ist er ihre kreative Insel. Gibt sie Online-Kurse, dient er als Schreibtisch. Hat sie gekocht, wird er zum Esstisch.

Ein Werkzeugkasten gegen den Teufelskreis

INSEA steht für die „Initiative für Selbstmanagement und aktives Leben“ und ist ein 2014 gegründetes deutsches Netzwerk zur Umsetzung des bewährten „Chronic Disease Self-Management Program“. Mit diesem 1994 an der Universität Stanford in den USA entwickelten Programm lernen inzwischen weltweit chronisch Erkrankte, aktiv mit ihrer Krankheit umzugehen, ihre Lebensqualität zu verbessern und ihren Alltag zu organisieren. Die Kurse richten sich an Menschen mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen, deren Angehörige und Freunde und sind für die Teilnehmenden kostenfrei. In Deutschland unterstützen neben der Robert Bosch Stiftung die BARMER Krankenkasse sowie die Schweizer Stiftung Careum die Umsetzung.

Ein zentrales Thema der sechswöchigen Kurse ist der Teufelskreis, in den viele chronisch Kranke geraten: Sie haben Schmerzen, können schlecht schlafen, sind daher schlapp, können nicht aktiv werden und ihren Alltag bewältigen. Das führt zu Niedergeschlagenheit, depressiven Verstimmungen – und oft zu einer sozialen Isolation. „Bei einer chronischen Erkrankung ist nicht nur die Krankheit selbst das Problem, sondern es sind all diese Symptome, die sie hervorruft und die sich wiederum gegenseitig verstärken können“, weiß Dr. Gabriele Seidel, die an der Medizinischen Hochschule Hannover die Nationale INSEA-Koordinierungsstelle leitet. Allein kommen Menschen oft nur schwer aus dem Teufelskreis wieder heraus.

Und genau da setzt das INSEA-Programm an, das chronisch Kranken Selbstmanagement-Werkzeuge für möglichst viele alltägliche Situationen an die Hand gibt. Die Teilnehmenden lernen zum Beispiel die Kraft positiver Gedanken kennen, mit denen sie Schmerzen lindern können. Dazu kommen Entspannungs- und Atemübungen, die Vorbereitung auf Gespräche mit Fachpersonen, Methoden zur Entscheidungsfindung, Tipps für eine gesunde Ernährung und Trainingsideen zur Stärkung des Selbstbewusstseins und der eigenen Motivation. Neben Einheiten zur Wissensvermittlung setzen die INSEA-Kurse vor allem auf aktives Mitwirken. Verschiedene Übungen werden erweitert um Erfahrungsaustausch, Brainstorming und gemeinsames Problemlösen.

Herzstück der Kurse sind die Handlungspläne, mit denen die Teilnehmenden üben, sich selbst realistische Ziele zu setzen und die Umsetzung zu trainieren. Damit beginnt und endet jedes der zweieinhalbstündigen Treffen. Jeder Kurs wird evaluiert. Ein Ergebnis: Die Selbstmanagementfähigkeiten der Teilnehmenden steigen.

Ein wichtiges Prinzip ist, dass die wöchentlichen Unterrichtseinheiten immer von zwei geschulten Kursleitungen, also im Tandem, durchgeführt werden. Mindestens eine von ihnen sollte selbst von chronischer Erkrankung betroffen sein oder Erfahrungen mit chronischen Erkrankungen haben. „Damit schaffen wir einen Austausch und eine Unterstützung auf Augenhöhe“, erklärt Seidel. Dahinter steht der Gedanke, dass Kursleitungen, die selbst ähnliche Krankheitserfahrungen durchlebt haben, als Rollenmodell für die Kursteilnehmenden wirken können – von Peer zu Peer.



Eigentlich wollte Corinna Kalloti nie einen Hund haben. Heute bereitet ihr Hugo riesige Freude (links) – und verschafft ihr auf langen Spaziergängen viel Bewegung (rechts).

Eigene Ressourcen aktivieren und nutzen

Corinna Kalotti ist seit Herbst 2020 als Kursleitung im Peer-Verfahren im Programm aktiv. Sie hatte sich unmittelbar nach ihrer eigenen Teilnahme an einem Kurs in Hannover zur Ausbildung als INSEA-Kursleiterin angemeldet. „Mir hat das selbst so viel geholfen, dass ich mein Wissen und meine Erfahrungen gerne weitergeben und anderen ihre Ressourcen zeigen möchte, mit denen sie sich selbst helfen können“, erklärt sie die Motivation, mit der sie inzwischen ihre sechste Kursgruppe betreut.

Kurz bevor die zehn Teilnehmenden an diesem Dienstagabend den virtuellen Seminarraum betreten, nimmt Kalotti ihr Phönix-Bild von der Wohnzimmerwand ihrer kleinen Erdgeschosswohnung in Hannover. Sie lehnt es so vor ihr Küchenfenster, das kein Licht auf den Bildschirm ihres Laptops fällt, der auf dem Holztisch zwischen Küchenzeile und Wohnzimmer steht. „Das blendet sonst.“ So blicken die Teilnehmenden in Kalottis Küche, auf ihren Herd, die Gewürzregale und den Phönix vor dem Fenster. „In jedem Kurs werde ich darauf angesprochen“, erzählt die Künstlerin. Das sei neben ihrem Hund „Hugo“, der gerne auch mal während des Unterrichts auf ihren Schoß springt, ein gutes Einstiegs-thema, um sich etwas kennenzulernen. In Präsenz-Kursen nutzen die Teilnehmenden die Pause, um sich auch mal über persönliche Dinge und Erfahrungen auszutauschen. „Solche spontanen Interaktionen kommen im Online-Unterricht zu kurz.“ Dennoch hat sie die Erfahrung gemacht, dass auch diese Seminar-Form gut funktioniert.

Noch fehlt die Finanzierung im Gesundheitssystem

„Zusammen mit den Kollegen in den USA und in anderen Ländern haben wir gemeinsam ein Online-Konzept für die Kurse entwickelt“, berichtet Gabriele Seidel. Die Corona-Pandemie hat das beschleunigt. Geplant waren Online-Kurse ohnehin. Denn online erreiche man potentiell andere Menschen – zum Beispiel immobile Personen oder Menschen, die weiter weg von den derzeitigen INSEA-Standorten in Niedersachsen, Bayern und Baden-Württemberg wohnen, wo es zwischen 2015 und 2019 knapp 2000 Teilnehmende in etwa 190 Kursen gab. Seit 2020 werden die Kurse nun auch online angeboten.

Bisher haben die INSEA-Angebote ihren speziellen Platz im Versorgungssystem noch nicht gefunden. Die Besonderheiten des Selbstmanagement-Programms und die etablierten Finanzierungsrichtlinien sind noch nicht gut aufeinander abgestimmt. Aber Gabriele Seidel ist zuversichtlich: „Das wird sich entwickeln. Prinzipiell wären die gesetzlichen Grundlagen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder andere Träger durchaus gegeben. Aber bis dahin ist es noch eine lange Durststrecke für uns.“

„Mir hat das selbst so viel geholfen, dass ich mein Wissen und meine Erfahrungen gerne weitergeben und anderen ihre Ressourcen zeigen möchte, mit denen sie sich selber helfen können“

Corinna Kalloti blickt in die Gesichter der Kursteilnehmenden. Im Hintergrund sind Bücherregale, Bilder oder Zeichnungen an den privaten Wänden zu sehen, während die neun Frauen und ein Mann sich nacheinander per virtuellem Handzeichen melden. Marius Hartmann, Kursleitungspartner von Kalotti, fragt nach den Handlungsplänen und deren Umsetzung in der vergangenen Woche. Die Teilnehmenden hatten sich unterschiedliche Dinge vorgenommen: zwei Tage salzfrei essen, täglich drei Kilometer laufen oder drei Abende meditieren. „Oft drehen sich die Pläne um Bewegung und Ernährung“ erzählt Kalotti, die aber auch schon eine Teilnehmerin hatte, die sich jede Woche ein Stück ihrer Steuererklärung vorgenommen hat. Am Ende sei die Frau mit dieser für sie belastenden Aufgabe fertig und sehr zufriedener gewesen. Darum geht es bei den Handlungsplänen, sich realistische und möglichst konkrete Ziele zu setzen. Dazu gehört auch die Einschätzung der eigenen Zuversicht, das Vorhaben tatsächlich zu erreichen.

Positives Denken kann man üben

Heute steht noch eine Übung zur „Kraft der positiven Gedanken“ auf dem Lehrplan, zu dem es für alle Teilnehmenden auch ein Arbeitsmanual gibt. „Es geht nicht darum, sich Situationen schönzureden, das hilft niemandem. Aber man sollte immer versuchen, die Dinge aus einer anderen Perspektive zu betrachten und womöglich in etwas Positives umzuwandeln“, erklärt die Kursleiterin die Aufgabe. „Man kann wirklich üben, positiv über sich und sein Tun zu denken“, Kalotti versprüht mit fester Stimme so viel Überzeugungskraft, dass sich der ein oder andere ein Ausrufezeichen hinter seine Notizen macht.

Durch INSEA hat sie eines noch einmal deutlich gemerkt: „Wenn ich nicht selbst etwas für mich tue, geht es mir auch nicht besser.“

Die 41-Jährige tut viel für sich, um ihre Zeit als Frührentnerin sinnvoll zu füllen. Sie holt sich Lebensfreude durch Spaziergänge mit ihrem Hund „Hugo“, bei Treffen mit Familie und Freunden, gönnt sich die nötigen Pausen – und ab und zu ihre Leibspeise, Fischstäbchen mit Kartoffelpüree und Spinat. Auch zu Konzerten geht sie liebend gerne, selbst wenn das manchmal für einen Schmerzschub sorgt. „Ich überlege vorher genau, ob es mir das wert ist.“ Dabei schüttelt sie den Kopf, weil sie an den Kommentar eines Arztes denkt. „Er meinte, warum gehen Sie denn auf Konzerte, wenn es Ihnen danach schlecht geht? Bleiben Sie doch einfach zu Hause.“ Kalloti schnaubt, richtet sich auf und zitiert ihre Antwort von damals: „Wenn ich all das nicht mehr mache, was die Gefahr birgt, dass es mir danach schlechter geht, dann kann ich gar nichts mehr tun. Dann kann ich aufhören zu leben. Aber da ist nicht das, was ich will.“

Zusammen ist man weniger allein

Menschen mit seltenen chronischen Erkrankungen fühlen sich oft alleine und hilflos. Das Projekt „Patienten für Patienten“ hat für diese Menschen ein Selbstmanagement-Handbuch mit qualifizierter Peer-Beratung entwickelt.

„Das musst du mir aber buchstabieren.“ Wer an einer seltenen chronischen Erkrankung, wie zum Beispiel „Primäre sklerosierende Cholangitis“ leidet und davon erzählt, muss sich auf diese und ähnliche Nachfragen einstellen. Denn viele Menschen haben noch nie von diesen Krankheiten gehört oder gelesen. In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind. Da es insgesamt mehr als 6.000 seltene Erkrankungen gibt, ist die Gesamtzahl der Betroffenen dennoch hoch. In Deutschland leben Schätzungen zufolge etwa vier Millionen Menschen mit einer seltenen Erkrankung.

Je seltener eine Krankheit vorkommt, desto größer werden meist die Herausforderungen für die Betroffenen. Das fängt bei der Diagnose an, die sich oft über Jahre hinzieht, geht über die Suche nach den wenigen Medizinerinnen und Therapeuten, die sich mit der Erkrankung auskennen, und endet oft bei der Tatsache, dass es kaum geeignete Medikamente und oftmals nur unklare Prognosen gibt. Hinzu kommen erhebliche psychosoziale Belastungen, da aufgrund der Seltenheit der Erkrankung oft die Möglichkeit fehlt, sich mit gleichfalls Betroffenen auszutauschen und zuverlässig zu informieren.

Diese Lücke möchte das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Forschungsprojekt „Patienten für Patienten“ nachhaltig schließen – mit einer qualifizierten Peer-Beratung und Selbstmanagement-Förderung. Dazu hat das Team um die Psychologin Dr. Miriam Depping und Prof. Dr. Bernd Löwe, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf, ein sechswöchiges Programm entwickelt. Kernstück ist ein Selbstmanagement-Manual, mit je einer spezifischen Einheit zu vier ausgewählten seltenen chronischen Erkrankungen und fünf weiteren krankheitsübergreifenden Kapiteln. Für die Inhalte hat das Team in Vorstudien Fragen und Wünsche von Betroffenen aufgenommen, zum Beispiel hinsichtlich verlässlicher Informationen und Strategien für den Umgang mit der Erkrankung. Auch das Bedürfnis nach Kontakt zu anderen Betroffenen wurde häufig geäußert. Dem ist das Projekt durch die Peer-Beratung nachgekommen.

„Wir haben Berater geschult, die an den gleichen seltenen chronischen Erkrankungen leiden wie die Teilnehmenden“, erklärt Dr. Natalie Uhlenbusch, Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin im Bereich der Psychosomatik, die das Projekt als Doktorandin mit durchgeführt hat. Während der sechs Wochen, in denen ausgewählte Teilnehmende das Manual mit Informationen zu ihrer Krankheit und Übungen durchgearbeitet haben, erhielten sie wöchentlich einen Anruf ihrer Peer-Beraterin oder ihres Peer-Beraters. Diese berichteten von ihren Erfahrungen mit der Erkrankung, halfen bei den Aufgabestellungen des Manuals, gaben Ratschläge und hörten zu.

„Wichtig war, dass die Peer-Beratenden auf einen standardisierten Leitfaden und die Supervision durch eine Psychotherapeutin zurückgreifen und somit in einem geschützten Rahmen agieren konnten“, erzählt Uhlenbusch, die auch an der Evaluierung des Projekts beteiligt war.

Die Befragungen der Teilnehmenden zeigten Verbesserungen in der Akzeptanz der Erkrankung, der mentalen Lebensqualität, der Bewältigungsstrategien und Selbstmanagement-Fähigkeiten sowie eine als reduziert wahrgenommene Hilflosigkeit – im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die nicht am Programm teilnahm. „Das ist für ein gerade einmal sechs Wochen dauerndes Angebot enorm“, urteilt die Psychologin. Auch aufgrund dieses Erfolges ist es ein weiteres Ziel des Projektteams, die Peer-Beratung und das Manual einem größeren Patientenkreis zur Verfügung zu stellen. Dafür braucht es weitere Untersuchungen zur Effektivität und Partner wie Kliniken oder Patientenverbände, die die Organisation und Rahmenbedingungen dafür sicherstellen und finanzieren können.

Feedback von Teilnehmenden

„Anfangs ging ich von einer Standard-Studie aus – und war im Verlauf der sechs Wochen überrascht, wie viele persönliche Werte sie bei mir ans Tageslicht gebracht hat.“

„Diese sechs Wochen haben mein Leben positiv verändert – und es wieder lebenswert gemacht. Vielen, vielen Dank dafür!“

„Sehr tolles Programm. Es hat mir geholfen, meine Zukunft neu zu gestalten. Ich habe erkannt, was wichtig ist im Leben und was unnötig.“

„Ich habe gelernt, auch mal Nein zu sagen. Ich schaffe es nun besser, die Probleme anderer Menschen auch die der Anderen sein zu lassen. Dafür löse ich meine eigenen. Die positiven Gefühle und Erlebnisse in meinem Alltag haben um mindestens 80 Prozent zugenommen. Vielen Dank für die Kraft, die mir das Programm gegeben hat.“

Bessere Zusammenarbeit für bessere Patientenversorgung

Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen fördert gegenseitiges Verständnis, stärkt die Kommunikation unter den Professionen und verbessert die Gesundheitsversorgung. Gerade für chronisch kranke Menschen, die oftmals auf eine multiprofessionelle Versorgung angewiesen sind, ist die Zusammenarbeit aller Beteiligten entscheidend. Denn weder die Bedarfslagen der Patienten, noch die komplizierter werdenden Anforderungen moderner Versorgungsprozesse halten sich an Berufsgrenzen.

Die Robert Bosch Stiftung setzt sich seit dem Jahr 2013 mit dem Programm „Operation Team“ und weiteren Projekten dafür ein, in der Aus- und Weiterbildung berufsübergreifende Zusammenarbeit, interprofessionelle Kompetenzen und Fähigkeiten zur Kooperation zu lehren und zu trainieren. Bis heute entstand so eine deutschlandweit einmalige Vielzahl an unterschiedlichen Lehrangeboten: Ob auf einer interprofessionellen Ausbildungsstation oder bei Simulationstrainings im Bereich der klinischen Notfallmedizin, in Form von studentischen Tutorien, durch das Einüben gemeinsamer Stationsvisiten und Fallbesprechungen oder im Rahmen von Fortbildungsangeboten zur kultursensiblen Gesundheitsförderung. Die geförderten Projekte haben auf vielfältige Weise und in verschiedenen Settings eine Lernumgebung geschaffen, in der angehende Pflegefachkräfte, Mediziner und Angehörige unterschiedlicher Therapieberufe mit- von- und übereinander lernen konnten.

Das erfolgreich umgesetzte Programm „Operation Team“ hat mit Anreizen, Austauschplattformen und Auslandserfahrungen landesweit eine Wende und Neuausrichtung der Lehre hin zur Interprofessionalität beschleunigt.



Auf der Ausbildungsstation IPANEO an der München Klinik Schwabing lernen Medizinstudierende und angehende Pflegefachkräfte, wie sie gemeinsam Frühgeborene optimal versorgen können. Nach kurzem Üben an Puppen arbeiten sie als Teams selbstständig an eigenen, echten Fällen.

Team ist Trumpf

An der München Klinik Schwabing lernen angehende Mediziner und Pflegefachkräfte bereits in ihrer Ausbildung, wie die verschiedenen Berufsgruppen besser zusammenarbeiten können. Als interprofessionelle Teams versorgen sie selbstständig Frühgeborene – und erfahren dabei viel von ihrer gegenseitigen Arbeit.

Winzig sah Jaro aus und noch etwas verschrumpelt, wie er da so im Herbst 2019 in seinem Wärmebettchen auf der Station 23g der München Klinik Schwabing lag. Er kam als Frühchen auf die Welt, 34 Tage vor seinem errechneten Geburtstermin, da bei seiner Mutter nicht hemmbare Wehen eintraten. Jaro wog gerade einmal 2360 Gramm. Um erhebliche Gesundheitsschäden zu vermeiden, ging es für ihn gleich nach der Geburt in die Neonatologie, die Neu- und Frühgeborenen-Intensivstation. Dort nahmen ihn Sophie Grella und Sophie Pöllmann in Empfang. Beide steckten zu dem Zeitpunkt noch in ihrer Ausbildung, die eine als Medizinstudierende in ihrem Praktischen Jahr (PJ), die andere im dritten Lehrjahr zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin. Gemeinsam übernahmen sie die Verantwortung für den kleinen Patienten – als Teilnehmende von IPANEO, der „Interprofessionellen Ausbildungsstation in der Neonatologie“.

Das Projekt bringt seit 2019 an der Kinderklinik Schwabing Medizin-Studierende im PJ mit Wahlfach Pädiatrie und Auszubildende der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammen. Als interprofessionelle Zweier-Teams versorgen und betreuen sie für zwei Wochen zwei Frühgeborene und deren Eltern selbstständig und in eigener Verantwortung.

Unterstützt und angeleitet von ärztlichen und pflegerischen Lernbegleitern. „In diesen zwei Wochen machen die gemischten Teams so viel, wie es der Tagesablauf auf der Station zulässt, gemeinsam“, erklärt Nicole Ferschl, Stationsleiterin und IPANEO-Koordinatorin. Dabei sollen die Teilnehmenden voneinander lernen und erfahren, welche Kompetenzen die andere Berufsgruppe hat, wie diese arbeitet und wie sie als Team die Patienten am besten versorgen.

Pflege ist mehr als Wickeln und Füttern

Sophie Grella erinnert sich, dass sie zuerst überhaupt nicht wusste, wie sie Jaro anfassen sollte. „Ich hatte keine Ahnung, wie man wickelt oder ein Baby schonend anzieht, sodass es sich dabei wohl fühlt und nicht aufregt.“ Ziel auf einer Neu- und Frühgeborenstation ist es, dass die Kinder sich möglichst in Ruhe entwickeln können. Da ist jede Störung unerwünscht. Umso wichtiger ist es, dass nicht nur die Pflegenden wissen, wie das Handling am besten funktioniert. Dazu gehören unter anderem das Waschen, Wickeln und Füttern. Und das kann manchmal ganz schön dauern, oft länger als Sophie Grella sich das gedacht hatte. „Die Kinder spüren, wenn jemand weiß, was er tut und sich dafür die nötige Zeit nimmt.“ Neben der Basispflege spielt der spezifische Blick der Pflegenden eine bedeutende Rolle.

Sie beobachten bei der Versorgung die Bewegungsmuster der Kinder, betrachten genau die Haut, vor allem am Bauch. So können sie sehr gut einschätzen, wie es den Neugeborenen geht. Der Blick der Pflege auf diese Kinder ist umso wichtiger, als sie sich ja nicht selbst äußern können. Diese wertvolle Erfahrung hat die 28-Jährige aus dem Projekt mitgenommen. Inzwischen arbeitet sie als Assistenzärztin in der Neonatologie der München Klinik Harlaching.

Hierhin hat es auch ihre damalige IPANEO-Partnerin gezogen. Als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin greift Sophie Pöllmann gerne auf ihre Erfahrungen aus der interprofessionellen Ausbildung zurück. „Wenn ich früher auf die Ärzte gewartet habe, habe ich mich immer gefragt: Was machen die bloß so lang?“, erzählt die 24-Jährige und muss lachen. Heute habe sie da viel mehr Verständnis, da sie wisse, wie viel Mediziner zum Beispiel dokumentieren müssen. „Sophie hat mir damals gezeigt, wie man Arztbriefe schreibt und Untersuchungsergebnisse aufzeichnet.“ Aber was sie vor allem gelernt habe, sei das Reden und der Austausch miteinander, das gegenseitige Fragen und gemeinsame Nach-Antworten-Suchen. „Die Kommunikation im Team ist einfach ganz, ganz wichtig.“

Ziel: Interprofessionelle Ausbildung als Standard

Von 2019 bis 2020 hat die Robert Bosch Stiftung IPANEO mit ihrem Förderprogramm „Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen“ unterstützt. Insgesamt hat die Stiftung in den vergangenen Jahren 24 regionale Kooperationsprojekte gefördert, um interprofessionelle Lehrkonzepte zu entwickeln, umzusetzen und strukturell zu verankern.

Vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der Patientenversorgung durch eine bessere Zusammenarbeit aller Gesundheitsprofessionen. Die wiederum kann gefördert werden, wenn – und das ist ein Wirkungsziel des Programms – interprofessionelle Lerninhalte in den Studien- und Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe verbindlich verankert werden. Die Förderprojekte haben Konzepte erprobt, dokumentiert und evaluiert, wie sie zukünftige medizinische Fachkräfte bereits in der Ausbildung an die berufsübergreifende Teamarbeit heranführen können. Die Stiftung wertet es als einen Erfolg, dass nahezu alle im Rahmen von „Operation Team“ unterstützten Standorte nach der zweijährigen Förderphase ihr interprofessionelles Lehrangebot beibehalten und verankert haben.

Das ist auch der Plan in München. „Hier hat das Projekt drei Mitspieler“, erklärt Prof. Dr. Marcus Krüger, Chefarzt der Klinik für Neonatologie der München Klinik Schwabing und Projektleiter von IPANEO. „Wir brauchen die Technische Universität München, die uns ihre PJ-Studierenden schickt, die Kinderkrankenpflegeschulen mit ihren Auszubildenden. Und von der München Klinik brauchen wir das Personal.“ Damit meint der Chefarzt jemanden, der die Organisation übernimmt, derzeit in der Hand der Stationsleiterin Nicole Ferschl. Vor allem braucht das Projekt aber ärztliche und pflegerische Lernbegleiter, die hinter den Teilnehmenden stehen. „Durch sie kommt es zu den positiven Lerneffekten wie das Verständnis für die gegenseitige Arbeit und das eigenständige und verantwortungsvolle Entscheiden“, erklärt Nicole Ferschl. Beide Lernbegleiter geben den interprofessionellen Teams regelmäßig Rückmeldung zu ihrer Arbeit und ihren selbst erstellten Behandlungsplänen. Das alles kostet Personal und Zeit. Deshalb hoffen Marcus Krüger und sein Team von Seiten der München Klinik auf die Zusage einer 80-Prozent-Stelle, die IPANEO fest zugeordnet wird.

Wer nicht fragt, kann auch nicht helfen

„Anders als es das Wort vermuten lässt, bietet das praktische Jahr für viele Medizinstudierende gar nicht so viel Praxis. Zumindest arbeitet man nur sehr wenig selbstständig, läuft eher mit und unterstützt die anderen“, findet Philipp Oehler. Der heutige Assistenzarzt wollte 2019 unbedingt an IPANEO teilnehmen. Auch wenn die ersten Tage wie ein Sprung ins kalte Wasser waren, erlebte Philipp Oehler das eigenständige Betreuen der Patienten in der Neonatologie als eine sehr wichtige Erfahrung für seine spätere Arbeit. Ebenso wertvoll war für ihn der Austausch mit den Pflegenden. „Im ärztlichen Kontext lernen wir auf der einen Seite zu parieren, nicht zu widersprechen. Auf der anderen Seite sollen wir alles wissen, uns keine Blöße, aber anderen dafür Anweisungen geben. Das ist Quatsch“, erklärt Philipp Oehler ein Dilemma vieler Medizinstudierenden. Er habe die Erfahrung gemacht, dass das gegenseitige Fragen viel bringt, vor allem den Patienten, um die es ja eigentlich geht.

Ähnlich sieht das auch Donatella Moschini, die im vergangenen Jahr als angehende Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin IPANEO-Teilnehmerin war. „In der Ausbildung lernen wir, dass wir eine Delegation, also Arbeitsaufgaben, vom Arzt bekommen.“ Im Projekt steht an dieser Stelle aber Meinungs-austausch und das gemeinsame Erstellen eines Behandlungskonzepts. Da habe sie erfahren, dass ihr Wissen gefragt und geschätzt sei, erinnert sich die 24-Jährige. „Da bekommt man von sich selbst eine höhere Meinung – und hat auch in Zukunft den Mut, sich einzubringen.“

„Im ärztlichen Kontext lernen wir auf der einen Seite zu parieren, nicht zu widersprechen. Auf der anderen Seite sollen wir alles wissen, uns keine Blöße, aber anderen dafür Anweisungen geben. Das ist Quatsch.“

Seit dem IPANEO-Startschuss 2019 gab es etwa 20 Teilnehmende, die ungefähr 35 Patienten und deren Eltern betreut haben. Das Projekt an der München Klinik gehört in die dritte Förderphase des Programms „Operation Team“, in dem bereits entwickelte und erprobte interprofessionelle Lehrkonzepte auf neue Standorte übertragen wurden. So arbeitet das Münchener Team mit Lehr- und Lernmaterialien des Projekts „Interprofessionelle Ausbildungsstation in der Pädiatrie (IPAPÄD)“ des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Freiburg. „Wir mussten das Konzept für uns und mit Blick auf die besondere Versorgungssituation von Frühchen anpassen und eigene Leitlinien und Handlungsanweisungen erarbeiten“, erinnert sich Nicole Ferschl an die recht umfangreiche Entwicklungsarbeit, die unbedingt weiter getragen werden sollte. Wie Chefarzt Marcus Krüger denkt sie positiv: „Wir haben an allen Schnittstellen jemanden im Boot, der für die interprofessionelle Ausbildung bei uns brennt. Wir sind auf einem guten Weg.“

Wie kann interprofessionelle Lehre funktionieren?

Wie lassen sich interprofessionelle Lerninhalte am besten vermitteln? Und wie können dabei die Lernerfolge gemessen werden? Diesen Fragen stellt sich ILEGRA als weltweit erstes Graduiertenkolleg, das sich mit Themen zur interprofessionellen Lehre in den Gesundheitsberufen beschäftigt.

Ich habe den Sinn interprofessioneller Teamarbeit erkannt. Bitte geben Sie Ihre Zustimmung mit der Skala von 1 (trifft voll und ganz zu) bis 7 (trifft gar nicht zu) an.

So steht es auf dem Frage- und Bewertungsbogen, den Katrin Kunze für ihre Forschungsarbeit zusammengestellt und entwickelt hat. Die Ergotherapeutin und Berufspädagogin untersucht für ihre Dissertation interprofessionelle Lehr- und Lernkonzepte in primärqualifizierenden Studiengängen der Pflege- und Therapieberufe. „Ich versuche herauszufinden, welchen Unterschied es macht, wenn die Studierenden an unterschiedlichen Hochschulen mit verschiedenen Curricula interprofessionell ausgebildet werden. Denn der Unterschied ist bei verschiedenen Curricula ja schon implizit. Und welchen Einfluss das auf ihre interprofessionelle Sozialisation nimmt“, erklärt die Doktorandin der Universität Osnabrück. 2018 hat die vormalige wissenschaftliche Mitarbeiterin mit einem Stipendium für das Graduiertenkolleg „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen (ILEGRA)“ ihre Promotion begonnen. Das dreijährige Promotionsprogramm richtet sich an Nachwuchswissenschaftler aus der Medizin, Pflege, Hebammenkunde, Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Im Graduiertenkolleg entstehen Dissertationen, die die Vermittlung, Evaluation und Prüfung von interprofessioneller Lehre zum Gegenstand wissenschaftlicher Forschung machen. Ihre Ergebnisse sollen einen maßgeblichen Beitrag zur nachhaltigen Weiterentwicklung der interprofessionellen Lehre in Deutschland und zur Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten leisten.

Obwohl das Thema des interprofessionellen Lehrens und Lernens an Bedeutung gewonnen hat, liegen bislang nur wenig wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse vor. Zudem fehlt es an ausgebildetem Nachwuchs, der das Themenfeld wissenschaftlich voranbringt. Deshalb hat die Robert Bosch Stiftung 2018 mit ILEGRA das weltweit erste Graduiertenkolleg zu dieser Thematik ins Leben gerufen – als Kooperationsprojekt der Universität Osnabrück und der Ludwig-Maximilians-Universität München. Die Stiftung fördert zwölf Kollegiaten mit einem Stipendium und einem Begleitprogramm.

„Angestoßen durch die Projekte im Programm „Operation Team“ hat sich auch der wissenschaftliche Blick auf das Thema der interprofessionellen Lehre geschärft – und wir haben das dann mit auf den Weg gebracht“, sagt Prof. Dr. Martin Fischer vom Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er leitet das Graduiertenkolleg zusammen mit Prof. Dr. Ursula Walkenhorst vom Institut für Gesundheitsforschung und Bildung an der Universität Osnabrück. Zum Programm von ILEGRA gehören Workshops und Austauschtreffen, Vorträge sowie die Betreuung der Promotionsprojekte durch nationale und internationale Experten. Die Studienreise nach Kanada zum Wilson Center in Toronto, die 2020 geplant war, musste aufgrund der Corona-Pandemie als dreiwöchiges Online-Atelier stattfinden, in dem sich die Kollegiaten mit renommierten Wissenschaftlern im Forschungsbereich „Interprofessional Education (IPE)“ austauschen konnten.

Für Katrin Kunze war das eine bereichernde Erfahrung. „Die Kollegen aus Kanada beschäftigen sich bereits seit vielen Jahren mit dem Thema.“ Für ihre Forschungsarbeit verwendet sie das internationale Erhebungsinstrument ISVS, eine Skala zur Messung der interprofessionellen Sozialisation und Wertschätzung. Dieses Instrument ergänzt die Kollegiatin mit eigenen Fragen zu einem Befragungsdokument, das sowohl Studierende ausgewählter Hochschulen beantworten als auch Absolventen, die sich im ersten Jahr ihrer Berufspraxis befinden. Bei den Fragen geht es auch um interprofessionelle Lernmethoden und -formen wie zum Beispiel die gemeinsame Arbeit an konkreten Fällen oder Austauschmöglichkeiten. „Ich frage, wie häufig die Lernformen stattgefunden haben und wie die Absolventen sie bewerten.“ Mit den Ergebnissen wird sie dann ihre These überprüfen, ob eine hohe interprofessionelle Sozialisation im Studium die Chancen für interprofessionelle Zusammenarbeit in der Berufspraxis verbessert. Ein positiver Zusammenhang spräche auf jeden Fall dafür, die interprofessionelle Lehre in der Ausbildung weiterzuentwickeln und auszuweiten.

„Angestoßen durch die Projekte im Programm „Operation Team“ hat sich auch der wissenschaftliche Blick auf das Thema der interprofessionellen Lehre geschärft – und wir haben das dann mit auf den Weg gebracht.“

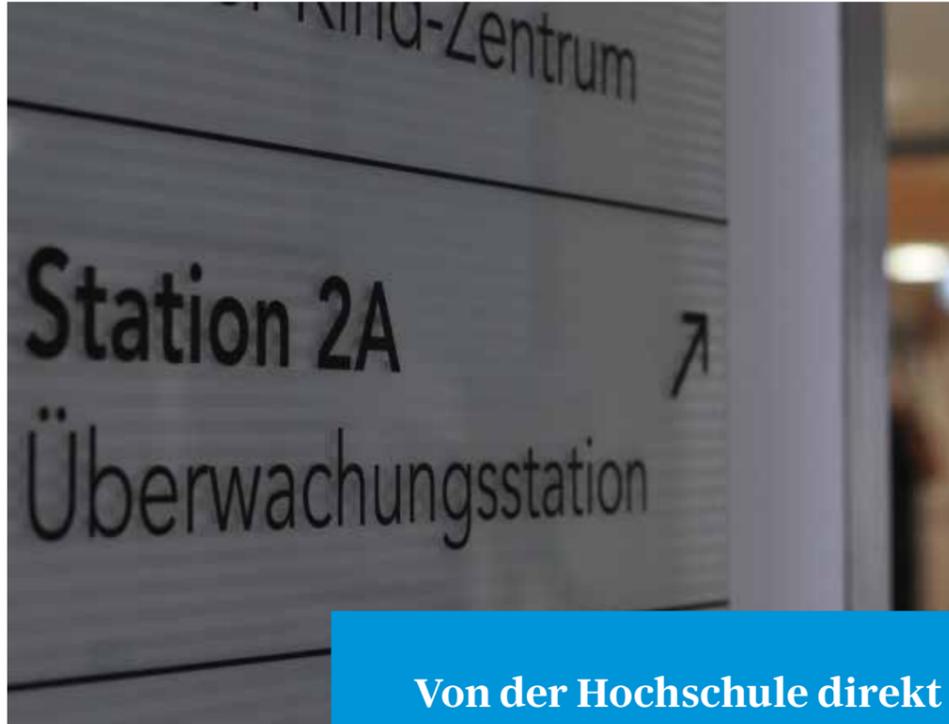
Der Beitrag der professionellen Pflege

Der Bedarf an pflegerischer Versorgung wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme an chronischen und Mehrfach-Erkrankungen in den kommenden Jahren rasant ansteigen. Die Bandbreite der Aufgaben, die Verantwortung und die Komplexität der professionellen Pflege werden weiterwachsen. Der Bedarf an professionellen Pflegeleistungen wird qualitativ und quantitativ zunehmen. Gleichzeitig ist es notwendig, mit Unterstützung der pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Forschung die bereits begonnene qualitätsbezogene Entwicklung der professionellen Pflege weiter voranzutreiben.

Pflege ist keine eindimensionale Aufgabe im Sinne von „satt und sauber“. Es bedeutet vielmehr, unzählige individuelle Beratungs- und Pflegeaktivitäten zu planen und umzusetzen, dabei den jeweils individuellen Maßstab für Lebensqualität der gepflegten Person zu Grunde zu legen sowie achtsam und flexibel auf veränderte Situationen zu reagieren. All dies muss eingebettet werden in Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung, in den Kontext der medizinisch-therapeutischen Anforderungen sowie in die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem interprofessionellen Team, das die einzelne Person versorgt.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird insgesamt erheblich von der Qualität und der Qualifikation der professionellen Pflege abhängen. Voraussetzung dafür ist es, die breite Kompetenz der Pflegeberufe anzuerkennen, zu nutzen und weiterzuentwickeln. Um qualitativ hochwertige Pflege auch in Zukunft anbieten zu können, braucht Deutschland deutlich mehr studierte Pflegefachpersonen in der direkten Versorgung der Patienten. Schließlich steht das deutsche Gesundheitssystem international für Spitzenmedizin. Es ist höchste Zeit, dass Deutschland auch Spitzenpflege in allen Sektoren ermöglicht und zu internationalen Standards aufschließt. Die Robert Bosch Stiftung zeigt mit ihrem Förderprogramm „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten – in der Praxis“ den direkten Einfluss von Spitzenpflege auf die Versorgung.

Die Station 2A im Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus ist eine Intermediate Care Station. Hier werden Patienten überwacht, die noch nicht bereit für ein reguläres Krankenzimmer sind, da sie einen größeren Betreuungsbedarf haben.



Von der Hochschule direkt zu den Patienten

Dank hochschulisch qualifizierter Pflegefachpersonen finden wissenschaftliche Erkenntnisse direkten Eingang in den Krankenhausalltag. Das verbessert die Gesundheitsversorgung der Patienten und die Pflegearbeit, wie sich beispielhaft im Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart zeigt.

Aus unzähligen Quellen ertönt ein Piepen, rund um das Bett ziehen sich Kabel, das fahle Licht diverser Monitore erleuchtet das Krankenzimmer. Der Herzschlag von Peter Stratmann* muss nach seiner Operation an der linken Herzkammer rund um die Uhr überwacht werden. Der 76-Jährige liegt auf Station 2A des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart, einer Intermediate Care Station. Hier werden Patienten betreut und überwacht – weniger als auf einer Intensivstation, aber mehr als in den regulären Krankenzimmern. Peter Stratmann hat nach der Operation Fortschritte gemacht.

Die Pflegekräfte machen mit ihm Übungen im so genannten Mobilisierungsstuhl, zwischendurch blättert er in einem Fußballmagazin. Für eine Verlegung auf eine reguläre Station ist der Patient aber noch nicht bereit. Denn gleich nach der Verlegung von der Intensivstation auf die 2A fiel dem Pflegeteam auf, dass der Rentner leichte kognitive Einschränkungen hat. So fragte er immer wieder, wo er sich befindet und welcher Tag heute ist. Deshalb steht nun gegenüber von seinem Bett eine Tafel, auf der Datum und Uhrzeit angezeigt werden, sowie die Information, dass er sich hier im Robert-Bosch-Krankenhaus befindet.

* Name von der Redaktion geändert

„Wie können wir das Wissen der studierten Pflegefachpersonen bestmöglich nutzen und hier einen Effekt sichtbar werden lassen?“

Die Tafel ist ein Baustein einer Intervention, einer aktiven Behandlung, um dem Patienten Orientierung zu bieten und einer Verschlechterung seines Allgemeinzustandes entgegenzuwirken. Wissenschaftlich gilt es als belegt, dass sich gerade bei älteren Menschen ein Zustand wie der von Peter Stratmann im Krankenhaus zu einem so genannten Delir entwickeln kann – eine akute Verwirrtheit, ausgelöst durch körperliche oder psychische Stressfaktoren. Ein Delir kann auch noch Wochen und Monate später zu kognitiven Einschränkungen führen. Das wurde lange als unveränderbar hingenommen. Doch das ist es nicht, wie wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen: Vermeintlich simple Maßnahmen wie zum Beispiel Hilfen zur Orientierung können hier präventiv unterstützen.

Um Interventionen auf wissenschaftlicher Grundlage anwenden zu können – wie es das Pflegeteam um Peter Stratmann im Robert-Bosch-Krankenhaus gemacht hat – braucht es in der Praxis studierte Pflegefachpersonen, die wissenschaftliche Erkenntnisse direkt in die Pflege und somit in die Versorgung der Patienten einbringen. Die Robert Bosch Stiftung unterstützt mit ihrem Programm „360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“ unter anderem die Einbindung von akademischen Pflegefachkräften in der Praxis. In der ersten Phase des Programms haben rund 40 Experten aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen modellhafte Lösungen erarbeitet, wie das Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen im Pflegeteam bestmöglich für den Patienten gestaltet werden kann. In der zweiten Phase gibt es seit 2019 für sieben Leuchtturmprojekte, darunter auch das Robert-Bosch-Krankenhaus, Raum zur Erprobung verbesserter Pflegequalität. So soll mit Unterstützung des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung unter anderem herausgefunden werden, welche Kompetenzen akademisch qualifizierte Pflegefachpersonen in die Versorgung einbringen können und wie das Zusammenwirken verschiedener Qualifikationen im Team sinnvoll gestaltet werden kann.

Die Qualifikationen bestmöglich nutzen

„In Deutschland gibt es nun zunehmend mehr hochschulisch qualifizierte Pflegende auf dem Markt“, freut sich Dr. Johanna Feuchtinger vom Universitätsklinikum Freiburg, die in der ersten Projektphase mitgearbeitet hat. Aber noch sind die Strukturen in den meisten Krankenhäusern nicht auf diese Pflegenden eingestellt. Wie deren Qualifikation möglichst gewinnbringend für alle genutzt werden kann, darin hat Feuchtinger langjährige Erfahrung. „Unsere Ausgangsfrage war: Wie können wir das Wissen der studierten Pflegefachpersonen bestmöglich nutzen und hier einen Effekt sichtbar werden lassen?“

Den Zustand von Peter Stratmann kann man durchaus als einen solchen Effekt bezeichnen: Dank des Fachwissens und der Aufmerksamkeit der Pflegenden konnte bei ihm eine negative Langzeitwirkung des akuten Verwirrheitszustands gemindert werden. Trotz der Erschwernisse durch die Corona-Pandemie ist das 360°-Förderprojekt im Robert-Bosch-Krankenhaus gut vorangeschritten. Hier erprobt man den Qualifikationsmix in zwei Patientengruppen und Teilprojekten: zum einen bei Menschen mit chronischen Nierenerkrankungen, zum anderen bei delirgefährdeten Personen.

Im Teilprojekt Delir-Prävention wurden neben den ganz praktischen Orientierungsmaßnahmen für betroffene Patienten auch sehr viel Informationen für alle Berufsgruppen, aber auch für Besucher und Angehörige aufbereitet. „Gerade bei hochaltrigen herzchirurgischen Patienten sehen wir eine erhöhte Rate an Delir-Vorkommen“, sagt Marita Schmidt, Pflegedienstleitung und Teilprojektleiterin. Noch seien im Klinikalltag nicht alle wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu angekommen, wie sich ein Delir verhindern oder Spätfolgen verringern lassen. Im Robert-Bosch-Krankenhaus hingegen gab es unter Leitung von Marita Schmidt, sodass studierte Pflegefachkräfte zu dieser Frage Informationen gesammelt und zum Beispiel in Schulungen weitergegeben haben.



Die Akademisierung der Pflege erleichtert im Krankenhausalltag einen Austausch zwischen Ärzten und Pflegefachkräften auf Augenhöhe.

Pocket-Karten mit wichtigen Infos für alle

Wenn Anna Jansky eine Frage zu einem Patienten wie Peter Stratmann hat, greift sie in ihre Kitteltasche und zieht eine handgroße Karte heraus. Die Team- sowie stellvertretende Stationsleiterin wirft einen Blick auf die so genannte Pocketcard, die wissenschaftliche Handlungsempfehlungen auflistet: Delir-Risikofaktoren stehen beispielsweise auf der Vorderseite, präventive Maßnahmen auf der Rückseite. Außerdem nennt die Karte Medikamente, die ein Delir möglicherweise verstärken können und zählt Alternativen auf.

Anna Jansky arbeitet seit zehn Jahren als Gesundheits- und Krankenpflegerin im Robert-Bosch-Krankenhaus und hat kürzlich ihren Master als Advanced Practice Nurse (APN) an der University of Applied Sciences in Frankfurt absolviert. Dadurch hat sie sich weitere Handlungsbereiche erschlossen, zum Beispiel konzeptionelle, leitende und analytische Tätigkeiten. Bereits bei einem anderthalbjährigen Aufenthalt in England sei ihr klargeworden, dass sie eines Tages als APN arbeiten wolle. In Deutschland sei das allerdings rechtlich noch nicht geregelt: Die Verantwortung liegt immer noch ausschließlich bei einem Arzt oder einer Ärztin. „Ich finde es schade, dass wir so wenig Eigenverantwortung haben“, sagt sie. Glücklicherweise sei der Austausch im Robert-Bosch-Krankenhaus sehr offen und vertrauensvoll, so dass sie mit ihrem Wissen etwas bewegen kann.

In der Akademisierung der Pflege ist Deutschland in der Tat deutlich im Rückstand: Wo studierte Pflegefachpersonen in vielen Ländern bereits Alltag sind, steht Deutschland als eines der letzten Länder noch weitgehend am Anfang. „Diese Pflegenden müssen entsprechend ihrer Qualifikation und Kompetenz eingesetzt werden“, sagt die Pflegewissenschaftlerin Dr. Johanna Feuchtinger. Da das Konzept in Deutschland noch recht neu sei, herrsche in vielen Krankenhäusern Unklarheit darüber. „Zudem geht es im deutschen Pflegealltag oft noch vor allem darum, dass die Arbeitsschichten quantitativ ausreichend mit Pflegefachpersonen besetzt sind.“ So werde die Zusatzqualifikation häufig nicht so genutzt, wie es möglich wäre.

Wissen verankert in der Pflege vor Ort

Diese Unklarheit spürte Eva-Verena Lindenau bereits im Jahr 2010, nachdem sie sich nach einigen Jahren Berufserfahrung in der Pflege und einem Studium der Pflegewissenschaft für eine Tätigkeit in der Nephrologie des Robert-Bosch-Krankenhauses entschieden hatte. „Ich wollte in der direkten Pflege vor Ort verankert werden, um die Patientenversorgung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterzuentwickeln“, sagt sie. Aber was wolle sie denn dort tun, fragten die Verantwortlichen, die sich die Rolle einer Studierten im normalen Pflegealltag nicht vorstellen konnten, sondern sie lieber in einer Führungsposition gesehen hätten, die im Hintergrund koordiniert. Nur dank einer sehr offenen Pflegedirektorin sei das damals möglich gewesen, die sinngemäß sagte: „Dann probieren Sie es eben aus.“ Heute sei das am Robert-Bosch-Krankenhaus keine Einzellösung mehr, betont Eva-Verena Lindenau: „Der jetzige Pflegedirektor Robert Jeske integriert studierte Pflegefachpersonen in der gesamten Klinik und unterstützt damit die Professionalisierung der Pflege.“



In regelmäßigen Schulungen geben die studierten Pflegefachkräfte im Stuttgarter Robert-Bosch-Krankenhaus ihr Wissen an die Mitarbeitenden weiter.

Die studierte Pflegefachfrau ist im 360°-Projekt zur Erprobung des Qualifikationsmix die Teilprojektleiterin für die Nephrologie und arbeitet mit ihren Kollegen daran, theoretisches Wissen in die Pflegepraxis zu überführen. Sie kann dabei an ihr Wissen aus der Pflegeausbildung anschließen, das Studium habe ihr dann die Gelegenheit gegeben, „die Phänomene der Chronizität selbst zu erforschen und aktuelle internationale Studienergebnisse zu bewerten und Handlungsempfehlungen für die Pflegepraxis abzuleiten.“ Das Robert-Bosch-Krankenhaus hat mit seinem 360°-Projekt nicht nur Erfahrungen gesammelt, wie gewinnbringend ein Qualifikationsmix in der Pflege für die Patienten ist. Auch für die Pflegenden kann eine sinnvolle Arbeitsteilung in Verbindung mit einer übergreifenden Zusammenarbeit verschiedener Qualifikationen in den Pflegeteams die Versorgungsarbeit verbessern. Wie viel sich verändert hat, merkt Anna Jansky, wenn sie an früher denkt: Sie erinnert sich noch lebhaft an einen ihrer ersten Nachtdienste, als ein Patient plötzlich aus seinem Zimmer kam und behauptete, er werde von der Mafia gejagt. Anna Jansky wollte ihm helfen, wusste aber nicht genau wie. Dank ihrer Beschäftigung mit kognitiven Störungen kann sie sich in solche Patienten hineinversetzen – und dank ihres Studiums kann sie besser mit der Situation umgehen und handeln. Sie weiß, was diesen Patienten hilft. Und viel wichtiger: Sie weiß, was im Vorfeld getan werden kann, um solche Zustände möglichst zu vermeiden.

„Ich wollte in der direkten Pflege vor Ort verankert werden, um die Patientenversorgung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen weiterzuentwickeln.“

Ein neuer Beruf für mehr Gesundheit

Als Gesundheits- und Krankenpflegerin fällt Elena Zarges immer wieder auf, wie sehr die starre Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen eine patientenorientierte Versorgung behindert. Das muss besser gehen, denkt sie sich und macht sich auf die Suche nach einer Lösung. Heute studiert sie Community Health Nursing – und wird an der Gestaltung eines Berufs mitarbeiten, der für eine bessere Gesundheitsversorgung steht.

Frustrierend. So empfand Elena Zarges oft die Situation nach der Entlassung ihrer Patienten, die sie als Pflegefachkraft zuvor stationär in der Klinik oder der Reha betreut hatte. „Es kam viel zu selten zu einer verlässlichen Anschlussversorgung“, sagt die 35-Jährige. Häufig habe sie die Wiedereinweisungen von Patienten erlebt, deren Pflege und Versorgung zu Hause nicht organisiert und langfristig sichergestellt werden konnte. „Ich konnte zwar Ratschläge geben und beraten, aber als Gesundheits- und Krankenpflegerin keinen echten Einfluss auf die Zeit nach der Entlassung nehmen.“ Gerne hätte Zarges konkrete Angebote vermittelt und organisiert, wie zum Beispiel einen verlässlichen Pflegedienst für Zuhause, sowie selbst regelmäßig mit den Patienten Kontakt gehalten. „Um zu sehen und zu hören, ob die Versorgung auch wirklich gut funktioniert, bedarfsgerecht und ausreichend ist.“ Aber dafür hat sie als Gesundheits- und Krankenpflegerin im deutschen Gesundheitssystem keine Befugnisse. „Die verschiedenen Versorgungsbereiche laufen einfach nicht ineinander verzahnt ab“, beklagt Zarges. „Es gibt eine viel zu strikte Aufgabenverteilung mit einem zu starken Fokus auf den Ärzten.“ Jobs wie Hausbesuche für Routineuntersuchungen, Beratung und koordinierende Aufgaben – die könnten auch qualifizierte Pflegefachleute übernehmen. Damit würden auch die Ärzte in der Primärversorgung entlastet. „Die Pflege sollte mehr Kompetenz zugesprochen bekommen, um auf Augenhöhe mit den Ärzten arbeiten zu können.“

Die Grenzen ihres Berufs machten so sehr zu schaffen, dass sie Möglichkeiten suchte, sich weiterzubilden und so, um ihre Handlungskompetenzen zu erweitern. Elena Zarges belegte zunächst den Bachelorstudiengang Health Care Studies an der Hamburger Fern-Hochschule, dann stieß sie auf das Angebot, Community Health Nursing (CHN) zu studieren. Dieser Masterstudiengang konnte mit Förderung der Robert Bosch Stiftung neu aufgebaut werden und soll in Zukunft zunächst an der Katholischen Stiftungshochschule München und an der Universität Witten-Herdecke etabliert werden.

Gesundheitsberufe neu denken

Die Robert Bosch Stiftung sieht seit etlichen Jahren den wachsenden Bedarf an einer Stärkung und Neugestaltung der Gesundheitsberufe. Die großen Herausforderungen für das Gesundheitssystem, wie der demografische Wandel, die Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie der Ärzte- und Fachkräftemangel, zeigen dringenden Handlungsbedarf auf. Die Gesundheitsversorgung weist gerade für vulnerable Gruppen wie ältere Menschen oder in sozialen Brennpunkten zunehmend Lücken auf. Das gleiche gilt für medizinisch unterversorgte Kommunen auf dem Land, aber auch in urbanen Gebieten.

Um das Gesundheitssystem effizient und bedarfsgerecht zu gestalten, braucht es unter anderem eine bessere Koordination von pflegerischen, präventiven, medizinischen, psychosozialen und rehabilitativen Leistungen – und zwar wohnortnah. Das könnte in Zukunft das pflegerische Handlungsfeld Community Health Nursing (CHN) übernehmen.



Im Masterstudiengang Community Health Nursing lernen die Studierenden unter anderem Sozialraumorientierung: Wie sie für bestimmte Zielgruppen Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention entwickeln und bedarfsgerecht bereitstellen können.

Community Health Nurses sind akademisch qualifizierte pflegerische Ansprechpartner für alle Fragen rund um Gesundheit und Krankheit in der Primärversorgung. Sie beraten, vermitteln Gesundheitskompetenz, führen Routineuntersuchungen durch, koordinieren Therapien und begleiten Betroffene bei psychischen oder chronischen Erkrankungen. Sie unterstützen Menschen in allen Lebenslagen bei der Bewältigung des Alltags mit Erkrankungen und stärken damit die primäre Gesundheitsversorgung. Die vielfältigen Möglichkeiten als CHN können die Pflege als Beruf durch mehr Handlungskompetenzen attraktiver machen und damit auch dem akuten Fachkräftemangel in der Pflege entgegenwirken.

Deshalb setzt sich die Robert Bosch Stiftung gemeinsam mit der Agnes-Karll-Gesellschaft in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) für die Etablierung des Berufsbildes der Community Health Nurse in Deutschland ein – unter anderem durch die Förderung der Curricula-Entwicklung des Masterstudiengangs sowie durch die Vergabe von Stipendien.

Mehr Verantwortung und Kompetenzen für die Pflege

„Gesundheitsversorgung kann nicht von einer einzelnen Person oder einem einzelnen Berufsstand erbracht werden“, sagt Andrea Weskamm, Projektleiterin Community Health Nursing beim DBfK. Gerade in einer älter werdenden Gesellschaft mit der Zunahme chronischer Krankheiten brauche es unterschiedliche Herangehensweisen und Professionen. „Man sollte das Tor öffnen und Community Health Nurses in der Primärversorgung verankern.“ Die liege in Deutschland noch vor allen in den Händen der

Hausärzte, doch es sei an der Zeit, speziell qualifizierte und akademisierte Pflegefachpersonen stärker einzubeziehen und ihnen mehr Verantwortung zu übergeben. Letztlich würde eine veränderte Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen auch bei den Ärzten in der Primärversorgung zu mehr Zufriedenheit führen, davon ist Weskamm überzeugt.

Die Pflegewirtin ist optimistisch: „Das wird nicht von heute auf morgen geschehen, aber manche Parteien unterstützen das schon, ebenso einige Krankenkassen.“ Ein Blick in andere Länder zeige, wie Community Health Nurses das Gesundheitssystem entlasten, weil sie Versorgung ganzheitlich organisieren. In Finnland beispielsweise arbeiten in Gesundheitszentren so genannte Public Health Nurses, die die Versorgung gerade in abgeschiedenen Regionen aufrechterhalten. Sie übernehmen beispielsweise erste Routineuntersuchungen und beurteilen, ob ein Patient zur Behandlung eventuell in ein Krankenhaus muss oder ambulant versorgt werden kann. In Großbritannien sind es die Nurse Practitioner (NP), die ähnliche Aufgaben wahrnehmen wie hierzulande der Hausarzt. „Die NPs sind Hauptansprechpartner und beraten Patienten zu allen Gesundheitsfragen. Für schwerwiegende Probleme ist dann natürlich ärztlicher Rat notwendig.“ Auch in den USA gibt es NPs, die dort häufig die Rolle eines Hausarztes ergänzen oder übernehmen und die weiteren Wege der Patienten zu Spezialisten organisieren. Weskamm sieht in der Etablierung dieser Pflegeberufe ein Vorbild für Deutschland. Denn: „Auch hierzulande dünnt die Hausarztversorgung in strukturschwachen Regionen aus.“

„Die Pflege sollte mehr Kompetenz zugesprochen bekommen, um auf Augenhöhe mit den Ärzten arbeiten zu können.“

Gut gewappnet für die Zukunft

Elena Zarges hat noch zwei Semester vor sich. Der Masterstudiengang bereitet sie aus ihrer Sicht perfekt auf ihre künftige Rolle im Gesundheitssystem vor. „Ich kann mir sehr gut vorstellen, nach meinem Studium als Community Health Nurse in einem Primärversorgungszentrum zu arbeiten, wo ich gut vernetzt allen Patienten und Bürgern eine umfassende Versorgung vermitteln kann.“ Dafür sei es zum einen wichtig, sich im Studium fundierte Kenntnisse aus Bereichen wie der kommunalen Pflegeplanung, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine wissenschaftliche Perspektive anzueignen. „Gerade der Gemeindebezug ist wichtig, da dort die CHN in der Primärversorgung auf Ebene der Kommune angesiedelt sein soll.“

Mit ihrer akademischen Qualifizierung kann und darf Zarges als CHN dann Gesundheitskompetenz vermitteln, die Patienten umfassend und langfristig betreuen und die Versorgung koordinieren. „Ich freue mich sehr darauf, Projekte anzustoßen, wie zum Beispiel interprofessionelle Fallbesprechungen, bei denen ich alle an der Versorgung eines Menschen Beteiligte an einen Tisch hole.“

Die Studentin fühlt sich bereit, das neue Rollenbild der CHN mitzugestalten und in Deutschland zu verankern. Aber sie weiß auch, dass einige gesetzliche Änderungen noch angestoßen werden müssen. Die Robert Bosch Stiftung hat dazu ein Gutachten erstellen lassen, das die rechtlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten von CHN schildert. Dann könne sie ihre Handlungskompetenzen richtig ausspielen, hofft Zarges. „Dann sieht man die Pflege endlich dort, wo ihre eigentlichen Stärken liegen, nämlich, wenn Entscheidungen zu ganzheitlicher, bedarfsorientierter Versorgung getroffen werden müssen – vor allem dort, wo es um den Alltag von Menschen geht.“

Vor Ort unterstützen

Eine wirksame Gesundheitsversorgung muss dort passieren, wo die Menschen leben. Vor allem chronisch und mehrfach erkrankte sowie ältere Menschen brauchen eine Unterstützung von Gesundheitsfachpersonal vor Ort, damit sie in ihrem Zuhause so selbstständig, so lange und so gut wie möglich leben können. Dafür muss die Versorgung zu den Menschen gebracht werden – und nicht umgekehrt.

Um die Gestaltung von Gesundheit im kommunalen Umfeld zu stärken, fördert die Robert Bosch Stiftung Programme, Projekte und Pioniere, die sich für eine umfassende, exzellente und kommunal gut eingebundene Gesundheitsversorgung einsetzen.

Dabei geht es nicht nur um kurze Wege zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung möglichst vieler Fachbereiche. Ebenso wichtig sind Angebote zur Prävention, zur Gesundheitsförderung und Erweiterung der Gesundheitskompetenz für die Menschen vor Ort in allen Lebensbereichen. Und das kann in der Regel nur gut und wirksam im Zusammenspiel mit der Kommune funktionieren. Und mit starken regionalen Netzwerken und bereits bekannten und angenommenen Angeboten und Akteuren vor Ort, die die Bedürfnisse der Bevölkerung kennen und mit den Menschen im Austausch sind.

Die Robert Bosch Stiftung unterstützt mit ihrem Programm PORT den modellhaften Aufbau und die Erweiterung patientenorientierter Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung in verschiedenen Regionen, jeweils auf den Bedarf abgestimmt, vernetzt und regional eingebunden. Ebenfalls auf den Bedarf und die Möglichkeiten vor Ort abgestimmt agieren die Projekte im Förderprogramm „Menschen mit Demenz in der Kommune“. Die Teilnehmenden haben Ideen entwickelt, wie sie in ihrer Kommune die Menschen mit Demenz weiterhin am Leben und der Gesellschaft teilhaben lassen und Vorurteile und Ängste der Bevölkerung abbauen können. Die verschiedenen Ergebnisse zeigen, dass nicht jede Idee in jedem Ort funktioniert. Aber auch, dass eine Unterstützung von Menschen mit chronischen Krankheiten wie Demenz und besonderen Bedarfen gut gelingen kann, wenn sie vor Ort aufgestellt und eingebunden ist.

„Wir müssen den Menschen in den Mittelpunkt stellen.“



Interview

mit Thomas Reumann, Jurist und ehemaliger Landrat

Welche Rolle spielt die Gesundheitsversorgung der Menschen in der Daseinsvorsorge?

Gesundheit ist kein Gut wie jedes andere. Die Gesundheitsversorgung ist deshalb ein wichtiger Teil der im Grundgesetz und in den Landesverfassungen garantierten Daseinsvorsorge für die gesamte Bevölkerung. Unabhängig vom Geldbeutel, Status, Wohnort oder von der Versicherung. Die Gesundheitsversorgung umfasst dabei alle Angebote, die den Menschen die Möglichkeit bieten und sie darin unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern, sie durch Prävention zu sichern sowie Krankheiten und Verletzungen bestmöglich und wohnortnah behandeln zu lassen.

Wie sollte eine Gesundheitsversorgung aussehen?

Wenn man die Menschen nach ihren Wünschen fragt, möchten sie überall im Land, egal wo sie wohnen, ob städtisch oder im ländlichen Raum, eine Gesundheitsversorgung vorfinden, in der sie sich gut aufgehoben fühlen, die ihnen schnell und professionell weiterhilft, egal, welche gesundheitlichen Probleme, Sorgen und Fragen sie haben. Im Moment ist es so, dass unser Gesundheitssystem auf die Kuration akuter Erkrankungen fokussiert ist. Wir müssen aber den Menschen in den Mittelpunkt stellen und viel mehr auf die Förderung seiner Gesundheit achten, auf Prävention und die Stabilisierung von chronisch Erkrankten. In diesen Bereichen haben wir viel zu wenig Energien, Ideen, aber auch Geld in Innovationen investiert. Zudem müssen wir dem Umbruch der gesellschaftlichen Verhältnisse Rechnung tragen. Wir leben in einer Gesellschaft des langen Lebens – mit einer wachsenden Anzahl Menschen mit chronisch Erkrankungen und mehr sowie komplexeren Bedarfen bei der Gesundheitsversorgung.

Wie können diese Innovationen aussehen?

Ein erfolgsverprechender Ansatz sind regionale Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung, die eine ambulante Versorgung wohnortnah und kommunal gut eingebunden sicherstellen. So wie sie die Robert Bosch Stiftung mit ihrem Programm PORT fördert. In diesen Zentren arbeiten unterschiedliche Professionen Hand in Hand und auf Augenhöhe, was vor allem die Versorgung von älteren und chronisch Kranken verbessert, die häufig auf verschiedene Fachkräfte angewiesen und zugleich oft weniger mobil sind.

Eines dieser PORT-Gesundheitszentren steht auf der Schwäbischen Alb in Hohenstein. Dessen Weg habe ich begleitet, von der Idee vor mehr als zehn Jahren bis zur Eröffnung 2019 und seinem heutigen Status als wegweisendes Leuchtturm-Projekt.

Was macht ein erfolgreiches regionales Gesundheitszentrum aus?

Entscheidend ist eine integrierte Versorgung, die vom Menschen her denkt. Zunächst einmal ist es wichtig, den Bedarf vor Ort zu analysieren und die bevölkerungsbezogenen Basisdaten zu erheben. Für die Entwicklung des Konzepts in Hohenstein haben wir gute Erfahrung mit Bürgerbefragungen gemacht. Außerdem sollte man für jedes Konzept auf die bereits vorhandenen Angebote in der Gemeinde schauen, Netzwerke nutzen und all dies im Sinne einer integrierten Versorgungsplanung mit einbeziehen.

Je nach regionalem Bedarf brauchen die Gesundheitszentren verschiedene Praxen und Beratungsstellen, die in enger Zusammenarbeit die Menschen vor Ort kontinuierlich versorgen – mit hochwertigen und modernen Behandlungen und Therapien sowie Angeboten zur Prävention und Unterstützung. Da medizinisches Spezialwissen nicht umfassend in der Fläche vorgehalten werden kann, erfolgt durch die Anwendung digitaler Hilfsmittel, etwa in Form von Videokonsultationen, eine wichtige Vernetzung mit Krankenhäusern und Universitätskliniken.

Wie kommt man vom erfolgreichen Modell in die Breite?

Indem wir durch die Praxis der PORT-Gesundheitszentren deren Mehrwert für die Menschen, für die Akteure im Gesundheitswesen und im Ergebnis für die Gesundheitsversorgung belegen. Nichts ist überzeugender als ein gelebtes Beispiel, das funktioniert. Deshalb ist es wichtig, die Umsetzung von PORT wissenschaftlich zu begleiten und auszuwerten. Auch um zu erkennen, was gut funktioniert und was eben nicht.

Im Übrigen haben wir kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsproblem. Die Notwendigkeit einer Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung mahnt der Sachverständigenrat der Bundesregierung seit zehn Jahren immer wieder an. Im Grundsatz brauchen wir eine neue Kultur der Gesundheitsversorgung – mit einer integrierten Planung, die die unterschiedlichen Bereiche wie stationäre und ambulante Versorgung sowie Pflege und Reha gemeinsam denkt. Dabei muss endlich vom Patienten und seiner Lebenswelt her gedacht und vernetzt aus einem Guss gehandelt werden. Für eine breite Umsetzung von Konzepten wie PORT brauchen wir zudem eine Änderung der Anreizsysteme, ein Umdenken weg von der strikten Trennung der sektoralen Vergütung. Auch damit in Zukunft durch eine stärkere Delegation von Tätigkeiten, über Substitution bis hin zu einer Heilkundeübertragung im Gesundheitswesen mehr möglich wird. Wir werden uns viel bewegen müssen.

Zur Person

Primärversorgungszentren sind eine gute Antwort auf die Herausforderungen in der Daseinsvorsorge. Davon ist **Thomas Reumann** überzeugt. Der ehemalige Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat als Landrat im Landkreis Reutlingen den Aufbau des PORT Gesundheitszentrums Schwäbische Alb in Hohenstein begleitet.

PORT: Umfassende Gesundheitsversorgung vor Ort

Wie können Menschen, vor allem ältere und chronisch Erkrankte qualitativ hochwertig und umfassend versorgt werden? Eine Antwort sind lokale Gesundheitszentren, deren Entwicklung die Robert Bosch Stiftung mit ihrem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ unterstützt und fördert.



Die Schwäbische Alb ist eine ländlich geprägte Region mit kleinen und beschaulichen Dörfern. Die Wege zu einer Arzt- oder Therapiepraxis sind hier oftmals weit.

Die Hochfläche der Schwäbischen Alb hat viel zu bieten: sanft bewaldete Hügel, Wacholderheide und grasende Schafe. Fast jeder der weit verstreuten Orte kann mindestens einen Fachwerkbau vorzeigen, die Dörfer wirken beschaulich. Auf jeden Fall sind sie recht abgelegen. Umso wichtiger ist es für die Menschen, die hier leben, sich vor Ort gut versorgen zu können – auch gesundheitlich. Den etwa 3700 Einwohnern der Gemeinde Hohenstein auf der Schwäbischen Alb drohte in diesem Bereich vor einigen Jahren ein akuter Mangel, wie in vielen ländlichen Gemeinden in Deutschland. Die Hausärzte gingen in Rente, Nachfolger waren nicht in Sicht.

Die Gemeinde, der Landkreis und die Bevölkerung machten sich mit einem großen Netzwerk gemeinsam stark als Standort für ein PORT-Gesundheitszentrum. PORT steht für „Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ und ist ein Programm, mit dem die Robert Bosch Stiftung seit 2017 bundesweit 13 beispielhafte Initiativen für eine bessere Gesundheitsversorgung fördert. Zentrales Ziel ist die Entwicklung und der Aufbau innovativer Gesundheitszentren, die abgestimmt auf den regionalen Bedarf und in Zusammenarbeit mit den bereits bestehenden Angeboten vor Ort eine umfassende und kontinuierliche Grund- und Primärversorgung sicherstellen. Patientenzentriert und koordiniert aus einer Hand, beziehungsweise von einem interprofessionell zusammenarbeitenden Team – im Idealfall unter einem Dach wie auf der Schwäbischen Alb in Hohenstein.



Das PORT-Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein bietet den Menschen der Region eine umfassende Gesundheitsversorgung aus einer Hand und unter einem – modernen – Dach.

Eine zentrale Anlaufstelle

Seit September 2019 steht hier eines der ersten PORT-Zentren in Deutschland, unter anderem mit einer Allgemeinmedizinerin und Diabetologin, einem Kinder- und Jugendarzt, einer Gesundheitskoordinatorin, einer Physiotherapiepraxis, einer Ernährungsberaterin, einer Hebammenpraxis, Präventionsangeboten und einem Pflegestützpunkt. Dazu kommen Sprechstunden, an denen zu festen Zeiten Fachärzte für Psychiatrie und Fachkräfte zur Frühförderung von Kindern vor Ort sind.

Eine automatische Schiebetür aus Glas führt in das helle Foyer des modernen Flachbaus, in dem alle Angebote des PORT-Zentrums in Hohenstein untergebracht sind. Auf dem Weg zu den Praxisräumen und den Sitzecken kommen die Besucher am Holztresen von Elisabeth Reyhing vorbei. Die ausgebildete Krankenschwester ist mit ihrer koordinierenden Rolle ein wichtiger Bestandteil des PORT-Konzepts und kostenlose Anlaufstelle für Fragen und Informationen zum Thema Gesundheit. „In den letzten Monaten drehte sich natürlich viel um Corona und das Testzentrum, das wir hier im Gesundheitszentrum aufgebaut haben“, erzählt Reyhing, die im Hohensteiner PORT-Zentrum auch als

Gesundheitslotsin bezeichnet wird. Ansonsten geht es oft um Fragen zur Versorgung, die an sie gerichtet werden: Wer kann mich bei der Pflege unterstützen, woher bekomme ich einen Rollator und was genau bedeuten die medizinischen Fachausdrücke im Arztbrief.

Die Koordinatorin arbeitet zusammen mit dem Gesundheitszentrum in einem großen Netzwerk aus Gesundheitsprofessionen, Reha- und Pflegediensten, sozialen und pädagogischen Einrichtungen sowie vielen engagierten Menschen in der Region. Sie vermittelt passende Kontakte und Angebote, berät und klärt auf. Die Koordination der Patientenversorgung und die Zusammenarbeit im Netzwerk sind wesentliche Funktionen der PORT-Zentren. Sie sind Bestandteil des Berufsprofils der „Community Health Nurse“, die in anderen Ländern bereits regelhaft eingesetzt wird. In Hohenstein liegen diese Aufgaben vor allem bei Elisabeth Reyhing, die in Gesprächen mit Patienten und Besuchern genau hinhört: „Ich habe ein gutes Gespür dafür, wo bei den Menschen weiterer Unterstützungsbedarf besteht und ich vielleicht zusätzlich Hilfe vermitteln kann.“

Die Patienten stehen im Mittelpunkt

Viele Informationen sammelt die Gesundheitskoordinatorin auch in den Fallkonferenzen, bei denen alle im Gesundheitszentrum vertretenen Professionen die Patienten ganzheitlich betrachten und gemeinsam nach Lösungen suchen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist ein weiterer zentraler PORT-Konzeptansatz. Bei den Fallkonferenzen in Hohenstein steht der Patient im Mittelpunkt, er schildert seine Beschwerden und Probleme, stellt Fragen und äußert seinen Unterstützungsbedarf. Dann gibt jeder aus dem Team seine fachlichen Einschätzungen. „Die verschiedenen Perspektiven und manchmal völlig neue Ansätze und Anstöße sind für die Patienten eine große Bereicherung“, sagt Elisabeth Reyhing und ergänzt: „Auch für mich und meine Arbeit.“

Der Landkreis Reutlingen ist von dem PORT-Konzept überzeugt. In Hülben entsteht auf der Schwabischen Alb mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung gerade ein zweites PORT-Gesundheitszentrum auf der Schwäbischen Alb mit den Schwerpunkten Prävention und Nachsorge. Die beiden PORT-Zentren bilden die Kernelemente eines Modellprojekts des Landkreises Reutlingen: eine sektorenübergreifende Primärversorgung, in der die Gesundheitszentren sowohl untereinander als auch mit weiteren ambulanten und stationären Strukturen vernetzt sind. Für eine umfassende gesundheitliche Grundversorgung aus einer Hand, zu der alle unmittelbaren Zugang haben.

„Die Pflege ist oft näher an den Menschen dran, spricht eine andere Sprache als das ärztliche Personal und hat auch noch einmal einen anderen, eher umfassenden und fürsorglichen Blick auf die Menschen.“



Die Veddel ist einer der ärmsten Stadtteile Hamburgs. Gegen die medizinische Unterversorgung des Viertels gibt es hier seit 2017 in einer leerstehenden Polizeikaserne die Poliklinik Veddel.



Die Poliklinik Veddel übernimmt nicht nur die medizinische Versorgung für die knapp 5.000 Stadtteilbewohner, von denen etwa 70 Prozent ausländische Wurzeln haben. Hier gibt es auch psychologische Unterstützung sowie eine Rechts- und Sozialberatung.

Gesundheitsversorgung dort, wo Bedarf besteht

Das Ziel einer guten und umfassenden Gesundheitsversorgung hat auch das Team der Poliklinik Veddel. Die Veddel zählt zu den ärmsten Stadtteilen Hamburgs und liegt eingerahmt von Bahngleisen und Autobahnen im Südosten der Hansestadt. Bis die Poliklinik mit ihren verschiedenen Gesundheits- und Sozialangeboten hier 2017 eröffnete, mangelte es an medizinischer Versorgung. Für die knapp 5000 Stadtteilbewohner gab es eine Hausärztin. Ähnlich sieht es in anderen Großstadtvierteln aus, in denen hohe Arbeitslosigkeit herrscht, viele Menschen mit ausländischen Wurzeln und oft in prekären Verhältnissen auf engem Raum leben. „Dabei brauchen gerade die Menschen mit körperlich anstrengenden Berufen, finanziellem Druck und oft stressigen Lebensumständen in engen Wohnverhältnissen gesundheitliche Unterstützung“, sagt Philipp Dickel, der als Arzt für Allgemeinmedizin in der Poliklinik arbeitet.

Die Poliklinik Veddel, die seit 2018 von der Robert Bosch Stiftung als PORT unterstützt wird, versteht sich als Kollektiv, das aus ganz unterschiedlichen Professionen besteht und interprofessionell die Angebote des Stadtteilgesundheitszentrums bestreitet. Dazu gehören mittlerweile zwei allgemeinärztliche Praxen, eine Gesundheits- und Sozialberatung, eine Hebammenpraxis, Pflegesprechstunden, psychologische Beratung, ein Beratungscafé, Präventionsprojekte und eine kostenlose Rechtsberatung.

Miteinander im Stadtviertel

Die enge Zusammenarbeit aller Professionen vor Ort spielt sich hier vor allem in den wöchentlichen Team-sitzungen und den multiprofessionellen Patientensprechstunden ab. Der ganz besondere Blick der Poliklinik gilt aber dem alltäglichen Leben der Menschen in dem dicht besiedelten Hamburger Stadtviertel. „Wir möchten wissen, was hier passiert, was die Leute bewegt und wie wir mit ihnen zusammenarbeiten können. Deshalb hören wir genau zu, wir gucken und gehen hin“, erklärt Philipp Dickel.

Dabei helfen die drei Community Health Nurses (CHN) der Poliklinik – drei Pflegefachpersonen, die sich mit einem Studium auf Masterniveau qualifiziert haben. Sie bieten auf der Veddel eine offene Pflegesprechstunde an, in die jeder ohne Anmeldung und mit Fragen zum Thema Pflege kommen kann. „Die Pflege ist oft näher an den Menschen dran, spricht eine andere Sprache als das ärztliche Personal und hat auch noch einmal einen anderen, eher umfassenden und fürsorglichen Blick auf die Menschen.“ Philipp Dickel und das Team der Poliklinik sehen darin auch die Möglichkeit für einen weiteren, niedrigschwelligen Zugang für die Menschen zur Poliklinik. Zudem unterstützen die CHN mit Hausbesuchen die Versorgung von chronisch Kranken im Viertel und wirken dabei eng mit den lokalen Pflegediensten zusammen.

„Ich denke schon, dass wir durch die Poliklinik Veddel hier die Gesundheitsversorgung verbessert haben“, sagt der Allgemeinmediziner. „Aber es gibt auch noch viel Ausbaufähiges“. Dazu zählt zum Beispiel die digitale Patientenakte, die nicht nur diesem Primärversorgungszentrum fehlt. „Eine gemeinsame Dokumentationsprache wäre eine Revolution in der Versorgung, sie würde die Professionen noch viel näher zueinander bringen und historisch gewachsene Hierarchien kleiner machen“, davon ist Philipp Dickel überzeugt. Einen eigenen Schritt in diese Richtung gehen sie bereits auf der Veddel, indem sie sich, wo immer es geht, zu ihrer Arbeit und den Menschen austauschen – digital und ganz real.

„Eine gemeinsame Dokumentationsprache wäre eine Revolution in der Versorgung, die die Professionen noch viel näher zueinander bringen und historisch gewachsene Hierarchien kleiner machen würde.“

Auf dem Weg in die demenzfreundliche Kommune

Menschen mit Demenz gehören zu den chronisch Erkrankten, die eine ganz besondere Gesundheitsversorgung vor Ort brauchen – und Menschen in ihrem Umfeld, die auf sie eingehen und mit ihnen und ihrer Krankheit umgehen können. Wie können Menschen mit Demenz mitten im Leben bleiben und ganz konkret an der Gesellschaft in ihrer Kommune weiterhin teilhaben? Die Projekte des Förderprogramms „Menschen mit Demenz in der Kommune“ zeigen auf ganz unterschiedliche Art, wie Kommunen demenzfreundlich werden können.



Auf der Postkarte ist die Zeichnung einer alten Frau zu sehen, die ihr Gesicht an einen grünen Kaktus drückt und ihn liebkost. Gestaltet haben das Motiv mehrere Jugendliche aus Pirna in Sachsen, im Rahmen des örtlichen Projekts „Besser leben mit Demenz“ des Vereins Zentrum für Begegnung, Beratung und Bildung (ZBBB). Insgesamt entstanden für die Postkartenaktion drei Motive, die bewusst mit Irritation spielen. Auf einem Bild steckt eine Kassette im Toaster, auf einem anderen ein Telefon im Schuh. 3.000 Postkarten mit diesen Motiven hat das ZBBB drucken lassen und im Stadtzentrum von Pirna verteilt. Mit der generationenübergreifenden Aktion sollte in der Öffentlichkeit für das Thema Demenz sensibilisiert und um Verständnis geworben werden – mit der Botschaft: „Eine starke Gemeinschaft lässt Menschen mit Demenz nicht alleine.“

Die Robert Bosch Stiftung hat damals das Projekt mit ihrem Programm „Menschen mit Demenz in der Kommune“ gefördert. Insgesamt waren es bundesweit 78 lokale Projekte und Initiativen, die die Stiftung von 2008 bis 2015 durch ihr vom Verein „Aktion Demenz“ durchgeführte

Förderprogramm unterstützen konnte. Jedes Projekt wurde mit bis zu 15.000 Euro finanziert, es gab Workshops und Netzwerktreffen, Hilfe bei der Umsetzung und zum Teil eine Evaluierung der lokalen Vorhaben. Ziel des Programms war es, das Thema Demenz in die Öffentlichkeit zu bringen und zu enttabuisieren, einen gesellschaftlichen Bewusstseinswandel anzuregen, um letztendlich die Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz zu verbessern.

Demenzerkrankungen sind eine der großen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft, dessen sind sich mittlerweile die meisten Menschen bewusst. Aber es fehlt bisher immer noch an einer hinreichenden Sensibilisierung für das Thema. Von Demenz betroffene Menschen sind angewiesen auf Hilfe, die über das medizinische und pflegerische Maß hinausgeht. Sie brauchen Unterstützung durch ihre Familie und Freunde, aber auch ein soziales Umfeld, das sie mit Verständnis auffängt und ihnen die weitere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Dabei sind besonders die Kommunen gefragt, der Ort, wo die Menschen täglich ihr Zusammenleben gestalten.

„Eine starke Gemeinschaft lässt Menschen mit Demenz nicht alleine.“

„Es ging bei dem Programm nicht darum, weitere oder bessere Versorgungs- und Beratungsmaßnahmen zu schaffen“, erklärt Verena Rothe, Projektleiterin des Programms und Mitarbeiterin von „Aktion Demenz“. Vielmehr waren die Kommunen aufgefordert, zivilgesellschaftliche Aktivitäten zur Begleitung und Beteiligung zu schaffen und zu unterstützen, bei denen Menschen mit und ohne Demenz zusammenkommen, sich austauschen und voneinander lernen können. Die Frage war: „Wie gehen wir gut miteinander um, wie schaffen wir eine lebensfreundliche Gesellschaft für alle.“

Die geförderten Projekte der insgesamt drei Auflagen des Programms hatten eine enorme Bandbreite: Es wurden Begegnungs-Cafés eingerichtet, in denen Menschen mit Demenz auf interessierte Zuhörer trafen. Es gab Tanzveranstaltungen, Ausflüge, Radtouren, Stadt- und Museums-spaziergänge – gemeinsam für Menschen mit und ohne Demenz. Einige Initiativen brachten die Menschen kreativ zusammen, mit Kunsterlebnissen oder Musikveranstaltungen. Auch Kirchengemeinden engagierten sich, indem sie über soziale Herausforderungen und Möglichkeiten sprachen und ganz bewusst Menschen mit Demenz in ihre Gottesdienste einluden oder diese anpassten, damit Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen daran teilnehmen konnten. Zudem gab es Projekte, bei denen Kinder und Jugendliche auf unterschiedlichste Weise die Hauptakteure waren, wie zum Beispiel in Workshops, in denen sie über ihre Begegnungen mit Menschen mit Demenz schreiben konnten.

Das Förderprogramm hat für ein großes Echo gesorgt. Der Begriff „Demenzfreundliche Kommune“ ist inzwischen zu einem Schlagwort geworden, das angekommen und erstrebenswert ist. Viele der 78 Projekte haben auch nach dem Ende der Förderung Bestand, haben sich weiterentwickelt und Nachahmer in anderen Städten und Gemeinden gefunden. Die Bundesregierung hat die Initiative der Robert Bosch Stiftung und der „Aktion Demenz“ aufgegriffen und förderte mit ihrem Programm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ Netzwerke und deren Angebote.

„Wichtig ist, dass jede Kommune für sich herausfindet, was sie demenzfreundlicher machen kann und wie entsprechende Prozesse vor Ort kurz- und langfristig umgesetzt werden können“, erklärt Verena Rothe. „Demenzfreundliche Kommune“ ist kein Zertifikat, das eine Gemeinde nach einem einheitlichen 10-Punkte-Plan erhält, sondern der Weg dahin, dass man in einer Gemeinschaft mit und ohne Demenz besser zusammen leben kann.

Grenzüberschreitend voneinander lernen

Gesundheit ist kein nationales Thema. Es hat – das wurde nicht erst durch Corona verdeutlicht – längst internationale Dimensionen angenommen. Nicht nur globale Pandemien benötigen Antworten und Lösungen, die nur durch einen internationalen Austausch und internationale Kooperationen entstehen können. Ein globales Zusammenwirken und ein multilateraler Ansatz sind auch für weitere Themen von großer Bedeutung, die Einfluss auf die Gesundheit der Menschen eines Landes haben, wie zum Beispiel Klimawandel, Digitalisierung oder Migration.

Die Gesundheitssysteme vieler Industrienationen, auch Deutschlands, müssen sich komplexen Herausforderungen stellen, wie der Zunahme chronischer Erkrankungen, der medizinischen Versorgung von Zuwanderern oder dem aufkommenden Problem der Antibiotikaresistenzen. Dazu kommen steigende Kosten, Fachkräftemangel, nötige und sinnvolle Digitalisierungsmaßnahmen und Qualitätssicherung. Alleine kann keine Nation diese Herausforderung meistern oder die Probleme lösen. Für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung ist ein internationaler Ansatz gefragt.

Daher wird auch unter den Führungskräften, den Entscheidern und Experten im Gesundheitsbereich der internationale Austausch immer wichtiger, beinahe schon zwingend. Denn nur durch grenzüberschreitende Kooperationen und Netzwerke können sie voneinander lernen und gemeinsam neue Ansätze sowie innovative Lösungen entwickeln – die dann für die Gesundheitsversorgung der Länder individuell angepasst umgesetzt werden, sodass sie für die nationalen und regionalen Bedürfnisse wirksam sind.

Die Robert Bosch Stiftung unterstützt und fördert seit 2017 diesen dringend nötigen internationalen Austausch im Gesundheitsbereich mit dem Programm SCIANA: The Health Leaders Network. Das Netzwerk bringt europäische Führungskräfte und Schlüsselpersonen aus verschiedenen beruflichen Umfeldern zusammen, damit sie aktuelle und zukünftige Herausforderungen auf dem Gebiet der Gesundheit und Gesundheitsversorgung gemeinsam angehen, sich gegenseitig inspirieren und voneinander lernen. Dabei orientiert sich SCIANA an den UN-Zielen für nachhaltige Entwicklung – wie dem Sustainable Development Goal (SDG) 3: ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.



Der Medisana Telepräsenzroboter ermöglicht Gespräche mit Videoübertragung (links) und kann sich frei bewegen – entweder ferngesteuert oder mit der „Follow me“-Funktion, wie Projektleiter Prof. Dr. Patrick Jahn demonstriert (rechts).

Was Inspiration und Austausch bewirken können

In Halle lernen angehende Mediziner sowie Pflegefachpersonen mit virtueller Realität, sie üben mit Robotern und planen die Zukunft der Gesundheitsversorgung. Eine Grundlage für diese innovativen Ansätze war der internationale Austausch und die gegenseitige Unterstützung im Netzwerk SCIANA.

Der Roboter folgt der alten Dame in sicherem Abstand. Sie öffnet die Spülmaschine, der Roboter ist einfach nur dabei. Sie stellt einen Topf auf den Herd und beginnt, die Spülmaschine auszuräumen. Auf dem Display des Telepräsenz-Roboters erscheint das vertraute Gesicht ihres Sohnes. „Wie geht’s dir, Mama?“ Die beiden beginnen ein alltägliches Gespräch, während dessen kann die Frau weiter in der Küche herurräumen. Als sie schließlich aus der Küche geht, verabschieden sich die beiden. Der Roboter schaut noch kurz nach, ob der Herd ausgeschaltet ist – dann beendet der

Sohn die Verbindung. Eine alltägliche Szene? Vielleicht in Zukunft. Vielleicht aber auch nicht. Hier im Labor ist alles offen – und das ist das Besondere. Hier sagt niemand: genau so wird es sein. Hier wird die Zukunft verhandelt und Technik auf Herz und Nieren geprüft. Studierende der Medizin und Pflege bereiten sich an der Universität Halle auf eine ungewisse Zukunft vor, von der man zum jetzigen Zeitpunkt vor allem eines weiß: Sie wird anders sein. Die Digitalisierung wird Einzug halten. Und jetzt geht es um die Anwendungsszenarien, die mit ihr einhergehen und die häufig aus der

Perspektive von Entwicklern gestaltet sind und selten aus der jener alten Menschen, deren Angehörigen oder der Pflegenden, die sie in Zukunft nutzen sollen.

Hier, das ist das Future Care Lab an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Diese in Deutschland durch ihre Vernetzung zwischen Ausbildung, Forschung und Praxis einzigartige Einrichtung ist einerseits für Studierende und Lernende in der Medizin und der Pflege gedacht, zum Ausprobieren von Technologien. Und andererseits für die Forschung: Hier kommen die zusammen, die es braucht, um die Zukunft zu entwerfen. Viele Inspirationen sind aus dem SCIANA-Netzwerk eingeflossen, sagt Prof. Dr. Patrick Jahn, Leiter der AG Versorgungsforschung der Universitätsmedizin Halle: „Der Austausch im Netzwerk hat uns viele Entwicklungsimpulse gegeben.“ Jahn ist von Anfang an im SCIANA: The Health Leaders Network, er war 2017 Mitglied der ersten Kohorte.

Ein Netzwerk für gemeinsame Lösungen

SCIANA ist eine Initiative, die gemeinsam von der Robert Bosch Stiftung in Deutschland, der Health Foundation in Großbritannien, der Careum Stiftung in der Schweiz und in Kollaboration mit der Dialogplattform Salzburg Global Seminar 2017 in Österreich ins Leben gerufen wurde. Die drei international renommierten Stiftungen haben sich das Ziel gesetzt, mit ihrem einzigartigen Netzwerk gemeinsam Lösungen für die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu finden. Dafür wählen die drei Stiftungen jedes Jahr über eine Ausschreibung eine Kohorte mit bis zu 18 Mitgliedern aus. SCIANA ist ein professionenübergreifendes Netzwerk und bringt Personen zusammen, die im Berufsalltag in der Regel nicht zusammenkommen oder zusammenarbeiten würden. Die Mitglieder sind zum Beispiel in der Gesundheitspolitik tätig, der medizinischen Praxis, im akademischen Umfeld, für Krankenkassen oder Start-ups.



Bei den SCIANA-Netzwerktreffen im Schloss Leopoldskron in Salzburg gibt es Vorträge vor großer Runde (links), aber auch die Möglichkeit, sich in kleinen Gruppen auszutauschen (rechts).

„Wir gehen alle nicht als leeres Blatt in die Treffen, sondern bringen eine Menge Input für einen reichhaltigen Austausch mit - und machen so aus dem SCIANA-Netzwerk einen Ideen-Inkubator und transformieren die Gesundheitsversorgung.“

Jede Kohorte trifft sich zweimal im Jahr für drei bis vier Tage im Schloss Leopoldskron in Salzburg, um sich mit viel Zeit und in einem geschützten Raum gemeinsam mit unterschiedlichen Problemen und Lösungsansätzen zu beschäftigen, sich gegenseitig zu inspirieren und Erkenntnisse mit Gleichgesinnten zu teilen. Denn auch wenn die Gesundheitssysteme in Deutschland, Großbritannien und der Schweiz unterschiedlich sind, so müssen doch alle auf die gleichen Herausforderungen reagieren, wie die Zunahme an chronisch kranken Menschen, den demografischen Wandel, finanzielle Belastungen und Migration. Über die großen SCIANA-Treffen in Salzburg hinaus gibt es Arbeitstreffen in den einzelnen Ländern und zu bestimmten Themen. Wer an einer Kohorte teilgenommen hat, bleibt Mitglied im SCIANA-Netzwerk, dessen Mitglieder sich bei Bedarf bi- und multilateral austauschen und zusammenarbeiten.

„Wir brauchten die globale Anbindung“

Beim ersten SCIANA-Treffen 2017 in Salzburg hat Patrick Jahn durch die vielen Gespräche und Vorträge seine Perspektive zum Potential von Digitalisierung im Gesundheitswesen mit anderen Mitdenkern erweitert. Außerdem haben ihn innovative Methoden interessiert, mit denen sich Ideen schärfen und Konzepte entwickeln lassen. In diese Richtung arbeitet der Mediziner und Philosoph Dr. Tobias Gantner, den Jahn auf dem SCIANA-Treffen kennengelernt hat. Gantners global agierendes Unternehmen „HealthCare Futurists“ beschäftigt sich mit der Förderung von Innovationen und Wandel im Gesundheitswesen. Gantner organisiert auch sogenannte Hackathons, das sind Veranstaltungen, in denen Interessierte zusammenkommen, um in begrenzter Zeit – häufig an einem Wochenende – Lösungsvorschläge für konkrete Probleme zu entwickeln. Angeregt von Gantners Arbeit und dessen Worten hat auch Jahn einen solchen Hackathon für Halle veranstaltet, um Ideen für das Konzept und den Ausbau des Netzwerks „Translationsregion für digitalisierte Gesundheitsversorgung – TDG“ zu sammeln. „Dabei sind viele Anregungen zusammengekommen, wir konnten unser Konzept mit Leben füllen, neue Mitspieler

und Unterstützer gewinnen“, erinnert sich Jahn. Mittlerweile hat das TDG-Netzwerk mehr als 80 Bündnispartner und arbeitet am Aufbau eines Digital Health Innovation Ecosystem zur verbesserten Versorgung strukturschwacher Gebiete, in denen chronisch Kranke eine schlechtere Versorgung haben und die Logistik zur Versorgung sehr aufwändig ist. Ziel ist es, durch digitale Innovationen wie den Roboter des Future Care Lab für Menschen mit Pflegebedürftigkeit eine hohe Versorgungssicherheit, Teilhabe und Wohlbefinden zu erreichen.

Ein wichtiger Schritt in der Konzeptionsphase des TDG-Projekts war ein Treffen von Vertretern des Sozial- und Wirtschaftsministeriums von Sachsen-Anhalt mit SCIANA-Mitgliedern und Gesundheitsexperten, das Patrick Jahn mit Hilfe des Salzburg Global Seminar im Sommer 2018 in Salzburg organisieren konnte. Wie kann digitale Gesundheitsversorgung zum sozialen und wirtschaftlichen Gewinn werden? So lautete das Thema des Expertenaustauschs, zu dem unter anderem Tobias Gantner und Nils Hammerla Impuls-Beiträge lieferten. Hammerla arbeitet als Wissenschaftler für maschinelles Lernen für den Londoner Gesundheitsdienstleister und App-Entwickler Babylon Health. Der Kontakt zu Jahn entstand über Hammerlas Kollegen Paul Bate, ebenfalls SCIANA-Mitglied. „Unsere Regierungsvertreter waren schwer beeindruckt von den Spielmöglichkeiten und erfolgreichen Fallbeispielen aus der digitalisierten Gesundheitswelt, von denen die global agierenden Experten in Salzburg erzählt haben“, erinnert sich Patrick Jahn. Danach hätten sie das TDG-Projekt mit anderen Augen gesehen und dem Netzwerk zugetraut, seine Visionen auch zu realisieren. Auch bei dem Antrag auf Förderung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung im Programm „WIR! Wandel durch Innovation in der Region“ habe die Verbindung zu SCIANA und damit zu internationaler Expertise unterstützend gewirkt. So konnten Jahn und sein Team einen kräftigen Förderzuschlag für die Modellregion um Halle bekommen.



Der humanoide Roboter THEA (Modell Pepper) kann über seinen Bildschirm Informationen mitteilen, sprechen und bei Kognitionsspielen mit Patienten die Rolle des Moderators übernehmen.



Ein Raum mit Pappmöbeln simuliert eine typische Wohnsituation. Hier übt der Roboter, geschickt zu manövrieren und sich per Gesichtserkennung den richtigen Patienten zu nähern, die zum Beispiel am Tisch sitzen.

„Wir brauchten die globale Anbindung, die uns unter anderem durch SCIANA ermöglicht wurde. Denn nicht alle Lösungen liegen in unserer Region“, erklärt Jahn. Durch den Austausch mit internationalen Experten habe man aber Ideen und Konzepte gesehen und Innovationen angestoßen, die man nun in Halle ausprobiert. Wie zum Beispiel den Einsatz von Robotern in der Pflege oder Medikamentenlieferung per Drohne.

Lösungen für die Gesundheit in Halle – und für alle

Gerade für die Region sei es besonders wichtig, die Möglichkeiten der Digitalisierung auszuloten, betont Karsten Schwarz, der Koordinator für das TDG-Projekt der Universität Halle: „Der demographische Wandel ist in Sachsen-Anhalt schon so weit fortgeschritten, dass wir dringend Lösungen brauchen.“ Und von diesen Lösungen kann das ganze Land profitieren, denn in diese Situation mit einer immer älter werdenden Gesellschaft werden auch andere Regionen bald kommen. Die Digitalisierung biete hier viele Vorteile, gerade im Bereich der Medizin und der Pflege, sagt Karsten Schwarz. „Nur leider sind die Zielgruppen häufig weit weg vom Thema.“



Der humanoide Roboter NAO kann auch zu Bewegungsübungen animieren, wie hier die Labor-Koordinatorin Dr. Elisa Haucke und die ärztliche Mitarbeiterin Christiane Ludwig demonstrieren.



Nur wenn Augenkontakt besteht, kann man mit dem Roboter ein Gespräch führen. Prof. Patrick Jahn und sein Team bringen den Robotern neben einem Grundwortschatz für Alltagsdialoge vor allem medizinische Informationen bei. So können die Roboter zum Beispiel Fragen zum Vorgang einer MRT-Untersuchung beantworten.

Daher werden diese explizit in das Future Care Lab eingeladen. „Wir entwickeln Lösungen gemeinsam mit den älteren Menschen“, sagt Elisa Haucke, die Koordinatorin des Labors für digital unterstützte Gesundheitsversorgung, das auch vom Stifterverband der Deutschen Wirtschaft gefördert wird. Denn nach ihrer Beobachtung gehen Lösungen oft am Bedarf vorbei, weil die Zielgruppen in deren Entwicklung gar nicht einbezogen werden. Daher finden sich hier regelmäßig Senioren und Studierende ein und probieren es einfach aus. Wie wirkt es auf die Seniorin, wenn der Roboter ihr folgt? Wie ist es, wenn er vom Sohn ferngesteuert wird? Sollte der Roboter anklopfen oder darf er einfach herumfahren? Wie fühlt es sich an, die eigene Mutter durch die Augen eines Roboters zu begleiten? Besser, als wenn es gar nicht möglich wäre. Schließlich kennen diese Situation heute viele, die aufgrund der Pandemie ihre Eltern lange nicht gesehen haben.

In Zukunft könnte der Arzt per Telepräsenzroboter ins Haus kommen, auch das erprobt man in Halle. Die Themen des Future Care Lab sind Themen, die international von Bedeutung sind und die im SCIANA-Netzwerk immer wieder diskutiert werden. In strukturschwachen Regionen, wie es sie um Halle herum viele gibt, könnte das die Gesundheitsversorgung sichern. Schließlich gibt es gerade auf dem Land immer weniger Hausärzte und immer mehr alte Menschen, die selbständig Zuhause leben wollen und eine Versorgung brauchen.

Jahn wird seine Erfahrungen aus dem Future Care Lab und der TDG-Modellregion mit in die nächsten SCIANA-Treffen und Austauschmomente nehmen. Denn mit den Herausforderungen, denen er sich in Halle stellt, kämpfen auch die anderen SCIANA-Mitglieder. Hier treffen sich Gleichgesinnte, Menschen mit Visionen und konkreten Erfahrungen, die sich gegenseitig anregen und durch einen intensiven Austausch gemeinsam Lösungen für eine bessere Gesundheitsversorgung finden. „Wir gehen alle nicht als leeres Blatt in die Treffen, sondern bringen eine Menge Input für einen reichhaltigen Austausch mit – und machen so aus dem SCIANA-Netzwerk einen Ideen-Inkubator und transformieren die Gesundheitsversorgung.“

„Wir setzen bei den Stärken der Menschen an“

Das Stiftungsnetzwerk „European Foundations' Initiative on Dementia“ (EFID) wurde 2011 von vier europäischen Stiftungen gegründet. EFID verfolgt das Ziel, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihrem Umfeld in Europa zu verbessern, engagierte Akteure zu unterstützen und länderübergreifend zu vernetzen. Ein Online-Besuch in Bulgarien zeigt beispielhaft, wie solche Initiativen das Leben von Menschen mit Demenz verbessern.

Die Menschen singen und schlagen Teller aneinander. Eine Gruppe steht im Kreis und wippt im Takt dazu. Manche tragen selbst gebastelte Kronen – insgesamt scheinen alle sehr viel Spaß zu haben an diesem Tag, in einem tristen Raum eines Pflegeheims im Osten Bulgariens. Musiktherapie steht auf dem Programm, ein lautes und buntes Angebot, das durch die Förderung der Robert Bosch Stiftung im Rahmen der „European Foundations' Initiative on Dementia (EFID)“ entstanden ist. Vier Stiftungen in Europa haben diese Initiative 2011 gegründet. Dabei ging es darum, nach dem Vorbild der demenzfreundlichen Kommune europaweit Praxisprojekte auszuloben, die sich durch zivilgesellschaftliche Aktivitäten vor Ort für einen achtsamen und wertschätzenden Umgang mit Menschen mit Demenz einsetzen und ihre gesellschaftliche Teilnahme stärken. Ein weiterer Baustein der EFID-Förderung war es, diese Praxisprojekte länderübergreifend zu vernetzen, in Austausch zu bringen und zur wechselseitigen Nachahmung zu ermutigen.

„Die Musiktherapie ist immer wie ein kleiner Festtag für die Bewohner“, sagt Tania Tisheva, Projektkoordinatorin von „Compassion Alzheimer Bulgaria“. Diese Stiftung will ein Konzept personensorientierter Pflege in den bulgarischen Pflegeheimen und Tagesstätten etablieren. „Gegen Alzheimer gibt es keine Medizin, aber wir können für Lebensqualität sorgen“, sagt Tania Tisheva. Ziel sei es, nicht die Defizite in den Vordergrund zu stellen, sondern das, was möglich ist: „Wir setzen an den Stärken der Menschen an. Wir zeigen, was sie tun können und nicht, was sie nicht tun können – auch ein Teil der EFID-Philosophie.“

Vorbilder hatte die Initiative unter anderem in den von der EFID ausgezeichneten Praxisprojekten in Italien, Belgien, den Niederlanden, Deutschland und Schottland gefunden. „Wir haben zusammen mit Forschenden und Experten aus Schottland Fortbildungen für Pflegekräfte organisiert“, erklärt Tania Tisheva. Für EIFD war der Austausch, der Wissenstransfer und die Vernetzung der Projekte ein wichtiger Baustein der Förderung: Die Initiative hat jährlich Vernetzungstreffen organisiert und Austauschprogramme angeboten. 2019 ist ein Team aus Italien für eine Fortbildung nach Bulgarien gekommen – „was ohne die Förderung von EFID nicht möglich gewesen wäre.“

In den Niederlanden hat Tania Tisheva das Konzept „Dement Talent“ begeistert, das EFID ebenfalls als Praxisbeispiel ausgezeichnet hat. Menschen mit Demenz werden dabei in den Aktivitäten unterstützt, die sie individuell interessieren, anstatt für alle das gleiche Programm anzubieten. Sie sollen nicht in einen strikten Tagesplan gezwungen werden, sondern große persönliche Freiheiten haben. „Wer sich für Gärtnern interessiert, kann sich zum Beispiel mit einem professionellen Gärtner treffen.“ Ehrenamtliche unterstützen das Pilotprojekt, das in Italien bereits implementiert ist. Die Projektkoordinatorin hofft, es bald auch in Bulgarien umsetzen zu können.

Aktuell entsteht ein Handbuch mit erfolgreichen Beispielen und Empfehlungen, um vorbildhafte EFID-Projekte weiter bekannt zu machen, so dass andere davon lernen können. Und auch heute, wo die Förderung durch EFID ausgelaufen ist, dauert die länderübergreifende Vernetzung an und der Geist der demenzfreundlichen Kommune, der durch EFID in Europa angestoßen wurde, lebt weiter: Neben der Musiktherapie veranstaltet die Stiftung „Compassion Alzheimer Bulgaria“ internationale Partys mit Länder-Motto in den Pflegeheimen, betreibt einen Podcast mit Informationen für Angehörige sowie ein Alzheimer-Café, das während der Corona-Pandemie auf Zoom läuft.

Der Podcast ist inspiriert von zwei Radiostationen in Frankreich und Italien. Zudem entwickelt „Compassion Alzheimer Bulgaria“ gerade einen so genannten MOOC, einen „massive open online course“ für alle Interessierten, die entweder beruflich oder privat Demenzpatienten pflegen. „Es gibt sehr viel Raum für Kreativität, Kontakt und Austausch“, schwärmt Tania Tisheva. Nachahmen ist nicht nur erlaubt, sondern erwünscht – auch ein Credo des Stiftungsnetzwerkes EFID.

„Gegen Alzheimer gibt es keine Medizin, aber wir können für Lebensqualität sorgen.“

Bitte abgucken: „Mehr Pflege in der Primärversorgung“

Interview

mit Dr. Friederike Schalhorn,
Fachärztin für Allgemeinmedizin



Frau Dr. Schalhorn, Sie waren mit dem Programm „Care for Chronic Condition“ in Kanada, um sich dort die Gesundheitsversorgung in der Praxis anzuschauen. Wie kam es dazu?

Ich finde es generell immer gut und wichtig, wenn man sich fort- und weiterbildet und dabei auch den Input aus anderen Ländern holt. Die Versorgung von chronisch kranken Patienten ist ein wichtiger Teil meiner Arbeit, sowohl am Institut als auch in meiner Praxis. Ich weiß, dass Patienten in anderen Gesundheitssystemen anders versorgt werden, vor allem auch chronisch und mehrfach erkrankte Menschen. So spielen im kanadischen Gesundheitssystem in der Primärversorgung andere Gesundheitsberufe sowie die interprofessionelle Arbeit wichtige Rolle. In der heutigen Zeit wird es meiner Meinung nach immer wichtiger, Einblicke in internationale, innovative und individuelle Versorgungskonzepte zu bekommen, die im Ausland bereits erfolgreich angewandt werden.

Was haben Sie am South Riverdale Community Center in Toronto erlebt?

Ich hatte dort ein sehr strukturiertes Hospitationsprogramm mit vielen Treffen, Gesprächen, Seminaren und der Gelegenheit, unterschiedliche Gesundheitsberufe bei ihrer alltäglichen Arbeit zu begleiten, also eine Art Shadowing zu betreiben. So ein riesiges Gesundheitszentrum in einer Großstadt wie Toronto lässt sich natürlich nicht so einfach mit einer ländlichen Hausarztpraxis vergleichen. Das kanadische Gesundheitssystem ist zentral gesteuert, Strukturen mit kleinen Hausarztpraxen wie bei uns gibt es dort gar nicht. Der springende Punkt für mich war zu sehen, dass die Pflege in der Versorgung von chronisch Erkrankten und überhaupt von kranken Menschen in der Primärversorgung einen ganz anderen Stellenwert hat. Das gibt es so in Deutschland nicht. Wir haben keine qualifizierte Pflege, die flächendeckend an der Primärversorgung von Patienten teilnimmt, angebunden an die medizinische Versorgung. Da sehe ich bei uns in der Versorgung von chronisch erkrankten Menschen einen großen Bedarf, vor allem auf dem Land. Das können wir bitte abgucken: mehr Pflege in der Primärversorgung.

Wie lassen sich diese Erfahrungen auf Ihre Arbeit in Deutschland übertragen, was haben Sie nach der Reise in Ihrer Praxis verändert?

Aktuell arbeite ich daran, bei uns in der Praxis einen Praktikumsplatz für den Masterstudiengang Community Health Nursing anzubieten, den es ja auch in Deutschland inzwischen an einigen Hochschulen gibt. Ich möchte sehen, wie das in der Praxis bei uns funktioniert und angenommen wird – mit dem Ziel, hier in der Primärversorgung dauerhaft eine Stelle für eine Community Health Nurse zu schaffen.

Welche Aufgaben könnte eine Community Health Nurse in Ihrer Praxis übernehmen?

Ich sehe einen großen Bedarf in der Versorgung von Hausbesuchs-Patienten, den die professionelle Pflege decken könnte. Aspekte wie Schmerzassessment, geriatrisches Assessment, Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen und individuelle Beratung vor allem für chronisch kranke Menschen können meiner Meinung nach viel besser von einer guten Pflege übernommen werden als zum Beispiel von mir als Ärztin, die das alles nicht so gelernt hat wie eine qualifizierte Pflegefachkraft. Community Health Nurses sind auch die richtigen Ansprechpartner für die Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen sowie für die Versorgung und Beratung von chronisch Kranken in der Praxis – zum Beispiel im Bereich Ernährungsberatung.

Da gibt es vieles, was ich mir vorstellen kann. Aber damit muss man erst einmal starten – auch um zu gucken, wie das bei den Patienten ankommt und wie sich die Zusammenarbeit im Team gestaltet.

Wie lief das im South Riverdale Community Center in Toronto ab?

In Kanada stehen Ärzte in der Primärversorgung in zweiter Linie – hinter der Pflege. Hier ist es selbstverständlich, dass ein großer Teil der Patientenversorgung von Pflegefachkräften übernommen wird. Die Ärzte kommen erst dazu, wenn sie wirklich gebraucht werden. Die Gesundheitsfachberufe aus der Pflege haben hier einen ganz anderen Stellenwert, sie sind komplett anders in das System integriert. Es ist für alle selbstverständlich, dass sie in der Primärversorgung die ersten Ansprechpartner sind. Außerdem spielt in Kanada die interprofessionelle Teamarbeit in den Gesundheitszentren eine wichtige Rolle – die sich natürlich nicht so einfach auf eine kleine Hausarztpraxis übertragen lässt, aber sicher eine gute Idee für den Aufbau von interprofessionelle Gesundheitszentren ist.

Warum ist ein internationales Hospitationsprogramm sinnvoll?

Ich kann natürlich lesen, dass es in anderen Ländern Teamarbeit auf Augenhöhe gibt. Aber was das wirklich bedeutet und wie das in echt funktioniert, wie zum Beispiel Teamsitzungen ablaufen und sich unterschiedliche Gesundheitsberufe begegnen, das kann man nur erfahren, wenn man selbst dorthin fährt, sich das anguckt und im Idealfall einfach mal mitlaufen kann. Außerdem ist es immer ein großer Vorteil, wenn man die Menschen persönlich kennenlernt. Ich bin immer noch in Kontakt mit Mitarbeitenden des South Riverdale Community Center, sowie auch mit anderen Teilnehmenden des Programms. Das ist wertvoll, wir tauschen uns regelmäßig über unsere Projekte und Ideen aus. Und ich kann auch direkt nachfragen und mir Informationen holen.

„In der heutigen Zeit wird es meiner Meinung nach immer wichtiger, Einblicke in internationale, innovative und individuelle Versorgungskonzepte zu bekommen, die im Ausland bereits erfolgreich angewandt werden.“

Zur Person

Dr. Friederike Schalhorn ist Hausärztin in Birenbach, einer Gemeinde mit knapp 2.000 Einwohnern in Baden-Württemberg. In ihre Praxis kommen – auch aus dem weiteren Umkreis – viele ältere Menschen mit chronischen Krankheiten. Die Medizinerin arbeitet zudem als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung der Universität Tübingen. Sie untersucht unter anderem Möglichkeiten, den Verlauf chronischer Erkrankungen in der Primärversorgung positiv zu beeinflussen.

Um Eindrücke aus anderen Gesundheitssystemen zu gewinnen, war Friederike Schalhorn im Rahmen des internationalen Hospitations- und Fortbildungsprogramms „Care for Chronic Condition“ der Robert Bosch Stiftung 2019 in Kanada, am South Riverdale Community Center in Toronto.

Das Qualifizierungsangebot hat den Teilnehmenden unter anderem Bildungsaufenthalte im Ausland zu den Themen chronische Krankheiten und Multimorbidität ermöglicht. Mit dem Ziel, durch die im Ausland erworbenen Kenntnisse und Erfahrungen die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern.

Die Zukunft: Ein Neustart für das Gesundheitswesen

Gesundheit ist ein hohes Gut – für jeden Einzelnen und für die Gesellschaft als Ganze. Wir alle wollen eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Gesundheitsversorgung, jetzt und in Zukunft. Es gibt wohl kaum Zeiten, in denen die Bedeutung von Gesundheit und vorausschauendem Handeln erfahrbarer wurde als die Phase der Covid-19-Pandemie. Für eine nachhaltige Gesundheitsversorgung der Zukunft müssen wir uns mit den Faktoren beschäftigen, die das Gesundheitssystem unter Druck setzen: Digitalisierung und neue Technologien, Urbanisierung, Fachkräftemangel und soziodemografische Veränderungen machen klar, wie nötig Reformen sind. Insbesondere auch die steigende Zahl von alten Menschen mit Versorgungsbedarf erzeugt Handlungs- und Reformdruck mit wachsenden Anforderungen an die Gestaltung des gesamten Gesundheitssystems.

Es ist höchste Zeit, Antworten zu finden und vorausschauend zu agieren, damit wir auch in Zukunft allen den Zugang zu einer bedarfsgerechten und dem Menschen zugewandten Gesundheitsversorgung ermöglichen können. Die Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte mit der Steuerung unseres Gesundheitswesens zeigen, dass sich Reformbemühungen selten in großschrittigen, zukunftsgerichteten Veränderungen niederschlagen, sondern häufig nur in kleineren Anpassungen, die den Herausforderungen, vor denen wir stehen, kaum gerecht werden. Vor diesem Hintergrund muss Bestehendes erneuert und verbessert werden, es müssen mutig neue Lösungen entwickelt und Wege für eine wirksame und nachhaltige Umsetzung gefunden werden.

Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen

Die Robert Bosch Stiftung ist Mitte 2018 mit ihrer Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ angetreten, um im Dialog mit Bürgern und in der Zusammenarbeit mit Experten für ein zukünftiges Gesundheitssystem eine Verortung vorzunehmen und Impulse zu setzen, das dem Menschen zugewandt, patientenorientiert, multiprofessionell, qualitätsgeprägt und offen für Innovationen ist.

Die Neustart! Initiative hat den Beteiligten den Raum und die Möglichkeit gegeben, losgelöst von herkömmlichen Denkschemata eine Neuordnung und Weiterentwicklung des Gesundheitssystems zu skizzieren und auf drei parallelen Handlungsebenen – Bürgerdialoge, Expertenarbeit in einer Serie von Think Labs und gesundheitspolitische Podien – Empfehlungen für eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems zu formulieren. Für die Erstellung und Vertiefung der wissenschaftlichen Expertise hat die Robert Bosch Stiftung eng mit der Berliner Hertie School zusammengearbeitet und den dort angesiedelten Lehrstuhl „Health Governance“ gestiftet.

„Das Besondere an Neustart! ist, dass wir die Bürger in den Mittelpunkt gestellt und zugehört haben, was sie sich für die Zukunft des Gesundheitswesens wünschen.“ So stellt Irina Cichon, Senior Projektmanagerin der Robert Bosch Stiftung, die Initiative vor. Etwa 700 zufällig ausgewählte Bürger sowie rund 140 Experten hat die Robert Bosch Stiftung gefragt, wie sie sich ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem vorstellen. Zentral sei der Wunsch nach einem solidarischen und patientenorientierten Gesundheitssystem – überall und für jede und jeden. „Wir brauchen jetzt eine Veränderung und eine Ausrichtung auf Gesundheit: auf Prävention, Gesundheitsförderung verbunden mit Gesundheitskompetenz“, fasst Cichon die Ergebnisse der Initiative zusammen. Dafür müssten neue Strukturen geschaffen werden – vor allem in der Region, bei den Menschen vor Ort.

Auf ihrem abschließenden Gesundheitsgipfel hat die Initiative Neustart! im Juni 2021 diese und weitere Ergebnisse präsentiert. Rund drei Monate vor der Bundestagswahl 2021 wurde das zentrale Dokument der Initiative, die „Neustart! Zukunftsaagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl“ einer breiten Öffentlichkeit vor- und zur Diskussion gestellt.

„Die Einbindung der Bürger muss zur Norm werden“



Interview

mit Mujaheed Shaikh, Professor of Health Governance
an der Hertie School in Berlin

Herr Shaikh, Sie haben die Initiative „Neustart!“ drei Jahre lang begleitet. Was sind die drei wichtigsten Faktoren in der Governance, mit deren Hilfe das Gesundheitssystem fit für die Zukunft gemacht werden sollen?

Das künftige deutsche Gesundheitssystem braucht einen Ansatz, der mehrere Ebenen berücksichtigt, nämlich die europäische, die nationale und die regionale Governance. Die aktuelle Pandemie hat Schwächen auf allen drei Ebenen offengelegt und den globalen Charakter von Gesundheit gezeigt. Die Gesundheitspolitik muss auf der regionalen Ebene verankert werden, indem eine sektorenübergreifende Finanzierung und regionale Gesundheitsbudgets eingeführt werden. Die Politik und die wesentlichen Rahmenbedingungen innerhalb des Systems mit deren Hilfe auf Bundesebene gesetzt werden. Die europäische Ebene wird immer wichtiger dafür, dass das Gesundheitssystem von Erfahrungsaustausch, Kooperation und einer grundsätzlichen Vereinheitlichung der Standards profitieren kann.

Das zukünftige deutsche Gesundheitssystem braucht einen flexiblen und datengesteuerten Governance-Ansatz, der sich an veränderte gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen anpassen lässt. Wenn unnötige Bürokratie beseitigt wird und den Verantwortlichen auch auf den unteren Ebenen mehr Autonomie und Entscheidungsbefugnis zugestanden wird, wird auch das Verantwortungsbewusstsein und die mit deren Hilfe. Es sollten systematisch Daten über die Qualität von Leistungserbringern erzeugt und einer Bewertung durch alle Nutzer zugänglich gemacht werden. Weitere notwendige Strukturen zur Datenbereitstellung und -generierung müssen aufgebaut werden.

Das zukünftige deutsche Gesundheitssystem braucht eine „governance by the people“, das heißt die Einbindung der Bürger und deren aktive Beteiligung an der Gestaltung des Gesundheitswesens sollte zur Norm werden. Es sollten Strukturen und Mechanismen geschaffen werden, die einen größeren Input der Bürger in Governance-Diskussionen ermöglichen und den Umfang ihrer Beteiligung erweitern.

Es gibt starke gesundheitliche Ungleichheiten – auch innerhalb Deutschlands, was oft übersehen wird. Welche Rolle spielen sie und welche Probleme verursachen sie?

Ungleichheiten in der Gesundheit bestehen in Deutschland entlang der Koordinaten Geschlecht, Beruf, Einkommen und – weiter gefasst – soziale Schicht. Auch das Ost-West-Gefälle bei den Gesundheitsergebnissen ist hinlänglich bekannt. Gesundheitliche Ungleichheiten bestehen nach wie vor und werden oft durch die bestehenden Strukturen und die Organisation der Gesundheitsversorgung fortgesetzt. Zum Beispiel schafft das zweistufige Krankenversicherungssystem Ungleichheiten beim Zugang zu medizinischen Fachkräften, denn privat versicherte Patienten haben eine geringere Wartezeit. Ungleichheiten im Gesundheitsbereich können Ungleichheiten in anderen Bereichen schüren: Wer weniger Möglichkeiten hat, für seine Gesundheit zu sorgen, ist auch oftmals benachteiligt bei Bildung und Einkommen. Umgekehrt verschlechtert wiederum eine Benachteiligung in Bildung und Einkommen die Gesundheitsergebnisse. So führt eine geringere Bildung oftmals auch zu einer schwächeren Gesundheitskompetenz. Und ärmere Menschen haben auch in Deutschland eine geringere Lebenserwartung. Das alles verstärkt einen nicht enden wollenden Teufelskreis der Ungleichheit.

Im Governance-Bericht schreiben Sie und Ihre Kollegen, dass eine Investition in den Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten zum sozialen Zusammenhalt beiträgt. Inwiefern ist das so?

Die Aversion gegen Ungleichheiten ist ein Merkmal der menschlichen Natur – lassen Sie mich hier an das berühmte Experiment mit Affen und ungleichen Belohnungen erinnern, das in „Nature“ veröffentlicht wurde (die Affen verweigerten die Zusammenarbeit im Experiment, wenn sie sahen, dass ein Artgenosse eine höhere Belohnung erhielt; Anm. d. Red.). In ähnlicher Weise haben Gesellschaften mit hoher Ungleichheit einen geringeren sozialen Zusammenhalt und damit eine geringere Bürgerbeteiligung und Kooperation. Die Definition von „Good Health Governance“, die wir im Governance-Bericht vorschlagen, beinhaltet als deren Voraussetzung Bürgerbeteiligung und gesellschaftliche Kooperation. Sie betrachtet Gesundheit als ein gemeinsames Gut und zielt darauf ab, kollektive Lösungen für Gesundheitsprobleme zu finden. Daher ist Bürgerbeteiligung wichtig und Investitionen in den Abbau von Ungleichheiten zahlen sich langfristig aus.

Sie hatten davon gesprochen, dass mehr Daten genutzt werden sollen, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Auswertung großer Mengen an Daten stößt aber gerade im Gesundheitsbereich oft auf Skepsis. Was hilft dagegen?

In Deutschland gibt es Vorbehalte dagegen, Daten systematisch für eine bessere Gesundheitsversorgung zu nutzen – sei es durch verschiedene Leistungserbringer oder auch zu Forschungszwecken. Die im Vergleich zu anderen Ländern starke Betonung der Risiken entspricht nicht den Erfahrungen, die im Ausland mit einer breiteren Datennutzung gemacht werden. Die Vorteile, gesundheitsbezogene Daten als öffentliches Gut zur Verfügung zu stellen, überwiegen aus meiner Sicht bei weitem die Nachteile. Es ist jedoch die Aufgabe und Verpflichtung des Gesundheitssystems, die Sicherheit der Daten zu gewährleisten, um mehr Bürger zu ermutigen, Daten bereitwillig für das Allgemeinwohl zu teilen.

Einer Ihrer Schwerpunkte ist Gesundheitsversorgung im internationalen Kontext. Brauchen wir eine globalere Perspektive auf das Thema?

Auf jeden Fall. Die Pandemie ist noch nicht vorbei und zeigt immer wieder, dass kein Land sicher ist, solange nicht jedes Land sicher ist. Die beste Lösung ist daher global angelegt und geht über enge nationale Interessen hinaus.

„Es sollten Strukturen und Mechanismen geschaffen werden, die einen größeren Input der Bürger in Governance-Diskussionen ermöglichen und den Umfang ihrer Beteiligung erweitern.“

Zur Person

Der Gesundheitsökonom **Mujaheed Shaikh** ist seit Mai 2019 Professor of Health Governance an der Hertie School in Berlin. Shaikh lehrte und forschte zuvor an der Wirtschaftsuniversität Wien. Seine Schwerpunkte sind Effizienz und Wettbewerb in Gesundheitssystemen, gesundheitsriskantes Verhalten und Fragen der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern sowie im internationalen Kontext.

Die Professur wird von der Robert Bosch Stiftung im Rahmen der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ in Kooperation mit der Hertie School gefördert. Für diese Initiative haben Bürger und Experten gemeinsam Reformvorschläge für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland erarbeitet. Mujaheed Shaikh hat dabei unter anderem die wissenschaftliche Leitung einer Serie von Expertendialogen aus Wissenschaft und Praxis (Think Labs) übernommen. Im Interview hebt er hervor, welches die wichtigsten Faktoren für ein künftiges nachhaltiges und resilientes Gesundheitssystem sind.

Das sagen die Bürger

Etwa 700 Bürger haben sich an den Bürgerdialogen und den Bürger-Experten-Dialogen der Initiative „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“ beteiligt und diskutiert, wie ein starkes, zukunftsfähiges Gesundheitswesen aussehen sollte. Wir haben einige danach gefragt, welche ihrer Forderungen, Ideen, Einschätzungen und Kritikpunkten für sie am wichtigsten sind.

„Vor der Pandemie steckten Konzepte zur Telemedizin größtenteils noch in den Kinderschuhen. Telemedizin ist in der Pandemie sehr nützlich und kann in Zukunft helfen, die ärztliche Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten zu gewährleisten.“

Joachim Pankert

„Ich habe das Gefühl, dass das Gesundheitssystem sehr stark auf das Individuelle ausgerichtet ist und dabei oft das soziale Zusammenspiel aus den Augen verliert. Daher finde ich die Idee von Primärversorgungszentren gut, weil da verschiedene Gesundheitsberufe mit ihren unterschiedlichen Erfahrungen zusammenarbeiten und sich austauschen können. Da gehört für mich auch noch soziale Arbeit dazu.“

Madeleine Weis

„Was mich aber stört, ist die Zwei-Klassen-Medizin. Ich kann nicht einsehen, dass ein Arzt für die Behandlung eines Privatversicherten mehr Geld bekommt als für die eines gesetzlich Versicherten – das finde ich ungerecht. Ich bin für eine solidarische Krankenkasse, in die alle einzahlen.“

Timon Beck

„Für mich ist es ein unauflösbarer Widerspruch, Heilberufe im Rahmen gewinnorientierter Unternehmen auszuüben. Daran krankt unser ganzes Gesundheitssystem.“

Dietmar Blohm

„Beim Arzt hat man das Gefühl, alles ist genau reglementiert. Niemand hat die Zeit, genau zuzuhören. Die Menschlichkeit ist aus dem Gesundheitswesen so gut wie verschwunden. Ich hoffe, dass ich als Bürgerbotschafterin gute Ideen weiter voranbringen kann. Es wird Zeit, dass die Betroffenen sich einbringen.“

Yvonne Weber

„In allen Bereichen sieht man, wie wichtig es ist, die Gesundheitskompetenz der Menschen zu fördern. Auch beim Thema Digitalisierung: Es gibt zwar Unmengen von Gesundheitsinformationen im Internet, aber wenn ich nicht ein gewisses Vorwissen mitbringe, kann ich nicht unterscheiden, wer korrekte Informationen anbietet und wer mir nur irgendwelche Pillen andrehen will.“

Vanessa Grote

„Gesundheit geht uns alle an. Ich bin zwar zurzeit glücklicherweise kein Patient, aber ein Bürger, der sich engagieren und mit seinen Erfahrungen einbringen möchte. Denn Gesundheit ist wohl das Wichtigste im Leben eines Menschen.“

Clemens Rosendahl

„Insgesamt ist das Gesundheitssystem zu sehr auf die Behandlung von Krankheiten ausgelegt. Es müsste mehr auf Prävention gesetzt werden, damit die Menschen gesund bleiben und gar nicht erst zum Arzt gehen müssen.“

Heike Winkler

Übersicht der Programme und Projekte im Themenbereich Gesundheit ab 2012

	Beginn	Ende
Demenz		
European Foundations' Initiative on Dementia (EFID)	2010	2020
Graduiertenkollegs Menschen mit Demenz/Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus, Universität Heidelberg	2010	2021
Multiprofessioneller Masterstudiengang Demenz, Universität Witten-Herdecke	2010	2020
Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus (Förderprogramm)	2012	2021
Developing of a Virtual Hospital as Role Model for Dementia Sensible Settings in Acute Hospitals (University of Stirling)	2013	2014
Partizipatives Design für ältere Menschen mit Pflegebedarf und mit Demenz	2014	2019
Alters- und demenzsensible Architektur- und Umgebungs-gestaltung im Krankenhaus: Planungshandbuch und Online-Plattform	2015	2020
Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus – Internationale Studienreisen	2015	2019
Explorative Studie zum Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland	2016	2017
DeMigranz – Bundesweite Initiative Demenz und Migration	2017	2021
EU-Atlas: Dementia & Migration	2017	2021
European synopsis on dementia and ethnic, cultural and religious groups	2017	2020
North Sea Conference on Dementia	2018	2018
Gesundheitsberufe		
Care for Chronic Condition – Internationales Hospitations- und Fortbildungsprogramm	2014	2021
360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten - Modell-entwicklung	2015	2018
Evaluation der Modellvorhaben in den Berufsfeldern der Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten	2015	2016
Community Health Nursing – Internationale Ansätze und Bestandsaufnahme	2016	2018
Erweiterte Pflegeleistungen in der Naturheilkunde und Integrativen Medizin am Robert-Bosch-Krankenhaus	2016	2020
Internationale Pflege – Kulturintegrative Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung	2016	*
Sciana – The Health Leaders Network	2016	*
Community Health Nursing – Entwicklung von Curricula für Masterstudiengänge	2017	*
Europas erster Studiengang zum Doktor der Traditionellen Chinesischen Medizin	2017	2018
360° Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten – in der Praxis (Förderprogramm)	2018	*
HQGplus-Studie – Empfehlungen zur hochschulischen Qualifikation für das Gesundheitssystem	2018	*
Multiplikatoren – Training zu Digital Health & Education	2019	*
The Health Care Futurist's Hackathon	2019	2021
Entwicklung und Pilotvalidierung eines Instruments zur Kompetenzerfassung von Pflegenden	2020	*
Community Health Nursing – Verankerung des Berufsprofils im deutschen Gesundheitssystem	2021	*

Übersicht der Programme und Projekte im Themenbereich Gesundheit ab 2012

	Beginn	Ende
Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung		
Patientenorientierte Krankheitsbeschreibungen bei Seltenen Erkrankungen	2008	2014
Seltene chronische Erkrankungen – Kürzere Wege zur Diagnose	2012	2017
INSEA: Einführung des Stanford Chronic Disease Self Management Program in Deutschland	2014	*
Seltene chronische Erkrankungen – Gesundheitskompetenz und Krankheitsbewältigung	2014	2021
Geschwistermodul Seltene Chronische Erkrankungen	2015	2021
Gesund und aktiv leben – Selbstmanagement-Kurse für chronisch kranke Patienten im Kinzigtal	2015	2019
Gemeinsam mehr erreichen – Entwicklung eines Konzepts zur Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Seltenen Erkrankungen	2016	2021
Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz	2016	*
Vorbereitungsarbeiten zum Aufbau eines Sonderforschungsbereichs zur Gesundheitskompetenz von Risikopersonen	2016	2020
Centre for Empowering Patients and Communities (CEmPaC)	2017	*
Gemeinsam mehr erreichen – Entwicklung eines Konzepts zur Unterstützung der Selbsthilfeorganisationen von Menschen mit Seltenen Erkrankungen	2017	2020
Gesundheitskompetenz von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland (HLS-MIG-Studie)	2018	*
Unterstützung des Evivo-Netzwerks	2018	2021
Promotionsprogramm „Chronische Erkrankungen und Gesundheitskompetenz (ChEG)*“	2019	*
Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen		
Kommunikationsformate zur Kooperation der Gesundheitsberufe	2012	2021
Operation Team – Interprofessionelles Lernen in den Gesundheitsberufen (Förderprogramm)	2012	2021
Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen (Förderprogramm)	2014	2021
Nationales Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation	2016	2020
Patientensicherheit – Multiprofessioneller Musterlehrplan der Weltgesundheitsorganisation – Deutschsprachige Ausgabe (PAMM)	2017	2019
Graduiertenkolleg „Interprofessionelle Lehre in den Gesundheitsberufen“, Universitäten München und Osnabrück	2018	*
Zukunftsprognosen und Trends in der interprofessionellen Kooperation der Gesundheitsberufe	2018	2020
Internationales Symposium „Von interprofessioneller Bildungsarbeit zu kooperativer Praxis“	2019	2019

Übersicht der Programme und Projekte im Themenbereich Gesundheit ab 2012

	Beginn	Ende
Leben im Alter		
Otto Mühlshlegel Preis	2004	*
Der Deutsche Alterspreis 2010–2016	2010	2016
Kleine Schritte – große Wirkung. Ideenwettbewerb für eine bessere Mobilität im Alter	2013	2018
Dialog mit der Zeit – Erlebnisausstellung zum Alter und Altern	2014	2016
Geriatric als Disziplin an Medizinischen Fakultäten in Deutschland: Lehrstühle Aachen, Göttingen und Heidelberg	2014	*
Gesund älter werden in Deutschland – Erweiterung der Konzeption des Gesundheitsmonitorings (IMOA)	2016	2018
Multimorbidität – die Herausforderung der alternden Gesellschaft. Integrative Gesundheitsstrategien für Menschen ab 50	2016	2017
Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen		
Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen	2017	2021
Gesundheit für alle – Übergreifender Austausch zwischen Neustart! und weiteren zukunftsgerichteten Initiativen	2019	*
International Comparative Study on Health Care Systems	2020	*
Lehrstuhl „Health Governance“, zusammen mit der Hertie School	2020	*
Neustart! für das Gesundheitsrecht. Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung	2020	2021
Palliative Praxis		
Palliative Praxis – Curriculum und Förderprogramm	2003	2015
Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen	2009	2015
European Palliative Care Academy (EUPCA) – Leadership Courses	2012	*
Landesstelle Kommunikation und Zusammenarbeit Palliative Care für Kinder und Jugendliche	2015	2018
Spezialisierte Ambulante pädiatrische Palliativversorgung (SAPV) in Baden-Württemberg	2015	2018
PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung		
Primärversorgungszentren – Konzepte und Umsetzungspraxis (PriKon) in Brasilien, Spanien, Schweden und Slowenien	2014	2019
PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung	2015	*
PORT – Veranstaltungsreihe	2016	*
Internationale Studienreisen Kanada, Schweden, Spanien	2017	*
Transnational Forum on Integrated Community Care	2017	2021
Deutsche Adaptation des „Medical Care Validation Survey“	2018	2020
Gutachten und Expertisen zu Perspektiven der Primärversorgung	2018	*
Interdisziplinäre Stadtteil-Gesundheitszentren (ISGZ) in Hamburg – Evaluation und Vernetzung mit den Initiativen des PORT-Förderprogramms	2019	*

Übersicht der Programme und Projekte im Themenbereich Gesundheit ab 2012

	Beginn	Ende
Weitere Projekte		
Qualitätsverbund Berliner Transitionsprogramm	2012	2019
Transition bei Mukoviszidose	2013	2020
CLEOS – Improved Management of Chest Pain Through Computerized Collection and Analysis of Clinical Data	2014	*
Menschen mit chronischer Erkrankung in Deutschland – Versorgungsstudie	2015	2020
DICTUM Friedland – Digitale Anamnesehilfen im interkulturellen Arzt-Patienten-Setting	2016	2019
Dream Doctors – Partnerschaftliches Projekt zur Betreuung traumatisierter Flüchtlingskinder in Deutschland	2016	2019
Community of Health: Herausforderungen in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erkennen und überwinden	2017	2019
Vielfalt versorgen, Vielfalt gestalten. Expertise zu vorhandenen Ansätzen und Bedarfen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung	2017	2021
Danish textbook on cross-cultural clinical and communicative competencies for medical and nursing students and other health professionals	2020	2021
Magnet4Europe: Begleitforschung zu Magnetkrankenhäusern in Deutschland	2020	*
Towards a European Health Union	2020	*

* diese Projekte sind zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgeschlossen.

Publikationsübersicht

Demenz

Büter, K., Marquardt, G.: Handbuch und Planungshilfe. Demenzsensible Krankenhausbauten. 2019.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): General Hospital Study – GHoSt. Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. 2016.

Justus-Liebig-Universität Gießen, Institut für Soziologie (Hg.): Auf der Schwelle – Zugänge zu einer kultursensiblen ambulanten Versorgung von Menschen mit Demenz und Migrationserfahrung. 2019.

Kirchen-Peters, S., Krupp, E.: Praxisleitfaden zum Aufbau demenzsensibler Krankenhäuser. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2019.

Monsees, J., Schmachtenberg, T., Leiz, M., Cardona, M., Stentzel, U., van den Berg, N., Hoffmann, W., Thyrian, JR.: EU-Atlas: Dementia & Migration – Estimated number, care situation, and policies regarding people with a migration background with dementia in the EU, EFTA, and UK. (DZNE). 2021.

Network of European Foundations, NEF (Hg.), Harrison, L.: EFID 2010–2020. 10 years of transformative work on dementia. 2020.

Robert Bosch Stiftung und Ingenium® -Stiftung (Hg.): Leitfaden für alters- und demenzsensible Architektur im Akutkrankenhaus! 2019. <https://www.demenz-im-krankenhaus-bayern.de/> (abgerufen 12.07.2021).

Rothe, V., Kreutzner, G., Gronemeyer, R.: Im Leben bleiben. Unterwegs zu demenzfreundlichen Kommunen. 2015.

Gesundheitsberufe

Burgi, M., Igl, G.: Community Health Nursing. Wegweiser für die Etablierung in Deutschland. 2021.

Dies.: Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing in Deutschland. 2021.

Charité – Universitätsmedizin Berlin (Hg.): Mustercurriculum Patientensicherheit der Weltgesundheitsorganisation. Multiprofessionelle Ausgabe. 2018.

Cichon, I., Klapper, B.: Interprofessionelle Ausbildungsansätze in der Medizin. In: Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz. 2017. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2672-0> (abgerufen 16.08.2021).

Idler, N., Cichon, I., Klapper, B.: Mehr Verantwortung für die Pflege. In: Amelung, V. (Hg.): Die Zukunft der Arbeit. 2020.

Joswig M., Cichon, I., Schäfer, T.: Sternstunden interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Gemeinsam besser werden für Patienten. (Un-)wahre Patientengeschichten aus dem Leben. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2019.

Klapper, B.: Chancen und Risiken: ein Blick in die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe. In: Kühne, R., Graalman, J. Knieps, F. (Hg.) Die Zukunft der Gesundheits(fach)berufe. Mehr Kompetenzen – mehr Verantwortung. 2021.

Klapper, B.: „Mit Eliten pflegen“: den Pflegeberuf stärken, Attraktivität kommunizieren. In: Prölß, J., Lux, V., Bechtel, P. (Hg.) Pflegemanagement. Strategien, Konzepte, Methoden. 2019.

Klapper, B.: Zusammenarbeit für den Patienten – noch keine Selbstverständlichkeit. In: Zusammenarbeit für den Patienten Jg. 17, Heft 3 (Juli). 2017, 16–22.

Nock, L.: Interprofessionelle Ausbildungsstationen – Ein Praxisleitfaden. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2018.

Ders.: Interprofessionelles Lehren und Lernen in Deutschland – Entwicklung und Perspektiven. Gemeinsam besser werden für Patienten. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2020.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): 360° – Qualifikationsmix für den Patienten. 2018.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Gemeinsam besser werden für Patienten. Improving Patient Care through Teamwork. Interprofessionelle Lehrkonzepte aus der Förderung der Robert Bosch Stiftung. 2018.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Mit Eliten pflegen. Für eine exzellente, zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in Deutschland. 2018.

Robert Bosch Stiftung und Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (Hg.): Themenheft Interprofessionelle Ausbildung. 2016.

Schmenger, K., Cichon, I., Klapper, B.: Interprofessionelle Fortbildungsangebote für eine bessere, kultursensible Gesundheitsversorgung. Public Health Forum, 26 Heft 1. 2018, 58–60.

Schmitz, C., Berchtold, P., Cichon, I., Klapper, B., Amelung, V.E.: Stand und Zukunft der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland. In: Amelung, V.E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R. Ex, P.: Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. 2020.

Sottas, B.: Handbuch für Lernbegleiter auf interprofessionellen Ausbildungsstationen. Gemeinsam besser werden für Patienten. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2020.

Gesundheitskompetenz

Adam, Y., Berens, E.-M., Hurrelmann, K., Zeeb, H., Schaeffer, D.: Strategiepapier #6 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in einer Gesellschaft der Vielfalt stärken: Fokus Migration. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019. DOI: 10.4119/unibi/2939605.

Bauer, U., Adam, Y., Fretian, A., Gille, S., Kirchhoff, S., Okan, O., Schulenkorf, T.: Strategiepapier #7 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Mentale Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen in Familien mit einem psychisch- oder suchtkranken Elternteil stärken. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2020. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2951441>.

Ernst, G., Kowalewski, K.: Fit und Stark – ModuS-Geschwisterworkshop für gesunde Geschwister von Kindern mit chronischer Erkrankung oder Behinderung. Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter e.V. (Hg.). 2019.

Hurrelmann, K., Bauer, U., Schaeffer, D.: Strategiepapier #1 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Das Erziehungs- und Bildungssystem in die Lage versetzen, die Förderung von Gesundheitskompetenz so früh wie möglich im Lebenslauf zu beginnen. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2018. DOI: 10.4119/unibi/2933463.

Hurrelmann, K., Schmidt-Kaehler, S., von Hirschhausen, E., Betsch, C., Schaeffer, D.: Strategiepapier #3 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Den Umgang mit Gesundheitsinformationen in den Medien erleichtern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019. DOI: 10.4119/unibi/2933465.

Schaeffer, D., Bauer, U., Hurrelmann, K.: Strategiepapier #5 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz systematisch erforschen. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019. DOI: 10.4119/unibi/2936985.

Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (Hg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. 2018.

Schaeffer, D., Schmidt-Kaehler, S., Dierks, M.L., Ewers, M., Vogt, D.: Strategiepapier #2 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz in die Versorgung von Menschen mit chronischer Erkrankung integrieren. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019. DOI: 10.4119/unibi/2933464.

Schmidt-Kaehler, S., Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Pelikan, J.: Strategiepapier #4 zu den Empfehlungen des Nationalen Aktionsplans. Gesundheitskompetenz als Standard auf allen Ebenen im Gesundheitssystem verankern. Berlin: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz 2019. DOI: 10.4119/unibi/2935460.

Seidel, G., Meierjürgen, R., Melin, S., Krug, J., Dierks, M.-L. (Hg.): Selbstmanagement bei chronischen Erkrankungen. 2019.

Neustart!

Augurzky, B., Busse, R., Gerlach, F., Meyer, G.: Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020 – Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2020.

Forsa (Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen): Meinungen zu Reformvorschlägen für das deutsche Gesundheitssystem. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. 2020.

Hertie School of Governance (Hg.): The Governance Report 2019. Health Governance, Inequalities, Health Security, Patient-Centred Care, Health Politics and Global Health. 2019.

Klapper, B., Cichon, I. (Hg.): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens. 2021.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Bürger-Experten-Workshop. Thesen. Ergebnisse des Workshops am 5. Dezember 2019 für „Neustart! Reformwerkstatt für unser Gesundheitswesen“. 2019.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Die Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl. 2021.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Neustart! Bürgerreport 2019. 2019.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Neustart! Bürgerreport 2020. 2021.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Neustart! Corona Calls. Brennglas Corona-Krise – Was können wir von der Pandemie für unser Gesundheitssystem lernen? 2020.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Neustart! für das Gesundheitsrecht. Ein Handlungskatalog für Politik und Selbstverwaltung. 2021.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Neustart! für unsere Interessen. Stimmen aus Patientenvertretung und Zivilgesellschaft. 2021.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Bürger-Experten-Dialog im Rahmen des Think Labs 7. Wie kann die Transformation unseres Gesundheitssystems gelingen? 2021.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Die Zukunft unseres Gesundheitswesens. Diskussionspapier – Think Lab 1. 2019.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Megatrends – wie sie die Zukunft der Gesundheitsversorgung beeinflussen. Diskussionspapier – Think Lab 2. 2019.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Patienten-Typologien im Gesundheitssystem von morgen. Diskussionspapier – Think Lab 3. 2019.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Die Leistungserbringung im Gesundheitssystem der Zukunft. Diskussionspapier – Think Lab 4. 2020.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Finanzierung und Vergütung eines nachhaltigen Gesundheitssystems – Ansätze und Möglichkeiten. Diskussionspapier – Think Lab 5. 2020.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Die Governance des zukünftigen Gesundheitssystems. Diskussionspapier – Think Lab 6. 2020.

Robert Bosch Stiftung und Hertie School (Hg.): Wie kann die Transformation unseres Gesundheitssystems gelingen? Diskussionspapier – Think Lab 7. 2021.

PORT

Feller, J., Hoffmanns, C.: Patientenorientierte ambulante Versorgung durch Primärversorgungszentren. In: kkvd-aktuell 1/2021, https://kkvd.de/wp-content/uploads/2021/04/kkvd-aktuell_1_2021.pdf (abgerufen am 15.06.2021).

Klapper, B.: Das PORT-Modell als Perspektive. In: KU Gesundheitsmanagement 8/2018, www.bosch-stiftung.de/de/publikation/das-port-modell-als-perspektive (abgerufen am 10.05.2021).

Nolting, H.-D. et al.: Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2021, www.bosch-stiftung.de/Gesundheitszentren_fuer_Deutschland (abgerufen am 27.05.2021).

Raslan, K.: Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung: Eine neue Perspektive für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Robert Bosch Stiftung (Hg.) 2019, www.bosch-stiftung.de/de/publikation/patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung (abgerufen am 10.05.2021).

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann. 2021.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – Gesundheitszentren in Brasilien. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung-1> .2018. (abgerufen am 10.05.2021).

Robert Bosch Stiftung (Hg.): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – Gesundheitszentren in Schweden. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung-versorgungszentren> . 2018 (abgerufen am 15.09.2021).

Robert Bosch Stiftung (Hg.): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – Gesundheitszentren in Slowenien. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung-0>. 2018. (abgerufen am 15.09.2021).

Robert Bosch Stiftung (Hg.): PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung – Gesundheitszentren in Spanien. <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung-gesundheitszentren>. 2018. (abgerufen am 15.09.2021).

Schaeffer, D., Hämel, K., Ewers, M.: Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada. 2015.

Schmid, A. et al.: Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Robert Bosch Stiftung (Hg.), 2020a, www.bosch-stiftung.de/PORT_Vision (abgerufen am 10.05.2021).

Schmid, A. et al.: Perspektiven für die Vergütung von PORT-Gesundheitszentren. Robert Bosch Stiftung (Hg.), 2020b, www.bosch-stiftung.de/PORT_Verguetung (abgerufen am 07.07.2021).

Schmid, A. et al.: Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Robert Bosch Stiftung (Hg.), 2020c, www.bosch-stiftung.de/PORT_Regionen (abgerufen am 10.05.2021).

Schmid, A., Günther, S., Baierlein, J.: PORT-Gesundheitszentren – Thesenpapier zu Umsetzung, Vergütung und Weiterentwicklung zu einer regionalen Primärversorgung. 2020.

Weitere

Güthlin, C., Köhler, S., Dieckelmann, M.: Chronische Krankheiten in Deutschland. Eine laienverständliche Übersicht mit Zahlen, Fakten und Patientenstimmen. 2020.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Otto und Edith Mülschlegel Stiftung – ein Stifterwerk bleibt lebendig. 2019.

Robert Bosch Stiftung (Hg.): Palliative Praxis – Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende. 2015.

IMPRESSUM

**Herausgegeben von der
Robert Bosch Stiftung GmbH**
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Kerstin Berr
Telefon +49 711 46084-384
kerstin.berr@bosch-stiftung.de

Kerstin Schmenger
Telefon +49 711 46084-927
kerstin.schmenger@bosch-stiftung.de

Redaktionsleitung

Alexandra Wolters

Texte

Eva Wolfangel, Alexandra Wolters

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

logo Print GmbH

ISBN 978-3-939574-69-9

Bildmaterial

Karin Ellinger: S. 19
Oliver Hardt: S. 49 (rechts)
Lennart Helal: S. 24–25
Hertie School: S. 67
Katrin Kerschbaumer: S. 55
Gesine Marquardt/Kathrin Büter: S. 15–19
München Klinik: S. 30
Landratsamt Reutlingen: S. 44
Reiner Pfisterer: S. 46–47
Poliklinik Veddel: S. 49 (links)
Praxis Friederike Schalhorn: S.62
Robert Bosch Krankenhaus Stuttgart: S. 36, S.38 (unten)
Steffen Roth: S. 10
Christoph Schmidt: S.38 (oben)
Markus Scholz: S. 54, S. 57, S. 58
Zentrum für Begegnung, Beratung und Bildung e.V.,
Pirna; Postkartenmotiv entstanden im Projekt
„Besser leben mit Demenz“, S. 51

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart
Telefon + 49 711 46084-0
www.bosch-stiftung.de
Postfach 10 06 28
70005 Stuttgart

Die in dieser Publikation vorgestellten Programme und Projekte sind verschiedene Beispiele aus der langjährigen Förderpraxis der Robert Bosch Stiftung zum Thema „Gesundheit“. Informationen über die vielen weiteren Programme und Projekte der Stiftung, Einblicke in die Förderkonzepte sowie Veröffentlichungen zu Studien und Forschungen sind auch auf der Website der Robert Bosch Stiftung zu finden:

www.bosch-stiftung.de

