Trendreport

Der Haushalt als Gesundheitsstandort in Nordrhein-Westfalen

Beauftragt durch das Clustermanagement Gesundheitswirtschaft.NRW

CGW.NRW
Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen

1

Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen: Professionelle Netzwerke, gemeinsame Dachmarke.

Das Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen fördert seit 2008 die Strukturentwicklung und die Innovationspotenziale im Cluster Gesundheitswirtschaft.NRW. Dazu hat das Clustermanagement die erfolgreiche Vernetzung in sechs NRW-Gesundheitsregionen unterstützt. Im Ergebnis wurden die profilbildenden Kompetenzen und Zukunftsthemen der Regionen nachhaltig weiterentwickelt und für das gesamte Land verfügbar gemacht.

Diese regionale Clusterbildung hat dazu beigetragen, dass die Gesundheitsregionen Aachen, Köln/Bonn, Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, Ruhrgebiet und Südwestfalen professionelle Netzwerke auf- bzw. ausgebaut und unter der gemeinsamen Dachmarke „Gesundheitswirtschaft.NRW“ vereint haben.

Die sechs Gesundheitsregionen haben ihre spezifischen Kompetenzfelder eingebracht und verfügen über ein regionales Netzwerkmanagement. Sie haben ein Stärken- und Schwächenprofil erstellt und daraus Handlungsfelder sowie Zukunftsperspektiven abgeleitet. Sie haben regionale Foren für den Austausch unter Fachleuten eingerichtet und sie kooperieren, um gemeinsame öffentliche Auftritte, etwa bei Messen und Tagungen, zu organisieren. Gemeinsam bündeln sie ihre Interessen und den Austausch in der Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsregionen.NRW.

Darüber hinaus haben die sechs Gesundheitsregionen ausgewählte Innovations- und Investitionsfelder definiert, die sie in einer abgestimmten Arbeitsteilung gemeinsam für das Land NRW vorantreiben. Dazu gehören: Medizintechnik (Region Aachen), Werkstoffe und Techniken für die Gesundheitswirtschaft (Südwestfalen), Klinikwirtschaft (Ruhrgebiet), Vernetzte Versorgung (Ostwestfalen-Lippe), Medizinische Prävention (Münsterland) und Gesundheit für Generationen (Köln/Bonn).

Die Erfahrungen der Clusterarbeit belegen eindeutig: Kompetenz- und Innovationsförderung durch eine landesweite Clusterstrategie kann nicht allein top-down erfolgen. Sie erfordert vielmehr eine Bottom-up-Strategie, die in erster Linie eine regionale Clusterbildung voraussetzt. Dieses gilt insbesondere für das Cluster Gesundheitswirtschaft, da gesundheitliche Versorgung überwiegend regional organisiert sein muss, um die öffentliche Daseinsvorsorge zu garantieren. Gleiches gilt für die Verbesserung der Lebensqualität und für die Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen.

Trendreport „Haushalt als Gesundheitsstandort“

Der hier vorliegende Trendreport „Der Haushalt als Gesundheitsstandort in Nordrhein-Westfalen“ skizziert eine weitere wesentliche Aufgabenstellung für die Arbeit im Clustermanagement. Der Auf- und Ausbau eines Trend- und Innovationsmonitorings für die Gesundheitswirtschaft steht unter der fachlichen Leitung des Instituts für Arbeit und Technik (IAT) in Gelsenkirchen. Das IAT legt hier im Auftrag des Clustermanagements einen ersten Trendreport vor, der mit dem „Haushalt als Gesundheitsstandort“ ein wichtiges Zukunftsfeld für die Gesundheitswirtschaft in NRW beschreibt.

Wir danken dem Team unter Leitung von PD Dr. Josef Hilbert und Wolfgang Paulus für die erkenntnisreiche Ausarbeitung.

Brigitte Meier
Clustermanagerin
Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen
meier@gesundheitswirtschaft-nrw.de
www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

Der Haushalt als Gesundheitsstandort in NRW

Ein Trendreport

Josef Hilbert / Wolfgang Paulus

Institut Arbeit und Technik

November 2010

erstellt im Auftrag von:

CGW.NRW
Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen

IAT Institut Arbeit und Technik

Fachhochschule Gelsenkirchen
RUHR UNIVERSITÄT BOCHUM RUB

IAT – zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Fachhochschule Gelsenkirchen in Kooperation mit der Ruhr-Universität Bochum

Inhaltsverzeichnis

1 Die Bedeutung des Haushalts für die Gesundheitswirtschaft 9
1.1 Vergangenheit und Gegenwart des Gesundheitsstandorts . . . 9
1.2 Häusliche Pflege . . . 9
1.3 Häusliche Pflege dementer Personen . . . 11
1.4 Materielle Äquivalente häuslicher Pflege . . . 12
1.5 Homecare . . . 12
1.6 Hausnotrufsysteme . . . 13
1.7 Ärztliche Tätigkeiten im Haushalt des Patienten . . . 13
1.7.1 Notarzt . . . 13
1.7.2 Ärztlicher Notfalldienst . . . 14
1.7.3 Hausbesuche des Arztes . . . 14
1.8 Wenn das Zuhause zum verlängerten Krankenhaus wird . . . 14
1.9 Wenn das Pflegeheim zum Zuhause wird . . . 16
1.10 Gesundheitsselbsthilfe und gesunde Lebensführung . . . 16

2 Die Zukunft des Gesundheitsstandortes 18
2.1 Entwicklungstendenzen der Haushaltsstrukturen . . . 18
2.2 Perspektiven des Gesundheitsstandorts Haushalt . . . 20

3 Trends zur Stärkung des Gesundheitsstandorts Haushalt in NRW 21
3.1 Neue Wohnformen . . . 21
3.1.1 Selbstorganisierte Mehr-Generationen-Wohngemeinschaften . . . 22
3.1.2 Senioren-Wohngemeinschaften und Service-Wohnen . . . 23
3.2 Innovatives Wohnquartier-Management . . . 23
3.2.1 Wohnquartier-Management in der Stadt . . . 23
3.2.1.1 Bremen . . . 23
3.2.1.2 Das Bielefelder Modell . . . 24
3.2.1.3 Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) . . . 26
3.2.2 Wohnquartier-Management in ländlichen Regionen . . . 27
3.3 Reorganisation (haus-) ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten . . . 28
3.3.1 Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten . . . 28
3.3.2 Innovative Kooperation zwischen Pflegediensten und Ärzten . . . 29
3.3.3 Die Situation auf dem Lande . . . 30
3.4 Technische Ausstattung der Haushalte . . . 30
3.4.1 Bau- und Haustechnik . . . 30
3.4.2 Informations- und Kommunikationstechnik . . . 32
3.4.2.1 Was ist Telemedizin? . . . 32
3.4.2.2 Was ist AAL? . . . 32
3.4.2.3 Beispiele für Telemedizin . . . 33
3.4.2.4 Beispiele für Ambient Assisted Living (AAL) . . . 36

4 Der Stand der Dinge am Gesundheitsstandort Haushalt in NRW 38
4.1 Die Verbreitung neuer Wohnformen und Wohnquartiersgestaltung . . . 38
4.2 Stand der Reorganisation medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten . . . 38
4.3 Bau- und Haustechnik . . . 39
4.4 Zum Ausbaustand von Telemedizin und AAL . . . 39
4.5 Fazit . . . 40

5 Vorschläge zur weiteren Gestaltung des Gesundheitsstandorts Haushalt 41

6 Anhang 42

Literatur 47

Einleitung

Ausgangspunkt der Überlegungen ist die Tatsache, dass der Haushalt schon immer ein zentraler Standort für Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung war und es auch heutzutage noch ist. Wir beginnen mit einem kurzen historischen Rückblick und beschreiben dann die unterschiedlichen Aspekte der aktuellen gesundheitsbezogenen Aktivitäten im Haushalt.

Anschließend beschreiben wir die aktuelle und die in naher Zukunft zu erwartende Entwicklung der Haushaltsstrukturen und ihre Auswirkungen auf die gesundheitsbezogenen Möglichkeiten der Haushalte.

Während die ersten beiden Kapitel sich mit dem bundesdeutschen Haushalt im Allgemeinen beschäftigen, werden wir vom dritten Kapitel an auf die besondere Situation Nordrhein-Westfalens eingehen. Wir werden z.B. unsere Argumentation mit Beispielen aus NRW illustrieren.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit den Möglichkeiten der Stärkung des Gesundheitstandortes Haushalt. Wir unterscheiden zwischen sozialen und ökonomischen sowie technischen Entwicklungsdimensionen der Haushalte, wobei wir der Ansicht sind, dass die intelligente Verknüpfung der unterschiedlichen Dimensionen am Erfolg versprechendsten ist.

Im vierten Kapitel werden wir versuchen ein Fazit zu ziehen. Im fünften Kapitel werden wir Vorschläge für das weitere Vorgehen unterbreiten.

1 Die Bedeutung des Haushalts für die Gesundheitswirtschaft

Im diesem Teil des Textes wird die aktuelle Bedeutung des Gesundheitsstandorts Haushalt für die wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Leistungsfähigkeit der Gesundheitswirtschaft sowie für die gesundheitliche Lage und Versorgungsqualität analysiert, eingeleitet durch einen – kurzen – historischen Rückblick.

1.1 Vergangenheit und Gegenwart des Gesundheitsstandorts

Lange bevor es in Mitteleuropa ein medizinisches System mit Arztpraxen und Krankenhäusern gab, wie wir es heute kennen, war der Haushalt in seinen verschiedenen Erscheinungsformen (Schloss, Burg, Bauernhof, Stadthaus) der wichtigste Ort, an dem sich Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung abspielten (Murken 1988, Unschuld 2006). Noch 1896 wurden im Deutschen Reich 96% aller Kinder zuhause geboren, heute erblicken lediglich 2% aller Kinder in der Bundesrepublik Deutschland außerhalb von Krankenhäusern das Licht der Welt (Major 2009). Ähnlich verhält es sich mit dem Tod: Früher starben die Menschen zuhause, heute hauptsächlich in Krankenhäusern und Hospizen.

Einen interessanten Aspekt hinsichtlich der Funktion von Krankenhäusern lehrt uns die Geschichte der Berliner Charité, deren 300. Geburtstag in diesem Jahr begangen werden kann: „Die Charité war bis weit ins 19. Jahrhundert hinein ein reines Armenkrankenhaus. Vermögende Berliner hielten sich fern und ließen sich zu Hause behandeln. Die typische Klientel der Charité machten Soldaten, Mittellose, ledige Schwangere und Prostituierte aus. Sie wurden vom Armendirektorium eingewiesen und in der Regel unentgeltlich behandelt. Unter Umständen mussten sie ihre Kur aber auch abarbeiten. Erst zum Ende des 18. Jahrhunderts sind öfter ‚Selbstzahler' vermerkt."[1]

Obwohl sich in den letzten hundert Jahren ein Großteil der krankheits- und gesundheitsbezogenen Aktivitäten in Krankenhäuser und Arztpraxen verlagert hat, sind auch heute noch viele dieser Aktivitäten im Haushalt zu finden.

„Er ist zunächst einmal Auffangbecken für die kleinen Krankheiten des Alltags – von der leichten Verletzung über Erkältungen bis hin zur ernsten Grippe. Darüber hinaus ist er Kooperationspartner und Helfer der professionalisierten Medizin. Viele Therapien – von der Medikamentenverabreichung bei Bettlägerigen über Bewegungsübungen bei chronisch Kranken bis zum Wechseln von Verbänden und Bandagen – könnten ohne die Mithilfe von Verwandten, anderen Haushaltsmitgliedern oder Nachbarn kaum durchgeführt werden.

Über diese quasi „normalen" Gesundheitsaktivitäten von Haushalten hinaus haben sich in den letzten Jahren zwei zusätzliche, gesundheitsbezogene, gesundheitspolitisch und wirtschaftlich sehr bedeutsame Betätigungsfelder von Haushalten etabliert, die beide von einer dichten Zusammenarbeit mit professionellen Gesundheitsanbietern profitieren: Die häusliche Pflege vor allem älterer Menschen sowie der Homecare-Bereich, bei dem die Behandlung vor allem chronischer Erkrankungen dauerhaft zu Hause erfolgt." (Heinze et al. 2009)

1.2 Häusliche Pflege

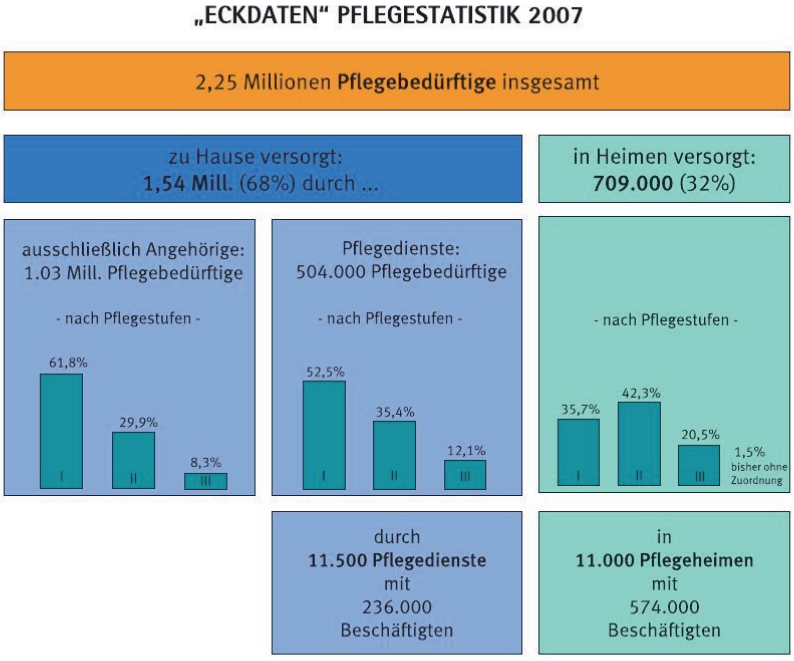
Im Jahre 2007 waren 2,25 Mio. Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI), d.h. sie erhielten Leistungen von der Pflegeversicherung. Der größte Teil

davon wird zu Hause betreut. Im Einzelnen teilen sich die Pflegbedürftigen auf die einzelnen Versorgungsarten wie folgt auf (Statistisches Bundesamt 2008: 12):

- 46% - 1.03 Millionen Menschen - werden zu Hause ausschließlich durch Angehörige - meistens Ehefrauen und Töchter – oder andere nahe stehenden Personen versorgt;

- 22% werden zu Hause durch 11.500 Pflegedienste betreut, die dafür insgesamt 236.000 Beschäftigten eingestellt haben, aber auch hier werden häufig noch Haushaltsmitglieder ergänzend aktiv;

- 32% leben in 11.000 Pflegeheimen und werden dort durch 574.000 Beschäftigte betreut.



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Einen Überblick über den Anteil Pflegebedürftigen in NRW an der Gesamtbevölkerung gibt folgende Tabelle:

Pflegebedürftige (Anzahl und Quote). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Alter, Geschlecht

Die Tabelle bezieht sich auf:
Alter: Alle Altersgruppen, **Geschlecht:** Beide Geschlechter, **Jahr:** 2007

Region	Pflegebedürftige		
	Pflegebedürftige absolut	Pflegequote Info	Anteil der Altersgruppen in % Info
Deutschland	2.246.829	2,7	100,0
Baden-Württemberg	236.998	2,2	100,0
Bayern	314.282	2,5	100,0
Berlin	95.870	2,8	100,0
Brandenburg	85.129	3,4	100,0
Bremen	20.686	3,1	100,0
Hamburg	43.140	2,4	100,0
Hessen	175.836	2,9	100,0
Mecklenburg-Vorpommern	56.939	3,4	100,0
Niedersachsen	242.196	3,0	100,0
Nordrhein-Westfalen	484.801	2,7	100,0
Rheinland-Pfalz	102.441	2,5	100,0
Saarland	29.402	2,8	100,0
Sachsen	127.064	3,0	100,0
Sachsen-Anhalt	80.751	3,3	100,0
Schleswig-Holstein	79.081	2,8	100,0
Thüringen	72.213	3,2	100,0
Auslandsempfänger/-innen	.	.	.

Quelle: Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes[2]

Demnach entspricht die Pflegequote in NRW (2,7%) der Quote in der gesamten Bundesrepublik. Führend sind mit jeweils 3,4% Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Die kleinste Pflegequote hat mit 2,2% Baden-Württemberg.

1.3 Häusliche Pflege dementer Personen

Eine ganz besondere Bedeutung nimmt der Gesundheitsstandort Haushalt im Zusammenhang mit der Bewältigung von Demenzerkrankungen ein. In Deutschland leben im Jahre 2005 ca. 1 Mio. Demenzkranke, ca. 200.000 Neuerkrankungen pro Jahr kommen hinzu. Mit steigendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit einer Demenzerkrankung. In der Altersgruppe 65- bis 69-Jährigen sind nur 2% erkrankt, in der Altersgruppe ab 90 Jahren sind es über 30%. (als Überblick siehe: Weyerer 2005).

Medizinisch ist der erste Ansprechpartner bei über 90% der Demenzkranken der Hausarzt, in aller Regel ein Allgemeinarzt oder ein Internist. Die dauerhafte Betreuung und Unterstützung wird dann größtenteils von Angehörigen oder anderen Nahestehenden wahrgenommen. Nahezu 50% der Personen, die in Haushalten gepflegt werden, haben eine Demenz. Bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten wird die Zahl der im Jahr 2010 erkrankten Menschen 1,1 Mio. betragen, für 2050 wird ein Anstieg auf 2,3 Mio. erwartet, sofern keine revolutionären Heilungsmethoden von der Medizin entwickelt werden.

1.4 Materielle Äquivalente häuslicher Pflege

„Unter dem Strich zeigt sich, dass die Institution Haushalt in Deutschland mit Abstand die größte Pflegekraft ist. Zwar ist es schlicht unmöglich, die vielfältigen Pflegedienstleistungen, die zu Hause von Angehörigen, sonstigen Haushaltsmitgliedern oder auch von Nachbarn erbracht werden, quantitativ exakt zu umreißen. Jedoch spricht manches für die Schätzung, dass sich - z. T. unentgeltlich, z. T. nur spärlich durch die Pflegeversicherung unterstützt - in etwa 2,4 Millionen Menschen in Haushalten im Pflegebereich engagieren, ca. 1,4 Millionen bei der Pflege im bisherigen Sinne (vor der Reform 1. Juli 2008), ca. 1 Million bei Demenz-Erkrankten. Wenn wir einmal davon ausgehen, dass jeder oder jede dieser Haushaltskräfte im Durchschnitt eine Arbeitsleistung von 25 % einer Vollzeitstelle erbringt, addiert sich dieses Engagement auf ein Volumen von 625.000 Vollzeitstellen. Umgerechnet in Umsätze, die dann erzielt würden, wenn diese Leistungen über den Markt oder über öffentliche Anbieter erbracht würden, ergäbe sich ein Volumen von etwa 46 Milliarden €.“ (Heinze et al. 2009)[3]

1.5 Homecare

Homecare ist keineswegs die direkte Übersetzung dessen, was im vorstehenden Absatz unter häuslicher Pflege gemeint ist. Es ist vielmehr ein Sammelbegriff für eine neue Versorgungsform, mit der insbesondere chronisch erkrankte Patienten sowie Patienten nach einem intensiven aber kurzen Krankenhausaufenthalt zu Hause unterstützt werden (als Überblick siehe: Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2007). Von den angebotenen Leistungen können auch pflegebedürftige (ältere) Menschen profitieren, jedoch zielt das Konzept Homecare mehr auf Chroniker und auf die Nachbetreuung im genannten Sinne. Homecare wird systematisch erst seit etwa Anfang der 90-er Jahre des vergangenen Jahrhunderts vorangetrieben. Wichtige Impulse kamen durch Fortschritte bei der Medizintechnik und durch die Einführung der Integrierten Versorgung, die ja vor allem darauf zielt, teure Krankenhausaufenthalte zu minimieren und dafür die Vor- und Nachbetreuung von Patienten zu verbessern. Homecare kann von darauf spezialisierten Dienstleistern angeboten werden und steht somit für eine Sektoren verbindende Versorgungsform, die nach dem Grundsatz ambulant vor stationär arbeitet (vergl.: Hagemeier und von Reibnitz 2005).

Nach Schätzungen des Bundesverbandes Medizintechnologie e. V. hatte Homecare Mitte des laufenden Jahrzehnts etwa folgende Patientenzahlen (Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2007):

- 140.000 enterale Ernährungstherapien
- 3.000 parenterale Ernährungstherapien
- 70.000 Schmerztherapien
- 90.000 Stomatherapien
- 3.000 Heimbeatmungen
- 3.500 Heimdialysen
- 36.000 Tracheostomien und Laryngektomien
- 4.000.000 Chronische Wunden (1,5 Mio. Ulcus Cruris, 1,4 Mio. Dekubitus)
- 5.000.000 Inkontinenzen (1,5 Mio. ableitende Inkontinenz)

1.6 Hausnotrufsysteme

Der Einsatz von (Informations- und Kommunikations-) Technik im Haushalt wird noch intensiv diskutiert werden. Vorab wollen wir jedoch auf eine Technikanwendung eingehen, die seit Jahrzehnten erfolgreich am Gesundheitsstandort Haushalt eingesetzt wird: die Hausnotrufsysteme.

Ihre technische und organisatorische Entwicklung begann in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts im St. Willehad-Hospital in Wilhelmshaven, zeitgleich wurde auch in anderen europäischen Ländern mit der Entwicklung ähnlicher Systeme begonnen (Hormann 1980). Im Jahr 1979 vergab das Bundesministerium für Forschung und Technologie an das St. Willehad-Hospital und die Firma AEG-Telefunken-Nachrichtentechnik-GmbH (ANT), die später von der Bosch AG übernommen wurde, einen Forschungsauftrag. „Das erklärte Ziel war es, älteren Menschen, chronisch Kranken und Infarktpatienten einen Weg zu öffnen, so lange und so sicher wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung verbleiben zu können. Es sollte ein System entstehen, welches zentral geführt in der Lage ist, gezielt die notwendige Hilfe zu vermitteln. Dabei wurde besonders an Familie, Nachbarn, Hausarzt und öffentliche Einrichtungen gedacht“ (Seibt 2005). Dieses Zitat könnte wörtlich einem aktuellen Text zum Thema AAL und Telemedizin entstammen. Ein Jahr später konnten die Prototypen einer Hausnotruf-Zentrale und einer Hausnotruf-Teilnehmerstation (HTS831) präsentiert werden.

Aus den kleinen Anfängen haben sich die Hausnotruf-Systeme im Laufe der Jahrzehnte bundesweit etabliert. Laut dem Bundesverband Hausnotruf haben die einzelnen Betreiber in Deutschland 350.000 Kunden[4]. Es sind wahrscheinlich weitaus mehr, weil beim Bundesverband nur die großen Betreiber vertreten sind, darüber hinaus aber auch viele kleine existieren. Im September 2006 konnte der größte deutsche Betreiber, das Rote Kreuz, seinen 100.000-sten Kunden begrüßen (Marx 2006: 56). In Deutschland existieren ca. 180 Notrufzentralen, von denen aus die Notrufteilnehmer betreut werden (Kubitschke et al. 2008: 21).

1.7 Ärztliche Tätigkeiten im Haushalt des Patienten

Ärzte und Ärztinnen sind zwar heute hauptsächlich in stationären und ambulanten Einrichtungen tätig, sie kommen aber auch in die Wohnungen ihrer Patienten und üben dort ihre Tätigkeit aus.

1.7.1 Notarzt

Um die Bezeichnung Notarzt führen zu können, müssen die Mediziner eine Weiterbildung absolvieren. „Notärzte versorgen im Rahmen der Notfallrettung (Präklinik), gemeinsam mit dem nichtärztlichen Rettungsfachpersonal, akut erkrankte oder verletzte Menschen mit oder ohne gestörten Vitalfunktionen am Einsatzort. Ihre Aufgabe ist es, die lebenswichtigen Funktionen des Patienten wiederherzustellen oder aufrecht zu erhalten, Folgeschäden zu vermeiden sowie die Transportfähigkeit der Patienten in die nächstgelegene und geeignete Weiterversorgungseinheit aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen. Die Patienten werden dazu von Notärzten beim Transport begleitet, überwacht und therapiert.“[5] Die Notärzte sind Mitglieder des Rettungsdienstes, dieser ist Ländersache.

Der Einsatzort des Notarztes ist häufig der Haushalt.

1.7.2 Ärztlicher Notfalldienst

„Die bei den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichteten Notfalldienste sollen in jenen Fällen die ärztliche Versorgung sicherstellen, in denen der behandelnde Arzt nicht erreichbar ist, so z. B. in den Nachtstunden, am sprechstundenfreien Mittwoch und an sprechstundenfreien Wochenenden. [...] Am Notfalldienst müssen nach den Kammergesetzen der Länder, den darauf aufbauenden Bestimmungen der Berufsordnung und gemäß Abschnitt IV der Richtlinien grundsätzlich alle niedergelassenen Ärzte teilnehmen.“[6]

Laut einem Bericht des Westfalen-Blatts[7] über die Neuorgansiation des ärztlichen Notfalldienstes in Westfalen-Lippe wird es vom 1. Februar 2011 in OWL 63 Notdienstpraxen geben, 60 sind Krankenhäusern angeschlossen. 75% der Einwohner Ostwestfalen-Lippes können eine Notfallpraxis innerhalb von 15-20 Minuten mit dem PKW erreichen – 4% der Einwohner werden mit einer bis zu 40-minütigen Fahrzeit rechnen müssen. Für die Fälle, in denen ein Besuch des Arztes im Haushalt des Patienten nötig wird, wird in Münster ein Callcenter eingerichtet, das die Fahrdienste landesweit koordiniert.

1.7.3 Hausbesuche des Arztes

Während die Notfallrettung und der ärztliche Notfalldienst momentan ausreichend mit personellen und materiellen Ressourcen ausgestattet sind, sind bei ärztlichen Hausbesuchen einige Probleme zu konstatieren. Obwohl der Bedarf an ärztlichen Hausbesuchen eher steigt, etwa durch die wachsende Zahl hochbetagter Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, den Weg zur Arztpraxis zurückzulegen, ist ein deutlicher Rückgang der ärztlichen Hausbesuche zu verzeichnen: „In den vergangenen drei Jahren ist die Zahl der ärztlichen Hausbesuche in Hessen drastisch zurückgegangen: von etwa 560.000 auf nur noch 400.000. Kein Wunder, wenn der Arzt nur 7,26 Euro dabei verdient, wie der "Wiesbadener Kurier" beispielhaft errechnete.“[8] Auch im Internet ist der Hausbesuch des Arztes ein Thema und zwar für Ärzte[9] und Patienten. Hauptargumente der Ärzte gegen Hausbesuche sind der hohe Zeitbedarf und die geringe Entlohnung dieser Tätigkeit, die auch noch nach Zugehörigkeit zur jeweiligen Ärztekammer variiert. Patienten beklagen die Schwierigkeiten, die mit der Suche nach Ärzten verbunden ist, die noch Hausbesuche durchführen.

„Hausärzte dringend gesucht“[10] lautet die Überschrift eines Artikels im Bielefelder Westfalen-Blatt. „In Westfalen-Lippe fehlen 230 Allgemeinmediziner, in Nordrhein 53. An Fachärzten herrscht nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen noch kein Mangel.“ Dieser Mangel an Allgemeinmedizinern dürfte die Hausbesuchssituation in Zukunft noch verschlechtern.

Dabei ist die medizinrechtliche Lage eindeutig: „Patient bittet um Hausbesuch: Im Zweifelsfall immer fahren!“ (Christoph 2008) lautet der Rat eines Rechtsanwalts zu diesem Thema. Dieser Rat bezieht sich nicht nur auf die Sprechstunden, sondern ausdrücklich auch auf die Nachtzeiten. Der kontaktierte Hausarzt kann zwar auf den ärztlichen Notfalldienst verweisen, muss aber auch sicherstellen, dass der Patient noch in der Lage ist, sich an diesen zu wenden.

1.8 Wenn das Zuhause zum verlängerten Krankenhaus wird

Von der Einführung der Fallpauschalen im Jahre 2004 versprach man sich eine Senkung der Krankenhauskosten. Entsprechende Untersuchungen haben gezeigt, dass für Akutkrankenhäuser tatsächlich eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer und damit eine

Senkung der Kosten erreicht werden konnte. Die wurden jedoch teilweise an die Rehabilitationskliniken weiter gereicht: „Was im stationären Sektor durch weniger Krankenhaustage eingespart wird, muss zum Teil in der Reha wieder aufgefangen werden." lautet das Resümee des Chefarztes einer Rehaklinik (Niermann 2007). Ebenfalls gestiegen sind die Anforderungen an die Organisation des Entlassprozesses aus dem Krankenhaus (Braun et al. 2009).

Es gibt Hinweise darauf, dass die Rehakliniken teilweise die Behandlungsdefizite der Akutkrankenhäuser nicht auffangen können. Die Therapiedefizite müssen die Patienten dann in ihren Wohnungen bewältigen.

Auf der einen Seite berichtet das Krankenhauspersonal über diese Entwicklung: „Viele Patienten werden aufgrund der Fallpauschalen und der damit verbundenen Verkürzung der Liegezeiten relativ schnell in die Rehabilitationseinrichtungen „abgeschoben". Oft sind Wunden noch nicht ordentlich verheilt oder die Betroffenen nach einer Operation noch so schwach, dass sie die Reha-Maßnahmen gar nicht in Anspruch nehmen können." Auf die dort Beschäftigten kommen dann, wie eine neuere REDIA-Studie (Auswirkungen der DRG-Einführung auf die medizinische Rehabilitation) zeigt, ganz neue Aufgaben zu: Wundversorgung, Fädenziehen und vieles mehr. Der Reha-Sektor wird auf diese Weise zu einer Art „medizinischem Durchlauferhitzer" (Deutsches Ärzteblatt[11]) mit bedenklichen Folgen.

Betroffen sind insbesondere ältere und multimorbide Patienten, also Menschen, die an mehreren Krankheiten leiden. Wenn sie nach einer Hüft-OP oder einer Herzoperation aus der Reha entlassen werden, sind sie häufig noch nicht in der Lage, sich zu Hause selbst zu versorgen. „Der 75-jährigen Gisela S. beispielsweise wurde 2007 ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Die OP verlief gut, sie kam in die Reha, konnte die dort angebotenen Maßnahmen aber nicht nutzen, weil sie noch nicht kräftig genug war. Nach ihrer Entlassung hatte sie noch beträchtliche Probleme mit dem Gehen. Die alte Dame, die alleine lebt, hätte ohne eine ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe nicht gewusst, wie sie sich versorgen soll." [12].

Aber auch Patientinnen können eindrucksvolle Schilderungen beisteuern: „„Für mich war das ein Alptraum", beschreibt Elsbeth Rütten ihre Situation. „Die Ärzte im Krankenhaus hatten mich entlassen, mit der Prämisse, dass ich zuhause liegen muss in dem Gips. Was für mich bedeutete, dass ich weder selbst einkaufen konnte, noch konnte ich selbst meine Wäsche waschen. Ich durfte mit dem Fuß auf keinen Fall auf den Boden kommen, das heißt, ich durfte überhaupt kein Gewicht darauf lagern. Und in manchen Fällen bin ich tatsächlich auf allen Vieren in meiner Wohnung herumgekrochen." Zuhause hilflos: „Wenn Patienten zu früh entlassen werden: Um ohne Hilfe wenigstens vom Bett bis zum Badezimmer zu kommen, legte sie das Bein auf einen rollbaren Toilettenstuhl. Die Folge: ein Druckgeschwür am rechten Knie. Bei ihrer Krankenkasse beantragte sie Hilfe. Doch die lehnte ab, obwohl die Gesundheit der Rentnerin ernsthaft gefährdet war. Nun steckte Elsbeth Rütten in einem Dilemma: Einerseits brauchte sie Hilfe, andererseits konnte sie sich von ihrer Rente keine bezahlte Hilfe leisten, berichtet die Sechzigjährige: Dafür ist meine Rente einfach wirklich zu klein. Als ich ins Krankenhaus ging, wäre ich nie im Leben auf die Idee gekommen, dass ich nach der Krankenhausbehandlung keinerlei Anspruch auf Hilfe hätte."[13]

Dass eine Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus nicht immer zu einer Verschlechterung der Behandlungsertgebnisse führen muss, zeigt die Schlaganfall-Therapie: „Schlaganfall-Patienten können heute nicht nur früher die Klinik verlassen als noch vor einigen Jahren. Auch der Gesundheitszustand der Patienten bei der Entlassung oder Verlegung in eine Rehabilitationsklinik hat sich verbessert. Darauf weist die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) anlässlich einer aktuellen Studie hin. Befürchtungen, dass durch die Vergütung über Fallpauschalen Patienten in schlechterem Zustand entlassen werden, haben sich damit nicht bestätigt. Die höhere Behandlungsqualität führt die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft auf

die zunehmende Etablierung von speziellen Schlaganfallstationen, den Stroke Units, zurück."[14]

1.9 Wenn das Pflegeheim zum Zuhause wird

Menschen, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen, können nicht immer davon ausgehen, dass ihre Hausärzte sie auch dort betreuen. Noch schwieriger ist es, Fachärzte dazu zu bewegen, Patienten in Pflegeeinrichtungen zu behandeln. In der STUTTGARTER ZEITUNG vom 15.02.2010 findet sich ein Artikel, in dem diese Problematik beschrieben wird[15]: „Nicht wenige der Pflegeheime klagen über Schwierigkeiten bei der Suche nach Ärzten, insbesondere dann, wenn diese auch Patientenbesuche im Heim machen sollen. Neben Hausärzten mangelt es an Urologen, Neurologen, Psychiatern sowie Augen- und Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, die zu den vielfach bettlägerigen und dementen Patienten kommen. Die Folge: umständliche Krankentransporte oder Einweisungen ins Krankenhaus." Die Pflegeheime berichten sogar von einer Verschlechterung der Versorgungssituation im Jahre 2009, bedingt durch eine neue Honorarordnung, die mit Beginn des Jahres in Kraft getreten ist. Die Stuttgarter Ärzte bekommen pro Quartal und Patient 35 Euro, vorher waren es 50 Euro. Betriebswirtschaftlich notwendig seien jedoch 80-100 Euro.

Einige Pflegeeinrichtungen haben inzwischen eigene Heimärzte eingestellt, um die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu stellen. Dadurch wird jedoch das Recht der Bewohner auf freie Arztwahl tangiert. Allerdings sind auch andere Organisationsformen möglich: „ Eine gute Kooperation der Pflegeeinrichtung mit dem Hausarzt ersetzt den Heimarzt."[16]

1.10 Gesundheitsselbsthilfe und gesunde Lebensführung

In den vorangegangenen Abschnitten wurden die vielfältigen und umfangreichen krankheitsbewältigenden und gesundheitserhaltenden Aktivitäten beschrieben, die in den Haushalten bereits heute durchgeführt werden. In diesem Abschnitt gehen wir auf zwei Trends ein, die von steigender Bedeutung sind. Angesprochen werden soll zum einen, dass sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr Menschen und Haushalte in Sachen Gesundheitsselbsthilfe engagieren und organisieren, und zum anderen, dass das Thema Gesundheit bei einer wachsenden Zahl von Menschen zu einem Teil ihres Lebensstils wird.

Gesundheitsselbsthilfe und entsprechende Selbsthilfegruppen und -organisationen haben in Deutschland teilweise eine lange Tradition, wobei verschiedene Handlungsformen der Selbsthilfe zu unterscheiden sind. „Individuelle Selbsthilfe umfasst individuelle Handlungsformen und in einem weiteren Sinne auch gemeinschaftliche Handlungsformen innerhalb vorgefundener „natürlicher" sozialer Gebilde (z.B. Haushalt, Familie), die auf Erfahrungswissen (und Fachwissen) beruhen (können). Gemeinschaftliche Selbsthilfe umfasst demgegenüber individuelle und gemeinschaftliche Handlungsformen innerhalb eigens zu diesem Zweck geschaffener „künstlicher" sozialer Gebilde (z.B. Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen)" (Borgetto 2004: 80; vgl. auch bereits Heinze et al. 1988: 97ff).

In den Anfangsjahren hat es zwischen der Selbsthilfe und dem professionellen Gesundheitssystem oft Spannungen gegeben, mittlerweile werden Gesundheitsselbsthilfegruppen aber auch von den gesetzlichen Krankenversicherungen oder auch von den Ländern und Kammern unterstützt. Die Zahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland wird auf 70.000-100.000 mit rund 2,5 bis 3 Millionen Teilnehmern geschätzt; es kann davon ausgegangen

werden, dass ca. 9% der erwachsenen Bevölkerung in einer Selbsthilfegruppe mitmachen (Hundertmark-Mayser et al. 2004).

Inhaltlich fokussieren die meisten Selbsthilfegruppen auf chronische Erkrankungen, also etwa Allergie, Neurodermitis, Diabetes, Krebs oder Rheuma. Rund die Hälfte aller Selbsthilfegruppen sind freie, nicht organisierte Selbsthilfegruppen. Die anderen haben sich überregionalen Selbsthilfeorganisationen angeschlossen, wie etwa der Deutschen Rheumaliga. Die Arbeit in den lokalen Selbsthilfegruppen erfolgt in aller Regel ehrenamtlich.

Wenig ist darüber bekannt, an welchen Orten die Leistungen erbracht werden, die bei der Arbeit von Selbsthilfegruppen zustande kommen. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass auch hier der private Haushalt, der private Lebenszusammenhang von Menschen eine große Rolle spielt.

Am Anfang der Medizin, als der Wohlstand der Gesellschaft noch ziemlich gering war, lautete das Heilungsziel nahezu ausschließlich, den vorzeitigen krankheits- oder unfallbedingten Tod zu verhindern. Mit steigendem Wohlstand rückte dann ins Augenmerk, dass Krankheiten geheilt werden können oder dass ihnen sogar vorgebeugt werden kann. Doch auch mit diesem Anspruch gaben sich die Gesellschaften und ihre Mediziner nicht zufrieden. Der weitere Wohlstand steigerte auch das Interesse dafür, dass die Menschen ein gutes gesundes Leben führen wollen, also eine hohe Lebensqualität anvisieren. Und dieses Heilungs- bzw. Gesundheitsziel wird heute, in der ersten Dekade des 21. Jahrhundert mehr und mehr dadurch ergänzt, dass Menschen sich eigenständig und stark für ihre Gesunderhaltung engagieren – und sich durch einen an Gesundheit orientierten Lebensstil auch gegenüber anderen abgrenzen und auszeichnen wollen. Wo früher ein anspruchsvoller Lebensstil durch eine edle Wohnungen, ein schnelles Autos oder teure Reisen demonstriert wurde, sind heute an deren Stelle z.B. das Nordic Walking und eine gesundheitsbewusste Ernährung getreten. Hinzu kommen häufig eine gute Ausstattung mit Hometrainingsgeräten, eine barrierfreie, harmonisch und gesundheitsfördernd gestaltete Wohnung und Medical Wellness Urlaube. Bei der Wahl der Ärzte wird darauf geachtet, dass diese nicht nur schulmedizinisch einen guten Ruf haben, sondern gleichzeitig auch noch ganzheitlich arbeiten, d.h. viel von Komplementärmedizin verstehen.

2 Die Zukunft des Gesundheitsstandortes

Nachdem im vorangegangenen Text die aktuelle Situation des Gesundheitsstandorts Haushalt skizziert wurde, wird im Folgenden auf zukünftige und absehbare Entwicklungen der Haushaltsstrukturen eingegangen, die einen großen Einfluss auf die Möglichkeiten zur Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung haben.

2.1 Entwicklungstendenzen der Haushaltsstrukturen

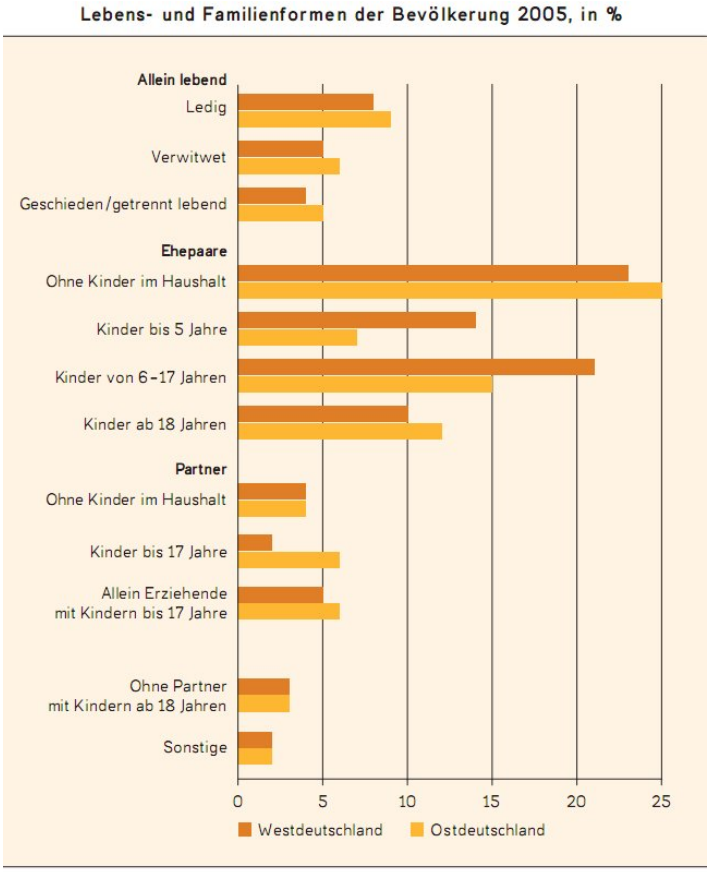
Die Struktur der Haushalte hat sich in den letzten hundert Jahren stark verändert, speziell was die Zahl der Haushaltsmitglieder angeht. Darüber hinaus hat sich im Durchschnitt die Zeitspanne verringert, die Partnerschaften überdauern, Ehen werden immer seltener durch den Tod, sondern durch das Familiengericht geschieden. Außerdem haben sich neben der Ehe weitere Formen des Zusammenlebens von Männer und Frauen etabliert.

Der Datenreport 2004, der vom Statistischen Bundesamt herausgegeben wurde (Statistisches Bundesamt 2004)[17], gibt einen Überblick über Haushalts- und Lebensformen in Deutschland. Im Jahr 2003 existierten in Deutschland mehr als 38,9 Millionen Haushalte. Was die Besonderheiten und Merkmale dieser Haushaltelandschaft angeht, wird dann besonders deutlich, wenn Veränderungen im Profil dieser Landschaft betrachtet werden. Dann fallen insbesondere folgende Trends auf:

- Die Großfamilie – mit fünf und mehr Personen – gehört der fernen Vergangenheit an. Anfang des vorherigen Jahrhunderts war sie mit einem Anteil von 44% an der Gesamtzahl aller Haushalte noch der weitgehend dominierende Familientyp. Mittlerweile ist sie mit kaum mehr als 4% nachgerade eine Randerscheinung geworden.
- Generell geht der Trend stark in Richtung kleinerer Haushalte. Im Jahre 1950 lebten noch 55,3% aller Menschen in einem Haushalt mit drei und mehr Köpfen, im Jahr 2003 hatte sich dieser Anteil mit 29,3 % schon fast halbiert. Die durchschnittliche Haushaltsgröße betrug im Jahr 2003 nur noch 2,13 Personen, um die Jahrhundertwende aber 4,49 Personen (ebd.: 41). Knapp 13,2 Millionen Menschen lebten in Zweipersonenhaushalten.
- Ganz besonders auffällig ist der Bedeutungsgewinn der Singlehaushalte. Anfang des vorherigen Jahrhunderts war Alleinleben eine Randerscheinung, 1950 waren 20% aller Haushalte Einpersonenhaushalte, bis 2003 ist die Zahl dann auf 37% angewachsen. „Insgesamt wohnten und wirtschafteten im Mai 2003 rund 17% der Bevölkerung für sich allein, 1991 waren es noch 14% gewesen.“ (ebd.: 45) In Köpfen gezählt betrug die Zahl der Alleinlebenden 13,8 Millionen Menschen. Besonders stark ausgeprägt ist das Alleinleben in den Großstädten, während sich dieser Trend in ländlichen Regionen noch nicht so breit durchgesetzt hat.“ (ebd.: 45)
- Die Welt der Singlehaushalte, das Alleinleben, ist stark durch Ältere geprägt. „Insgesamt waren von den rund 13,8 Mill. allein Lebenden im Mai 2003 knapp zwei Fünftel (38%) im Seniorenalter (65 Jahre und mehr), gut ein Fünftel (22%) gehörte sogar der Altersgruppe von 75 Jahren und mehr an.“ (ebd.: 45) Dennoch bedeutet dies keineswegs, dass im Alter das Interesse am Alleinleben steigt, eher im Gegenteil: Der Anteil der allein Lebenden an der älteren Bevölkerung ist seit 1991 zurückgegangen, er lag er bei den Senioren im Mai 2003 mit 38% fünf Prozentpunkte unter dem Anteil von 1991.

Aber die Haushalte in Deutschland sind nicht nur kleiner und älter geworden, vieles spricht auch dafür, dass sie im Laufe der Jahre ein deutliches Stück weit instabiler geworden sind. Ein wichtiger Indikator hierfür ist nicht zuletzt die Scheidungshäufigkeit. Im Jahre 2003 wurden in Deutschland 383.000 Ehen geschlossen, allerdings auch 214.000 geschieden. Während noch im Jahre 1960 nur 1,0 Ehescheidungen pro 10.000 Einwohner zu verzeichnen waren, stieg diese Quote im Laufe der Jahre immer mehr an – auf 2,0 in 1990 und auf 2,6, im Jahr 2003. „Berücksichtigt man die Ehedauer der geschiedenen Ehen, so wäre bei einem Anhalten der derzeitigen Scheidungshäufigkeit damit zu rechnen, dass etwa 42 % der Ehen im Laufe der Zeit wieder geschieden werden." (Statistisches Bundesamt 2004: 46)

Wenn auch Erosionserscheinungen hinsichtlich der traditionellen Familie unübersehbar sind, heißt dies jedoch nicht, dass es zwischen den Generationen keine Bindungen mehr gibt. Die Generationenbeziehungen erstrecken sich sowohl auf den Empfang von Hilfeleistungen bei Älteren durch jüngere Familienangehörige als auch auf Hilfe und monetäre Transfers von den älteren Generationen in Richtung auf jüngere Familiengenerationen. „Heutzutage überwiegt die multilokale Mehrgenerationenfamilie. Die allermeisten erwachsenen Familienangehörigen leben nicht innerhalb derselben vier Wände oder unter demselben Dach. Aber sie sind dennoch räumlich nicht weit voneinander entfernt. Gleichzeitig sind die intergenerationalen Verhältnisse von einer engen emotionalen Verbundenheit, von häufigen Kontakten und von vielfältigen und umfangreichen Unterstützungsleistungen geprägt" (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007: 153).



Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Der Datenreport 2008 (Statistisches Bundesamt et al. 2008: 49) geht verstärkt auf die Entwicklung alternativer Lebensformen ein: „Trotz erheblicher Wandlungsprozesse der Familie in Deutschland, hat die Lebensform von Ehepaaren mit Kindern immer noch die größte Verbreitung. Neben den traditionellen Familienformen haben sich mittlerweile auch alternative Lebensformen in den alten und neuen Bundesländern etabliert. Feste Partnerschaften außerhalb der Ehe finden sich sowohl in gemeinsamen als auch getrennten Haushalten."

Darüber hinaus sind auch weiterhin enge Beziehungen zwischen den Generationen zu beobachten: „Wenn erwachsene Kinder die elterliche Wohnung verlassen, heißt das nicht, dass sie nicht mehr oder nur noch schwer erreichbar sind. Auch erwachsene Kinder wohnen überwiegend in räumlicher Nähe zu den Eltern. Zudem sind Unterstützungsleistungen und

Kommunikation innerhalb der Familie stark ausgeprägt. Die überwiegende Mehrheit junger Frauen und Männer wünscht sich eigene Kinder. Die deutsche Bevölkerung weist der Familie nicht nur einen hohen Stellenwert zu, sie äußert sich mit dem Familienleben auch hoch zufrieden."(ebda.)

2.2 Perspektiven des Gesundheitsstandorts Haushalt

Bei tendenziell abnehmender Leistungsfähigkeit – bedingt vor allem durch die steigende Anzahl von Einpersonen-Haushalten – werden die Anforderungen an den Gesundheitsstandort Haushalt steigen. Folgende Rahmenbedingungen spielen dabei eine zentrale Rolle:

- Die Devise „ambulant vor stationär" in Pflege und Therapie führt dazu, dass die Menschen länger in ihren Wohnungen bleiben.
- Die Verkürzung der Liegezeiten im Akut- und Rehakrankenhaus bringt sie schneller, aber nicht unbedingt gesünder in ihre Wohnungen zurück.
- Die Alterung der Gesellschaft wird auch dazu führen, dass mehr Menschen hilfe- und pflegebedürftig werden, bedingt durch körperliche Erkrankung und/oder Behinderung aber auch durch dementielle Erkrankung.
- Der (medizin-) technisch/wissenschaftliche Fortschritt ermöglicht es zwar, alters- und krankheitsbedingte körperliche und kognitive Defizite zu beheben oder zumindest abzuschwächen, allerdings kann daraus auch weiterer Unterstützungsbedarf entstehen: Durch die Implantation einer künstlichen Herzklappe verbessert sich in den meisten Fälle die Lebensqualität erheblich. Gleichfalls muss der Patient für den Rest seines Lebens gerinnungshemmende Mittel einnehmen, was eine permanante Überwachung der Blutgerinnungswerte und eine Anpassung der Medikamentendosis nach sich zieht.

Heinze et al. 2009 weisen auf zwei weitere Aspekte hin, die die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Haushalt in Zukunft verstärkt beinflussen dürften: die Individualisierung und die Vergrößerung der Zahl der Haushalte, die sich in prekären Einkommenssituationen befinden (S. 775).

3 Trends zur Stärkung des Gesundheitsstandorts Haushalt in NRW

Während in den vorangegangenen Kapiteln größtenteils ohne besonderen Bezug auf das Land NRW argumentiert wurde, werden wir im Folgenden auf die Rahmenbedingungen in NRW eingehen.

Der Gesundheitsstandort Haushalt kann auf verschiedenen Wegen gestärkt werden. Eine wichtige Rolle spielen dabei neue Wohnformen sowie die Gestaltung des Wohnumfeldes, des Quartiers. Eine weiterer wichtiger Aspekt ist die Reorganisation von pflegerischen und ärztliche Tätigkeiten im Haushalt. Zusätzlich spielen haus- und bautechnische Maßnahmen eine wichtige Rolle, die durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnik ergänzt werden können.

3.1 Neue Wohnformen

Dieser Abschnitt erhebt nicht den Anspruch, einen vollständigen Überblick über real existierende neue Wohnformen etc. in der Bundesrepublik oder NRW zu geben. Ziel ist es vielmehr, anhand von Beispielen (bevorzugt aus NRW) wichtige Dimensionen aufzuzeigen.

Das letzte uns bekannte systematische Verzeichnis alternativer Wohnformen für ganz Deutschland wurde von der LBS – Bausparkasse der Sparkassen herausgegegeben und stammt aus dem Jahre 1999 (LBS - Bausparkasse der Sparkassen 1999). Damals gab es bundesweit etwa 3.600 Wohnprojekte mit Serviceangeboten für Senioren (S. 3). Die LBS unterscheidet folgende Formen des Service-Wohnens (S. 10 ff.):

- Selbstorganisierte Gruppenwohnprojekte: Die Bewohner bestimmen möglichst weitgehend selbst die Wohnform, die Bewirtschaftung und die Betreuungsleistungen. Je nach gewünschter Individualität sind drei Varianten denkbar:
  - Wohngemeinschaft (persönlicher Wohnbereich für jeden)
  - Hausgemeinschaft (in sich abgeschlossene Wohnung für jeden)
  - Nachbarschaftsgemeinschaft (Zusammenschluss mehrerer Häuser)
- Wohnprojekte mit flankierenden Serviceangeboten: Altengerecht Wohnungen sind in die Nachbarschaft eingebunden bzw. in einem Wohnprojekt zusammengefasst. Die flankierenden Serviceleistungen (Hilfen bei der Wohnungsreinigung, Versorgung mit Essen, Vermittlung häuslicher Pflegeleistungen u.ä.) werden nicht vertraglich abgesichert und demgemäß auch nicht pauschal, sondern nur entsprechend der tatsächlichen Inanspruchnahme vergütet. Der Vorteil gegenüber einer „einfachen“ altengerechten Wohnung besteht darin, dass die Bewohner ggf. notwendige Betreuungsleistungen aus einem zwar unverbindlichen, aber leicht zugänglichen und professionell unterbreiteten Zusatzangebot abrufen können. Solange diese Option nicht wahrgenommen wird, wird ausschließlich die Miete (inkl. Nebenkosten) bzw. der Kaufpreis fällig.
- Wohnprojekte mit integrierten Serviceangeboten: „Profis“ bestimmen weitgehend die Wohnformen und deren organisatorische Rahmenbedingungen. Es werden im Wesentlichen professionelle Dienstleistungen vorgehalten und erbracht. Denkbar sind folgende Varianten:

  - Wohnprojekte mit integriertem Service-Stützpunkt (Serviceleistungen stehen direkt vor Ort zur Verfügung)
  - Wohnprojekte mit Service-Büro (Serviceleistungen werden von einem in das Projekt integriertem Büro vermittelt)

- Wohnprojekte im Heimverbund: Eine altengerechte Wohnanlage ist räumlich und/oder organisatorisch an ein Pflegeheim angebunden. Die Serviceleistungen werden durch dieses Pflegeheim vorgehalten und erbracht. Hier steht die Pflege im Vordergrund.
- Wohnprojekte im Hotelverbund: Eine altengerechte Wohnanlage ist räumlich und/oder organisatorisch an ein Hotel angebunden, das die Serviceleistungen vorhält und erbringt. Bei dieser Konzeption stehen hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen und die Möglichkeit, die Hotelinfrastruktur (Schwimmbad, Restaurant u.ä.) mitzunutzen, im Vordergrund.

Einen Überblick über die Entwicklung neuer Wohnformen für das Land NRW vermittelt eine vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales herausgebene Broschüre (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 2007). In dieser Veröffentlichung werden sechs unterschiedlich strukturierte Beispiele näher beschrieben. Außerdem werden die Förderprogramme des Landes für gemeinschaftliche Wohnprojekten älterer Menschen vorgestellt. Die Förderung erfolgt sozial- und zielgruppenorientiert, aber auch durch Wohnraumförderung. Seit 1997 gibt es in Bochum und Köln Beratungsstellen, die Planung und Realisierung alternativer Wohnprojekte für ältere Menschen unterstützen. Die Broschüre listet 59 fertiggestellte, 6 im Bau befindliche und 43 geplante Projekte auf. Es wird unterschieden zwischen Haus-, Wohn- und Siedlungsgemeinschaften, die über ein Pflegeangebot verfügen können.

Alle Untersuchungen zu Wohnwünschen älterer Menschnen zeigen, dass die große Mehrheit von ihnen auch heutzutage „ihren Lebensabend in der einer ganz normalen Wohnung – und zwar am liebsten in der eigenen bzw. im angestammten Quartier verbingen möchte. Dennoch ziehen auch ältere Menschen einen Umzug in Erwägung, wenn die vorhandene Wohnung nicht (mehr) den Bedürfnissen entspricht oder aber ein attraktives Alternativangebot bereitsteht.“ (Naegele et al. 2006: 7)

Wie weiter oben dargelegt wurde, bewegen sich die Haushalte in die Richtung „kleiner und instabiler“. Eine Möglichkeit dieser Schwäche des Haushalts zu begegnen, beschreibt der Zukunftsforscher Opaschowski, der prognostiziert, dass in Zukunft Mehr-Generationen-Wohngemeinschaften eine Antwort auf die demografische Entwicklung in Deutschland sein werden. „Mein Zukunftstraum ist eine Wohngemeinschaft in einem Haus, in dem mehrere Generationen eine eigene Wohnung haben und jederzeit in Gemeinschaftsräumen zusammenkommen können, aber nicht müssen." Gemeinschaftsräume werden zum erweiterten Kinderzimmer und eröffnen insbesondere berufstätigen Eltern und Alleinerziehenden Freiräume für Aufsicht und Betreuung. Professor Opaschowski: „Alle unter einem Dach - aber jede(r) für sich. Eine ebenso kommunikative wie individualistische Form des Wohnens, die Zusammensein genauso wie Alleinsein ermöglicht und zugleich Vereinsamung verhindern hilft. Das wird auch eine lebenswerte Alternative für die wachsende Zahl von Singles und Senioren sein.“[18]

3.1.1 Selbstorganisierte Mehr-Generationen-Wohngemeinschaften

Dass die Mehr-Generationen-Wohngemeinschaft keineswegs mehr ein reines Denkmodell ist, kann an einem Beispiel aus Bielefeld[19] demonstriert werden. 17 Menschen leben in dieser

WG im Alter von 6 Monaten bis zu 80 Jahren, einige von ihnen sind pflegebedürftig. Für die Pflegebedürftigen ist ein ambulanter Pflegedienst permanent im Haus.

"In der WG habe ich mehr Nachbarschaft als früher" sagt eine der älteren Bewohnerinnen, die ihr Haus verkaufte, in dem sie über 60 Jahre lang gelebt hat. Bei der Frage nach den gemeinsamen Aktivitäten muss sie lange nachdenken: "Ich habe hier mein eigenständiges Leben, und das möchte ich auch beibehalten." Erst im weiteren Gespräch klärt sich, dass es selbstverständlich ist, den Mitbewohnern zu helfen, mal einige Besorgungen zu erledigen oder gemeinsam Kaffee zu trinken.

Die Idee des Zusammenlebens von Menschen unterschiedlichen Alters, die nicht zu einer Familie gehören, ist keine neue Erfindung: Eine 900-jährige Geschichte haben die Beginenhöfe[20]. Das sind Gemeinschaften, in denen sich Frauen unterschiedlichen Alters zu Wohn- und Lebensgemeinschaften zusammenschließen, im Mittelalter stellten sie eine Alternative zu Frauenklöstern dar. Männer sind in Beginenhöfen lediglich als Gäste geduldet. Beginenhöfe gibt es heute in 32 Städten Deutschlands, einige davon in NRW (Bielefeld, Dortmund, Essen, Köln, Münster, Unna, Schwerte).

3.1.2 Senioren-Wohngemeinschaften und Service-Wohnen

Eine Wohngruppe nur für ältere Menschen wird auch von kommerziellen Anbietern organisiert: Als ein Beispiel von vielen sei hier das Bielefelder SERVICE-WOHNEN IM PARK[21] beschrieben:

„Für die meisten älteren Menschen ist es wichtig, bei beginnendem Pflege- und Hilfebedarf ihre Selbstständigkeit und Privatsphäre nicht aufgeben zu müssen. Wir können Ihnen ab Juli 2009 als Alternative zu einem Alten- und Pflegeheim das Wohnen in unserer Wohngruppe anbieten. Jedem Mieter steht ein eigener Schlaf- und Wohnbereich mit privatem Badezimmer zur Verfügung. Der Schlaf- und Wohnbereich kann ganz individuell nach Ihren eigenen Vorstellungen gestaltet werden. Wohn- und Speiseräume und die Küche werden gemeinsam genutzt. Sie als Mitbewohner werden dabei rund um die Uhr in ihrem Alltag von Betreuungskräften unterstützt. Wir können so für ältere Menschen in Stieghorst und Umgebung das soziale Umfeld erhalten und die Lebensqualität bis ins hohe Alter sichern. Individuelle Betreuung und Pflegeleistungen werden nach Wunsch von unserem ambulanten Dienst erbracht.“

3.2 Innovatives Wohnquartier-Management

Um die Leistungsfähigkeit der Haushalte gewährleisten zu können, muss auch das Wohnumfeld, das Wohnquartier berücksichtigt werden. Dazu gehört beispielsweise die Sicherstellung von wohnortsnahen Einkaufsmöglichkeiten.

3.2.1 Wohnquartier-Management in der Stadt

3.2.1.1 Bremen

Ein Beispiel aus der Großstadt Bremen: ZiQ- Zuhause im Quartier: eine kundenorientierte Servicekoordination im Quartier[22]

„Der Bremer Pflegedienst und der mobile Sozial- und Pflegedienst vacances GmbH entwickeln mit der GEWOBA für die Mieter dieser Wohnungsbaugesellschaft ein zusätzliches Serviceangebot. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen begleitet das Projekt wissenschaftlich. Im Mittelpunkt steht die Einrichtung einer kundenorientierten Koordinierungsstelle, in der die Wünsche der Mieter mit kooperierenden Dienstleistern und Anbietern im Quartier aufeinander abgestimmt werden. Die Wirtschaftsförderer der Bremer Investitions-Gesellschaft mbH (BIG) unterstützen das Vorhaben aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE). „In Form einer Rund-um-Versorgung wollen wir den älteren Mietern der GEWOBA alle benötigten Leistungen aus einer Hand anbieten", erklärt Projektleiter Jürgen Weemeyer von vacances. Hierzu zählen neben Haushaltsdiensten, Sanitätshäusern oder Ärzten auch gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen beispielsweise im Bereich Ernährung oder Bewegung. Wenn der Mieter es wünscht, nimmt ein Berater in der Zentrale alle wichtigen Informationen und Kundenanfragen auf. Ein Computersystem, das von der Firma atacama Software entwickelt wird, führt den Bedarf der Mieter mit dem Angebot von ausgewählten Partnerunternehmen zusammen. Dabei übernimmt die Koordinierungsstelle mit Unterstützung des internetbasierten Systems nicht nur die Datenverwaltung, sondern unterstützt auch bei der Entscheidung über geeignete präventive Versorgungsmöglichkeiten. So würden Kunden, bei denen ein Diabetes bekannt ist, etwa Insulinschulungen in der Apotheke um die Ecke, ein Augenarzt in der Nähe oder eine mobile Fußpflegerin empfohlen. „Durch das System der standardisierten Befragung werden dem älteren Kunden Angebote und Leistungen vermittelt, zu denen er bislang nur schwer Zugang hatte", erklärt Weemeyer."

3.2.1.2 Das Bielefelder Modell

Die Bielefelder Gemeinnützige Wohnungsgesellschaft mbH entwickelt das Bielefelder Modell, das folgende Komponenten hat:

- „den Mietern auch bei steigender Hilfebedürftigkeit das Wohnen in modernen und komfortablen eigenen Wohnungen im vertrauten Umfeld ermöglichen
- integratives Wohnen in den Projekten und im Umfeld möglich machen – für ältere Menschen, für Behinderte, für Menschen mit geringem und hohem Hilfebedarf sowie für Demenzkranke
- 24-stündige Versorgungssicherheit für die Mieterinnen und Mieter und das Wohnumfeld garantieren, ohne dass eine Betreuungspauschale anfällt
- die Möglichkeiten der Prävention durch eine frühzeitige Unterstützung verbessern, indem die Selbsthilfefähigkeiten der pflegebedürftigen Menschen und ihres Umfeldes gestärkt werden."[23]

Kompetente Kooperationspartner

Bei der Umsetzung des „Bielefelder Modells" schließt die BGW Vereinbarungen mit ihren Kooperationspartnern aus dem Bereich der ambulanten Pflegeleistungen. Sie umfassen folgende Punkte:

1. Hilfe und Pflege: In der Seniorenwohnanlage können auch schwerst-pflegebedürftige Menschen (Pflegestufe III oder Härtefallregelung) wohnen, die bei Bedarf rund um die Uhr von dem ambulanten Pflegedienst betreut werden. In den Gästewohnungen können Mieter der BGW und ihre Angehörigen sowie Nachbarn aus dem Quartier häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Rehabilitationsmaßnahmen und

Krisenintervention in Anspruch nehmen. Dieses Angebot kann bei begründetem Antrag auch von jungen Menschen genutzt werden, wenn diese schwer erkrankt sind oder eine Krisenintervention benötigen. Sämtliche Hilfe- und Pflegeleistungen können von den Mieterinnen und Mietern der Wohnanlage im Bedarfsfall in Anspruch genommen werden.

2. Regelmäßige Beratungsangebote im Haus: Fachlich geschulte Mitarbeiter des Kooperationspartners bieten in den Büroräumen regelmäßige Beratung an. Dazu gehören Gesundheitsberatung, Informationen über Hausnotrufsysteme und die Unterstützung bei der Antragstellung bei verschiedenen Kostenträgern (Pflegekasse, Krankenkasse, Sozialamt etc.)

3. Unterstützung von Selbsthilfeaktivitäten: Vorrangiges Ziel des Lebens in der Wohnanlage ist die Förderung von Selbsthilfefähigkeiten. Im Wohncafé werden zahlreiche Freizeitaktivitäten angeboten (z. B. kulturelle Veranstaltungen, Wissensbörse, Erzähl-Café, Gesundheitstraining, Fitness). Diese Angebote stehen auch den Angehörigen, Freunden und Nachbarn der Mieter offen. Das Wohncafé kann zudem für Familienfeiern genutzt werden. Die Koordination der Veranstaltungen übernimmt der Pflegedienst.

4. Begegnung der Generationen: Um der Isolation der älteren Menschen vorzubeugen, wird ein reger Austausch mit der Nachbarschaft gefördert. Dies kann im Rahmen von Nachbarschaftsfesten, Kulturveranstaltungen und vielem mehr erfolgen.

5. Beratung von Angehörigen und Freunden: Die überwiegende Zahl der Senioren im Haus ist gesundheitlich fit und aktiv. Bei schwerer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit können die Mieter im Haus wohnen bleiben. Durch eine gezielte Schulung von Angehörigen und Freunden soll die Hilfe durch das nahe Umfeld gestärkt werden.

6. Wählbarer Hausnotrufdienst: In Bielefeld bieten mehrere Einrichtungen einen Hausnotrufdienst an. Auf Wunsch werden den Mietern diese Angebote erläutert. Bei Bedarf kann ein Notruf zu dem Pflegedienst hergestellt werden. Es ist sicher gestellt, dass alle Mieter, die einen Hausnotruf wünschen oder benötigen, diesen auch erhalten. Bei Bedarf (mindestens Pflegestufe I) übernimmt die Pflegekasse die Kosten; anderenfalls müssen die Mieter die Kosten selbst tragen.

7. Vermittlung von Hauswirtschafts- und Pflegediensten: Die Mieterinnen und Mieter haben bei allen Dienstleistungen Wahlfreiheit. Sie können jeden Hauswirtschafts- und Pflegedienst in Anspruch nehmen.

8. Multikulturelle Seniorenhilfe: In der Seniorenwohnanlage werden die Wünsche und Belange unterschiedlicher kultureller, religiöser und ethnischer Herkunft geachtet und gewürdigt.

9. Förderung der Selbsthilfe und der Dienstleistungsvielfalt: Anders als beim klassischen betreuten Wohnen ist es ein zentrales Anliegen, Leistungen im Rahmen der Vereinbarung nicht pauschal zu gewähren, sondern sie bedarfsgerecht im Einzelfall zu organisieren und zu vergüten.

Gemeinschaftsleben

Den Mittelpunkt der Seniorenwohnanlagen bildet ein großzügiges Wohncafé, in dem sich alle Mieterinnen und Mieter sowie die Bewohner des Umfeldes treffen können und in dem eine Vielzahl von Veranstaltungen stattfinden. Hier befindet sich auch die offen gestaltete Küche, in der alle Mahlzeiten durch die Mieter organisiert werden. Jeder Mieter des Hauses

und jeder Bewohner der Nachbarschaft kann nach eigenem Wunsch und gesundheitlichem Befinden am gemeinschaftlichen Leben teilnehmen. Der ambulante Pflegedienst mietet von der BGW die Funktionsräume (z. B. Nachtbereitschaftsraum, Hilfsmitteldepot, Beratungsraum, Pflegebad) sowie die Gästewohnungen, die auch zur Verhinderungspflege genutzt werden können, als Gewerbefläche an.

Ziel der BGW ist es, bis spätestens 2012 in allen Bielefelder Stadtteilen mit dem Angebot des „Bielefelder Modells“ vertreten zu sein. Dabei wird sie weiterhin mit unterschiedlichen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, um den Wettbewerb zu beleben und eine möglichst große Dienstleistungsvielfalt anbieten zu können. Die Umsetzung des „Bielefelder Modells“ erfolgt nicht nur im Rahmen von Neubaumaßnahmen. Bei der Modernisierung ihres Bestandes überprüft die BGW, ob die Erdgeschosswohnungen barrierefrei umgestaltet werden können. Außerdem wird mindestens ein Gebäude im Wohngebiet im Zuge der Modernisierung so umgebaut, dass im Erdgeschoss Gemeinschaftsräume und ein Servicestützpunkt eingerichtet werden können und alle Wohnungen barrierefrei sind. Neben solchen Komplettumbauten besteht häufg die Möglichkeit, durch geringe bauliche Veränderungen im Bestand seniorengerechten Wohnraum zu schaffen. Auch künftig wird die BGW sicher stellen, dass ältere oder behinderte Menschen dauerhaft und gut versorgt in der eigenen Wohnung leben können. Dazu realisiert sie das zukunftweisende Modell des selbstbestimmten Wohnens mit Versorgungssicherheit flächendeckend in ihrem gesamten Bestand.

3.2.1.3 Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG)

Die Organisation des Wohnumfeldes haben sich auch die sechs Partner des „Netzwerkes Soziales neu gestalten“ (SONG) auf die Fahnen geschrieben, von denen vier ihren Sitz in NRW haben.

„Das gemeinsame Ziel der Netzwerkpartner ist, allgemeingültige, zielgruppenspezifische Rahmenbedingungen für quartiersbezogene Leistungs- und Wohnangebote zu entwickeln, zu definieren und notwendige sozialpolitische Anforderungen zu benennen. Als Projektgrundlage dient die Evaluation der bestehenden Good-Practice-Modelle der Netzwerkpartner sowie die generellen Erfahrungen der Partner im Altenhilfesystem.

Folgende Projektmodule spielen im Projekt eine besondere Rolle:

- Bestandsaufnahme in Form einer Selbstdarstellung der zu untersuchenden gemeinschaftlichen Wohnprojekte
- Durchführung einer Potenzialanalyse dieser quartiersbezogenen Wohnprojekte
- Durchführung einer sozio-ökonomischen Mehrwertsanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte nach dem SROI-Ansatz
- Durchführung von fünf Fachgesprächen innerhalb der Netzwerkpartner zu zentralen Fragestellungen der Gestaltung und
- Finanzierung von sozialen, gemeinwesenorientierten Leistungen und Hilfen
- Erstellung von Handlungsempfehlungen auf Basis der neugewonnenen Erkenntnisse und des erlangten Wissens
- Beratung politischer Entscheidungsträger
- Erstellen von Fachpublikationen und Gestaltung von öffentlichen Transferveranstaltungen

Die Partner des Netzwerks sind:

- Bank für Sozialwirtschaft AG, Köln
- Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Bremer Heimstiftung, Bremen
- CBT - Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln
- Evangelisches Johanneswerk e.V., Bielefeld
- Stiftung Liebenau, Meckenbeuren-Liebenau

In den Einrichtungen und Geschäftsstellen der gestaltungsstarken Netzwerkpartner arbeiten rund 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und erzielen einen Jahresumsatz von über 3 Mrd. Euro. Mit ihren ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten erreichen sie über 50.000 Menschen."[24]

3.2.2 Wohnquartier-Management in ländlichen Regionen

Die Diskussion um Wohnquartier-Management vernachlässigt mit ihrer Konzentration auf den städtischen Bereich ländliche Gebiete, in denen der Problemdruck teilweise noch größer ist als in der Stadt. In den Städten spielen die Wohnungsgesellschaften eine wichtige Rolle bei der Gestaltung neuer Wohnformen und des Wohnumfeldes. Anders stellt sich die Situation in ländlichen Regionen dar. Hier werden die Häuser häufig von ihren Besitzern bewohnt, hier fehlt die vermittelnde Instanz Wohnungsgesellschaft, hier muss sich der Gestaltungsprozess anders organisieren.

Ein Beispiel für einen Gestaltungsprozess im ländlichen Gegenden ist DORV. Das ist kein Schreibfehler, sondern steht für „Dienstleistung und ortsnahe Rundumversorgung". Entstanden ist die DORV-Idee in Jülich-Barmen, einem Ort mit 1.400 Einwohnern. Sie war eine Reaktion der Einwohner auf die Ausdünnung des Vorortangebots an Grundnahrungsmitteln, aber auch an Dienstleistungen. „Die Bürger gründeten das DORV-Zentrum – das Zentrum für Dienstleistung und Ortsnahe Rundum Versorgung. Mit Bürgeraktien für je 250 Euro und Privatkrediten finanziert, startete der Laden. Umgebaut wurde in Eigenarbeit, das neue Nahversorgungszentrum samt Ausstattung kostete daher gerade einmal 100 000 Euro."[25]

DORV basiert auf einem 5 Säulen Modell[26]:

Säule 1 - Grundversorgung

Sicherung der Grundversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs

(Verbrauchsmaterialien, Reinigungsmittel, Körperhygiene, Lebensmittel, Brot, Fleisch, Gemüse und Obst)

Säule 2 - Dienstleistung

Verkauf oder Bereitstellung von öffentlichen, halböffentlichen und privaten Dienstleistungen in einem besucher- und beratungsfreundlichen Bereich.

(Dienstleistungen von Anbietern wie der Sparkasse, der Deutschen Post, dem Kreis Düren, der Stadtverwaltung Jülich, den Stadtwerken Jülich, der EWV, der AOK, dem Zeitungsverlag Aachen, einem Reisebüro, Hermes-Paketdienst, Allianz Versicherung, KFZ-Anmeldung, Führerschein. Otto Versand und anderen)

Säule 3 - Soziales Leistungsangebot und medizinische Versorgung

Vermittlung, Koordinierung vorhandener Kapazitäten im privaten Dienstleistungssektor oder im sozialen Bereich nach dem Vorbild " AWO - Freiwilligenzentrum ". AWO - Sozialservicestation, Altenpflege, Sozialberatung, Hol - und Bringdienst, Tagesmütter oder Einkaufsservice für Senioren und Pflegebedürftige.

Medizinische Versorgung: Zahnarzt, praktischer Arzt und Apothekendienst sowie der Schmidt-Gruppe Aldenhoven: häusliche Altenpflege, Essen auf Rädern

Säule 4 - Kommunikation

Treffpunkt, Mittelpunkt im DORV Das DORV Zentrum als Kontaktpunkt für alle Bürgerinnen und Bürger. Austausch beim Kaffee.

Säule 5 - Kultur

Gemeinsame Aktivitäten, DORV als Veranstaltungsort für kulturelle Aktivitäten

Die DORVler aus Jülich-Barmen haben am Export ihres Modells gearbeitet und haben inzwischen auch Nachahmer gefunden, z.B. in Völlinghausen, einem kleinen Ort im Kreis Soest am Möhnesee: Das DORV-Zentrum in Völlinghausen ist der Verein des Jahres 2009[27].

3.3 Reorganisation (haus-) ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten

Mit der zurückgehenden Häufigkeit ärztlicher Hausbesuche bei gleichzeitig steigendem Bedarf haben wir uns weiter oben beschäftigt. Neben der Einrichtung neuer Hausarztpraxen und dem Erhalt alter und damit der Vergrößerung der Zahl der Hausärzte sind auch andere Lösungsansätze denkbar. Die Übernahme von Tätigkeiten, die bisher Ärzten vorbehalten waren, durch nicht-ärztliches medizinisches Personal ist momentan ein Thema, das in Deutschland heftig und kontrovers diskutiert wird (Höppner und Kuhlmey 2009). Ohne an dieser Stelle auf die Details der Diskussion einzugehen[28], werden wir uns mit einigen Aspekten der Reorganisation der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und medizinischen Fachangestellten beschäftigen, die die drohenden Kapazitätsengpässe bei ärztlichen Hausbesuchen entschärfen und damit zur Stärkung des Gesundheitstandorts Haushalt beitragen könnten.

3.3.1 Qualifizierung der Medizinischen Fachangestellten

Die beiden für NRW zuständigen Ärztekammern Nordrhein[29] und Westfalen-Lippe[30] bieten eine Aufstiegsfortbildung für die Medizinischen Fachangestellten[31] an. Nach erfolgreichem Abschluss der Qualifizierungsmaßnahme erhält die Absolventin den Titel „ENTLASTENDE VERSORGUNGSASSISTENTIN“ (EVA), die in folgenden Aufgabenbereichen tätig wird (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und Kassennärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe 2009):

- Kontinuierliche Begleitung von Patienten und Angehörigen im Behandlungs und Versorgungsprozess
- Unterstützung von Patienten und Angehörigen
- Durchführung von Hausbesuchen bei immobilen und schwerkranken Patienten
- Beurteilung der häuslichen Bedingungen/Aufzeigen von Verbesserungsmöglichkeiten
- Durchführung des Wundmanagements

- Durchführung von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- z. B. Anlegen einer Langzeit-Blutdruckmessung, Anlegen der Elektroden für die Aufzeichnung eines Langzeit-EKG, Bestimmung von Laborparametern vor Ort (z. B. Glucose, Gerinnung)
- Ermittlung von kognitiven, physischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Defiziten von Patienten mit Hilfe standardisierter Tests
- Unterstützung im Notfallmanagement der ambulanten Praxis
- Unterstützung des Arztes bei Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen
- Mitwirkung bei Impfleistungen
- Überwachung und Dokumentation der Medikamenteneinnahme

Die EVA kann Hausbesuche übernehmen und damit den Hausarzt entlasten. Die EVA-Weiterbildung wird als Teil der Qualifikation einer Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung anerkannt[32]. Laut kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein wurde die EVA-Weiterbildung in ihrem Zuständigkeitsbereich im April 2009 mit 30 Teilnehmerinnen begonnen[33]. Zwei weitere Kurse für 60 weitere Medizinische Fachangestellte waren für dasselbe Jahr geplant. Die EVAs dürfen nicht nur in Privatwohnungen tätig werden, sondern auch in Pflegeheimen. Inzwischen haben die ersten 31 EVAs aus Nordrhein ihre Ausbildung abgeschlossen[34].

„Problematisch ist, dass Agnes, EVA und Co. vorerst nur in Gebieten tätig werden können, in denen – nach Feststellung des Zulassungsausschusses – Unterversorgung existiert oder droht oder „ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich“ besteht.“

AGnES verfolgt ähnliche Ziele wie EVA. „AGnES“ steht für Arzt-entlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention und wurde an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald entwickelt. „Zunächst wurde der Einsatz von AGnES auf der Insel Rügen erprobt. Derzeit ist die Telegesundheitsschwester in Ueckermünde, Waren und Neubrandenburg unterwegs, um die Hausärzte zu unterstützen. [...] Die speziell ausgebildeten Krankenschwestern arbeiten auf Anweisung des Hausarztes. Bei nicht oder nur eingeschränkt mobilen Patienten machen sie Hausbesuche. Dabei beraten und betreuen sie Patienten, überwachen Therapien und tragen zur Vorbeugung von Erkrankungen bei. Auch telemedizinische Ausrüstung wird eingesetzt, die Telegesundheitsschwester hat unter anderem ein Laptop und ein Bildtelefon dabei. Bei ihren Hausbesuchen erfasst die Telegesundheitsschwester den Gesundheitszustand des Patienten. Auf Anweisung des Arztes kontrolliert sie den Blutdruck, nimmt Blut ab oder kontrolliert die Arzneimitteleinnahme. Sie kümmert sich zum Beispiel auch darum, dass Stolperfallen in der Wohnung oder dem Haus des Patienten beseitigt werden. Frühzeitig sorgt sie auch dafür, dass Rehabilitationsmöglichkeiten genutzt werden, damit ältere Menschen möglichst lange in ihren eigenen vier Wänden leben können und nicht ins Pflegeheim müssen.“[35]

3.3.2 Innovative Kooperation zwischen Pflegediensten und Ärzten

Im Jahre 2006 begannen die Johanniter-Unfall-Hilfe und das Institut für Angewandte Telemedizin (IFAT) des Herz- Diabeteszentrums NRW ein Pilotprojekt mit mobilen EKG-Geräten[36]. Die Pflegekräfte der Johanniter können mit den mobilen EKG-Geräten in der Wohnung der zu pflegenden Personen bei Bedarf ein EKG erstellen und die Daten per

Telefon an das IFAT übermitteln. Dort wird es von Kardiologen ausgewertet, die anschließend über das weitere Vorgehen (z.B. eine Klinikeinweisung) entscheiden. Wie viele andere telemedizinische Projekte ist auch dieses nicht über den Status eines Pilotprojekts hinausgekommen.

3.3.3 Die Situation auf dem Lande

Besonders angespannt – wie weiter oben beschrieben – ist die medizinische Versorgungssituation auf dem Lande. Neben den Überlegungen Ärzte durch höheres Einkommen und finanzielle Unterstützung bei der Praxiseinrichtung zur Niederlassung in ländlichen Regionen zu bewegen, regt der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Andreas Köhler eine Filialisierung von Arztpraxen an[37]: „Ein Hausarzt wohnt beispielsweise im Speckgürtel von Berlin. Er pendelt tageweise in die umliegenden Kleinstädte und behandelt dort im wahrsten Sinne des Wortes ambulant. So kann er mehrere Orte gleichzeitig versorgen. Die Patienten werden sich daran gewöhnen, dass ihr Hausarzt nur noch montags Sprechstunde hat, dienstags dann der Kinderarzt vor Ort ist, am Mittwoch die Augenärztin und donnerstags der Orthopäde. Als Behandlungsort kämen Gesundheitsstationen in Frage, die von den Kommunen eingerichtet und finanziert werden müssten. Geht es nach der KBV, können die Ärzte als Freiberufler durch die Lande tingeln oder als Angestellte. Allerdings müsse das Honorarsystem geändert werden, fordert Köhler. Weg von der Fallpauschale, wie sie jetzt üblich ist, hin zur Entlohnung der Zeit, die ein Arzt seinem Patienten widmet. Nur so rentiert es sich für den freien, niedergelassenen Arzt, auch weitere Wege zu seinen Kranken in Kauf zu nehmen. Außerdem soll die KBV künftig die Möglichkeit haben, Ärzte anzustellen. Denn auch das unternehmerische Risiko ist ein Grund, warum viele Uni-Absolventen davor zurückschrecken, viel Geld in die Ausstattung einer Landarzt-Praxis zu stecken.“

3.4 Technische Ausstattung der Haushalte

Neben den neuen Wohnformen und der Reorganisation ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten kann auch der Einsatz von Technik den Gesundheitsstandort Haushalt stärken. Dabei sind die Bau- und Haustechnik von besonderer Bedeutung. Aber auch die Informations- und Kommunikationstechnik spielt eine wichtige Rolle.

3.4.1 Bau- und Haustechnik

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist die Barrierefreiheit vom Häusern und Wohnungen. Für die Herstellung der Barrierefreiheit sind neben den Architekten Handwerker verschiedener Fachgebiete (in erster Linie aus den Bereichen Sanitär, Heizung und Klima, aber auch aus den Bereichen des Elektro- und Tischlereihandwerks) zuständig.

In Oberhausen bietet das „Handwerkszentrum – Wohnen im Alter – der Handwerkskammer Düsseldorf“ einen Fernlehrgang zum Thema „Senioren- und behindertengerechtes Bauen und Wohnen“[38] an. Absolventen des Lehrgangs qualifizieren sich zur „Fachkraft für barrierefreies Bauen“ und werden ins „Handwerkerverzeichnis seniorengerechtes / barrierefreies Bauen und Wohnen“ aufgenommen. Neben dem technischen Wissen werden den Lehrgangsteilnehmern auch Kenntnisse über „Bedürfnisse der Kunden; Einschränkungen im Alter; Behinderungen; Fachbegriffe aus der Medizin; die Pflegestufen und ihre Definitionen“

vermittelt. Weiterhin steht die Besichtigung eines Seniorenwohn- und Pflegezentrums auf dem Lehrgangsprogramm.

Des Weiteren bietet das Internetportal für barrierefreies Bauen und Wohnen des Handwerkszentrums eine Dauerausstellung zum Thema „Praktische Lösungen für Wohnraumanpassungen“ an.

„In den Räumen der 1. Etage des Handwerkszentrums Ruhr in Oberhausen haben wir auf ca. 240 m^2 eine Dauerausstellung zu Produkten und Dienstleistungen rund um den Bereich des komfortablen Wohnens eingerichtet.

Hier werden Ihnen innovative Aspekte der barrierefreien Wohnraumgestaltung und -anpassung mit deutlichem Handwerksbezug aufgezeigt. Im Informationsraum finden Sie Broschüren und Kontaktadressen zum Thema. An Internetterminals können Sie sich über die Aussteller intensiv informieren.

Wesentliche Produkte und Dienstleistungen der häuslichen Funktionsbereiche Wohnen, Essen, Schlafen, Körperhygiene, Sicherheit, Kommunikation etc. werden hier demonstriert. Neben praktischen Beispielen sind Komfort und Sicherheit wichtige Ausstellungsaspekte.

Die Ausstellung richtet sich an:

- interessierte Personengruppen, wie z.B. Senioren, Vorsorger, Multiplikatoren, Berufsschüler, Vermieter
- Handwerker, die ihre Kunden anhand von Musterprodukten, -installationen beraten wollen
- Architekten und Planer
- Wohnungsgesellschaften“

Neben der gerade beschriebenen von der Handwerkskammer Düsseldorf betriebenen Einrichtung existieren in Nordrhein-Westfalen weitere Einrichtungen, die sich um die alten- und behindertengerechte Ausstattung von Wohnungen bemühen. Eine davon ist die Gesellschaft für Gerontotechnik (GGT)[39] in Iserlohn, die ihren Kunden folgende Leistungen anbietet:

„Ideenfindung : Zum richtigen Zeitpunkt die richtige Idee! Ihre vorhandene Lösungen werden analysiert, Variationen abgeleitet und die Wünsche und Anforderungen Ihrer Kunden durch den Einsatz von Kreativworkshops und Focus-Groups analysiert. Die Lösungen betrachten wir von einem neuen Standpunkt, lassen alte Denkstrukturen und herrschende Routinen beiseite und legen für Sie die Rahmenbedingungen für eine zielgerichtete Produktentwicklung fest.

Realisierung: Sie erhalten fundierte Unterstützung bei der Erstellung von Pflichten- und Lastenheften unter Berücksichtigung der alterspezifischen Leistungsminderungen. Bei Bedarf entwickeln wir für Sie neue technische Vorgaben.

Zielgruppenanalyse: Kennen Sie ihre Zielgruppe, speziell die Gruppe 50+, wirklich? Basiert Ihr Wissen auf jahrelanger Erfahrung, auf wissenschaftlichen Untersuchungen oder nur auf Annahmen und Vermutungen? Für Sie finden wir heraus, wer Ihr Kunde ist, was er für Anforderungen stellt, wie er besonders effektiv angesprochen werden kann und was zu einer Kaufentscheidung führt. Zu diesem Zweck können die GGT-Panel befragt werden.

Usability-Experteneinschätzung: Sie erhalten in einer sehr frühen Phase der Produktentwicklung sehr schnell eine Aussage von den Experten der GGT über Bedienbarkeit und Gebrauchstauglichkeit und können so Produktions- und Designkosten reduzieren.

Akzeptanzanalyse: Ihre Prototypen und Produktmuster werden unter Einbeziehung der Nutzergruppe 50+ im Rahmen von Focus-Groups geprüft und bewertet. Die Produkte werden hinsichtlich Handling, Nutzung und Gebrauchstauglichkeit untersucht um Fehler und Barrieren rechtzeitig festzustellen. Sie erhalten wichtige Informationen über Einflüsse auf das Kaufverhalten Ihrer Kunden. Ihre Angebote werden hinsichtlich geeigneter Unique Selling Points analysiert.

Benutzertest: Möchten Sie wissen, wie Sie die Erwartung Ihrer Kunden übertreffen können um so eine stärkere Kundenbindung zu erreichen? Dazu führen wir für Sie mit Ihrem Produkt einen Benutzertest unter Praxisbedingungen durch und ermitteln Stärken und Schwächen als auch die Erwartungen der speziellen Zielgruppen. Insbesondere wird die Benutzerfreundlichkeit bei der alltäglichen Nutzung überprüft."

Das Forschungsinstitut Technologie und Behinderung (FTB)[40] in Wetter ist eine weitere Einrichtung in NRW, die mit „einem interdisziplinären Team an der Erforschung, Erprobung und Anwendung moderner Technologien für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen" arbeitet. Das FTB ist Teil der Evangelischen Stiftung Volmarstein und An-Institut der Fernuniversität Hagen und der Technischen Universität Dortmund.

Der Förderverein Lebensgerechtes Wohnen OWL e.V.[41] mit Sitz in Bielefeld hat sich auf die Fahnen geschrieben, Senioren und Menschen mit Behinderungen zu beraten, um ihnen „ein selbstbestimmtes und selbstständiges Wohnen in privatem Wohnraum zu ermöglichen und zu erhalten". Er betreibt das „Informationszentrum Lebensgerechtes Wohnen in OWL".

3.4.2 Informations- und Kommunikationstechnik

Wie weiter oben beschrieben, haben die Hausnotrufsysteme einen großen Anwenderkreis am Gesundheitsstandort Haushalt gefunden, sie werden seit den 80er Jahren verwendet. In den 90er Jahren wurde mit der Telemedizin begonnen, und der neueste gesundheitsbezogene Techniktrend, der die Möglichkeiten des Gesundheitsstandorts Haushalt vergrößern soll, heißt „Ambient Assisted Living".

3.4.2.1 Was ist Telemedizin?

Die Telemedizin ist Teil der der Gesundheitstelematik. Der Begriff Telematik entstand zur Benennung von kombinierten Anwendungen aus Telekommunikations- und Informationstechnik. Das Fachgebiet, das sich mit Telematikanwendungen im Gesundheitswesen beschäftigt, wird als Gesundheitstelematik bezeichnet. Synonyme dafür sind eHealth und Health Telematics.

In der Telemedizin werden Informations- und Kommunikationstechnik eingesetzt, um räumliche Distanzen zwischen Ärzten und Patienten zu überbrücken. Dabei sind entweder nur Fachleute beteiligt, etwa bei einem Telekonsil, in dessen Verlauf zwei räumlich getrennte Radiologen eine Röntgenaufnahme analysieren. Allerdings ist auch eine Telekooperation zwischen Fachmann und Patient denkbar, wenn dieser ein EKG erstellt und es über das Telefonnetz an einen Arzt übermittelt (detailliert: Haas 2006: 6, 524)

3.4.2.2 Was ist AAL?

Bei der Beschäftigung mit der Frage, welche Bedeutung die Informations- und Kommunikationstechnik für die Entwicklung des Haushalts als Gesundheitsstandort hat, darf das

„Ambient Assisted Living“ nicht unberücksichtigt bleiben, da die Telematik eine wichtige Komponente von AAL bildet. Historisch geht AAL auf einen Aufsatz von Mark Weiser zurück, der 1991 seine Vision vom „Ubiquitous Computing" beschrieb und damit das Konzept des AAL vorbereitete (Weiser 1991).

„Unter 'Ambient Assisted Living' (AAL) werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebensabschnitten zu erhöhen" ist auf der Homepage zu lesen, auf der das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die VDI/VDE Innovation + Technik GmbH ein AAL-Förderprogramm präsentieren[42].

Telemedizin und AAL werden in letzter Zeit häufig in einem Atemzug genannt, besonders, wenn es um „intelligente“ Häuser und Wohnungen geht, die es alten und kranken Menschen ermöglichen sollen, ein selbst bestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu führen. Das intelligente Haus oder die intelligente Wohnung versorgen, überwachen und beschützen ihre Bewohner mit Hilfe technischer Assistenzsysteme (Heusinger 2005). Wichtige Komponenten häuslicher „Intelligenz“ sind Sensoren, die beispielsweise den Zustand von Herdplatten und Fenstern überwachen, sowie Aktoren, die vergessene Herdplatten abschalten und geöffnete Fenster schließen, bevor sie das Warmwasser-Ventil der Zentralheizung öffnen. Die Sensoren und Aktoren sind mit Computern verbunden, die die ermittelten Umgebungsinformationen auswerten und entsprechende Aktionen einleiten. Zu dieser Kategorie gehören auch in der Wohnung angebrachte Sensoren, die den Sturz einer Person registrieren und einen Notruf absenden können. Seit geraumer Zeit wird auch an der Entwicklung von Robotern gearbeitet, die Hausarbeit verrichten können.

Viele AAL-Projekte können auch als Telemedizin-Projekte beschrieben werden, die Informations- und Kommunikationstechnik ist eine Schlüsselkomponente von AAL.

3.4.2.3 Beispiele für Telemedizin

Hausnotruf-Systeme ermöglichen es ihren Benutzern, Helfer im Notfall in ihre Wohnung zu rufen, ihre Verbreitung haben wir weiter oben referiert. Telehealth-Systeme ermöglichen es ihren Benutzern, Diagnose und Überwachung von Vitalfunktionen in ihren Wohnungen durchführen zu lassen, die früher das Aufsuchen des Krankenhauses oder der Arztpraxis zur Vorausetzung gehabt hätten.

Einer der Pioniere der Telemedizin in Deutschland ist das Institut für angewandte Telemedizin (IFAT). Es wurde im Jahre 2003[43] gegründet als Einrichtung des Herz- und Diabeteszentrums Nordrhein-Westfalen (HDZ) in Bad Oeyhausen. Das HDZ gehört zur medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum.

Das IFAT bietet eine breite Palette telemedizinischer Dienstleistungen an[44]:

Diagnostik

- Diagnostik bei Schwindel
- Diagnostik bei Synkope
- Verdacht auf Herzrhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern
- Verdacht auf Durchblutungsstörungen am Herzen

Therapie

- Ambulante Kontrolle von Vorhofflimmern mit Therapieanpassung

- Zustand nach elektrischer Kardioversion mit elektrokardiologischer Kontrolle
- Gewichtskontrolle bei Herzinsuffizienz
- telemedizinische Kontrolle
  - Gerinnungskontrolle und Therapieeinstellung
  - telemedizinische Blutzuckerkontrolle mit Einstellungsangebot
  - telemedizinisch geführte Gewichtsreduktion
  - telemedizinisch gesteuerte ambulante Rehabilitation
  - telemedizinische Blutdruckkontrolle und Einstellung

Prävention

- EKG-Kontrolle zur Früherkennung von Herzinfarkten
- elektrokardiographische Kontrolle zur Früherkennung von Schlaganfällen

Ein Beispiel für Telehealth Monitoring im Bereich kardiologischer Erkankungen ist das vom IFAT durchgeführte Projekt AUTARK (Körtke et al. 2006). Die Auflösung des Akronyms AUTARK lautet: „Ambulante Und Telemedizinisch gestützte AnschlussRehabilitation nach Kardialem Erstereignis".

Die AUTARK-Teilnehmer wurden während ihres Aufenthalts im HDZ, in dessen Verlauf sie am Herzen operiert oder wegen eines zuvor erlittenen Infarktes therapiert wurden, mit der Handhabung eines mobilen Elektrokardiographen (EKG) vertraut gemacht, der etwa die Größe eines Mobiltelefons hat. Bei der Entlassung aus der stationären Behandlung nahmen sie den EKG mit nach Hause. Beim Auftreten kardiologischer Probleme konnten die Patienten ein Elektrokardiogramm erstellen und es sofort über ein integriertes Telefon an des HDZ übermitteln, dessen Personal weitere therapeutische Maßnahmen einleiten konnte. Die Telemedizin wurde somit zu einem Werkzeug der Rehabilitation.

„Das AUTARK-Programm wird entsprechend den dargestellten Ergebnissen von den Patienten sehr gut angenommen. Besonders die Integration des Rehabilitationsprogramms in das häusliche Umfeld scheint dazu beizutragen, dass die Patienten schneller in den Lebensalltag zurückkehren können. Die telemedizinische Überwachung bietet dabei ein hohes Maß an Sicherheit, weil der Patient lernt, seine eigene Leistungsfähigkeit realistisch einzuschätzen. Durch das dem individuellen Lebensalltag des Patienten angepasste Rehabilitationsprogramm sowie die direkte Einbindung von Angehörigen und Bezugspersonen scheint eine positive Beeinflussung des individuellen Risikoprofils nach eigner Einschätzung für einen Großteil der Patienten auch über den Zeitraum der ambulanten Rehabilitation hinaus möglich. Die ambulante telemedizinisch betreute Rehabilitation ist demnach auch ein viel versprechendes Instrument für eine langfristige Tertiärprävention" (Körtke et al. 2006, 2924).

Herzinfarkt-Patienten wurden bisher weitgehend in drei Phasen behandelt: Auf einen stationären Krankenhausaufenthalt zur Therapie des Infarktes folgte eine Rehabiltationsphase, die meistens ebenfalls stationär durchgeführt wurde. Eine weitere Rehabilitationsphase schließt sich an die beiden stationären Phasen an. Sie wird ambulant durchgeführt und hat u.a. langfristige Verhaltensänderungen (mehr Bewegung, Reduzierung des Körpergewicht) zum Ziel. Die AUTARK-Forscher kommen zu dem Schluss, dass die telemedizinische betreute Rehabilitation eine Ergänzung wenn nicht gar ein Ersatz für die traditionellen stationären Rehabilitationsmaßnahmen sein könnte. Dieser Schlussfolgerung wird von anderen Fachleuten entschieden widersprochen.[45]

Neben dem IFAT existiert seit dem April 2008 mit dem Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin an der Berliner Charité ein weiteres universitäres telemedizinisches Institut[46]. Darüber hinaus existieren auch privatwirtschaftlich organisierte Firmen, die Telehealth Monitoring anbieten.

Die Firma SHL Telemedizin GmbH in Düsseldorf ist ein Deutschland- und weltweit führender Anbieter telemedizinischer Dienstleistungen[47]:

„Der Verlauf von chronischen und akuten Herzerkrankungen sowie von Diabetes hängt im besonderen Maße von der Intensität der medizinischen Betreuung ab.

Telemedizin ist eine gute Möglichkeit, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Dies funktioniert über eine enge Patientenführung mit einem kontinuierlichen Monitoring der Vitalwerte, regelmäßige Patientenkontakte und individuelle Informationen zum Krankheitsbild. Das Verständnis der Patienten für ihre Erkrankung und ihre Selbstverantwortlichkeit wächst; sie halten sich eher an die Therapievorgaben ihrer behandelnden Haus- und Fachärzte.

SHL Telemedizin entwickelte verschiedene telemedizinische Betreuungsprogramme:

Paxiva® für Patienten mit koronarer Herzerkrankung bzw. mit Herzrhythmusstörungen (Akutbereich)

Zertiva® für Patienten mit Herzinsuffizienz der NYHA-Stadien II-IV (chronischer Bereich)

Diabetiva® für Patienten mit Diabetes mellitus

Die Programme werden immer ergänzend zur Behandlung durch Haus- und Fachärzte sowie Kliniker angeboten und verbessern so nachweislich die Versorgungsqualität. Darüber hinaus können sie miteinander kombiniert werden.

Ärzte und medizinisches Fachpersonal betreuen die Patienten 365 Tage im Jahr, rund um die Uhr vom Telemedizinischen Zentrum aus – dem Herzstück von SHL Telemedizin in Düsseldorf.“

Momentan wird das Telehealth Monitoring von Anwendungen aus dem kardiologischen sowie dem diabetischen Bereich dominiert. Allerdings gibt es auch Aktivitäten in anderen medizinischen Bereichen. Die Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Greifswald bietet einen Teleaugendienst[48] an:

„Im Rahmen von drei BMBF geförderten Projekten zur telematischen Versorgungsforschung erarbeitet die Universitätsaugenklinik in Greifswald Konzepte und Anwendungen im Bereich integrierte Patientenversorgung:

1. Teletonometrie - Home-Monitoring von Glaukom Patienten,

2. OSKAR - Screening der Frühgeborenenretinopathie,

3. DiVA - Web-basierter ärztlicher Telekonsildienst für die Digitale Gefäßanalyse”[49].

Die Firma Teltra GmbH, die aus einem Forschungsprojekt hervorgegangen ist, das am Universitätsklinikum Bergmannsheil der Ruhr-Universität Bochum durch geführt wurde, bietet die „computergestützte Rehabilitation bei neurologischen Ausfällen “[50] an. Dabei geht es um die Therapie

- bei Ausfällen des Gesichtsfelds in einem Quadranten oder zur Behandlung unregelmäßig verteilter Bereiche der Störung des Gesichtsfelds (sog. Skotome)
- bei kortikalen Blindheit, bei der beide Felder der Sehrinde geschädigt sind. Patienten können hier allenfalls noch Hell-/Dunkel- und Bewegungsreize erkennen.

- bei halbseitigen Gesichtsfeldausfällen. Bei diesen Störungen fehlt nahezu die Hälfte des Gesichtsfeldes auf beiden Augen.
- von Patienten mit starken Phantomschmerzen und Schmerzen nach Nervenverletzungen

Teltra bietet zur Therapie Software an, die der Patient auf seinem heimischen PC installiert und anwendet. Die Therapie wird vor Ort untestützt durch die Kooperation mit Krankenhäusern und Schwerpunktpraxen.

„Seit zwei Jahren betreibt das Evangelische Krankenhaus Witten gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten (ÄQW) ein regionales Wundnetz zur Betreuung von Patienten mit chronischen Wunden. Das Projekt wird wissenschaftlich durch das Dortmunder Fraunhofer Institut für Software und Systemtechnik (ISST) begleitet. Im Evangelischen Krankenhaus arbeitet die Arbeitsgruppe Telemedizin; diese Nähe zwischen Forschung und Krankenhaus ist förderlich für das gemeinsame Vorhaben. Mit Hilfe der Telemedizin haben das Evangelische Krankenhaus Witten und Fachärzte der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten eine medizinische Datenbank aufgebaut. Auf wöchentlichen Wundkonferenzen werden gemeinsam Diagnosen gestellt und Behandlungsmethoden diskutiert. Krankenhaus- und niedergelassene Fachärzte legen ihr Fachwissen zusammen und können so die optimale Behandlungsmethode zum Wohle des Patienten besprechen. Besonders, wenn es um die Entscheidung für oder gegen eine Operation geht, ist die Einbindung von Chirurgen des Krankenhauses unerlässlich. In der Wundkonferenz kann jeder niedergelassene Arzt und auch Krankenhausarzt Patienten vorstellen.“[51]

Ein Beispiel für ein Pilotprojekt im Bereich der Teledermatologie lässt sich in Österreich finden. Im Projekt TELEULCUS betreute die Universitätshautklinik in Graz 16 Patienten mit 45 chronischen Beinulcera. Das universitäre Wundzentrum überwachte telemedizinisch den Wundzustand. Die Wundbehandlung wurde von ambulanten Pflegediensten unter Beteiligung der Hausärzte in den Wohnungen der Patienten vorgenommen. Alle Beteiligten waren mit den Prozessen und Ergebnissen zufrieden (Binder et al. 2008).

3.4.2.4 Beispiele für Ambient Assisted Living (AAL)

Eine wichtige Komponente des AAL ist das „intelligente“ Haus oder die „intelligent“ Wohnung, „das/die seine Bewohner versorgt, überwacht und beschützt, so dass trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein längerer, selbstbestimmter Verbleib zu Hause möglich ist. Die Technik dient dem Menschen und nicht umgekehrt. Die Technik soll und kann nicht den (pflegenden) Menschen ersetzen“[52]. Wichtige Komponenten häuslicher Umgebungsintelligenz sind Sensoren, die den Zustand von Herdplatten und Fenstern überwachen, und Aktoren, die vergessene Herdplatten abschalten und geöffnete Fenster schließen, bevor sie das Warmwasser-Ventil der Zentralheizung öffnen. Die Sensoren und Aktoren sind verbunden mit Computern, die die ermittelten Umgebungsinformationen auswerten.

Inzwischen ist die „intelligente“ Wohnung nicht mehr nur das Thema von Entwicklern von Soft- und Hardware sowie Architekten, vielmehr gibt es einige Wohnungsunternehmen, gerade auch im Ruhrgebiet (in Bochum die VBW und in Dortmund die DOGEWO), die hierin ein Gestaltungsfeld entdecken. Wenn man an die vielfältigen Aspekte der Telemedizin denkt, die zurzeit ganz praktisch erprobt werden, dann ist gerade das Wohnen ein lohnenswerter Bereich für die Erprobung von gesundheitlichen Servicefunktionen und deren Vermarktung in der Wohnungswirtschaft. Dies gilt vor allem für die wachsende Gruppe der Älteren, die oft schon jahrzehntelang in den Wohnungen leben und möglichst lange auch bleiben möchten.

Gebraucht wird aber eine unterstützende Infrastruktur, die den älteren Menschen auch in gesundheitlicher Hinsicht Sicherheit gibt. Sicherheit im Alter wird so in den verschiedenen Dimensionen zu einem zentralen Thema der Wohnungsunternehmen – und dies birgt auch ökonomische Chancen in einer alternden Gesellschaft. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, alle technischen Optionen zu nutzen, um sowohl die Lebensqualität Älterer zu erhöhen als auch langfristig den Wohnungsbestand zu modernisieren und damit die Wohnungsunternehmen auf den neuen (durch die Demographie maßgeblich tangierten) „Markt" einzustellen. Gleichzeitig ergeben sich aber auch neue Optionen für die Informations- und Kommunikationstechnik sowie die sozialen Dienste und die Gesundheitswirtschaft insgesamt (vgl. Heinze 2008). Durch die sich ausbreitenden „Best-Practice-Beispiele" werden – so die optimistische Prognose - auch die bislang sich noch reserviert verhaltenen Akteure „getrieben" und diese werden sich deshalb wandeln „müssen".

Obwohl sich die Anfänge von AAL bis in den Beginn der 1990er Jahre zurück verfolgen lassen, als Mark Weiser seine Vision vom „Ubiquitous Computing" formulierte (Weiser 1991), die eine Durchdringung aller Lebensbereiche mit miniaturisierten, vernetzten Computern beschrieb, gibt es in der Realität so gut wie keine AAL-Realisierung. Den größten Beitrag zur angemessenen Gestaltung von Wohnungen für alte und kranke Menschen leisten momentan Handwerker, wie Installateure und Elektriker, durch die Einrichtung von barrierefreien Bädern, die Installation von Treppenliften etc.

Geht es um die Realisierung von AAL in Wohnungen und Häusern, die Informations- und Kommunikationstechnik sowie Sensorik verwendet, gibt es in Deutschland eine Vielzahl von Einrichtungen, die diese technischen Komponenten entwickeln und deren Möglichkeiten demonstrieren. Das Institut für Mikroelektronische Schaltungen und Systeme (IMS) der Fraunhofer Gesellschaft (FhG) hat in Duisburg in Kooperation mit Partnern aus der Industrie das INHAUS-Zentrum aufgebaut[53]. Neben dem IMS sind am INHAUS-Zentrum sechs weitere beteiligt, vo denen 3 in NRW beheimatet sind (ISST Dortmund, IML Dortmund, Umsicht Oberhausen). Neben den Partnern aus der Fraunhofer Gesellschaft gibt es noch eine ganze Reihe weiterer Partner aus den Bereichen Bauwirtschaft, Wohnungswirtschaft etc.

Das inHaus-Zentrum besteht aus inHaus1 und inHaus2. Das inHaus1 demonstriert Anwendungen für Wohnimmobilien, inHaus2 für Nutzimmobilien, speziell für die Hotel und Veranstaltungen, Büro und Service sowie Hospital und Pflege,

Das Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik in Dortmund ist [54] ist u.a. auf den Gebieten AAL und eHealth unterwegs.

Miriam Aboudan listet 14 weitere Präsentations- und Testzentren für AAL-Technik in Deutschland sowie Österreich und der Schweiz auf (Aboudan 2008).

4 Der Stand der Dinge am Gesundheitsstandort Haushalt in NRW

Im vorangegangenen Kapitel wurden die unterschiedlichen Dimensionen beschrieben, in denen die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsstandorts Haushalt erweitert werden könnte. In diesem Kapitel wird versucht, ein vorläufiges Resümee hinsichtlich der einzelnen Dimensionen zu ziehen.

NRW ist in allen analysierten Dimensionen vertreten, in einigen sogar führend (IFAT).

4.1 Die Verbreitung neuer Wohnformen und Wohnquartiersgestaltung

Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher neuer Wohnformen, die die Leistungsfähigkeit des Gesundheitsstandort Haushalts erhöhen könnten. Allen gemeinsam ist, dass sie die Funktionen, die früher Großfamilie und Dorfgemeinschaft oder städtische Nachbarschaft boten, zu restaurieren versuchen. Eine aktuelle wissenschaftliche bundesweite oder auf NRW bezogene Untersuchung über die Verbreitung dieser neuen Wohnformen gibt es unseres Wissens nicht. Die weiter oben zitierte Untersuchung des der LBS berücksichtigt nur das Service-Wohnen, nicht jedoch die Mehr-Generationen-Wohngemeinschaften. Es ist auch nicht bekannt, wie viele Menschen in diesen unterschiedlichen neuen Wohnformen leben.

„Anpassung „normaler“ Wohnungen, Wohnen mit Betreuung zu Hause, Gemeinschaftliche Wohnprojekte, Betreutes Wohnen, Betreute Wohngemeinschaften sowie Quartiersbezogene Wohnkonzepte, die verschiedene Wohn- und Betreuungsformen kleinräumig vernetzen. Diese Wohnkonzepte sind in ihren vielfältigen Ausprägungen nicht nur für ratsuchende ältere Menschen und deren Angehörige eher verwirrend, sondern häufig auch für Altenhilfeplaner. Bisher fehlten klare Begriffsbestimmungen und Einschätzungen, inwiefern die Wohnkonzepte den Erwartungen in der Praxis auch entsprechen. Darüber hinaus fehlte es an Orientierung, in welche Richtung sich vorhandene Wohnkonzepte angesichts der Herausforderungen der Zukunft weiterentwickeln sollten.“[55] heißt es in einer Studie, die von der Bertelsmann Stiftung und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe im Jahre 2003 vorgelegt wurde. In diesem Feld besteht also eindeutig weiterer Forschungsbedarf, auf Länder- wie auf Bundesebene.

4.2 Stand der Reorganisation medizinischer und pflegerischer Tätigkeiten

Auf diesem Gebiet sind in NRW einige viel versprechende Entwicklungen zu beobachten – speziell im Bereich der Entlastungen des Hausarztes durch EVA. Die Telemedizin zieht langsam in die Aus- und Weiterbildung der medizinischen Fachangestellten in NRW ein, allerdings sind die Fallzahlen noch eher gering.

Inzwischen haben auch einige Pfleger und Pflegewissenschaftler ihr Interesse an Telemedizin und AAL entdeckt und disktutieren deren Einsatz (Büscher und Rumm 2010). Außerdem fordern sie ihre frühe Einbeziehung bei der Entwicklung der Systeme.

Die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärtzten und amblulanten Pflegediensten sollte mit Bezug auf den Gesundheitsstandort Haushalt generell weiter ausgebaut werden. Hier

hat NRW ein interessantes Politprojekt vorzuweisen, die Kooperation wischen IFAT und dem Pflegedienst der Johanniter Unfallhilfe (vergl. 3.2.2).

4.3 Bau- und Haustechnik

„Die Zukunft liegt im Umbau – Bundesbauministerium will Sensibilität für altersgerechtes Bauen fördern“ lautet die Überschrift einer aktuellen Pressemitteilung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) vom 10. März 2010[56]. In dieser Pressemitteilung werden die Ergebnisse einer Befragung referiert, die das KDA in 1.000 Seniorenhaushalten durchgeführt hat. Die wichtigsten Ergebnissse dieser Untersuchung lauten:

- Lediglich 5% aller Wohnungen (550.000), in denen ältere Menschen leben, sind barrierefrei oder wenigsten barrierearm.
- Die Sachverständigenkommission „Wohnen im Alter“ hat auf Basis der vorliegenden Studie einen Investitionsbedarf von 39 Mrd. € errechnet. Mit diesem Geld könnten 2,5 Mio. Wohnungen zumindest barriearm umgestaltet werden.

Die Forscher des KDA weisen außerdem darauf hin, dass rund zwei Drittel der älteren Menschen nicht im Zentrum, sondern in Randlagen leben. Damit ist die selbstständige Haushaltsführung vielfach gefährdet.

Es bleibt also noch viel zu tun. NRW verfügt allerdings über eine Reihe von Einrichtungen, die sich mit der Gestaltung von Wohnungen für alte Menschen beschäftigen. Hier sind Wissenschaftler, aber auch Handwerker tätig.

4.4 Zum Ausbaustand von Telemedizin und AAL

Seit geraumer Zeit wird in Deutschland in unterschiedlichen Zusammenhängen das Thema Telemedizin intensiv diskutiert, wobei die Erwartungen groß sind: „Das Versorgungsniveau des Gesundheitssystems lässt sich nur mit Hilfe von Telemedizin aufrecht erhalten“, betonte Klaus Theo Schröder, der damalige Staatssekretär aus dem Bundesministerium für Gesundheit, auf dem Telehealth-Kongress 2009 in Hannover (Lange 2009).

Ebenfalls groß sind die Erwartungen hinsichtlich AAL: „Europe Is Facing a Demographic Challenge. Ambient Assisted Living Offers Solutions“ lautet der Titel einer EU-Studie zu diesem Thema (Steg et al. 2006).

Bisher sind diese Erwartungen jedoch erst ansatzweise realisiert worden: „Ein größerer Einsatz der Telemedizin könnte enorme gesellschaftliche und wirtschaftliche Vorteile mit sich bringen. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt die volle Würdigung und Nutzung dieser Vorteile noch in weiter Ferne.“ (KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN 2008), resümiert die europäischen Kommission in einem Bericht zum Thema Telemedizin.

Die medizintechnischen Komponenten sowie die notwendigen Komponenten der Informations- und Kommunikationstechnik werden seit langem entwickelt und sind teilweise ausgereift. Trotzdem sind telemedizinische Verfahren immer noch kein Standard im medizinischen Alltag, sondern Pilotprojekte, die nach Ende der Finanzierungszeit trotz nachgewiesener Vorteile für alle Beteiligten nicht fortgeführt werden. Es grassiert die „Pilotitis“ (Lange 2009), Projekte „sterben“ nach Auslaufen der Finanzierungund und werden nicht in den Regelbetrieb übernommen.

Die aktuellen Probleme der Telemedizin und des AAL wurden in der Vergangenheit häufig durch die Technozentrik generiert, die viele Entwicklungsprozesse dominierte. Hier ist aber gerade in letzter Zeit ein Bewusstseinswandel bei allen beteiligten Professionen zu konstatieren. Angehörige der Pflegeberufe akzeptieren die wachsende Bedeutung von (Informations-) Technik für ihre Tätigkeit und betonen die Relevanz der Beteiligung von Pflegepraxis und -wissenschaft an Prozessen der Technikentwicklung (Hülsken-Giesler 2010). Die Ärzteschaft hat sich auch auf 113. Deutschen Ärztetag intensiv mit dem Thema Telemedizin beschäftigt (Deutscher Ärztetag 2010). Die Grundeinstellung zu diesem Thema ist eher positiv, gleichzeitig wird aber die Beteiligung der Ärzteschaft an der Gestaltung von telemedizinischen Prozessen gefordert. Auch die dritte beteiligte Profession, die der Technikentwickler, öffnet sich verstärkt interdisziplinären Aspekten. Als Beispiel sei hier Jade Hochschule Wilhelmshaven/Oldenburg/Elsfleth genannt, die seit dem Wintersemester 2009/2010 einen Bachelorstudiengang „Assistive Technologien“ anbietet. „Erworben werden profunde ingenieurwissenschaftliche Kenntnisse mit Grundlagen- und Methodenwissen aus Medizin, Gerontologie, Gesellschaftswissenschaften sowie aus Architektur und Bauwesen. Diese Kombination macht die Absolventen dieses Studienprogramms zu Experten an der Schnittstelle von Mensch und Maschine.“[57] Weitere größtenteils ungelöste Probleme, die die breite Einführung von Telemedizin und AAL behindern, sind juristische, wie das deutsche Fernbehandlungsverbot für Mediziner, und ökonomische, d.h. Finanzierungs- und Abrechnungsmöglichkeiten.

4.5 Fazit

Die Stärkung des Gesundheitsstandorts Haushalt kann in mehreren technischen und sozialen Dimensionen erfolgen. In NRW sind in allen Dimensionen mehrere erfolgreiche Akteure unterwegs. NRW ist in allen Dimensionen eher gut aufgestellt. Da aber generell übergreifende Statistiken fehlen, sind weitergehende Aussagen nicht möglich, wenn man von AAL und eHealth absieht.

Auf der vom IAT erstellten Landkarte Telemedizin stammen von den 251 ermittelten Projekten 56 aus NRW, auf den folgenden Plätzen liegen Bayern (42) und Baden-Württemberg (38).

In NRW mangelt es an der Kooperation der Akteure aus unterschiedlichen Dimensionen. Dieser Mangel ist jedoch nicht auf dieses Bundesland beschränkt, sondern er ist national, aber auch international zu konstatieren.

5 Vorschläge zur weiteren Gestaltung des Gesundheitsstandorts Haushalt

„Grundbausteine für einen New Deal für die Zukunft der Gesundheit – Mehr Integration, mehr Prävention, neue Wege bei Arbeit und Technik“ [58] lautete ein Fazit, dass auf dem Gesundheitskongress des Westens 2010 gezogen wurde. Dieses Motto kann auch auf die zukünftige Gestaltung des Gesundheitstandorts Haushalt übertragen werden. Dabei müssen folgende Rahmenbedingungen brücksichtigt werden:

Neue integrative Konzepte werden die Gesundheitsversorgung der Zukunft sicherstellen: traditionelle Angebote - vom Besuch beim Haus- oder spezialisierten Facharzt über die Arzneimittelversorgung der Apotheke, die Behandlung im Krankenhaus, den Pflegedienst bis zum Hospiz – werden im Zukunftsmodell sektorübergreifend verbunden und koordiniert werden müssen, um Qualität und Effizienz zu verbessern. Ein solcher New Deal kann mehr Wohlfahrt für die breite Bevölkerung schaffen, es müssen aber auch die Voraussetzungen geschaffen und Arbeit und Qualifizierung im Gesundheitsbereich entsprechend weiterentwickelt werden.

Der Schub für eine integrierte Lösung gelingt nur unter Einbeziehung der Patienten, zumal die integrierten Gesundheitskonzepte verstärkt auf Prävention setzen und die Versorgung von chronischen oder Mehrfach-Erkrankungen verstärkte Aufmerksamkeit erfordert. Technik und Telematik sollten schneller und breiter genutzt werden, nicht als Ersatz, sondern als Hilfe für die Arbeit.

Probleme der Umsetzung anspruchsvoller integrierter Lösungen resultieren auch aus Qualifikationsengpässen, aber auch in den geringen finanziellen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen. Auch die Akzeptanz bei Patienten und Kunden ist keineswegs überall vorhanden; High-Tech-Lösungen stoßen auf Vorbehalte, oft auch bei etabliertem Personal und bei Kostenträgern. Mehr Integration, Prävention und Technik erfordert Konsequenzen für Arbeit und Qualifizierung denn Pflege- und Ärztepersonal werden knapp – die Gesundheitsberufe müssen attraktiver werden, etwa durch einen neuen Professionenmix aus Medizin, Pflege und sonstigen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen. Auszubauen sind v.a. Qualifizierungen bei organisatorischen, kommunikativen und präventiven Kompetenzen.

Weitere Probleme resultieren aus der Tatsache, dass die sozialen und ökonomischen sowie die technischen Dimensionen der Unterstützung von krankheitsbewältigenden und gesundheitserhaltenden Maßnahmen im Haushalt häufig isoliert gesehen werden. Ärzte, Pfleger und Sozialarbeiter ignorieren häufig technische Möglichkeiten, bzw. kennen sie gar nicht. Nachrichtentechniker, Informatiker u.a. neigen häufig zur Technozentrik und kennen die psychologischen sowie medizinischen und pflegerischen Rahmenbdedingungen nicht, in denen ihre Systeme eingesetzt werden.

NRW ist in allen Dimensionen gut aufgestellt, allerdings fehlt auch hier eine holistische Sicht der Dinge. Außerdem ist auch NRW das Wissen über den Gesundheitsstandort Haushalt zu gering.

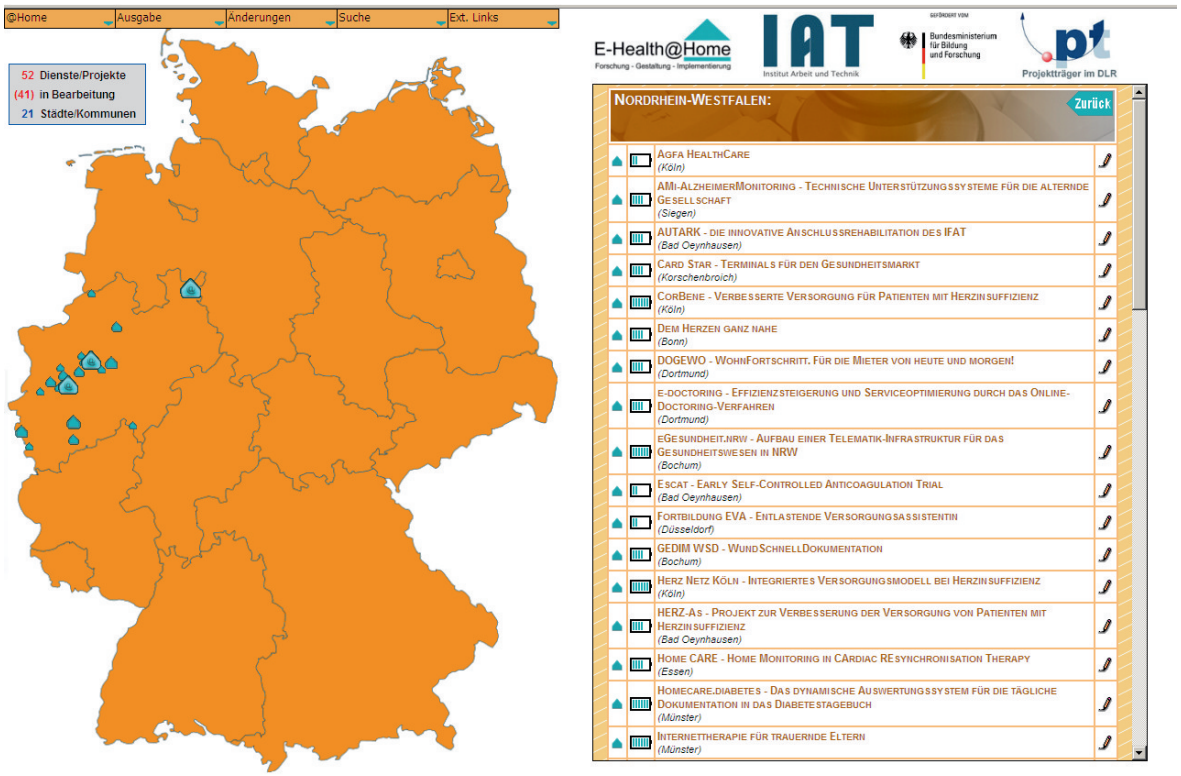
Es ist zu prüfen, ob die zersplitterte Forschungs-, Enwicklungs- und Erprobungslandschaft in NRW, die sich mit dem Gesundheitsstandort Haushalt beschäftig, durch ein Innovationsmonitoring gefördert werden könnte, wie es für die Förderung von eHealth auf Bundesebene bereits vorgeschlagen wurde (Heinze und Hilbert 2008).

6 Anhang

Telemedizin und AAL in NRW

Wie wir im Vorangegangenen gesehen haben, besteht in einigen Bereichen des Gesundheitsstandortes Haushalt Forschungsbedarf. So wäre es z.B. wichtig zu wissen, welche alternativen (Mehrgenerationen-) Haushaltstypen mit welcher Häufigkeit in Deutschland zu finden sind.

Um den Wissensstand hinsichtlich der Verbreitung haushaltsbezogener Telemedizin zu verbessern, erstellt das IAT im Rahmen des vom BMBF geförderten Projektverbundes eine E-Health@Home-Landkarte. Momentan sind in NRW 52 Projekte in 21 Städten registriert (Link: Telemedizin und AAL in NRW).



Agfa HealthCare (Köln)

AMi-AlzheimerMonitoring - Technische Unterstützungssysteme für die alternde Gesellschaft (Siegen)

AUTARK - die innovative Anschlussrehabilitation des IFAT (Bad Oeynhausen)

Card Star - Terminals für den Gesundheitsmarkt (Korschenbroich)

CorBene - Verbesserte Versorgung für Patienten mit Herzinsuffizienz (Köln)

Dem Herzen ganz nahe (Bonn)

DOGEWO - WohnFortschritt. Für die Mieter von heute und morgen! (Dortmund)

e-doctoring - Effizienzsteigerung und Serviceoptimierung durch das Online-Doctoring-Verfahren (Dortmund)

eGesundheit.nrw - Aufbau einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen in NRW (Bochum)

Escat - Early Self-Controlled Anticoagulation Trial (Bad Oeynhausen)

Fortbildung EVA - Entlastende Versorgungsassistentin (Düsseldorf)

GEDIM TeleDiabetes (Bochum)

GEDIM WSD - WundSchnellDokumentation (Bochum)

Herz Netz Köln - Integriertes Versorgungsmodell bei Herzinsuffizienz (Köln)

HERZ-As - Projekt zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz (Bad Oeynhausen)

Home CARE - Home Monitoring in CArdiac REsynchronisation Therapy (Essen)

Homecare.diabetes - Das dynamische Auswertungssystem für die tägliche Dokumentation in das Diabetestagebuch (Münster)

Internettherapie für trauernde Eltern (Münster)allerdings fehlt ist die mehrdimensionale Kooperation unteschiedlicher Akteure.

Johanniter-Unfall-Hilfe und Herz- und Diabeteszentrum NRW starten Pilotprojekt mit mobilen EKG-Geräten (Bad Oeynhausen)

JUTTA (JUsT-in-Time Assistance) Ambulante Quartiersversorgung (Duisburg)

Kardio-Service - Individuelle Telemedizin bei Patienten mit Herzinsuffizienz (Essen)

Knappschaft-Bahn-See (Bochum)

Med-on-@ix (Aachen)

MeDiNa - Mikrosystemtechnik för ganzheitliche telemedizinische Dienstleistungen in der häuslichen Nachsorge (Aachen)

Medisign GmbH - Motor der Gesundheitstelematik (Düsseldorf)

Medtronic GmbH - Technik fürs Leben (Meerbusch)

Möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben - Eine Kooperation von Immeo und der Mülheimer Sozialholding (Mülheim)

NEF - Notarzt-Einsatzfahrzeug (Marl)

NOPT - Neues Ostwestfälisches Postoperatives Therapiekonzept (Bad Oeynhausen)

NRW-Gesundheitsportal (Düsseldorf)

NutriWear - Textilintegriertes, intelligentes System zum Ernährungs- und Wasserhaushaltsmanagement (Aachen)

PHTS Telemedizin - Anbieter für telemedizinische Dienstleistungen (Düsseldorf)

Portalkliniken - Teleintensivmonitoring (Rheine)

Portalkliniken NRW (Krefeld)

SAMDY - Sensorbasiertes adaptives Monitoringsystem für die Verhaltensanalyse von Senioren (Gelsenkirchen)

Service4Home: Dienstleistungskoordination durch mikrosystemisch gestützte Informationseingabe (Bochum)

SHL Telemedizin (Düsseldorf)

SMART - telemedizinisch betreutes Gewichtsmanagementangebot des IFAT (Bad Oeynhausen)

Smart Living - Service Wohnen der Zukuknft durch Telemonitoring (Dortmund)

Smarter Wohnen NRW (Bochum)

SMITH - Sleep Monitoring In The Home (Krefeld)

SVA HEALTH CARE COMPETENCE CENTER - Telemedizinische Patientenakte (Düsseldorf)

TANDBERG Intern MXP (Ratingen)

Telebos - Telemedizinisch gestützte Bioklappen-Studie unter dem Aspekt des Vorhofflimmerns (Bad Oeynhausen)

TeleQin - Telemedical Quality Assurance in INR Self-monitoring versus INR Self-management after a mechanical heart valve replacement (Bad Oeynhausen)

TELTRA - Televisite in der Traumatologie (Bochum)

TEMONICS - Teleüberwachung von Lungen- und Herzkreislauf-Patienten (Bochum)

TEMOS - Telemedizin Netzwerk (Köln)

TSA - Technisch-soziales Assistenzsystem für Komfort, Sicherheit, Gesundheit und Kommunikation im innerstädtischen Quartier (Bitburg)

WebDA - Webbasierte Dienste für ältere Menschen und Angehörige (Bonn)

WiMi-Care: Förderung des Wissenstransfers für eine aktive Mitgestaltung des Pflegesektors durch Mikrosystemtechnik, Verbesserung des Wissensflusses um bedarfsorientierte Fachinformationen im Pflegesektor zu ermöglichen (Duisburg)

Wundnetz Witten - Erfolgsmodell Telekonsil (Witten)

XML-basiertes Datensatzformat zur ext. Qualitätssicherung in der Onkologie (Düsseldorf)

Anmerkungen

1 http://www.bmm.charite.de/aktuelles/dauerausstellung/BMM_Hintergrundinfos_Charitegeschichte.pdf

2 http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/i/11699883/510/D/-/27751055

3 Dieser Rechnung liegt zugrunde, dass in der Gesundheitswirtschaft – gerechnet in Vollzeitäquivalenten - in etwa 13.500 Beschäftigte einen Umsatz von 1 Mill. € erzielen. In Vollzeitäquivalenten gerechnet arbeiten in der Gesundheitswirtschaft insgesamt 3.5 Mio. Menschen und erzielen dabei Umsätze in der Größenordnung von rund 260 Mill. €.

4 www.bv-hausnotruf.de

5 http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1125

6 http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.306.1132

7 http://westfalen-blatt.de/nachrichten/generator/reg_show.php?id=36459

8 http://www.kassenarzt.de/w3.php?nodeId=200&page=1&newsId[7]=5292#7

9 http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/hausarztpraxis/dr-hoellerings-hausarzt-praxis-unrentable-hausbesuche_aid_346633.html

10 http://www.westfalenblatt.de/start.php?id=34396&artikel=reg&PHPSESSID=2e986c71856db812d10c006dba1cf851

11 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=55105

12 http://www.freitag.de/datenbank/freitag/2009/51/klinik-drg-management-gesundhei t-kapitalismus/print

13 http://www.ambulante-versorgungsluecke.de/7.html

14 http://idw-online.de/pages/de/news360362

15 http://www.stuttgarter-zeitung.de/stz/page/2387771_0_8661_-ins-heim-kommen-viele-aerzte-nur-ungern.html

16 http://www.altenheim.vincentz.net/fileserver/vincentzverlag/files/40400/40447/wappenschmidt_ahjg2010.pdf

17 Dieser Datenreport wird alle zwei Jahre in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Umfragen und Analysen, Mannheim (ZUMA) erstellt

18 http://www.perita.de/param_4_0_0_113/artikel.html

19 http://www.wdr.de/themen/panorama/11/alternative_wohnformen/070611.jhtml

20 http://www.dachverband-der-beginen.de/w_wurzel.htm

21 http://www.o-p-a.de/html/die_wohngruppe.html
http://www.service-wohnen-bielefeld.de

22 http://www.wfb-bremen.de/de/Gut-versorgt-zu-Hause/198759

23 http://www.bgw-bielefeld.de/bielefeld_modell.html

24 http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-82630044-CE634F97/bst/hs.xsl/72947_72984.htm

25 http://www.regiomanagement.de/dorvcms/upload/pdf/dbmobility.pdf

26 http://www.regiomanagement.de/dorvcms/front_content.php?idcat=31

27 http://www.derwesten.de/nachrichten/im-westen/Das-DORV-Zentrum-ist-der-Verein-des-Jahres-id194174.html

28 http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.7.47.3225

29 http://www.aekno.de/page.asp?pageID=6749

30 http://www.aekwl.de/index.php?id=2713

31 vormals: Arztfachhelferin

32 http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09_02/eva.html

33 http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/09_04/evas_hausbesuche.html

34 http://www.e-health-com.eu/details-news/telemedizin-die-ersten-evas-haben-ihre-ausbildung-abgeschlossen/

35 http://www.mv-schlagzeilen.de/agnes-verbessert-medizinische-versorgung-in-duenn-besiedelten-regionen/3964/

36 http://www.hdz-nrw.de/de/zentrum/presse/detailansicht.php?id=1573

37 http://www.wiwo.de/politik-weltwirtschaft/vergoldete-landarztpraxen-in-der-pampa-419010/

38 http://www.wia-handwerk.de/dmdocuments/FernWiA_Flyer.pdf

39 http://www.gerontotechnik.de/

40 http://www.ftb-net.de/

41 http://www.lebensgerechtes-wohnen.de/index.php?option=com_content&task=view&id=94&Itemid=162

42 http://www.aal-deutschland.de/

43 Erste telemedizinische Versuche des HDZ reichen in die 1990er Jahre zurück

44 http://www.hdz-nrw.de/de/zentrum/institute/telemedizin_dienstleistungspalette.php

45 http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=54515

46 http://www.charite.de/charite/presse/pressemitteilungen/artikel/detail/charite_eroeffnet_zentrum_fuer_kardiovaskulaere_telemedizin/

47 http://kkservices.shl-telemedicine.de/betreuungsprogramme/

48 http://www.medizin.uni-greifswald.de/augen/

49 http://www.teleaugendienst.de/einleitung.html

50 http://www.teltra.de/therapie.html

51 http://www.iat.eu/ehealth/detailansicht.php?link=240

52 http://mn.offis.de/smarthomes/ 20070628_SmartHomeWorkshop_OFFIS_Brucke.pdf

53 http://www.inhaus-zentrum.de/site_de/

54 http://www.isst.fraunhofer.de/geschaeftsfelder/

55 http://shop.kda.de/catalog/product_info.php?cPath=35&products_id=163

56 http://www.kda.de/news-detail/items/pm-2010-03-10.html

57 http://www.assistive-technologien.de/web/

58 http://www.iat.eu/index.php?article_id=870&clang=0

Die URL wurden zuletzt am 22. Juli 2010 auf ihre Richtigkeit geprüft.

Literatur

Aboudan, Miriam, 2008: AAL-LES SMART? Auch im Alter so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden selbstbestimmt leben - Wer will das nicht? AAL- und eHome-Technologien können bei der Umsetzung dieser Vision helfen. EHEALTHCOM (5): 14–21.

Binder, Barbara, *Wolfgang Salmhofer*, *Aslihan Okcu*, *Helmut Kerl*, *Peter Soyer* und *Rainer Hofmann-Wellenhof*, 2008: Teledermatologische Betreuung von Patient mit Beinulcera - ein Pilotprojekt. EHEALTHCOM (2): 53–55.

Borgetto, Bernhard, 2004: Selbsthilfe und Gesundheit. Analysen, Forschungsergebnisse und Perspektiven. Bern: Verlag Hans Huber.

Braun, Bernhard, *Petra Buhr*, *Sebastian Klinke*, *Rolf Müller* und *Rolf Rosenbrock*, 2009: Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität in: *Ferdinand Rau*, *Norbert Roeder* und *Peter Hensen* (Hg.), Auswirkungen der deutschen DRG-Einführungen. Kohlhammer: Kohlhammer.

Büscher, Andreas, und *Peter Rumm*, 2010: Ambient Assisted Living und Pflegebedürftigkeit: Wie finden Anspruch und Realität zueinander? Pflegezeitschrift 63 (5): 272–275.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2007: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit. Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Siebter Familienbericht. Berlin.

Bundesverband Medizintechnologie e.V., 2007: Gesundheit gestalten - Homecare.

Christoph, Jürgen, 2008: Patient bittet um Hausbesuch: Im Zweifelsfall immer fahren! Der Allgemeinarzt (14): 26–27.

Deutscher Ärztetag, 2010: BESCHLUSSPROTOKOLL DES 113. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES VOM 11. - 14. MAI 2010 in Dresden.

Haas, Peter, 2006: Gesundheitstelematik. Grundlagen, Anwendungen, Potentiale. Berlin, Heidelberg: Springer.

Hagemeier, Oda, und *Christine von Reibnitz*, 2005: Homecare - Ein Versorgungskonzept für die Zukunft. Heidelberg/München/Landsberg/Berlin: Economica Verlag.

Heinze, Rolf G., *Thomas Olk* und *Josef Hilbert*, 1988: Der neue Sozialstaat. Analyse und Reformperspektiven. Freiburg: Lambertus Verlag.

Heinze, Rolf G., 2008: Vernetztes Wohnen, Wohnungswirtschaft und eHealth. Beitrag zum 1. Deutschen Kongress Ambient Assisted Living. Berlin. www.aal-kongress.de/ruckblick/ruckblick-2008/plenarvortrage.

Heinze, Rolf G., und *Josef Hilbert*, 2008: GUTACHTEN. Vorschläge und Handlungsempfehlungen zur Erarbeitung einer kundenorientierten eHealth- Umsetzungsstrategie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. http://www.ruhr-uni-bochum.de/heinze/Downloads/ag7_ehealth_gutachten3it_gipfel.pdf.

Heinze, Rolf G., *Josef Hilbert* und *Wolfgang Paulus*, 2009: Der Haushalt - ein Gesundheitsstandort mit Zukunft. S. 772–800 in: *Andreas J. W. Goldschmidt* und *Josef Hilbert* (Hg.), Gesundheitswirtschaft in Deutschland. Die Zukunftsbranche. Gesundheitswirtschaft und Management. Bd. 1. Wegscheid: WIKOM.

Heusinger, Winfried, 2005: Das intelligente Haus: Entwicklung und Bedeutung für die Lebenqualität. Frankfurt am Main ; Berlin ; Bern ; Bruxelles ; New York ; Oxford ; Wien: Lang.

Höppner, Karin, und *Adelheid Kuhlmey*, 2009: Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. GGW 9 (2): 7–14.

Hormann, Wilhelm, 1980: Hausnotrufsysteme. Kommunikationstechnologie im Dienst am Menschen. o. O.: Wirtschaftsverlag NW. http://www.akut-kliniken.de/UserFiles/File/15_Symposium_Hausnotruf_0003.PDF.

Hülsken-Giesler, Manfred, 2010: Aktive Beteiligung ist anzumahmen. Technik und Pflege - Herausforderungen einer dynamischen Entwicklung. Pflegezeitschrift 63 (5): 268–270.

Hundertmark-Mayser, Jutta, *Bettina Möller*, *Klaus Balke* und *Wolfgang Thiel*, 2004: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23. Berlin: Robert Koch-Institut.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, und *Kassennärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe*, 2009: FORTBILDUNGSCURRICULUM FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE. ËNTLASTENDE VERSORGUNGSASSISTENTIN"(EVA).

KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN , 2008: MITTEILUNG DER KOMMISSION AN DAS EUROPÄISCHE PARLAMENT, DEN RAT, DEN EUROPÄISCHEN WIRTSCHAFTS- UND SOZIALAUSSCHUSS UND DEN AUSSCHUSS DER REGIONEN über den Nutzen der Telemedizin für Patienten, Gesundheitssysteme und die Gesellschaft.

Körtke, Heinrich, *Rolf Gero Heinze*, *Kerstin Bockhorst*, *Nikolas Mirow* und *Reiner Körfer*, 2006: Telemedizinisch basierte Rehabilitation. Nachhaltig von Nutzen. Deutsches Ärzteblatt 103 (44). pages 2921-2924.

Kubitschke, Lutz, *Karsten Gareis*, *Felicitas Lull*, *Sonja Müller*, *Kevin Cullen*, *Sarah Delaney*, *Lauren Quinn Taylor*, *Richard Wynne* und *Marjo Rauhala*, 2008: ICT & Ageing. European Study on Users, Markets and Technologies. Preliminary Findings.

Lange, Barbara, 2009: Die EU will Telemedizin zum Laufen bringen. Computer-Zeitung 39 (13).

LBS - Bausparkasse der Sparkassen, 1999: Wohnen mit Service. Schöner und besser leben mit individuellem Service. Bonn: Mairs Geographischer Verlag.

Major, Sabine, 2009: Zur Geschichte der außerklinischen Geburtshilfe in der DDR. Dissertation, Medizinische Fakultät Charité der Humboldt-Universität zu Berlin.

Marx, Jörg, 2006: Fünfundzwanzig Jahre DRK-Hausnotruf. Eine Dokumentation. Dokumentation, herausgegeben vom Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, 2007: Neue Wohnprojekte für ältere Menschen. Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen - Beispiele und Wege zur Umsetzung.

Murken, Axel Hinrich, 1988: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Köln: DuMont.

Naegele, Gerhard, *Rolf G. Heinze* und *Josef Hilbert*, 2006: Wohnen im Alter.

Niermann, Inga, 2007: "Blutige Entlassung"verlagert Kosten in die Reha. Deutsches Ärzteblatt 104 (14): A923–A926.

Seibt, Sebastian, 2005: 25 Jahre Haus-ServiceRuf von Bosch in Deutschland. SAFETY (1): 11. http://www.bosch-sicherheitssysteme.de/de/service/media/Safetyl2005.pdf.

Statistisches Bundesamt, 2008: Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse.

Statistisches Bundesamt, 2004: Datenreport 2004. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

Statistisches Bundesamt, *Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen*, *(GESIS-ZUMA)* und *Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung*, 2008: Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.

Steg, Horst, *Hartmut Strese*, *Claudia Loroff*, *Jérôme Hull* und *Sophie Schmidt*, 2006: Europe Is Facing a Demographic Challenge. Ambient Assisted Living Offers Solutions. Report: VDI-VDE-IT. http://www.aal-europe.eu/Published/Final This report was compiled within the Specific Support Action Ämbient Assisted Living - preparation of an article169-initiative"funded by the European Commission (Contract No. 004217).

Unschuld, Paul U., 2006: Der Patient als Leidender und Kunde. Deutsches Ärzteblatt 103 (17): A 1136–9.

Weiser, Mark, 1991: The Computer for the Twenty-First Century. Scientific American (9): 94–100. http://www.ubiq.com/hypertext/weiser/SciAmDraft3.html.

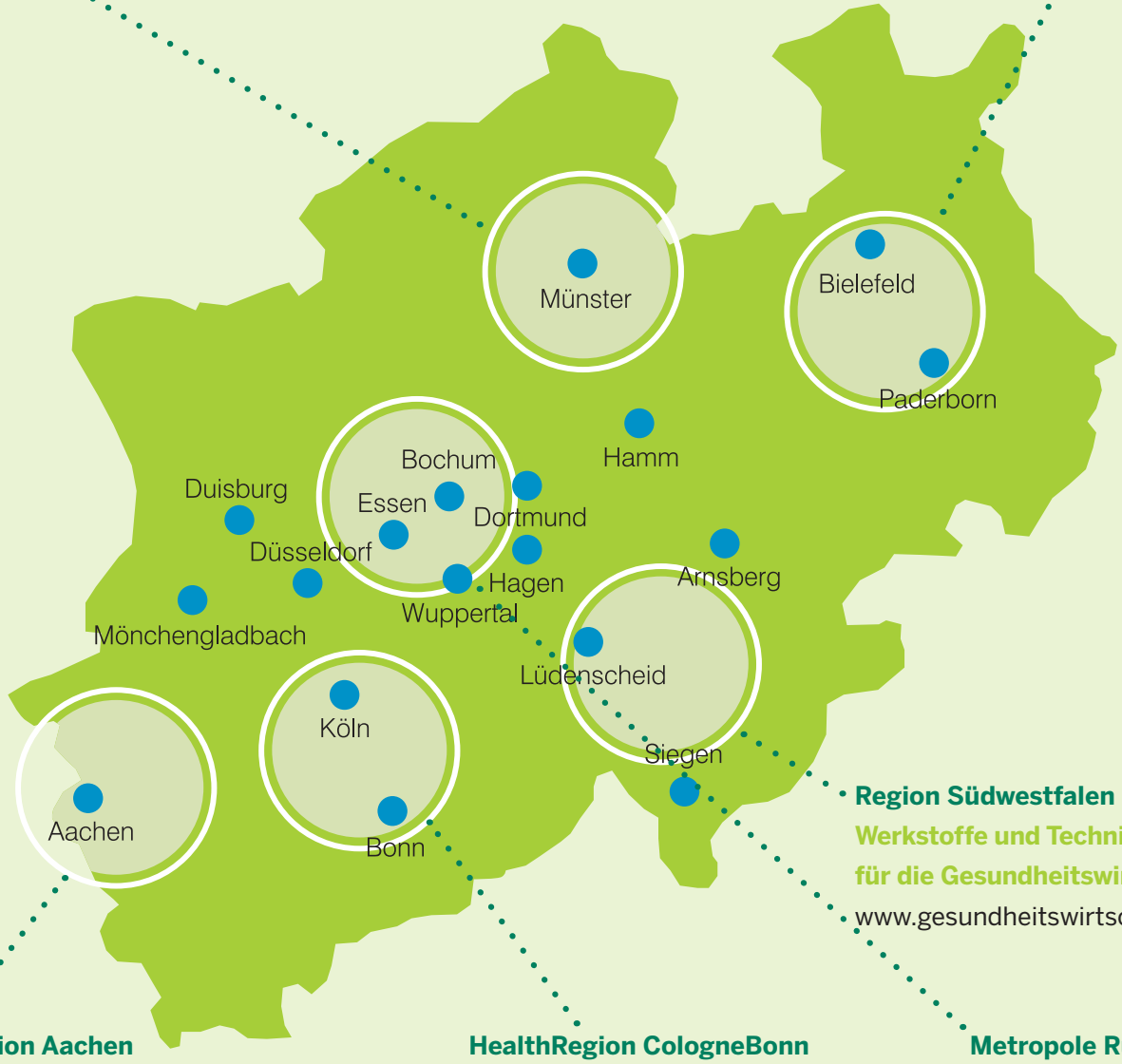
Weyerer, Siegfried, 2005: Altersdemenz, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28. Berlin: Robert Koch-Institut.

Die sechs Gesundheitsregionen in NRW und ihre Themenpatenschaften.

www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

Region Münsterland
Medizinische Prävention
www.gesundheitswirtschaftmuensterland.de

Region Ostwestfalen-Lippe
Vernetzte Versorgung
www.zig-owl.de



Region Südwestfalen
Werkstoffe und Techniken für die Gesundheitswirtschaft
www.gesundheitswirtschaft.net

Region Aachen
Medizintechnik
www.gesundheitsregionaachen.eu

HealthRegion CologneBonn
Gesundheit für Generationen
www.health-region.de

Metropole Ruhr
Klinikwirtschaft
www.medeconruhr.de

CGW.NRW
Cluster Gesundheitswirtschaft Nordrhein-Westfalen

ExzellenzNRW
Cluster Nordrhein-Westfalen

unterstützt durch:

EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung

Die Landesregierung
Nordrhein-Westfalen

GESUNDHEITSCAMPUS
NORDRHEIN-WESTFALEN

Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen
Strategiezentrum Gesundheit
Nordrhein-Westfalen

IMPRESSUM
Herausgeber:
Clustermanagement Gesundheitswirtschaft
Nordrhein-Westfalen
Brigitte Meier, Clustermanagerin
c/o ZIG – Zentrum für Innovation
in der Gesundheitswirtschaft OWL
Jahnplatz 5, 33602 Bielefeld
Fon 0521 5432-72
Fax 0521 5432-89
info@gesundheitswirtschaft-nrw.de
www.gesundheitswirtschaft-nrw.de

Stand: November 2010