

# psg **thema**

Presseservice Gesundheit

Ausgabe 3 • 28.03.2001

## **Verleihung Berliner Gesundheitspreis 2000 „Alter und Gesundheit“ Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung**

### **Inhalt**

#### **„Berliner Gesundheitspreis 2000“**

Konzepte für bessere Kooperation,  
Kommunikation und Koordination 2

#### **Nachgefragt:**

Woran hapert es bei der Gesundheitsversorgung älterer Menschen, Frau Schaich-Walch? Interview mit der Parlament. Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium 4

#### **1. Preis: „HomeCare Nürnberg“**

Informations-Broker für Patienten und Leistungserbringer 6

#### **2. Preis: Altenhilfekoordination im Landkreis Oder-Spree**

Alten Menschen das selbständige Leben und Wohnen erleichtern 9

#### **3. Preis: Kompetenzmodell Hofgeismar**

Den Älteren zeigen, dass ihr Engagement gebraucht wird 12

#### **Die Gewinner der Sonderpreise und lobenden Erwähnung**

15

#### **psg-Service**

Alle ausgezeichneten Projekte und Ansprechpartner im Überblick 21

**„Berliner Gesundheitspreis 2000“**

**Konzepte für bessere Kooperation,  
Kommunikation und Koordination**

*28.03.01 (psg). Das Projekt „Home Care Nürnberg“ und das Praxisnetz Nürnberg Nord sind im Wettbewerb um den „Berliner Gesundheitspreis 2000“ mit dem Hauptpreis ausgezeichnet worden. Das Thema des Innovationswettbewerbes von AOK und Ärztekammer Berlin lautete „Alter und Gesundheit. Mehr Qualität durch vernetzte Versorgung“. Insgesamt bewarben sich 122 Projekte um den mit zusammen 100.000 Mark dotierten Preis. Acht Modelle wurden von der Jury ausgezeichnet und am 28. März in Berlin vorgestellt. Der Gesundheitspreis wurde zum dritten Mal vergeben.*

Mit der Themenwahl zum Berliner Gesundheitspreis 2000 ging es den Ausrichtern darum, innovative Konzepte und Ideen für eine bessere Gesundheitsversorgung von Menschen im Alter zu fördern. Besonders die gesundheitliche Betreuung von alten und chronisch kranken alten Menschen, von Schlaganfallpatienten und Demenzkranken werde im Alltag häufig durch unkoordiniertes Nebeneinander verschiedener Versorgungsformen und gegensätzliche Interessen der Beteiligten erschwert, sagte Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes bei der Preisverleihung im Roten Rathaus: „Wir greifen mit dem Wettbewerb die gesundheitspolitische Diskussion über die Auswirkungen der demografischen Entwicklung, be-

stehende Schnittstellenprobleme und die damit verbundenen qualitativen und ökonomischen Konsequenzen auf.“ „Wir folgen damit auch der politischen Vorgabe, integrierte Versorgungsangebote zu fördern“, ergänzt der Vorstandsvorsitzende der AOK Berlin, Rolf Dieter Müller.

Aus Sicht des Berliner Ärztekammerpräsidenten Dr. Günter Jonitz zeigen die 122 Wettbewerbsbeiträge, dass sich bereits vielfältige Initiativen konstruktiv mit der Vernetzung zu einer patientengerechteren Gesundheitsversorgung befassen. Jonitz: „Viele Projekte zeigen, dass aufeinander abgestimmte, kontinuierliche Betreuungskonzepte gerade für ältere Patienten die Defizite einer mangelnden Kommunikation, Koordination und Kooperation zwischen den Anbietern von Gesundheitsleistungen beseitigen können.“

### **Hochkarätig besetzte Jury**

Der Jury des Gesundheitspreises gehörten Fachleute aus Politik, Wissenschaft und Praxis an, darunter der ehemalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer, der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Bundestag, Klaus Kirschner, und der Vorsitzende des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, Prof. Friedrich Wilhelm Schwartz. Die Jury bewertete die medizinisch/epidemiologisch sowie gesundheitspolitische und -ökonomische Bedeutung der Projekte, den Grad der Vernetzung (Kooperation, Koordination, Einbeziehen von Angehörigen und Laien) und die Qualität des Konzepts (Qualitätsmanagement, Dokumentation/Evaluation, Patientenorientierung und Betreuungsplanung). Eine wichtige Rolle spielte die konkrete Umsetzbarkeit (Effizienz, Zeitplan, Anreizsystem, Honorarverteilung).

**Nachgefragt:**

**Woran hapert es bei der Versorgung  
älterer Menschen, Frau Schaich-Walch?**

*Gudrun Schaich-Walch ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit. Bei der Verleihung des Berliner Gesundheitspreises am 28. März übergab sie den Hauptpreis.*



**psg:** Mit dem Berliner Gesundheitspreis 2000 fördern AOK-Bundesverband, Ärztekammer Berlin und AOK Berlin Projekte zur vernetzten Gesundheitsversorgung älterer Menschen. Woran hapert es denn bisher in diesem Bereich?

**Schaich-Walch:** Eines der Hauptprobleme unseres Gesundheitswesens insgesamt ist die unzureichende Abstimmung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Wir stecken zwar viel Geld in unsere Gesundheitsversorgung, trotzdem bleiben den Deutschen weniger gesunde Jahre als den Franzosen, Schweden oder Spaniern. Die mangelnde Verzahnung führt also nicht nur zu Effizienzverlusten, sondern auch zu einer nicht optimalen Versorgung der Patienten. Das betrifft in besonderer Weise ältere Menschen.

**psg:** Wie wollen Sie das ändern?

**Schaich-Walch:** Wenn wir besser werden wollen, brauchen die Patientinnen und Patienten einen zuverlässigen Ansprechpartner, der die unterschiedlichen Therapien koordinieren kann. Dazu braucht dieser Ansprechpartner einen Über-

blick über alle Behandlungen und Untersuchungen. Das gilt vor allem für ältere, kranke Menschen, die oft unter chronischen oder Mehrfacherkrankungen leiden. Ihre Zahl wird zunehmen. Wir müssen deshalb Konzepte finden, die eine optimale Betreuung dieser Menschen sicherstellen – nicht nur medizinisch, sondern auch pflegerisch und wirtschaftlich.

**psg:** Also mehr Vernetzung ....

**Schaich-Walch:** Ja. Mit der Gesundheitsreform 2000 haben wir die Möglichkeit zur integrierten Versorgung geschaffen. Die Krankenkassen können ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anbieten. Hierbei wirken Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich zusammen. Auch Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation und zur Gesundheitsförderung werden einbezogen. Von der integrierten Versorgung profitieren nicht nur Patientinnen und Patienten. Für Ärztinnen und Ärzte bietet die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen, auch aus anderen Berufsgruppen, bessere Chancen auf einen Behandlungserfolg. Und der ist Voraussetzung für mehr berufliche Zufriedenheit.

Die rechtlichen Voraussetzungen für die integrierte Versorgung sind geschaffen. Jetzt geht es um die praktische Umsetzung. Der Berliner Gesundheitspreis 2000 zeigt, dass es bereits zahlreiche vielversprechende Ansätze gibt. Für mich zählt nicht die Rangfolge, sondern nur eines: Dass viele ältere Menschen von diesen Projekten profitieren, weil sie besser versorgt werden können.

**1. Preis: HomeCare Nürnberg**

**Informations-Broker für Patienten  
und Leistungserbringer**

*28.03.01 (psg). Das Praxisnetz Nürnberg-Nord (PNN) ist ein Zusammenschluss von rund 140 Praxen. Eingebettet ins Netz ist inzwischen auch ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. „HomeCare Nürnberg“ ist im Sommer 2000 an Netz gegangen. Die Servicestelle koordiniert im PNN als „virtuelles Altenheim“ die Aktivitäten im Bereich Pflege und Altenhilfe. Als „Informations-Broker“ steht sie Patienten und Hilfesuchenden ebenso zur Verfügung wie Praxen, Krankenhäusern und Beratungsstellen außerhalb des PNN. Die Gesundheitspreis-Jury bescheinigt dem Modell Vorbildcharakter und vergab an Projekt und Träger den mit 25.000 Mark dotierten Hauptpreis.*

Das Praxisnetz Nürnberg-Nord baut in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Krankenkassen (darunter AOK-Bundesverband und AOK Bayern) sowie dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein bundesweit einmaliges Verbundsystem auf. Das Ziel: Insbesondere chronisch kranken älteren Menschen soll eine umfassende medizinische, pflegerische und alltagspraktische Versorgung zur Verfügung stehen. Sie soll überdies effektiv und effizient sein.

Den PNN-Partnern geht es nicht nur um bessere Organisation von Abläufen. Sie arbeiten auch inhaltlich eng zusammen. Dazu gehört zum Beispiel

das Erarbeiten einheitlicher Leitlinien für den ambulanten und stationären Bereich. Sie sollen häufig unabgestimmtes Nebeneinander von niedergelassenen Medizinern, Kliniken und anderen Leistungserbringern beenden. Für Diabetes Mellitus, Bluthochdruck und Asthma Bronchiale gibt es bereits Behandlungsleitlinien; Leitlinien für Osteoporose, Depressionen, Onkologie, Rheuma und Schmerztherapie sollen folgen.

### **Zweitmeinung des Kollegen wichtig**

Die Netzkooperation ermöglicht eine über die Möglichkeiten der Einzelpraxis hinausgehende fachliche, örtliche und zeitliche Präsenz. Sie trägt auch dazu bei, medizinisch unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Die PNN-Strukturen ermöglichen einen hausärztlichen Bereitschaftsdienst mit fachärztlichem Hintergrund ausserhalb der regulären Sprechzeiten. Bei bestimmten Indikationen holt der behandelnde Arzt vor der Einweisung seines Patienten in ein Krankenhaus die Zweitmeinung eines Kollegen ein.

Innerhalb des Netzes gibt es zudem standardisierte Kommunikationswege zwischen Haus- und Fachärzten und Krankenhaus. Sie ermöglichen es, dass Ärzte oder Therapeuten wissen, welche Untersuchungen oder Behandlungen ein Patient bereits hinter sich hat. Für Versicherte, die sich im Rahmen eines Modellprojektes der AOK für die Versorgung im PNN entschieden haben, übernimmt ein frei gewählter Koordinationsarzt Lotsenfunktion und steuert die Betreuung im Netz.

Zur Steuerung der Verbundprozesse gibt es neben „HomeCare“ für den Pflege- und Altenhilfebereich als zweite Säule die PNN-Netzleitstelle.

Sie dient insbesondere als Informations- und Serviceeinrichtung zur Steuerung der medizinischen Versorgung des Praxisnetzes (Disease Management). Durch Verzahnung und Arbeitsteilung zwischen beiden Servicezentren wollen die PNN-Träger unnötige Doppelstrukturen bei Beratung und Information vermeiden, aber auch den so genannten „Beratungstourismus“ verringern.

Ihr Projekt „HomeCare“ wollen die Träger künftig über die Informationsvermittlung und Beratung für Hilfesuchende und Leistungserbringer hinaus entwickeln. Geplant ist zum Beispiel eine aktive Rolle bei Einführung und Umsetzung einer „Charta für Qualitätssicherung“, auf die alle Kooperationspartner verpflichtet werden sollen. Zur Zeit sind die Beteiligten dabei, die elektronische Kommunikation zu verbessern und auszubauen. Dazu soll künftig neben neuem Internetauftritt und eigener Intranetplattform mit Datenbank auch der Einsatz von Videokonferenztechnik für den besseren Kontakt zu vereinsamten Menschen gehören. Das „virtuelle Altenheim“ nimmt Form an.

**Info-Adresse und Ansprechpartner finden Sie auf S. 21.**

**2. Preis: Altenhilfekoordination im Landkreis Oder-Spree**

**Alten Menschen das selbständige  
Leben und Wohnen erleichtern**

*28.03.01 (psg). Im brandenburgischen Landkreis Oder-Spree südöstlich von Berlin leben rund 197.000 Menschen auf 2240 Quadratkilometer Fläche. Vor allem für ältere und kranke Menschen sind die Wege oft beschwerlich weit. Um ihnen den Alltag zu erleichtern und so lange wie möglich und gewünscht ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung zu sichern, hat der Kreis ein engmaschiges Beratungsnetz entworfen. Die Jury des Gesundheitspreises hat das Modellprojekt zur Steuerung und Weiterentwicklung der gesundheitlichen und sozialen Altenhilfe im Landkreis Oder-Spree dafür mit dem zweiten Preis ausgezeichnet.*

Knapp 21 Prozent der Einwohner des Kreises mit den Zentren Eisenhüttenstadt und Fürstenwalde sind älter als 60 Jahre. In zehn Jahren werden dieser Altersgruppe fast 23 Prozent angehören. Diese Prognose und eine detaillierte Umfrage zu Lebenssituation und -bedürfnissen der älteren Bürger veranlassten den Kreistag 1998 zur Aufstellung eines Altenhilfeplanes. Dessen Kernziele: Mehr Transparenz für die Bürger, Vernetzung von sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen, Koordinieren von Angeboten, Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und eine Stärkung des ambulanten Bereiches.

Für die Koordinierung aller Angebote und Gremien, die auf der Grundlage des Altenhilfeplanes

bisher entstanden sind, sorgt eine zentrale Regiestelle. Sie ist angesiedelt bei der Kreisverwaltung in Beeskow, Träger sind die Seniorenheime des Landkreises. Die Regiestelle berät und moderiert unter anderem Arbeitsgruppen, die sich mit Wohnen im Alter, ambulanter und stationärer Pflege oder der geriatrischen Versorgung befassen. In diesen Fachgremien arbeiten alle mit der Altenhilfe beschäftigten Ämter, Institutionen, die Träger der freien Wohlfahrtspflege und der Kreis-Seniorenbeirat zusammen.

Von der Regiestelle wird zudem die Arbeit der kreisweit vier „Anlauf- und Beratungscenter“ (ABC) koordiniert. Die mit jeweils einer Vollzeitkraft besetzten ABC sind verschiedenen Wohlfahrtsverbänden angeschlossen. Die Bürger erhalten dort aber unabhängig vom Träger neutrale Auskunft über alle medizinischen und sozialen Einrichtungen und Angebote in der Region. Rat und Hilfe leisten die Berater im persönlichen Gespräch, telefonisch oder im Bedarfsfall auch bei einem Hausbesuch.

Alle Einrichtungen und Angebote sind in einem „Sozialen Adressbuch“ erfasst, das auch allen niedergelassenen Ärzten zur Verfügung steht.

### **Servicestelle für altengerechtes Wohnen**

Die häufigsten Anfragen betreffen nach Angaben des Kreises neben Sozialleistungen Probleme mit der Wohnumgebung. In solchen Fällen hilft die Service- und Informationsstelle zur Wohnraumanpassung. Eine Innenarchitektin berät bei der alten- oder behindertengerechter Umgestaltung von Haus oder Wohnung, weiß Rat bei Finanzierungsfragen und unterstützt Bauträger bei Projekten für altengerechtes Wohnen.

Die zentrale Regiestelle und die Berater in den Infozentren erfahren durch ihre Tätigkeit hautnah, wo ältere Menschen der Schuh drückt. Wenn sie Mängel erkennen, geben sie dies an die Sozialplanung der Kreisverwaltung weiter. So wird das flächendeckende Altenhilfenetz Stück um Stück vervollständigt.

Natürlich spielt auch Geld eine Rolle. Kooperation, bessere Information der Bürger und die bessere Steuerung von Ressourcen können und sollen den Kreisetat und die anderen Kostenträger im Sozial- und Gesundheitswesen entlasten. Ob das gelingt, ist unter anderem ein Gesichtspunkt der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt. Effizienz und Effektivität werden fortlaufend analysiert. Zudem gibt es einen lenkenden und beratenden Projektbeirat. Er besteht aus Vertretern des brandenburgischen Sozialministeriums, der Krankenkassen und Sozialwissenschaftlern. Der Beirat prüft auch, ob und wie sich das Oder-Spree-Modell auf andere Landkreise übertragen läßt.

**Info-Adresse und Ansprechpartner finden Sie auf S. 21.**



**Internet: [www.landkreis-oder-spree.de](http://www.landkreis-oder-spree.de)**

**3. Preis: Kompetenzmodell Hofgeismar**

**Den Älteren zeigen, dass ihr Engagement gebraucht wird**

*28.03.01 (psg). Warum sollen alte Menschen ihren Enkeln keine E-Mails schreiben oder im Internet surfen? Im nordhessischen Hofgeismar ist das dank Internet-Cafe für Senioren kein Problem. Das Tor zur Webwelt ist aber nur ein Mosaikstein im „Hofgeismarer Kompetenzmodell“. Daran beteiligen sich inzwischen 17 ambulante und stationäre Einrichtungen und Selbsthilfegruppen sowie ehrenamtlich Tätige. Sie helfen alten Menschen, trotz alters- und krankheitsbedingter Einschränkungen weiter ein „bewegtes Leben“ zu führen. Mit der Vergabe des 3. Preises an das von der Evangelischen Altenhilfe koordinierte Projekt wertete die Gesundheitspreis-Jury auch die starke Einbindung von Angehörigen in das Konzept.*

Im Altkreis Hofgeismar mit einem Einzugsgebiet von mehr als 70.000 Menschen haben stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungserbringer, Kirche, Diakonie und politische Gemeinde ein abgestuftes Netz von Angeboten geknüpft, die alte Menschen ganz nach ihren Bedürfnissen nutzen können. Maßstab für Gesundheit und Lebensqualität sind nicht allein gute medizinische Versorgung, abgestufte Rehabilitationsmöglichkeiten, häusliche Hilfe oder qualifizierte Pflege. Das Kompetenzmodell setzt darauf, älteren Menschen möglichst lange das selbständige Leben zu ermöglichen und ihnen zu zeigen, dass sie gebraucht werden.

Viele ältere Menschen engagieren sich ehrenamtlich in den Projekten, die vom Altenberatungszentrum (ABC) koordiniert werden. Sie helfen zum Beispiel im „Cafe Gesundbrunnen“, wo sich Jung und Alt treffen, oder im Internetcafe, das Ältere für Ältere betreiben. Die Mitarbeiter des „ABC“ informieren über alle Fragen des Sozialrechts, vermitteln ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege oder häusliche Hilfe, beraten bei der Wohnraumgestaltung und organisieren Vorträge und Freizeitangebote. Sie unterstützen auch Selbsthilfegruppen, wie zum Beispiel die Angehörigen von Demenzkranken oder Heimbewohnern.

### **Integrierte Versorgung funktioniert**

Bei Krankheit stehen den alten Menschen in erreichbarer Nähe stationäre, teilstationäre und ambulante klinische und rehabilitative medizinische Angebote zur Verfügung, auch für den gerontopsychiatrischen Bereich. Stark hilfsbedürftige alte Menschen und Angehörige, die Entlastung brauchen, können auf Tages- und Kurzzeitpflege zurückgreifen.

Damit stationäre und ambulante Betreuung optimal ineinander greifen, arbeiten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eng mit ihren Kollegen in den Krankenhäusern zusammen. Niedergelassene können zum Beispiel für eine Woche im geriatrischen Spezialkrankenhaus hospitieren und es gibt wechselseitige Konsile.

Seit Anfang des Jahres kooperieren Krankenhäuser, Fach- und Hausärzte, Therapeuten und ambulante Dienste besonders intensiv bei der Behandlung von Schlaganfallpatienten: Nach zwei- bis dreitägiger Intensivbehandlung durch Spezia-

listen im Kreiskrankenhaus wird ein Patient zur Frührehabilitation ins Evangelische Krankenhaus Gesundbrunnen verlegt und dort therapeutisch betreut. Ist eine ausreichende Betreuung über Nacht und am Wochenende gesichert, folgt die Überweisung in die Tagesklinik, sobald es möglich ist, die Rückkehr nach Hause. Dabei hilft dem Patienten unter anderem die „mobile Ergotherapie“.

Ein weiterer Schwerpunkt integrativer Gesundheitsversorgung sind abgestufte Hilfsangebote für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen – von ersten leichteren Formen der Erkrankung mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen bis hin zur stationären und psychiatrischen Behandlung in Fällen fortgeschrittener und schwerer Erkrankung.

Nach den positiven Erfahrungen mit dem erfolgreich umgesetzten, auf Dauer angelegten und finanziell abgesicherten „Hofgeismarer Kompetenzmodell“ soll das Projekt Schule machen. Als nächstes will die Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen das Modell auf die Region Bad Hersfeld übertragen.

**Info-Adresse und Ansprechpartner finden Sie auf S. 21.**



**[www.hessennet.de/organisationen/gesundbrunnen/](http://www.hessennet.de/organisationen/gesundbrunnen/)  
(Stichwort „Hofgeismarer Kompetenzmodell“)**

**Berliner Gesundheitspreis 2000**

**Die Gewinner der Sonderpreise und lobenden Erwähnung**

**Gerontopsychiatrischer Verbund Charlottenburg, Berlin**

Der Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund (GPV) Charlottenburg-Wilmersdorf ist ein Zusammenschluss ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Einrichtungen der Altenhilfe. Sie haben sich zu einer qualifizierten, interdisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet, um körperlich und psychisch kranke ältere Bürger des Großbezirks bedürfnisgerecht versorgen und deren Angehörige unterstützen zu können. Das Projekt ist aus einem dreijährigen Modellversuch des Bundesgesundheitsministeriums hervorgegangen. Nach Auslaufen der Fördermittel finanzieren die Beteiligten die Verbundarbeit seit Juli 2000 durch eigene Beiträge.

In der dreijährigen Modellphase haben die Verbundpartner ein Netzwerk effektiver Altenhilfe geschaffen, auf das der GPV aufbauen kann. Ein Handbuch ermöglicht allen Verbundmitgliedern und interessierten niedergelassenen Ärzten einen raschen Überblick über das Versorgungsangebot im Bezirk und erleichtert Kontaktaufnahme untereinander. Das interne Fortbildungsprogramm ermöglicht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der teilnehmenden Einrichtungen kostenlose Fortbildung. Die Theorie kann durch Hospitationen in Partnereinrichtungen und beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen ergänzt werden. Einmal im Monat tagt die Fallkonferenz. Angehörige

unterschiedlicher Berufsgruppen können sich dabei kollegial über Patienten oder Heimbewohner austauschen. Träger- und berufsübergreifend werden Qualitätsleitfäden für die Arbeit innerhalb des Verbundes erarbeitet. Das betrifft unter anderem einheitliche Standards zur Dokumentation und Patientenüberleitung.

### **Albatros e.V. Berlin: "Netzwerk im Alter"**

Das Berliner Projekt "Netzwerk im Alter" wird zur Zeit im zukünftigen Stadtbezirk Nordost (Pankow, Prenzlauer Berg und Weißensee) realisiert. Träger ist der 1984 gegründete und seit 1992 auch in der Altenarbeit vieler Stadtbezirke aktive Verein Albatros e.V.. Ihm geht es darum, Eigeninitiative zu fördern und vor Ort vorhandene Ressourcen und Kompetenz zu bündeln. Im prämierten Projekt arbeiten unter anderem mit: Fachleute aus Kliniken, niedergelassene Ärzte, therapeutische Praxen, Sozialdienste der Krankenhäuser und der Bezirksämter, Psychiatriekoordinatoren, Fachleute der Krankenkassen, Pflegedienste, Mitarbeiter der Seniorenvertretung und Selbsthilfegruppen, Fachpersonal aus Heimen, Tageskliniken und Tagespflegestätten.

Sie erarbeiten in Arbeitsgruppen (zur Zeit zu den Bereichen Fallmanagement, Überleitungssystem, Qualifizierung/Fortbildung, Informationsmanagement und Verbraucherunterstützung) ein verbindliches System für bessere Kooperation und Koordination ihrer Tätigkeiten. Ziel ist es, die Lebens- und Versorgungsqualität älterer, insbesondere älterer Menschen mit chronischen und gravierenden Krankheiten (Demenz, Schlaganfall), aber auch die Arbeitsbedingungen hauptberuflicher

Helfer und Angehöriger zu verbessern. Außerdem sollen Patienten und Nutzer in die Lage versetzt werden, sich aktiv und kritisch an der Verbesserung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen zu beteiligen. Die Netzwerker wollen deshalb auch für mehr Markttransparenz sorgen. Ein wichtiger Baustein dazu ist die vom Träger entwickelte berlinweite Info-Datenbank „Hilfe-Lotse“.



[www.hilfelotse.de](http://www.hilfelotse.de) (in Vorbereitung)

### **Westwind - Schlaganfallnetz im Kreis Dithmarschen**

Wer im schleswig-holsteinischen Kreis Dithmarschen einen Schlaganfall erleidet, kann auf professionell abgestimmte Hilfe zählen. Rund um die seit April 1999 bestehende Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie am Westküstenklinikum Heide ist ein alle Versorgungsbereiche übergreifendes Betreuungsnetz entstanden.

Unter Beteiligung des Kreises haben die Beteiligten ein regionales Konzept für die Schlaganfallversorgung entwickelt und realisiert. Es schließt alle Phasen von der Vorbeugung über die Akutbehandlung und verbesserte Notfallversorgung bis zur Reha und Langzeitversorgung ein.

Mit Unterstützung der Stiftung Schlaganfall und von Selbsthilfegruppen gelang es, in der Öffentlichkeit die Aufmerksamkeit für den Schlaganfall als medizinischen Notfall zu wecken. Durch das Zusammenspiel der Berufsgruppen beginnt für Schlaganfallopfer am ersten Tag der Akutbehandlung die Frührehabilitation – beste Voraussetzung, um Spätfolgen für die Patienten so weit wie möglich zu verhindern.

Einbezogen sind in das Schlaganfallnetz alle regionalen Akutkrankenhäuser und Einrichtungen zur Anschlussheilbehandlung und -rehabilitation, die Krankenkassen und ihr medizinischer Dienst, das „Medizinische Qualitätsnetz Westküste“ mit mehr als der Hälfte aller niedergelassenen Ärzte im Kreis, alle Hausärzte, der arbeitsamtsärztliche Dienst, niedergelassene Therapeuten, Pflegedienste und -einrichtungen sowie Bürgerinitiativen und Vereine.

Die Klinik ist die informelle Schnittstelle des Schlaganfallnetzes. Sie ist auf verschiedenen Ebenen in Programme zur Qualitätssicherung einbezogen. Schwerpunkte geplanter neuer Aktivitäten sind der Aufbau eines flächendeckenden Netzes für Schlaganfall-Selbsthilfe und Rehasportgruppen und das wissenschaftlich begleitete Modellprojekt "Ambulante Geriatrische Rehabilitation" mit dem Schwerpunkt Schlaganfallnachsorge.



[www.dithmarschen.de](http://www.dithmarschen.de)  
(Navigationspunkt Kliniken/Westküstenklinikum)

### **Magistrat der Stadt Dietzenbach - „Ein Netz, das trägt“**

Die südhessische Kleinstadt Dietzenbach hat rund 34.000 Einwohner. Die Zahl älterer und hochbetagter Menschen steigt überproportional. Auf diese Entwicklung hat die Stadt mit dem Aufbau der Fachstelle „Städtische Seniorenarbeit“ reagiert. Sie koordiniert alle örtlichen Angebote zur Versorgung und Betreuung älterer Bürger. Angesichts der demografischen Altersentwicklung bemüht sich die Stadt, Voraussetzungen dafür zu

schaffen, dass ältere Menschen möglichst lange selbständig leben können. Dazu gehört der Ausbau des Angebot an ambulanten Diensten, das Schaffen von altersgerechtem Wohnraum oder neuen Formen betreuten Wohnens.

Bei generationenübergreifenden Projekten, der Förderung ehrenamtlichen Engagements und vielen kulturellen und sportlichen Angeboten kann sich die Kommune auf großes Bürgerengagement stützen: So ergänzt zum Beispiel die gemeinnützige Seniorenhilfe Dietzenbach e.V. mit ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfe, Gemeinschaftsaktivitäten, den Projekten "Alt hilft Jung" oder der Hospizarbeit die professionellen Angebote.

Künftig will sich der Magistrat verstärkt um ein auch andernorts wachsendes Problem kümmern: Rund ein Drittel der Bevölkerung Dietzenbachs sind ausländische Mitbürger, die zum Großteil für immer in Deutschland bleiben. Viele sind bereits pflegebedürftig. Sie nehmen aber fast ausschließlich Geldleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch, weil sprachliche und kulturelle Schranken eine umfassende Betreuung erschweren.



[www.dietzenbach.de](http://www.dietzenbach.de)

**Lobende Erwähnung:**

**Institut für Medizin-Soziologie der Universität Hamburg - „Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung“**

Viele alte hilfebedürftige Menschen erhalten eine Versorgung, die weder ihren individuellen Bedürfnissen noch dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand entspricht. Gründe dafür sind Unüberschaubarkeit und mangelnde Verknüpfung von

Angeboten und deren Finanzierung. Die Folge: Medizinisch unnötige Krankenhausaufenthalte, nicht gewünschte Heimeinweisungen, Vereinsamung, mangelnde soziale Unterstützung.

Mit dem „Hamburger Modell zur vernetzten Versorgung“ will das Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) diesen Konsequenzen gegensteuern. Das Konzept beinhaltet eine Zusammenführung von bereits in Stadtteilarbeit erprobten und bewährten Bausteinen. Es ist gegliedert in die Bereiche „Strukturelle Vernetzung im Gemeinwesen“ (Care Management) und „Vernetzung im Einzelfall“ (Case Management).

Unter „Care Management“ verstehen die Initiatoren lokale Arbeitskreise, Wegweiser durch die lokalen Angebote für ältere Menschen (Broschüren, Internet), öffentliche Foren für Altersfragen, trägerübergreifendes Sprechstundenangebot sowie berufs- und sektorübergreifende Weiterqualifizierungsformen. Als „Case Management“ bezeichnen sie unter anderem multidisziplinäre Teamsitzungen mit Fallbesprechungen beim Hausarzt, Überleitungsbögen und Patienten-Begleitbücher, Angebote zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger sowie Begleit- und Besuchsdienste.

Ihr Konzept einer Zusammenführung aller Bausteine wollen die Wissenschaftler jetzt in einer Versorgungsregion erproben. Dabei wollen sie insbesondere Erkenntnisse über die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen, aber auch der beteiligten Leistungsanbieter sammeln.



[www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html](http://www.uke.uni-hamburg.de/institute/medizinsoziologie/index.de.html)

**psg-Service**

**Alle ausgezeichneten Projekte mit  
Ansprechpartnern im Überblick**

**1. Preis (dotiert mit 25.000 Mark):**

**„HomeCare Nürnberg“ und das Praxisnetz  
Nürnberg Nord**

Ansprechpartner:

Marius Greuß/Ulrike Blechschmidt

Keßlerplatz 5

90489 Nürnberg

Tel. 0911/59 75 770

Fax 0911/59 75 771

E-Mail: homecare.nuernberg@t-online.de

**2. Preis (20.000 Mark):**

**Altenhilfekoordination im Landkreis Oder-  
Spree**

Ansprechpartnerin:

Edith Puffpaff

Liebknechtstraße 21/ 22

15848 Beeskow

Tel. 0 33 66/ 35 14 03

**3. Preis (15.000 Mark):**

**Evangelische Altenhilfe Gesundbrunnen e.V.,  
Hofgeismar**

Ansprechpartner:

Leitender Pfarrer Martin Schindehütte

Brunnenstraße 23

34369 Hofgeismar

Tel. 05671/88 22 00

E-Mail: LtdPfr.Schindehuette@t-online.de

**Sonderpreise (dotiert mit jeweils 10.000 Mark):**

**Gerontopsychiatrischer Verbund Charlottenburg**

Mehr Informationen:

Sophie-Charlotten-Str. 113, 14059 Berlin

Tel. 030/32 05 10 54

Fax 030/32 05 10 55

**Albatros e.V. – "Netzwerk im Alter"**

Ansprechpartnerinnen:

Juliane Pfeffer, Gabriela Seibt

Amalienpark 7, 13187 Berlin

Tel. 030/47 48 87 71

Fax 030/47 48 87 72

E-Mail: kontakt@netzwerkimalter.de

**„Westwind“ – Klinik für Frühreha und Geriatrie, Westküstenklinikum Heide**

Ansprechpartner:

Dr. Thomas Stamm

Esmarchstraße 50, 25746 Heide

Tel. 0481/7 85 22 01

Fax 0481/7 85 22 09

E-Mail: tstamm@wkk-hei.de

**Seniorenarbeit der Stadt Dietzenbach**

Ansprechpartnerinnen:

Mathilde Al-Dogachi, Dagmar Altenburg

Siedlerstraße 66, 63128 Dietzenbach

Tel. 06074/42077

**Lobende Erwähnung:**

**Institut für Medizin-Soziologie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (UKE)**

Ansprechpartner:

Dr. Hanneli Döhner

UKE/Institut für Medizin-Soziologie

Martinistr. 40, 20246 Hamburg

E-Mail: doehner@uke.uni-hamburg.de