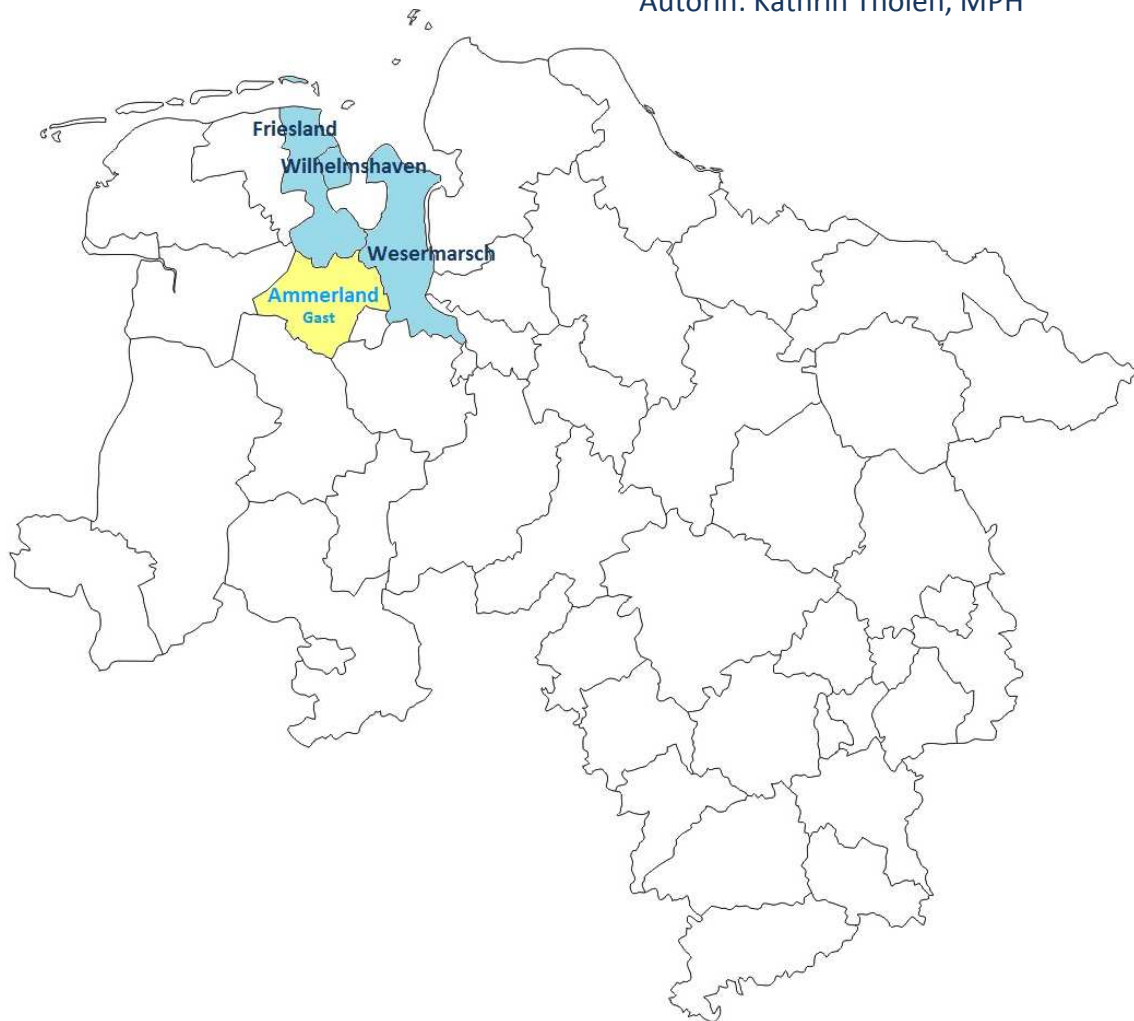


Konzept für die Gesundheitsregion JadeWeser

Erstellt vom Landkreis Friesland in
Absprache mit der Stadt Wilhelmshaven,
den Landkreisen Wesermarsch und
Ammerland, der Ärztekammer sowie der
Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen

Autorin: Kathrin Tholen, MPH



Im März 2015

I. AUSGANGSLAGE

Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Sie stellt ein Grundrecht, ganz unabhängig von zum Beispiel sozialen, ökonomischen, religiösen oder kulturellen Voraussetzungen dar.¹

Dieser Definition und Vorstellung folgend soll in den Landkreisen Friesland und Wesermarsch sowie in der kreisfreien Stadt Wilhelmshaven eine gemeinsame „Gesundheitsregion JadeWeser“ etabliert werden. Der Landkreis Ammerland strebt eine Gastmitgliedschaft an. Unter Einbeziehung der verschiedensten Professionen und Akteure im Gesundheitswesen sollen Lösungen zu bestehenden Problemen vor Ort gefunden werden.

Die geplante Gesundheitsregion JadeWeser erstreckt sich über eine Fläche von 1.537 qkm²³⁴ und kann etwa 268.643 Einwohner⁵⁶ zählen, hinzu kommt eine Fläche von 728,34 qkm und über 119.000 Einwohner des Landkreises Ammerland.⁷ Nicht zu vergessen sind zahlreiche Touristen und Kurgäste, die von der Nordseeküste und dem Weltnaturerbe Wattenmeer angezogen werden.

Viele gesundheitliche Probleme der Region begründen sich zum einen in der Wandlung des Krankheitspanoramas, zum anderen aber auch in der demografischen Entwicklung.

Aufgrund deutlich verbesserter Lebensbedingungen, insbesondere auch im hygienischen Bereich, sowie der medizinischen und technologischen Entwicklung sind akute, übertragbare Erkrankungen heutzutage eher selten. Hingegen gewinnen chronische Erkrankungen, wie beispielsweise Diabetes mellitus Typ II, kardiovaskuläre Erkrankungen, Neubildungen, Demenzen oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, zunehmend an Bedeutung - sie stellen mittlerweile den Hauptgrund für Behinderung und Versterben dar. Ursächlich sind überwiegend verhaltensbedingte Risikofaktoren, wie zum Beispiel mangelnde Bewegung, Fehlernährung sowie Alkohol- und Nikotinkonsum, welche sich in bestimmten

¹WHO – World Health Organization (1978).Declaration of Alma-Ata.Deutsche Version. www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978 (letzter Zugriff: 19.3.2014).

²Landkreis Friesland (2014). Der Landkreis Friesland. www.friesland.de/landkreis-friesland/unser-landkreis/zahlen-daten-fakten/ (letzter Zugriff: 18.3.2014).

³Landkreis Wesermarsch (2012). Unser Landkreis. Zahlen – Daten – Fakten. www.landkreis-wesermarsch.de/unser-landkreis/zahlen--daten--fakten/bevoelkerung.php (letzter Zugriff: 18.3.2014).

⁴Stadt Wilhelmshaven (2012). Daten und Fakten. www.wilhelmshaven.de/stadtinfos/daten-und-fakten.htm (letzter Zugriff: 18.3.2014).

⁵Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011). Zensus 2011. <https://ergebnisse.zensus2011.de> (letzter Zugriff: 18.3.2014).

⁶Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

⁷Landkreis Ammerland (2015). Das Ammerland - Attraktives Zentrum im Nordwesten mittendrin. <http://www.ammerland.de/ammerland.php> (letzter Zugriff: 21.03.2015).

Bevölkerungsgruppen häufiger finden lassen als in anderen.⁸ Auch psychische Erkrankungen, wie Depressionen oder psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen nehmen zu. Die Versorgung dieser Patienten ist schwierig: Wartezeiten für einen Therapieplatz von mindestens einem halben Jahr sind keine Seltenheit.

Die demografische Entwicklung ist ein weiterer Kernpunkt. In Zukunft wird die Zahl der älteren und hochbetagten Bürger steigen und der Anteil der jüngeren Bevölkerung im arbeitsfähigen Alter sinken. Im Jahr 2008 standen in Deutschland 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 34 Rentnern (65 Jahre und mehr) gegenüber. Im Jahr 2060 werden es bereits 63 bzw. 67 sein (je nach Zuwanderungsvariante). Der Anteil der Hochbetagten im Jahr 2060 wird bei 14% liegen; in 2008 waren es nur 5%.⁹ Der demografische Wandel trifft auch Friesland, Wesermarsch, Wilhelmshaven und Ammerland. Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung gehen von einem Rückgang der Bevölkerung aus, aber auch von steigendem Alter der Bürger: In 2020 sollen bereits die Hälfte aller Bürger 50 Jahre und älter sein. Zudem ist die Nordseeküste ein durchaus attraktiver Alterswohnsitz für die Menschen aus ganz Deutschland. Daraus resultiert ein hoher Anteil an Hochbetagten in der Region: Bereits heute liegt dieser bei überdurchschnittlichen 9 bis 10%.¹⁰

Damit muss sich die Gesundheitsregion JadeWeser auf eine steigende Zahl der altersassoziierten Erkrankungen einstellen. Hier sei insbesondere noch einmal die Demenz erwähnt. Die Prävalenz liegt bei den 65-Jährigen und Älteren zwischen 5 und 8%. Bei den 90-Jährigen und Älteren liegt sie bei über 30%. Demenz ist eine chronische, fortschreitende Erkrankung des Gehirns, welche zu Störungen des Gedächtnisses führt. Das Denken, die Orientierung, die Lernfähigkeit, die Sprache und das Urteilsvermögen können je nach Stadium eingeschränkt sein. Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation treten ebenfalls auf.¹¹ Die Spannweite der Symptome macht deutlich, dass nicht nur die Patienten selber belastet sind, sondern auch die Angehörigen. Die ambulante und stationäre Pflege sowie Versorgung muss mit neuen Konzepten auf die Demenz-Erkrankten reagieren, da hier deutlich andere Bedürfnisse bestehen als bei hauptsächlich physisch eingeschränkten Patienten.

Die Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention bieten vielfältige Möglichkeiten, Konzepte abgestimmt auf die Ansprüche der Region unter den beschriebenen Umständen zu entwickeln. Wichtig ist bereits früh anzusetzen, um Kindern und Jugendlichen eine gesunde Lebensweise zu vermitteln und Krankheiten abzuwenden oder zumindest deren

⁸Maaz A, Winter M & Kuhlmeier A (2007). Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). IN: Badura B, Schellschmidt H, Vetter Chr (2007). Fehlzeiten-Report 2006. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg; S.5-23

⁹Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

¹⁰Forum GmbH (2009). Endbericht: ‚Demografischer Wandel in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten‘. www.landkreis-wesermarsch.de/unser-landkreis/zahlen--daten--fakten/demografiewandel.php (letzter Zugriff: 19.3.2014).

¹¹Weyerer S (2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Robert Koch-Institut: Berlin.

Verschlechterung zu verhindern. Aber auch mit steigendem Alter ist die Förderung der vorhandenen Gesundheit sinnvoll, um die Bürger gesund zu erhalten und Arbeitskraft stabil zu halten.

Ein wichtiger Sektor an der Nordseeküste ist der Tourismus. Damit ist die Versorgung von Tages- und Übernachtungsgästen sowie von Kurgästen ein großes Thema. Auch hier geht es um Qualitätssicherung und eine Verbesserung der Versorgung. Touristen und Kurgäste kennen sich eher nicht vor Ort aus, deshalb werden in diesem Bereich spezielle Anforderungen an die Informationen und deren Zugang gestellt.

Letztlich geht es beim Thema Gesundheit aber auch um viele andere Dinge. Dazu gehören der Ausbau bzw. die Modernisierung der Infrastruktur, Bildung, Chancengleichheit, gesetzliche Rahmenbedingungen, Umwelteinflüsse, Arbeitsbedingungen, soziale Verhältnisse, uvm. Akteure aus diesen „angrenzenden“ Bereichen sind in der Gesundheitsregion JadeWeser gerne gesehen. Sie können den fachlichen Austausch und die Konzeptentwicklung wesentlich bereichern.

Zusammenfassend ergeben sich somit viele denkbare Handlungsfelder, in denen für die Verbesserung der Gesundheit der Bürger und Gäste gearbeitet werden kann.

II. ZIELSETZUNG

Die Zielsetzung einer Gesundheitsregion kann nur

Gesundheit für alle – vom Säugling zum Hochbetagten, für Frauen und Männer, über alle Religionen und Kulturen hinweg

lauten. Das beginnt nicht bei der Bekämpfung von bestehenden Erkrankungen, sondern bei der Förderung der vorhandenen Gesundheit. In multiprofessioneller bzw. interdisziplinärer Atmosphäre steht die Verbesserung der Koordination der gesundheitlichen Versorgung bzw. eine bessere Verzahnung der verschiedenen Sektoren im Vordergrund. Um eine solide Basis für die Arbeit der Gesundheitsregion zu schaffen, erfolgt eine Bestandsaufnahme der regionalen Gesundheitseinrichtungen und der demografischen Voraussetzungen. Die vorhandenen Herausforderungen werden benannt und Handlungsschwerpunkte sowie Entwicklungsziele erarbeitet. Darauf aufbauend werden Konzepte und Lösungsstrategien entwickelt. Nicht nur der Einbezug aller Akteure im Gesundheitswesen, sondern auch der Bürger, ist ein essentieller Punkt, der unter anderem für mehr Akzeptanz der entstehenden Projekte sorgt (partizipativer Ansatz). Die Gesundheitsregion wird deshalb sektorenübergreifende Netzwerke und Zusammenarbeit fördern und für eine bessere Kooperation stehen. Sie wird aber auch eine Informationsplattform sein. Bereits bestehende Netzwerke, Projekte, Initiativen werden genutzt und einbezogen, um teure Doppelstrukturen zu vermeiden. Damit die Effizienz gewährleistet ist, wird die Arbeit im Rahmen der Gesundheitsregion wissenschaftlich evaluiert.

III. ORGANISATORISCHER AUFBAU DER GESUNDHEITSREGION

Die Gesundheitsregion wird, ähnlich den Modellregionen, aus einer Geschäftsstelle (Koordination und Leitung), einem Lenkungsausschuss, einer regionalen Steuerungsgruppe, Arbeitskreisen und Projektgruppen bestehen. Der essentielle Baustein wird die jährliche Gesundheitskonferenz sein (siehe Abbildung 1).

Als Gast wird sich der angrenzende Landkreis Ammerland beteiligen. So werden bereits bestehende Kooperationen berücksichtigt und es gibt die Möglichkeit eines weiteren Erfahrungsaustauschs.

1. Gesundheitskonferenz

Der Startschuss erfolgt durch eine große Auftaktveranstaltung an der alle Akteure des Gesundheitswesens der vier Kommunen beteiligt sein sollen. Zunächst soll das Konzept Gesundheitsregion vorgestellt werden. Entscheidender Punkt ist die Aufteilung der Gruppe in Workshops, welche quasi die späteren Arbeitskreise abbilden sollen. Dort ist zu Beginn ein Impulsreferat zu hören. Darauf aufbauend wird über die Probleme und Bedarfe in dem jeweiligen Themenfeld diskutiert.

Die Gesundheitskonferenz soll dann mindestens einmal jährlich veranstaltet werden. Den Input liefern der Lenkungsausschuss und die Arbeitskreise/Projektgruppen. Hier wird eine Plattform für den regen Austausch zwischen den Akteuren geboten.

2. Entscheidungs- und Koordinierungsgremien

a) Lenkungsausschuss

Der Lenkungsausschuss wird mit Vertretern aus den vier Kommunen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer, der Krankenhäuser, der Krankenversicherungen und der Pflege bestückt sein. Er stellt den Koordinierungszirkel sowie eines der Entscheidungsgremien dar.¹² Er entscheidet auch über Projektvorschläge. Zudem soll er eine Scharnierfunktion zwischen Fachlichkeit und kommunaler sowie staatlicher Ebene darstellen. Die Arbeitskreise berichten dem Lenkungsausschuss. Der Lenkungsausschuss kann allerdings auch Arbeitsbitten an die Arbeitskreise verteilen. Vorgesehen ist ein etwa vierteljährlicher Sitzungsturnus.

¹² Vorbehaltlich etwaiger abschließender Gremienentscheidungen

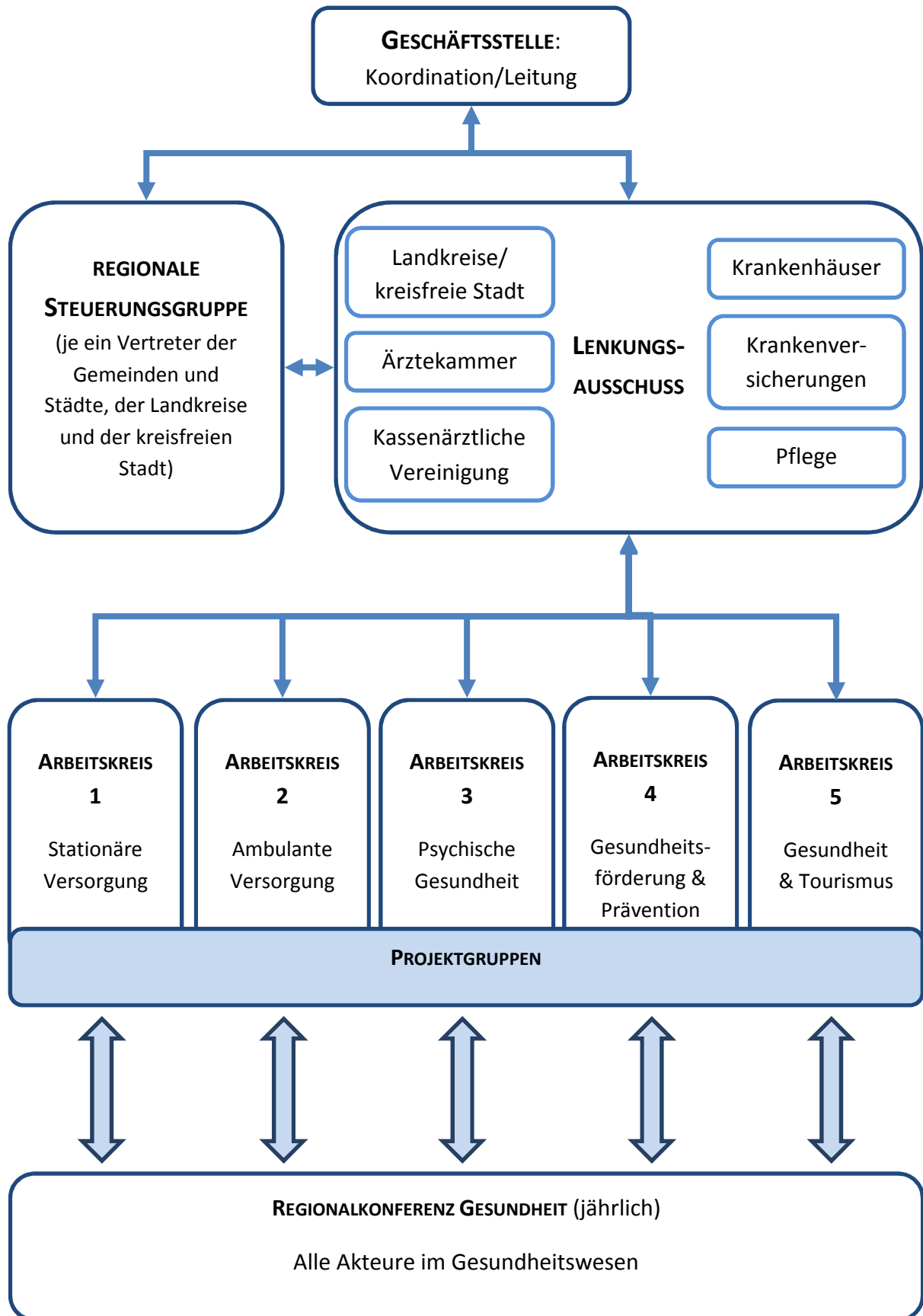


ABBILDUNG 1: Organigramm der Gesundheitsregion JadeWeser

b) Regionale Steuerungsgruppe

Die regionale Steuerungsgruppe als weiteres Entscheidungsgremium ist mit je einem Mitglied der angehörigen Gemeinden und Städte sowie mit je einem Vertreter der Landkreise und der kreisfreien Stadt besetzt. Geleitet wird die Steuerungsgruppe von der Verwaltungsspitze. Hier werden die vom Lenkungsausschuss priorisierten Projekte vorgestellt und über deren endgültige Umsetzung entschieden.

3. Arbeitskreise

Die Arbeitskreise sind die eigentlichen Fachgremien. In den Arbeitskreisen werden die Brennpunkte diskutiert und Lösungsvorschläge/Konzepte erarbeitet, welche wiederum dem Lenkungsausschuss vorgelegt werden. Jeder Arbeitskreis wird von einem Vorsitzenden geleitet, der auch die administrativen Aufgaben, wie Einladungen, etc. übernimmt.

Im Folgenden werden die vorgesehenen Arbeitskreise und eventuell mögliche Themen kurz beschrieben.

a) AK 1 Stationäre Versorgung

Im Arbeitskreis stationäre Versorgung geht es nicht nur um die Versorgung im Krankenhaus, sondern auch in Pflegeheimen, in Rehabilitationskliniken, etc. Denkbare Probleme, die in diesem Arbeitskreis angegangen werden könnten, wären der Fachkräftemangel oder der Umgang und die Versorgung von bestimmten Patientengruppen.

b) AK 2 Ambulante Versorgung

Auch hier wird der Fachkräftemangel im Fokus stehen. Ideen zur Personalentwicklung, Nachwuchsgewinnung, Delegationskonzepten, regionalen Bindung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf sind wünschenswert. Die Entwicklung von möglichen Modellprojekten für die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Raum (unter anderem auch auf die Infrastruktur bezogen) oder um benachteiligte Ziel- und Patientengruppen anzusprechen und besser einzubeziehen wären hier denkbar.

c) AK 3 Psychische Gesundheit

Eine bessere Versorgung von psychisch Erkrankten ist ein Ziel in diesem Arbeitskreis. Es könnten Versorgungsmodelle für bestimmte Krankheitsbilder entwickelt werden. Der Arbeitskreis psychische Gesundheit wird in enger Zusammenarbeit mit den Sozialpsychiatrischen Verbänden gestaltet, da hier die wesentlichen Akteure bereits zusammenkommen.

d) AK 4 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitsförderung und Prävention bereits im Kindes- und Jugendalter ist eine wichtige Aufgabe für ein Gesundheitssystem. Bereits früh können die Grundsteine für

eine gesunde Lebensweise gelegt werden. Aber auch die Gesundheitsförderung der älteren Bevölkerung und eventuell benachteiligten Bevölkerungsgruppen sollte hier Thema sein. Der Zielgruppen- und Settingansatz wird hier im Sinne der Effektivität der Maßnahmen beherzigt.

e) AK 5 Gesundheit und Tourismus

In der gesundheitlichen Versorgung dürfen natürlich auch die Kureinrichtungen und die Touristen nicht vergessen werden. Ein Konzept, welches Besuchern einen Überblick über regionale Anlaufstellen bei Gesundheitsproblemen gibt, wäre eine erste Idee, welche in diesem Arbeitskreis diskutiert werden könnte.

Aufgrund der Schnittmengen zwischen den einzelnen Arbeitskreisen sollen in regelmäßigen Abständen kurze Berichte erstellt werden, die allen Arbeitskreisen zur Verfügung gestellt werden.

4. Projektgruppen

Aus den Arbeitskreisen heraus entstehen die Projektideen, deren abschließende Ausarbeitung und Konkretisierung in kleineren Projektgruppen stattfindet, welche auch arbeitskreisübergreifend arbeiten können. Die Umsetzung der Projekte gehört nach Bewilligung durch den Lenkungsausschuss und der regionalen Steuerungsgruppe ebenfalls zu den Aufgaben der Projektgruppen.

5. Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle übernimmt die Koordination und Leitung der Gesundheitsregion. Dazu gehört nicht nur ein Teil der Verwaltung, sondern auch fachlich die Ausarbeitung von Projektberichten und Dokumentationen über die Arbeit in der Gesundheitsregion. Auch mit der Evaluation ist die Geschäftsstelle betraut. Die Geschäftsstelle sollte wegen des hohen fachlichen Anspruchs mit einer Fachkraft besetzt werden, die dann auch Ansprechpartner sein kann. Die Anbindung an ein Gesundheitsamt wäre fachlich von Vorteil. Der Landkreis Friesland bietet in Absprache mit den Kooperationspartnern an, die Geschäftsstelle zu besetzen bzw. einzurichten. Die Finanzierung erfolgt über den Landeszuschuss (siehe unten).

6. Finanzierung

Durch den Zusammenschluss von drei Kommunen (plus eine Gastkommune) wird mit 75.000€ Anschubfinanzierung gerechnet. Mit dem vorhandenen Geld soll die Geschäftsstelle, die Organisation der Gesundheitskonferenz sowie die Gremienarbeit finanziert werden. Für die Implementierung und Umsetzung der Projekte werden zusätzlich Fördergelder entsprechend Punkt 2.2 der „Richtlinie Gesundheitsregionen“ beantragt sowie jeweils passende Kostenträger gesucht, welche Mittel und Gelder investieren. Die Gesundheitsregion versucht weitere Fördermittel für die Projektarbeit einzuwerben.

7. Zeitlicher Rahmenplan

Nach Bewilligung des Antrages vom Land Niedersachsen (voraussichtlich im IV. Quartal 2014) soll schnellstmöglich die Auftaktveranstaltung stattfinden, in der sich die Arbeitskreise zusammenfinden und einen Vorsitzenden bestimmen. Im Anschluss sollen die ersten Arbeitskreistreffen organisiert werden, auf denen die Bedarfs- und Problemanalysen anstehen. Im ersten Halbjahr 2015 ist realistisch mit den ersten Projektvorschlägen zu rechnen, welche dann schnellstmöglich geprüft und umgesetzt werden sollen. Die Dokumentation und Evaluation der Arbeit und der Projekte stehen dabei an höchster Stelle, um wirtschaftliches Arbeiten zu gewährleisten.

Mit der Erstellung einer kleinräumigen Bevölkerungsprognose unter Berücksichtigung des demografischen Wandels sowie einer Bestandanalyse regionaler Gesundheitseinrichtungen mit Erreichbarkeitsanalyse soll nach Bewilligung des Antrages ebenfalls schnellstmöglich begonnen werden.

IV. LITERATURVERZEICHNIS

- Forum GmbH (2009). Endbericht: ‚Demografischer Wandel in der Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten‘. www.landkreis-wesermarsch.de/unser-landkreis/zahlen--daten--fakten/demografiewandel.php (letzter Zugriff: 19.3.2014).
- Landkreis Ammerland (2015). Das Ammerland - Attraktives Zentrum im Nordwesten mittendrin. <http://www.ammerland.de/ammerland.php> (letzter Zugriff: 21.03.2015).
- Landkreis Friesland (2014). Der Landkreis Friesland. www.friesland.de/landkreis-friesland/unser-landkreis/zahlen-daten-fakten/ (letzter Zugriff: 18.3.2014).
- Landkreis Wesermarsch (2012). Unser Landkreis. Zahlen – Daten – Fakten. www.landkreis-wesermarsch.de/unser-landkreis/zahlen--daten--fakten/bevoelkerung.php (letzter Zugriff: 18.3.2014).
- Maaz A, Winter M & Kuhlmeier A (2007). Der Wandel des Krankheitspanoramas und die Bedeutung chronischer Erkrankungen (Epidemiologie, Kosten). IN: Badura B, Schellschmidt H, Vetter Chr (2007). Fehlzeiten-Report 2006. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg; S.5-23
- Stadt Wilhelmshaven (2012). Daten und Fakten. www.wilhelmshaven.de/stadtinfos/daten-und-fakten.htm (letzter Zugriff: 18.3.2014).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011). Zensus 2011. <https://ergebnisse.zensus2011.de> (letzter Zugriff: 18.3.2014).
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014). Regionaldatenbank. www.regionalstatistik.de/genesis/online (letzter Zugriff: 26.03.2014).
- Statistisches Bundesamt (2009). Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.
- Weyerer S (2005). Altersdemenz. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 28. Robert Koch-Institut: Berlin.
- WHO – World Health Organization (1978). Declaration of Alma-Ata. Deutsche Version. www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978 (letzter Zugriff: 19.3.2014).
- Zeiner, M (2011). Tourismus = freiwillige Leistung?. Folienvortrag. Dwif-Consulting GmbH: München.

V. BILDNACHWEIS

Titelblatt/Landkreiskarte (vom Autor bearbeitet): d-maps.com / Deutschland > Niedersachsen. <http://d-maps.com/m/europa/germany/bassesaxe/bassesaxe50.gif> (letzter Zugriff: 22.3.2015).