

Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg

Anhang TP 2a

im Auftrag des



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION





Inhalt

1. Termine Expertenarbeitsgruppen	3
2. Zusammensetzung der Expertenarbeitsgruppen je Krankheitsbild und Landkreis	4
3. Materialien IST- AG- Sitzungen	11
3.1. Ablaufplan der ersten Sitzung in den AGs.....	11
3.2. Leitfaden für die erste Sitzung in den AGs am Beispiel Depression	12
3.3. Vorlagen für die erste Sitzung in den AGs am Beispiel Depression.....	19
4. Materialien SOLL- AG- Sitzungen	22
4.1. Leitfaden für die zweite Sitzung in den AGs am Beispiel Demenz	22
4.2. Vorlagen „Behandlungshaus“ für die zweite Sitzung in den AGs am Beispiel Demenz	28
4.3. Inspirationen- Liste für die zweite Sitzung in den AGs	30
5. Materialien IST- SOLL- Abgleich- AG- Sitzungen	34
5.1. Erklärungen und Leitfragen zur Präsentation für die dritte Sitzung in den AGs.....	34
5.2. Beispielpäsentation für die dritte AG- Sitzung (AG Anorexie, Reutlingen, 27.03.2017).....	38
5.3. Recherchierte innovative Beispiele und Modelle für die dritte AG- Sitzung	74
6. Materialien landkreisübergreifende AG- Sitzungen	118
6.1. Konzept für die landkreisübergreifende Sitzung der AGs.....	118
6.2. Anschreiben für die E-Mail zum Verschicken des Handouts für die landkreisübergreifende Sitzung der AGs.....	127
6.3. Handout für die landkreisübergreifende Sitzung der AG Darmkrebs	128
6.4. Übersichtskarte für die landkreisübergreifende Sitzung der AG Darmkrebs.....	143
7. Ergebnistabellen der Sitzungen	144

1. Termine Expertenarbeitsgruppen

Tabelle 1: Termine AG-Sitzungen (Modellregion und landkreisübergreifend)

	Biberach	Ravensburg	Reutlingen	landkreisüber- greifend
Anorexie	06.07.2016	13.09.2016	04.10.2016	13.7.2017
	10.11.2016	10.01.2017	28.11.2016	
	27.04.2017	24.04.2017	27.03.2017	
(Chron.) Kreuz- schmerz	12.07.2016	27.09.2016	15.09.2016	4.7.2017
	08.11.2016	20.12.2016	29.11.2016	
	25.04.2017	28.03.2017	30.03.2017	
Darmkrebs	15.09.2016	22.09.2016	12.09.2016	10.7.2017
	23.11.2016	15.12.2016	01.12.2016	
	22.03.2017	27.04.2017	03.04.2017	
Demenz	12.07.2016	14.09.2016	28.09.2016	29.6.2017
	08.11.2016	08.12.2016	07.12.2016	
	04.04.2017	05.04.2017	27.04.2017	
Depression	04.07.2016	12.10.2016	04.10.2016	13.7.2017
	07.11.2016	19.01.2017	28.11.2016	
	28.03.2017	06.04.2017	27.03.2017	
Diabetes mellitus	06.07.2016	21.09.2016	27.07.2016	10.7.2017
	09.11.2016	14.12.2016	16.11.2016	
	26.04.2017	26.04.2017	05.04.2017	
Schlaganfall	12.07.2016	28.09.2016	27.09.2016	4.7.2017
	15.11.2016	18.01.2017	14.12.2016	
	21.03.2017	22.03.2017	26.04.2017	



2. Zusammensetzung der Expertenarbeitsgruppen je Krankheitsbild und Landkreis

Tabelle 2: Zusammensetzung Expertenarbeitsgruppen Landkreis Biberach

Anorexie	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen aus dem Landkreis Biberach, Fachrichtungen: Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie • Schussental-Klinik Aulendorf • AOK Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus • Caritas Biberach, Psychologische Beratungsstelle • Staatliches Schulamt Biberach • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt
(Chron.) Kreuzschmerz	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen aus dem Landkreis Biberach, Fachrichtungen: Orthopädie, Chirurgie • Sana Klinik Laupheim: Ärztliche Vertreter der Fachrichtungen stationäre Schmerztherapie, Orthopädie • Sana Klinik Biberach: Ärztliche Vertreter der Fachrichtungen Schmerztherapie, Palliativmedizin, Psychotherapie, Psychoonkologie, • Sana Klinik Biberach: Sozial-Pflegeberatung • Federseeklinik Bad Buchau • Praxis für Physiotherapie • Unsere Brücke: Förderverein zur Unterstützung von Patienten nach stationärer Behandlung e.V. • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus Biberach • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt, betriebliches Gesundheitsmanagement
Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Niedergelassene Ärzte/Ärztinnen aus dem Landkreis Biberach, Fachrichtungen: Innere Medizin, Hämatologie, Internistische Onkologie, Palliativmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Allgemeinmedizin • Sana Klinikum Biberach: Ärztliche Vertreter der Fachrichtungen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Innere Medizin/ Gastroenterologie • Unsere Brücke: Förderverein zur Unterstützung von Patienten nach stationärer Behandlung e.V. • Uniklinikum Ulm, Psychoonkologische Beratungsstelle • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus • St. Elisabeth-Stiftung, Altenhilfe • Selbsthilfegruppe, Deutsche ILCO e.V. • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt



<p>Demenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • ZfP Südwürttemberg, Ärztliche und pflegerische Vertreter der Fachrichtungen Alterspsychiatrie • Fachklinik für Neurologie Dietenbronn GmbH • Sana Klinikum Biberach: Ärztliche Vertreter der Fachrichtung geriatrische Rehabilitation • Praxis für Physiotherapie • Praxis für Ergotherapie • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus, • Demenzpflege Riedlingen • Pflegehaus Fanny, Tagespflege, • Seniorenzentrum Haus Regenta • Caritas Biberach • Netzwerk Demenz • Landratsamt Biberach Kreisgesundheitsamt • Marion Breitling?
<p>Depression</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Niedergelasse Ärzte/Ärztinnen aus dem Landkreis Biberach, Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie, Radiologie • ZfP Südwürttemberg • Schlossklinik Bad Buchau • Praxis für Ergotherapie • Unsere Brücke: Förderverein zur Unterstützung von Patienten nach stationärer Behandlung e.V. • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus • Freundeskreis Schussenried e.V., Netzwerk Burnout und Depression • Gemeindepsychiatrisches Zentrum Biberach, Sozialpsychiatrischer Dienst • Selbsthilfegruppe Depression • Selbsthilfegruppe Angehörige um Suizid • Caritas Biberach • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt
<p>Diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Niedergelasse Ärzte/Ärztinnen aus dem Landkreis Biberach, Fachrichtungen Innere Medizin: • Sana Klinikum Biberach: Ärztliche Vertreter der Fachrichtungen Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin • Rehaklinik Schwabenland • Unsere Brücke: Förderverein zur Unterstützung von Patienten nach stationärer Behandlung e.V. • Jordanapotheke Biberach • Podologie • Orthopädiemechanik • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus • Pflegehaus Fanny, Tagespflege • Diabetes Selbsthilfegruppe • SRH Fernhochschule, Health Care Management • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt



Schlaganfall	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung • Vorsitzender der Kreisärzteschaft • Sana Klinikum Biberach: Ärztliche Vertreter der Fachrichtungen Innere Medizin/Angiologie, Intensivmedizin, Geriatrie, Neurologie, Sana Klinikum Biberach: Sozial- und Pflegeberatung • Schlossklinik Bad Buchau: Neurologie, Psychosomatik • Allmannsche Apotheke • Praxis für Ergotherapie • Praxis für Physiotherapie • Praxis für Logopädie • AOK - Die Gesundheitskasse Ulm-Biberach • BKK VerbundPlus, Case Management Patientenbegleitung • Bürgerheim Biberach • Selbsthilfegruppe Schlaganfall • Caritas Biberach • Landratsamt Biberach, Kreisgesundheitsamt
--------------	---

Tabelle 2: Zusammensetzung Expertengruppen Landkreis Ravensburg

Anorexie	<ul style="list-style-type: none"> • Oberschwabenklinik, St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg, Klinik für Kinder und Jugendliche • Fachkliniken Wangen, Rehabilitationsklinik für Kinder und Jugendliche, Waldburg-Zeil Kliniken • Niedergelassene ÄrztInnen aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin • Weissenauer Werkstätten, ZfP Südwürttemberg • Psychologische Familien- und Lebensberatung, Caritas Bodensee-Oberschwaben • AOK – Die Gesundheitskasse Bodensee-Oberschwaben • Staatliches Schulamt Markdorf, Schulpsychologische Beratungsstelle Ravensburg • Altdorf-Apotheke Weingarten • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt
(Chron.) Kreuzschmerz	<ul style="list-style-type: none"> • Oberschwabenklinik, Westallgäu-Klinikum in Wangen, Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Schmerzzentrum Wangen • ZfP Südwürttemberg, SINOVA Kliniken, Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Aulendorf • ZfP Südwürttemberg, Neurologie Weissenau • Vorsitzender der Kreisärzteschaft Ravensburg • Niedergelassene ÄrztInnen aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Orthopädie und Unfallchirurgie, spez. Schmerztherapie, physikalische Therapie, Chirotherapie, Sportmedizin, Neurologie und Psychiatrie, Neurochirurgie • Praxis für Psychotherapie • Praxis für Physiotherapie • Schmerz-Selbsthilfegruppe Bodensee-Oberschwaben • Sozialstation St. Josef Altshausen gGmbH • Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Regionalzentrum Ravensburg • AOK – Die Gesundheitskasse Bodensee-Oberschwaben • Apotheke am Goetheplatz • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt



Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> • 14 Nothelfer Weingarten, Klinik für Chirurgie und Unfallchirurgie, Endoprothetikzentrum • Oberschwabenklinik, St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg, Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie; Darmzentrum • Oberschwabenklinik, St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg, Onkologisches Zentrum • Waldburg-Zeil Kliniken, Parksanatorium Aulendorf, Fachklinik für Onkologische Rehabilitation • Internistische Facharztpraxis für Onkologie und Hämatologie • Gastroenterologische Schwerpunktpraxis • Deutsche ILCO – Die Selbsthilfe-Vereinigung für Stomaträger und Menschen mit Darmkrebs • SIEWA Coloplast Homecare • Sozialstation St. Josef Altshausen gGmbH • Apotheke am Elisabethen-Krankenhaus • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt
Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • ZfP Südwürttemberg, Abteilung Alterspsychiatrie Weissenau • Niedergelassene Ärzte aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Praktischer Arzt, Neurologie und Psychiatrie • Praxismgemeinschaft Ergotherapie • Selbsthilfegruppe für Angehörige von Menschen mit Demenz; Oberschwabenklinik, ODEM-Gruppe • Netzwerk Demenz • Caritas Bodensee-Oberschwaben, ZUHAUSE LEBEN-Stelle Weingarten • Sozialstationen Gute Beth Bad Waldsee gGmbH und St. Josef Altshausen gGmbH • Die Zieglerschen, Seniorenzentrum Bad Waldsee • AOK – Die Gesundheitskasse Bodensee-Oberschwaben • Apotheke im Spital • Landratsamt Ravensburg, Sozial- und Inklusionsamt • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • ZfP Südwürttemberg, SINOVA Klinik, Tagesklinik Ravensburg • ZfP Südwürttemberg, SINOVA Klinik, Schussental-Klinik Aulendorf • Waldburg-Zeil Kliniken, Rehabilitationsklinik Bad Wurzach, Fachklinik für Orthopädie, Neurologie und Altersmedizin • Niedergelassene Ärzte aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, psychotherapeutische Medizin • AG Selbsthilfe seelische Gesundheit (AG SsG) • Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen, Angst und Panikattacken, Weingarten • Sozialpsychiatrischer Dienst der Arkade e.V. (Gemeindepsychiatrie & Jugendhilfe) • ZfP Südwürttemberg, Abt. Psychosomatik Ravensburg-Bodensee • Sozialstation Gute Beth Bad Waldsee gGmbH • AOK – Die Gesundheitskasse Bodensee-Oberschwaben • Marien-Apotheke Ravensburg • Landratsamt Ravensburg, Stabstelle Sozialplanung • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> • Oberschwabenklinik, Westallgäu-Klinikum in Wangen, Klinik für Innere Medizin • Oberschwabenklinik, St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg, Klinik für Kinder und Jugendliche • Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg • Niedergelassene Ärzte aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Innere Medizin • Diabetiker-Selbsthilfegruppe Aulendorf • Sozialstationen St. Josef Altshausen gGmbH und Gute Beth Bad Waldsee gGmbH • Staatliches Schulamt Markdorf, Schulpsychologische Beratungsstelle Ravensburg • Ernährungsberatung • Hubertus-Apotheke • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt

Schlaganfall	<ul style="list-style-type: none"> • Oberschwabenklinik, St. Elisabethen-Klinikum in Ravensburg, Klinik für Neurologie, Schlaganfallzentrum • Oberschwabenklinik, Schlaganfall-Infostelle • Waldburg-Zeil Kliniken, Fachkliniken Wangen, Neurologische Klinik • Niedergelassene ÄrztInnen aus dem Landkreis Ravensburg, Fachrichtungen: Neurologie, Allgemeinmedizin • Rettungsdienst DRK Bodensee-Oberschwaben • Physiotherapie, radius Ravensburg • Praxismgemeinschaft Ergotherapie • St. Elisabeth-Stiftung, Heggbacher Wohnverbund • Sozialstation Gute Beth Bad Waldsee gGmbH • Altdorf-Apotheke Weingarten • Landratsamt Ravensburg, Gesundheitsamt
--------------	---

Tabelle 3: Zusammensetzung Expertenarbeitsgruppen Landkreis Reutlingen

Anorexie	<ul style="list-style-type: none"> • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar Alb • DAK-Gesundheit, Vertragsgebiet BW • Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, Regionalzentrum Reutlingen • Friedrich-Schiller-Gymnasium Pfullingen • Kinder- und Jugendarztpraxis • Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut • Kinder- und Jugendpsychiatrie Reutlingen • Kinderklinik Reutlingen • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Landratsamt Reutlingen, Soziale Dienste • PP.rt Reutlingen Reutlingen • Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie • Schulpräsidium Regierungsbezirk Tübingen • Schulsozialarbeit an der Wilhelm-Hauff-Realschule Pfullingen • Schussental-Klinik Aulendorf gGmbH • Therapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche • Tima e.V., Lebenshunger • Universitätsklinikum Tübingen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie • Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin
(Chron.) Kreuzschmerz	<ul style="list-style-type: none"> • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar Alb Orthopädische Praxis Reutlingen • Gartenstadt-Apotheke • Haid-Reha, Physiotherapie • Hausärztliche Praxis • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Patientenvertreter • Praxis im Gerberviertel, Physiotherapeut • Regionales Schmerzzentrum, Klinikum am Steinenberg



Darmkrebs	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulanter Hospizdienst Reutlingen e.V. • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar-Alb • Gastroenterologie Reutlingen • Geschäftsstelle Krebszentrum, Kreiskliniken Reutlingen GmbH • ILCO Landesverband BW • Kassenärztliche Vereinigung • Kreiskliniken Reutlingen GmbH • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Brückenpflege Palliativ Care • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt
Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Abteilung für Ältere Stadt Reutlingen • Altenhilfefachplanung, Altenhilfeplanung, Bürgerschaft. Engagement LK Reutlingen • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar Alb Ermstaklinik Bad Urach, Zentrum für Altersmedizin • Apotheke • Bosch BKK • Bruderhausdiakonie • Diakoniestation Oberes Ermstal-Alb gGmbH, Pflegedienstleitung • DRK Alzheimer Beratungsstelle • DRK Reutlingen, Demenzbetreuung • Ermstaklinik Bad Urach, Zentrum für Altersmedizin • Gerontopsychiatrisches Pflegeheim Königshöhe • Gerontopsychiatrisches Pflegeheim Königshöhe • Hausärztliche Praxis • Kreiskliniken Reutlingen • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Vertreter Kreistag • PP.rt Reutlingen • Reutlinger Altenhilfe GmbH
Depression	<ul style="list-style-type: none"> • AK Leben Reutlingen • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar Alb DAK-Gesundheit, Vertragsgebiet BW • Deutsche Rentenversicherung, Regionalzentrum Reutlingen • Friedrich-Schiller-Gymnasium Pfullingen • Hausärztliche Praxis • Kath. Beratungsstelle für Ehe-, Familien- u. Lebensfragen • Kinder- und Jugendarztpraxis • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Landratsamt Reutlingen, Soziale Dienste • Landratsamt Reutlingen, Leitung Soziale Dienste • PP.rt Reutlingen • Praxis für Psychotherapie • Regierungspräsidium Tübingen, Abteilung Schule und Bildung • Schulsozialarbeit an der Wilhelm-Hauff-Realschule Pfullingen • Selbsthilfegruppe Lebenschance, Pfullinger Familienzentrum • Sozialpsychiatrische Hilfen Reutlingen/ Zollernalb • Therapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche • Universitätsklinikum Tübingen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie • Universitätsklinikum Tübingen, Psychosomatische Medizin



<p>Diabetes mellitus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AOK-Die Gesundheitskasse Neckar-Alb • Apotheke • Fachpraxis für Podologie • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Kinderambulanz • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Medizinische Klinik I • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Niedergelassener Hausarztpraxis und Diabetologe • Niedergelassener Kinder- und Jugendarzt und Diabetologe • Patientenvertreter • Regierungspräsidium Tübingen, Gymnasiallehrerin • Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin Tübingen • Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik IV • Vertreter Kreistag • VHS Reutlingen, Gesundheitsbildung
<p>Schlaganfall</p>	<ul style="list-style-type: none"> • AOK - Die Gesundheitskasse Neckar Alb, Competence Center Krankenhaus • Apotheke • Arztpraxis • DRK Kreisverband Reutlingen • Fachkliniken Hohenurach, Abteilung Innere Medizin und Geriatrie • Gemeinsam im Leben gemeinnützige GmbH • Gemeinschaftspraxis • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Klinik für Neurologie • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Leitender Arzt Altersmedizin • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Therapeutische Abteilung • Kreiskliniken Reutlingen GmbH, Zentrale Notaufnahme • Landratsamt Reutlingen, Kreisgesundheitsamt • Neurologische Praxis • Selbsthilfegruppe Schlaganfall

3. Materialien IST- AG- Sitzungen

3.1. Ablaufplan der ersten Sitzung in den AGs

Zeit	Min	Was	Inhalt	Erläuterungen	Material
<i>Vorbereitung: Laptop anschließen, Namensschilder austeilen, Metaplankarten bereitlegen</i>					
	5	Vortrag	Begrüßung		PP: Folie Begrü- ßung
	10	Plenum	Vorstellungs- runde		
	15	Vortrag	Projektbeschrei- bung	Ziele des Projek- tes und der AG- Arbeit	PP: Folien
	30	Plenum	Patientenpfad	Berufsgruppen, Institutionen, Einrichtungen und deren Auf- gaben	Schaubild, Metaplankarten, Leitfaden I
	20	Plenum	Diskussion mit Fragen des Mo- derators	Schnittstellen	Metaplankarten, Leitfaden II
	15	Pause			
	40	Plenum		Problemanalyse	Metaplankarten, Leitfaden III
	15	Vortrag	Abschluss: Wei- teres Vorgehen der AG, neue Ter- minfindung		PP: Folien Ab- schluss
	150				

3.2. Leitfaden für die erste Sitzung in den AGs am Beispiel Depression

Leitfaden

für die Durchführung der IST- Analyse beim ersten AG- Treffen

Teil I

Schwerpunkt: Wie werden Patienten mit der Krankheit im Landkreis versorgt?

(Ist-Zustand der ambulanten (hausärztlichen) und (teil-)stationären Gesundheitsversorgung, Analyse von Stärken und Schwächen)

- Arbeit mit Metaplankarten: Karte für einen Patienten mit der Diagnose Depression, diese Metaplankarte wird auf den Boden gelegt, darum herum werden die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, Institutionen und Einrichtungen gelegt (Vorlage 1); alle weiteren Stichpunkte werden auf Karten gesammelt und dazu gelegt
- Schnittstellen werden mit Seilen dargestellt; alternativ (falls das zu unübersichtlich wird): Poster mit den Berufsgruppen/ Institutionen, Schnittstellen aufzeichnen (lassen)
- Stärken- und Schwächenanalyse: Rote Karten werden für Schwächen, grüne Karten für Stärken und Ressourcen verwendet
- Ziel: **Wie stellt sich der Weg eines Patienten mit Depression durch das Versorgungssystem dar? Wie gut ist die Versorgung? Was sollte verbessert werden?**

Moderation und Leitfragen	Nachfragen (falls nichts von TN kommt)	Erläuterungen
Wir möchten heute mit Ihnen zusammen darstellen, wie Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Erkrankung in Ihrem Landkreis versorgt werden. Dazu haben Sie in der Präsentation schon einige Fragen gehört, die wir heute gemeinsam bearbeiten wollen.		
Wir würden dazu gern das Schaubild hier gemeinsam mit Ihnen ergänzen.		
Das Ziel ist es, am Ende den Weg eines Patienten mit der Krankheit Depression durch das Versorgungssystem in Ihrem Landkreis und die Stärken und Schwächen der Versorgung darzustellen.		
Damit wir uns ganz darauf konzentrieren können, würden wir unsere Arbeitsgruppe gern auf Band aufnehmen, damit wir nachher ein Protokoll der Sitzung erstellen können. Die Aufnahme dient nur diesem Zweck und alles hier Gesagte bleibt selbstverständlich vertraulich. Sind Sie damit einverstanden?		

<p>Im Mittelpunkt unserer Betrachtung steht ein Patient mit der Erkrankung Depression.</p> <p>Aus Gründen der Lesbarkeit haben wir im Folgenden immer die männliche Form verwendet – selbstverständlich sind sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint.</p>		<p><u>Vorlage 1:</u></p> <p>Auf die Patienten-Karte in der Mitte zeigen</p> <p>Anmerkung aus dem Pilotierungstreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Eventuell alle weiteren Karten schon vorher hinlegen, um Zeit zu sparen ⇒ Möglichst viele Informationen schon vorher einholen und in das Schaubild einarbeiten
<p>Sie alle sind heute eingeladen worden, weil Sie in irgendeiner Weise mit der Versorgung von Patienten mit der Erkrankung Depression zu tun haben. Und hier würden wir gerne einsteigen in unser Schaubild und uns in der nächsten halben Stunde Folgendes anschauen:</p> <p>Sie sehen hier die Berufsgruppen und Institutionen, welche an der Versorgung, der Gesundheitsförderung und Prävention, Pflege von Patienten mit der Erkrankung Depression beteiligt sind. Ihre eigene Profession oder Position ist schon im Schaubild enthalten, nun kommen wir zum ersten Schritt unserer Erweiterung:</p>		<p>Zeigen auf die Karten um die „Patientenkarte“ herum,</p> <p><i>(eventuell darauf hinweisen, dass die Entfernungen der Berufsgruppen/ Institutionen zum Patienten nichts mit der Wichtigkeit in der Versorgung zu tun haben)</i></p> <p>30 Minuten für Teil 1</p>
<p>Was/wer fehlt denn noch?</p> <p>⇒ Wer ist noch an der Behandlung beteiligt? Haben wir weitere Anlaufstellen?</p>		<p>Ergänzen durch weitere Karten</p>
	<p>Haben wir an alle Berufsgruppen im ambulanten Bereich gedacht?</p>	<p>Ergänzen durch weitere Karten</p>
	<p>Wer ist noch an der stationären/ teilstationären Versorgung beteiligt?</p>	<p>Ergänzen durch weitere Karten</p>
	<p>Gibt es weitere Einrichtungen zur Rehabilitation?</p>	<p>Ergänzen durch weitere Karten</p>

	Gibt es weitere ehrenamtliche Einrichtungen/Strukturen/Angebote in Ihrer Region?	Ergänzen durch weitere Karten
	Welche Anlaufstellen gibt es für die Angehörigen?	Ergänzen durch weitere Karten
Gibt es -Angebote und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung & Prävention von Depression?	<p>z.B. Laufgruppen (-> positive Wirkung v. körperlicher Aktivität auf seelische Befindlichkeit), Informations-/Aufklärungskampagnen</p> <p>Zusammenarbeit mit Kita, Schulen/Betrieben, Vereinen...z.b: Resilienz Förderung in Kita</p> <p>Selbständige Akteure im Bereich GF u. Präv. – autorisiert durch den GKV <i>Leitfaden Prävention</i></p>	Ergänzen durch weitere Karten
<p>Kommen wir nun zum nächsten Schritt:</p> <p>Welche Aufgabe/n hat Ihre Berufsgruppe, Institution oder ehrenamtliche Struktur bei der Behandlung von depressiven Patienten? Hier haben wir einige der Aufgaben, die wir in Leitlinien gefunden haben, zusammengestellt.</p>		<p><u>Vorlage 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ergänzen durch vorbereitete Aufgaben- Karten ⇒ Karten werden in einen A3-Rahmen gelegt. <p>Anmerkung aus dem Pilotierungstreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ bei den Aufgaben aufpassen, nicht in SOLL Analyse „rutschen“, ⇒ bei Bedarf Karten einfach umdrehen, wenn die Aufgaben von den Teilnehmern nicht gesehen werden

<p>Welche weiteren Aufgaben fehlen? Was sehen Sie als wichtig an? Wir möchten Sie bitten, Ihre weiteren Aufgaben auf Metaplankarten zu notieren</p>	<p>Was genau tun Sie bei der Behandlung? (Es geht nicht darum, was Sie gerne für und mit den Patienten tun würden und evtl. wegen verschiedenster äußerer Umstände und Rahmenbedingungen momentan nicht tun können, sondern darum, was Sie tatsächlich tun.)</p>	<p>Teilnehmer notieren weitere, eigene Aufgaben.</p>
<p>Wir möchten nun die Aufgaben der verschiedenen Akteure zusammentragen.</p>		<p>Karten werden geschrieben und hingelegt. Jeder berichtet kurz, was er aufgeschrieben hat.</p> <p>Hier bitte noch keine Diskussionen aufkommen lassen. Falls Probleme genannt werden, diese notieren und für später zur Seite legen, auf Problemanalyse verweisen</p>
<p>Für einige Berufsgruppen ist heute kein Vertreter anwesend.</p> <p>Welche Aufgaben würden Sie diesen Berufsgruppen zuordnen?</p>		<p>Aufgaben für Berufsgruppen ohne anwesende Vertreter ergänzen</p>

Teil II

Schwerpunkt: Wie funktioniert die Zusammenarbeit an den Schnittstellen (amb./stationär, Pflege, Prävention/ Gesundheitsförderung etc.)?

Moderation und Leitfragen	Nachfragen (falls nichts von TN kommt)	Erläuterungen
<p>Im nächsten Schritt wollen wir uns ansehen, an welchen Stellen bereits zusammengearbeitet wird.</p> <p>Hierfür haben wir nun zwanzig Minuten vorgesehen, um uns nochmals alle Berufsgruppen, Aufgaben und Funktionen anzusehen und zu fragen:</p> <p>Wer arbeitet mit wem zusammen? Wo findet eine Zusammenarbeit, Kooperation und Kommunikation statt?</p> <p>Einige solcher Kooperationen haben wir schon einmal dazugelegt</p>		<p><u>Vorlage 3:</u></p> <p>Mit Seilen Verbindungen legen für Schnittstellen / alternativ auf Poster und Verbindungen einzeichnen</p> <p>20 Minuten für Teil 2</p>

	Mit wem/welchen Berufsgruppen arbeiten Sie persönlich zusammen, wenn Sie einen depressiven Patienten betreuen?	
Welche weiteren Kooperationen gibt es? Wer arbeitet zusammen?	Wer arbeitet zusammen in der <ul style="list-style-type: none"> • amb./stationären Versorgung? • Pflege, • Prävention/ Gesundheitsförderung 	Ergänzen durch weitere Seile
Wie arbeiten Sie zusammen/auf welche Weise?	Wie funktioniert der Austausch über den Patienten zwischen den beteiligten Berufsgruppen? Welches sind die Kommunikationswege? Wie und durch wen bekommt der Patient einen Termin bei einer anderen Berufsgruppe (Psychotherapie/Neurologe/Psychiater, etc.)?	Ergänzen durch weitere Karten (<i>eventuell entlang der Seile legen</i>)
Wo gibt es eine Zusammenarbeit der Gesundheitsförderung & Prävention zur Pflege sowie zu anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung (ambulante Versorgung, akut-stationäre Versorgung, ambulante und stationäre Langzeitpflege, Rehabilitation, Notfallversorgung, Palliativversorgung)?	Gibt es entsprechende Angebotsübersichten, die dem Patienten an die Hand gegeben werden können? Wird mit relevanten Ämtern zusammengearbeitet: Gesundheitsamt, Sozialamt?	
Wie sieht der Übergang von stationär nach ambulant bei Patienten mit dieser Erkrankung aus?		
Wie sind Ihrer Meinung nach ambulante und (teil-) stationäre Angebote vernetzt mit der häuslichen Pflege?		
Wie sind Ihrer Meinung nach ambulante und (teil-) stationäre Angebote vernetzt mit Prävention & Gesundheitsförderung?		
Gibt es schon Einrichtungen in Ihrem Landkreis, die sektorübergreifend tätig sind (z.B. ambulant-stationär oder stationär-Pflege, etc.)		

<p>Wenn wir nun dieses Schaubild betrachten: Gibt es Ihrer Meinung nach eine Reihenfolge von Behandlungsabläufen/„Stationen“ in der Behandlung?</p> <p>Ist ein „Weg des Patienten durch das System“ zu erkennen?</p> <p>Lässt sich ein „Versorgungspfad“ für den Patienten festlegen?</p>	<p>An wen wendet sich ein Patient mit einer Depression zuerst, d.h. an welcher Stelle tritt der Patient in das System ein?</p> <p>Durch wen wird die Diagnose gestellt?</p> <p>Wer wird dann als nächstes hinzugezogen? Etc.</p> <p>Oder gibt es keinen Weg? Ist die Reihenfolge nicht wichtig? Bringt uns das weiter?</p>	<p>Falls diese Betrachtungsweise von den Teilnehmern als nicht sinnvoll angesehen wird, zum nächsten Punkt gehen</p>
--	--	---

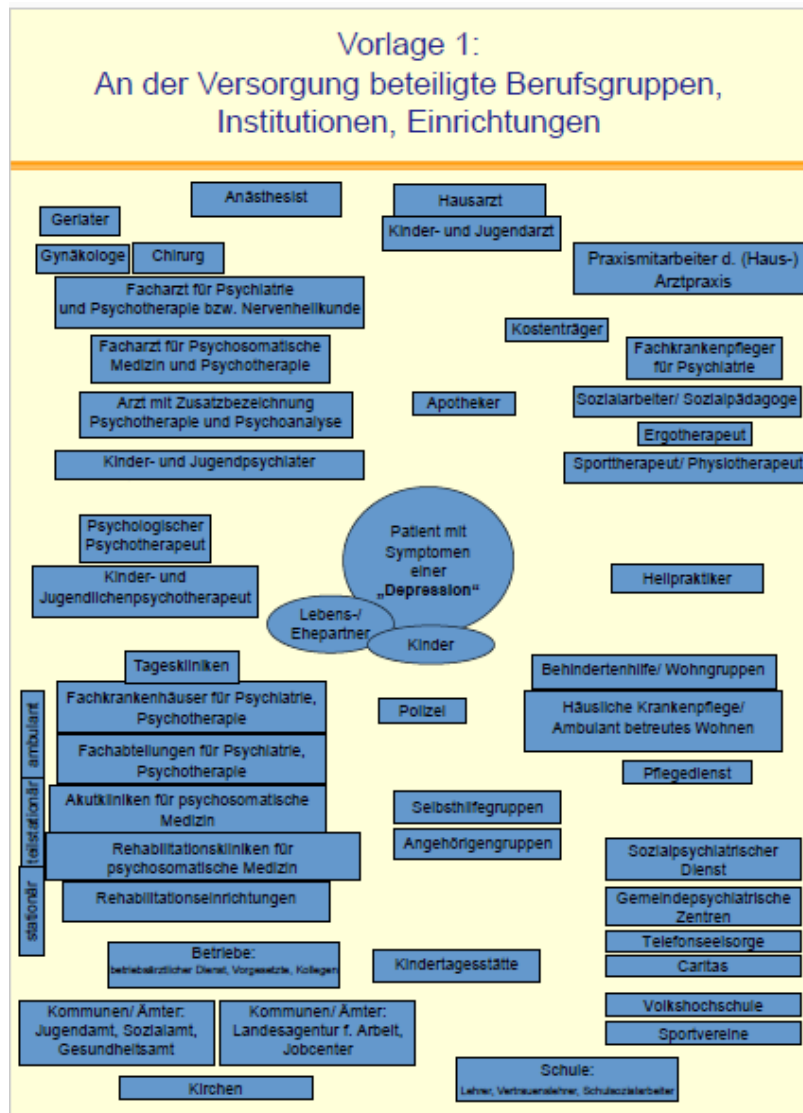
Teil III

Schwerpunkt: Bewertung des IST- Zustandes

Moderation und Leitfragen	Nachfragen (falls nichts von TN kommt)	Erläuterungen
<p>Wir haben jetzt gemeinsam eine „IST-Analyse“ der Versorgung von Menschen mit der Erkrankung Depression in ihrem Landkreis erarbeitet.</p> <p>Im letzten Schritt würden wir uns nun 40 Minuten Zeit nehmen und gern von Ihnen wissen:</p> <p>Als wie gut Sie die Versorgung für diese Patientengruppe einschätzen?</p>		<p>Stärken/Schwächenanalyse</p> <p>40 Minuten für Teil 3</p>
<p>Was funktioniert bei der Versorgung dieser Patientengruppe bereits gut? Welche Ressourcen gibt es diesbezüglich im Landkreis?</p>		<p>Ergänzen durch weitere Karten.</p> <p>Rote Karten für Probleme, grüne für Stärken</p>
<p>Welche Probleme gibt es Ihrer Meinung nach in der Versorgung von Patienten mit einer Depression in Ihrem Landkreis?</p>		<p>Ergänzen durch weitere Karten.</p> <p>Rote Karten für Probleme, grüne für Stärken</p>
	<p>Sind genug Leistungserbringer hier im Landkreis vorhanden, um alle Patienten mit einer Depression zu versorgen? Auch Kinder und Jugendliche?</p>	
	<p>Gibt es Unterschiede in der Versorgung von depressiven Patienten in der Stadt und auf dem Land hier im Landkreis? Welche?</p>	

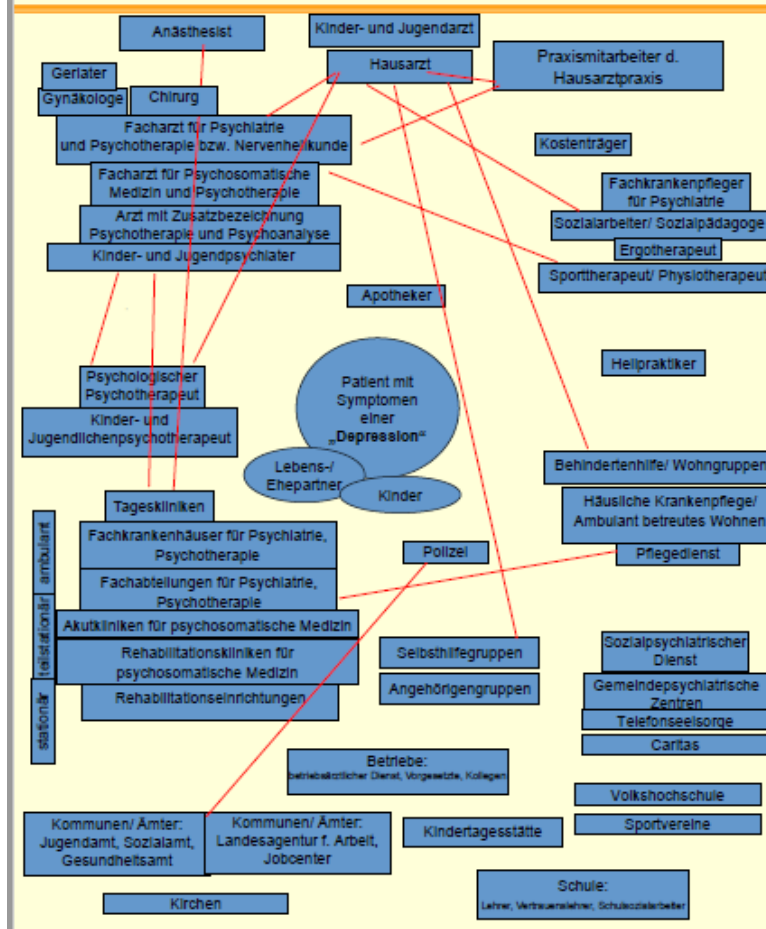
	Ist eine Berufsgruppe in Ihrem Landkreis nicht vorhanden, die für die Versorgung depressiver Patienten wichtig ist? (z.B. Kinder/Jugendpsychiater)	
	Gibt es Aufgaben, die Ihrer Meinung nach für den Patienten wichtig wären, die Sie aber im Moment (z.B. aus Zeitmangel, mangelnder Finanzierung) nicht leisten könnten?	
Was könnte/sollte man Ihrer Meinung nach tun, um die Versorgung zu verbessern?		Ergänzen durch weitere Karten. Rote Karten für Probleme, grüne für Stärken
	Würden Sie sich jemanden wünschen, die diese Funktion oder Aufgabe erfüllt, die es momentan in Ihrem Landkreis aber noch nicht gibt?	
	Wie müssen sich die Versorgungsstrukturen anpassen oder verändern?	
Schauen wir uns nochmals die einzelnen Kooperationen und Schnittstellen an: Was läuft da alles sehr gut? Gibt es möglicherweise Probleme? Welche?	Wie lang sind die Wartezeiten für einen Facharzttermin/eine Psychotherapie?	
Müsste Ihrer Meinung nach die Gesundheitsförderung / Prävention für depressive Erkrankungen verbessert werden? Mit welchen Maßnahmen oder Strukturen?	Bezogen auf die Lebenswelten, z.B. Kita, Schule, Betriebe, Städte & Gemeinden, Vereine, Kirchen, Pflegeheime	

3.3. Vorlagen für die erste Sitzung in den AGs am Beispiel Depression





Vorlage 3: Schnittstellen der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, Institutionen, Einrichtungen



4. Materialien SOLL- AG- Sitzungen

4.1. Leitfaden für die zweite Sitzung in den AGs am Beispiel Demenz

Leitfaden

für die Durchführung der SOLL- Analyse für das Krankheitsbild „Demenz“ beim zweiten AG- Treffen

Übersicht/ Ablaufplan:

Zeit	Min	Was	Inhalt	Erläuterungen	Material
<i>Vorbereitung: Laptop anschließen, Namensschilder austeilen, Metaplankarten bereitlegen, Poster aufhängen</i>					
	10	Einleitung	Erklärung „Behandlungshaus“	Welche Berufsgruppen beinhaltet das „Behandlungshaus“?	Beamer-Präsentation Poster, Leitfaden
	55	Plenum	Durchgehen der einzelnen Etagen	Wie stellt sich die optimale Versorgung eines Patienten mit Demenz dar? Welche Berufsgruppen sind für einzelne Patienten wichtig?	Beamer-Präsentation Poster Metaplankarten, Leitfaden II
	25	Plenum	Gesamtblick quer über die Etagen	Welche Berufsgruppen und Institutionen werden in mehreren Etagen genannt? Wie soll die Zusammenarbeit aussehen?	Beamer-Präsentation Poster Metaplankarten, Leitfaden
	90				

Schwerpunkt:

Welche Behandlungsteams sind in den verschiedenen Behandlungsphasen notwendig, damit Patienten mit der Erkrankung „Demenz“ optimal versorgt werden?

- ⇒ Arbeit mit vorbereiteter Beamer- Folie und Postern
- ⇒ alle weiteren Stichpunkte werden auf Metaplankarten gesammelt und dazu gehängt/ mit Stift ergänzt
- ⇒ **bitte zu Beginn der Sitzung nachfragen, ob eine Audioaufnahme der Sitzung von den Teilnehmern genehmigt wird!**
- ⇒ **bitte von allen Ergebnissen Fotos machen und in die internen Protokolle einfügen!**

SOLL- Analyse

Moderation und Leitfragen	Erläuterungen
<p>Liebe Teilnehmende unserer Arbeitsgruppe zum Thema „Demenz“,</p> <p>zu unserer heutigen Sitzung möchte ich Sie ganz herzlich begrüßen und Ihnen danken, dass Sie sich heute erneut die Zeit genommen haben, hier her zu kommen.</p>	<p>10 Minuten</p>
<p>Sie alle haben in irgendeiner Weise mit der Versorgung von Patienten mit der Erkrankung Demenz zu tun.</p> <p>Im Unterschied zum letzten Mal, beim dem wir uns mit der Frage beschäftigt haben, wie die Versorgung von Patienten mit Demenz aktuell aussieht, steht die heutige Sitzung unter dem Thema</p> <p style="text-align: center;">“Wie SOLLTE die optimale Versorgung von Patienten mit Demenz aussehen?“</p> <p>Hierbei geht es nicht um die verschiedenen Behandlungs- und Versorgungsmethoden, sondern eher darum, wer für die Versorgung und Betreuung zuständig ist und wie diese organisiert werden sollte.</p> <p>Für eine solche multiprofessionelle Versorgung gibt es in unserem Gesundheitssystem derzeit einige Hindernisse. Deshalb wollen wir uns bei unserer Arbeit heute eine „ideale Versorgungswelt“ ohne solche Hindernisse vorstellen.</p>	
<p>Einsteigen wollen wir in die heutige Sitzung mit diesem Bild:</p> <p>Sie sehen hier ein Haus, in dem die aus unserer Sicht wichtigsten Berufsgruppen und Institutionen genannt sind, die an der Behandlung eines Patienten mit Demenz beteiligt sind.</p> <p>Das Haus soll erstmal nur visuell die Zusammenarbeit aller Beteiligten darstellen. Wie die Vernetzung und Kooperation aller Beteiligten konkret aussehen sollte/könnte, wollen wir mit Ihnen in der Sitzung erarbeiten.</p> <p>Im Haus findet der Patient ein „Gesundheitsnetzwerk“ an Behandelnden inkl. Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention vor: alle für seine Behandlung wichtigen Berufsgruppen und Institutionen sind für ihn verfügbar und stehen miteinander in Kontakt.</p> <p>Auch ÖGD, Lebenswelten etc. (<i>die Spalte „rechts neben dem Haus“</i>) stehen in Verbindung zu den Akteuren und Institutionen im Haus und sind als wichtiger Teil zur Erreichung der Gesundheitsförderung anzusehen.</p> <p>Stellen Sie sich vor, ein Patient betritt dieses Haus. Ziel ist es, dass er für seine Bedürfnisse einmal komplett durch das Haus geleitet wird und am Ende das Haus mit einer auf ihn individuell abgestimmten Beratung, Behandlung und Versorgung wieder verlässt.</p> <p>Eine Unterscheidung nach verschiedenen Sektoren und Berufsgruppen, wie ambulant und stationär, medizinische Versorgung und Pflege oder weitere Sektoren findet in diesem Haus nicht statt.</p> <p>Alle Angebote, die im Haus angeboten werden, werden an einer zentralen Stelle organisiert und sind für alle Akteure im Haus transparent und verfügbar.</p>	<p>Folie „Behandlungshaus“</p>

<p>Ausgehend von diesem Anfangsbild wollen wir nun anhand konkreter Fallbeispiele und Ihrer Erfahrung dieses „Gesundheitsnetzwerk“ für die Patientengruppe mit Demenz in seiner Idealform knüpfen. Zur Einstimmung möchte ich Ihnen nun einige Patienten skizzieren.</p>	<p>10 Minuten</p>
<p>Frau A.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 69 Jahre, Rentnerin, verheiratet, 2 Töchter, die in der Nähe wohnen • wohnt in einem Dorf • seit 1 Jahr Diagnose Dementielle Erkrankung • in den letzten Monaten zunehmende Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis, Schwierigkeiten mit gewohnten Handlungen, der räumlichen und zeitlichen Orientierung, häufig aggressiv gegenüber dem betreuenden Ehemann • Ihre Mutter sowie der Großvater mütterlicherseits litten ab dem Alter von etwa 70 Jahren an Alzheimer Demenz 	
<p>Herr B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 64 Jahre alt • Wohnt in der Stadt • Rechtsanwalt in Einzelkanzlei, kurz vor der Berentung, war beruflich immer sehr eingespannt und unter ständigem Zeitdruck • Übergewichtig, starker Raucher, hatte vor 4 Jahren bereits einen Herzinfarkt • Keine Zeit für Hobbys oder Sport treiben • Seit einigen Monaten Leistungsverlust in Beruf und Alltag, Stimmung oft niedergedrückt, Konzentrationschwierigkeiten und Probleme mit dem Gedächtnis • Familiäre Vorbelastung: Vater an Demenz verstorben 	
<p>Frau C.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 81 Jahre alt, Rentnerin, verwitwet, eine Tochter, die Pflege übernommen hat • Wohnt in der Stadt • Diagnose: schwere Alzheimerdemenz • Symptome: Verlust der Orientierung und Sprache, Umherirren, Wahnvorstellungen, Aggressivität • Tochter, die sie derzeit pflegt und betreut, ist am Ende ihrer Kräfte und sucht Hilfe 	
<p>Frau A., Herr B. und Frau C kommen nun also mit ihren Anliegen in unser „Behandlungshaus“. Sie sollen nur beispielhaft für viele Patienten stehen, die dieses Haus mit ihren jeweiligen Bedarfen betreten und hier eine auf sie individuell zugeschnittene Behandlung erhalten.</p> <p>Welche Berufsgruppen und Institutionen sind für die jeweiligen Patienten mit ihren speziellen Bedarfen notwendig, um eine umfassende, optimale Behandlung zu erreichen?</p>	
<p>Dieser Frage wollen wir nun in einem ersten Schritt nachgehen, und dafür würde ich Sie bitten, dass wir uns gemeinsam nacheinander diese drei Poster anschauen.</p> <p>Zur Vorbereitung auf diese Sitzung haben wir die S3-Leitlinie Demenzen ausgewertet.</p> <p>Die wichtigsten der in den Leitlinien empfohlenen Behandlungsschritte und -optionen haben wir als „Bausteine“ modular zusammengestellt.</p>	

Hierbei haben wir den gesamten Behandlungsablauf in verschiedene **Phasen** eingeteilt und die einzelnen Bausteine diesen Behandlungsphasen zugeordnet. Zusätzlich haben wir alle **an der Behandlung Beteiligten** aufgelistet, die wir beim letzten Mal schon gezeigt und durch Ihre Angaben in der IST-Analyse ergänzt haben. Falls sich im Verlauf herausstellt, dass trotzdem wichtige Akteure fehlen, können wir sie noch ergänzen.

Stellen Sie sich diese Phasen wie einzelne Stockwerke in unserem „Behandlungshaus“ vor:

Stellen Sie sich hierfür bitte vor, dass Sie die Gesundheitsversorgung in unserem Landkreis neu organisieren sollen.

Wen würden Sie für Ihre Patienten in Ihr Behandler- und Begleiterteam holen?

Wie würden Sie dieses Team strukturieren? Wo würden Sie die einzelnen Teilnehmer ansiedeln?

Die erste Etage überspringen wir zunächst einmal ... wir werden aber später in die erste Etage zurückkehren.

Kommen wir nun zu unserem zweiten Poster. Dieses beinhaltet die zweite Etage, die Diagnostik und Befunderhebung. Wichtige Behandlungsbausteine sind hier z. B. ... *(einzelne Bausteine vorlesen)*.

Stellen Sie sich vor, eine Patientin, zum Beispiel Frau C. aus unserem Fallbeispiel betritt diese Etage.

- **Welche Akteure holen Sie in dieser Etage in Ihr Behandler/Begleiterteam?**
- **Wo würden Sie die Teammitglieder ansiedeln:**
 - Wer wird wohnortnah gebraucht?
 - Wer könnte weiter weg sein?
 - Welche Angebote wären auch landkreisübergreifend ausreichend/sinnvoll?
- **Welche Teammitglieder sollten ein engeres Team bilden?**
- **Wer sollte die Koordination der Behandlung des Patienten übernehmen (z.B. Case Management)?**
- **Welche Akteure gehören eher zum größeren Netzwerk drumherum?**
- **Wie sollte eine Zusammenarbeit im Team erfolgen?**
 - Wer sollte am besten räumlich nah zusammen sein (z.B. unter einem Dach), damit eine optimale Kooperation gegeben ist?
 - Wie wäre eine Zusammenarbeit umsetzbar?
 - Wie funktioniert der Austausch?
- **Könnten Sie sich vorstellen, dass hier die Telemedizin eine wichtige Rolle spielen könnte?**

Gleiches nun mit unserem dritten Poster. Hier sehen wir die dritte Etage, mit den Behandlungsverfahren. Wichtige Behandlungsbausteine sind hier z. B. ... *(einzelne Bausteine vorlesen)*.

- **Welche Akteure holen Sie in dieser Etage in Ihr Behandler/Begleiterteam?**
- **Wo würden Sie die Teammitglieder ansiedeln:**
 - Wer wird wohnortnah gebraucht?
 - Wer könnte weiter weg sein?

15 Minuten

Zweites Poster „Behandlungsphasen“ durchgehen

⇒ Behandelnde Berufsgruppen und Institutionen auf Metaplankarten schreiben und Poster ergänzen

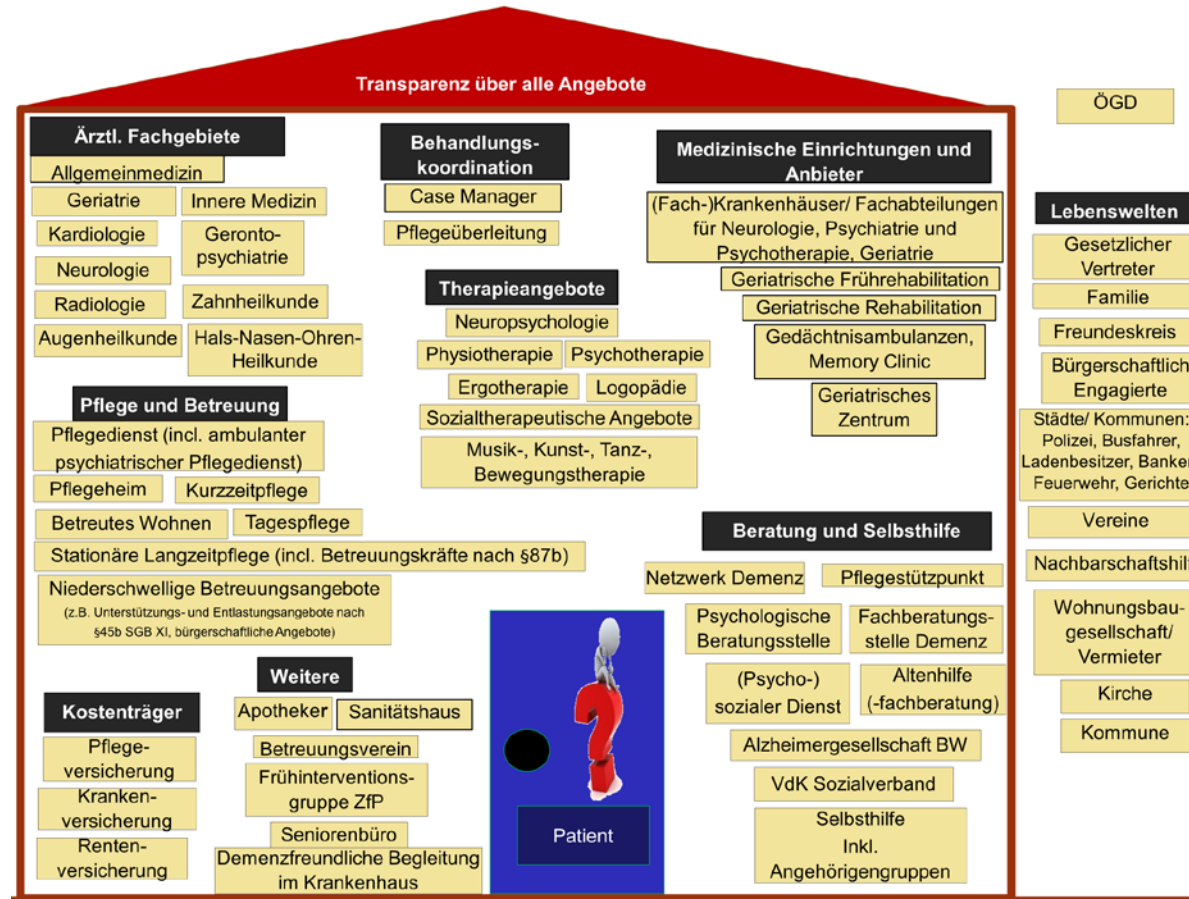
15 Minuten

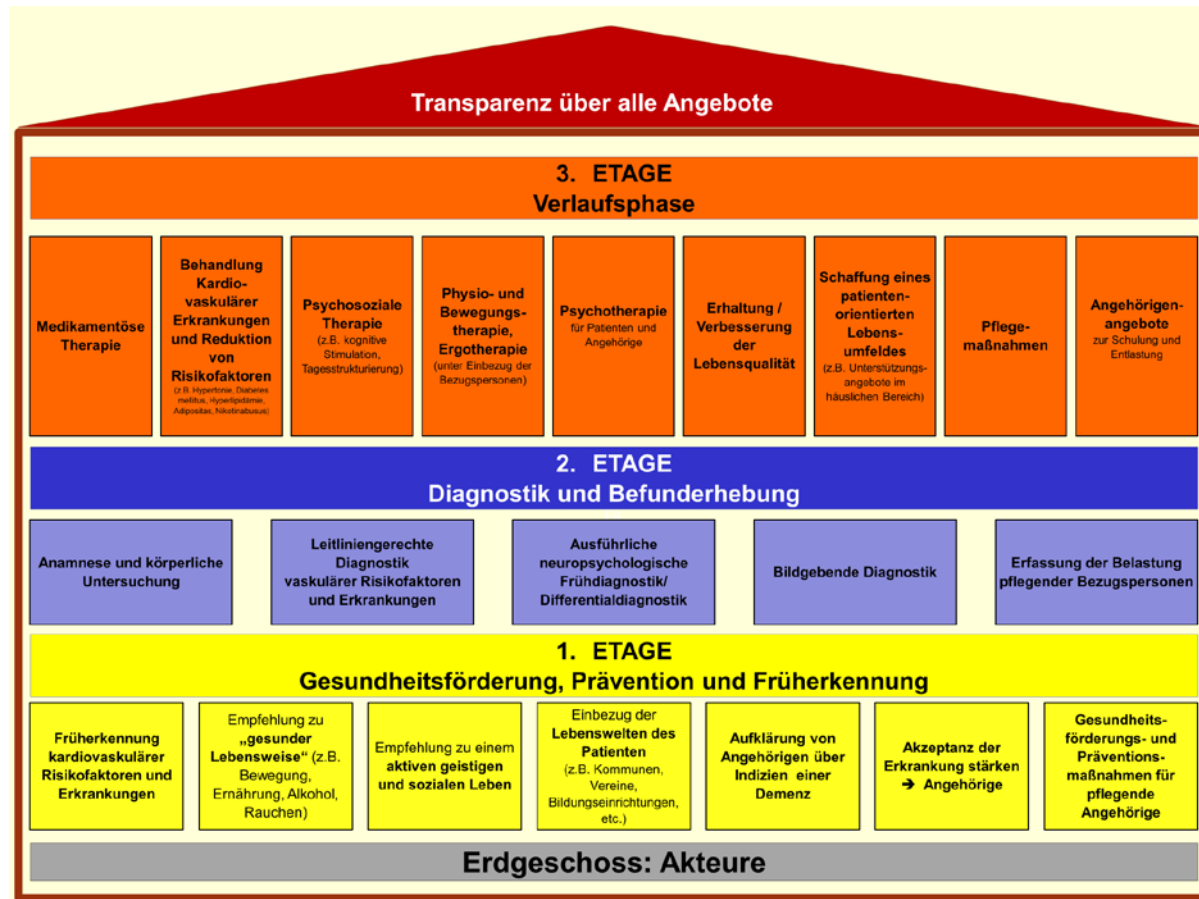
Drittes Poster „Behandlungsphasen“ durchgehen

<ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Angebote wären auch landkreisübergreifend ausreichend/sinnvoll? ● Welche Teammitglieder sollten ein <u>engeres Team</u> bilden? ● Wer sollte die <u>Koordination</u> der Behandlung des Patienten übernehmen (z.B. Case Management)? ● Welche Akteure gehören eher zum <u>größeren Netzwerk</u> drumherum? ● <u>Wie</u> sollte eine Zusammenarbeit im Team erfolgen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer sollte am besten räumlich nah zusammen sein (z.B. unter einem Dach), damit eine optimale Kooperation gegeben ist? ○ Wie wäre eine Zusammenarbeit umsetzbar? ○ Wie funktioniert der Austausch? ● Könnten Sie sich vorstellen, dass hier die <u>Telemedizin</u> eine wichtige Rolle spielen könnte? 	<p>⇒ Behandelnde Berufsgruppen und Institutionen auf Metaplankarten schreiben und Poster ergänzen</p>
<p>Nun würden wir gerne zu unserem 1. Poster kommen:</p> <p>Wir haben in der 1. Etage die Gesundheitsförderung, Primärprävention und Früherkennung. Wichtige Behandlungsbausteine sind hier z. B. ... <i>(einzelne Bausteine vorlesen)</i>.</p> <p>Stellen Sie sich vor, eine Patientin, zum Beispiel Frau A. aus unserem Fallbeispiel betritt diese Etage.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>Welche</u> Akteure holen Sie in dieser Etage in Ihr Behandler/Begleiterteam? ● <u>Wo</u> würden Sie die Teammitglieder ansiedeln: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer wird wohnortnah gebraucht? ○ Wer könnte weiter weg sein? ○ Welche Angebote wären auch landkreisübergreifend ausreichend/sinnvoll? ● Welche Teammitglieder sollten ein <u>engeres Team</u> bilden? ● Wer sollte die <u>Koordination</u> der Behandlung des Patienten übernehmen (z.B. Case Management)? ● Welche Akteure gehören eher zum <u>größeren Netzwerk</u> drumherum? ● <u>Wie</u> sollte eine Zusammenarbeit im Team erfolgen? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer sollte am besten räumlich nah zusammen sein (z.B. unter einem Dach), damit eine optimale Kooperation gegeben ist? ○ Wie wäre eine Zusammenarbeit umsetzbar? ○ Wie funktioniert der Austausch? ● Könnten Sie sich vorstellen, dass hier die <u>Telemedizin</u> eine wichtige Rolle spielen könnte? <p>Frau A. in unserem Fallbeispiel ist bereits an Demenz erkrankt. In unserem „Behandlungshaus“ liegt ein Schwerpunkt allerdings auch auf der Prävention.</p> <p>Hier würde ich gerne Ihre Ideen hören zu folgender Frage:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wie könnte Demenz -Prävention optimiert werden? Nennen Sie 2 konkrete Beispiele für Handlungsansätze einschließlich besserer Erreichbarkeit von Zielgruppen aus Ihrer Erfahrung. <p>Während die Prävention eine Reduktion von Risikofaktoren zum Ziel hat möchte Gesundheitsförderung Lebenswelten gesünder gestalten und Menschen befähigen gesündere Lebensweisen zu wählen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Wen sehen sie für die Gesundheitsförderung als wesentliche Teammitglieder an? 	<p>20 Minuten</p> <p>Erstes Poster „Behandlungsphasen“ durchgehen</p> <p>⇒ Behandelnde Berufsgruppen und Institutionen auf Metaplankarten schreiben und Poster ergänzen</p> <p>Inspirationen-Liste (von Frau Bürle): Begriff „Gesundheitsförderung“ erläutern</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Wo sollten diese Teammitglieder angesiedelt sein? • Wie sollte die Zusammenarbeit im Kernteam/im Gesamtteam erfolgen? • Wie könnten Sie (Ihre Berufsgruppe/Institution) bei der Gesundheitsförderung (Bsp. passende Lebenswelt des Patienten wie z.B. Betrieb) kooperieren? 	
<p>Schauen wir uns nun noch einmal die von Ihnen mit Behandelnden ausgefüllten Etagen unseres Behandlungshauses an.</p> <p>Einige Berufsgruppen tauchen in mehreren Etagen auf, scheinen demnach in verschiedenen Phasen der Erkrankung eine Rolle zu spielen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Teammitglieder werden in jeder Phase genannt? Handelt es sich hier um diejenigen Teammitglieder, die ein enges Team bilden sollten (s. Frage oben: Wo sollen Akteure vorhanden sein? Wie soll die Zusammenarbeit aussehen? Etc...)? • Wie könnten sich diese Teammitglieder Aufgaben teilen? (wenn z.B. mehrere Akteure ähnliche Aufgaben für den Patienten ausführen) 	<p>10 Minuten</p> <p>Berufsgruppen, die mehrfach vorkommen, von den Postern nehmen und als „Kernteam“ auf eine separate Wand pinnen</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Wäre weiterhin eine Stelle notwendig, die die Koordination der Angebote übernimmt und für eine Transparenz der Angebote sorgt? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wer käme für diese Stelle in Frage? Gibt es diese Stelle bereits oder muss sie neu geschaffen werden? ○ Wie könnte eine Transparenz der Angebote gewährleistet/ möglich gemacht werden? 	
<p>Nun haben wir hier Berufsgruppen und Institutionen in unserem Haus, die noch gar nicht erwähnt wurden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum wurden diese Behandelnden nicht ausgewählt? • Für wen sind diese Behandelnden wichtig? • Wann sind sie wichtig? • (Welche Aufgaben haben diese Berufsgruppen oder Institutionen?) 	<p>10 Minuten</p>

4.2. Vorlagen „Behandlungshaus“ für die zweite Sitzung in den AGs am Beispiel Demenz





4.3. Inspirationen- Liste für die zweite Sitzung in den AGs

Dagmar Bürle Landesgesundheitsamt B-W 03.11.2016

Inspirationen-Liste

Zur Ansprache von Gesundheitsförderung und Prävention in den SOLL-AGs
im Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung
(s. Leitfaden)

Definition Gesundheitsförderung:

Gesundheitsförderung ist ein partizipativer ressourcenorientierter Prozess mit dem Ziel, sowohl Lebenswelten gesünder zu gestalten als auch Menschen zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen (vgl. WHO 1998).

Gesundheitsleitbild B-W

Definition Prävention:

Prävention wird verstanden als Gesamtheit von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, setzt dabei vor allem auf die Reduktion von Risikofaktoren.

Primärprävention (Risikoschutz): gezielte Maßnahmen bei (noch) Gesunden, um den Eintritt einer Erkrankung zu verhindern bzw. verzögern (z.B. Schutzimpfungen, Fluorid-Prophylaxe etc.).

Sekundärprävention (Vorsorge): Früherkennung oder Frührehabilitation eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Erkrankung.

Tertiärprävention (Rehabilitation): Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen oder einer Verschlimmerung einer bereits bestehenden Erkrankung.

Gesundheitsleitbild B-W

Depression	Beispiele:
Resilienzförderung in Kitas	<p>Kinder stärken! – Resilienzförderung in der Kita, B-W</p> <p>Das Konzept wurde zusammen mit der Stadt Freiburg, den beteiligten Kitas und dem Landkreis Freiburg-Hochschwarzwald umgesetzt. Neben den Kindern wurden auch die Eltern und Erzieherinnen einbezogen.</p> <p>Das Projekt verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz und setzte auf vier Ebenen an:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gezielte Gesundheitsförderung der Kinder 2. Unterstützung der Eltern durch Kurse und Beratung 3. Fortbildung und Begleitung der Erzieherinnen und Erzieher 4. Vernetzung der Einrichtung mit anderen unterstützenden Institutionen <p>http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/kinder-staerken/</p>
Psychische und körperliche Gesundheitspotenziale stärken	<p>Projekt: Der Depression Beine machen, RI-Pfalz</p> <p>Modell-Laufprojekt für Depressionserkrankte, Übungsleiter (aus SV) und Psychotherapeuten begleiten gemeinsam die Betroffenen, um Auswirkungen der Bewegung auf die körperliche und psychische Gesundheit zu erkennen.</p> <p>https://www.lzg-rlp.de/de/buendnisse-gegen-depression.html</p>
Alternative Betreuungskonzepte	<p>Projekt: genial-Lotse: Ein übergreifendes Betreuungskonzept für Erkrankte im erwerbsfähigen Alter, Niedersachsen</p> <p>Ärztetzwerk stellt gemeinsamen Lotsen zur Patientenunterstützung zur Verfügung. Aufgaben des Lotsen sind u.a. Unterstützung im Genesungsprozess, Koordination der therapeutischen Abläufe, Erfassung v. hemmenden psycho-sozialen Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenmotivation & Selbstorganisation soll gestärkt werden • Gesamtziel: schnellere Genesung
Chron. Kreuzschmerz	Beispiele:



Präventionsprogramm zum Umgang mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz	Aktive Prävention Betsi, DRV B-W Zusammenarbeit zwischen dem Setting „Betrieb“ und wohn- bzw. arbeitsplatznahen Rehakliniken/ambulanter Rehazentren. Das Präventionsprogramm soll die Erwerbsfähigkeit aber auch gesunde Lebens- und Arbeitsstrategien früh stärken. http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_Reha/01_Modellprojekte/Betsi.html
Demenz	Beispiele:
Prävention demenzieller Erkrankungen in der Kommune	GESTALT – Bewegung gegen Demenz, Bayern Multimodale Bewegungsintervention zur Prävention von Demenz. Netzwerk aus ÖGD, Hausärzten, Sport- und Freizeiteinrichtungen, Seniorenamt, VHS, Begegnungszentren. https://www.sport.fau.de/lehrstuehle-und-fachgebiete/public-health-und-bewegung/forschungsprojekte/gestalt-projekte/
Strukturentwicklung zur besseren Versorgung	FIDEM Konzept – Frühe Informationen und Hilfen bei Demenz, Niedersachsen Nachhaltige Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und nicht-ärztlichem Bereich, koordiniert durch regionale Senioren-Stützpunkte. Netzwerk besteht u.a. aus Hausärzten, niedrigschwelliger Betreuungs-/Belastungsanbieter, Ergotherapeuten, Selbsthilfe-Kontaktstellen, Beratungsstellen usw. ➤ Lebensqualität und Wohlbefinden erhalten http://www.projekt-fidem.de/
Verknüpfung von Ehrenamt und ambulanter Versorgung	Beratung und ehrenamtliche Betreuung i.d. Facharztpraxis, Brandenburg Unterstützung von Betroffenen seitens der Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg durch Ehrenamtliche in den Facharztpraxen. Emotionale und praktische Entlastung für Angehörige und Projekte für die Patienten gehen miteinander her. ➤ niedrigschwelliger Zugang ➤ passgenaue und besser abgestimmte Versorgung von Menschen mit einer Demenz im Krankenhaus und ambulant in der Region ➤ Orientierung an den Bedürfnissen von Menschen mit einer Demenz und deren Angehörigen ➤ Beteiligung der Kommune, des Kreises und weiterer Anbieter der sozialen und gesundheitlichen Versorgung http://dbp.zgp.de/display.php?pid=1
Gesundheits- und Pflegenetzwerk	Gesundheits- und Pflegenetzwerk, Plettenberg-Herscheid Vernetzung relevanter Akteure, Optimierung von Abläufen, Sicherstellung der Versorgung & Bündelung von Informationen über Angebote für Patienten und Angehörige. Schwerpunkte: „Zufrieden zu Hause – gegen Einsamkeit und Isolation im Alter“, „Begleiten beim Vergessen – Angebote zur Demenzversorgung“ „Brücken nach Hause - Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung“ http://www.plettenberg.de/rathaus-buergerservice/gesundheits-und-pflegenetzwerk/
Diabetes mellitus	Beispiele
Diabetes bei werdenden Müttern und Kindern vorbeugen	Primärpräventionsprojekt zur Prävention mütterlicher/kindlicher Risikofaktoren, Hamburg Gemeinsames Handeln aller in Frage kommender Behandler während Schwangerschaft, Entbindung und früher kindlicher Phase: z.B. niedergelassene Gynäkologen, Diabetologen, Diätassistenten, Hebammen, Pädiater, Projektkoordinator etc. ➤ Ziel: Prävention von Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 bei Mutter und Kind http://www.hhgd.de/wb/pages/stopp-projekt.php
Anorexie	Beispiele

Präventions-initiative „Leben hat Gewicht“	<p>„Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“, Bundesinitiative Ziel ist es, jungen Menschen ein positives Körperbild zu vermitteln und das Selbstwertgefühl zu stärken. Aus der Initiative entstanden Handlungsempfehlungen zu „Integrierten Versorgung bei Essstörungen in Deutschland“. Ein wichtiges Feld ist u.a. die Gesundheitsförderung, die in den Settings wie z.B. Kitas und Schulen verstärkt berücksichtigt werden soll. Vernetzung unterschiedlicher Professionen soll gefördert werden.</p> <p>http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/essstoerung/leben-hat-gewicht/ueber-die-initiative.html</p>
Schlaganfall	Beispiele
Schlaganfall-Lotse	<p>Case management nach Schlaganfall: Zukunftsmodell Schlaganfall-Lotsen, Dt. Schlaganfall-Hilfe</p> <p>Der Lotse begleitet und berät die Patienten, bis sie in der Lage sind, ihre weitere Versorgung selbst zu organisieren. Die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe hat ein Projekt mit Schlaganfall-Lotsen in ihrer Heimatregion Ostwestfalen-Lippe erfolgreich durchgeführt. Nun soll durch ein Folgeprojekt, von dem deutlich mehr Patienten profitieren werden, der positive Effekt der Lotsen-Betreuung wissenschaftlich nachgewiesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Information und Beratung von Betroffenen und Angehörigen ➤ Abstimmung aller Behandlungsschritte in Zusammenarbeit mit dem Arzt ➤ Vermittlung von Hilfsangeboten ➤ Motivation zur gezielten Sekundärprävention <p>http://www.schlaganfall-hilfe.de/lotsen</p>
Rehabilitation zu Hause	<p>INNOSERV: Early supported discharge, UK</p> <p>Das Projekt „stroke care – patient led rehabilitation (patientengesteuerte, frühe Schlaganfall Rehabilitation zu Hause)“ wurde innerhalb des NHS, den beteiligten Krankenhäusern Royal Bournemouth und Christchurch Hospitals NHS Foundation Trust durchgeführt. Die Dienstleistung erlaubt einen maßgeschneiderten, individuellen, auf die Patienten (mit schwachen bis mittleren Symptomen) und das Pflegepersonal abgestimmten Ansatz, der eine Einübung in die neue Lebensführung sowie Unterstützung zur Risiko-reduktion einschließt und den Übergang in die lebenslange Betreuung mit Integration von Aktivitäten zur Steigerung der Lebensqualität ermöglicht. In dem Projekt arbeitet ein Team von Experten aus dem Gesundheitswesen, von sozialen Dienstleistern und von Freiwilligen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ evidenzbasiertes Modell ➤ Erfolgsfaktoren liegen u.a. darin, dass in der Untersuchung die Betroffenen eine höhere Lebensqualität empfanden. ➤ Reduktion der stationären Aufenthaltsdauer von 21 auf 13,28 Tagen <p>http://innoserv.philnoug.com/de/content/patientengesteuerte-fr%C3%BChe-schlaganfallrehabilitation-zu-hause-early-supported-discharge</p>
Darmkrebs	Beispiele
Kampagne zur Darmkrebsvorsorge	<p>Darmkrebsvorsorge im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, Felix-Burda-Stiftung:</p> <p>Möglichkeit zur Sensibilisierung, erster Hinweis auf Vorstufen durch Stuhlest möglich, Verweis auf Gastroenterologen zur Koloskopie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anknüpfungspunkte zu Angeboten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements <p>http://www.felix-burda-stiftung.de/index.php/betriebliche-praevention/auf-einen-blick</p>
Allgemeine Beispiele	



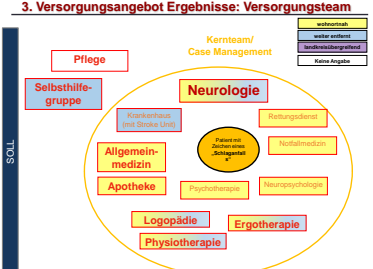

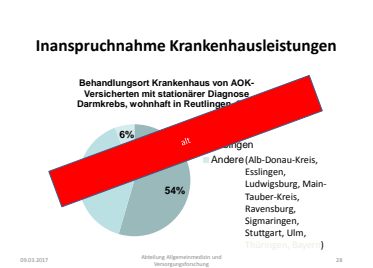
<p>Ausführung Präventionsgesetz:</p>	<p>SGB V §§25, 26: <i>„Versicherte haben anschließend zur Gesundheitsuntersuchung Anspruch auf eine präventionsorientierte Beratung...und einer Präventionsempfehlung, die in Form einer ärztlichen Bescheinigung erteilt wird.“</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Präventionsempfehlung informiert über Möglichkeiten u. Hilfen zur Verhaltensänderung und kann auf Angebote zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen. ➤ Idee: Zusammenarbeit zwischen Ärzten und externen Koordinationsstellen (z.B. ÖGD) zur Erarbeitung einer Präventionsangebotsliste?
<p>Projekt PAPRICA (Schweiz)</p>	<p>Bewegungsförderung über die Hausarztpraxis <i>= Ärztliche Bewegungsberatung/ Motivational interviewing</i> Der Hausarzt als Vertrauensperson wird befähigt, auch körperlich wenig Aktive und Inaktive mittels Unterstützung zur Verhaltensänderung und Hinführung zu lokalen Bewegungsangeboten zu erreichen. http://www.paprica.ch/WP_1/wp-content/uploads/121017-pressemitteilung-paprica.pdf</p>
<p>Übergänge aus oder in die stationäre Versor- gung</p>	<p>Essener Leitlinie zur Patientenüberleitung Wenn Übergänge z.B. aus dem Krankenhaus in die häusliche Umgebung gelingen, erhöht sich die Lebenszufriedenheit der Patienten meist wesentlich. Aus einer kommunalen Initiative ging „die Essener Leitlinie zur Patientenüberleitung“ aus. Die Entwicklung eines sektorenverbindenden Überleitungsmanagement und dazu notwendige Instrumente waren im Fokus. Die Arbeitsgruppe bestand u.a. aus Arztpraxen/ KV, Krankenhäusern, Pflegedienste/-heimen, Reha-Einrichtungen, Krankenpflegeschule und der Geschäftsstellen der Pflegekonferenz und Gesundheitskonferenz.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Absprachen zwischen Medizinerinnen, Pflegenden und sozialen Diensten gelingen besser ➤ Entlastung von Patienten und Angehörigen ➤ Reduzierung des Risikos durch Behandlungsbrüche, Doppeluntersuchungen, effektivere Medikamentenversorgung <p>https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/53/gesundheitskonferenz/prsentationpatientenberleitung.pdf</p>
<p>Medizinisches Zentrum, Branden- burg</p>	<p>Medizinisches Zentrum Lübbenau GmbH Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (angestellte sowie niedergelassene) arbeiten zusammen mit agnes zwei-Fachkräften, Nichtärztlichen Praxisassistentinnen. Daneben sind eine Apotheke, Cafeteria, Logopäde, Physiotherapie, Rehasporteinrichtung etc. anzutreffen. Eine Vernetzung erfolgt über interdisziplinäre Versorgungspfade und eine elektronische Patientenakte. Es werden u.a. Patientenakademien und Informationstage angeboten. http://mzl-gmbh.de/index.php?mzl</p>


5. Materialien IST- SOLL- Abgleich- AG- Sitzungen

5.1. Erklärungen und Leitfragen zur Präsentation für die dritte Sitzung in den AGs

Folie	Erklärungen und Leitfragen	To Do									
<p>Ziel und Ablauf der Sitzung</p> 	<ul style="list-style-type: none"> Wir haben die aus unserer Sicht wichtigsten Ergebnisse aus den ersten beiden Sitzungen für Sie aufbereitet und in einer Tabelle zusammengefasst Anhand dieser Ergebnisse haben wir Handlungsempfehlungen formuliert. Ziel der heutigen Sitzung ist es, diese Ergebnisse und Handlungsempfehlungen mit Ihnen durchzugehen, um sie ggf. zu ergänzen, zu diskutieren und abzustimmen. Außerdem haben wir Ihnen einige Beispiele für innovative Ansätze als Input mitgebracht, damit wir gemeinsam Ideen entwickeln können, wie eine Verbesserung der Versorgungsprozesse in Ihrem Landkreis erreicht werden könnte und welche Voraussetzungen dafür nötig sind. <p>Diese Sitzung heute und das, was wir heute erarbeiten, ist ein weiterer Schritt im Hinblick auf unser Projektziel: Am Ende soll ein innovatives Konzept einer sektorenübergreifenden Versorgung für die Modellregion entstehen mit konkreten Vorschlägen und Handlungsempfehlungen. Dabei soll uns die heutige Sitzung weitere Hinweise aus Ihrer Expertensicht liefern, wie eine optimalere Versorgung aussehen könnte oder wie bestehende Strukturen so verändert werden könnten, dass die Versorgungssituation verbessert werden würde und auch zukünftig ausreicht.</p>										
<p>Kategorisierung der Ergebnisse aus SOLL- und IST-Sitzungen</p> 	<p>Bei der Auswertung der Ergebnisse der ersten beiden Sitzungen haben sich drei Themenbereiche ergeben:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gesundheitsförderung und Prävention Vernetzung Versorgungsangebot <p>Das Versorgungsangebot, welches den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention betrifft, haben wir in den ersten großen Themenbereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ übernommen, daher wird es hier nicht erneut aufgeführt.</p> <p>Zu diesen drei Themenbereichen haben wir im nächsten Schritt die folgenden Kategorien gebildet (aus der Grafik nennen).</p> <p>Wir werden jetzt die drei Themenbereiche nacheinander durchgehen und Ihnen dafür jeweils die Ergebnisse der IST- und SOLL-Sitzung, die abgeleiteten Themen für Handlungsempfehlungen und Beispiele für innovative Modelle vorstellen. Weiterhin haben wir Hinweise aus der Fokusgruppe ergänzt. Zum Themenbereich Versorgungsangebot haben wir außerdem Daten aus TP1 ergänzt.</p>										
<p>1. Gesundheitsförderung und Prävention Ergebnisse</p> <table border="1" data-bbox="179 1579 537 1668"> <thead> <tr> <th></th> <th>Stärken</th> <th>Schwächen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IST</td> <td>Stroke Nurse Schlaganfallnotrufe</td> <td></td> </tr> <tr> <td>SOLL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Aufklärung und Information zu Risikofaktoren PROCAM Schlaganfall Test Raucherentwöhnung Blutdruckmessung in Screenings Stroke Mobil Aufklärung über Risikofaktoren in den Kliniken Gender-spezifische Zugangsweg wählen (z.B. Frauen als „Gesundheitsmanager der Familie“ haben Zugang zu Informationen, können mit Zugang zu Männern durch Arbeitsort) Aufklärung in der Apotheke (z.B. Patienten bei Abholung von Blutdruckmedikamenten über richtigen Blutdruckmessern aufklären, Themen wie Risikofaktoren etc. ansprechen) Jährliches Screening zu kardiovaskulären Risikofaktoren durch die Allgemeinmedizin oder Apotheken (Kooperation z.B. über Klassenverkennung durch regelmäßig Aufklärung ihrer Versicherten zur Teilnahme und Schaffung von Anreizen durch Geführter oder Bonuspunkte) 		Stärken	Schwächen	IST	Stroke Nurse Schlaganfallnotrufe		SOLL			<p>Auf dieser Folie haben wir Ihnen die Ergebnisse für den Bereich „Gesundheitsförderung und Prävention“ zusammengestellt.</p> <ol style="list-style-type: none"> Sind die Ergebnisse richtig? (Oder haben wir etwas missverstanden und hier nicht richtig dargestellt?) Sind die Ergebnisse vollständig? (Sind alle Ihrer Meinung nach wichtigen Punkte genannt?) Gibt es Ergänzungen von Ihrer Seite? (z.B. weitere Stärken und Schwächen oder Vorschläge für einen SOLL- Zustand der Versorgung, die Ihnen heute noch einfallen?) 	<p>Die drei Fragen auf ein Flipchart schreiben, Punkte in den Klammern mündlich ergänzen; Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>
	Stärken	Schwächen									
IST	Stroke Nurse Schlaganfallnotrufe										
SOLL											

Folie	Erklärungen und Leitfragen	To Do						
<p>1. Gesundheitsförderung Handlungsempfehlungen</p> <p>Gesundheitsförderung und Prävention</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit Schulungen und Informationsveranstaltungen zur Verbesserung der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung zum Thema Schlaganfall und zu den Auswirkungen... 2. Koordination von Präventionsangeboten Koordination der Präventionsangebote durch die Krankenkassen (regional, kommunale Gesundheitskonferenzen) 3. Organisation und Koordination von Angeboten der Gesundheitsförderung Organisation und Koordination der Gesundheitsförderung... 4. Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Ebene Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Ebene, welche durch die Krankenkassen und ... gemittelt wird. 	<p>Aus den von Ihnen erarbeiteten Punkten haben wir Themenbereiche für Handlungsempfehlungen formuliert. Diese möchten wir nun gerne mit Ihnen durchgehen und abstimmen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die Themenbereiche für Handlungsempfehlungen richtig, die aus den Ergebnissen abgeleitet wurden? 2. Welche weiteren wichtigen Themenbereiche für Handlungsempfehlungen sollten ergänzt werden? 3. Welche der erarbeiteten Themenbereiche sollten Ihrer Meinung nach zu konkreten Handlungsempfehlungen formuliert werden? (Welche Themenbereiche sind besonders wichtig anzugehen? Wo besteht der größte Handlungsbedarf? Wie könnte eine solche Handlungsempfehlung ihrer Meinung nach aussehen und an wen sollte sie gerichtet sein?) 	<p>Fragen 1 und 2 auf ein Flipchart schreiben, Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>						
<p>2. Gesundheitsförderung Innovatives Modell</p>	<p>Nun haben wir Ihnen innovative Ansätze und Projekte für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gezeigt und würden mit Ihnen gerne die folgenden Fragen diskutieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Ideen/Ansätze dieser Projekte könnten auch in Ihrem Landkreis eingeführt werden? 2. Wie könnten diese umgesetzt werden? <ol style="list-style-type: none"> a) Ist das in den derzeitigen Strukturen möglich? b) Welche Voraussetzungen müssten dafür geschaffen werden? 3. Wann wäre ein solches Projekt/ ein solcher Ansatz umzusetzen? 4. Welche derzeitigen Versorgungsprobleme würden dadurch verbessert? 	<p>Fragen auf ein Flipchart schreiben; Fragen zur Bearbeitung jedes innovat. Ansatzes zeigen u. durchgehen! Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>						
<p>2. Vernetzung Ergebnisse</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Stärken</th> <th>Schwächen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intensive Vernetzung, gute kommunikative Struktur der Arbeitsgruppen untereinander</td> <td>Manche Teilnehmer:innen mit Bedarf der ambulanten und stationären Versorgung, z. B. keine Nachbetreuung durch den Arzt, der die stationäre Behandlung durchgeführt hat, dadurch keine Beobachtung von Langzeitfolgen einer durch ambulante/ärztliche Arzt</td> </tr> <tr> <td>Niederschwellige, unregelmäßige Zusammenkünfte mit Rufdienst: Rufen, Kritik</td> <td>Fehlende Schnittstelle zu dem Bereich der langfristigen niederschwelligen Begleitung (nach Abschluss der medizinischen Behandlung). Zu hohe Vorkaufnahme von den stationären Einrichtungen mit ambulanten Therapeuten, dadurch wegen Terminproblemen nicht immer eine zeitnahe Behandlung möglich bei Besetzungslücken bei den ambulanten Therapeuten</td> </tr> </tbody> </table>	Stärken	Schwächen	Intensive Vernetzung, gute kommunikative Struktur der Arbeitsgruppen untereinander	Manche Teilnehmer:innen mit Bedarf der ambulanten und stationären Versorgung, z. B. keine Nachbetreuung durch den Arzt, der die stationäre Behandlung durchgeführt hat, dadurch keine Beobachtung von Langzeitfolgen einer durch ambulante/ärztliche Arzt	Niederschwellige, unregelmäßige Zusammenkünfte mit Rufdienst: Rufen, Kritik	Fehlende Schnittstelle zu dem Bereich der langfristigen niederschwelligen Begleitung (nach Abschluss der medizinischen Behandlung). Zu hohe Vorkaufnahme von den stationären Einrichtungen mit ambulanten Therapeuten, dadurch wegen Terminproblemen nicht immer eine zeitnahe Behandlung möglich bei Besetzungslücken bei den ambulanten Therapeuten	<p>Auf dieser Folie haben wir Ihnen die Ergebnisse für den Bereich „Vernetzung“ zusammengestellt.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die Ergebnisse richtig? (Oder haben wir etwas missverstanden und hier nicht richtig dargestellt?) 2. Sind die Ergebnisse vollständig? (Sind alle Ihrer Meinung nach wichtigen Punkte genannt?) 3. Gibt es Ergänzungen von Ihrer Seite? (z.B. weitere Stärken und Schwächen oder Vorschläge für einen SOLL- Zustand der Versorgung, die Ihnen heute noch einfallen?) 	<p>Die drei Fragen auf ein Flipchart schreiben, Punkte in den Klammern mündlich ergänzen; Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>
Stärken	Schwächen							
Intensive Vernetzung, gute kommunikative Struktur der Arbeitsgruppen untereinander	Manche Teilnehmer:innen mit Bedarf der ambulanten und stationären Versorgung, z. B. keine Nachbetreuung durch den Arzt, der die stationäre Behandlung durchgeführt hat, dadurch keine Beobachtung von Langzeitfolgen einer durch ambulante/ärztliche Arzt							
Niederschwellige, unregelmäßige Zusammenkünfte mit Rufdienst: Rufen, Kritik	Fehlende Schnittstelle zu dem Bereich der langfristigen niederschwelligen Begleitung (nach Abschluss der medizinischen Behandlung). Zu hohe Vorkaufnahme von den stationären Einrichtungen mit ambulanten Therapeuten, dadurch wegen Terminproblemen nicht immer eine zeitnahe Behandlung möglich bei Besetzungslücken bei den ambulanten Therapeuten							
<p>2. Vernetzung Themenbereiche für Handlungsempfehlungen</p> <p>Vernetzung</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Weiterbehandlung komplexer Patienten Möglichst eine weiterführende Behandlung von komplexen Patienten durch aus der stationären Behandlung bekannten Therapeuten. 6. Koordination Schaffung einer Stelle für einen Koordinator, welcher vorordnete Therapeuten und weitere Angebote organisiert, sofern Patient/ Angehörige die Unterstützung benötigen (Krankengemeinschaften) 7. Digitale Patientenakte Einführung digitaler Patientenakten, in welchen eine Übersicht über die bisherige Diagnostik, Vorbehalte etc. zu finden sind (Bsp. in gemeinsamer Cloud, auf Gesundheitskarte) 	<p>Aus den von Ihnen erarbeiteten Punkten haben wir Themenbereiche für Handlungsempfehlungen formuliert. Diese möchten wir nun gerne mit Ihnen durchgehen und abstimmen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die Themenbereiche für Handlungsempfehlungen richtig, die aus den Ergebnissen abgeleitet wurden? 2. Welche weiteren wichtigen Themenbereiche für Handlungsempfehlungen sollten ergänzt werden? 3. Welche der erarbeiteten Themenbereiche sollten Ihrer Meinung nach zu konkreten Handlungsempfehlungen formuliert werden? (Welche Themenbereiche sind besonders wichtig anzugehen? Wo besteht der größte Handlungsbedarf? Wie könnte eine solche Handlungsempfehlung ihrer Meinung nach aussehen und an wen sollte sie gerichtet sein?) 	<p>Fragen 1 und 2 auf ein Flipchart schreiben, Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>						
<p>4. Vernetzung Innovative Modell</p> <p>Vernetzung</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Weiterbehandlung komplexer Patienten Möglichst eine weiterführende Behandlung von komplexen Patienten durch aus der stationären Behandlung bekannten Therapeuten. 6. Koordination Schaffung einer Stelle für einen Koordinator, welcher vorordnete Therapeuten und weitere Angebote organisiert, sofern Patient/ Angehörige die Unterstützung benötigen (Krankengemeinschaften) 7. Digitale Patientenakte Einführung digitaler Patientenakten, in welchen eine Übersicht über die bisherige Diagnostik, Vorbehalte etc. zu finden sind (Bsp. in gemeinsamer Cloud, auf Gesundheitskarte) 	<p>Nun haben wir Ihnen innovative Ansätze und Projekte für den Bereich der Vernetzung gezeigt und würden mit Ihnen gerne die folgenden Fragen diskutieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Ideen/Ansätze dieser Projekte könnten auch in Ihrem Landkreis eingeführt werden? 2. Wie könnten diese umgesetzt werden? <ol style="list-style-type: none"> a) Ist das in den derzeitigen Strukturen möglich? b) Welche Voraussetzungen müssten dafür geschaffen werden? 3. Wann wäre ein solches Projekt/ ein solcher Ansatz umzusetzen? 4. Welche derzeitigen Versorgungsprobleme würden dadurch verbessert? 	<p>Fragen auf ein Flipchart schreiben; Fragen zur Bearbeitung jedes innovat. Ansatzes zeigen u. durchgehen! Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>						

Folie	Erklärungen und Leitfragen	To Do
	<p>Die Ergebnisse zum Versorgungsangebot würden wir wieder gerne anhand der drei Fragen mit Ihnen diskutieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die Ergebnisse richtig? (Oder haben wir etwas missverstanden und hier nicht richtig dargestellt?) 2. Sind die Ergebnisse vollständig? (Sind alle Ihrer Meinung nach wichtigen Punkte genannt?) 3. Gibt es Ergänzungen von Ihrer Seite? (z.B. weitere Stärken und Schwächen oder Vorschläge für einen SOLL- Zustand der Versorgung, die Ihnen heute noch einfallen?) 	<p>Die drei Fragen auf ein Flipchart schreiben, Punkte in den Klammern mündlich ergänzen. Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>
	<p>Aus den von Ihnen erarbeiteten Punkten haben wir erneut Themenbereiche für Handlungsempfehlungen formuliert. Diese möchten wir nun gerne mit Ihnen durchgehen und abstimmen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sind die Themenbereiche für Handlungsempfehlungen richtig, die aus den Ergebnissen abgeleitet wurden? 2. Welche weiteren wichtigen Themenbereiche für Handlungsempfehlungen sollten ergänzt werden? 3. Welche der erarbeiteten Themenbereiche sollten Ihrer Meinung nach zu konkreten Handlungsempfehlungen formuliert werden? (Welche Themenbereiche sind besonders wichtig anzugehen? Wo besteht der größte Handlungsbedarf? Wie könnte eine solche Handlungsempfehlung ihrer Meinung nach aussehen und an wen sollte sie gerichtet sein?) 	<p>Fragen 1 und 2 auf ein Flipchart schreiben, Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>
	<p>In dieser Folie ist das von Ihnen erarbeitete Versorgungsteam für diese Erkrankung dargestellt.</p> <p>⇒ Folie durchgehen und eventuell ergänzen ⇒ Überleitung zu Daten von TP 1</p>	
	<p>Nun zeigen wir Ihnen Auswertungen des Teilprojektes 1 zum Versorgungsangebot und der jetzigen und zukünftigen Morbidität für dieses Krankheitsbild.</p>	
	<p>Diese Folie zeigt die Patientenströme für stationäre Behandlungen in andere Landkreise. Wenn Sie das von Ihnen genannte Versorgungsteam mit dem dargestellten aktuellen Versorgungsangebot vergleichen und gleichzeitig die zukünftige Entwicklung der Krankheitslast bzw. Inanspruchnahme für diese Erkrankung in Ihrem Landkreis betrachten, was ist Ihre Meinung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reicht das derzeitige Versorgungsangebot auch zukünftig aus? 2. Müssten weitere Angebote geschaffen werden? Welche? 3. Könnte das bestehende Versorgungsangebot so optimiert werden, dass es auch zukünftig ausreicht? Wie? 	<p>Fragen 1-3 auf Flipchart schreiben Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>

Folie	Erklärungen und Leitfragen	To Do
	<p>Nun haben wir Ihnen innovative Ansätze und Projekte für den Bereich des Versorgungsangebotes gezeigt und würden mit Ihnen gerne die folgenden Fragen diskutieren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Ideen/Ansätze dieser Projekte könnten auch in Ihrem Landkreis eingeführt werden? 2. Wie könnten diese umgesetzt werden? <ol style="list-style-type: none"> a) Ist das in den derzeitigen Strukturen möglich? b) Welche Voraussetzungen müssten dafür geschaffen werden? 3. Wann wäre ein solches Projekt/ ein solcher Ansatz umzusetzen? 4. Welche derzeitigen Versorgungsprobleme würden dadurch verbessert? 	<p>Fragen auf ein Flipchart schreiben; Fragen zur Bearbeitung jedes innovat. Ansatzes zeigen u. durchgehen! Antworten der TN mit-schreiben (Auf Flipchart oder Metaplanwand)</p>
<p>Landkreisübergreifende Arbeitsgruppensitzungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Was ist bisher geplant? <ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Handlungsempfehlungen aus landkreisübergreifenden Kernthemen • Vorstellung innovativer Projekte/ Konzepte für die Modellregion • Diskussion: Wie könnte eine landkreisübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung regional gestaltet werden? 2) Welche (weiteren) Erwartungen haben Sie? 3) Freiwillige Teilnehmer der Arbeitsgruppe 	<p>Wir kommen nun zu unserer letzten Folie für heute: Am xx.xx.2017 wird eine landkreisübergreifende Sitzung stattfinden.</p> <p>Für diese Sitzung haben wir folgende Inhalte geplant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Die heute abgestimmten Themenbereiche für Handlungsempfehlungen werden wir mit denen der anderen beiden Landkreise abgleichen und einen Vorschlag für landkreisübergreifende Themenbereiche für Handlungsempfehlungen erarbeiten. Diese sollen in der Sitzung wiederum von den Teilnehmern aus den drei Landkreisen ergänzt und diskutiert werden ⇒ Dazu werden wir Beispiele für innovative Ansätze zeigen, die evtl. landkreisübergreifend umsetzbar wären und diese mit Ihren Ideen ergänzen und diskutieren ⇒ Außerdem möchten wir mit Ihnen diskutieren, wie eine landkreisübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung für die Modellregion aussehen könnte <p>Welche Erwartungen haben Sie an die landkreisübergreifende Sitzung? Gibt es weitere Themen, die Ihrer Meinung nach hier besprochen werden sollten?</p> <p>Wer von Ihnen wäre bereit, an dieser Sitzung teilzunehmen?</p>	

5.2. Beispielpräsentation für die dritte AG- Sitzung (AG Anorexie, Reutlingen, 27.03.2017)



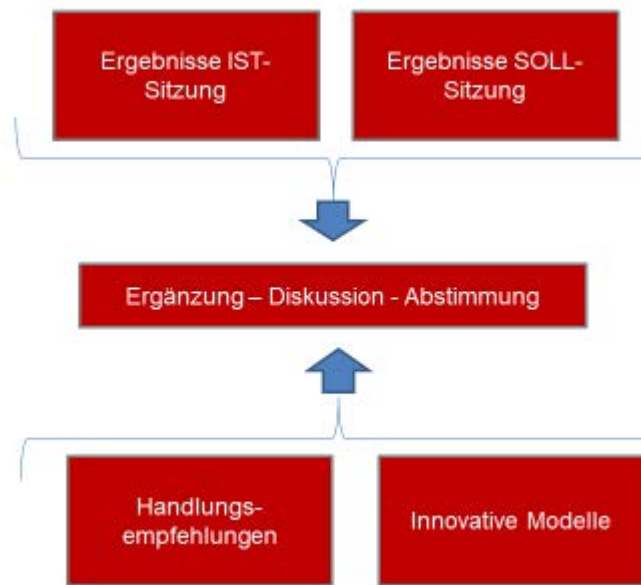
Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung 3. AG-Sitzung Anorexie

Reutlingen, 27.03.2017

Agenda

- Ziel und Ablauf der heutigen Sitzung
- Vorstellung Ergebnisse Ist- und Soll-Sitzung
- Vorstellung abgeleiteter Themenbereiche für Handlungsempfehlungen
- Vorstellung innovativer Ansätze
- Diskussion
- Vorbereitung landkreisübergreifende Arbeitsgruppe

Ziel und Ablauf der Sitzung



3

Kategorisierung der Ergebnisse aus SOLL- und IST-Sitzungen

Gesundheitliche Versorgung		
1. Gesundheitsförderung und Prävention	2. Vernetzung	3. Versorgungsangebot
<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmen und Versorgungsangebote zur Gesundheitsförderung Maßnahmen und Versorgungsangebote zur Prävention 	<ul style="list-style-type: none"> Kooperationen Kommunikation Kontinuität der Versorgung Sektorenübergreifende Versorgung 	<ul style="list-style-type: none"> Ressourcen (Vergütung, Personal, Zeit) Struktur Qualität

1. Gesundheitsförderung und Prävention Ergebnisse

Gesundheitsförderung & Prävention

- Maßnahmen und Versorgungsangebote zur Gesundheitsförderung
- Maßnahmen und Versorgungsangebote zu Prävention

5

1. Gesundheitsförderung und Prävention Ergebnisse IST- und SOLL-Analysen

	Stärken	Schwächen / Probleme
IST	Schulsozialarbeit (schulabhängig)	<ul style="list-style-type: none"> • Häufig fehlende Einsicht über Krankheit Behandlungsakzeptanz • Motivation und Behandlung aufgrund des Krankheitsbildes schwierig
SOLL	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische Projekte wie zum Beispiel Aktionstage • Kompetenz von Eltern und Pädagogen steigern, zum Beispiel durch Schulungen • Prävention im Alltag leben • Projekt an Mensen in Schulen und Kindergärten: Essatmosphäre verbessern, Kinder nicht einfach „abfüttern“ sondern dort zu gesundem Essverhalten anleiten • Selbstwertstärkung • Niederschwellige Angebote 	

6

1. Gesundheitsförderung und Prävention Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Gesundheitsförderung und Prävention:

- Zentralisierte Informationsstellen schaffen, die Überblick über Therapieangebote, Selbsthilfegruppen und Handlungsoptionen für Angehörige anbieten
- Sensibilität der Gesellschaft weiter steigern für psychische Erkrankungen allgemein und Anorexie im Besonderen, auch Ursachenforschung hier nötig,
- Leistungsdruck senken, Mobbing bekämpfen

Abgeleitete Themenbereiche für Handlungsempfehlungen

Gesundheitsförderung und Prävention

- **Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche**
→ Themenschwerpunkte: Besseres Verständnis des eigenen Körpers, Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, gesunder Lebensstil, Ernährung → Veranstaltungen mit Lehrern, Ärzten, Psychologen/Psychiatern, Sozialpädagogen, Erziehern, etc.
- **Spezifische Informationsveranstaltungen Essstörungen insbesondere für Eltern**
→ Insbesondere Aufklärung über erste Anzeichen einer Essstörung → austeilen von Informationsmaterial BZgA an Elternsprechtagen / Elternabenden
- **Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ in den Lehrplan** → „Lebenspraktische Fächer“
- **Einführung Schulgesundheits- und krankenfleger/in an Schulen**
→ ggfs. ein/e Schulgesundheits- und krankenfleger/in für mehrere Schulen

1. Gesundheitsförderung Innovative Ansätze

→ Einführung Schulgesundheits- und Krankenpfleger/in an Schulen

Schulgesundheitsfachkräfte (School Nurses) – Ein Modellprojekt der Bundesländer Hessen und Brandenburg

- Projektstart: Februar 2017 bis Ende 2018
- Finanzierung: 1,1 Mio. Euro, AOK Hessen (ca. 90% der Gesamtkosten), Unfallkasse, Land Hessen
- Projektträger in Hessen: Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.
- spezialisierte Pflegefachpersonen, die für die Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich sind
- Aufgaben einer Schulgesundheitsfachkraft:
 - Erste Hilfe im Notfall
 - regelmäßige Untersuchungen zur Feststellung und Kontrolle des gesundheitlichen Zustands der Kinder und Jugendlichen
 - Beratungs- und Informationsgespräche sowie Schulungen für Kinder und Jugendliche, Eltern, Lehrerinnen und Lehrer und die Durchführung präventiver Maßnahmen
 - Überwachung von kindgerechten und gesunden Mahlzeiten in der Schule

1. Gesundheitsförderung Innovative Ansätze

→ Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche

MaiStep – Mainzer Schultraining zur Essstörungsprävention Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer (Projektteil Implementierung)

- Projektlaufzeit: 2012 bis laufend
- Finanzierung: Drittmittel
- Kooperationspartner: KKH Kaufmännische Krankenkasse

Wissenschaftlich evaluiertes Primärpräventionsprogramm, das als Zielgruppe Schülerinnen und Schüler der 7. und 8. Klasse hat und im Klassenverband durchgeführt wird. Als Ausgangspunkt dient zunächst eine Lehrkraft-Fortbildung an der Schule. Danach können die vermittelten, ressourcenorientierten Inhalte an die Klasse weitergegeben werden.

- Ziele: Verbesserung im Umgang mit dem eigenen Körper u. Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal
- Verbesserung des Zugangs zu ambulanten und stationären Therapieangeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie von bereits an einer Essstörung erkrankten Kindern und Jugendlichen.



1. Gesundheitsförderung Innovative Ansätze

→ Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche

PriMa Primärprävention Magersucht

- Projektlaufzeit: 2004 bis laufend
- Finanzierung: -
- Projektträger: Universität Jena (Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie)
- Kooperationspartner: Kultusministerium Thüringens

Das vom Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena entwickelte und evaluierte Schulprogramm richtet sich an Mädchen der 6. Klasse. In neun Einheiten werden „Schönheitsideale“, „Probleme in der Familie“, „Leistungsdruck“ und „Körperwahrnehmung“ bearbeitet. Die schuleigenen Lehrkräfte vermitteln nach einer Fortbildung dabei die Inhalte. Programm Materialien können kostenlos für Multiplikatoren auf der Homepage heruntergeladen werden.

Ziel: Herstellung des körperbezogenen Selbstwertes, Verbesserung der Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und der Einstellungen zum Dick- und Dünnsein, Reduzierung des problematischen Essverhaltens

1. Gesundheitsförderung Innovative Ansätze

→ Weitere Projekte zu multiprofessionellen Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche

Projektname	Literatur	Design und Bedingungen	Teilnehmerzahl (n)
Exzellente Modellprojekte in Schulen¹			
Jugend mit Stil	Schneeweg (2002)	Evaluationstudie 2000-2002 3-jähriges Modellprojekt mit DMF-Förderung Frankfurter Zentrum für Essstörungen e.V. Kostens für Frankfurter Schulen	211
Trainingsprogramm an Schulen	Örnigkeit et al. (2005)	Evaluation: Prä-Post-Kontrollgruppen-Studie 5-stündiges Grundtrainings, 6. Klasse + Auffrischung 8. Klasse	204
PriMa (Primärprävention Magersucht)	Bergen (2001)	Evaluation: Prä-Post-Kontrollgruppen-Studie 9-mal 90-minütigen Projektunterricht mit Lehrkräften Kostens für Thüringer Schulen durch Kooperation mit dem Thüringer Kultusministerium	496
Werkzeuge (auch außerschulisch)²			
Wie schlanke muss ich sein, um schön zu sein? Muss ich...?	Rasbe (2005)	Wissensvermittlung, Aufklärung, Übungen (Eisprung, Körper usw.) Spezielle Angebote, wie „Acto shooting“ Mädchenhaus Heidelberg e.V. Kosten: EUR 1.000/h	-
Unterrichtseinheiten und Projektwochen³			
Durch Dick und dünn	-	ADM - Die Gesundheitsklasse für Niedersachsen Modellprojekt von 2000-2001 an 6 Orten Projektwoche für Mädchen der 7. und 8. Klasse Evaluert durch die Universität Bremen Eigenbeitrag EUR 100,- für die Schule	-
Dünn und dick!	Bonetti et al. (1998)	Zentralstelle für Suchtverbeugung in der LSH und Koordinationsstelle für schulische Suchtverbeugung in Schönewig-Heilsen e.V. Arbeitsheft für Mädchen ab 10 Jahren	-
Wie schlanke muss ich sein, um gerne sein zu werden?	Holtermann (2004)	Projektwoche für Mädchen der 7. und 8. Klasse Evaluation mit Kontrollgruppe in Sachsen	79
Information und Aufklärung⁴			
Mädchen SLICHT Junge	-	Suchtprävention e.V. Kommune + BK, Karlsruhe 8 Info- und Aktionsblätter zu allen Suchtsüchten Handbuch und CD-ROM zur Nachbereitung Intensive Gruppenarbeit (3 Stunden) Kosten: EUR 1500,-	-

1. Gesundheitsförderung Innovative Ansätze

→ Spezifische Informationsveranstaltungen Essstörungen insbesondere für Eltern

Handlungsempfehlungen zur Integrierten Versorgung bei Essstörungen

Das Papier entstand aus der 2007 gegründeten Bundesinitiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlangheitswahn“. Die Richtlinien sollen eine Orientierung für Erzieherinnen/Erzieher, Lehrkräfte, Eltern, aber auch Fachkräfte der Sozialarbeit und die Ärzteschaft der Kinder- und Jugendmedizin sein und enthalten klare Hinweise für die Prävention und Gesundheitsförderung.

So sollen in erfolgreichen Angeboten zur GF & Prävention folgende Schutzfaktoren bearbeitet werden:

- Stärkung d. Selbstwertgefühls
- kritischer Umgang mit Medien und dem darin vermitteltem Schönheitsideal
- Umgang mit (negativen) Gefühlen
- Entwicklung e. positiven Körpergefühls



2. Kategorie Vernetzung

Vernetzung

- Kooperationen
- Kommunikation
- Kontinuität der Versorgung
- Sektorenübergreifende Versorgung

2. Vernetzung Ergebnisse IST und SOLL-Analysen

Vernetzung
Stärken
Gute Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, Therapeuten und Sozialarbeiter
Modellprojekt Universität Tübingen zur Transition
„HA Vertrag“ Kinder- und Jugendliche AOK
Regelmäßige Teilnahme der Universität Tübingen an Qualitätszirkel der Pädiater
Kooperation zwischen AOK und PP.rt über Behandlungsmöglichkeiten

15

2. Vernetzung Ergebnisse IST- und SOLL Analysen

Vernetzung	
Schwächen / Probleme	
Fehlende Kommunikation zur Integration der Patienten in den „Schulalltag“	Schweigepflicht der Ärzte und Therapeuten gegenüber den Schulsozialarbeitern erschwert die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen
Keine adäquate Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten f. Kinder- und Jugendmedizin	Fehlender Übergang / Betreuung von Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin
Großer Bedarf an kooperierenden Hausärzten	Informationsdefizit über „Behandlungsalter“: bis wann darf der Kinder- und Jugendarzte behandeln, wann der Hausarzt
Zuständigkeit zur Kostenübernahme REHA durch Renten- oder Krankenversicherung oft ungeklärt	
Fehlende Kommunikation zur Integration der Patienten in den „Schulalltag“	

16

Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Vernetzung:

- Interimslösungen schaffen für besseren Übergang zwischen stationär und ambulanter Behandlung
- Flexiblere Anmeldung bei Kliniken und Überweisungen ohne Zuständigkeitsschranken ermöglichen
- Übergang zurück in den Alltag nach Behandlung optimieren

2. Vernetzung Innovative Ansätze

→ Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen

Berliner TransitionsProgramm 2009

- Projektlaufzeit: 2009 bis laufend
- Förderung: Robert-Bosch-Stiftung
- Projektträger: DRK Kliniken Berlin
- Vertragspartner: Kinder-/Jugendärzte mit Spezialisierung für die jeweilige Indikation und Fachärzte der Erwachsenenmedizin

Das Programm dauert bis zu zwei Jahre. Es umfasst zwei Transitionsgespräche, eines beim Kinderarzt, das andere beim Erwachsenenspezialisten.

Koordiniert wird das Ganze durch ein Fallmanagement, das nur telefonisch und schriftlich arbeitet.

Die Vergütung läuft über eine Fallpauschale, die unter den Beteiligten aufgeteilt wird.

Zehn Krankenkassen kooperieren mit dem Transitions Programm im Rahmen von Einzelfallvergütungen. Mit einigen weiteren, darunter AOK und TK, gibt es eigene Versorgungsverträge.

Ziel: Vermeidung von Krankheitskomplikationen durch zeitweisen Kontaktverlust zur Spezialversorgung bei Übergang von Kinder- in die Erwachsenenmedizin, Verbesserter Informationsaustausch zwischen Ärzten, Steigerung der Versorgungsqualität, Compliance und Kosteneffizienz



2. Vernetzung Innovative Ansätze

→ Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen

Weitere Projekte zur Transition:

- **Endlich Erwachsen** → chronisch Nierenkranke Jugendliche, Neu-Isenburg → <https://www.kfh.de/fuer-patienten/transferprogrammendlich-erwachsen/>
- **Projekt „Transition“** → Im Rahmen des Forschungsprogramms Chronische Krankheiten und Patientenorientierung, das das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die gesetzliche und private Krankenversicherung gemeinsam fördern, wird seit 2011 an den Universitäten Lübeck und Greifswald eine Patientenschulung zur Transition entwickelt und erprobt.
- **SVR-Gutachten Prof. Dr. Glaeske:** Besondere Anforderungen an die Transitionsversorgung und an die Arzneimittelversorgung bei Kinder und bei älteren Menschen, 2010, http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/uploads/docs/SVR_Glaeske.pdf

19

2. Vernetzung Innovative Ansätze

→ Gründung Netzwerk Anorexie

Experten-Netzwerk-Esstörungen Schweiz (ENES)

- Projektlaufzeit: -
- Finanzierung: Bundesamts für Bildung und Wissenschaft (BBW) Bern im Rahmen des Forschungsprojektes COST B6 (Leitung Dr. Erika Toman)
- Projektträger: -
- Vertragspartner: -

Das Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) ist eine Non-Profit Organisation. Sie vertritt ambulant tätige Ärzte, Psychotherapeuten, Ernährungsberater und andere Fachpersonen der ganzen Schweiz, die auf die Behandlung, Erforschung und Prävention von Essstörungen und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen spezialisiert sind, wie auch spezialisierte stationäre und ambulante Institutionen.

20

2. Vernetzung Innovative Ansätze

→ Gründung Netzwerk Anorexie

Das Netzwerk für Essstörungen im Ostalbkreis

- Projektlaufzeit: 2003 bis laufend
- Finanzierung: Im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß §140 Abs. a-d SGB V (AOK Ostalb)
- Projektträger: -
- Kooperationspartner: AOK Ostwürttemberg, Landratsamt Ostalbkreis, Caritas Ost-Württemberg, Psychologische Ökumenische Beratungsstelle Aalen, NEO e. V. ist seit 2015 Mitglied im Bundesfachverband Essstörungen (BFE)

Ziele:

- Koordination bestehender Hilfs-, Beratungs- und Therapieangebote (Prävention, Beratung, Diagnostik, Motivation, Psychoedukation, ambulante und stationäre Psychotherapie, Krisenintervention sowie Nachsorge)
- Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine abgestufte Behandlungskette mit definierten Indikationen
- Schließung von Versorgungslücken
- Verbesserung der Übergänge von stationären und ambulanten Behandlungen
- Erstellung und Umsetzung koordinierter Gesamtbehandlungspläne
- ambulante Beratungs- und Therapieangebote im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting

21

2. Vernetzung Innovative Ansätze

→ Gründung Netzwerk Anorexie

Netzwerk Essstörungen Metropolregion Rhein-Neckar

- Projektlaufzeit: 2007 bis laufend
- Finanzierung: -
- Kooperationspartner: Beratungsstellen, Kliniken, Einzelpersonen (niedergelassene Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen, Suchtpräventionslehrkräfte, Ernährungsberater/innen, Stadträt/innen u.a)



Ziel Netzwerk: Verbesserung der Versorgungslage für essgestörte Menschen in Heidelberg und in der Metropolregion zu verbessern.

Internetauftritt soll dazu beitragen, die bestehenden Institutionen besser zu vernetzen und die bestehenden Angebote für alle Menschen transparent und übersichtlich aufzulisten, z.B. aktuelle Informationen zu Veranstaltungen, Informationen über die Mitglieder des Netzwerkes, sowie zahlreiche Informationen zur Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge.

22

Abgeleitete Themenbereiche für Handlungsempfehlungen

Vernetzung

- Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)
- Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern mit Option zur landkreisübergreifenden Erweiterung (Modellregion SÜD)
- Einführung Schulgesundheits- und Krankenpfleger/in an Schulen
→ ggfs. eine Schulgesundheits- und Krankenpfleger/in für mehrere Schulen

23

3. Versorgungsangebot Ergebnisse IST- und SOLL- Analysen

Versorgungsangebot

- Ressourcen (*Vergütung, Personal, Zeit*)
- Struktur
- Qualität

24

3. Versorgungsangebot Ergebnisse IST- und SOLL- Analysen

Ressourcen (Personal, Vergütung) und Struktur
Stärken
Verbesserung der Sozialarbeit im LK Reutlingen
Schulsozialarbeiter werden von Schülern und Familien akzeptiert und häufig in Anspruch genommen
Spielräume zur Weiterbehandlung von Pat. über 18 Jahre für Fachärzte f. Kinder- und Jugendmedizin
„Plattform“ Universität Tübingen für Pat. mit Anorexie (Telemedizinische Betreuung)

25

3. Versorgungsangebot Ergebnisse IST und SOLL-Analysen

Ressourcen (Personal, Vergütung) und Struktur	
Schwächen	
Spezielle Wohngruppen fehlen in ganz Baden-Württemberg, Vorreiter: Bayern	Stationäre psychosomatische und psychiatrische Therapieplätze fehlen
Niederschwellige Anlaufstellen für Pat. mit Anorexie und deren Familien fehlen	Fehlender Übergang / Betreuung von Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin
Schweigepflicht der Ärzte und Therapeuten gegenüber den Schulsozialarbeitern erschwert die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen	Keine Abdeckung psychotherapeutische Behandlung durch FA-Vertrag
Geringe Anzahl an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	Trotz HA-Verträge lange Wartezeiten
Lange Wartezeiten auf ambulanten Therapieplatz (3-6 Monate)	Hohe Bettenauslastung in der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsklinik Tübingen mit steigender Tendenz

26

3. Versorgungsangebot Ergebnisse IST und SOLL-Analysen

Ressourcen (Personal, Vergütung), Struktur und Qualität	
Schwächen / Probleme	
Wenige wohnortnahe Behandlungsmöglichkeiten (wenn gewünscht)	Fehlende Angebote der Jugendhilfe
Netzwerkarbeit" wird nicht vergütet	Therapiekoordination durch Psychotherapeuten aus Zeitmangel nicht abdeckbar
Keine Finanzierung der telemedizinischen Nachsorge	Keine Interimsversorgung
Zu späte Überweisung vom ambulanten Sektor in den stationären Sektor	Erfahrungen ambulante Ernährungstherapie im LK Reutlingen --> eher negativen Einfluss auf die Behandlung

27

Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Versorgungsangebot:

- Mehr Notfall-Betten & Klinikplätze & Therapeuten nötig um Wartezeiten zu senken
- Flexiblere Therapieformen fördern – Hometreatment- Modelle aus GB als Vorbild
- Speziell ausgebildete Therapeuten nötig – Ausbildung oft nicht ausreichend für Anorexie
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen da wichtige Stütze für Angehörige

Forderungen an die Krankenkassen/ die Politik:

- Pro-Ana Webseiten sperren da jugendgefährdend
- Gesellschaftsweit mehr Sensibilität für Erkrankung schaffen
- Effektive Therapeuten/Therapien oft nicht absetzbar daher Privatbezahlt hier weniger auf die Kosten achten als auf Wirkung

3. Versorgungsangebot Innovative Ansätze

→ Einführung Home Treatment

Home Treatment Akutbehandlung zu Hause

- Projektlaufzeit: April 2016 bis Oktober 2016 → Übernahme in den Regelbetrieb
- Finanzierung: Vertrags-Krankenkassen
- Projektträger: Universität Zürich

Das Hometreatment unterstützt die in der Therapie erstellten Ziele zur Gesundung der Betroffenen und bietet Hilfe zur Selbsthilfe. In der Regel findet täglich mindestens ein Hausbesuch durch eine Pflegefachperson statt. Ärztliche Visiten werden je nach Bedarf mindestens zweimal pro Woche durchgeführt, Hausbesuche durch andere Mitarbeitende entsprechend den Behandlungszielen.

Das Home Treatment Team setzt sich aus erfahrenen Mitarbeitenden aus den Bereichen Medizin, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit und Ergotherapie zusammen.

Ziele:

- Reduktion von Symptomen und Verbesserung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung
- Verkürzung oder Verhinderung von stationären Aufenthalt
- Schaffung von wirksamen und kostengünstigen Alternativen für die Behandlung von Fällen, in denen eine herkömmliche ambulante Behandlung nicht ausreicht.

3. Versorgungsangebot Innovative Ansätze

→ Landkreisübergreifende Wohngruppen

ANAD® Therapeutische Wohngruppen

- Projektlaufzeit: 1994 bis laufend
- Förderung: Aktion Mensch, Spenden
- Projektträger: -
- Kooperationspartner: u.a. AOK Bayern, AWO Bezirksverband Oberbayern, Bezirk Oberbayern, BKK Dachverband e.V., Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Ludwig-Maximilians-Universität, Landeshauptstadt München

Die Behandlung und Betreuung der PatientInnen erfolgt - ähnlich wie in einer Klinik- durch ein multidisziplinäres Team (PsychologInnen, SozialpädagogInnen und OecotrophologInnen). Gleichzeitig ist eine große Realitätsnähe und Selbständigkeit gegeben, da die PatientInnen in ihr Alltags- und Berufsleben eingebunden bleiben. Die therapeutischen Wohngruppen von ANAD® stellen durch die Kombination aus psychotherapeutischer Behandlung und betreutem Wohnen eine erfolgversprechende Alternative zu stationären und ambulanten Behandlungsansätzen dar.

30

3. Versorgungsangebot Innovative Ansätze

→ Organisation, Kommunikation, Transparenz von Angeboten

Hungrig-Online.de - Informationsquellen für Betroffene

- Projektlaufzeit: 1999 bis laufend
- Förderung: Fördermitglieder, Spenden, Sponsoren
- Projektträger: Hungrig-Online e.V.
- Kooperationspartner: Universität Marburg, Universität Regensburg, ANAD e.V., Therapienetz Essstörungen München

Das Portal wurde 1999 von Dr. med. Jan Nedoschill, Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Erlangen, ins Leben gerufen und inzwischen vom gemeinnützigen Verein Hungrig-Online e. V. betrieben. Neben einem breiten Informationsangebot stehen Betroffenen und Angehörigen virtuelle Austauschplattformen (Mailinglisten, Diskussionsforen, Chat) zur Verfügung, die hoch frequentiert sind.

Hungrig-Online ist mit über 30.000 registrierten Mitgliedern eine der größten deutschsprachigen Kommunikationsplattformen im Internet und erste Anlaufstelle zum Thema Magersucht, Bulimie und Essstörungen in allen gängigen Internetsuchmaschinen.



31

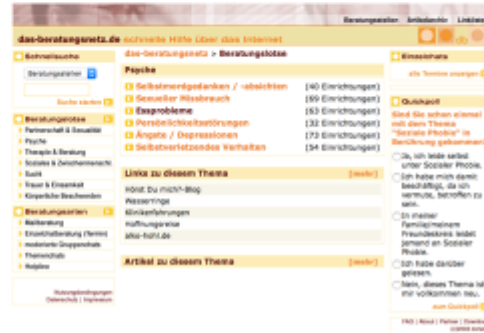
3. Versorgungsangebot Innovative Ansätze

→ Organisation, Kommunikation

Interventionsangebote Online-Beratungen für an Essstörungen Erkrankte

Die Anbieter stammen aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsberatung und nutzen sowohl asynchrone (E-mail) als auch synchrone Internetdienste (Chat) für die Kommunikation mit Betroffenen.

- ANAD-pathways, und EssFrust.de bieten über eine Plattform [www.das-beratungsnetz.de], virtuelle Hilfsangebote von gemeinnützigen Beratungseinrichtungen, E-mail- und Chatberatung sowie moderierte Gruppenchats an.

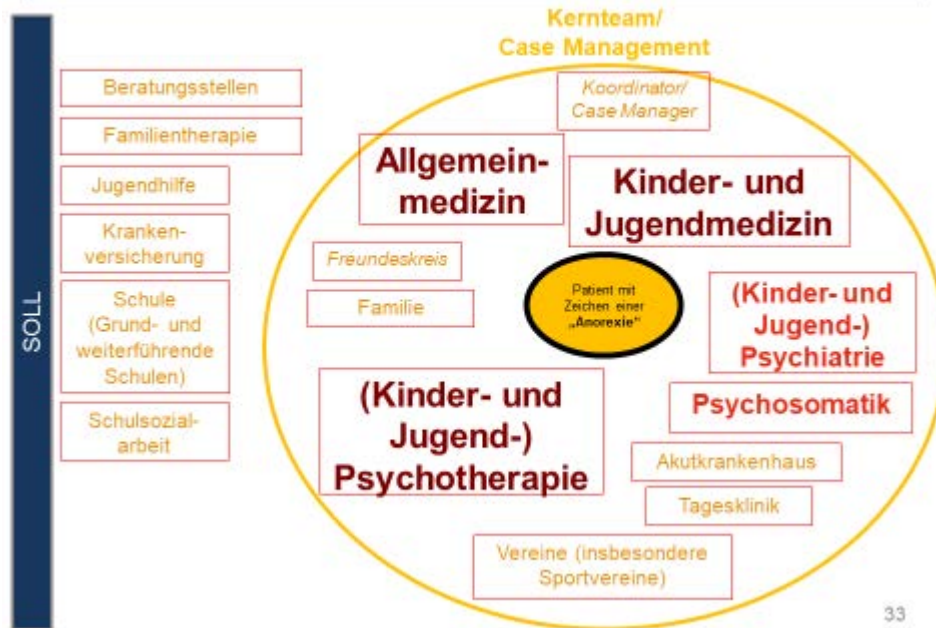


The screenshot shows the website 'das-beratungsnetz.de' with a navigation menu on the left and a main content area. The main content area is titled 'das-beratungsnetz.de' and 'Psychie'. It lists several topics with their respective number of entries:

- 3 Selbstmordgedanken / -absichten (40 Einrichtungen)
- 3 Sensibler Missbrauch (40 Einrichtungen)
- 3 Essprobleme (43 Einrichtungen)
- 3 Persönlichkeitsstörungen (31 Einrichtungen)
- 3 Ängste / Depressionen (72 Einrichtungen)
- 3 Selbstverletzendes Verhalten (54 Einrichtungen)

Below this list, there are sections for 'Links zu diesem Thema' and 'Artikel zu diesem Thema'.

3. Versorgungsangebot Ergebnisse: Versorgungsteam



Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Kinder- und Jugendärzte, 2016

Gemeinden mit Kinder- und Jugendärzte (5 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	14
Pfullingen, Stadt	4
Metzingen, Stadt	3
Bad Urach, Stadt	1
Dettingen an der Erms	1
Landkreis Reutlingen	23

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Hausärzte, 2016

Gemeinden mit Hausärzten (25 von 26)	Anzahl	Gemeinden mit Hausärzten (25 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	78	St. Johann	4
Münsingen, Stadt	15	Hülben	3
Metzingen, Stadt	11	Römerstein	3
Pfullingen, Stadt	10	Hohenstein	3
Bad Urach, Stadt	8	Hayingen, Stadt	2
Dettingen an der Erms	7	Riederich	2
Pfliezhausen	7	Wannweil	2
Trochtelfingen, Stadt	6	Gomadigen	1
Lichtenstein	6	Grabenstetten	1
Eningen unter Achalm	5	Mehrstetten	1
Walddorfhäslach	4	Zwiefalten	1
Engstingen	4	Grafenberg	Zweigpraxis im Ort
Sonnenbühl	4	Landkreis Reutlingen	188

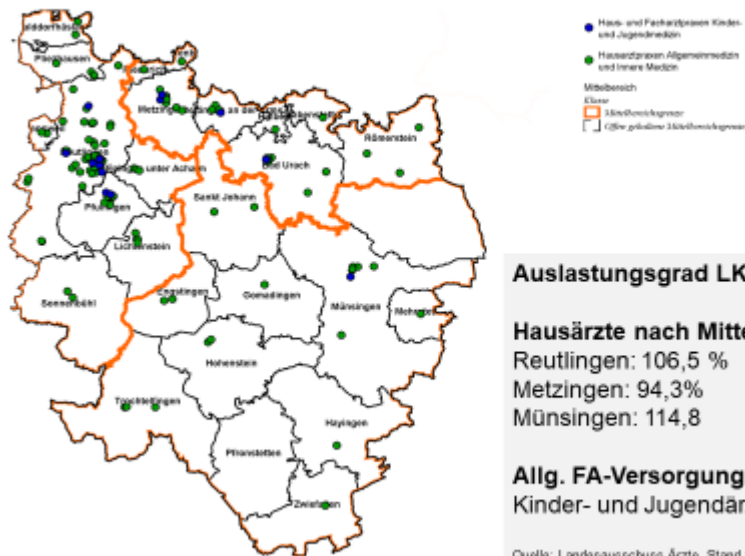
Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassennützliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

35

Verteilung Hausärzte, inkl. Kinder- und Jugendärzte LK Reutlingen



Auslastungsgrad LK Reutlingen:

Hausärzte nach Mittelbereiche:

Reutlingen: 106,5 %
Metzingen: 94,3%
Münsingen: 114,8

Allg. FA-Versorgung:

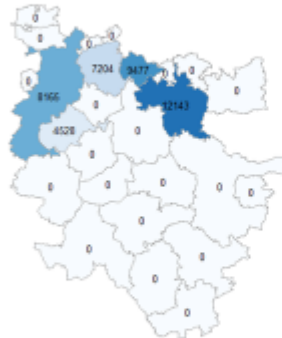
Kinder- und Jugendärzte: 143,5%

Quelle: Landesausschuss Ärzte, Stand 15.02.2017

36

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Kinder- / Jugendarzt 2016 - Landkreis Reutlingen



**Einwohner je Kinder- und
Jugendarzt im Landkreis
Reutlingen (BW):**
2016: 12.266 (BW: 12.129)¹
2023: 12.368 (BW: 12.421)²

Veränderung %:
+0,83 (BW: +2,41)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Kinder- und Jugendarzte 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

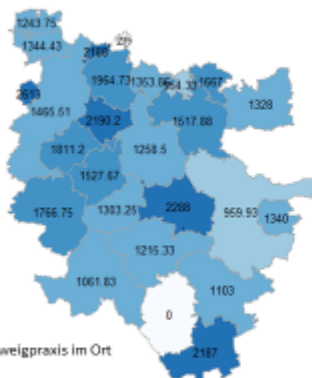
27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

37

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Hausarzt 2016 - Landkreis Reutlingen



**Einwohner je Hausarzt im
Landkreis Reutlingen (BW):**
2016: 1.501 (BW: 1.518)¹
2023: 1.513 (BW: 1.569)²

Veränderung in %:
+ 0,80 (BW: +3,34)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Hausärzte 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

38

Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Psychotherapeuten, 2016

Gemeinden mit Psychotherapeuten (10 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	59
Wannweil	6
Münsingen, Stadt	5
Metzingen, Stadt	2
Pfullingen, Stadt	2
Bad Urach, Stadt	1
Walldorfhäslach	1
Grabenstetten	1
Mehrstetten	1
Zwiefalten	1
Landkreis Reutlingen	79

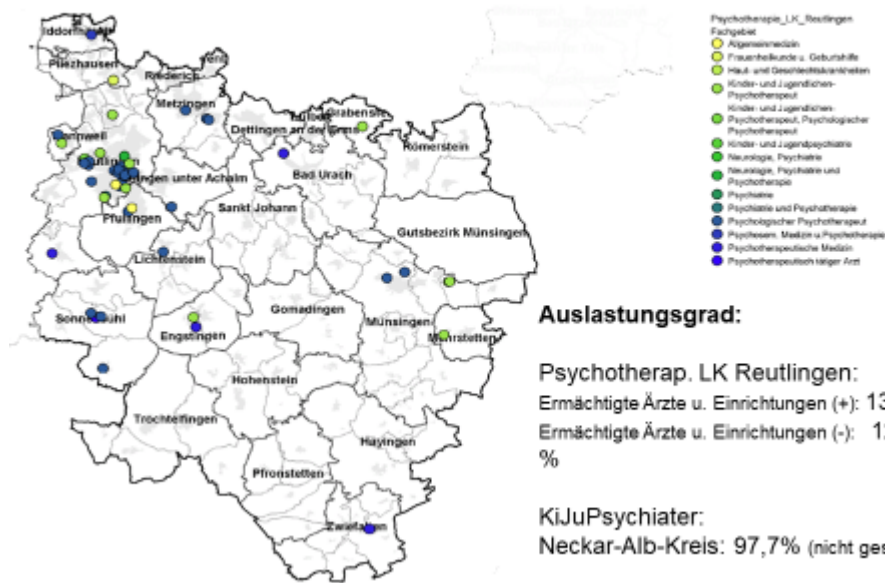
Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

39

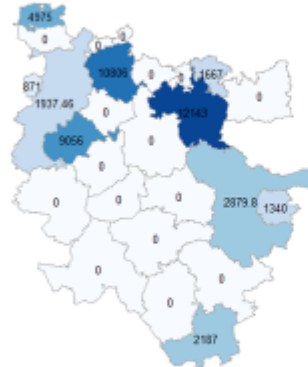
Aufteilung ambulante Psychotherapeuten, Psychologen und Psychiater im LK Reutlingen



40

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Psychotherapeut 2016 - Landkreis Reutlingen



**Einwohner je
Psychotherapeut im Landkreis
Reutlingen (BW):**
2016: 3.571 (BW: 2.951)¹
2023: 3.601 (BW: 3.022)²
Veränderung %:
+0,84 (BW: +2,41)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Psychotherapeuten 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

41

Ambulantes Versorgungsangebot

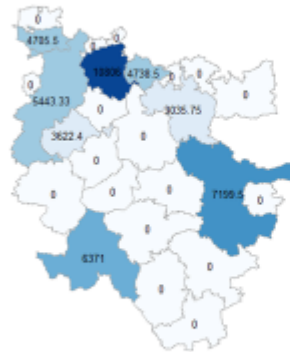
Anzahl Frauenärzte, 2016

Gemeinden mit Frauenärzten (8 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	21
Pfullingen, Stadt	5
Bad Urach, Stadt	4
Münsingen, Stadt	2
Metzingen, Stadt	2
Dettingen an der Erms	2
Pliezhausen	2
Trochtelfingen, Stadt	1
Landkreis Reutlingen	39

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Frauenarzt 2016 - Landkreis Reutlingen



Einwohner je Frauenarzt im
Landkreis Reutlingen (BW):

2016: 7.234 (BW: 7.872)¹

2023: 7.294 (BW: 8.062)²

Veränderung %:
+0,83 (BW: +2,41)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016; Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016; Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Frauenärzte 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

43

Bevölkerungsstruktur im Landkreis Reutlingen, 2013

Altersgruppe	Männer		Frauen		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
0 - 10	13.952	5,1	13.316	4,8	27.268	9,9
11 - 20	15.823	5,7	14.776	5,4	30.599	11,1
21 - 30	16.661	6,0	16.153	5,9	32.814	11,9
31 - 40	15.869	5,7	16.191	5,9	32.060	11,6
41 - 50	22.500	8,2	22.172	8,0	44.672	16,2
51 - 60	20.258	7,3	20.301	7,4	40.559	14,7
61 - 70	13.446	4,9	14.361	5,2	27.807	10,1
71 und älter	16.833	6,1	23.407	8,5	40.240	14,6
Gesamt	135.342	49,0	140.677	51,0	276.019	100,0

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Regionaldatenbank Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

44

Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Reutlingen

Indikator	2013			2023		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Bevölkerungszahl (n)	276.019	135.342	140.677	284.454	141.528	142.926
Anteil der Bevölkerung (%)		49,0	51,0		49,8	50,2
Jugendquotient (unter 20-Jährige je 100 Personen der 20-64-Jährigen)	32,8	-	-	33,2	-	-
Altenquotient (über 65-Jährige je 100 Personen der 20-64-Jährigen)	31,9	-	-	37,1	-	-
Anteil unter 18 Jährige (%)	17,5	18,3	16,7	16,9	17,5	16,3
Anteil der ab 65-Jährigen (%)	20	17,8	22,1	22	19,5	24,4
Anteil der ab 80-Jährigen (%)	5,3	3,9	6,7	7,2	5,6	8,8
Anteil der 15 bis unter 65-Jährigen (%)	66	67,5	64,5	64	66	62

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

45

Stationäres Versorgungsangebot, Reutlingen



Datenquellen: Verzeichnis der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, Verzeichnis der stationären Pflegeeinrichtungen, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg. Ergänzungen durch Landratsamt Reutlingen.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

46

Krankenhäuser

Einwohner je aufgestellte Betten:

2013: 241 (BW: 188)

2023: 249 → +3,32 % (BW: 197 → +4,79 %)

Rehabilitationseinrichtungen

Einwohner je aufgestellte Betten:

2013: 497 (BW: 443)

2023: 513 → +3,22 % (BW: 464 → +4,74 %)

Stationäre Pflegeeinrichtungen

Einwohner je verfügbare Plätze:

2013: 114 (BW: 100)

2023: 118 → +3,51 % (BW: 105 → +5,0 %)

Ambulantes Versorgungsangebot

Altersstruktur großer Arztgruppen in Reutlingen, 2016

ALTER IN JAHREN	HAUSÄRZTE	AUGEN- ÄRZTE	FRAUEN- ÄRZTE	INTERNISTEN (fachärztlich)	KINDER- & JUGEND- ÄRZTE	ORTHO- PÄDEN & CHIRURGEN	PSYCHOTHE- RAPEUTEN
28 bis 39	11	1	4		1	2	3
40 bis 49	35	6	9	6	7	4	9
50 bis 54	39	2	9	13	6	10	13
55 bis 59	37	4	6	6	5	8	22
60 bis 64	36	3	8	3	4	7	16
65 bis 92	30	1	3			3	16
ANTEIL DER ÜBER 60-JÄHRIGEN	35%	24%	28%	11%	17%	29%	41%



Quelle: Versorgungsbericht 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27.03.2017

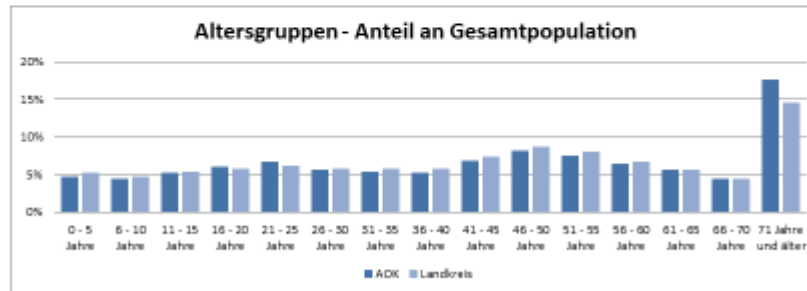
Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

47

AOK-Versicherte mit Wohnsitz Reutlingen im Vergleich zur Bevölkerung in Reutlingen, 2013

	Landkreis	Versicherte
N	276.019	140.215
Geschlecht: m/w (%)	49,0 / 51,0	47,5 / 52,5
Alter \bar{x} (Jahre)	43,4	44,2

Datenquellen: Regionaldatenbank Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013; AOK Baden-Württemberg, 2013.



Datenquellen: Regionaldatenbank Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013; AOK Baden-Württemberg, 2013.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

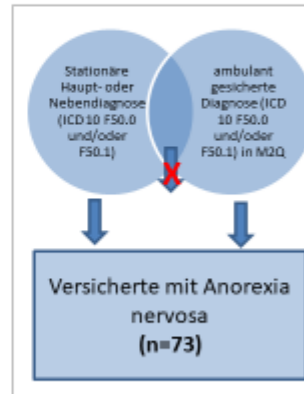
48

Administrative 1-Jahres-Prävalenz Anorexia nervosa, Reutlingen 2013

Geschlecht	%
Männer	0,01
Frauen	0,09
Gesamt	0,05
Alter Ø (Jahre)	34,1

Quelle: Eigene Berechnung, Daten: AOK Baden-Württemberg, 2013.

Falldefinition

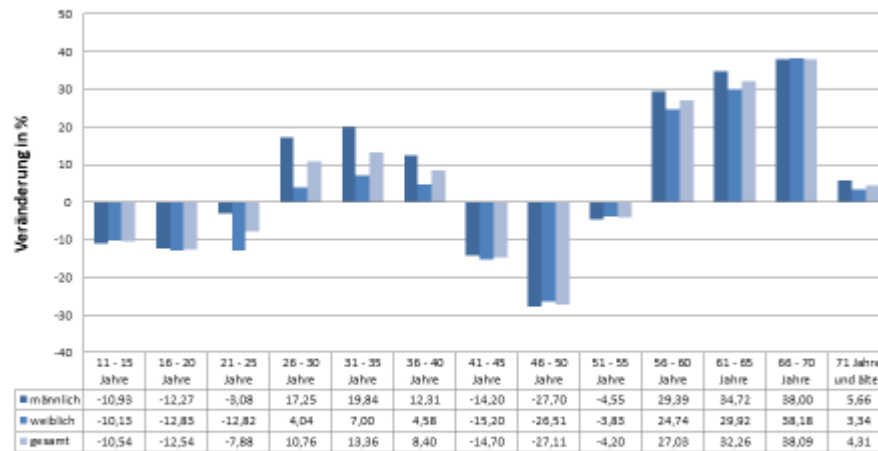


27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

49

Veränderung der administrativen 1-Jahres-Prävalenz Anorexia nervosa von 2013 zu 2023, Reutlingen



Quelle: Eigene Berechnung, Datenquellen: Regionaldatenbank Deutschland, Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2013; Bevölkerungsvorberechnung, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

50

Krankenhaus-Behandlungsort von AOK- Versicherten mit Wohnsitz im Landkreis Reutlingen nach Hauptdiagnose Anorexia nervosa, 2013

Von 73 Versicherten mit Diagnose Anorexia nervosa
wurden 5 aufgrund der Hauptdiagnose Anorexia
nervosa in einem Krankenhaus behandelt
→ Aufgrund der geringen Fallzahl erfolgt keine
Darstellung der Behandlungsorte

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

51

Abgeleitete Themenbereiche für Handlungsempfehlungen

Versorgungsangebot

Kurz- bis mittelfristig planbare Maßnahmen

- Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)
- Einführung Schulgesundheits- und krankenkpfleger/in an Schulen (analog Prävention)
- Einführung Interimsversorgung
 - Ausbau der Schulsozialarbeit
 - Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen für LK Reutlingen
 - Angebot von Notfallterminen im LK Reutlingen

52

Abgeleitete Themenbereiche für Handlungsempfehlungen

Versorgungsangebot

Langfristig planbare Maßnahmen

- **Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung → Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung** zur Reduzierung der langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich

53

Abgeleitete Themenbereiche für Handlungsempfehlungen/ Innovatives Versorgungskonzept

Versorgungsangebot

Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern mit Option zur landkreisübergreifenden Erweiterung (Modellregion SÜD)

Integration ins Netzwerk:

- Einführung Hometreatment
- Notfalltermine organisiert im Netzwerk / Sicherstellung einer Interimsversorgung
- Landkreisübergreifende Wohngruppen → Organisation durch Netzwerk
- Transparenz von Angeboten inkl. Ansprechstelle, ggfs. als Case-Manager
- Organisation, Kommunikation i.R. einer Plattform mit individuellen Zugriffsrechten

54

Zusammenfassung Themenbereiche für Handlungsempfehlungen

Spezifische Handlungsempfehlungen

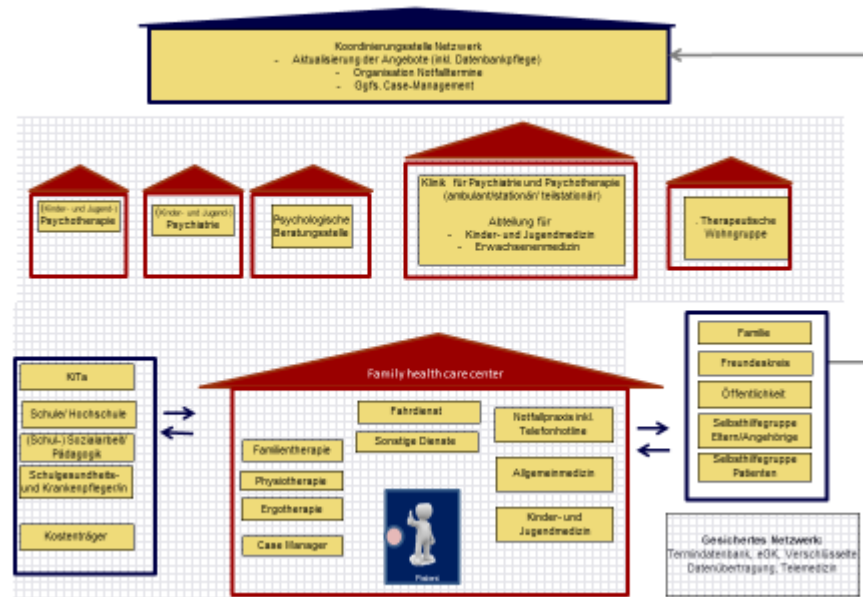
- Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche
- Spezifische Informationsveranstaltungen Essstörungen insbesondere für Eltern
- Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ oder „Mein Körper und ich“ in den Lehrplan
- Einführung Schulgesundheits- und krankenfleger/innen an Schulen
- Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)

Übergeordnete Handlungsempfehlungen / Innovative Lösungsansätze

- Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern mit Option zur landkreisübergreifenden Erweiterung (Modellregion SÜD)
- Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung → Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung

55

Vorschlag Netzwerk Anorexie



56



Landkreisübergreifende Arbeitsgruppensitzungen

1) Was ist bisher geplant?

- Erarbeitung von Handlungsempfehlungen aus landkreisübergreifenden Kernthemen
- Vorstellung innovativer Projekte/ Konzepte für die Modellregion
- Diskussion: Wie könnte eine landkreisübergreifende Bedarfs- und Versorgungsplanung regional gestaltet werden?

1) Welche (weiteren) Erwartungen haben Sie?

2) Freiwillige Teilnehmer der Arbeitsgruppe

57



Vielen Dank für Ihre

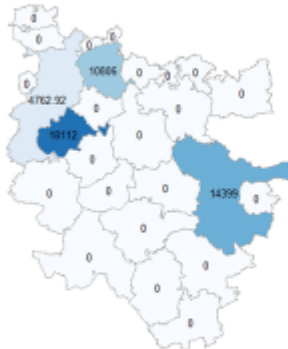


Aufmerksamkeit!



Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Internist 2016 - Landkreis Reutlingen



**Einwohner je Internist (fachärztlich)
im Landkreis Reutlingen (BW):**
2016: 10.075 (BW: 9.315)¹
2023: 10.159 (BW: 9.539)²

Veränderung in %:
+0,83 (BW: +2,40)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Internisten (fachärztlich) 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

59

Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Internisten (fachärztlich), 2016

Gemeinden mit Internisten (4 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	24
Metzingen, Stadt	2
Münsingen, Stadt	1
Pfullingen, Stadt	1
Landkreis Reutlingen	28

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

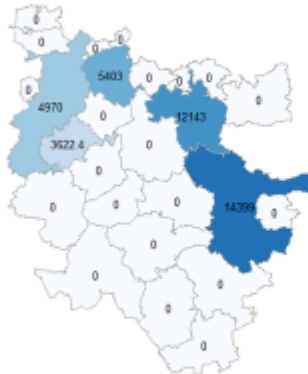
27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

60

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Orthopäde / Chirurg 2016 - Landkreis Reutlingen



Einwohner je
Orthopäde/Chirurg im
Landkreis Reutlingen (BW):
2016: 8.297 (BW: 8.324)¹
2023: 8.366 (BW: 8.524)²

Veränderung in %:
+ 0,83 (BW: +2,40)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Orthopäden/Chirurgen 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
27.03.2017 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung 61

Ambulantes Versorgungsangebot

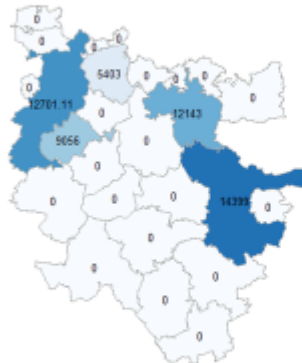
Anzahl Orthopäden/Chirurgen, 2016

Gemeinden mit Orthopäden/Chirurgen (5 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	23
Pfullingen, Stadt	5
Metzingen, Stadt	4
Münsingen, Stadt	1
Bad Urach, Stadt	1
Landkreis Reutlingen	34

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Augenarzt 2016 - Landkreis Reutlingen



Einwohner je Augenarzt im
Landkreis Reutlingen (BW):
2016: 16.595 (BW: 15.476)¹
2023: 16.733 (BW: 15.848)²

Veränderung %:
+0,83 (BW: +2,40)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

¹Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.
²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Anzahl Augenärzte 2016, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

63

Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Augenärzte, 2016

Gemeinden mit Augenärzten (5 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	9
Metzingen, Stadt	4
Pfullingen, Stadt	2
Münsingen, Stadt	1
Bad Urach, Stadt	1
Landkreis Reutlingen	17

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2016: Versorgungsbericht – Die ambulante medizinische Versorgung 2016.

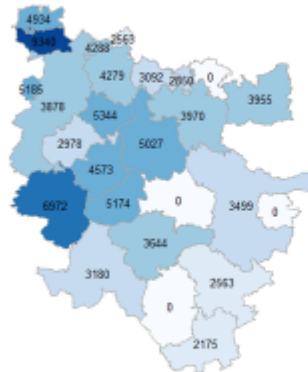
27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

64

Ambulantes Versorgungsangebot

Einwohner je Apotheke 2015 – Landkreis Reutlingen



**Einwohner je Apotheke im
Landkreis Reutlingen (BW):**
2015: 4.029 (BW: 4.108)¹
2023: 4.123 (BW: 4.170)²

Veränderung %:
+2,33 (BW: +1,51)

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2017.

¹Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2017.

²Quelle: Eigene Berechnung auf Basis von: Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Apothekenzahl aus 2015, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

65

Ambulantes Versorgungsangebot

Anzahl Apotheken, 2015

Gemeinden mit Apotheken (22 von 26)	Anzahl	Gemeinden mit Apotheken (22 von 26)	Anzahl
Reutlingen, Stadt	29	Hülben	1
Pfullingen, Stadt	6	Pliezhausen	1
Metzingen, Stadt	5	Riederich	1
Münsingen, Stadt	4	Wannweil	1
Dettingen an der Erms	3	Zwiefalten	1
Bad Urach, Stadt	3	Walddorfhäslach	1
Eningen unter Achalm	2	Römerstein	1
Trochtelfingen, Stadt	2	Engstingen	1
Lichtenstein	2	Hohenstein	1
Grafenberg	1	Sonnenbühl	1
Hayingen, Stadt	1	St. Johann	1
Landkreis Reutlingen	69		

Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Stuttgart, 2017.

27.03.2017

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

66

4. Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Stärken
Schnelle Reaktion des Hausarztes
Kontakt mit anderen Betroffenen/ Familien wichtig – <i>Stütze und Orientierungspunkt für Angehörige</i>
Selbsthilfegruppen wichtig z.B. „tima“ (TÜ auch tätig in RT) – <i>Stütze und Orientierungspunkt für Angehörige</i>
Jugendamt als Partner – <i>Beratung und Hilfsangebote für betroffene Familien</i>
Mehr Aufmerksamkeit als in den letzten Jahren – <i>insgesamt gestiegene gesellschaftliche Aufmerksamkeit</i>

4. Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Schwächen
Therapeuten, die nicht übernommen werden von KK
Therapeutenmangel – <i>Es muss gewartet werden, bis es fast zu spät ist</i>
Stationäre Versorgung „nicht zuständig“ – <i>unflexible Gewichtsobergrenzen für Aufnahme in Kliniken</i>
Verzögerung durch Mangel an Plätzen – <i>Langes Warten auf Behandlung / Therapie (6 Monate für Klinikplatz)</i>
Keine systematische Information der Angehörigen über Angebote
Interimslösungen nicht vorhanden/ werden nicht angeboten – <i>auch Notfall-Betten nicht immer verfügbar</i>
Private Netzwerke nötig für Angebotsinformationen – <i>es fehlen die Schulen als Anlaufpunkt</i>
Überweisung nur durch FA nicht Hausarzt – <i>Zusätzlicher Zeitverlust durch Zuständigkeit da FA-Termin erneut Wartezeit bedeutet. Daher müssen Therapie- und Klinikplätze auf Vorrat und durch Eigenverantwortung besorgt werden (Doppelanmeldungen)</i>
Begleitung von professioneller Seite nötig / Initiative liegt bei Patient & Familie – <i>Familien fühlen sich ohne Selbsthilfegruppen alleingelassen mit dem Thema</i>
Ambulante Betreuung nach der Klinik fehlt – <i>Rückfallgefahr</i>
Kosten zu sehr das Thema – <i>mehr Notfall Plätze bereithalten</i>

4. Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Ideen
Informationen für Eltern wichtig / Beratungsstellen wie „tima“ wichtig/richtig -> Was ist das für eine Krankheit, was kann man tun?
Speziell geschulte Therapeuten nötig, allgemein ausgebildete Psychologen hier überfordert - hier mehr Therapeuten nötig
Konsequente Versorgung ohne Wartezeiten
Ortsnahe stationäre Versorgung & betreutes Wohnen nötig – Bessere Option: Angebote, die nach Hause kommen jenseits klassischer ambulanter/ stationärer Versorgung
Flexible Reaktion des Gesundheitssystems je nach Verlauf der Krankheit
Besserer Übergang von stationärer Versorgung wieder hin zum „normalen“ Leben im Alltag
Stigma „Jugendamt“/ psychische Erkrankung abbauen
Sensibilität der Gesellschaft nur auf „zu dick“ könnte bei der Anorexie wichtig sein
Prävention: Leistungsdruck, -bewusstsein/ Mobbing stärker zum Thema machen -> Mode, Schaufensterpuppen, etc. Größentabellen bei Kleidung (unterbewertete alltägliche Suggestion) -> Lebensgeschichten der Betroffenen ambivalent
Pro-Ana-Website sperren – diese Webseiten stellen die Krankheit als gewählten, positiven Lebensstil dar
Private Therapieangebote als Übersicht anbieten
Chancengleichheit ressourcenarmer Familien stärken – ein betroffenes Kind zu begleiten ist ein Vollzeitjob, den z.B. Alleinerziehende nicht leisten können
Ursachenforschung für Anorexie (allg. Frauenbild)/ psychische Erkrankungen nötig

4. Hinweise der Bürger*innen aus den Fokusgruppen

Gesundheitsförderung und Prävention:

- Zentralisierte Informationsstellen schaffen, die Überblick über Therapieangebote, Selbsthilfegruppen und Handlungsoptionen für Angehörige anbieten
- Sensibilität der Gesellschaft weiter steigern für psychische Erkrankungen allgemein und Anorexie im Besonderen, auch Ursachenforschung hier nötig,
- Leistungsdruck senken, Mobbing bekämpfen

Versorgungsangebot:

- Mehr Notfall-Betten & Klinikplätze & Therapeuten nötig um Wartezeiten zu senken
- Flexiblere Therapieformen fördern – home-treatment Modelle aus GB als Vorbild
- Speziell ausgebildete Therapeuten nötig – Ausbildung oft nicht ausreichend für Anorexie
- Unterstützung von Selbsthilfegruppen da wichtige Stütze für Angehörige

Vernetzung:

- Interimslösungen schaffen für besseren Übergang zwischen stationär und ambulanter Behandlung
- Flexiblere Anmeldung bei Kliniken und Überweisungen ohne Zuständigkeitsschranken ermöglichen
- Übergang zurück in den Alltag nach Behandlung optimieren

Forderungen an die Krankenkassen/ die Politik:

- Pro-Ana Webseiten sperren da jugendgefährdend
- Gesellschaftsweit mehr Sensibilität für Erkrankung schaffen
- Effektive Therapeuten/Therapien oft nicht absetzbar daher Privatbezahlt hier weniger auf die Kosten achten als auf Wirkung

5.3. Recherchierte innovative Beispiele und Modelle für die dritte AG- Sitzung

Name des Modells	Standort	Kurzbeschreibung	Antwortet auf welche Handlungsempfehlungen?	Website	Literatur / Studienergebnisse
krankheitsübergreifend					
Berliner Transitionsprogramm (BTP)	Berlin	<p>Das Programm dauert bis zu zwei Jahre. Es umfasst zwei Transitionsgespräche, eines beim Kinderarzt, das andere beim Erwachsenen spezialisten.</p> <p>Koordiniert wird das Ganze durch ein Fallmanagement, das nur telefonisch und schriftlich arbeitet.</p> <p>Die Vergütung läuft über eine Fallpauschale, die unter den Beteiligten aufgeteilt wird. Zehn Krankenkassen kooperieren mit dem Transitions Programm im Rahmen von Einzelfallvergütungen. Mit einigen weiteren, darunter AOK und TK, gibt es eigene Versorgungsverträge.</p> <p>Mit TransitionsProgramm (BTP) steht erstmals ein von den Krankenkassen finanziertes, strukturiertes Programm für Patienten mit juvenilen rheumatischen und muskuloskelettalen Krankheiten in einigen Regionen Deutschlands zur Verfügung. Dieses Programm löst nicht die Schnittstellenproblematik, unterstützt aber Transition im klinischen Alltag und stellt somit einen Schritt hin zu einer besseren Versorgung junger Rheumatiker dar. Bedarf besteht, das BTP überregional anzubieten und auf seine Wirksamkeit zu prüfen. Damit könnte eine Voraussetzung für die Anerkennung von Transition als Leistung der Regelversorgung geschaffen werden.</p>	Reutlingen, Anorexie + Diabetes Typ 1: Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)	http://www.drk-kliniken-berlin.de/westend/krankenhaus-westend/berliner-transitionsprogramm/	http://www.drk-kliniken-berlin.de/uploads/media/dzfk_bln_transitionsprogramm_012013_02.pdf
Bewegungsrezept/ Programm: "Fysisk Aktivitet pa Recept"	Schweden	<p>Evidenzbasiertes Präventionsprogramm, das eine enge Vernetzung unterschiedlicher Akteure aus Gesundheitswesen und dem Bereich bewegungsorient. Tätigkeiten (NGOs, Sportvereinen, Patientenorganisationen, kommunale und private Anbieter) anstrebt.</p> <p>Bewegungsrezept wird von lizenzierten Gesundheitsfachleuten ausgestellt (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten) und kann im Gemeinwesen eingelöst werden.</p> <p>Eine gemeinsame Projektdatenbank ist Basis für die enge Vernetzung zwischen Gesundheitswesen und Anbietern.</p>	Ravensburg, chron. Kreuzschmerz: Schaffung und Koordination von Angeboten	http://www.fyss.se/ www.fhi.se	Review: https://www.sgsm.ch/fileadmin/user_upload/Zeitschrift/62-2014-2/02-2014_4_Raustorp.pdf

<p>Endlich erwachsen - Transferprogramm des KfH e.V. (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation)</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>"Für chronisch nierenkranke Jugendliche kommt irgendwann der Zeitpunkt, an dem sie aus der kindernephrologischen Behandlung der KfH-Zentren für Kinder und Jugendliche in die medizinische Versorgung für Erwachsene wechseln.</p> <p>Vielen Betroffenen fällt dieser Schritt nicht leicht, sie müssen lernen, Verantwortung für ihr Leben und ihre Krankheit zu übernehmen und mit den neuen Rahmenbedingungen zurecht zu kommen.</p> <p>An dieser Stelle setzt das KfH-Transferprogramm endlich erwachsen an, das jugendliche Patienten zwischen 16 und 21 Jahren auf den Wechsel in die Betreuung der weiterbehandelnden Nephrologen vorbereitet und unterstützt.</p> <p>Unser Angebot richtet sich an alle jungen Patienten, die in KfH-Zentren bundesweit betreut werden und beinhaltet eine kostenlose dreijährige Teilnahmemöglichkeit an einem AuftaktseminarBeschreibung ansehen und anschließenden sechs Themen-Workshops. Hierzu erfolgen jeweils persönliche Einladungen.</p> <p>Das Transferprogramm ist seit 2008 nach DIN ISO zertifiziert und wird jährlich erfolgreich rezertifiziert."</p>	<p>Reutlingen, Anorexie: Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)</p>	<p>https://www.kfh.de/fuer-patienten/transferprogrammendlich-erwachsen/</p>	
<p>familie.augsburg.de - Das Augsburger Familienportal</p>	<p>Augsburg, Bayern</p>	<p>Online-Portal der Stadt Augsburg (Amt für Kinder, Jugend und Familie / Fachstelle Familienbildung) mit Informationen zu Angeboten rund um die Familie in der Stadt Augsburg</p> <p>Start 2012; fortlaufende Aktualisierung des Portals</p> <p>Anpassung an Krankheitsbild Schlaganfall notwendig!</p> <p>Ggf. Ausweitung von lokaler auf regionale Ebene</p>	<p>Schlaganfall, Biberach: Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Plattform</p> <p>chron. Kreuzschmerz, Biberach: Einrichtung einer elektr. Angebotsplattform</p> <p>Depression, Biberach: computergesteuertes System mit allen im LK verfügbaren Angeboten</p>	<p>http://familie.augsburg.de/</p>	

<p>Frisklivssentraler (Healthy life centers HLC= Zentren für gesundes Leben)</p>	<p>Norwegen</p>	<p>Projektstart: 2004 bis laufend Finanzierung: -</p> <p>Die sog. Zentren für gesundes Leben (Frisklivssentraler) sind ein interdisziplinäres Serviceangebot im Rahmen der medizinischen Grundversorgung. Es ist ein kommunales Angebot, das Teil des Public Health Care Service ist und verschiedene Programme z.B. zur Bewegungsförderung, gesunden Ernährung und Raucherentwöhnung anbietet.</p> <p>Die Zentren werden in den Kommunen als Kontaktstelle, die zugleich die nötigen Informationen zur Verhaltensänderung, Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vermitteln, gesehen. Eine wichtige Aufgabe ist, die Teilnehmer in geeignete, lokale Programme zu leiten, sodass sie nach der Teilnahme im HLC Erlerntes fortführen. Die HLCs sollten eine umfassende Übersicht über solche Programme bereithalten. Es bestehen Kooperationen mit anderen kommunalen Anbietern der medizinischen Versorgung, so auch mit Krankenhäusern, NGOs, privaten und öffentlichen Organisationen und Ortsbehörden.</p> <p>Ziel ist die integrierte Gesundheitsversorgung. So empfehlen Hausärzte ihre Patienten, die ein erhöhtes Risiko oder bereits gesundheitliche Probleme oder eine chronische Erkrankung haben, an die kommunalen Anbieter weiter.</p> <p>Die Zusammenarbeit mit anderen kommunalen Gesundheitsdiensten, Krankenhäuser, Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs), private und öffentliche Organisationen und lokalen Behörden ist von entscheidender Bedeutung, um eine kontinuierliche und integrierte Gesundheitsversorgung zu bieten und den Menschen helfen, unabhängige und dauerhafte Verbesserung der Gesundheit Gewohnheiten zu etablieren.</p>	<p>Reutlingen, Diabetes: Verbesserung der Schulung und Aufklärung</p> <p>Reutlingen, Darmkrebs</p> <p>Ravensburg, Diabetes Typ 2: Angebote der Prävention sollten nachhaltig angelegt sein, enge Vernetzung der beteiligten Akteute ist notwendig, Förderung von Bewegung, Bevölkerung sollte hins. Ernährung geschult werden...</p> <p>Ravensburg, chron. Kreuzschmerz: Schaffung und Koordination von Angeboten: Koordination durch Kommunen (und Krankenversicherungen)</p>	<p>http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/effects-of-organised-follow-up-of-behaviour-that-may-increase-risk-of-disease-in-adults?vis=sammendrag</p> <p>http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2016/01/Norway-Healthy-Life-Centres-Long.pdf</p>	<p>Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Effects of organised follow-up of behaviour that may increase risk of disease in adults. Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr. 12 - 2012. ISBN 978-82-8121-497-2 ISSN 1890-1298 . Executive summary Full text</p>
<p>Johanneswerk im Stadtteil - Quartiersnahe Versorgung</p>	<p>Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Projektstart: 2004 bis laufend Finanzierung: Das Modell wird durch im Regelbetrieb durch Leistungen der Sozialgesetzbücher V, XI und XII finanziert. Die Immobilien werden sowohl durch das Johanneswerk selbst, durch Investoren, wie auch durch Wohnungsbaugesellschaften finanziert. Z.T. werden Anschubfinanzierung durch Fördermittel z.B. die Stiftung Wohlfahrtspflege unterstützt. Initiatoren: Vorstand des Evangelischen Johanneswerks</p> <p>Im "Johanneswerk im Stadtteil" wurden bisher 8 Wohnprojekte in Städten in Nordrhein-Westfalen eingerichtet, in denen Menschen mit Pflegebedarf ab ca. 60 Jahren, sowie Menschen mit Behinderung selbstständig in eigenen Wohnung leben, durch die Einrichtung von Servicestützpunkten mit Pflegeteams jedoch 24-stündige Versorgungssicherheit genießen. Das Modell ist zudem partizipativ, d.h. auf die Beteiligung von Menschen aus der Nachbarschaft sowie ehrenamtlicher Mitarbeiter ausgerichtet.</p>	<p>Biberach, Demenz: Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken</p>	<p>http://johanneswerk.de/de/fachthemen/quartiersnahe-versorgung.html</p>	

Lüneburger Alterslotsen	Landkreis Lüneburg		Alle Krankheitsbilder: Einrichtung eines (ggf. aufsuchenden) Case Managements	http://www.lueneburger-alterslotsen.de/	
Men's Sheds	Australien	<p>Träger: AMSA (Australian Men's Shed Association) 2010 Aufnahme in die National Male Health Policy, Förderung vom australischen Gesundheitsministerium</p> <p>Modell, das zeigt, wie kommunale und mänderspezifische Arbeit gelingen kann: In Australien existieren über 950 „Men's Sheds“ – kommunale Non-Profit-Treffpunkte, in denen Männer jeden Alters zusammen Zeit verbringen und an verschiedensten Projekten arbeiten können</p> <p>Ziele: Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit der teilnehmenden Männer; Vorbeugung sozialer Isolation (die Erkrankungen wie Depressionen hervorrufen oder verstärken kann</p> <p>Die Treffpunkte bieten die Chance, auch jene Männer zu erreichen, die sonst wenig Kontakt zum Gesundheitswesen pflegen – z.B. mithilfe von gezielten Gesundheitsinitiativen</p>	Ravensburg, Depression: Angebot von Aktivitäten v.a. für Männer	http://mensshed.org/what-is-a-mensshed/	http://mensshed.org/wp-content/uploads/2016/09/AMSA-EVALUATION-SUMMARY-REPORT-FINAL.pdf

<p>Modellprojekt Schulgesundheitsfachkräfte</p>	<p>Hessen + Brandenburg</p>	<p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbessertes Gesundheitsverhalten bei Schüler/innen und Schulpersonal - Etablierung eines gesundheitsbewussten Schulklimas - Verbesserung der Lernvoraussetzungen für gesundheitlich und/oder sozial belastete Schüler/innen - Bessere Integration chronisch kranker Schüler/innen - Reduktion von Fehlzeiten von Schüler/innen und Schulpersonal - Entlastung des Schulpersonals <p>Konzept:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 Schulgesundheitsfachkräfte (von der AWO neu eingestellte examinierte Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/innen mit mind. 3 Jahre Berufserfahrung) werden an 20 Schulen in Brandenburg eingesetzt (Reichweite damit ca. 7180 Schüler/innen) - November 2016 – Januar 2017 Vollzeit-Weiterqualifizierung für Arbeit an Schulen - Einsatzzeit: Februar 2017 – Oktober 2018; einsatzbegleitende Fortführung der Weiterbildung bis Oktober 2017 - Aufgaben der Schulgesundheitsfachkräfte: <ul style="list-style-type: none"> • Gewährleistung einer Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände • Unterstützung bei Früherkennung von möglichen gesundheitlichen Entwicklungsstörungen • Unterstützung der Lehrkräfte bei unterrichtsbegleitenden, bewährten, qualitätsgesicherten Präventionsprojekten • Optimierung der gesundheitlichen Kompetenz von Lehrkräften, Eltern, Schüler/innen • Unterstützung von chronisch Kranken und Kindern mit Beeinträchtigungen sowie von Schüler/innen nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit • Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten • Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit 	<p>Ravensburg, Darmkrebs: Ausbau präventiver Angebote</p> <p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen</p> <p>Reutlingen, Anorexie: Einführung Schulgesundheits-/Krankenpfleger</p> <p>Reutlingen, Darmkrebs:</p> <p>Ravensburg, Diabetes: Präventionsangebote sollten dauerhaft angelegt sein, sehr genaue Abstimmung auf Zielgruppe wichtig</p> <p>Ravensburg, chron. Kreuzschmerz: verstärkte Prävention an Schulen und Kita: Gesundheits-erziehung an Schulen</p> <p>Reutlingen, Depression: Einführung Schulgesundheits- und Krankenpfleger/in an Schulen</p> <p>Biberach: Diabetes: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Reutlingen, Schlaganfall: Einführung Schulgesundheits- und Krankenpfleger; Verbesserung der Maßnahmen in Schule und KiTa</p>	<p>http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.462962.de bzw. https://soziales.hessen.de/gesund-heit/kinder-und-jugendgesund-heit/schulgesundheitsfachkraefte</p>	<p>(Evaluation Ende 2018)</p> <p>Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept: https://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflegekraft.pdf</p> <p>Skandinavisches Modell: http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/0803-Kocks.pdf</p>
--	-----------------------------	--	--	---	--

<p>PraCMan</p>	<p>Baden-Württemberg</p>	<p>Initiator: Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; in Kooperation mit IfA Frankfurt am Main, IfA Jena, AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband Baden-Württemberg</p> <p>Start als Studie 2010; Übernahme in Hausarztzentrierte Versorgung der AOK 2014</p> <p>Ziele: Verbesserung der Versorgung durch engmaschigere Betreuung; Verringerung von vermeidbaren Krankenhausaufenthalten</p> <p>Identifikation geeigneter Patient/innen mithilfe von Krankenkassendaten; daraufhin Auswahl von möglichen Teilnehmer/innen durch Hausarzt / -ärztin</p> <p>Eine VERAH übernimmt entsprechend ihrer Qualifikation Case Management - Aufgaben und führt unter hausärztlicher Supervision und unterstützt durch entsprechende Software Assessments, Hilfeplanung und Monitoring durch</p> <p>Einmalige Schulung für Hausarzt / -ärztin und VERAH</p> <p>Bereitstellung einer eigens entwickelten PraCMan-Software für die Praxis</p> <p>Mehraufwand wird im Rahmen der HZV vergütet: 80€ pro Quartal für jeden Patienten, der im PraCMan-Programm betreut wird.</p>	<p>Biberach, Darmkrebs: Case Management</p> <p>(Nicht für Darmkrebs, sondern für Diabetes Typ 2, COPD, Herzinsuffizienz)</p>	<p>https://www.pracman.org</p> <p>https://www.hausarzt-bw.de/pracman</p>	<p>siehe https://www.pracman.org/public/publikation.jsp</p>
<p>Präventionskarte als Qualitätsinstrument</p>	<p>Schweiz</p>	<p>Im Rahmen von EviPrev (s.o.) wurde der Einsatz einer Präventionskarte in Hausarztpraxen erprobt. Welche präventiven (Vorsorge-U.) und gesundheitsfördernden Maßnahmen bei einer Person mit best Alter/Geschlecht aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz relevant ist.</p>	<p>Reutlingen, Darmkrebs: Allgemeinmedizin/Gastroenterologie: gezielte Ansprache auch unter Beachtung der Familienanamnese mit Hinweis auf Vorsorgekoloskopie</p>	<p>http://www.public-health-services.ch/index-de.php?frame-set=129&page=112</p>	<p>Im Rahmen des Projektes wird die Präventionskarte in einem 2. Durchlauf derzeit getestet.</p>

<p>Präventionsketten [am Beispiel „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“]</p>	<p>Bundeweit [bzw. Berlin]</p>	<p>Armut, Gesundheit und Bildung prägen die Entwicklung von Mädchen und Jungen. Integrierte kommunale Strategien wie die sog. Präventionsketten sollen ein gesundes Aufwachsen, was die physische, psychische und soziale Gesundheit aller Kinder und Jugendlichen beinhaltet, ermöglichen. Dies wird durch die koordinierte Zusammenführung von Ansätzen aus der Gesundheitsförderung, Jugendhilfe, Frühförderung, frühe Hilfen, Bildung angestrebt. Das übergeordnete Ziel ist, umfassende Teilhabechancen zu eröffnen, eigene Ressourcen zu stärken und Chancengleichheit zu fördern.</p> <p>Beispiel: Modellvorhaben Präventionskette „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“</p> <p>Projektstart: 2010 bis laufend Finanzierung: Das Modellprojekt wird von der Berliner Initiative „Aktionsräume plus“ der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt; der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände und vom Bezirk Marzahn-Hellersdorf finanziell gefördert.</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 2: Verbesserung der Angebote für Betroffene</p> <p>Biberach, Diabetes: Ausbau von Zusammenarbeit</p>	<p>z.B. http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin/gesund-aufwachsen-in-marzahn-hellersdorf</p> <p>http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/854.pdf</p>	
<p>Projekt "Transition"</p>	<p>Greifswald, Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Mit dem Forschungsprojekt Transition wenden sich Wissenschaftler der Universität Greifswald Schwierigkeiten junger Menschen beim Wechsel von der Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie) zur Erwachsenenmedizin zu. Für das zweiphasige Forschungsvorhaben werden Jugendliche und junge Erwachsene im Alter zwischen 15 und 19 gesucht, die vor so einem Wechsel stehen und an chronischen Erkrankungen leiden.</p> <p>Das Projekt am Lehrstuhl Gesundheit und Prävention an der Universität Greifswald wird von Prof. Dr. Silke Schmidt geleitet. Partner sind die Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin Greifswald, die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck und das Klinikum Karlsburg bei Greifswald.</p>	<p>Reutlingen, Anorexie: Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen)</p>	<p>https://www.facebook.com/Projekt-Transition-250144585050840/</p> <p>siehe auch https://idw-online.de/de/news?print=1&id=465983</p>	

Regionales Versorgungskonzept Lippe – Casemanagement	Landkreis Lippe, Nordrhein-Westfalen	<p>Projektstart: 2010 bis laufend Finanzierung: Im Förderzeitraum (2010 – 2013) zu 50% durch das Land NRW, weitere 50% über die Projektpartner. Zwischenzeitlich über die Klinikum Lippe GmbH und Versorgungsverträge Initiatoren: Klinikum Lippe; Ärztenetz Lippe, Zentrum für Innovation (ZIG) in der Gesundheitswirtschaft OWL</p> <p>- Geriatischer Versorgungsverbund - sektorenübergreifendes Case Management - Verbindung von „Medizinsystem“ und „Beratungssystem“ durch die Funktion der Gesundheitshelferinnen - Support für Hausärzte - Sicherung/Evaluation des Entlassmanagements</p> <p>Der Zugang zu diesem Versorgungsangebot erfolgt ausnahmslos über den medizinischen Bereich (Akutklinik, haus- oder fachärztliche Praxis). Insbesondere Hausärztinnen und Hausärzte nutzen das Angebot für ihre Patientinnen und Patienten. In einem ersten Hausbesuch erfassen die Gesundheitshelferinnen die gesamte Versorgungssituation. Der Hausarzt erhält nach dem ersten Hausbesuch immer eine Rückmeldung, ansonsten bei sich abzeichnenden Veränderungen.</p>	Alle Krankheitsbilder: Einrichtung eines (ggf. aufsuchenden) Case Managements [Folie in RV, Depression]	http://www.casemanagement-lippe.de	
School-based health centers	USA	<p>Die Schulgesundheitszentren sind in einigen Schulen Nordamerikas seit Jahrzehnten etabliert. Ein interdisziplinäres Team bestehend aus z.B. Krankenschwestern- /pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter, Alkohol- und Drogenbeauftragte etc. bieten neben einer Primärversorgung auch die Möglichkeiten, wichtige Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung frühzeitig im Setting zu vermitteln. Dabei können von der Grundschule bis zur weiterführenden Schule auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendliche eingegangen werden. Auch die Begleitung von chronisch kranken Kindern kann durch die Mitarbeiter koordiniert werden.</p> <p>Häufig werden diese Einrichtungen finanziell/ organisatorisch von lokalen medizinischen Versorgungseinrichtungen wie z.B. Community health centers, Krankenhäusern oder Gesundheitsämtern geführt.</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Schulen</p> <p>Biberach, Depression: verstärkte Prävention an Schulen und KiTas</p>	https://www.hrsa.gov/ourstories/schoolhealthcenters/	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3770486/
Verankerung Prävention in der Arztpraxis	Schweiz	<p>Das vom BAG geförderte Verbundprojekt ("Girasole") hat zum Ziel, durch Motivation und Beratung in Tessiner Arztpraxen Patienten zu mehr Bewegung und zur Inanspruchnahme v. lokalen Angeboten zu ermutigen. Die Schulung der Hausärzte erfolgt mittels den Partnerprogrammen "Gesundheitscoaching-KHM" und "PAPRICA".</p>	Ravensburg, Darmkrebs:	http://www.gesundheitscoaching-khm.ch/de/aerzte/verbundpartner/girasole http://www.paprica.ch/WP_1/wp-content/uploads/121017-pressemittlung-paprica.pdf	
Anorexie					

<p>Anlauf- und Beratungsstelle für Essstörungen Esslingen</p>	<p>Esslingen, Baden-Württemberg</p>	<p>Träger: Psychologische Beratungsstelle im Kreisdiakonieverband Esslingen Gründung: 2001 Finanzierung durch Stiftung und Sponsoren</p> <p>Angebote: Informationen und Beratung bei Essstörungen für Betroffene, Angehörige, (professionelle) Bezugspersonen Vermittlung in ambulante Hilfsangebote und stationäre Therapie Nachsorge / Unterstützung nach stationärer Therapie Präventionsveranstaltungen für Jugendliche, Eltern, Bezugspersonen Fortbildung und Supervision Öffentlichkeitsarbeit, Fachvorträge</p> <p>Gruppenangebote: Angeleitete Gruppe für Mädchen und Frauen mit Anorexie / Bulimie Elternkreis Essstörungen</p> <p>Wissenschaftliche Begleitung durch Georg-August-Universität Göttingen</p>	<p>Biberach: Schaffung einer Anlaufstelle / eines Informationsbüros</p>	<p>http://www.essstoerungen-es.de http://www.landkreis-esslingen.de/Lde/start/service/essstoerungen.html</p>	
<p>Frankfurter Zentrum für Essstörungen</p>	<p>Frankfurt am Main, Hessen</p>	<p>Gründung: 1987 Finanzierung: gGmbH; teilweise Förderung durch Hessisches Ministerium für Soziales und Integration; Gesundheitsamt Frankfurt a. M.</p> <p>Angebot von individuellen Beratungsgesprächen Wöchentliche, kostenfreie Jugendsprechstunde Telefon, E-Mail- sowie Chat-Beratung (Gruppen-)Coachings für Eltern und Angehörige</p> <p>Präventionsprojekte für Schulen, Kindertagesstätten, Mädchen- und Jugendeinrichtungen; Informationsveranstaltungen für Eltern sowie Präventionsworkshops für Kinder und Jugendliche</p> <p>Fortbildungsseminare und Fachberatung für pädagogische Fachkräfte, Mitarbeiter/innen aus Beratungsstellen, Schulen, Kindertagesstätten, Jugendeinrichtungen, Betrieben, Praxen und Kliniken</p> <p>à Beratungsangebote teilweise kostenpflichtig! Möglichkeit kommunaler Finanzierung?</p>	<p>Ravensburg, Anorexie: Einrichtung einer Beratungsstelle</p>	<p>http://www.essstoerungen-frankfurt.de</p>	

MaiStep – Mainzer Schultraining zur Essstörungsprävention	Mainz	Wissenschaftlich evaluiertes Primärpräventionsprogramm, das als Zielgruppe Schülerinnen und Schüler der 7. und 8. Klasse hat. Als Ausgangspunkt dient zunächst eine Lehrkraft-Fortbildung an der Schule. Danach können die vermittelten, ressourcenorientierten Inhalte an die Klasse weitergegeben werden. Schwerpunkte des Ansatzes sind u.a.: Verbesserung im Umgang mit dem eigenen Körper u. Auseinandersetzung mit dem Schönheitsideal	Reutlingen: multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder/Jugendliche Biberach, Anorexie: Präventionsangebote an Schulen weiter fördern Ravensburg, Anorexie: Schulungen und Infos zu Grundlagen der gesunden Ernährung in Schulen und Kita	https://www.unimedizin-mainz.de/kin-derpsychiatrie/forschung/praevention-von-essstoerungen.html	Hammerle, F., Huss, M., Ernst, V. & Bürger, A. (2016). Thinking dimensional: Prevalence of DSM-5 early adolescent full syndrome, partial and subthreshold eating disorders in a cross-sectional survey in German schools. BMJ Open 2016;6:e010843. Online verfügbar: http://bmjopen.bmj.com/content/6/5/e010843.full.pdf
Netzwerk Essstörungen Metropolregion Rhein-Neckar	Heidelberg / Region Rhein-Neckar	Ziel Netzwerk: Verbesserung der Versorgungslage für essgestörte Menschen in Heidelberg und in der Metropolregion zu verbessern. Internetauftritt soll dazu beitragen, die bestehenden Institutionen besser zu vernetzen und die bestehenden Angebote für alle Menschen transparent und übersichtlich aufzulisten, z.B. aktuelle Informationen zu Veranstaltungen, Informationen über die Mitglieder des Netzwerkes, sowie zahlreiche Informationen zur Prävention, Beratung, Behandlung und Nachsorge.	Anorexie: Gründung eines Netzwerkes Anorexie	http://www.netzwerk-essstoerungen-mrn.de/	
Netzwerk für Essstörungen im Ostalbkreis e.V. (NEO)	Ostalbkreis, Baden-Württemberg	Ziel: bestehende Hilfsangebote für PatientInnen mit Essstörungen besser aufeinander abzustimmen sowie vorhandene Lücken im Versorgungsangebot angesichts begrenzter Ressourcen zu schließen. Dabei geht es auch um Angebote aus den Bereichen Prävention, Beratung, Diagnostik, Motivation, Psychoedukation, ambulante und stationäre Psychotherapie, Krisenintervention sowie Nachsorge. Dabei kommen ambulante Beratungs- und Therapieangebote im Einzel-, Gruppen- oder Familiensetting zum Einsatz. Der Arbeitskreis trifft sich einmal im Quartal.	Reutlingen, Anorexie: Gründung eines Netzwerkes Anorexie Biberach, Anorexie: Verbesserung von Kommunikation und Kooperation [neueste Folie]	http://neo-iv.de/	http://integrierte-versorgung.psychenet.de/iv-projekt/integrierte-versorgung-von-essst%C3%B6rungen-im-ostalbkreis-neo

<p>PriMa Primärprävention Mager-sucht</p>	<p>Jena, Thüringen</p>	<p>Projektlaufzeit: 2004 bis laufend Finanzierung: - Projektträger: Universität Jena (Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie) Kooperationspartner: Kultusministerium Thüringen</p> <p>Das vom Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena entwickelte und evaluierte Schulprogramm richtet sich an Mädchen der 6. Klasse. In neun Einheiten werden „Schönheitsideale“, „Probleme in der Familie“, „Leistungsdruck“ und „Körperwahrnehmung“ bearbeitet. Die schuleigenen Lehrkräfte vermitteln nach einer Fortbildung dabei die Inhalte. Programmmaterialien können kostenlos für Multiplikatoren auf der Homepage heruntergeladen werden.</p> <p>Ziel: Herstellung des körperbezogenen Selbstwertes, Verbesserung der Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und der Einstellungen zum Dick- und Dünnsein, Reduzierung des problematischen Essverhaltens</p>	<p>Ravensburg, Anorexie: Schulungen und Infos zu Grundlagen der gesunden Ernährung in Schulen und Kita</p> <p>Biberach, Anorexie: Präventionsangebote an Schulen weiter fördern</p> <p>Reutlingen: multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder/Jugendliche</p>	<p>http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/For-schung/BMBF_+Essst%C3%B6run-gen/PriMa+ +Co_-p-204.html</p>	<p>Siehe http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/Mitarbeiter/Uwe+Berger/Publikationen+U_+Berger-p-264.html</p>
<p>Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES)</p>	<p>Schweiz</p>	<p>Das Experten-Netzwerk Essstörungen Schweiz (ENES) ist eine Non-Profit Organisation. Sie vertritt ambulant tätige Ärzte, Psychotherapeuten, Ernährungsberater und andere Fachpersonen der ganzen Schweiz, die auf die Behandlung, Erforschung und Prävention von Essstörungen und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen spezialisiert sind, wie auch spezialisierte stationäre und ambulante Institutionen.</p> <p>Die Homepage www.netzwerk-essstoerungen.ch wurde vom ENES ins Leben gerufen und mit Hilfe des Bundesamts für Bildung und Wissenschaft (BBW) Bern im Rahmen des Forschungsprojektes COST B6 (Leitung Dr. Erika Toman) finanziert.</p> <p>Unterhalten und aktualisiert wird die Homepage laufend vom Experten-Netzwerk-Esstörungen Schweiz ENES.</p>	<p>Reutlingen, Anorexie: Gründung Netzwerk Anorexie</p>	<p>http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/</p>	

<p>Wiener Initiative gegen Essstörungen / Initiative S-O-ESS</p>	<p>Wien, Österreich</p>	<p>Initiator: Wiener Programm für Frauengesundheit bzw. Stadt Wien Gründung: 1998 (Init. gg. Essstörungen) bzw. 2007 (S-O-ESS) Finanzierung: Stadt Wien</p> <p>Angebote und Teilinitiativen:</p> <p>Durchführung einer Aufklärungskampagne zu Körperbildern und Essstörungen Einrichtung einer Hotline und einer E-Mail-Beratung für Essstörungen Kostenlose Schulprävention für alle Wiener Schulen Fort- und Weiterbildungen für fachspezifische Berufsgruppen Vernetzung von ExpertInnen durch die „Plattform gegen Essstörungen“ Lobbying und Sensibilisierung bei Opinion-LeaderInnen aus Mode, Werbung, Industrie, Wirtschaft, Medien, Show-Business und Politik gegen ungesunde Frauen-Bilder</p>	<p>Ravensburg, Anorexie: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>http://www.essstoerungshotline.at/ http://www.frauengesundheit-wien.at/frauengesundheit/essstoerungen.html http://www.s-o-ess.at/</p>	<p>"Ein Blick von außen ist auch für ein engagiert arbeitendes Team wie jenes des Wiener Programms für Frauengesundheit unverzichtbar. Daher wurde die Arbeit des Wiener Programms für Frauengesundheit im Zeitraum 1999 bis 2004 und im Zeitraum 2004 bis 2009 jeweils von der Firma Solution Sozialforschung & Entwicklung (www.solution.co.at) evaluiert. Zu diesem Zweck wurden Fragebogenerhebungen, Fokusgruppen und ExpertInneninterviews durchgeführt. Im Rahmen der Evaluation der 2. Programmperiode wurden auch Kundinnen befragt. Eine Kurzversion der äußerst positiven Ergebnisse finden Sie hier. Die detaillierten Evaluationsberichte können Sie unter frauengesundheit@ma15.wien.gv.at anfordern.", siehe http://www.frauengesundheit-wien.at/ueberuns/ersten_jahre/</p>
<p>Therapie-netz Essstörungen [v.a. Integrierte Versorgung]</p>	<p>München / Bayern</p>	<p>Gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplans mit multiprofessionellem Team (Ärzte / Ärztinnen, PsychologInnen, SozialpädagogInnen, ErnährungsberaterInnen) Begleitung durch persönliche Ansprechpartnerin; Dauer der Begleitung: 1 bis 3 Jahre Für PatientInnen kostenfrei</p> <p>Weitere Leistungen: Suche nach geeigneten ambulanten Therapiemöglichkeiten Klinikplatz ohne Antragstellung innerhalb von ca. 3 Wochen Überbrückungsangebote (Einzel- / Gruppengespräche)</p> <p>Kooperationspartner: AOK Bayern, versch. Betriebskrankenkassen, TK, BARMER GEK, KKH Allianz sowie auf Essstörungen spezialisierte psychosomatische Kliniken, Fachärztinnen und –ärzte, TherapeutInnen</p> <p>Wissenschaftliche Begleitung durch Institut für Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA)</p>	<p>Biberach: Bildung eines Versorgungsteams; Verbesserung von Kommunikation und Kooperation</p>	<p>http://www.therapienetz-essstoerung.de/begleitung/vernetzte-versorgung/</p>	

Empfehlungen zur Integrieren Versorgung bei Essstörungen	bundesweit	Die Richtlinien sollen eine Orientierung für Eltern, Erzieher, Lehrer Fachkräfte aus Sozialarbeit und Medizin sein. Sie enthalten u.a. klare Hinweise für die Prävention und Gesundheitsförderung. Die Stärkung der Schutzfaktoren sollen in erfolgreichen Angeboten integriert werden.	Reutlingen, Anorexie: (Spezifische Informationsveranstaltungen für Eltern) → Richtlinien decken nur z.T. die gewünschte HE ab!	http://www.bzga.de/infomaterialien/fachpublikationen/konzepte/band-4/	
Chronischer Kreuzschmerz					
Aktion Gesunder Rücken e.V.	(Bremerförder)	Projektstart: 1995 bis laufend Finanzierung: Eigenfinanzierung Projektträger: - Kooperationen: u.a. Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. Die AGR versteht sich als Schnittstelle für und Mittler von Informationen über Schmerzursachen und deren Vermeidung sowie Therapiemöglichkeiten. Hier wird multidisziplinäres (= aus verschiedenen Fachrichtungen) Wissen zusammengeführt und für Experten, genauso wie für Laien, zugänglich gemacht. Ziel: Zusammenführung von multidisziplinärem Fachwissen über Rückenleiden und Weitergabe an Experten und Betroffene. (Allgemeine Informationen über mögliche Ursachen, Rückenübungen, Verzeichnis über: geprüfte Produkte, zertifizierte Fachgeschäfte, Ärzte und Therapeuten, rückengerechte Hotels)	Biberach, Kreuzschmerz: Einrichtung von Stellen für Ansprechpartner zur telefonischen Beratung	https://www.agr-ev.de	
Bewegungstreffs im Freien	Bundesweit	Wohnortnahes, kostenloses Bewegungsprogramm im Freien Keine sportlichen Anforderungen, zeitlich nicht begrenzt, besonders für ältere Menschen geeignet Durchführung erfolgt durch ehrenamtliche Bewegungsbegleiter Initiative kann von Städten und Kommunen, Organisationen (z.B. Seniorenrat, Vereinen, Wohlfahrtsverbänden, bürgerschaftlich engagierten Initiativen) ergriffen werden Träger sollte Koordinationsstelle bei Stadt/Gemeinde etablieren	Ravensburg, Chr. Kreuzschmerz: Schaffung u. Koordination von Angeboten; „Räume“ schaffen für körperliche Aktivität	https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Kompetenzzentren_Netzwerke/ZfB/Seiten/Arbeitsmaterialien.aspx	

<p>Curricula Rückenschule + Chronischer Schmerz der Deutschen Rentenversicherung Bund</p>		<p>Entwickelt von Expert/innen von Reha-Zentren, der Medizinischen Hochschule Hannover bzw. der Universität Würzburg sowie der Deutschen Rentenversicherung Bund</p> <p>Standardisierte Patientenschulungsprogramme zum Gesundheitstraining in 7 (Rückenschule) bzw. 7 Modulen (Chr. Schmerz). Jedes Modul dauert max. 60 Minuten und enthält mehrere Themen bzw. Lernziele, für die Inhalte und Durchführungshinweise formuliert sowie Folien vorbereitet sind</p> <p>In den Curricula empfohlen bzw. festgelegt sind zudem Zielgruppen, die Professionen, von denen das jeweilige Modul durchgeführt werden soll, sowie notwendige Materialien</p> <p>Die Dokumente können kostenfrei über die Website der Deutschen Rentenversicherung Bund heruntergeladen werden</p>	<p>Biberach: Schulungen für Patienten / Regelmäßige Patientenschulungen zum Schmerzmanagement</p>	<p>http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/270166/publication-File/50342/bewegung_chronischer_schmerz.pdf</p> <p>http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzept_systemfragen/gesundheitsstraining/bewegung_rueckenschule.pdf?blob=publication-File&v=13</p>	
<p>IMC Integrative Managed Care GmbH</p>	<p>Limburg / Lahn, Hessen</p>	<p>Die IMC GmbH (Integrative Managed Care) wurde 2007 von Schmerztherapeuten als ärztlich geführte Managementgesellschaft gegründet.</p> <p>35 Schmerz-Kompetenzzentren in Deutschland (Teams aus qualifizierten Schmerz-, Physio- und Psychotherapeuten)</p> <p>Z. B. erhalten Patienten beim Integrierten Versorgungsvertrag eine 4-wöchige interdisziplinäre Kombi-Therapie (ca. 8,5 Stunden Schmerztherapie, 17,5 Stunden Physiotherapie, 10,75 Stunden Psychotherapie)</p> <p>Ansprechpartner für: Integrierte Versorgungsverträge, u. a. Integrierte Versorgung Rückenschmerz (IVR), Integrierte Versorgung Zweitmeinung bei Rücken-OP (IVZ) Dokumentationssysteme (PainDocPro) Ärztliche Fort- und Weiterbildung</p>	<p>Koordination der Behandlung</p>	<p>http://www.imc-de.de/imc-schmerz-zentren/interdisziplinaere-zusammenarbeit.html</p>	
<p>Interdisziplinäres Multimodales Schmerz-zentrum</p>	<p>Frankfurt am Main</p>	<p>Ziele: Verbesserung der Lebensqualität, Reduktion von Schmerz und schmerzbedingter Behinderung und soziale Reintegration.</p> <p>2006: Entwicklung eines multimodalen Schmerzprogramms für Patienten mit chronischen Schmerzen, in dem jeweils 8 Patienten als geschlossene Gruppe 3 Wochen lang behandelt werden</p> <p>Entspannungsverfahren, Kunsttherapie, Biofeedback, Bezugspflege, Akupunktur, medikamentöse Einstellung, ...</p> <p>Konsile anderer Fachgebiete, Einbindung der Sozialarbeit, der Diätberatung, der einweisenden Ärzte</p> <p>Anästhesiologische Leitung in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik und der Physiotherapieabteilung des Hospitals</p> <p>Teambesprechungen und interdisziplinäre Schmerzkonzferenzen</p>	<p>Biberach, Kreuzschmerz: Einrichtung eines multimodalen Schmerztherapie-teams</p>	<p>https://www.stiftung-hospital-zum-heiligen-geist.de/magazin/ausgabe-1-201617/zehn-jahre-interdisziplinaeres-multimodales-schmerz-zentrum/</p>	

<p>Trainermanual, entwickelt im Rahmen der Studie PASTOR - Integrative Patienten-schulung zur Optimierung der stationären orthopädischen Rehabilitation bei chronischem Rückenschmerz</p>		<p>Entwickelt von Expert/innen der Universitäten Nürnberg-Erlangen und Würzburg; mehrerer (Reha-)Kliniken sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie im Rahmen des Forschungsprojekts PASTOR Projektlaufzeit 2008-2011; Förderung durch Dt. Rentenversicherung Bund</p> <p>Entwicklung eines spezifischen, integrativen Schulungsprogramms zum Aufbau von Selbstmanagementkompetenzen bei Rückenschmerzen (+ Evaluation)</p> <p>Multiprofessionelles, interdisziplinäres Behandlungskonzept: alle beteiligten Professionen (Arzt/Ärztin, Bewegungstherapeut/in, Psychologe/Psychologin) greifen auf inhaltlich abgestimmte Module des Schulungsprogramms zurück</p> <p>5 Module mit insg. 48 Einheiten; Module enthalten spez. Inhalte / Methoden, Medien und Materialien zur Reduktion typischer Chronifizierungsrisiken</p>	<p>Biberach: Schulungen für Patienten / Regelmäßige Patientenschulungen zum Schmerzmanagement</p>	<p>http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/pastor_etm_2012_1.pdf</p> <p>http://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/projekte-koop_17.html</p> <p>http://www.forschung-patientenorientierung.de/index.php/projekte/erste-foerderphase/modul-zwei-phase-1/pastor-pfeifer.html</p>	<p>http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abbericht_pastor_final_12-07-18_onlineversion.pdf</p>
<p>Rezept für Bewegung</p>	<p>Bundesweit (BW: Biberach, Freiburg, Karlsruhe/Bruchsal, Heilbronn)</p>	<p>Bundesweite Initiative des Deutschen Olympischen Sportbundes (DOSB), der Bundesärztekammer (BÄK) und der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP)</p> <p>Ausstellen einer schriftlichen Empfehlung der Ärzte an Patienten für ein Bewegungsprogramm im Präventions- oder Gesundheitssport</p> <p>Bis 2017 zunächst in den vier Modellregionen in Baden-Württemberg (Biberach, Freiburg, Karlsruhe/Bruchsal, Heilbronn) Langfristige Etablierung in ganz Baden-Württemberg geplant</p> <p>Zugang zu Sportvereinen wird verbessert Ärzte und Vereine können Netzwerke aufbauen und Bewegungsangebot abstimmen</p>	<p>Ravensburg, Chr. Kreuzschmerz: Schaffung u. Koordination von Angeboten</p>	<p>http://www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/rezept-fuer-bewegung/</p>	

<p>Versorgungslandschaft Schmerz</p>	<p>?</p>	<p>Kooperation der Pro Versorgung AG (Initiative des Deutschen Hausärzterverbandes) mit dem Berufsverband der Schmerztherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin (BVSD)</p> <p>Sektorenübergreifendes Konzept bzw. Vertrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Patient/innen mit Rückenschmerzen</p> <p>Basierend auf Hausarztzentrierter Versorgung nach § 73b SGB V, erweitert durch interdisziplinäre Einbindung der ärztlichen und psychologischen Schmerztherapeut/innen zu einem Integrationsvertrag nach den §§ 140a ff. SGB V</p> <p>Der Vertrag regelt Aufgaben, Arbeitsteilung und Kooperation der Ärzte/Ärztinnen und enthält einen Algorithmus für Diagnostik, Therapie und Kooperation Gemeinsame Fallkonferenzen (Haus-, Fachärzte/-ärztinnen, Physiotherapeut/innen, Psychotherapeut/innen), in denen über Reha, Therapiemaßnahmen und Erstellung eines Therapieplans entschieden wird Entwicklung strukturierter Behandlungspfade durch HÄ und Schmerzspezialist/innen Hausärztin/Hausarzt übernimmt Koordination und Behandlung der Patient/innen; überprüft individuelle Zielwerte und Hinderungsfaktoren bei Nicht-erreichen der Zielwerte à ggf. Überweisung an Schmerztherapeut/innen</p> <p>(Nicht flächendeckend: Erfasst nur Patient/innen von HÄ, die an HZV teilnehmen; Patient/innen müssen in Vertrag eingeschrieben werden)</p>	<p>Biberach, Kreuzschmerz: Vernetzung allgemein</p>	<p>http://www.proversorgung.de/cms/1781.0.html</p>	
<p>Darmkrebs</p>					
<p>BARUM gegen Darmkrebs</p>	<p>Region Barnim und Uckermark, Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>2011 gestartetes Aktionsbündnis in der Region Barnim und Uckermark (Mecklenburg-Vorpommern); seither jährliche Vorsorgekampagne: Tour mit Informationsstand durch 8 Städte in M-V, an dem sich Interessierte von Expertinnen und anhand verschiedener Materialien informieren lassen können</p> <p>Ziele: gesellschaftliche Aufklärung; Erhöhung der Teilnahme-rate an Vorsorgeuntersuchungen; Verbesserung der Vorsorge bei Risikopatienten</p> <p>Akteure: Darmkrebszentrum Nordostbrandenburg (Ärztliche Koordination); Kooperation mit: Felix Burda Stiftung, Stiftung Lebensblicke e. V., AOK, damus e.V. - Verein für Gesundheit und Leben Nordostbrandenburg</p> <p>„Während die Raten der Vorsorgekoloskopien 2008 in der Uckermark bei etwa 12% und im Barnim bei etwa 10% lagen konnten die Koloskopieraten zur Darmkrebsvorsorge in beiden Landkreisen auf über 16% gesteigert werden.“¹</p> <p>7 Projektmitarbeiter, alle aus dem Gesundheitswesen</p>	<p>Reutlingen, Darmkrebs: verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>http://www.barum-gegen-darmkrebs.de</p>	

<p>Einladungsschreiben und Entscheidungshilfen zum Darmkrebs-Screening des IQWiG</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Geschlechterspezifische Aufklärungsbroschüren inkl. Entscheidungshilfen zur Darmkrebs-Früherkennung, entwickelt vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Köln) i.A. des Gemeinsamen Bundesausschusses</p> <p>Über-50-Jährige sollen das Anschreiben künftig automatisch von ihrer Kasse erhalten, um auf die Früherkennungs-Untersuchung aufmerksam gemacht zu werden</p> <p>Entwicklungsschritte: Auswertung qualitativer Studien zum Informationsbedarf von Frauen und Männern qualitative Tests mit potenziellen Empfänger/innen und medizinischen Expert/innen ab Juni 2016 öffentliches Stellungnahmeverfahren Veröffentlichung Dezember 2016</p>	<p>Biberach: Kontaktaufnahme</p> <p>Reutlingen, Darmkrebs: Verbesserung der Inanspruchnahme v. Früherkennungsleistungen</p> <p>Ravensburg, Darmkrebs: Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung erhöhen/gezielte Identifikation von Risikogruppen (?)</p>	<p>https://www.iqwig.de/de/projekte-ergebnisse/projekte/gesundheitsinformation/p15-01-einladungsschreiben-und-entscheidungshilfe-zum-darmkrebs-screening.6620.html</p>	
<p>EviPrev</p>	<p>Schweiz</p>	<p>Entwicklung von Instrumenten und Entscheidungshilfen für die präventivmedizinische Versorgung</p> <p>Empfehlungen -> (Grafische) Übersichten liefern ÄrztIn und PatientIn einen raschen Überblick darüber, welche präventiven beziehungsweise gesundheitsfördernden Maßnahmen wann und bei wem aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz indiziert sind.</p> <p>Präventionskarte -> In Anlehnung an den Schweizerischen Impfausweis halten die ÄrztInnen auf der Präventionskarte fest, welche Vorsorgeuntersuchungen und (Lebensstil)Beratungen wann durchgeführt wurden – und werden sollen. In Kombination mit den Empfehlungen verfügen die ÄrztInnen und PatientInnen damit über die nötigen Informationsgrundlagen zur Planung einer individualisierten, wirkungsvollen präventivmedizinischen Vorsorge</p> <p>Entscheidungshilfen -> Die Entscheidungshilfen enthalten wichtige Informationen über den Nutzen und mögliche Nachteile der empfohlenen Interventionen. Diese Informationen unterstützen ÄrztIn und PatientIn beim gemeinsamen Entscheid über die durchzuführenden Massnahmen und fördern die aktive Beteiligung und Eigenverantwortung der PatientInnen in diesem Prozess.</p>	<p>Reutlingen: Stärkung der Motivation zur Prävention</p> <p>Biberach: verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>www.eviprev.ch</p>	

<p>Nachsorgepass</p>	<p>Verschiedene</p>	<p>enthält Angaben über Krankheitsverlauf, Untersuchungstermine, einzelne Behandlungen, Laborwerte, Medikamente der Patientin oder des Patienten</p> <p>Ziele: Dokumentation und vereinfachter Überblick über den Behandlungsverlauf bei akuter Krankheit oder Unfall kann der Nachsorgepasse der Ärztin oder dem Arzt helfen, die bestmögliche Behandlung zu finden Patient/innen im Alltag an notwendige Nachsorgekontrollen erinnern</p> <p>Es existiert keine einheitliche Regelung für Gestaltung und Vergabe von Nachsorgepässen für Tumorpatient/innen, stattdessen werden die Pässe von einzelnen Kliniken oder Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur Verfügung gestellt</p>	<p>Biberach, Darmkrebs: Einführung eines übersichtlichen Nachsorgepasses</p>		
<p>Faktenboxen zur Darmkrebsfrüherkennung</p>	<p>Verschiedene</p>	<p>Faktenboxen dienen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz des einzelnen Patienten. Es handelt sich dabei um eine neutrale, evidenzbasierte, tabellarische Zusammenfassung von Nutzen/Schäden einer med. Untersuchung. Die Erläuterung in leicht verständlicher Sprache soll eine weitere Hilfe sein.</p> <p>Ziel: Sie sollen helfen, informierte Gesundheitsentscheidungen für/gegen eine Darmkrebsfrüherkennung zu treffen.</p> <p>Einsatzgebiete: Hausarztpraxen im Rahmen v. Patientengesprächen. Auch andere Gesundheitsprofessionen könnten davon profitieren.</p>	<p>Reutlingen: Hausarzt/Gastroenterologe: Aufklärungen über Darmkrebs, Auslage von Informationsmaterial, Prospekte, gezielte Ansprache auch u. Beachtung der Familienanamnese</p>	<p>https://www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen/massnahmen-der-krebs-frueherkennung/darmkrebs-frueherkennung</p> <p>https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/fakten-check-gesund-heit/projektnachrichten/faktenboxen-zur-darmkrebs-frueherkennung/</p>	<p>Mehrere Studien zeigten, dass sich mit Faktenboxen die Allgemeinbevölkerung erfolgreich über Nutzen/Risiken medizinischer Beh. informieren lassen:</p> <p>Eddy DM. Comparing benefits and harms: the balance sheet. JAMA. 1990;263(18):2493.</p> <p>Schwartz LM, Woloshin S, Welch HG. (2007). The drug facts box: providing consumers with simple tabular data on drug benefit and harm. Med Decis Making 27:655-62.</p> <p>Schwartz LM, Woloshin S, & Welch HG. (2009). Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. Ann Intern Med 150:516-27.</p> <p>McDowell M, Rebitschek FG, Gigerenzer G, Wegwarth O. (2016). A Simple Tool for Communicating the Benefits and Harms of Health Interventions: A Guide for Creating a Fact Box. MDM P&P 1:1-10.</p>

Felix-Burda Stiftung: BGM Darmkrebsvorsorge	verschiedene	Empfehlungen und Materialien für die Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung über die Bedeutung der Vorsorgeuntersuchungen. Anknüpfungspunkte sind zu bestehenden BGM-Angeboten möglich.	Reutlingen: Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen	https://www.felix-burda-stiftung.de/betriebliche-praevention	
Demenz					
Alzheimer & YOU / Beispielprojekt "KiDzeln"	Bundesweit	<p>Plattform der Dt. Alzheimer Gesellschaft e.V. zur Aufklärung für Kinder und Jugendliche, die zugleich Unterrichtsmaterialien für Pädagogen anbietet.</p> <p>Projektbeispiel: KiDzeln ("Kindern Demenz erklären") ist eine Schulungsreihe für Kinder im Kindergartenalter in Form von 10 Spielmodulen. Mit diesen Modulen können kleine Kinder auf spielerische Art und Weise an das Thema Demenz herangeführt werden. Ergänzt wird sie durch eine Multiplikatoren Schulung, die Personen aus dem pflegerischen, pädagogischen oder Selbsthilfebereich darauf vorbereiten soll, die Spielmodulreihe durchzuführen.</p> <p>KiDzeln wurde von der Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V. entwickelt.</p>	Biberach, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit	http://www.alzheimerandyou.de/fuer-paedagogen	
Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz / "Weiter Denken" - Projekt Demenz Arnsberg	Arnsberg, Nordrhein-Westfalen	<p>Projektstart: 2008 bis laufend Finanzierung: 2008 bis 2011 Robert Bosch Stiftung, danach Kommune Organisationsform: Gesundheitsnetz</p> <p>Kommune als Beratungs- und Koordinationsstelle für niedrigschwellige Projekte; Bürger und Akteure als Ideengeber und Ausführende steigern die gesellschaftliche Offenheit für das Thema Demenz. Demenzlogbuch und das Handbuch „Lern-Werkstadt Demenz“ sind innovative Angebote, die von anderen Kommunen genutzt werden können.</p> <p>Ziele: gesellschaftliche Inklusion Demenzkranker Schaffung von Entlastungsstrukturen für Betroffene Enttabuisierung Thema Demenz Weiterentwicklung zu Stadtentwicklungs-Thema unter intensiver und offener Partizipation von Bürgern und lokalen Akteuren (z.B. Kindergärten, Schulen, Künstler, Betriebe)</p>	Entstigmatisierung in der Gesellschaft vorantreiben Intergenerationalen Austausch fördern ["Schulen / Kitas mit Demenzpatienten zusammenbringen"] Entlastungsangebote für Angehörige Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit, Vernetzung	http://www.projekt-demenz-arnsberg.de/	

<p>Begegnungen – Ein intergeneratives Modellprojekt</p>	<p>Bundesweit (?)</p>	<p>Projektstart: 2011 bis 2014 Förderung: im Rahmen der Förderrichtlinie „Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter“ (SILQUAFH) 2011 im Rahmen des Programms „Forschung an Fachhochschulen“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)</p> <p>In dem dreijährigen Forschungsprojekt BEGEGNUNGEN treffen Vorschulkinder und Hochbetagte zusammen. Die teilnehmenden Kinder besuchen eine Kindertageseinrichtung. Die alten Menschen, die an der Studie teilnehmen, leben in einer Altenhilfe-Einrichtung oder Wohngruppe. Im Projekt werden professionell begleitete und unterstützte BEGEGNUNGEN zwischen den Kindern und den alten Menschen erprobt.</p> <p>Ziele: Ängste und Unsicherheiten auf beiden Seiten abbauen</p>	<p>Ravensburg, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit / Enttabuisierung des Themas „Erkrankung Demenz“ / Besuche von Kindergärten und Schulen mit Demenzpatienten</p>	<p>https://intergenerative-begegnungen.eh-freiburg.de/inc/template/eh-freiburg/de/Pdf/Forschen/intergenerative-begegnungen/Begegnungen_Handreichung-fuer-die-Praxis_EH-Freiburg.pdf</p>	
<p>De Hogeweyk– Das Alzheimer-Dorf bei Amsterdam</p>	<p>Niederlande</p>	<p>Projektstart: 2007 bis laufend Finanzierung: gesetzl. Krankenversicherung, priv. Zuzahlung Initiatoren: -</p> <p>Das Demenzdorf besteht aus kleineren Einzelhäusern, die um einen geschlossenen Innenhof herum angeordnet sind. Der Innenhof ist parkähnlich gestaltet, bietet Sitzgelegenheiten und ein großes Schachfeld, aber auch straßenähnliche Wege. Außerdem gibt es einen Marktplatz, einen Friseur, ein Café und einen kleinen Supermarkt.</p> <p>Insgesamt leben in De Hogeweyk 152 Demenzkranke in 24 Wohneinheiten mit je 6-8 Bewohnern. Sie werden von 240 hauptamtlichen und 150 ehrenamtlichen Mitarbeitern betreut. Jede Wohneinheit bietet eigene Lebensstile (städtischer, handwerklicher, Indonesischer, häuslicher, gehobener, kultureller u. christlicher) An den Lebensstil angepasst ist. die Einrichtung der Wohnung das Verhalten der Pflegekräfte und sonstigen Mitarbeiter</p>	<p>Biberach: Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken</p>	<p>http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/</p>	

Dementia Care Management	Mecklenburg-Vorpommern	<p>modellhaftes Versorgungskonzept, entwickelt im Rahmen der DelpHi-MV-Studie (Untersuchung der Situation von über 634 Menschen mit Demenz in Mecklenburg-Vorpommern seit 2012) Initiatoren: Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen Rostock/Greifswald; Institut für Community Medicine, Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald</p> <p>Speziell als „Dementia Care Managerinnen“ geschulte Pflegefachkräfte besuchen dementiell erkrankte Patient/innen zu Hause → systematische Erfassung der Situation und Bedürfnisse → Erstellung eines Plans zur Verbesserung der Versorgung → Umsetzung in Abstimmung mit Hausarzt / -ärztin Beratung und Unterstützung der Teilnehmer/innen und ihren Angehörigen über ein halbes, fallweise ein ganzes Jahr Aktiver Einbezug der Angehörigen in Behandlungsplanung</p> <p>Positive Studienergebnisse (u.a. Entlastung aller Beteiligten; bessere Medikation der Patient/innen; Reduzierung von Depressionen)</p>	Ravensburg, Demenz: Rolle des Hausarztes; möglicher Koordinator zusammen mit Demenzberaterin	https://www.dzne.de/ueberuns/presse/meldungen/2016/pressemitteilung-nr-19.html	https://www.online-zfa.de/article/dementia-care-management/der-besondere-artikel-special-article/y/m/1793 http://www.bpb.de/apuz/211752/dementia-care-management?p=all
Bundesweit	Bundesweit	<p>Die Initiative Demenz Partner knüpft an Aktivitäten der weltweiten Aktion Dementia Friends an. Diese Initiative wurde von der englischen Alzheimer-Gesellschaft gestartet, um das Bild und die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz gesamtgesellschaftlich zu verändern. Demenz Partner sind Interessierte, die entweder einen Kurs zum Thema Demenz besuchen oder selbst einen Kurs anbieten. Unternehmen, Betriebe, Vereine, die ihren Angestellten einen Kurs zum Thema Demenz anbieten möchten, können ebenfalls Demenz Partner werden. Im Mittelpunkt aller Demenz Partner steht das Interesse, sich mit der Erkrankung zu beschäftigen und sich für eine bessere Unterstützung und Teilhabe von Betroffenen und Angehörigen einzusetzen.</p>	Biberach, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit, Vernetzung	https://www.demenz-partner.de/startseite.html	
Demenzpaten am Beispiel Kompetenznetz Augsburg	Augsburg	<p>Das Kompetenznetz hat als Ziel, die Öffentlichkeit an die Thematik heranzuführen und Vorurteile abzubauen.</p> <p>Schulungen und Projekttag werden für Bürger, Unternehmen, Schulen, Kitas, Arztpraxen durch ehrenamtliche, geschulte Demenzpaten durchgeführt.</p> <p>Die Projektleitung liegt bei der AWO Augsburg.</p>	Reutlingen, Demenz: Öffentlichkeitsarbeit verstärken	http://www.mit-alzheimer-leben.de/Hilfenetz_Augsburg	

<p>Demenz- plan Saar- land – „Gemein- sam für ein de- menz- freundli- ches Saar- land“</p>	<p>Saarland</p>	<p>Publikation: 2015 Projektträger: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie</p> <p>Mit der Erstellung eines landesweiten Demenzplans nimmt das Saarland neben Bayern und Schleswig-Holstein bundesweit eine Vorreiterrolle ein und kann damit auch als Beispiel für andere Regionen dienen.</p> <p>Ziele: Schaffung von überschaubaren Strukturen des Saarlandes Bündelung vorhandener Angebote Entwicklung von konkreten Handlungsschritten zur nachhaltigen Versorgung</p>		<p>http://www.saarland.de/136770.htm</p>	
<p>Demenz- Service- zentrum Landkreis Emsland</p>	<p>Landkreis Emsland, Niedersach- sen</p>	<p>Projektstart: 2011 Träger: Fachbereich Gesundheit des Landkreises Emsland Eine Vollzeitstelle</p> <p>Zentrale, unmittelbar an den Landkreis angeschlossene Anlaufstelle zum Thema Demenz, sowohl für Privatpersonen als auch für Institutionen. Zum Angebot zählen Beratungs- und Koordinierungsleistungen wie Vortragsreihen, Schulungen und Tagungen sowie der 2013 veröffentlichte Demenz-Wegweiser, zudem liegt ein Fokus der Arbeit auf der Vernetzung der regionalen Akteure.</p> <p>Ziele: Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen durch Bündelung der Informationen Enttabuisierung und Entstigmatisierung des Themas verbesserte Koordination und Ausbau des bestehenden Angebots</p>	<p>Ravensburg, De- menz: Koordinati- onsstelle einrichten</p>	<p>http://www.service-emsland.de/familie/demenz-servicezentrum_landkreis_emsland/demenz-servicezentrum_landkreis_emsland_1.html</p>	

Dem-i-K plus	Saarland	<p>Projektstart: 2012 bis Ende 2014 Träger: St. Nikolaus-Hospital Wallerfangen, Demenzverein Saarlouis; Projektleitung: Arbeitsgemeinschaft katholischer Krankenhäuser Saarland Förderung der wissenschaftlichen Begleitung durch Landkreis Saarlouis + Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Saarland</p> <p>Patienten, bei denen im Krankenhaus erstmals eine Demenz diagnostiziert wurde, erhalten zusätzliche modellhafte Beratungsleistungen: interdisziplinäre Angehörigenvisite während Klinikaufenthalt strukturierte Entlassungsplanung weiterführende multiprofessionelle Beratung in eigener Häuslichkeit Zudem umfasst das Projekt Qualifizierungsmaßnahmen für niedergelassene Ärzte Sowie den Aufbau von Vernetzungsstrukturen.</p> <p>Ziele: Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung von demenzkranken Patienten nach ihrem Krankenhausaufenthalt Vermeidung von Schnittstellenproblemen</p>	Ravensburg, Demenz: Verbesserung der Vernetzung	http://www.demik-plus.de/	Sabine Kirchen-Peters unter Mitarbeit von Max Ischebeck (2016): Sektorenübergreifende Hilfen nach Erstdiagnose Demenz im Krankenhaus. Ergebnisse des Projektes Demi-i-K plus. (Hrsg. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie). Saarbrücken.
E-Learning Kurs Demenz	Bundesweit	<p>Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend</p> <p>Der E-Learning-Kurs richtet sich an Personen, die einen an Demenz erkrankten Menschen betreuen und am Anfang der Pflege stehen. Angehörige und Interessierte erhalten einen Überblick über die wichtigsten Informationen.</p>	Biberach, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit	http://elearning.wegweiser-demenz.de	
FIDEM Konzept	Niedersachsen	<p>Frühe Informationen und Hilfe bei Demenz</p> <p>Das Modellprojekt stellt eine neue gemeinsame Aufgabe von Arztpraxen und nichtärztlichen Unterstützungsangeboten wie Beratung, Selbsthilfe, NBA und Ergotherapie dar. Aus diesem Netzwerk sollen Demenzpatienten und ihre Angehörigen für sie passende Angebote auswählen können. Diese unterstützen von Beginn an bei der Bewältigung des Alltags mit der Erkrankung und helfen Lebensqualität zu erhalten. Projektträgerin und Gesamtkoordinatorin des Modellprojektes ist die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.. Kooperationspartner sind ambet e. V., Braunschweig, für den Bereich der Fortbildungen und die Hochschule Osnabrück für die wissenschaftliche Begleitung.</p>		http://fidem-projekt.de/	

<p>Forum Demenz</p>	<p>Duisburg, Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Projektstart: 2003 bis laufend Förderung: AOK Rheinland / Hamburg gefördert Träger: AWOCura gGmbH und des Evangelischen Christophoruswerk e.V.</p> <p>Das FORUM Demenz ist eine Fachberatung an zwei Standorten in Duisburg für Menschen mit Demenz, ihren Angehörigen, Freunden und Nachbarn. Sie bieten Informationen, individuelle Beratung und Begleitung durch das Gesundheitswesen und Vermittlung von Entlastungsangeboten.</p> <p>Ziele: Bereitstellung von Information zum Beratungsangebot Erhalt von Betreuungs-Möglichkeiten und Lösungen durch kostenlose und individuelle Pflegekurse Unterstützung durch Case-Manager auf dem Weg durch das Gesundheitswesen</p>	<p>Biberach, Demenz: Angebote für Patienten und Angehörige</p>	<p>http://www.forum-demenz.net</p>	
<p>GeroMobil</p>	<p>Region Uecker-Randow, Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Projektstart: 2012; laufend Träger: Volkssolidarität Uecker-Randow e.V., Mecklenburg-Vorpommern Finanzierung: Förderphase 2012-14: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (80%), Eigenmittel (20%). Danach reduzierte Finanzierung durch Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales M-V sowie Eigenmittel</p> <p>Das „GeroMobil“ fährt eine am Anteil älterer Menschen ausgerichtete, monatlich festgelegte Tour durch 37 Ortschaften in der Region Uecker-Randow. An den Haltepunkten, die über verschiedene Kanäle bekanntgemacht werden, bieten eine hauptamtliche Krankenpflegerin mit Zusatzausbildung in Gerontopsychiatrie und vier ehrenamtliche MitarbeiterInnen Betroffenen, Angehörigen und Interessierten anonyme, kostenlose Beratung zu Demenz sowie Frühdiagnostik-Tests an, außerdem werden Hausbesuche angeboten. Betroffene können sich zu Ärzten, Kliniken oder anderen Dienstleistern weitervermitteln lassen.</p>	<p>Ravensburg, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit; Memory-Mobil</p>	<p>https://www.volkssolidaritaet.de/uecker-randow-ev/begegnungskultur/geromobil/</p>	

<p>Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid</p>	<p>Plettenberg, Herscheid / Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Projektstart: 2013 bis laufend Finanzierung: Träger, bis 2017 Förderung im Rahmen der BMFSFJ-Förderung „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ Projektträger: Stadt Plettenberg und Gemeinde Herscheid (10.000€)</p> <p>Initiiert im Rahmen des Demographie- und Gesundheitsprojekts StrateGIN der TU Dortmund, haben sich ca. 40 regionale Akteure aus dem Gesundheits-, dem Sozialwesen, sowie von der Stadt Plettenberg und der Gemeinde Herscheid zum Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg-Herscheid zusammengeschlossen. Ergebnisse dieser Kooperation sind Handlungsempfehlungen, ein Wegweiser zum Älterwerden sowie ein Demenz-Netzwerk.</p> <p>Ziele: Vernetzung relevanter Akteure Optimierung von Abläufen Sicherstellung der Versorgung Bündelung von Informationen über vorhandene Angebote</p>	<p>Biberach, Demenz: Verbesserung der Zusammenarbeit u. Komm. in d. Behandlung</p>	<p>http://www.plettenberg.de/rathaus-buergerservice/gesundheits-und-pflegenetzwerk.html</p>	
<p>HALMA e.V. - Hilfen für alte Menschen im Alltag</p>	<p>Würzburg</p>	<p>Projektstart: 1992 bis laufend Finanzierung: Regelfinanzierung Träger: HALMA e.V. ist ein Zusammenschluss der Stadt Würzburg, der fünf Würzburger Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt, Bayerisches Rotes Kreuz, Caritasverband, Diakonisches Werk und Paritätischer Wohlfahrtsverband sowie der Alzheimer Gesellschaft Würzburg/ Unterfranken, der Stiftung Julius-spital, des Kommunalunternehmens des Landkreises Würzburg und der Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist Würzburg</p> <p>HALMA e.V. bietet seit 1992 psychosoziale Beratung für pflegende Angehörige von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Das Ziel ist es, die pflegenden Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen, um den Erkrankten solange als möglich die eigene Häuslichkeit zu erhalten. Erreicht wird dies durch die Vernetzung bereits bestehender Dienste und Einrichtungen aus den Bereichen der Altenhilfe und Psychiatrie und deren fachliche Qualifizierung.</p>		<p>https://www.halmawuerzburg.de</p>	

<p>Kita "Am Beerenpfuhl"</p>	<p>Berlin</p>	<p>Projektstart: 2014 bis laufend Träger: privatwirtschaftlich</p> <p>Die Kita "Am Beerenpfuhl" befindet sich in der Region Hellersdorf-Nord. Das Besondere an dieser Einrichtung ist, dass sich die Kita im "Haus am Beerenpfuhl" der Pflegewohnzentrum Kaulsdorf-Nord gGmbH befindet.</p> <p>Begegnungen mit den Bewohnern im "Haus am Beerenpfuhl" gestalten, z.B.: gemeinsame Feste feiern Ausflüge planen und unternehmen zusammen basteln, backen, spielen, Geschichten erzählen, musizieren gemeinsame Traditionen schaffen</p> <p>Ziele: Begegnungen zwischen den Generationen zu schaffen</p>	<p>Biberach, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>http://www.jao-berlin.de/SID/24211238ad42e5e446696402d345e9f5/index.php?id=170</p>	
<p>Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Förderung: Träger, bis 2017 Förderung im Rahmen der BMFSFJ-Förderung „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“</p> <p>Ziel der Lokalen Allianzen für Menschen mit Demenz ist es, Demenzerkrankten und ihren Angehörigen direkt in ihrem Wohnumfeld die bestmögliche Unterstützung zu bieten und es Betroffenen zu ermöglichen, so lange wie möglich in ihrem sozialen Umfeld zu bleiben. Dies soll vor allem durch Netzwerkbildung und Unterstützung vor Ort gelingen.</p>	<p>Ravensburg, Demenz: Ausbau des (niederschweligen) Angebots</p>	<p>https://www.lokale-allianzen.de</p>	
<p>MemoClinic Stralsund</p>	<p>Stralsund, Mecklenburg-Vorpommern</p>	<p>Das Konzept der Memo Clinic verfolgt das Ziel einer Komplexbehandlung von an Demenz erkrankten Menschen und deren Angehörigen. Von der Diagnostik bis zur Sterbebegleitung bringt dieses Konzept alle relevanten Akteure unter einem Dach zusammen.</p> <p>In Bereich der medizinischen Versorgung befinden sich in der Memo Clinic eine Gedächtnisambulanz sowie eine geriatrische Praxis. In der Gedächtnisambulanz erfolgen die Fallaufnahme, die (Differenzial)Diagnostik, die medizinische Behandlung und die Koordination der Zusammenarbeit mit den nicht-medizinischen Kooperationspartnern vor Ort wie Pflege, Betreuung, Reha-Team.</p> <p>Außerdem integriert sind eine Tagespflege und Betreutes Wohnen für an Demenz erkrankte Menschen.</p> <p>Durch die Kooperation verschiedener, für die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen relevanter Akteure unter einem Dach, sowie durch die Zusammenarbeit mit externen Partnern bietet die Memo Clinic® am Standort Stralsund eine umfassende, klientenorientierte, kontinuierliche und umfassende Versorgung dieser Patientengruppe und ihrer Angehörigen.</p>	<p>Biberach, Demenz: Verbesserung der Versorgung</p>	<p>http://www.memoclinic.de/</p>	

moment!-Projekt Bewegung für Menschen mit Demenz	Hessen	<p>moment! = motorisches und mentales Training</p> <p>Modellprojekt, das zum Ziel die Entwicklung neuer Bewegungsangebote für Menschen mit Demenz hat um die Alltagskompetenz und Bewegungssicherheit zu so lange wie möglich zu erhalten. Das Projekt beinhaltet eine spezielle Schulung für Multiplikatoren aus ambulanten und stationären und kommunalen Settings. moment!-Gruppen sind durch Pflegekassen abrechnungsfähig.</p>	Ravensburg, Demenz: quartiersnahe Angebote, kommunaler Bezug, Bewegung für den Kopf - spezielle Angebote von Vereinen für Demenzkranke	http://www.moment-hessen.de/index.php?id=15	
Netzwerk für geriatrische Rehabilitation Wiesbaden (GeReNet.Wi) Forum Demenz	Wiesbaden, Hessen	<p>Projektstart: 2000 bis laufend Finanzierung: seit 2007 Regeleinrichtung im Sozialdezernat der Stadt Wiesbaden Träger: Stadt/Landkreis</p> <p>Aufbau eines Netzwerks, um die Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellen der Altenhilfe, Ärzten, Therapeuten, Kliniken, Pflege- und Rehaeinrichtungen zu verbessern und die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung zu optimieren. Entwicklung von Instrumenten (z.B. Adresskarte, Infofax) zur verbesserten Kommunikation zwischen Beratungsstellen, Pflege- sowie Sozialdiensten und niedergelassenen Ärzten. Seit 2007 liegt ein Schwerpunkt im Netz auf der Erkrankung Demenz. In fünf Arbeitsgruppen werden verschiedene Themen bearbeitet: Öffentlichkeitsarbeit, Bildung und Qualifizierung, entlastende Angebote für pflegende Angehörige, Pflege, Kooperation mit Kliniken.</p>	Biberach, Demenz: Verbesserung der Zusammenarbeit u. Komm. in d. Behandlung	http://www.wiesbaden.de/leben-in-wiesbaden/gesellschaft/aeltere-menschen/content/geriatrische-rehabilitation.php	
Scottish Dementia Working Group	Schottland	<p>Gruppe von Aktivisten und Pionieren, die selbst an Demenz im Frühstadium erkrankt sind und sich für die Belange und Bedürfnisse von Demenzerkrankten einsetzen. Die Gruppe gehört zur schottischen Alzheimergesellschaft und versteht sich als Stimme aller Demenzerkrankten, die sich für eine Optimierung von Angeboten aller Art einsetzt und zugleich Problematiken anpackt und mitgestalten will.</p> <p>Ein Beispiel ist: Die Entwicklung von demenzbezogenen Informationsmaterialien, Bildungsangeboten, Aufklärung und Trainings. Die Abnahme von Vorurteilen und Stigmas ist ein Ziel der Arbeit. Lokale Untergruppen (bei den Treffen sind u.a. persönliche Begleiter und Case Manager vor Ort)</p> <p>Neben der schottischen Alzheimergesellschaft wird die AG von der schottischen Bundesregierung finanziell gefördert.</p>	Biberach, Demenz: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit: Entstigmatisierung	www.sdwg.org.uk	
Depression					

<p>Aktionsnetz Depression am Arbeitsplatz</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Gründung 2009 Initiator: Stiftung Deutsche Depressionshilfe Ziele: Wissen über Depression in betriebliche Praxis tragen depressiv erkrankten Arbeitnehmer/innen früh konsequente Behandlung ermöglichen Abbau von Missverständnissen und Stigmata über die Krankheit Depression</p> <p>Plattform, die den Austausch zwischen Vertreter/innen aus Unternehmen und Wissenschaft zum Thema Depression am Arbeitsplatz fördert. Zur nachhaltigen Verankerung von Gesundheitskampagnen zum Thema Depression im Unternehmen sollen Good Practice-Beispiele weitergegeben und gemeinsam neue Interventionsmöglichkeiten entwickelt werden</p> <p>Begleitung von Unternehmen bei der Durchführung von Maßnahmen zum Umgang mit Depression; Bereitstellung verschiedener Materialien und Interventionsbausteine (Vorträge, Schulungen)</p> <p>Wissenschaftliche Begleitung durch Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig</p>	<p>Ravensburg, Depression: Aufklärung: Informationsveranstaltungen zu Konflikten am Arbeitsplatz/ Gesundheitsproblemen durch Arbeitsbelastung</p>	<p>http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/aktionsnetz-depression-am-arbeitsplatz.php?hs=id4&display=block</p>	<p>Evaluation durch AG Psychosoziale Forschung an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig</p>
<p>BHC Consultants in Teams der Integrierten Versorgung</p>	<p>Nordamerika</p>	<p>Behavioural Health Consultants sind Berater mit psychologischem/verhaltensmedizinischem Berufshintergrund z.B. Gesundheitspsychologen, die Teammitglieder der primären Grundversorgung sind. Im integrierten Versorgungsmodell Nuka (Alaska/USA) wird das Konzept bereits gelebt. In Fife (Schottland) wurde es im Rahmen eines NHS-Pilotprojektes weiter ausprobiert. Sie übernehmen Aufgaben, die zunächst das multidisziplinäre Team selbst unterstützt, als auch Schulungen zur besseren Unterstützung von Patienten mit psychischen Problemen oder auch methodische Unterstützung zur Lebensstil-änderung. Weitere Aufgaben sind die direkte Unterstützung der Patienten mit lang anhaltender Erkrankung, Identifikation von Patienten, die von einem psychologischen Angebot profitieren könnten und Durchführung verschiedener Präventionsangebote zur psychischen Gesundheit.</p> <p>Die Rolle der BHC kann die Inanspruchnahme psychologischer Angebote erhöhen und frühzeitige Interventionen bieten.</p>	<p>Ravensburg, Depression: Fortbildung für Hausärzte</p>	<p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4966805/ https://scfnuka.com/consulting/behavioral-health/#toggle-id-3</p>	

<p>Du weißt wo's lang geht!</p>	<p>Lübeck + Flensburg, Schleswig-Holstein</p>	<p>Stärken- und ressourcenorientiertes Angebot nach skandinavischem Vorbild (Bsp. „Du bestämmer“, Schweden), Durchführung im Gesprächsrahmen durch schulexterne Experten Schwerpunkte sind: psychische Gesundheit Stressbewältigung Sonstiges: körperliches Wohlbefinden Ziel: Entwicklung von gesunden Lebensweisen, positiven Einstellungen zum eigenen Körper und gesteigertem psychischen Wohlbefinden Dadurch soll dauerhaft der Entstehung von riskanten und krank machenden Gewohnheiten vorgebeugt oder schon vorhandene, die Gesundheit belastende Verhaltensweisen überdacht und abgelegt werden Start: September 2006 Zielgruppe: Schüler der 8. und 9. Klasse. Träger: Stadt Flensburg/Gesundheitsdienste Wissenschaftlich evaluiert: Hinweise auf dessen Wirksamkeit konnten gezeigt werden, vor allem in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellten sich deutliche Verbesserungen ein.</p>	<p>Biberach, Depression:</p>	<p>http://www.gesundheitliche-chancen-gleichheit.de/good-practice/du-weisst-wo-es-lang-geht/</p>	<p>Evaluation: Kreutler, A. (2013). Schulische Gesundheitsförderung – Evaluation des Programms „Du weißt, wo's lang geht!“. Universität Flensburg, MA Prävention und Gesundheitsförderung</p>
<p>Gemeindepsychiatrischer Verbund im Stadtkreis Baden-Baden</p>	<p>Baden-Baden, Baden-Württemberg</p>	<p>Gründung 2006 Vertrags- / Verbundpartner: Stadt Baden-Baden, Caritas, Median Klinik Gunzenbachhof, Werkstätten der Lebenshilfe, Interessengemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker, niedergelassene Fachärzt/innen Ziele: Sicherstellung und Optimierung der Versorgung Koordination der Hilfsangebote Entstigmatisierung psychisch Kranker Konzept fußt auf drei Säulen: Strukturelle Vernetzung der Akteure im psychiatrischen Bereich mittels themenbezogener Arbeitsgruppen Gesamtplanverfahren zur Sicherstellung der Versorgung, bei dem Maßnahmen und Ziele von einem Sozialarbeiter und einem Fallmanager der Stadt gemeinsam mit dem Betroffenen aufgestellt werden Niedrigschwelliger Zugang durch das anonyme Beratungstelefon „Psychisch krank! Und jetzt?“ (Vermittlung passender Angebote an Betroffene)</p>	<p>Ravensburg, Depression: Ausbau und Verbesserung der Ressourcen</p>	<p>https://scfnuka.com/consulting/behavioral-health/#toggle-id-3</p>	

<p>HALMA e.V. - Hilfen für alte Menschen im Alltag</p>	<p>Würzburg</p>	<p>Projektstart: 1992 bis laufend Finanzierung: Regelfinanzierung Träger: HALMA e.V. ist ein Zusammenschluss der Stadt Würzburg, der fünf Würzburger Wohlfahrtsverbände Arbeiterwohlfahrt, Bayerisches Rotes Kreuz, Caritasverband, Diakonisches Werk und Paritätischer Wohlfahrtsverband sowie der Alzheimer Gesellschaft Würzburg/ Unterfranken, der Stiftung Julius-spital, des Kommunalunternehmens des Landkreises Würzburg und der Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist Würzburg</p> <p>HALMA e.V. bietet seit 1992 psychosoziale Beratung für pflegende Angehörige von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen. Das Ziel ist es, die pflegenden Angehörigen zu begleiten und zu unterstützen, um den Erkrankten solange als möglich die eigene Häuslichkeit zu erhalten. Erreicht wird dies durch die Vernetzung bereits bestehender Dienste und Einrichtungen aus den Bereichen der Altenhilfe und Psychiatrie und deren fachliche Qualifizierung.</p>		<p>https://www.halmawuerzburg.de</p>	
<p>Home Treatment der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinik Zürich</p>	<p>Zürich, Schweiz</p>	<p>Finanzierung: Vertrags-Krankenkassen Projektträger: Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinik Zürich</p> <p>aufsuchendes Angebot für akut psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten, im eigenen häuslichen Umfeld, durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam und für einen begrenzten Zeitraum i.d.R. täglich mind. ein Hausbesuch durch Pflegefachperson; ärztliche Visiten nach Bedarf mind. zweimal wöchentlich; Hausbesuche durch andere Mitarbeitende entsprechend den Behandlungszielen. Home Treatment Team: erfahrende Mitarbeitende aus Medizin, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit und Ergotherapie</p> <p>Ziele: Reduktion von Symptomen und Verbesserung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung Verkürzung oder Verhinderung von stationären Aufenthalt Schaffung von wirksamen und kostengünstigen Alternativen für die Behandlung von Fällen, in denen eine herkömmliche ambulante Behandlung nicht ausreicht</p>	<p>Ravensburg, Depression: Stärkung aufsuchender Hilfen</p>	<p>https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/erwachsenenpsychiatrie/angebote/stationaere-angebote/home-treatment/</p>	

<p>Nürnberger Bündnis gegen Depression e.V.</p>	<p>Nürnberg, Bayern</p>	<p>Projektlaufzeit 2001-2003; danach Ausweitung als „Deutsches Bündnis gegen Depression e.V.“ Projektmanagement: Ludwig-Maximilians Universität München Ziele: Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen; Suizidprävention</p> <p>Aufklärungskampagne auf verschiedenen Materialien und Kanälen (Flyer, Ratgeberbroschüren, Aufklärungsvideo für Betroffene und Angehörige, Großplakate, Kinospot); entwickelt von Expert/innen aus den Bereichen Psychiatrie, ärztliche Versorgung, Medien, Psychologie</p> <p>Öffentliche Veranstaltungen zur Thematik (Vorträge, Podiumsdiskussionen, Aktionstage etc.) Fortbildung von ca. 1000 Ärzt/innen, Lehrer/innen, Berater/innen, Pfarrern und Altenpflegekräfte zum Thema Depression</p> <p>Teil des ehem. Kompetenznetzes Depression, Suizidalität (BMBF-Förderung 1999-2009; danach als „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“)</p> <p>Evaluation (in Koop. mit Klinikum Nürnberg Nord) bestätigte Rückgang der Suizidalität</p>	<p>Ravensburg, Depression: Vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über die Erkrankung</p>	<p>http://www.buendnis-depression.de/</p>	<p>u.a. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/2064/1/Althaus_David.pdf</p> <p>http://www.bagso.de/publikationen/bagsonachrichten/archiv/2002-02/02-02-15.html</p> <p>https://www.aerzteblatt.de/archiv/39338/Optimierte-Versorgung-depressiver-Patienten-und-Suizidpraevention-Ergebnisse-des-Nuernberger-Buendnisses-gegen-Depression</p> <p>http://www.krisendienst-mittelfranken.de/dgs/weckwerth</p>
<p>PROMPT</p>	<p>Jena, Frankfurt am Main</p>			<p>http://www.allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de/forschung1/dep_infos.html</p>	<p>Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. Ann Intern Med 151(6):369-78</p>

<p>Psychenet - Hamburger Netz psychische Gesundheit</p>	<p>Hamburg</p>	<p>Netzwerk aus über 100 wissenschaftlichen und medizinischen Einrichtungen, Beratungsstellen, dem Senat der Stadt Hamburg, der Handelskammer Hamburg, Unternehmen sowie Betroffenen- und Angehörigenverbänden</p> <p>Hervorgegangen aus BMBF-Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation“ (2008) Initiator: Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH</p> <p>Ziele: Entwicklung neuer Versorgungsmodelle; Verbesserung der Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen</p> <p>Umsetzung in 11 Teilprojekten in den Bereichen: Aufklärung und Bildung (vierjährige Medienkampagne; Internetportal) Krankheitsübergreifende Prävention (Gesundheitsberatungen und Vorsorgeuntersuchungen in Hamburger Unternehmen) Diagnostik, Indikation, Therapie (Unterstützung von Hausarztpraxen durch qual. Pflegefachkräfte; Einrichtung krankheitsspezifischer Gesundheitsnetze) Stärkung von Betroffenen und Angehörigen (Förderung Familienhilfe) Neue Versorgungsstrukturen</p>	<p>Ravensburg, Depression: Vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über die Erkrankung; Verbesserung der Kommunikation zwischen den Handelnden</p>	<p>http://www.psychenet.de</p>	<p>Siehe http://www.psychenet.de/ueber-psychenet/teilprojekte/begleitforschung.html</p>
<p>Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb</p>	<p>Ulm</p>	<p>Forschende der Universität Ulm haben ein neues Versorgungsmodell an der Schnittstelle zwischen betriebsärztlicher Betreuung und bestehenden ambulanten Angeboten geprüft.</p> <p>Gemeinsam mit Kliniken vor Ort haben Firmen eine „Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb“ in Form eines Konsiliarmodells eingerichtet. Die Sprechstunde im Betrieb hat vor allem Personen erreicht, die am Anfang einer seelischen Belastung stehen, aber bislang nur wenig in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sind. Im Übrigen wurde die Betriebssprechstunde von verhältnismäßig mehr Männern genutzt als es bei ambulanten Angeboten der Fall ist.</p>		<p>https://www.uni-ulm.de/med/fakultaet/med-detailseiten/news-de-tail/article/psychosomatische-sprechstunde-im-betrieb-neues-versorgungsmodell-erreicht-betroffene-fruehzeitig/</p>	

<p>Schulprojekt „Verrückt? Na und!“</p>	<p>Bundesweit (Träger: Leipzig, Sachsen)</p>	<p>Aufklärungsprojekt, bei dem ein Fachexperte aus dem psychosozialen Bereich zusammen mit einer (von einer „seelischen Krise“) betroffenen Person eine Schule bzw. Ausbildungsstätte – auf deren Anfrage – besucht</p> <p>Gemeinsam mit Lehrern und Schülern bzw. Auszubildenden wird ein Schultag (ca. 5-6 Stunden) zur frühen Aufklärung über bzw. zur Förderung seelischer Gesundheit und zur Prävention seelischer Erkrankungen durchgeführt; z.B. in Form von Gruppenarbeiten, Rollenspielen, Diskussionen und anhand von Material</p> <p>Start: Februar 2001; Zielgruppe: Schüler/innen ab Klasse 8, Auszubildende und ihre Lehrkräfte</p> <p>Träger: irrsinnig menschlich e.V. (Leipziger Verein zur frühen Aufklärung im Bereich seelischer Gesundheit); Finanzierung des Projekts durch Spenden (im Einzelfall Eigenanteil der Schulen)</p> <p>Wissenschaftlich evaluiert; Träger zahlreicher Auszeichnungen (z.B. Großer Präventionspreis der Stiftung für gesundheitliche Prävention Baden-Württemberg)</p>	<p>Biberach, Depression: Verstärkung der Zusammenarbeit von Kita, Schule und ÖGD, Aufklärung</p> <p>Reutlingen, Depression: multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder/Jugendliche</p>	<p>http://www.verrueckt-na-und.de/</p>	<p>http://www.irrsinnig-menschlich.de/fileadmin/templates/Bilder/Seitenbilder/Wer_wir_sind/Evaluation_Schulprojekt.pdf</p> <p>https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1322010</p>
Diabetes					
<p>CAIPaDi - Centro de Atención Integral del Paciente con Diabetes / Center for Comprehensive Care of the Patient with Diabetes</p>	<p>Mexiko Stadt, Mexiko</p>	<p>Strukturiertes Behandlungsprogramm für Typ 2-Diabetes-Patienten mit Fokussierung auf Förderung der Selbsthilfe</p> <p>4 Termine in monatlichem Abstand, bei denen Patienten im Zentrum Interventionen mit den verschiedenen Spezialisten beginnen à danach Rücküberweisung an behandelnden Arzt à Fortsetzung des Monitorings à 2 weitere Termine im Abstand von je einem Jahr</p> <p>Behandlung und Beratung durch multidisziplinäres Team (spezialisierte Endokrinologen, Diabetesassistenten, Ernährungsberater, Psychologen und Psychiater, Zahnmediziner, Fitnessberater, Augenärzte, Fußpfleger)</p> <p>Aktiver Einbezug von Familienmitgliedern</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 2: Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team</p>	<p>http://www.innsz.mx/opencms/contenido/departamentos/CAIPaDi/versionenglish.html</p>	

<p>Diabetes-Lotsen</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Projektstart: 2007 bis laufend Finanzierung: AOK Thüringen, Barmer Projektträger: Deutsche Diabetiker Akademie</p> <p>Qualifizierung ehrenamtlich engagierter Menschen mit Diabetes zu dem Ehrenamtsbild "Diabetes-Lotse", als eine neue Form der ehrenamtlichen sozialen Betreuung von Menschen mit Diabetes. Bundesweit hat der Deutsche Diabetiker Bund mehr als 150 Diabeteslotsen im Einsatz. Durch ihr Wissen und ihre Erfahrung, können sie gerade neu erkrankten Diabetikern helfen</p> <p>Ziele: Lückenschließung zwischen medizinischer Behandlung und Beratung durch Diabetes-Lotsen Erleichterung des Alltagslebens der Betroffenen Weitergabe von Erfahrungen mit der Erkrankung und selbst erlebte Problemlösungen</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 2: Einführung eines Case Managements</p>	<p>http://www.diabetikerbund.de/wir-bieten-ihnen/hilfe-im-alltag</p>	<p>Evaluation(en) vorhanden laut http://www.dds-projekt-datenbank.de/projekt-datenbank/project/qualifizierung-ehrenamtlich-engagierter-menschen-mit-diabetes-zu-dem-ehrenamtsbild-diabetes-lotse-als-eine-neue-form-de.html# ; Bisher nicht gefunden</p>
<p>Herzessache Lebenszeit</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Aufklärungskampagne der Boehringer Ingelheim in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (sowie zahlreicher weiterer Stiftungen)</p> <p>Infobus tourte 2016 innerhalb von 6 Monaten bundesweit durch mehr als 120 Städte; Interessierte können sich an den Stationen von Fachärzten regionaler Kliniken oder mit Vertretern von Selbsthilfegruppen über Schlaganfall und Diabetes informieren lassen.</p> <p>Ziel: Wissen in der Bevölkerung über Ursachen, Risikofaktoren und mögliche Vorsorgemaßnahmen zu Schlaganfall und Diabetes verbessern; Zahl der Neuerkrankungen reduzieren</p> <p>Angebot der Messung von Blutdruck, Blutzucker und Cholesterinwerten à Rückmeldung über persönlichen Gesundheitszustand</p>	<p>Schlaganfall, Ravensburg + Biberach: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>https://www.boehringer-ingelheim.de/pressemitteilung/herzenssache-lebenszeit-gestartet-experten-machen-gegen-schlaganfall-und-diabetes</p>	

<p>STOPP-Projekt - Primärpräventionsprojekt zur Prävention mütterlicher/ kindlicher Risikofaktoren, Hamburg</p>	<p>Hamburg</p>	<p>Projektstart: 2014 bis laufend Finanzierung: Spenden Projekträger: Stiftung „Kind und Jugend“ des Berufsverbandes Kinder- und Jugendärzte und der Hamburger Gesellschaft für Diabetes „HGD“</p> <p>Die Projektkoordinatorin knüpft ein Netzwerk aus der Familie und ihren verschiedenen Behandlern und hält aktiv Kontakt mit allen. Gemeinsames Handeln aller in Frage kommender Behandler während Schwangerschaft, Entbindung und früher kindlicher Phase. Die Projektbegleitung der jungen Familie erstreckt sich vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des 2.LJ des Kindes zusätzlich zur Regelbetreuung durch Frauen- u. Kinderärzte</p> <p>Ziele: Prävention von Übergewicht, Bluthochdruck, Diabetes mellitus Typ 2 bei Mutter und Kind Verstärkte Vernetzung der Behandler untereinander mit klaren und gleichlautenden Informationen</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (?)</p> <p>Biberach, Diabetes: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>http://www.hhgd.de/wb/pages/stopp-projekt.php</p>	
<p>Health Maintenance Organisationen (HMO)</p>	<p>Israel</p>	<p>In Israel zeigen innovative Health Maintenance Organisationen (HMO), wie eine moderne Diabetikerversorgung aussehen kann.</p> <p>Im israelischen Gesundheitswesen gibt es 4 HMOs, die die 8 Millionen Einwohner des Landes medizinisch versorgen. Sie verfügen teils über eigene Krankenhäuser und kooperieren eng mit Apotheken und niedergelassenen Ärzten. Diese Struktur gestattet eine sehr transparente, langfristig angelegte Versorgung. Im Bereich der Therapie werden gemeinsame Fortbildungen für Ärzte und ihre Angestellten sowie Patientenschulungen ergänzt durch klar definierte Intervalle für Kontrollen von HbA1c, Füßen, Mikroalbuminurie, Augenhintergrund und Lipiden.</p> <p>Die Diabetesversorgung wird durch eine digitale Vernetzung der unterschiedlichen Leistungserbringer mit einer übergreifenden elektronischen Patientenakte optimiert. → diese Struktur ermöglicht transparente und langfristige Versorgung</p> <p>Bspw. elektronische Patientenakte auf dem Smartphone einsehbar</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Koordinierende Funktion des Arztes</p>		<p>https://www.aerzteblatt.de/tref-fer?mode=s&wo=17&typ=16&aid=185100&s=diabetes&s=versorgung</p>

<p>Integrierte Diabetesversorgung im Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ)</p>	<p>Düsseldorf, Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Projektstart: laufend Finanzierung: öffentliche Gelder Projekträger: Westdeutsches Diabetes- und Gesundheitszentrum</p> <p>Integrierte Versorgung stationärer Patienten mit der Zusatzdiagnose Diabetes mellitus durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum (WDGZ) Alle Patientendaten werden auf einer elektronischen Patientenakte hinterlegt zur regelmäßigen Kontrolle und Therapieanpassung durch den behandelnden Diabetologen genutzt.</p> <p>(1) die standardisierte Erfassung aller Diabetes-relevanten Patientendaten und diabetischer Folgeerkrankungen durch diabetologisches Fachpersonal; (2) die Erstellung von Blutzucker-tagesprofilen, HbA1c-Messung, Bestimmung der Mikroalbuminurie und das Vorhalten dieser Werte in einer elektronischen Patientenakte; (3) die tägliche Kontrolle der Blutzuckerdaten und die entsprechende, individuelle Therapieanpassung durch einen Diabetologen.</p> <p>Ziel: Verbesserung der Primärbehandlung durch integrierte, standardisierte und individuell angepasste diabetologische Versorgung</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Koordinierende Funktion des Arztes</p>	<p>http://www.vkkd-kliniken.de/zentren-institute/gesundheits_und_therapie_centrum/westdeutsches_diabetes_und_gesundheitszentrum_wdgz/leistungsspektrum/was_bedeutet_stationaere_interdisziplinare_diabetesbetreuung/</p>	
<p>Kinderleichtregionen - Besser essen. Mehr bewegen.</p>	<p>Bundeweit</p>	<p>Projektstart: 2006 - 2011 Förderung: Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) Projekträger: lokale Vereine, Kliniken, private Zentren für die Gesundheitsförderung, Krankenkassen und gemeinden</p> <p>Die KINDERLEICHT-REGIONEN gehen aus einem bundesweiten Wettbewerb hervor. Hinter ihnen stehen regionale Projekte, die dazu beitragen, Übergewicht bei Kindern vorzubeugen und junge Menschen für eine ausgewogene Ernährung und viel Bewegung zu begeistern. Während der gesamten Wettbewerbsphase lag die fachliche und administrative Verantwortung bei der Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, im Referat Ernährung und Prävention.</p> <p>Insgesamt entstanden 24 Initiativen mit 700 einzelnen Aktionen und Maßnahmen, in denen, Eltern, Lehrer/-innen und Erzieher/-innen modellhaft zu einer besseren Ernährung und mehr Bewegung angeregt worden sind.</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 2: Verbesserung der Schulung und Aufklärung</p>	<p>https://www.in-form.de/profiportal/service/kinder-und-jugendliche/besser-essen-mehr-bewegen-kinderleicht-regionen.html</p>	<p>https://www.in-form.de/profiportal/service/kinder-und-jugendliche/besser-essen-mehr-bewegen-kinderleicht-regionen/download.html</p>

<p>KoGi-Projekt - Kommunale Gesundheits-Initiativen interkulturell</p>	<p>Frankfurt</p>	<p>Projektstart: 2012 Finanzierung: Spenden, Aufwandsentschädigungen Initiator: Gesundheitsamt und die Servicestelle BürgerInnen-Beteiligung Frankfurt</p> <p>Ziel: Interkulturellen Gesundheitsaufklärung für Migranten durch Gesundheitslotsen</p> <p>Schulung sog. Gesundheitslotsinnen, die auf Wunsch in der jeweiligen Muttersprache interkulturelle Gesundheitsveranstaltungen durchführen durch das Gesundheitsamt Einsatzgebiete sind z.B. Stadtteilrichtungen, Kindergärten und Schulen, Kulturzentren, Kliniken, Kirchengemeinden, Moscheen</p> <p>Die Gesundheitslotsinnen sind in medizinischen, pflegerischen, sozialen oder gesundheitswissenschaftlichen Berufen bereits tätig und können nach ihrem jeweiligen Themenschwerpunkt (z.B. Ernährung im Kindesalter) von Einrichtungen angefragt werden.</p> <p>Es wird eine Aufwandsentschädigung von 25 Euro pro Zeitstunde gegeben.</p>	<p>Biberach: Präventionsangebote für Migranten und Flüchtlinge</p>	<p>http://www.selbsthilfe-frankfurt.net/index.php?inhalt=interkulturell.netzwerk&style=normal</p>	
<p>Lale-Gesundheits-trainer</p>	<p>NRW</p>	<p>Projektstart: 2011</p> <p>Kurse sind krankenkassenzertifiziert</p> <p>Schulung von Ernährungs- und Bewegungsfachkräften mit interkulturelle Kompetenz. Die Lala-Gesundheitstrainerinnen geben schließlich Eltern/Verwandte mit Migrationshintergrund in interaktiven Kursen Wissen über gesunde Ernährung und Bewegung weiter. Durchführung erfolgt in zielgruppenspezifischen Settings z.B. Kulturzentren, Moscheen...</p> <p>Projektziel: Sensibilisierung und Befähigung der Eltern und Verwandte, das Erlernte im Familienalltag anzuwenden</p>	<p>Biberach: Präventionsangebote auch für Migranten und Flüchtlinge</p>	<p>http://www.lale-nrw.de/</p>	

<p>Mobiles Diabetesmanagement (im Rahmen des Versorgungsprogramms „ProMed Diabetes“ für Privatversicherte der Debeka mit der App „Accu-Chek View“)</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Im Rahmen eines Versorgungsprogramms namens „ProMed Diabetes“ sollen Privatversicherte der Debeka mit der App „Accu-Chek View“ die Krankheit Diabetes mellitus Typ 2 durch ein „mobiles Diabetesmanagement“ besser in den Griff bekommen und mehr Lebensqualität erreichen.</p> <p>Abstimmung individueller Pläne auf die Situation der Betroffenen App nutzt eine Bluetooth-Funktion des Blutzuckermessgeräts → Werte werden direkt auf das Smartphone übertragen auch Gewicht, Blutdruck und die täglich zurückgelegten Schritte können in der App erfasst werden</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Ausbau der Telemedizinischen Maßnahmen</p>	<p>https://www.debeka.de/service/progesundheit/unsere_service/proversorgung/promed_diabetes/index.html</p>	
<p>Stiftung Dianino: Dianino Diabetes-Nannies</p>	<p>Bundesweit (Standort Tuttlingen, Baden-Württemberg)</p>	<p>Projektstart: 2004 bis laufend Finanzierung: Stiftung Dianino, Stiftungen, Spenden Kooperationspartner: Kliniken und niedergelassene Ärzte</p> <p>In Kooperation mit dem behandelnden Arzt/Team unterstützt die Dianino-Nannies Kinder und Familien bei Problemen oder Notfällen der Versorgung. Weitere Aufgabengebiete sind:</p> <p>Schulung von Lehrer, Betreuer, Verwandte der erkrankten Kinder Information der Mitschüler und das soziale Umfeld Unterstützung bei der Diabetesbehandlung im/außer Haus</p> <p>Konkrete Hilfe bei akuten Notlagen im Alltag betroffener Familien durch kompetent ausgebildete Krankenschwester, Diätassistentin o.ä. (Diabetes-Nannies)</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 1: Verbesserung der Zusammenarbeit/Einführung eines Case-Mgmt</p>	<p>http://www.stiftung-dianino.de/sohilft-dianino/dianino-diabetes-nanny/</p>	

<p>St. Joseph's Primary Care Diabetes Support Program</p>	<p>London, Ontario, Kanada</p>	<p>Individualisierte Betreuung, Behandlungsplanung und Unterstützung zur Selbsthilfe durch multiprofessionelles Team: 3 Hausärzte, 1 Nurse Practitioner, 1 Sozialarbeiterin, 6 Diabetesberater (davon 3 Pflegekräfte, 3 Diätassistenten)</p> <p>Zielgruppe: Diabetes-Patienten mit zusätzlichen Herausforderungen (z.B. Armut, Sprachbarrieren, soziale Isolation, ...) bzw. solche, die keinen Hausarzt haben</p> <p>Versorgung von mehr als 3.000 Diabetes-Patienten in der Region</p> <p>Welches Teammitglied einen Patienten versorgt, wird individuell an dessen Situation angepasst</p> <p>Nutzung von E-Mail-Kontakt mit den Patienten sowie speziell auf ambulante Diabetesversorgung zugeschnittener elektronischer Patientenakte</p>	<p>Reutlingen, Diabetes Typ 2: Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team</p>	<p>https://www.sjhc.london.on.ca/diabetes-and-endocrinology-and-diabetes-education-centre/primary-care-diabetes-support-program</p>	
<p>Schlaganfall</p>					
<p>Geschulte Schlaganfallhelferinnen und Schlaganfallhelfer – ein partnerschaftliches Modell für die wohnortnahe Versorgung (GeSa)</p>	<p>Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Modellprojekt (2014 – Juni 2015) der Hochschule für Gesundheit Bochum und der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe; Förderung durch Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen</p> <p>Schulung von 21 ehrenamtlichen Schlaganfallhelfer*innen, die „[...] als quartiersnahe Experten*innen in der ambulanten Langzeitnachsorge sowohl Schlaganfallpatient*innen als auch deren Angehörige gezielt unterstützen.“</p> <p>Elf Schulungstage (konzipiert von den Projektträgern) zur Vermittlung von Grundlagen des Sozialrechts, medizinischen Aspekten und Gesprächsführung</p> <p>anschließend sechsmonatige Betreuung von Schlaganfall-Betroffenen und deren Angehörigen durch die Schlaganfallhelfer*innen</p> <p>Praktische Hilfe bei Patienten und zur Entlastung der Angehörigen; Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote</p>	<p>Biberach: Ambulante Hilfs- und Behandlungsangebote</p>	<p>http://www.schlaganfallhelfer.com</p>	<p>Publikation ist im Entstehen; Kontaktdaten: Prof. Dr. Kerstin Bilda Professorin an der Hochschule für Gesundheit E-Mail: kerstin.bilda@hs-gesundheit.de Telefon: +49 234 77727-610</p> <p>Abschlussvortrag unter http://www.schlaganfallhelfer.com/de/news/item/download/10_f8d35290568042ab6a16ad2444e783e7</p> <p>Poster unter http://www.schlaganfallhelfer.com/de/news/item/download/11_75b19b28dd0ff48a3c41ef98c9dc463</p>

<p>Herzenssache Lebenszeit</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Aufklärungskampagne der Boehringer Ingelheim in Kooperation mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (sowie zahlreicher weiterer Stiftungen)</p> <p>Infobus tourte 2016 innerhalb von 6 Monaten bundesweit durch mehr als 120 Städte; Interessierte können sich an den Stationen von Fachärzten regionaler Kliniken oder mit Vertretern von Selbsthilfegruppen über Schlaganfall und Diabetes informieren lassen.</p> <p>Ziel: Wissen in der Bevölkerung über Ursachen, Risikofaktoren und mögliche Vorsorgemaßnahmen zu Schlaganfall und Diabetes verbessern; Zahl der Neuerkrankungen reduzieren</p> <p>Angebot der Messung von Blutdruck, Blutzucker und Cholesterinwerten à Rückmeldung über persönlichen Gesundheitszustand</p>	<p>Schlaganfall, Ravensburg + Biberach: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>https://www.boehringer-ingelheim.de/pressemitteilung/herzenssache-lebenszeit-gestartet-experten-machen-gegen-schlaganfall-und-diabetes</p>	
<p>Ihre Minute gegen den Schlaganfall</p>	<p>Aachen, Nordrhein-Westfalen</p>	<p>Wissenschaftliche Studie Kooperation der Medizinischen Klinik I, der Klinik für Neurologie sowie des Lehrgebiets Allgemeinmedizin der Uniklinik der RWTH Aachen (Weitere Partner: Stadt Aachen, Apothekerverband Aachen e.V.; Sponsoren: Bistol-Myers Squibb – Pfizer)</p> <p>Ziel: Ist ein breit angelegtes Screening per EKG-Stab bei Menschen ab 65 Jahren geeignet, um die Schlaganfallrate durch unerkanntes Vorhofflimmern zu reduzieren?</p> <p>Während der Durchführungsphasen (Januar + Februar 2017) können Personen über 65 Jahren in Apotheken in Aachen sowie in der Städteregion einen kostenlosen Check auf Vorhofflimmern erhalten, in Form einer Pulsmessung mit einem EKG-Stab, der Rückmeldung über Hinweise auf Vorhofflimmern gibt; währenddessen werden Daten über Gesundheitszustand, Vorerkrankungen sowie aktueller Medikation erhoben</p> <p>Bei Hinweisen auf Vorhofflimmern wird Termin beim Hausarzt empfohlen</p>	<p>Ravensburg: Screenings ("Jährliches Screening zu kardiovaskulären Risikofaktoren durch die Allgemeinmedizin oder Apotheken.")</p>	<p>https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/aachen-gegen-den-schlaganfall/ihre-minute-gegen-den-schlaganfall.html</p>	<p>Studie noch nicht abgeschlossen</p>
<p>Initiative Schlaganfallvorsorge - Bei Vorhofflimmern handeln</p>	<p>Bundesweit</p>			<p>http://www.schlaganfall-verhindern.de/</p>	

<p>Schlaganfall-Kon-sortium-Rhein-Neckar (FAST)</p>	<p>Region Rhein-Neckar, Baden-Württemberg</p>	<p>Federführung: Neurologische Klinik am UniversitätsKlinikum Heidelberg</p> <p>Vernetzung von über 30 Partnereinrichtungen sowie Rettungsdiensten; Ziele: Für jeden Patienten geeignete Schlaganfalltherapie schnell und flächendeckend verfügbar machen</p> <p>Spezielle Schulung der Rettungsdienste zur Schlaganfall-Einschätzung; diese richten sich bei Notfällen nicht mehr nur nach Entfernung zum nächsten Krankenhaus à stattdessen zentrale Koordination der Rettungsdienste zur je nach Schweregrad passend ausgestatteten Klinik</p> <p>Digitale Vernetzung sämtlicher Partnerkliniken à behandelnde Ärzte können sich mit Experten der großen Zentren beraten und z.B. bei Verlegung des Patienten – Untersuchungsergebnisse schnell weiterleiten Systematische Erfassung von Patienten- / Behandlungsdaten im „FAST-Register“</p> <p>Erarbeitung strukturierter Weiter- und Fortbildungen sowie Leitlinien für alle Leistungserbringer</p> <p>Start: Dezember 2012; Förderung in Höhe von 900.000€ für 2017/18 durch Dietmar Hopp Stiftung</p>	<p>Biberach: Vernetzung allgemein</p>	<p>https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/pressemitteilung.136514.0.html?&tx_ifabprins_pressmanagement%5Baction%5D=show&tx_ifabprins_pressmanagement%5Bcontroller%5D=PressManagement&tx_ifabprins_pressmanagement%5Bid%5D=5449</p>	
<p>Schlaganfall-Lotsen</p>	<p>Bundesweit</p>	<p>Modellprojekt einer sektorübergreifenden Versorgung von Schlaganfall-Betroffenen mit festen Ansprechpartnern, begleitende, beratende und koordinierende Funktion des Lotsen -> weniger wiederholte Schlaganfälle</p> <p>Projektentwicklung: Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe in Zusammenarbeit mit regionalen Partnern. In Ravensburg am Bodensee kümmert sich die Stroke Nurse Pia Bader um ihre Patienten.</p> <p>Finanzierung: Anschubfinanzierungen erfolgen regional unterschiedlich. Häufig führt der Weg über öffentliche Fördergelder im Rahmen von Forschungsprojekten. Daneben investieren einige Leistungserbringer aus eigenem Etat in die Entwicklung innovativer Versorgungsmodelle</p> <p>Die Halbtagsstelle der „Stroke Nurse“ wird seit April 2012 vom Förderverein gegen den Schlaganfall e.V. (gegründet 1999 „zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Region Oberschwaben“) aus Spenden finanziert.</p>	<p>Handlungsempfehlung: Schaffung einer Koordinationsstelle</p>	<p>http://www.schlaganfall-hilfe.de/lot-sen</p>	

<p>Stroke Angel</p>	<p>Region Rhön-Grabfeld</p>	<p>"Notarztinformationsprojekt</p> <p>Zielklinik wird im Voraus über den zu erwartenden Patienten informiert und kann sich genau auf diesen vorbereiten</p> <p>Eingabe der Patientendaten + direktes Einlesen der Versicherungskarte erfolgt im RTW über ein Computer-Pad</p> <p>Nach Absenden gelangen die Informationen akustisch und visuell auf den Computern der Zielklinik</p> <p>Bei Eintreffen des Patienten kann ohne Zeitverlust mit einer sofortigen Diagnostik und Therapie in der Stroke Unit begonnen werden</p> <p>Hohe Akzeptanz des Rettungsdienstes Verkürzung der Zeit "Tür bis CT" um 23 min (2005 - 2007) Erhöhung der Lyserate von 6,1 % (2005) auf 10,4 % (2008) Zunahme der Fallzahlen von ca. 650 (2005) auf ca. 790 (2008)"</p>	<p>"Allgemeinmediziner und Rettungsdienste Sensibilisierung der Allgemeinmediziner und Rettungsdienste auf das Krankheitsbild." "</p>	<p>http://www.strokeangel.de/</p>	<p>"Start: 2005 Übernahme in die Regelversorgung 2008 "</p>
<p>Stroke Einsatz-Mobil</p>	<p>Berlin</p>	<p>Förderung: Technologiestiftung Berlin und dem Land Brandenburg in Kofinanzierung durch Mittel der Europäischen Union</p> <p>STEMO ist ein Forschungsprojekt zur Optimierung der prähospitalen Schlaganfallbehandlung.</p> <p>Das Fahrzeug verfügt über einen Computertomografen, moderne Labordiagnostik und eine telemedizinische Vernetzung. So kann mit der Schlaganfallbehandlung direkt am Ort des Schlaganfallereignisses begonnen werden.</p> <p>Das Fahrzeug wird seit Februar 2011 in Berlin erprobt und die Prozesse werden wissenschaftlich evaluiert. STEMO erreicht von seinem zentralen Standort ca. ein Drittel der Berliner Bevölkerung.</p> <p>Ziele: Frühere neurologische Abklärung und Differenzierung frühere Einleitung der spezifischen Behandlung und Beschleunigung der Abläufe Verbesserung der Zuweisung in spezialisierte Behandlungseinheiten</p>	<p>Biberach: Einsatz von Schlaganfallmobilen</p>	<p>https://www.berliner-feuerwehr.de/technik/fahrzeuge/rettungsdienstfahrzeuge/stroke-einsatz-mobil/ https://www.berliner-feuerwehr.de/forschung/stroke-einsatz-mobil/</p>	<p>http://www.schlaganfallforschung.de/start/</p>

<p>Stroke Nurse</p>	<p>Ravensburg, Baden-Württemberg</p>	<p>Als „Stroke Nurse“ eingesetzte, erfahrene Krankenschwester nimmt bereits auf der Stroke Unit (Krankenhaus St. Elisabeth, Ravensburg) mit Patienten und ihren Angehörigen Kontakt auf und plant mit Ärzten die weitere Betreuung</p> <p>Dabei geht es um Aufklärungsgespräche, Hausbesuche mit Motivation zur Kontrolle der Risikofaktoren, der Medikation und der weiteren Behandlung</p> <p>Ergebnisse: Krankheitsbewältigung für Patienten und Angehörige wesentlich verbessert: Zahl von Schlaganfallrezidiven (5,5%) innerhalb eines Jahres nach dem Erstereignis reduziert Steigerung der Anbindung zur Weiterbehandlung durch niedergelassene Neurologen von primär 20% nach dem ersten Jahr auf 60% im Januar 2015</p> <p>Start: April 2012; Finanzierung der Halbtagsstelle aus Spenden durch den Förderverein gegen den Schlaganfall e.V.</p>	<p>Ravensburg: Therapiebegleitung (Stroke Nurse)</p>	<p>https://www.strokenurse.de/</p>	<p>Es existieren Studienergebnisse; bisher noch nicht gefunden (ggf. Projekt kontaktieren?)</p>
<p>TEMPIS</p>	<p>Region Süd-Ost-Bayern</p>	<p>"Telemedizinisches Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in der Region Süd-Ost-Bayern</p> <p>Gefördert von: BKK Landesverband Bayern, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), AOK-Bundesverband GbR, Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. Seit der Überführung in den Regelbetrieb erfolgt die Finanzierung des Netzwerkes alleine durch die gesetzlichen Krankenkassen Bayerns.</p> <p>Projekt: Weitergabe der Schlaganfallexpertise überregionaler Stroke Units an regionale Versorgungskliniken, Nutzung eines Netzwerkes mit telemedizinischer Anbindung Kurse, Hospitationen und Visiten finden regelmäßig in Kooperationskliniken statt. Kompetente Unterstützung erhalten die Ärzte vor Ort im wöchentlichen Wechsel durch Spezialisten der Schlaganfallzentren am Klinikum Harlaching und am Universitätsklinikum Regensburg. Das TEMPiS-Konzept beinhaltet nicht nur die telemedizinische Beratung zu jeder Tages- und Nachtzeit, es wurden darüber hinaus in allen angeschlossenen Kliniken spezialisierte Schlaganfallstationen aufgebaut und eine kontinuierliche Fortbildung und Qualitätssicherung für alle Teilnehmer eingerichtet."</p>	<p>"Allgemeinmediziner und Rettungsdienste Sensibilisierung der Allgemeinmediziner und Rettungsdienste auf das Krankheitsbild." "</p>	<p>http://www.tempis.de</p>	

<p>Act F.A.S.T. – Stroke</p>	<p>Vereinigtes Königreich</p>	<p>Kampagne zur gesellschaftlichen Aufklärung über Schlaganfall-Symptome und die richtige Notfallkette</p> <p>Verbreitung über TV, Radio, soziale Medien, Buswerbung; sowie von Informationsmaterial zum Schlaganfall</p> <p>Kooperation von Public Health England (Netzwerk aus 5000 Wissenschaftlern, Forschern und Public Health Experten. Ziele: Zusammenarbeit mit und Unterstützung von Behörden im Public Health Sektor und dem Gesundheitswesen) und der Stroke Association</p> <p>Aktiv in unregelmäßigen Abständen seit 2009</p>	<p>Biberach: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Ravensburg: verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Reutlingen: multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen</p>	<p>http://www.nhs.uk/actfast/pages/stroke.aspx</p>	
<p>StrokeSafe Speakers</p>	<p>Australien</p>	<p>Die Stroke Foundation Australia bildet ehrenamtliche Mitarbeiter aus, die in kommunale und soziale Einrichtungen, Betriebe oder auf Konferenzen und Events eingeladen werden können</p> <p>30-40-minütiger Vortrag bzw. Austausch und Aufklärung über Krankheitsbild, Symptome und Präventionsmöglichkeiten</p> <p>Viele der über 160 Ehrenamtlichen hatten selbst einen Schlaganfall oder haben nahestehende Personen, die einen Schlaganfall erlitten haben</p> <p>Finanzierung des Programms durch Spenden; größtenteils kostenlos (Kostenbeteiligung für Unternehmen sowie bei hohen Reisekosten)</p>	<p>Biberach: Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p> <p>Reutlingen: multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen</p> <p>Ravensburg: verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit</p>	<p>https://strokefoundation.org.au/What-we-do/Prevention-programs/StrokeSafe-Speakers</p>	

6. Materialien landkreisübergreifende AG- Sitzungen

6.1. Konzept für die landkreisübergreifende Sitzung der AGs



LANDKREIS
REUTLINGEN



Landkreis Biberach

Landkreis
Ra✓ensburg



Konzept Workshop

Landkreisübergreifende Sitzung

Erstellt von:

Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt

ZIRIUS, Universität Stuttgart

Übersicht

- 1) Willkommen und Stuhl
- 2) Vorstellung
- 3) Rückblick auf das gute Fundament, Vorstellung des bisher Erarbeiteten (PP-Folien)
- 4) Definition und Beispiele Innovation
- 5) Vorstellungsrunde
- 6) Konvergenz vs. Divergenz
- 7) Innovationstrichter
- 8) Spektrum-Methode
- 9) Kreativitätstechnik -> Alle-3-3-Methode

Begrüßung und Einleitung

- 1) Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlich Willkommen zur 4. Sitzung im Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung“.
Moderation stellt Stuhl in die Mitte

Setzen Sie sich mal gedanklich auf diesen **Stuhl**. Stellen Sie sich vor, es ist das Jahr 2030 und Sie haben/erkranken an (Krankheitsbild einfügen). Wie stellen Sie sich denn in diesem Fall, eine optimale Versorgung vor? Was ist Ihnen wichtig? Was vielleicht für Ihre Angehörigen?

- im akuten Fall?
- bei der Versorgung?
- bei der Nachsorge?

Welche Ideen haben Sie?

Moderation lässt TN Zeit (aushalten!)

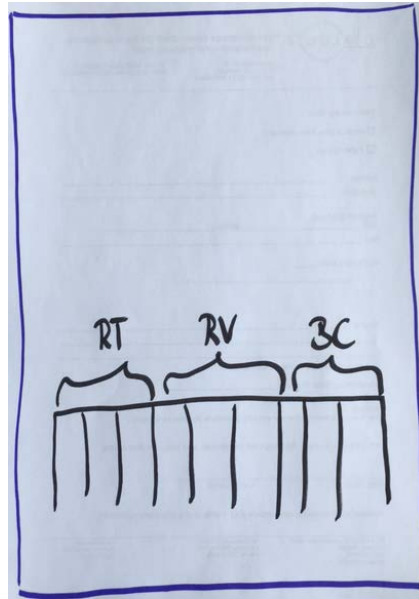
Darauf wollen wir heute aufbauen und ich komme darauf gleich noch mal aus guten Gründen drauf zurück.

- 2) **Meine Name** ist XXX von XXX

Meine Aufgabe ist es, heute mit Ihnen zu entwickeln, wie eine sektoren- und landkreisübergreifende optimale Versorgung der Patienten gestaltet werden soll.

- 3) **Was ist bisher geschehen?**

Sie alle haben in Ihren Landkreisen in insgesamt 9 Sitzungen ein **gutes Fundament** an Ideen und Handlungsempfehlungen gebaut.



Moderation malt Fundament auf Flipchart

Dieses Fundament möchten wir heute mit Ihnen **weiterentwickeln**.

Moderation stellt bisher erarbeitete Handlungsempfehlungen vor und erklärt die Argumente, warum die 4 ausgewählt wurden.

Gleichzeitig wird es darum gehen, **noch weitere Ideen** zu entwickeln, damit die Patienten in Zukunft optimal versorgt sind. (Wir können alles, außer Hochdeutsch)

4) Was braucht es dazu?

Innovationen. Eine **Innovation ist eine erfolgreich umgesetzte neue Idee**. Und diese neuen Ideen, also Novationen, möchten wir mit Ihnen finden.

Ich möchte Ihnen zwei Beispiele nennen.

I Handy

Moderation hält Nokia-Handy in der Hand

Hier (mein) altes Handy von Nokia. Absolut solide Technik und Nokia war jahrelang Marktführer. Aber jahrelang haben die bei Nokia nur die bestehende Technik optimiert. So dass das Handy zwar immer mehr konnte, aber dafür auch immer komplizierter wurde.

Moderation hält Smartphone hoch

Parallel dazu hat in Kalifornien ein Steve Jobs sich Gedanken gemacht. Und zwar hat er überlegt, was will denn der Kunde? Der möchte mit einem Klick alles finden und nicht erst lange suchen.

Und vielleicht gibt es hier eine Analogie zum Patienten. Was möchte denn der Patient? Was möchten Sie, wenn Sie betroffen sind? Ein mühsames Suchen oder eine einfaches Sich-zu-recht-finden?

II Radiologie

Sie alle kennen Kodak. Die waren jahrelang weltweit Marktführer. Ende der 70er/ Anfang der 80er Jahre gab es eine Innovationsgruppe für Röntgenbilder hier in Stuttgart Wangen. Da saßen, genau wie bei Ihnen jetzt, interdisziplinär und übergreifend Fachleute zusammen. Bisher war Kodak Marktführer für Bildentwicklungsgeräte, die Multiloader. In der Innovationsgruppe saßen u.a. Herr Prof. Linneweh, Professor für Innovations- und Kreativitätstechnik aus Hannover und Prof. Timmermann, ein Radiologe aus dem Rheinland. Ihre Idee war eine völlig neue Technik, die Röntgenbilder direkt auf einen Bildschirm im OP übertragen sollte. Diese Idee kam in Rochester bei der Geschäftsleitung nicht durch. Und heute ist diese Technik Standard.

Und wo Kodak heute ist, brauche ich Ihnen nicht zu sagen.
Und damit Ihnen das nicht passiert, sitzen wir heute hier.

5) Das dies das erste Mal in dieser Besetzung ist, starten wir mit einer **Vorstellungsrunde**. Und jetzt komme ich auf Ihre Ideen vom Anfang zurück. Stellen Sie sich vor, Sie treffen Minister Lucha im Fahrstuhl. Der erkennt Sie und spricht Sie darauf an, dass Sie doch Teil dieses Modellprojektes sind. Er fragt Sie, was ist 2030 anders? Was ist die eine Idee, die Empfehlung bei der Versorgung von XXX (Krankheitsbild einfügen) Patienten. Ist es die, die Sie eben am Anfang notiert haben? Oder möchten Sie diese noch weiterentwickeln.

Bitte notieren Sie Ihre Idee auf die Karte vor sich.

Moderation wartet bis alle geschrieben haben.

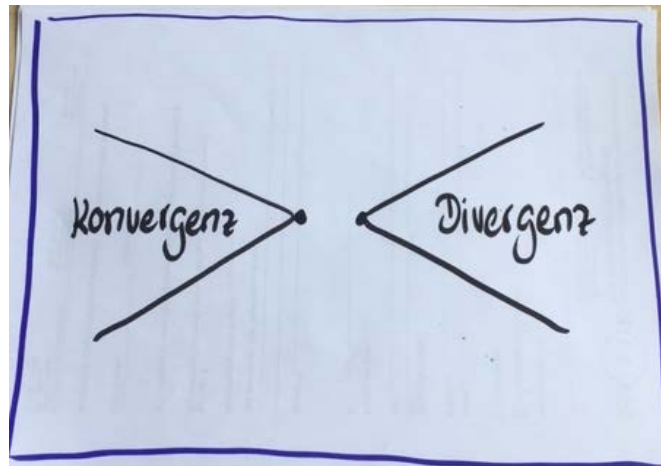
Dann bitte ich Sie, sich nun vorzustellen. Bitte kommen Sie dazu nach vorne und nennen: Namen, Funktion, Landkreis und Ihre Idee.

6) Vielen herzlichen Dank. Da waren schon viele gute Ideen dabei. Um diese nicht zu verlieren, möchten wir mit Ihnen ein schriftliches Brainstorming machen. Dabei möchte ich Sie **ermuntern, auch verrückte, utopische Ideen** aufzuschreiben.

Wir und Sie werden während unserer gesamten Ausbildung und dann später auch im Beruf darauf getrimmt, **konvergent** zu denken. Auf ein Ziel gerichtet. Aus einer Fülle an Möglichkeiten.

Moderation malt Konvergenz

Hier möchten wir Sie bitten, divergent zu denken, offen für alle Möglichkeiten.



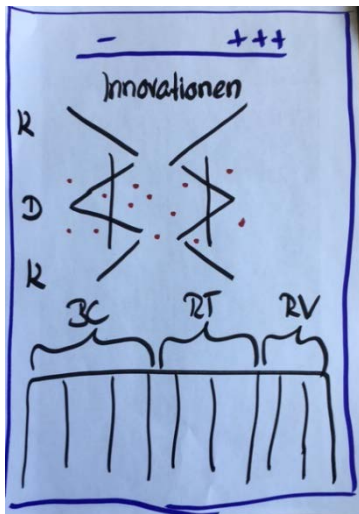
Moderation malt Divergenz

Und es handelt sich hierbei um ein **Experiment**. Vielleicht sind das, was Sie in den letzten Sitzungen erarbeitet haben schon die optimale Lösungen und Empfehlungen. Aber vielleicht hat der ein oder andere Kollege noch eine Idee, an die bisher noch keiner gedacht hat.

7) Wie läuft das bei Innovationen. Zu Beginn denkt man konvergent: Wie ist die Situation? An welchem Punkt befinden wir uns? Das haben Sie alle in Ihren Landkreisen in der ersten Sitzung getan. Und dann beginnt man divergent zu denken, was gibt es außerhalb? Was können wir an den Flügeln schauen.

Und dann führt man diese Ideen wieder konvergent zusammen. Aber keine Angst, wir bleiben heute nicht in den Wolken hängen. Wir führen das wieder konvergent zusammen. Aber um landen zu können, muss man erst mal abheben.

Moderation malt Innovationstrichter



Es geht darum, nicht nur bestehendes zu optimieren, sondern auch außerhalb davon zu denken.

8) Und noch etwas, bevor wir starten. Wir arbeiten heute hier mit der sogenannten **Spektrum-Methode** der NASA (das findet sich bei Prof. Linneweh):

Bevor Sie eine Idee kritisieren, müssen Sie drei Aspekte nennen, die an dieser Idee positiv sind. Viele Ideen werden mit dem „Konvergenz-Hammer“ direkt abgebugelt, dabei finden sich vielleicht gute Ansätze darin.

Ich mache Ihnen ein Beispiel. So könnte ein Kollege vorschlagen, dass sich ein XXX(Krankheitsbild einfügen) Patient mit all seinen Behandelnden zum Tanzen bei Vollmond im Freien treffen soll. Die erste Reaktion wäre sicherlich zu sagen: Schwachsinn! Aber überlegen Sie.

Was sind die positiven Aspekte dieser Idee?

- Das Gemeinschaftserlebnis
- Die Aktivität im Freien
- Das Kennenlernen und Vernetzen

Und schon haben Sie die Aspekte identifiziert, an denen man anknüpfen kann.

9) Nun möchte ich Ihnen die **635-Methode** erklären. Bitte nehmen Sie das Blatt vor sich. Bei dieser Methode handelt es sich um ein schriftliches Brainstorming. Wir haben die Methode etwas abgewandelt, aber das Prinzip bleibt das Gleiche.

Tragen Sie Ihre erste Idee bitte in das erste Feld ein. Was fällt Ihnen noch ein? Bitte tragen Sie noch zwei weitere Ideen hinzu. Oder entwickeln Sie Ihre erste Idee weiter und tragen das in die Zeile ein.

Welche verrückten Ideen haben Sie? Oder fallen Ihnen Best-Practice-Beispiele ein? Aus Ihrem Landkreis? Aus Deutschland? Aus anderen Ländern?
Sehen Sie, jetzt gibt es schon X mal 3 Ideen.

Geben Sie nun das Blatt bitte eine Runde weiter.

Schauen Sie sich die Ideen Ihrer Vorgänger an. Es ist alles erlaubt. Sie können an diese Ideen anknüpfen oder aus der Idee eine völlig neue entwickeln.

Bitte signalisieren Sie mir, wann Sie fertig sind und geben das Blatt nicht einfach weiter.

Weiter, bis alle fertig sind. Das Prinzip müsste jetzt klar sein.

Vielen Dank! Bitte wählen Sie nun die Idee aus, die Ihnen am besten gefällt und pinnen Sie diese vorne an.

Bitte kommen Sie mit den Punkten nach vorne und wählen Sie Ihre favorisierten Ideen. Dabei können Sie entweder die Punkte gleich verteilen auf drei Ideen oder Sie geben einer Idee alle drei Punkte. Die Ideen mit den meisten Punkten, möchten wir im Anschluss genauer diskutieren.

Diskussion der 2-3 favorisierten Ideen an der Tafel.

Fragen: Was ist realistisch? Was ist utopisch? Was braucht es, damit aus Utopie Realität werden kann? Wie kann das in ein Konzept passen? Usw.

Hintergrundinfo 635

6= Teilnehmer schreiben

3= Ideen und geben Ihre Blätter

5= Mal weiter.

Diese Methode hat mehrere Vorteile:

- Man erhält in kurzer Zeit eine große Anzahl von Ideen
- alle werden schriftlich festgehalten, es geht also keine Idee verloren
- Man erhält 8-12 % verwertbare Ideen. Beim „normalen“ Brainstorming sind es nur ca. 5%

Zeit	Was?	Inhalt	Anmerkung	Methode
5 min	Begrüßung	<ul style="list-style-type: none"> - Skizzieren der Ausgangssituation und Ziel des Projektes - Versuchscharakter der heutigen Sitzung aufzeigen - Definition und Synonyme „Innovation“ (Neugestaltung, Neuordnung, Reform, etc.) - Innovationsbeispiel (Röntgenbilder Kodak, Beispiele aus der Medizin für jedes Krankheitsbild?) 	- Die TN sollen animiert werden in alle Richtungen zu denken (Divergenz statt Konvergenz)	
15 min	Vorstellungsrunde	<ul style="list-style-type: none"> - Name, Funktion, Landkreis - „Sie treffen Minister Lucha im Fahrstuhl, welche Idee, bzw. Empfehlung haben Sie für ihn, wie eine sektoren- und landkreisübergreifende Versorgung gelingen kann?“ (<i>Zeitraumen kurz; knappe Erklärung</i>) 	- TN schreiben Idee auf Karte	
5 min	Erklären der 635-Methode	- Methode wird erklärt	635-Methode	635-Methode
5 min	Erklären Spektrum-Methode (NASA) und Ablauf der Vorstellungsrunde	<ul style="list-style-type: none"> - Spektrum-Methode: Bevor eine Idee kritisiert werden darf, müssen drei positive Aspekte der Idee genannt werden - Die Frage an Herrn Lucha wird vor der Runde genannt, die TN haben kurz Zeit zu überlegen 	- Die Regeln der Methode gelten für die ganze Sitzung	- Spektrum-Methode
25 min	63(4)-Methode	<ul style="list-style-type: none"> - Neben der Idee der Vorstellungsrunde entwickeln die TN zwei weitere Ideen - Die TN bearbeiten die Arbeitsblätter 	634 ist 635 um eine Weitergaberunde gekürzt	63(4)-Methode
20 min	Priorisierung der Ideen	<ul style="list-style-type: none"> - Jeder TN schreibt die Idee/Version der Idee, die ihm am besten auf seinem ihm vorliegenden Blatt gefällt auf eine Karte + hängt sie vorne hin - Jeder TN erhält 3 Punkte und priorisiert die Ideen - Frage in die Runde zu 1-3 stärksten bewertete Ideen: Sind diese favorisiert, weil sehr realistisch oder weil sehr ambitioniert? 		Punkte kleben und voting

20 min	Vorstellung der bisherigen Handlungsempfehlungen	Nennung aller Handlungsempfehlungen, 4 davon werden genauer diskutiert, da hier mehr Input notwendig, diese werden genauer vorgestellt a) H1 b) H2 c) H3 d) H4		Über Beamer Folie mit allen Handlungsempfehlungen. Die 4 zu diskutierenden Empfehlungen (HE und Idee) hängen an Pinnwand, ggf. ergänzt um Ideen aus 635-Methode.
Je 20min = 80min	Diskussion & Weiterentwicklung bisheriger Handlungsempfehlungen	Leitfragen für Netzwerk: A) Was sind die Aufgaben des Netzwerks? B) Welche Akteure müssen in dem Netzwerk sein? C) Wie kann es in der Modellregion umgesetzt werden? Leitfragen „Bausteine“: a) Was meinen Sie mit dem Baustein? b) Wie kann der Baustein umgesetzt werden? c) Wie kann dieser Baustein Teil eines landkreisübergreifenden Versorgungskonzeptes sein? z. B. Wie kann die Finanzierung aussehen?	hier Wiederaufnahme / Erinnerung: Spektrum-Methode Achtung während der Moderation im Kopf behalten: <i>Welche Aspekte der Handlungsempfehlung sind krankheitsspezifisch, welche übergreifend – ggf. nachfragen</i> <i>Krankheitsbildspezifischen Fragen aus den Landkreisen beachten.</i>	Hearing-Ansatz: Sprechakte dürfen referieren, sollen aber mindestens dabei eine der vorgestellten Fragen beantworten. Fragen als Reminder auf jedem Poster für alle sichtbar.
2 min	Ausblick	- Was passiert mit den Ergebnissen - Einladung zum Bürgerforum		
3 min	Blitzlicht	Wie fanden Sie die Sitzung? Was war gut, was können wir verbessern?		
1 min	Dank	Danke und guten Heimweg		

6.2. Anschreiben für die E-Mail zum Verschicken des Handouts für die landkreisübergreifende Sitzung der AGs

Sehr geehrte Damen und Herren,

herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, an der 4. Arbeitsgruppensitzung im Modellprojekt "Sektorenübergreifende Versorgung" teilzunehmen.

Ziel der Sitzung ist es,

1. die derzeitige Versorgung aus der Patientenperspektive zu betrachten und zu prüfen, wie sie im Sinne der Patienten zukunftsfähig ausgestaltet werden könnte
2. die bisher erarbeiteten Handlungsempfehlungen (HE) weiter zu konkretisieren, um auf dieser Basis ein landkreis- und sektorenübergreifendes Versorgungskonzept für die Modellregion zu entwickeln.

Da wir aus Zeitgründen maximal 3-4 HE in der Sitzung diskutieren können, haben wir eine Auswahl nach folgenden Kriterien getroffen: Relevanz für eine landkreisübergreifende Planung und Umsetzung, weitere Informationen/Konkretisierung notwendig

Zur Vorbereitung der Sitzung finden Sie im Anhang ein Handout mit folgenden Informationen:

- Agenda der Sitzung
- Übersicht der für eine landkreisübergreifende Planung und Umsetzung relevanten HE incl. Auswahl der in der Sitzung zu diskutierenden 3-4 HE (=rot markiert)
- Bisher vorliegende Ideen und Ansätze zu den 3-4 ausgewählten HE
- Übersichtskarten der für das Krankheitsbild relevanten Versorgungsangebote in der Modellregion
- Daten zur Ärztedichte und zur Morbidität der Erkrankung bei über 60-Jährigen im Jahr 2013 und 2023 in der Modellregion

Wir bitten Sie, das Handout unter folgender Fragestellung durchzugehen: Wie könnten die einzelnen Handlungsempfehlungen konkret umgesetzt werden und welche Rolle könnten sie als „Baustein“ in einem zukünftigen sektoren- und landkreisübergreifenden Versorgungskonzept spielen?

Herzlichen Dank im Voraus!

Mit freundlichen Grüßen

6.3. Handout für die landkreisübergreifende Sitzung der AG Darmkrebs



HANDOUT

Landkreisübergreifendes AG-Treffen Darmkrebs

10. Juli 2017, 16 Uhr

Haus der Wirtschaft, Raum Freiburg

Willi-Bleicher-Straße 19, 70174 Stuttgart

Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung



Landkreis Biberach



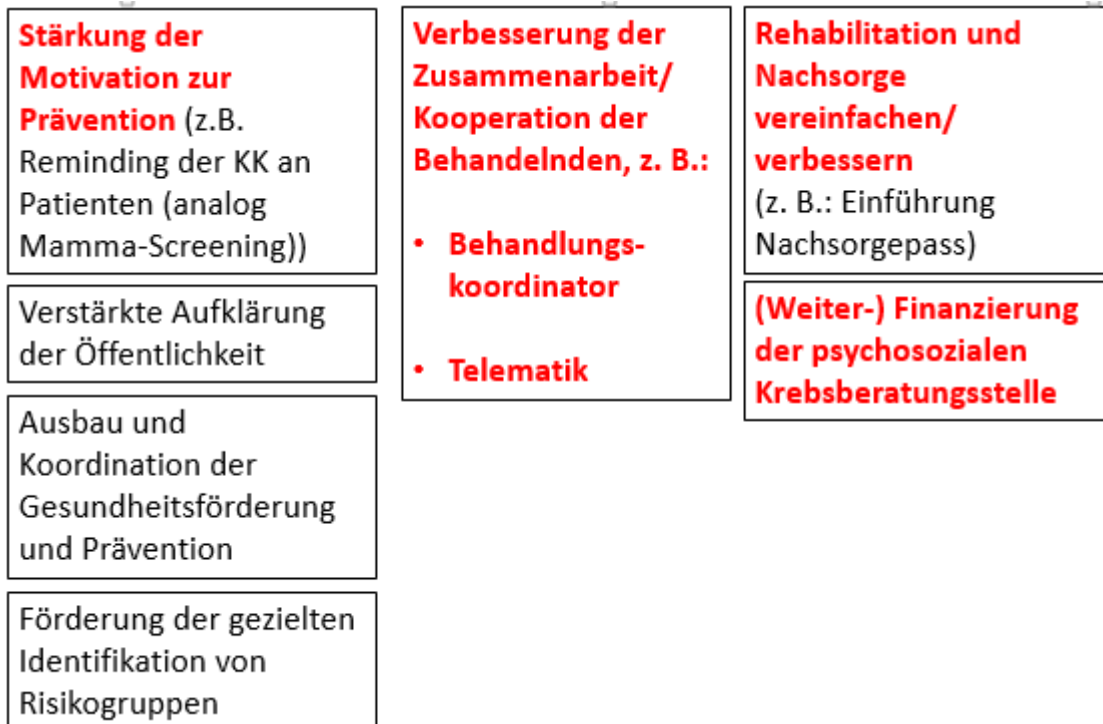
Inhalt

Agenda der Sitzung.....	2
Übersicht der landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen der AG Darmkrebs.....	3
Handlungsempfehlung 1: Stärkung der Motivation zur Prävention.....	4
Handlungsempfehlung 2: Verbesserung der Zusammenarbeit / Kooperation der Behandelnden	5
Vorschlag für ein Family Health Care Center in der Modellregion.....	6
Vorschlag für eine telemedizinische Vernetzung in der Modellregion.....	6
Handlungsempfehlung 3: Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen/ verbessern	7
Handlungsempfehlung 4: (Weiter-) Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle	8
Versorgungsangebot: Krankenhäuser mit spezialisiertem onkologischem Angebot.....	9
Versorgungsangebot: Krankenhäuser mit spezialisiertem onkologischem Angebot (Tabelle).....	10
Versorgungsangebot: Palliative Versorgung und Hospizangebote	11
Versorgungsangebot: Vertragsärztliche Versorgung, Praxisstandorte.....	12
Versorgungsangebot: Ärztedichte (2015).....	12
Projizierte Morbidität	13
Projizierte Morbidität - Erläuterung.....	14

Agenda der Sitzung

- Vorstellungsrunde
- 635-Methode:
 - Ideen- Sammlung
 - Ideen- Priorisierung
- Vorstellung der bisherigen (landkreisübergreifenden) Handlungsempfehlungen
- Diskussion & Weiterentwicklung Handlungsempfehlungen
- Ausblick
- Sonstiges

Übersicht der landkreisübergreifenden Handlungsempfehlungen der AG Darmkrebs¹



¹ Rot markiert sind die Handlungsempfehlungen, die beim AG-Treffen diskutiert werden

Handlungsempfehlung 1: Stärkung der Motivation zur Prävention

Ideen:

Vorsorgeuntersuchungen bewerben und darüber aufklären; Gesundheitsförderung und Prävention mit KiTas, Schulen und Betrieben ausbauen

Aufgaben und Nutzen:

- Etablierung von motivationsstärkenden Ansätzen, z.B. motivierende Gesprächsführung der Ärzte durch Schulungen
- Reminding von Patienten durch Krankenkassen (analog Mamma-Screening)
- Bonussystem bei den Krankenkassen (z.B. Gewährung von Beitragsrückerstattungen für Vorsorgeuntersuchungen)
- Gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen in KiTas und Schulen schaffen, z.B. gesunde Mittagsverpflegung, Bewegungsräume und –angebote
- Förderung Betriebliches Gesundheitsmanagement (z.B. Bewegungsangebote, gesundes Essensangebot in der Kantine, Incentives/Vergünstigungen für Teilnahme an Krebsvorsorge, intensives Bewerben der Krebsvorsorgeuntersuchung)
- Krankenkassen: kostenlose Angebote, z.B. zu Bewegung und Ernährung schaffen

Finanzierung/ mögliche Modellprojekte

- Krankenkassen
- Rentenversicherung
- Betriebe

Handlungsempfehlung 2: Verbesserung der Zusammenarbeit / Kooperation der Behandelnden

Idee:

Etablierung eines Netzwerkes; im Rahmen dieses Netzwerkes Verbesserung der Zusammenarbeit, z. B. durch Schaffung der Stelle eines Behandlungskordinators? Durch Ausbau der Telematik?

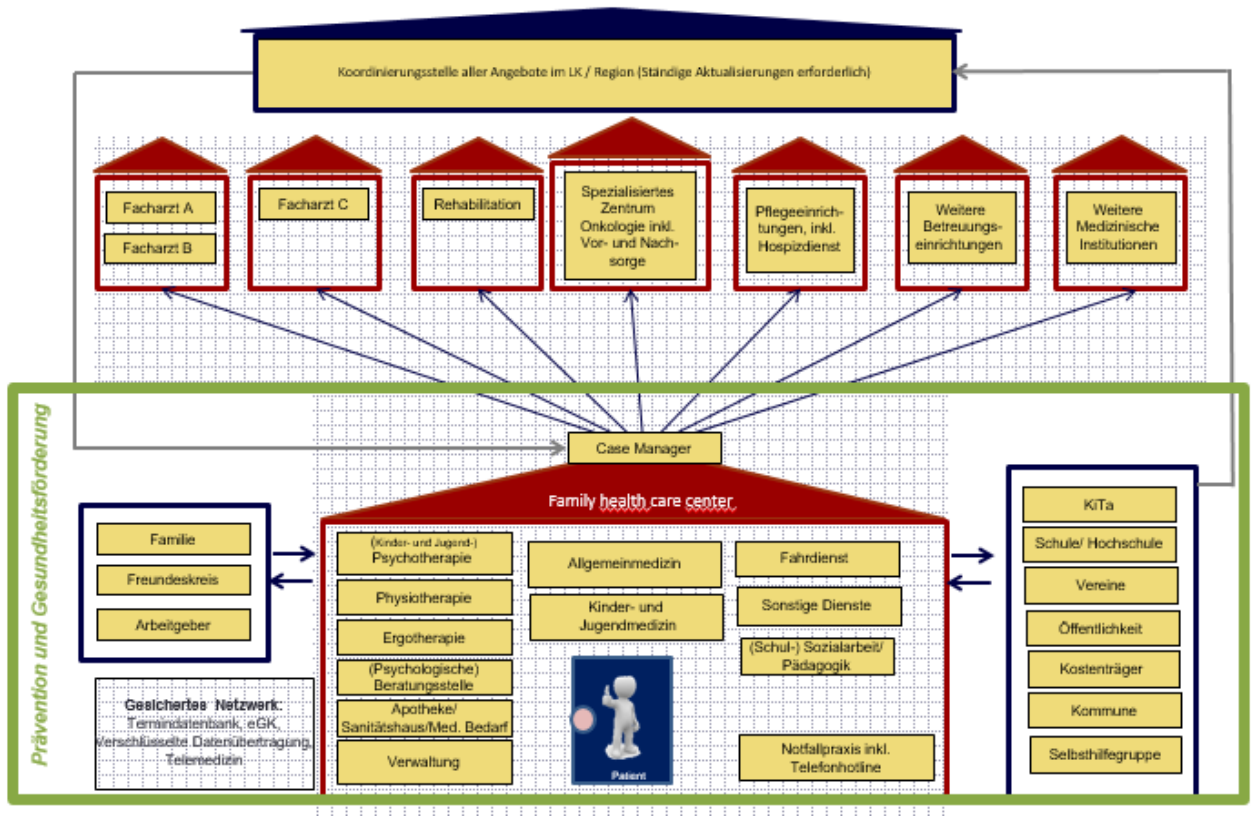
Aufgaben und Nutzen:

- Kommunikation und Kooperation im Netzwerk vereinfachen
- Behandlungskordinator / Case Manager:
 - Dieser könnte nichtärztliche Tätigkeiten übernehmen und die erfolgreiche Nachsorge des Patienten sichern
 - Anreize für Hausärzte schaffen, um mit ihrer Praxis die Rolle des Case-Managers zu übernehmen?
- Telematik

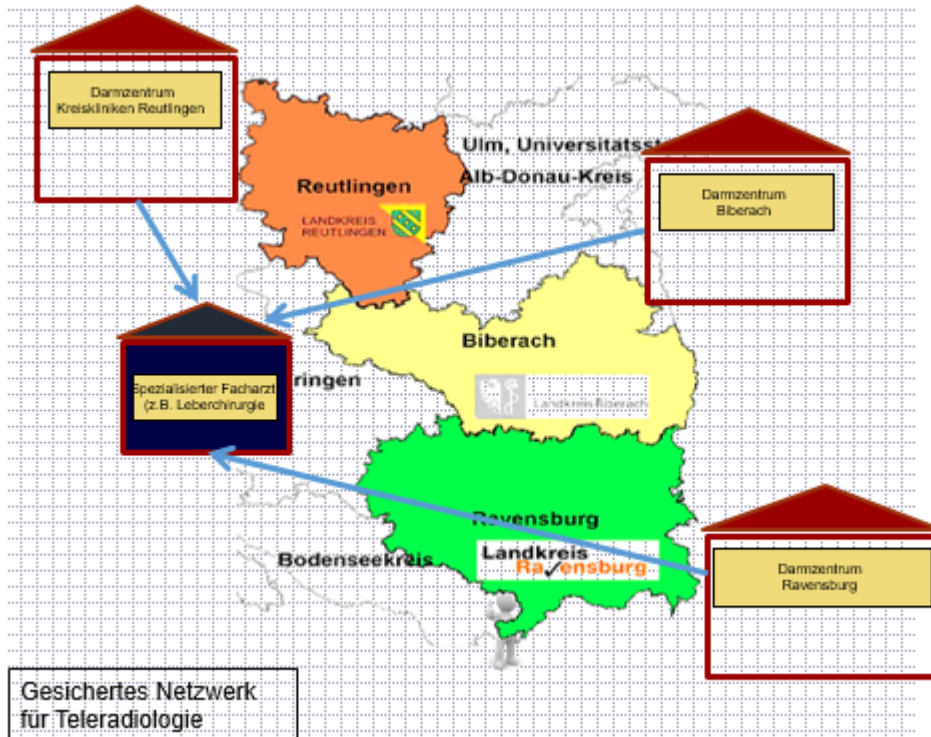
Finanzierung/ mögliche Modellprojekte

- ?

Vorschlag für ein Family Health Care Center in der Modellregion



Vorschlag für eine telemedizinische Vernetzung in der Modellregion



Handlungsempfehlung 3: Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen/verbessern

Idee:

Schaffung eines flexibleren und unkomplizierteren Rehabilitationsangebots; Vereinfachung der Rehabilitation und Nachbehandlung für den Patienten

Aufgaben und Nutzen:

- Anschlussheilbehandlung besonders in Bezug auf Schnittstellen (z. B. mit den Kostenträgern) unkomplizierter machen
- Kostenträger sollten den Beginn der Reha bereits während der Chemotherapie ermöglichen (dies ist momentan nicht möglich)
- Idealerweise sollten Reha-Einrichtungen auch Chemotherapie anbieten dürfen. Hierfür wäre eine Gesetzesänderung notwendig. Die Kostenträger sollten sich hierauf verständigen! Diese Forderung sollte an die Kostenträger herangetragen werden.
- Transparenz der Nachbehandlung, z. B. durch Einführung Nachsorgepass

Finanzierung/ mögliche Modellprojekte

- ?

Handlungsempfehlung 4: (Weiter-) Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstelle

Idee:

Einrichtung und (Weiter-) Finanzierung von Krebsberatungsstellen in jedem Landkreis sowie personelle Aufstockung der vorhandenen Krebsberatungsstelle.

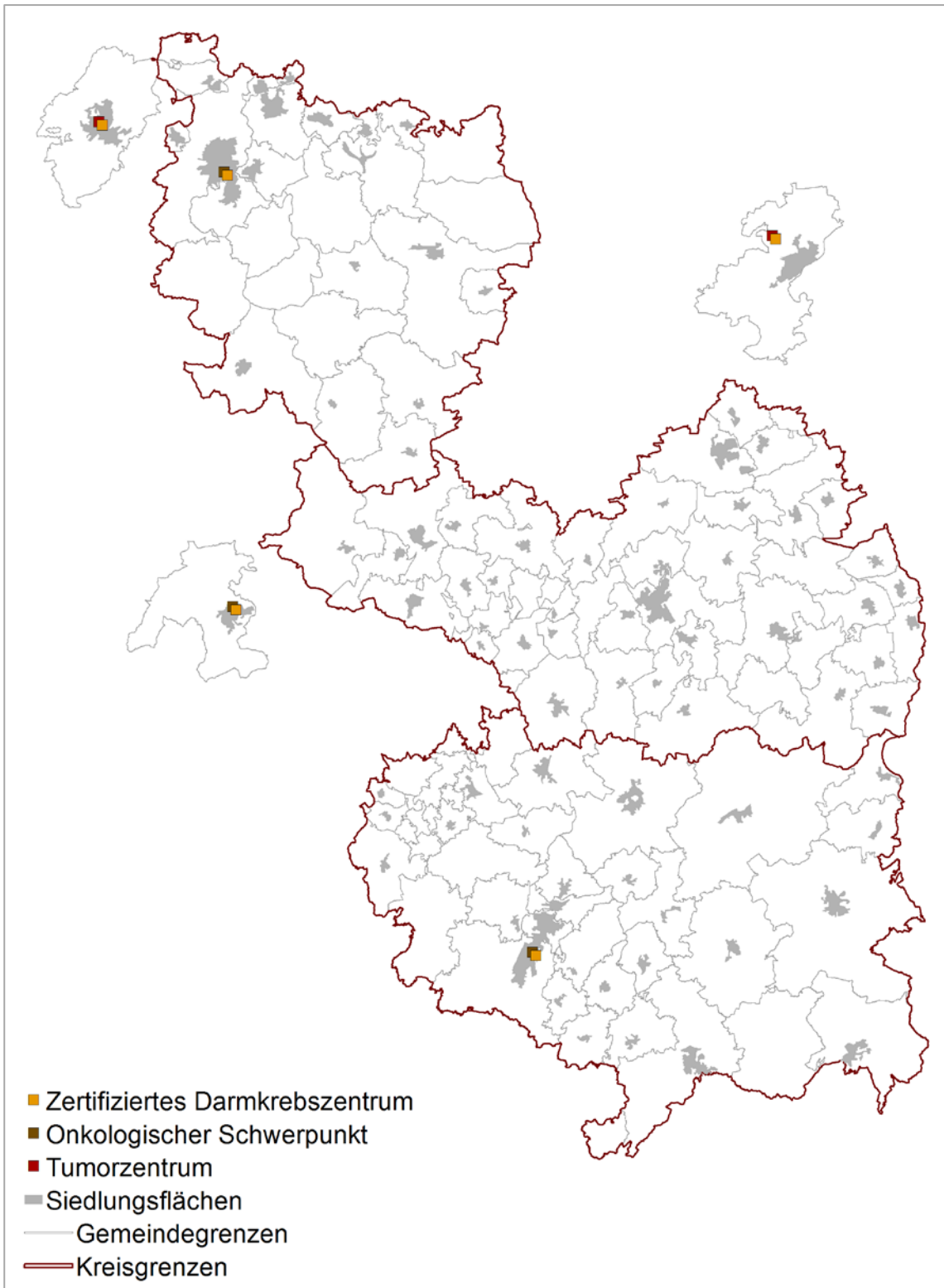
Aufgaben und Nutzen:

- Beratung und (langfristige) Begleitung von Patienten

Finanzierung/ mögliche Modellprojekte

- Für das Jahr 2017 ist die Finanzierung gesichert, anteilig durch GKV, DRV, Land und Industrie
- Wünschenswert wäre, dass auch der Landkreis einen Beitrag zur Finanzierung leistet

Versorgungsangebot: Krankenhäuser mit spezialisiertem onkologischem Angebot



Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

- Onkologische Schwerpunkte und Tumorzentren: Landeskrankenhausplan, Verzeichnis der Krankenhäuser, Stand: 01.03.2016, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.
- Zertifizierte Darmkrebszentren: ADDZ Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmzentren e.V., Stand: Frühjahr 2017.
<http://www.ag-darmzentren.com/zertifizierte-darmkrebszentren/zentren-in-deutschland>

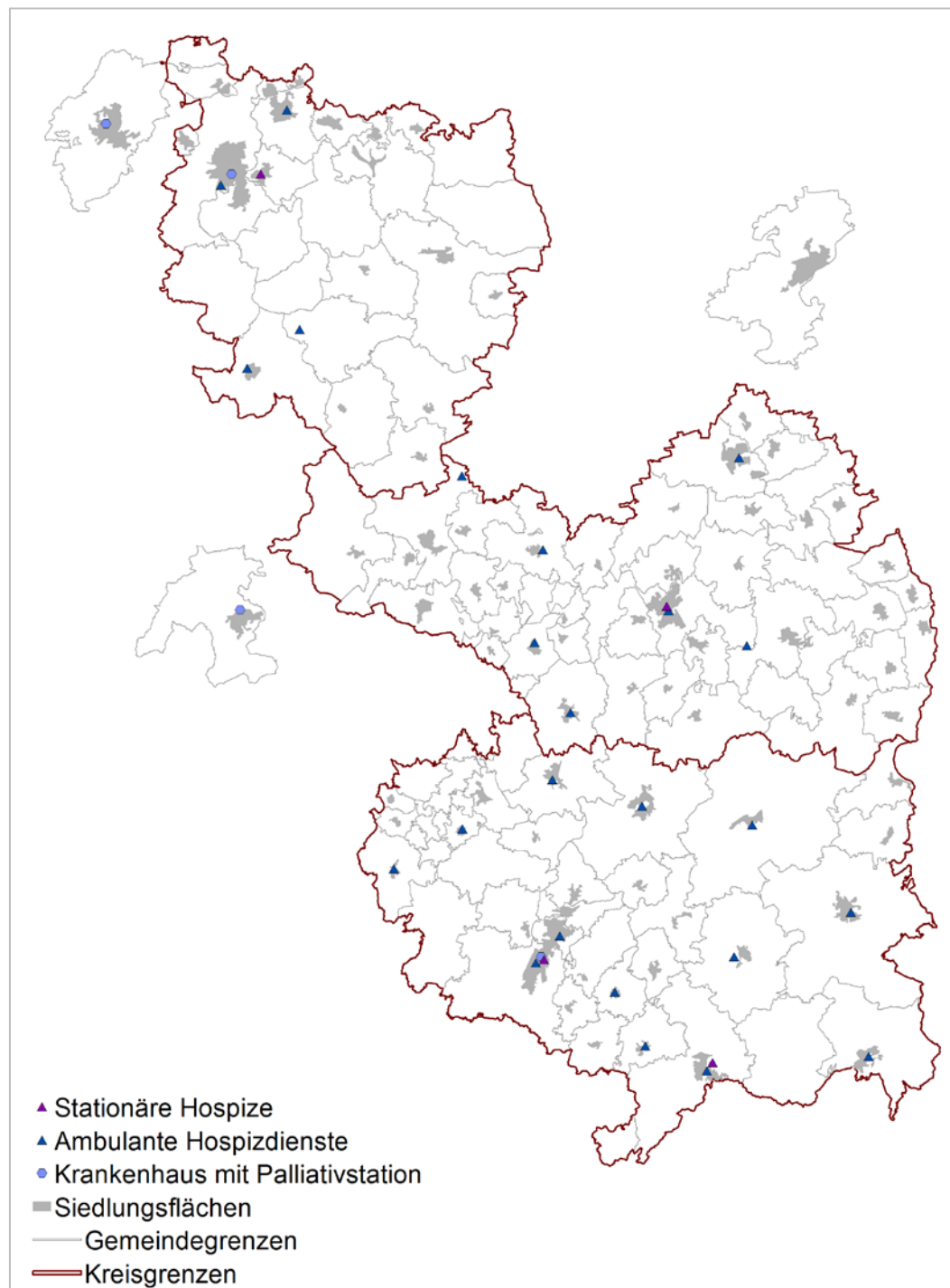
Versorgungsangebot: Krankenhäuser mit spezialisiertem onkologischem Angebot (Tabelle)

Kreis	Einrichtung	Spezielle onkologische Versorgungseinheit	Gesamtfallzahl (vollstationär)	Betten Einrichtung
<i>Krankenhaus - Modellregion</i>				
Biberach	-			
Ravensburg	Oberschwaben Klinik GmbH Krankenhaus St. Elisabeth	Zertifiziertes Darmkrebszentrum, Onkologischer Schwerpunkt	24.960	544
Reutlingen	Klinikum am Steinenberg / Ermstaklinik <i>Standorte:</i>		33.515	675
	<i>Klinikum am Steinberg</i>	Zertifiziertes Darmkrebszentrum, Onkologischer Schwerpunkt	29.021	525
	<i>Ermstaklinik Bad Urach</i>		4.494	150
<i>Krankenhaus – Wichtige Mitversorger der Modellregion</i>				
Sigmaringen	SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen	Zertifiziertes Darmkrebszentrum, Onkologischer Schwerpunkt	20.752	511
Tübingen	Universitätsklinikum Tübingen	Zertifiziertes Darmkrebszentrum, Onkologischer Schwerpunkt, Tumorzentrum	68.934	1.427
Ulm	Universitätsklinikum Ulm	Zertifiziertes Darmkrebszentrum, Tumorzentrum	49.948	1.399

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

- n Onkologische Schwerpunkte und Tumorzentren: Landeskrankenhausplan, Verzeichnis der Krankenhäuser, Stand: 01.03.2016, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.
- Zertifizierte Darmkrebszentren: ADDZ Arbeitsgemeinschaft Deutscher Darmzentren e.V., Stand: Frühjahr 2017. <http://www.ag-darmzentren.com/zertifizierte-darmkrebszentren/zentren-in-deutschland>
- Aufgestellte Betten in Einrichtung gesamt (wenn mehrere Standorte angegeben sind) und Gesamtfallzahl (vollstationär): Landkreise Biberach und Reutlingen sowie Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V, 2015. Aufgestellte Betten in Einrichtung gesamt (wenn nur ein Standort angegeben ist) und Fachabteilungen: Verzeichnis der Krankenhäuser in Deutschland, Stand: 31.12.2015, Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Erläuterung: Aufgestellte Betten sind alle Betten, die in den Krankenhäusern betriebsbereit aufgestellt sind, unabhängig von der Förderung. Nicht einbezogen sind Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene.

Versorgungsangebot: Palliative Versorgung und Hospizangebote

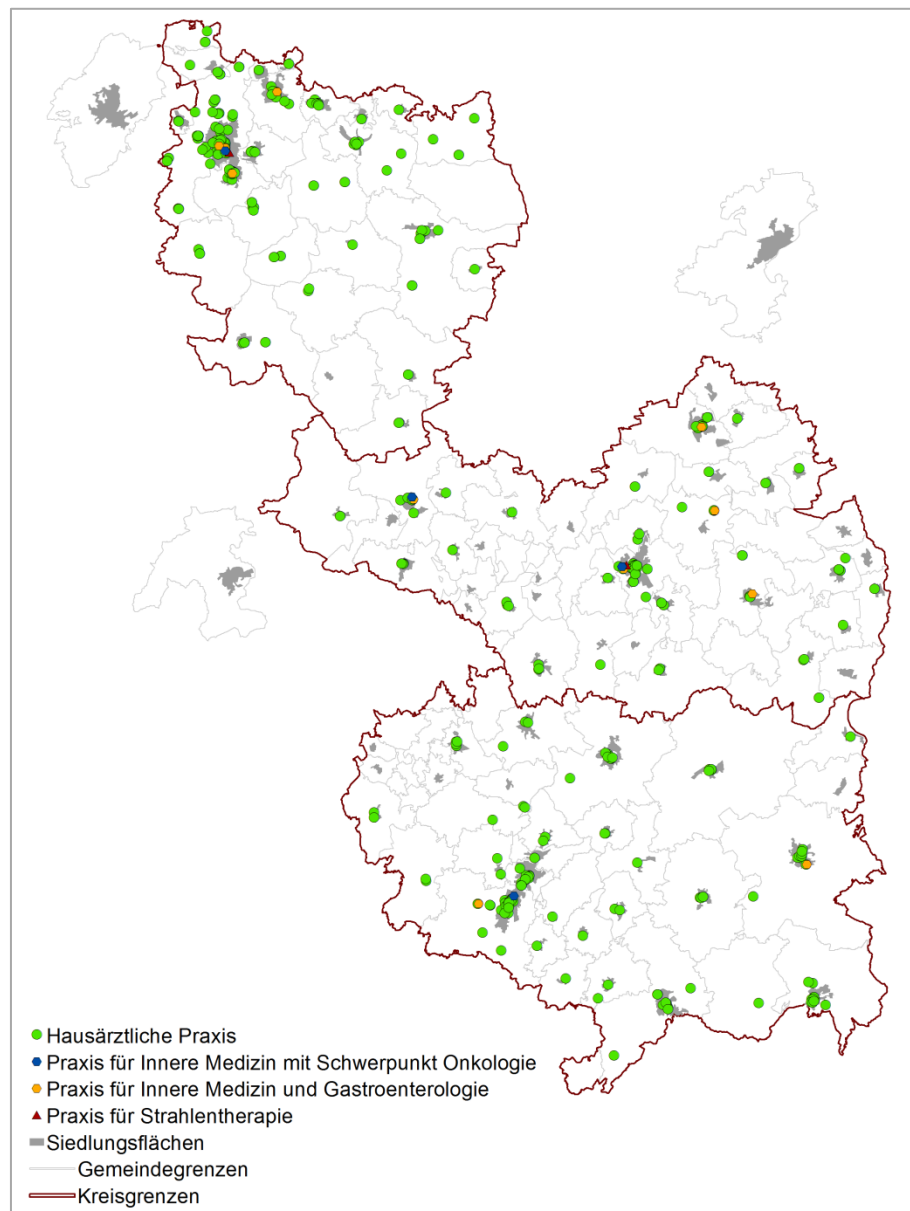


Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

- Hospiz- und PalliativVerband Baden-Württemberg e.V, 2017.

<http://hpbw.de/>

Versorgungsangebot: Vertragsärztliche Versorgung, Praxisstandorte



Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, 2016.

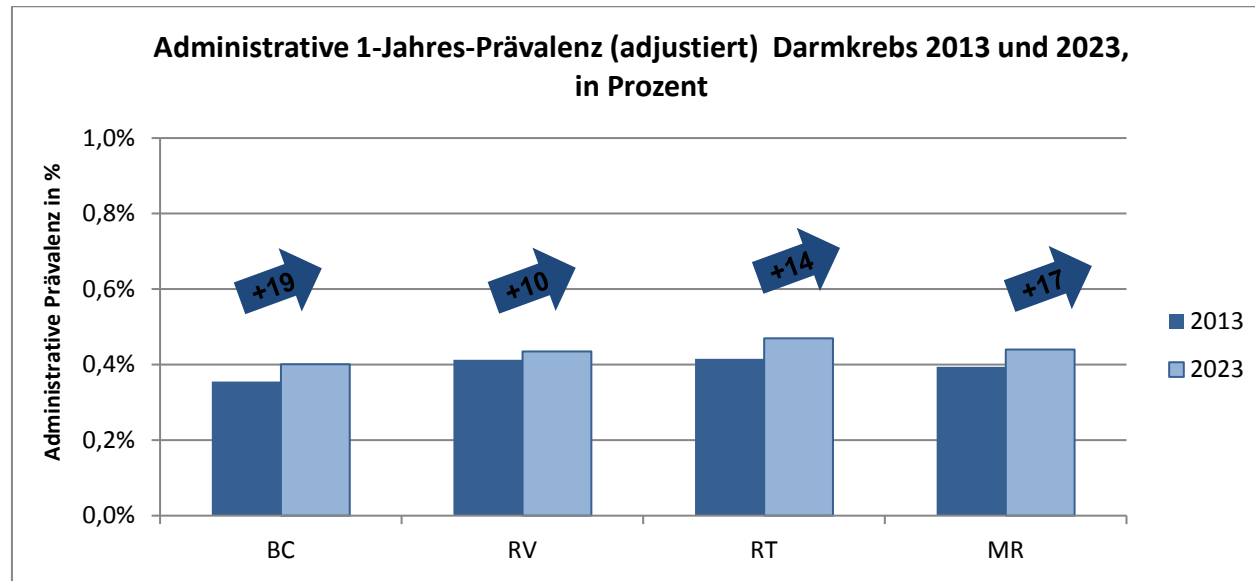
Versorgungsangebot: Ärztedichte (2015)

Landkreis	Einwohner je...	
	Hausärzte	Internisten
Biberach	1.522	13.589
Ravensburg	1.458	9.184
Reutlingen	1.470	9.581

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

Gesundheitsatlas Baden-Württemberg, Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg, Daten abgerufen am 20.06.2017, Stand der Daten: 2015

Projizierte Morbidität



Abkürzungen: BC – Biberach, RV – Ravensburg, RT – Reutlingen, MR – Modellregion gesamt

Administrative 1-Jahres-Prävalenz (adjustiert) Darmkrebs 2013 und 2023 in Prozent

Jahr	Geschlecht	BC	RV	RT	MR
2013	Männlich	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%
	Weiblich	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
	Gesamt	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
2023	Männlich	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%
	Weiblich	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%
	Gesamt	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%

Abkürzungen: BC – Biberach, RV – Ravensburg, RT – Reutlingen, MR – Modellregion gesamt

Quelle: Eigene Darstellung, Datenquellen:

Eigene Berechnungen, Datengrundlage: Routinedaten der AOK Baden-Württemberg 2013; Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Hauptvariante, Basisjahr 2014, Bevölkerung zum Stichtag 31.12.2023; Bevölkerung am 31.12.2013, Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Projizierte Morbidität - Erläuterung

Abbildung und Tabelle

Abgebildet ist die administrative 1-Jahres-Prävalenz des Darmkrebs in den Jahren 2013 und 2023 in Prozent in den Landkreisen der Modellregion und der Modellregion gesamt adjustiert nach Alter und Geschlecht in 5-Jahres-Altersgruppen für die Bevölkerung im jeweiligen Landkreis. Die prozentualen Veränderungen geben an, um wie viel Prozent mehr Menschen mit Darmkrebs es im Jahr 2023 im Vergleich zu 2013 geben könnte und ergeben sich aus folgender Berechnung:
 $((\text{adjustierte Fälle 2023} / \text{adjustierte Fälle 2013}) - 1) \times 100.$

Falldefinition

Ein Fall wurde dann gezählt, wenn im Jahr 2013 eine der stationären oder ambulant (in mindestens 2 Quartalen im Jahr) gesicherten Diagnosen ICD 10 C18 –C21 vorlag. Die berechneten Werte wurden anschließend adjustiert nach Alter und Geschlecht in 5-Jahres-Altersgruppen für die Bevölkerung im jeweiligen Landkreis für die Jahre 2013 und 2023.

Annahmen der Projektion

Die hier dargestellte Projektion beruht auf der Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg 2016 und berücksichtigt damit Änderungen in der Häufigkeit von Erkrankungen aufgrund der demografischen Entwicklung. Weitere Faktoren wurden nicht berücksichtigt. Eine wesentliche und vereinfachende Annahme, die hier getroffen wurde ist die, dass die Morbiditätsentwicklung an sich konstant bleibt. Die einzige Variable in diesem Modell ist die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung. Weitere Annahmen stammen aus der zugrundeliegenden Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg aus dem Jahr 2016 nach der Hauptvariante mit Wanderungsbewegungen. Basisjahr dieser Vorausberechnung ist 2014. Aufgrund des starken Zuzugs von Flüchtlingen wurde ein höherer Wanderungsgewinn in den Berechnungen angesetzt als in der vorherigen Vorausberechnung. Weitere Informationen zur verwendeten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg sind u.a. unter folgendem Link bereitgestellt:

http://statistik-bw.de/Service/Veroeff/Monatshefte/PDF/Beitrag16_02_04.pdf.

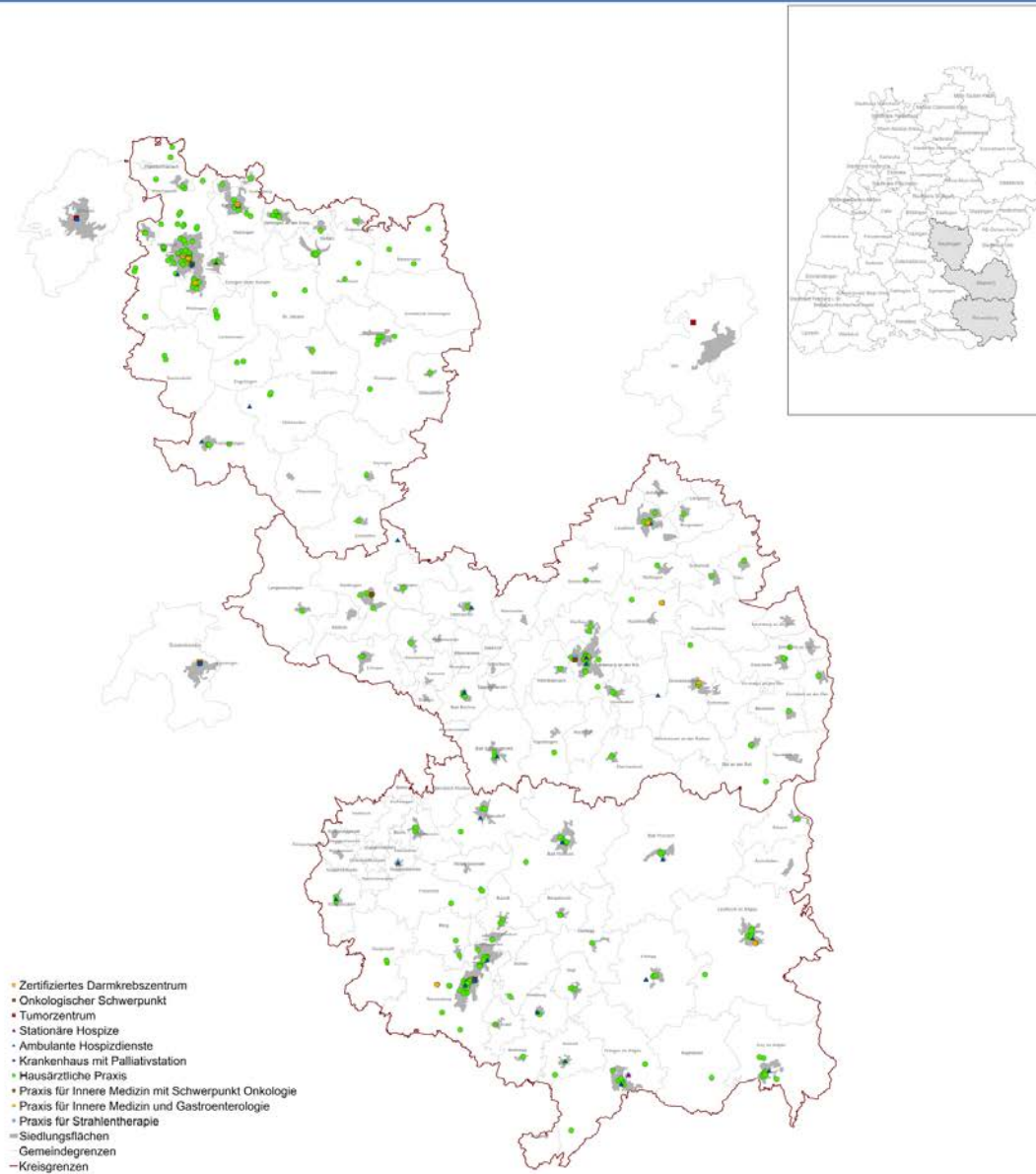
Limitationen von Routinedaten der AOK Baden-Württemberg

Generell bieten Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung die Möglichkeit, Krankheitshäufigkeiten und andere Kennzahlen auf kleinräumiger Ebene darzustellen. Der Nachteil hierbei ist jedoch, dass die Daten für Abrechnungszwecke erhoben werden. Bei Prävalenzschätzungen sollte dabei die Kodierungsvalidität von Diagnosen besonders kritisch betrachtet werden und zumindest intern validiert werden, d.h. mit anderen Variablen derselben Datenquelle. Eine weitere Einschränkung ergibt sich daraus, dass nur Daten der AOK Baden-Württemberg zugrunde gelegt wurden. Dieser Einschränkung wurde zum Teil durch Adjustierung nach Alter und Geschlecht begegnet. Dennoch können bestimmte Patientengruppen in der AOK Baden-Württemberg über- oder unterrepräsentiert sein im Vergleich zu anderen (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen. Zwar hatte die AOK im Jahr 2013 in Baden-Württemberg einen Marktanteil von circa 43% in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Blick auf die drei Landkreise der Modellregion zeigen sich jedoch teils große Unterschiede in den Marktanteilen der AOK. In Reutlingen und Biberach waren circa 50% der Bevölkerung AOK-versichert, während es in Ravensburg circa 30% waren. Mit Blick auf die dargestellten Kennzahlen gilt zu berücksichtigen, dass Berechnungen für den Landkreis Ravensburg mit größerer Unsicherheit behaftet sind als jene für Biberach und Reutlingen.

6.4. Übersichtskarte für die landkreisübergreifende Sitzung der AG Darmkrebs

Darmkrebbsversorgung

Ausgewählte Leistungserbringer in der Modellregion (Biberach, Ravensburg und Reutlingen)



Landkreisübergreifendes AG-Treffen Darmkrebs, Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung



7. Ergebnistabellen der Sitzungen

AG Anorexie, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Präventionsangebote an Schulen weiter fördern (Adressat: Krankenkassen u. Gesundheitskonferenz; Sterne für Schulen: eventuell einen weiteren Stern für „Körper und Bewegung“ einführen) • Bekanntmachung der bestehenden Angebote und Unterstützung der Beratungsstelle (auch: Anlaufstelle für Betroffene, welche Aufklärung schafft → evtl. in Form eines offenen Treffs für Betroffene mit Essstörungen (Leitung: Externe, z. B. ein/oder mehrere Klinikmitarbeiter oder angedockt an eine bestehende Beratungsstelle)?; → Patientenpfade erkennbar machen) • Selbsthilfegruppe für Angehörige • E-Health Angebote (unter fachlicher Leitung überarbeiten; mit anderen Landkreisen und Portalen verknüpfen) • Versorgung unter einem Dach (Wunsch eines Zentrums mit einer Institutsambulanz. Für jeden Patienten im Zentrum gibt es einen Koordinator. Regelmäßige Besprechungen im Zentrum (Teamkonferenzen), Koordinator hat als weitere Aufgabe Schnittstellen zu verbessern, indem er kommuniziert und für Austausch sorgt) → im Zentrum auch Bildung eines Kernteam der Versorgung (das Kernteam (Person oder Institution) wird im Zentrum lokalisiert) • Verbesserung der Schnittstellen (Fokus: Regelmäßige Teamkonferenzen / Austausch der Behandler; Verbesserung der Schnittstelle „stationär- Schule“; Verbesserung der Kommunikation und Kooperation) • Bekanntmachung der bestehenden Anlaufstellen → Schaffung einer niederschweligen Anlaufstelle • Überarbeitung und Neujustierung der Voraussetzungen zur ambulanten Bedarfsplanung (→ Terminfindung) • Wiedereingliederungshilfe in den Alltag sowie in Schule und Beruf (→ Aufgabe eines Case Managers? → Entlassmanagement? → Schnittstellen verbessern) • Einführen eines bzw. Verbesserung des Entlassmanagements • Vergütungssystem anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit • Einführung Schulgesundheitsfachkräfte an Schulen • Verbesserung des Schnittstellenmanagements im Gesundheitssektor Pädagogik • Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team • Gesundheitszentrum mit ambulanter und stationärer Versorgung • Niedrigschwelliger und früher Zugang • Vernetzung aller Behandler (Ambulant/ stationäre Zentren inkl. Case- Manager und inkl. Programm für Familienangehörige, Multiprofessionelles Behandlungsteam, sektorenübergreifend; Auch Beteiligung der Kostenträger und Angehörigen; Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen Ärzten; Verbesserte Nachsorge; Gründung Kompetenzzentrum Anorexie, Vernetzung umliegender/regionaler Akteure) • Einbeziehung/Stärkung des Settings Schule (Gesundheitskompetenz als Schulfach, School Nurse, Frühe Aufklärung/Projektarbeit) • Verbesserung der Prävention (Frühe Aufklärung/niedrigschwellige Angebote nicht nur über Primärversorgung; neue Medien/digitale Technologien (in der Beratung und Behandlung) nutzen; Nachhaltig sicherstellen; Informationsangebote breit streuen; Kampagnen mit abschreckenden Charakter (analog zum Tabak)) • Einführung von Gesundheitslotsen (Mehrere Lotsen (im Zentrum sowie auf regionaler Ebene im Netzwerk) → Begleitung durch Versorgungslandschaft und Behandlung, Freiwillige Basis) →
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (Schulungen und Informationen zu Grundlagen der gesunden Ernährung und zur Entstehung psychischer Erkrankungen in Schulen und KiTas; Fachlehrer (z.B. solche, die bereits Ansprechpartner für chronische Erkrankungen,... sind) spezialisieren und als Multiplikatoren weiterbilden. Diese könnten Ansprechpartner für Lehrer und Schüler sein; Im Unterricht für psychische Erkrankungen sensibilisieren, sodass auch Mitschüler eingebunden werden.) • Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention (→ bereits vorhandene Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle im Landkreis Ravensburg könnte zu einer solchen Kontaktstelle weiterentwickelt werden) • Verbesserung des Schnittstellenmanagements aus dem Gesundheitssektor in die Pädagogik (→ Intensive Kommunikation und Kooperation zwischen Kinder- und Jugendmedizin und Schulen; 	

	<p>politischen Auftrag zur koordinierenden Funktion des Schulpsychologen; Engere Kooperation mit ambulanten und stationären Einrichtungen und Schulen; Aufsuchend tätige Sozialpädagogen, die z.B. in die Familien geschickt werden können)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Lotsen / einer Begleitung für Lebenswelten • Übergangphase vom stationären in den ambulanten Bereich optimieren • Personalentwicklung an Schulen • Ausbau des Angebots für Betroffene und Angehörige; Ernährungsberatung in Quantität und Qualität ausbauen → Über vorhandene Angebote der Ernährungsberatung informieren • In bestimmten Fällen könnte die Apotheke in einer laufenden Therapie das Wiegen von Betroffenen durchführen, anstelle der Kinder- und Jugendmedizin • Regelmäßige Coachings für Familien anbieten • Transparenz der Angebote → Einrichtung einer Beratungsstelle, um sich niedrigschwellig vorhandene Hilfen aufzeigen zu lassen (wie Pflegestützpunkt) • Einzelfallentscheidung der Krankenkasse (Insbesondere bei sehr schweren Krankheitsverläufen Angebote für alternative Therapiemethoden (Reittherapie), wenn Erfolg durch Therapeuten begründet) 	<p>Vorschlag Pilotprojekt: psychosoziale Begleitung automatisch per Gericht bei Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weiterentwicklung personalisierte Medizin (elektronische Patientenakte; Zugriff für alle an der Behandlung beteiligten Personen; Beachtung des Datenschutzes) • Hometreatment (Einbeziehung der Angehörigen; Ggf. Schulung der Angehörigen; Ausbau des (aufsuchenden) Angebots für Betroffene und Angehörige) • Gründung eines Netzwerkes Anorexie (: ggf. Netzwerk für Essstörungen; Landkreisübergreifend möglich; Zentral ist das (Kompetenz-)Zentrum, das das Netzwerk einlädt) • Kompetenzzentrum für Essstörungen Südwürttemberg mit angebundener Institutsambulanz (Zentrum als Lenkungs-, Innovations- und Behandlungsgremium in weiterer Vernetzung; vorhandene Basisstrukturen/ Standorte nutzen und erweitern/vernetzen; multiprofessionelles Behandlererteam; Eigene Stelle für Case Manager notwendig) • Transitionssprechstunde • Schaffung eines landkreisübergreifenden Gremiums zur Verbesserung des Entlassmanagements → Optimierung im/durch das überregionale/h Zentrum • Transparenz der E- Health Angebote
<p>Reutlingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche (Themenschwerpunkte: Besseres Verständnis des eigenen Körpers, Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, gesunder Lebensstil, Ernährung, Sozialkompetenz → Veranstaltungen mit Lehrern, Ärzten, Psychologen/Psychiatern, Sozialpädagogen, Erziehern, etc; Nachhaltigkeit ist wichtig!) • Spezifische Informationsveranstaltungen Essstörungen insbesondere für Eltern sowie Transparenz der Angebote (Insbesondere Aufklärung über erste Anzeichen einer Essstörung → austeilern von Informationsmaterial BZgA an Elternsprechtagen / Elternabenden; „Wie kann ich mein Kind stärken“) • Einführung Schulgesundheits- und -krankenpfleger/in an Schulen • Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen; handelnder Akteur: Psychotherapeut oder Kinder- und Jugend Psychiater; 2x eine Stunde) • Gründung Netzwerk Anorexie landkreisintern mit Option zur landkreisübergreifenden Erweiterung (Modellregion SÜD); Integration ins Netzwerk: Einführung Hometreatment, Notfalltermine organisiert im Netzwerk / Sicherstellung einer Interimsversorgung, Landkreisübergreifende Wohngruppen → Organisation durch Netzwerk, Transparenz von Angeboten inkl. Ansprechstelle, ggfs. als Case-Manager, Organisation, Kommunikation i.R. einer Plattform mit individuellen Zugriffsrechten • Einführung Interimsversorgung (Ausbau der Schulsozialarbeit; Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen für LK Reutlingen , Angebot von Notfallterminen im LK Reutlingen) • Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung (Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung zur Reduzierung der langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich) • Verbesserung der Schnittstelle zur langfristigen niederschweligen Begleitung (nach Abschluss der medizinischen Behandlung) 	

AG Darmkrebs, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (z.B. Aktionstage/ -wochen wie „Begehrter Darm auf dem Marktplatz in Biberach“ oder „Darmwoche“ mit Informationsveranstaltungen zu Darmkrankheiten; Verteilung von geeignetem Informationsmaterial; Anforderung von Stuhluntersuchungssets Online bei der BKK) • Aufklärung über (Unterschiede zwischen) Anschlussheilbehandlung und Reha • Kontaktaufnahme durch den ÖGD für Personen ab 55 Jahren (Informationen über das Krankheitsbild Darmkrebs sowie die Möglichkeiten zur Prävention) • Ausbau/ Verbesserung von Beratungsstellen (Sicherstellung der Finanzierung der psychosozialen Krebsberatungsstellen; Schaffung einer Außensprechstunde der psychosozialen Krebsberatungsstellen Ulm im Landkreis Biberach; Krebsberatungsstellen könnten auch Kapazitätsprobleme im Bereich der Psychoonkologie mit abdecken) • Einführung eines Case Managements (Klärung der Rahmenbedingungen; Schaffung von Anreizen für Hausarztpraxen, um die Rolle des Case-Managers zu übernehmen) • Verbesserung der Kontinuität der Behandlung (z.B. wenn Patienten außerhalb des Landkreises behandelt wurden und dann wieder ins Netzwerk (Tumorboard) wollen) • Verbesserung der Wiedereingliederung in das Berufsleben (Ausbau Integrationsfachdienst) • Verbesserung der Überschaubarkeit der Angebote für die Patienten • Aufbau von (neutralen) Pflegestützpunkten 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Prävention und Stärkung der Motivation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Reminding der Krankenkassen zur Darmkrebsvorsorge ○ „Bonuspunkte“ von Krankenkassen für Vorsorge ○ Nichtinvasive Vorsorgeuntersuchungen ○ Thema Gesundheit und Information zu Gesundheitsförderung und Prävention in allen Settings (Schule, Betrieb, Freizeit...) • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit • Ausbau und Koordination der Gesundheitsförderung und Prävention • Förderung der gezielten Identifikation von Risikogruppen • Weiterentwicklung personalisierte Medizin: <ul style="list-style-type: none"> ○ elektronische Patientenakte ○ Patientenmappe mit Infos und Befunden • Verbesserung der Zusammenarbeit/ Kooperation der Behandelnden, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> ○ Versorgung in Zentren: Diagnostik, multimodale Therapie und Nachsorge durch ein gut vernetztes Behandlungsteam ○ Ambulant/ stationäre Zentren inkl. Case- Manager und inkl. Programm für Familienangehörige ○ Patienten sollten im lokalen zertifizierten Darmkrebszentrum behandelt werden (Koordination der Patientenströme) ○ Nachsorge sollte im zertifizierten Darmkrebszentrum möglich sein ○ Multiprofessionelles Behandlungsteam ○ Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen Ärzten ○ Versorgung in Zentren: Diagnostik, multimodale Therapie und Nachsorge durch ein gut vernetztes Behandlungsteam
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchung erhöhen (durch Hausärzte (informiert über die die Kreisärzteschafts-Vorsitzenden in regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen), Krankenkassen (Bonussystem, in dem Rückerstattungen für Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden); Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit durch Rentenversicherung und Betriebe (sollten Mitarbeitende auf Vorsorgekoloskopie aufmerksam machen) • Gezielte Identifikation von Risikogruppen in gastroenterologischen Praxen (Familienanamnese und Stammbaum-Analyse; hierfür Checkliste zum Ankreuzen (z.B. nach den Amsterdamkriterien) → Auswertung ausgefüllter Checklisten und weitere Betreuung der Patienten im Darmkrebszentrum) • Ausbau präventiver Angebote (Gesundheitsförderung und Prävention in Schulen und KiTas ausbauen (z.B. gesunde Mittagsverpflegung); Betriebliches Gesundheitsmanagement fördern (Bewegungsangebote, gesundes Essensangebot in der Kantine, Incentives/Vergünstigungen für Teilnahme an Krebsvorsorge, intensives Bewerben der Krebsvorsorgeuntersuchung. Präventionswochen in Rehakliniken, in denen auch die Darmkrebsvorsorge durchgeführt wird (Rehaklinik Überruh bietet dies beispielsweise für Betriebe an)); Krankenkassen: kostenlose Angebote zur Verfügung stellen (z.B. zu Bewegung und Ernährung) • Einführung von School Nurses • Koordinierungsstelle und Lotse sollte das Darmkrebszentrum sein, dieses ist bereits vorhanden • Aufstockung/der Ausbau der Krebsberatungsstelle (Angesiedelt beim Landratsamt, der Stadt oder – wie aktuell der Fall – an einer Klinik) • Verbesserung der Zusammenarbeit / Kooperation: Kommunikation und Kooperation im Netzwerk vereinfachen (z.B. Selbsthilfegruppen - Hausärzte; Pflegedienst - Hausärzte; Apotheken - Krankenkassen) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen / verbessern (Flexibleres und unkomplizierteres Reha-Angebot (Anschlussheilbehandlung), Kostenträger sollten den Beginn der Reha bereits während der Chemotherapie ermöglichen, Idealerweise sollten Reha-Einrichtungen auch Chemotherapie anbieten dürfen → Gesetzesänderung: Kostenträger sollten sich hierauf verständigen!) • Verbesserung der Koordination der verschiedenen Leistungsanbieter • Vereinfachung und Beschleunigung der Antragsstellung (Vereinfachung/ Vereinheitlichung der Antragsformulare, ggf. Sozialdienstsprechstunde in den Facharztpraxen zur Erstellung der Anträge; Vereinfachung und Koordination der Kostenträger bzgl. aller Reha-Maßnahmen (z.B. Reha und Chemotherapie sollte zeitgleich erfolgen können) • Personelle Ressourcen schaffen (Finanzielle Verstärkung der Krebsberatungsstelle, Ernährungsberater, Psychoonkologen) • Beratungsqualität in Bezug auf bestehende Angebote und Behandlungsmöglichkeiten verbessern (durch Krebsberatungsstelle). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Behandlungskoordination durch das zertifizierte Darmkrebszentrum ○ Ausbau Telematik • Rehabilitation und Nachsorge vereinfachen/ verbessern <ul style="list-style-type: none"> ○ Bessere Überleitung ○ Bessere Vernetzung mit Zentren, Kommunen, Arbeitgebern ○ Patientenmappe mit Infos und Befunden/ Nachsorgepass • (Weiter-) Finanzierung und Ausbau der ambulanten, psychosozialen Krebsberatung • Erhöhung der Mobilität der Patienten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fahrdienste ○ E- Mobilität ○ Absprachen unter Patienten • Weiterentwicklung personalisierte Medizin (elektronische Patientenakte, Patientenmappe mit Infos und Befunden)
Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit • Stärkung der Motivation zur Prävention, z. B. Einführung Vorsorgepass • Verbesserung der Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen • Etablierung Informationen über Darmkrebsfrüherkennung in BGM • Einführung von Präventionsfachkräften an Schulen für Informationsveranstaltungen • Einführung Schulgesundheitsfachkraft • Gesundheit in den Lehrplan integrieren (Referatserstellung durch Schüler, GSF) • Einführung Nachsorgepass (→ Transparenz über Nachsorgeuntersuchungen) • Telematik • Psychosoziale Krebsberatungsstelle schaffen • Brückenpflege • Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung (stationäre Hospize) • Einbindung des Hospitzdienstes in die Betreuung • Ausbau stationärer Kurzzeitpflegeplätze • Ausbau von niederschweligen / ehrenamtlichen Angeboten • Einführung eines Case Managers 	

AG Demenz, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkt Aufklärung der Öffentlichkeit (Aufklärung über die Erkrankung, Entstigmatisierung, Schulen und Kitas zusammen mit Demenzpatienten besuchen) • Verbesserung der Zusammenarbeit in der Gesundheitsförderung (z.B. zwischen ÖGD, Bildungsträger, Medien, Patient, Lebenswelt, Netzwerk Demenz, Vereine, Seniorenbüro) • Ausbau und Vertiefung des Netzwerkes Demenz • Verbesserung der Zusammenarbeit und Kommunikation in der Behandlung (Vernetzung unter den Behandlern und Betreuern, Austausch im Krankenhaus zwischen den Fachärzten, Möglichkeit der Priorisierung von Behandlungsangeboten (Triage) durch verbesserte Kommunikation; Verbesserung bestimmter Schnittstellen, z.B. Hausarzt zu Pflege, Hausarzt zu Fachklinik) • Ausbau der Telematik (Telemedizin für den schnellen Befundaustausch, Strukturierte Kommunikation zwischen Akutbehandler, Nachbehandler, Hausarzt z.B. durch Gruppentelefonat, Telefonischer Austausch) und Digitale Patientenakte • Einführung eines Case Managements → Die Hausarztpraxis soll durch Rahmenbedingungen in die Lage versetzt werden, Case Management zu übernehmen • Ausbau flächendeckender Beratungsangebote und Kriseninterventionsmöglichkeiten (Aufbau eines Pflegestützpunktes) • Verbesserung der Versorgung von Demenzkranken (Verbesserung der Platzkapazitäten bei der Versorgung von Demenzkranken (z.B. Verbesserung von Betreuungsangeboten/ der heimatortnahen Versorgung), Schaffung von Anreizen für eine verbesserte, qualifizierte Versorgung von Demenzkranken (gerichtet an die Kostenträger, ambulant und stationär), Schaffung von mehr Heimplätzen für fallschwere Patienten, Ausbau der Tagespflege, Schaffung innovativer Versorgungsformen / Wohnformen, Drastische Aufwertung der Pflegeberufe; Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patienten insbesondere in Bezug auf Finanzierung und Dauer der Kurzzeitpflege und Rehabilitation) • Gute Vernetzung des (im Herbst 2017) kommenden Pflegestützpunktes • Ausbau des niederschweligen Angebotes (Z.B. Einrichtung von Fahrdiensten, Ausbau heimortnahe Versorgung/ Ausbau wohnortnaher therapeutischer Angebote) • Ausbau des Angebotes für Angehörige (Entlastungsangebote der Angehörigen (Betreuung, gemeinsame Urlaube und Kuren etc.), Aufklärung und Schulung für Angehörige) • Verbesserung der Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkt Aufklärung der Öffentlichkeit • Verbesserung der Betreuung im häuslichen Umfeld (bezahlbare Betreuung → Sozialministerium muss die Unterstützungsangebotverordnung (§45a SGB XI) anpassen, Förderung von Laienarbeit / zeitlich begrenztem Engagement, Aufklärung der Angehörigen über abrufbare Leistungen, Gemeinschaftsangebote, Poolbildung Hauswirtschaft – Betreuung – Pflege; Vernetzung von Haushalten/ digitalen Diensten, Betreuung durch Gleichaltrige) • Aufwertung und Ausbau der Pflegeberufe (Status und Geld; Dienstleistungen attraktiv machen → z.B. Roboter) • Qualitätssicherung (Checklisten zur Prüfung der geleisteten Pflege der Angehörigen, Frühe fachliche Beratung der Angehörigen und Hilfestellung durch einen Case-Manager mit ausreichend Befugnissen, Qualitätskontrollen bei Vermittlungsagenturen/osteuropäischen Pflegekräften) • Transparente Zertifizierung von Betreuungs- und Pflegepersonal • Ausbau niederschwelliger (adressatenorientierter) Angebote (Versorgungsverbindlichkeit/ Nachsorgeverpflichtung, Überbrückung der Pflege bis zur ambulanten Weitsversorgung, nutzen der bestehenden Vereinsstruktur, Ehrenamt als wichtiger Baustein, elektronische Mittel)
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (generationenübergreifender Sensibilisierung + Schaffung von Teilhabemöglichkeiten, Sensibilisierung der Öffentlichkeit für Demenz-Begriff notwendig, Sensibilisierung von Seniorenclubs für Umgang mit Auffälligkeiten notwendig, Aufklärung von Angehörigen + Nachbarschaftsgruppen zu Haftungs- / rechtlichen Fragen; Stärkung der Selbstständigkeit von Betroffenen) • Einbindung des Quartiers/der Kommune (Vereine dazuzählen) • Schaffung adressatenorientierter Angebote (finanzielle Unterstützung von Klinik-Clowns, niedrigschwellige Angebote wie z. B. Puppenspieler, Märchenerzähler, Zauberer, Musikangebote Humor, Arbeit mit Tieren (z.B. Therapiehund). Denkspiele des Ravensburger Spieleverlags) • Netzwerk stärken (Kooperationen zu Hausärzten verbessern) 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung / Stärkung von Netzwerken; Transparenz/Zusammenschluss von Netzwerken; Ausbau Netzwerk Demenz (Koordination der Behandlung durch ein im Netzwerk organisiertes Case-Management; Institutionen Zusammenbringen → landkreisübergreifend (vom Besten lernen) und landkreisintern (Umsetzung konkreter Veränderungen in sektorenübergreifender Versorgung; Unterstützung durch Politik für landkreisübergreifende Treffen)

	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung der Rahmenbedingungen für Case Management (evtl. Hausarzt gemeinsam mit Demenzberaterin, Pflegestützpunkte und ZUHAUSE LE-BEN-Stellen könnten es übernehmen, Sozialdienst der AOK sehr gut → auch andere Krankenkassen in die Pflicht nehmen) • Ausbau des (niedrigschwelligen) Angebots (fehlende stundenweisen Betreuungsangeboten v.a. in Häuslichkeit und Nachtversorgung (Nachbarschaftshilfe, häusliche Betreuungsdienste und Pflegedienste können Nachfrage nicht abdecken) → Finanzierung solcher Angebot schwierig, kostenfreie Schulungen für Betroffene und Angehörige, kleinräumige / quartiersnahe Angebote → z.B. „Bewegung im Kopf“, spezielle Angebote von bestehenden Vereinen für Demenzkranke, systematisiert mit Abholdienst) • Personal- und Ressourcenmangel entgegenwirken (Mangel an Therapeuten, Ressourcenmangel bei Hausärzten; Ausreichende Finanzierung von kostengünstigen Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige, Strukturierung von 24h-Versorgung (Dienste aus Osteuropa zwar wichtig, aber Qualitätsspektrum undurchsichtig); Schutz der Mitarbeiter sehr wichtig, Unterstützung Angehöriger bei Versorgungsmanagement im Zuhause; Mangel an Betreuungskräften im stationären Bereich) • Standardisierte Begriffsgebung (z.B. „Zu Hause Leben“ = „Pflegestützpunkt“) 	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzwohngruppen/Quartiersbezogene Wohngruppen; Demenz-WGs und kleine Pflegeeinheiten (Schaffung neuer Wohnformen) • Nachhaltige Finanzierung von demenzfreundlichen Kommunen (Projekten, z. B. Inklusionsprojekte „Demenz“ (Geschäfte, Vereine, Behörden) etc.) • Verbesserung der Angebote/ Qualifizierung der Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen • Personal- und Ressourcenmangel entgegenwirken • Ausbau Telematik und digitale Patientenakte • Verbesserung Entlasmanagement (Brückenpflege)
Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit (Multiprofessionelle Aufklärung über Erkrankungen, insb. In ländlichen Regionen, Abbau der Hemmschwelle führt zur Akzeptanz der Erkrankung für Betroffene und Angehörige, Schulung in möglichst vielen Betriebe wie z.B. Bankangestellte oder Verkäufer, um sie für das Thema Demenz zu sensibilisieren. Betriebe: Infos über Demenz bei Angehörigen und mögliche Unterstützungsangebote wirken präventiv entlastend Z.B. auch über „Gesunde Gemeinde“ oder „BGM“ (Betriebliche Gesundheitsförderung; Arbeitgeber sollen in Bezug auf Familienfreundlichkeit be-/gestärkt werden.), Strukturen, um im Alter lange selbständig zu bleiben schaffen, lange selbstbestimmt bleiben) • Ausbau der Beratungs- und Informationsarbeit (Pflegestützpunkt → sollten mehr in die Fläche gebracht werden, um näher an die Bürger heranzukommen (Dies sollte als Modellprojekt umgesetzt werden. Die Kranken- und Pflegekassen geben bisher keine Zustimmung zu den dezentralen Stützpunkten), Familiengesundheitspflegerin (Gemeindekrankenschwester), „gesunde Gemeinde“ ist besonders geeignet, um ortsnahe am Bürger zu agieren) • Ausbau des Netzwerkes Demenz/ Alterspsychiatrie (Verbesserung der Kommunikation/Schnittstellen z.B. durch Qualitätszirkel, individuelle Fallbesprechungen; Vertreter der Alterspsychiatrie sollten im Netzwerk Demenz mit vertreten sein.) • Schaffung von Transparenz über Angebote – unabhängige Koordinierungsstelle – Beratungsstellen bleiben erhalten (Transparenz sowohl für Patienten und Angehörige als auch für die Akteure, Ansprechpartner für „Pflegetotse“ oder Gemeindekrankenschwester) • Ausbau Telematik (Z.B. eGK, KV Connect) • Aufwertung und Ausbau Pflegeberufe zum Abbau Pflegekräftemangel • Ausbau Brückenpflege für Demenzpatienten / Demenzlotse nach KH-Aufenthalt (Flächendeckend und quartiersbezogen) • „Gemeindearbeit“ für und mit Demenzpatienten →z.B. Integration in „Gesunde Gemeinde“ 	

	<ul style="list-style-type: none">• Verbesserung der Schnittstellen: (Fehlende) Schnittstellen/ Kommunikation zwischen stat. Behandlung und Pflege im städtischen Raum muss ständig verbessert werden in den Sitzungen des Schnittstellen-Managements Krankenhaus – ambulante Versorgung; Schnittstellen Hausärzte und psychosoziale Versorgung• Familiengesundheitspflegerin / „Gemeindekrankenschwester“ (Finanzierung solcher Stellen, Organisation von multiprofessionellen Veranstaltungen (Netzwerk Demenz), Vermittlung ehrenamtlicher Helfer, Ansprechpartner für Angehörige / Organisation von Veranstaltungen für Angehörige)• Ausbau niederschwelliger Angebote → ggf. Organisation und Schulungen durch Gemeindekrankenschwester“ in Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern (Aufsuchende Betreuung/Arbeit, Besuchsdienste (z.B. über die Kirchen), hauswirtschaftliche Hilfen)• Schaffung neuer Wohnformen• Differenzierte Diagnostik der verschiedenen Demenz-Formen (Memory Clinic, Psychiater)• Einführung des DMP Demenz incl. der dazu erforderlichen Schulungen	
--	--	--

AG Depression, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrter Einsatz von Medien zur Aufklärung über die Erkrankung (Ansprache auf verschiedenen Ebenen) • Verstärkung der Zusammenarbeit von Kita, Schule und ÖGD (Gesundheitskonferenzen) (Zusammenschluss zu einem Netzwerk; Austausch durch nachfragen (Mail, Telefon)) • Übernahme von Koordinationsaufgaben durch den ÖGD (Schaffung von Transparenz der Angebote; → ÖGD als Ansprechpartner im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Sammlung der Angebote, sowie zur Steigerung Motivation der Bevölkerung)) • Einrichtung eines „Mobilen Teams“ (Bestehend aus Ärzten mit „allgemeinärztlichen Funktionen“, ggfs. Sozialpädagogen und dem Netzwerk Burn-Out und Depression; Hausarzt als Case Manager (insbesondere für das „inhaltliche Management“, d.h. welche Institutionen vom Patienten aufgesucht werden sollten); Organisation ggf. durch Case Manager; Kommunikation über Telefonate, ggf. patientenbezogene Fallbesprechungen → Verbesserung der Kommunikation unter den Ärzten • Einführung eines (unabhängigen) Case Managements (Übernimmt koordinierende Funktion (Vermittelt Kontakte und Angebote, behält Überblick über Behandlungsverlauf, findet Termine); ggfs. durch eine Stelle in der Hausarztpraxis möglich; Case-Manager übernimmt Organisation und Koordination von ca. 20 Hausärzten) • Verbesserung der Kommunikation zwischen den Behandelnden (Geregelte und transparente Telefonsprechzeiten, sodass die beteiligten Fachgruppen zu diesen Zeiten für die „Kollegen“ erreichbar sind. Einrichtung eines sicheren Chats / einer Kommunikationsplattform zur Erleichterung der Zusammenarbeit) • Sektorenübergreifender Versorgungsauftrag (Entwicklung eines sektorenübergreifenden Versorgungsauftrages; Schaffung von Netzwerken; Arbeitsgruppe sollte aus allen maßgeblichen Akteuren der Selbstverwaltung zusammengesetzt sein; keine rein sektorale Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser; Einschluss des Hometreatments; Einbindung der KV und der Berufsverbände in diese Arbeitsgruppe) • Ausbau der Telematik (Maßnahmen zur Gewährleistung eines gesicherten Netzes zur Kommunikation) • Transparenz über die Angebote im Landkreis (Einrichtung von Beratungsstellen, die einen Überblick über alle bestehenden Angebote ermöglichen, sowie Informationen über Finanzierung etc.; Schaffung einer zentralen Anlaufstelle für Patienten, an welcher alle bestehenden Angebote abgerufen werden können, z.B. computergesteuertes System mit allen im LK verfügbaren Angeboten und direkter Terminvereinbarungs-möglichkeiten; Die Koordination der Angebote sollte durch eine unabhängige Institution übernommen werden, z.B. Sozialministerium) • Ausbau von Hometreatment-Angeboten • Beratungsangebot für Patienten • Schulungen/ Qualifizierungsmaßnahmen (Einrichtung regelmäßiger Schulungen von Mitarbeitern in den Facharztpraxen/ Hausarztpraxen zur Früherkennung der Depression; Einführung von Qualifizierungsmaßnahmen für Peers) • Schaffung weiterer Stellen in der Akut- und Krisenversorgung (Einstellung von Fachkräften im ärztlichen, pflegerischen und fachtherapeutischen Bereich; Schaffung von Genesungsbegleitern) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der Bevölkerung • Verbesserung der Prävention (Frühe Aufklärung/niedrigschwellige Angebote nicht nur über Primärversorgung; neue Medien/digitale Technologien (in der Beratung und Behandlung) nutzen; Nachhaltig sicherstellen; Endstigmatisierung) • Schulgesundheitsfachkräfte • Lotse begleitet durch das System/die Behandlung; Einführung eines Gesundheitslotsen (Begleitung durch Versorgungslandschaft und Behandlung; Freiwillige Basis; Case Management) • Niedrigschwelliger und früher Zugang • Sektorenübergreifende Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team / Vernetzung aller Behandler (Multiprofessionelles Behandlungsteam, sektorenübergreifend; Auch Beteiligung der Kostenträger und Angehörigen; Gemeinsame Fallkonferenzen; Verbesserung der Zusammenarbeit von Zentren und niedergelassenen Ärzten; Verbesserte Nachsorge) • (Behandlungs-)Netzwerk auf landkreisebene ansiedeln • Überregionales Netzwerk: weitere Themen (z.B. Behandlungsleitlinien) landkreisübergreifend • Einbeziehung/Stärkung des Settings Schule/Betrieb (School Nurse; Frühe Aufklärung/Projektarbeit; BGM) • Betriebliches Gesundheitsmanagement: Nicht verpflichtend, stattdessen Anreize setzen; ungeklärte/schwierige Finanzierung • Weiterentwicklung personalisierte Medizin (Elektronische/digitale Patientenakte; Zugriff für alle an der Behandlung beteiligten Personen; Beachtung des Datenschutzes) • Hometreatment (Einbeziehung der Angehörigen; Ggf. Schulung der Angehörigen, ergänzender Baustein für ausgewählte Patienten; Ausgehend vom stationären Behandlungsteam)

	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau und Verbesserung der Ressourcen (Verkürzung der Wartezeiten bis zur stat. Aufnahme (z. B. Schaffung von Notfallbetten); Schaffung von Anreizen zur Verbesserung der Akutversorgung im amb. Setting (z. B. Antragswesen überarbeiten, Vergütung von probatorischen Sitzungen); Verkürzung der Wartezeiten bis zum Beginn einer ambulanten Therapie; Verbesserung der Wartezeiten im Reha- Bereich; Einrichtung eines 24h Krisendienstes; Planung Hometreatment (Angliederung von Angeboten und Plänen für Hometreatment an die stationäre Behandlung. Sektorenübergreifender Versorgungsauftrag)) • Finanzierung (Schaffung von Transparenz und Klarheit bezüglich der Finanzierung; Mittragen von Reha-akut von allen Kostenträgern) • IV- Modell (Durchführung des IV-Modells von allen KK) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsplanung und Finanzierung (Überarbeitung der Bedarfsplanung (gemeinsame Beplanung der ambulanten und stationären Versorgung); Bessere Bezahlung der Psychotherapeuten) • Telemedizin/ Telematik • Interimsversorgung/ Ausbau Gruppentherapieangebote • Vergütung sowie Bedarfsplanung der Haus- und Fachärzte
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung (Vermehrte Aufklärung der Bevölkerung über die Erkrankung; Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsproblemen durch Arbeitsbelastung; Hochschulen und Schulen sensibilisieren (Schulungen, Infoabende...). Früherkennung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen notwendig! Betroffenen Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, z.B. an wen sie sich wenden können.) • Präventionsangebote der Betriebe/ Arbeitgeber ausbauen • Fortbildungen für Hausärzte (Zuständig dafür sind Ärztekammer, Kreisärzteschaft, Hausärzterverband (bietet bereits Fortbildungen an im Sinne von Qualitätszirkeln). Die Planung von Fortbildungen läuft bereits in der Ärztekammer. Inhalt sollte sein: Depression frühzeitig erkennen und Behandlung gemäß der Leitlinie durchführen. Verwechslung mit/ Erkennen von kognitiven Störungen im Alter (als Ausdruck der Depression). Psychosomatische Grundversorgung als Fortbildung für Ärzte ist bereits vorhanden, aber für Allgemeinmediziner schlecht bezahlt, daher häufig geringes Interesse → Ökonomische Aspekte sollten berücksichtigt werden) • Gesundheitsförderung als politische Aufgabe (Initiierung in der Kommune sowie auf Landes- und Bundesebene (z.B. BZgA)) • Einführung eines (unabhängigen) Case Managements (Übernimmt koordinierende Funktion (Vermittlung von Kontakten/Angeboten, Überblick über Behandlungsverlauf, Terminplanung)) • Einrichtung einer Koordinationsstelle/-plattform, die Aufschluss über Therapieangebote und freie Plätze gibt • Verbesserung der Kommunikation zwischen den Behandelnden (z. B. zwischen Hausärzten und ZfP; Fachärzte kommen in regelmäßigen Abständen in die allgemeinmedizinischen Praxen, sehen dort den Patienten und führen gemeinsame Visiten durch → Patientenbezogene Behandlungsplanung (involvierte Akteure: Geriatrie, Psychosomatik, Psychologie, Pflege, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialpsychiatrischer Dienst)) • Ausbau der Ressourcen für sektorübergreifende Kooperationen • Schaffung von Stellen für ambulante Psychiater (Regelversorgung Neurologie und Psychiatrie müsste getrennt betrachtet werden) • Ausbau der Telefonseelsorge (personelle / Finanzielle Aufstockung) • Finanzierung (Sicherung der Finanzierung von Therapieangeboten im ambulanten Bereich; Verbesserung der finanziellen Vergütung für psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung; Bezahlung für Gruppenangebote verbessern und Anreize schaffen) • Ausbau von Therapieplätzen mit dem Schwerpunkt in der Gruppentherapie (z.B. Gruppentherapie für ältere Menschen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entlassmanagement • Stärkung der Aus-, Weiter-, Fortbildung

	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Strukturen, um zeitnahe Facharzttermine und zeitnahe Rückmeldungen der Fachärzte an die Allgemeinmedizin bzw. Kinder- und Jugendmedizin zu ermöglichen • Stärkung der aufsuchenden Hilfen (personelle Aufstockung) • Unterstützung arbeitsloser Betroffener beim Wiedereinstieg in das Berufsleben • Bürokratie im Bereich der Psychotherapie abbauen • Selbsthilfegruppen mehr ausbauen 	
Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Multiprofessionelle Veranstaltungen für Kinder und Jugendliche (Themenschwerpunkte: Besseres Verständnis des eigenen Körpers, Selbsteinschätzung und Selbstwahrnehmung, Stärkung des Selbstbewusstseins, gesunder Lebensstil, Ernährung; Thema „Pubertät“ mit dem Unterthema „Depression und Leistung“ → Veranstaltungen mit Lehrern, Ärzten, Psychologen/Psychiatern, Sozialpädagogen, Erziehern, etc; Verbesserung der Kommunikation zwischen Schülern und Schulansprechpartnern) • Multiprofessionelle Infoveranstaltungen zum Thema Depression und Leistung (Einbezug von Betroffenen → Zielgruppenspezifisch (z.B. Männer, Lehrer, Schüler etc.) • Ausbau der Maßnahmen für Ältere unter Einbezug von Multiplikatoren • Integration eines Schulfaches „Gesundheit“ oder „Mein Körper und ich“ in den Lehrplan → „Lebenspraktische Fächer“ (fächerübergreifend) • Einführung Schulkrankenschwester in Schulen • Einführung BGM in kleine und mittelständige Betriebe (Initiative durch Kreisgesundheitsamt) • Einführung Transitionssprechstunde bei Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen (einschl. psych. Erkrankungen) sowie Übergang zwischen Erwachsenenmedizin und Geriatrie; Verbesserung der Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin • Case-Manager / Patientenbegleiter (sollte erster Ansprechpartner /Vertrauensperson des Patienten sein inkl. Organisation des weiteren Behandlungsablaufs und Kommunikation mit Behandlungsteam <input type="checkbox"/> bei medizinischem Fachpersonal gesonderte Vergütung ; Sonst Patientenbegleiter über Kostenträger, analog BOSCH BKK) • Schaffung Transparenz aller Angebote (Beratungsstellen, Fachärzte, Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen, Sportgruppen, etc.) • Ausbau Netzwerk Psychiatrie (derzeit in Reutlingen Netzwerk Alterspsychiatrie, Kommunales Suchthilfenetzwerk, ...) → Plattform mit Terminvergabe, Notfalltermine, Informationen, regelmäßiger Austausch, Kriseninterventionsteam, Transparenz aller Angebote, Organisation von Case-Managern → Vereinigung zu einem Netzwerk Psychiatrie (derzeit in Reutlingen Netzwerk Alterspsychiatrie, Kommunales Suchthilfenetzwerk, ...) → Plattform mit Terminvergabe, Notfalltermine, Informationen, regelmäßiger, Austausch, Kriseninterventionsteam, Transparenz aller Angebote, Organisation von Case-Managern • Zentrum für Psychiatrie (ambulante und stationäre Behandlung zur Kontinuität des Behandlerteams) • Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung → Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung zur Reduzierung der langen Wartezeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich 	

AG Diabetes, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Aufklärung und Beratung (Schaffung einer Mütter-/Elternberatung; Aufklärung junger Mütter – Einbezug der Familienhebamme; Information und Aufklärung über die Wichtigkeit der J1; Aufklärung über Adipositas in der Schule; Bewusstsein in der Bevölkerung stärken; gezielte Aufklärung Jugendlicher → Wunsch nach einer Schulkrankenschwester / nicht pädagogischem Personal; Einsatz von Medien → Qualifizierte Plattformen besser bekannt machen) • Angebotsausbau z.B. für Blutzuckertests – Urinteststreifen einer Zeitschrift, z.B. Apothekenumschau beilegen; Problem Jugendliche werden nicht erreicht • Ausbau der Zusammenarbeit mit dem ÖGD (Untersuchung der Kinder – BMI z.B. durch das Gesundheitsamt; Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitskonferenz) • Schule über die Gesundheitskonferenz mit einbeziehen • Einbindung der Krankenkassen (als Geldgeber) • Koordination der Behandlung / Case Management (Einführung eines Case-Managements/ Formulierung von Rahmenbedingungen für ein Case-Management; Verbesserung der Koordination der Behandlung, z.B. durch den Hausarzt; Weiterentwicklung der DMPs und Zusammenführung mit dem Case Management) • Zusammenarbeit in Teams /Vernetzung (Zusammensetzung eines Hauptversorgerteams (z.B. Hinzunahme von Apothekern, VERAHS, Sozialarbeiterinnen etc.); Verbesserung der Vernetzung des Versorgerteams (incl. Telemedizin); Verbesserung der Zusammenarbeit (Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Kinder- und Jugendmedizin, Betroffene bzw. Eltern, Familie, Pflegedienst)) • Frühere Überweisung (→ von Hausärzten an die Diabetologen, dadurch ließen sich beim HA die Kapazitäten erhöhen und evtl. Behandlungskosten reduzieren; auch hier Case Manager hilfreich?!) • Verbesserung der Kommunikation (Auch über neue Kommunikationswege (E-Mail, Video-Chat, digitale Patientenakte); Digitale Patientenakte (Speicherung der krankheitsbezogenen Daten; alle beteiligten Akteure können darauf zugreifen, allerdings nicht immer alle Akteure auf alle Daten) • Anpassen der Anreize zur Beratung im Vergütungssystem (Für Hausärzte (Vergütung präventiver Sprechstunden, Vergütung für Beratung)) • Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen: Positive Entwicklungen in der Versorgung übergewichtiger Jugendlicher und geriatrischer Diabetes-Patienten sollen weiter ausgebaut werden (- Ministerium / Bundesebene) (Übergewichtige Jugendliche: Übernahme der Kosten einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung für an Diabetes erkrankte Jugendliche; Geriatrische Patienten: zukünftige Versorgung und soziale Alltagsunterstützung älterer Menschen unter den Bedingungen des Fachkräftemangels weiter ausbaufähig; Berücksichtigung des demographischen Wandels, z.B. alternative Versorgungsstrukturen unter Einbeziehung von Fachfremden) • Unterstützung der hausärztlichen Tätigkeit (Durch Sozialarbeiterin; Durch speziell ausgebildete Medizinische Fachangestellte (VERAH); Regelmäßige Rückmeldung anderer an der Versorgung beteiligter Akteure) • Verbesserung des Zugangs zu Schulungen (ÖPNV- Problem) , Schulungen nur in Biberach (Schulungsverein) • Analyse der Bedarfsplanung bezüglich Fachärzten seitens der KV ist dem tatsächlichen Bedarf anzupassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulgesundheitsfachkraft an Schulen (Differenzierung notwendig: Schulgesundheitsfachkräfte vs. Schulkrankenpflegekräfte; Wunsch: Modellprojekt zu Schulkrankenpflegekräften) • Förderung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (Unterstützung bei Lebensführung / -anpassung; Stärkung des lokalen Angebots) • „Gesunde Schule“ als Gesamtkonzept • Ausbau des adressatenspezifischen Angebots • Verbesserte Schulung, Aufklärung, Beratung (Gesellschaftliche Anerkennung von Diabetes) • Verankerung gesundheits-relevanter Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Lehrkräften • Screening im stationären Setting • Mehr Anreize im Vergütungssystem zur präventiven Beratung durch die Hausärzte • Einrichtung eines sektorenübergreifenden „Diabeteshauses“ (Zusammenarbeit in multi-professionellen Teams / Vernetzung (inkl. Podologen oder Optikern); Koordination der Behandlung / Case Management incl. webbasierter Koordinationsstelle) • Verbesserung der Versorgung bestimmter Patientengruppen (z. B. Nachbetreuung älterer Menschen nach stationärem Aufenthalt; Patientenkontakt aufrecht erhalten → mehr Zeit für Therapie) • Diabetespass als App • Schulungsangebote/ Fortbildungen für Hausärzte • Unterstützung der hausärztlichen Tätigkeit (Delegation) • Ausbau telemedizinischer Maßnahmen; Telemedizin nutzen (Blutzuckersensoren, Telekonsultationen) • Diabetes-Büro mit kleinem Team aus Spezialisten, die niederschwelliges Informationsangebot

<p>Ravensburg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erweiterung der Indikation zur Übernahme der Kosten für Teststreifen • Förderung von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (Prävention an Schulen und KiTas stärken, aber nicht überfrachten; Bevölkerungsweite Förderung von Bewegung und gesunder Ernährung; Dauerhafte, nachhaltige und zielgruppenspezifische Angebote (z.B. mehr auf Primär-, sekundär- und tertiärpräventiv angelegte Angebote für gefährdete Kinder in Sportvereinen; Kostenlose Beratung für übergewichtige/adipöse Personen ab einem bestimmten BMI (z. B. Beratungen in den Bereichen Ernährung, Psychologie und Sporttherapie); Schulträger müssen Verantwortung für die Schulverpflegung übernehmen; Sensibilisierung der Betroffenen und der Bevölkerung („schlechtes Gewissen“ der Betroffenen nehmen, z.B. durch Diabetesberatung; Motivation erhöhen, z.B. durch Psychologen und durch Kampagnen); Schulsport „neu denken“: Freude an der Bewegung in den Vordergrund stellen und nicht die Benotung; mehr Unterstützung betroffener Kinder in der Schule) • Enge Vernetzung der beteiligten Akteure (Angebote der Krankenkasse als App zugänglich machen; Möglichkeiten schaffen, dass betreuende Ärzte schon in der Prävention aktiv werden und nicht erst in der späteren Versorgung. Zeitmangel hindert die Ärzte momentan daran; Übergeordnete, fest installierte staatliche Koordinierungsstelle notwendig (kein Pilotprojekt! Landkreis sollte zuständig sein, Finanzierung durch Steuergelder oder GKV-Gelder)) • Gestationsdiabetes berücksichtigen (Präventionsangebote für schwangere Frauen schaffen, da die Ernährung in der Schwangerschaft und die Ernährung des Kindes in den ersten beiden Lebensjahren besonders wichtig sind. Z.B. umsetzbar durch Ernährungsberatung, Bewegungsförderung, Vermeidung von Übergewicht; Diese sensible Phase, in der Frauen für Verhaltensänderungen zugänglicher sind, sollte genutzt werden.) • Einführung eines Case Managements (Case Manager als Berater & Lotse durch das Gesundheitssystem (Hilfe bei Beantragung von Maßnahmen/Geldern/Versorgung, Koordination und Abstimmung, zentrale Anlaufstelle, Unterstützung bei Integration der Erkrankung in die Lebenswelt, Transparenz vorhandener Angebote); - Die Stelle des Case Managers wird gewünscht und sollte als unabhängige Stelle neu geschaffen werden; - Das Case Management könnte von Diabetesberatern übernommen werden und sollte nicht von der Koordinierungsstelle durchgeführt werden; Schnittstellenmanagement sollte vom Case Manager übernommen werden; Die Anzahl der Case Manager sollte sich an der Betroffenenanzahl orientieren) • Verbesserung der Schnittstellen der beteiligten Akteure (z.B. Hausarzt – Diabetologe) • Dokumentation und Datenaustausch verbessern (Vereinfachung der Dokumentationssysteme; Datenpool installieren, der für alle Akteure einsehbar ist, aber keine zusätzliche Arbeit bereitet) • Fachkompetenz vor Ort (Institutionalisierte Fußambulanz einrichten; Lokal verfügbare spezialisierte Orthesen-Angebote einrichten; Psychiatrie und Neurologie personell aufstocken (Terminengpässe), Fachärzte personell aufstocken, mehr psychologische Angebote (lange Wartezeiten reduzieren); Diabeteshaus“ → Viel Fachkompetenz an einem Ort, unnötige Zusatzuntersuchungen und doppelte Untersuchungen könnten eingespart werden; Hausärztliche Qualitätszirkel: Fachpersonen einladen) • Schaffung weiterer Stellen / Ausbau und Verbesserung der Finanzierung (Diabetesberater; Diabetesassistenten; Ambulanter Pflegedienst) • Diabetespass als App • Übersicht der Versorgungsangebote 	<p>bieten und sich mit den regionalen Strukturen auskennen</p> <ul style="list-style-type: none"> • elektronischen Patientenakte; Regelung der Rahmenbedingungen für Aufbau einer elektronischen Patientenakte • gemeindenaher Versorgung: Innovative Konzepte zur Mobilität im ländlichen Raum fördern; Ausbau und stärkere Zielgruppenorientierung der Schulungskonzepte für Betroffene • Präventionscoach als krankheitsübergreifende, niederschwellig erreichbare Person (Gesundheitsberuf); Durchführung von Präventionsarbeit in Schulen und Arbeitswelt; • „Diabetes-Lotse“ als Ansprechperson (Gesundheitsberuf?) für soziale Belange mit Kenntnis der individuellen Situation; angesiedelt bei Hausarzt oder Diabetologe → Diskussion: „Lotse“ als eine Person (→ Patient hat konkreten Ansprechpartner) vs. „Lotse“ als Team (→ eine Person „hat den Hut auf“ und kontaktiert ggf. Patienten) • Vernetzung: Differenzierung Webbasierte Koordinationsstelle vs. Diabeteshaus / Kompetenzzentrum (Wichtige Sekundärprävention ins Diabeteshaus integrieren; Koordination der Behandlung durch Behandlersteam im Kompetenzzentrum)
--------------------------	---	--

Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Schulung und Aufklärung (Ernährungsampel, bewusstes Essen) • Verbesserung der Arbeit an Schulen (Schulgesundheitspflegerin) • Einführung Schulgesundheitsfachkraft an Schulen • Einführung einer Transitionssprechstunde der Kinder- und Jugend- zur Erwachsenenmedizin • Einrichtung von Sozialstützpunkten (ähnlich wie Pflegestützpunkte) • Schaffung von Freizeitangeboten (→ U.a. auch Kinderkuren mit nachhaltigem Setting; Hinweisen auf die Möglichkeit, eine Kur zu machen) • Einführung eines Case Managements (allerdings umstritten bei TN, da im DMP abgebildet!) • Ausbau Kommunikationsnetzwerk (z.B. KV-Connect) • Ausbau telemedizinischer Maßnahmen • Verbesserung der Kurzfristigen Betreuung nach stat. Aufenthalt • Schnittstellenproblematik zur Psychotherapie verbessern (Wartezeiten) • Aufwertung der medizinischen Assistenzberufe, wie Diabetesassistentinnen und –beraterinnen • Übertragung von Behandlungskompetenz für Medizinische Fachberufe wie z.B. Podologie, Optiker unter vorab definierten Qualitätskriterien (Qualitätskriterien sollen in einem Arbeitskreis mit den Podologen erarbeitet werden) • Verbesserung der Nachbetreuung älterer Menschen nach stat. Aufenthalt, z.B. durch Diabeteslotsen (Case Manager) bzw. „Lotse für ältere Menschen“ • Einrichtung eines aufsuchenden Mobilitätsdienstes, der aus Reutlingen zu den Patienten nach Biberach und Ravensburg kommt bzw. Zweigstellen aus Reutlingen in Biberach und Ravensburg (→ So würde man eine Zentralisierung bekommen, die ja auch vom Minister gewünscht sei) • Selbsthilfegruppen für jüngere Patienten • Verbesserung der personellen Ressourcen 	
-------------------	---	--

AG Kreuzschmerz, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Schulungen für Patienten (→ Sekundärprävention; Regelmäßige Patientenschulungen zum Schmerzmanagement (1x wöchentlich, stationär oder ambulant mit niederschwelligem Einstieg) → Adressat: Krankenkassen) → abgeändert: Erstinfo des Patienten durch Broschüre und einem allgemeinen Angebot zum Umgang mit Schmerzen • Einrichtung einer bundesweiten elektronischen Angebotsplattform präventiver Angebote (Zentral organisiert und aktualisiert) → Adressat: +Punkt Gesundheit und Krankenkassen • Regionale Koordination von Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst auf der Plattform Gesundheitskonferenz • Koordination der Behandlung (Allgemeinmediziner fungiert als erster Koordinator: zusammen mit dem Betroffenen übernimmt er die Koordination der Behandlung; enger Austausch des Allgemeinmediziners mit dem Orthopäden, der bei komplex-erkrankten Personen die koordinierende Funktion zeitweise übernimmt (zweiter Koordinator); V. A. bei älteren Patienten enger Kontakt des Allgemeinmediziners mit Sozialarbeitern, die Aufgaben in der Koordination der Versorgung übernehmen; Lotsenfunktion: vorgeschaltete unabhängige Stelle (z. B. die Beratung der Krankenkassen); Einführung eines Case Managements im Hausarztteam) • Einführung DMP Schmerz (Verpflichtende Fallkonferenzen im Rahmen des DMP (persönlich/durch digitale Patientenakte)) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Prävention an KiTas und Schulen (Lehrpläne überdenken + Schulfach „Gesundheit“; Edukation; Fachvorträge und multiprofessionelle Veranstaltungen) • Informationsmaterialien für die Öffentlichkeit/ Aufklärungsarbeit • Schulgesundheitsfachkräfte • Einrichtung einer elektronischen Angebotsplattform (Sowohl Motivation (Präventionsangebote) als auch Angebotsüberblick; Sammlung von aktuellen Angeboten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung) • Koordination der Behandlung (Case Management → Begleitung für Lebenswelten; Patient kann sich Case Manager selbst aussuchen; Bei

	<ul style="list-style-type: none"> • Aufzeigen eines Behandlungspfades/ einer Behandlungsreihenfolge • Interdisziplinärer fachlicher Austausch (Damit alle Beteiligten auf dem aktuellen Stand sind sollte 1x im Jahr ein interdisziplinärer fachlicher Austausch stattfinden, an welchem alle Akteure „upgedatet“ werden; Unterstützung und Begleitung von Verhaltensveränderung / Schmerzmanagement/ Bewegungstherapie von allen Therapeuten und Medizinerinnen sowie Pflegenden) • Vergütung von Vernetzung und Kommunikation der therapeutischen Akteure in Sinne eines multimodalen Schmerztherapie-Teams • Regelmäßiger und breiter Austausch mit einer breiten Zielgruppe • Einrichtung eines multimodalen Schmerztherapie-Teams/ Kompetenzteams („Kompetenzteam“ mit allen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen; Treffen von Absprachen untereinander über gemeinsame Kommunikation, Terminvergabe, Überleitungen von Patienten, Schulungsbedarfe und die dazu entsprechenden Fortbildungen; Persönliches Kennen der Akteure, Kommunikation ansonsten über Telefonie) • Verbesserung Übergang zwischen stationär/ambulant/Reha • Gemeinsamer Datenaustausch (Gemeinsamer Datenaustausch (Diagnostik und Diagnosen) in einem gesicherten Datennetzwerk) • Digitale Patientenakte (Zentralisierte Erfassung aller Behandlungsinformationen zu einzelnen Patienten mit Möglichkeit der Bereitstellung für Behandler (RV/KV/neutrale Stelle?)) • Malcompliance- Management (Rückmeldung und Berücksichtigung eventuell über eine App oder ein anders elektronisches Meldesystem → Anwesenheit bei Sport- und Bewegungsprogrammen / Sportvereinsangeboten / im Fitnessstudio einzulesen → Arzt/ Physiotherapie kann nachlesen und Rückmeldung geben, Angebote/ Verordnungen anpassen; Hausbesuche von Physiotherapeuten insbesondere bei älteren Patienten zur passgenauen Anleitung; Fallkonferenzen; Kommunikation mit allen Therapeuten über digitale Akte um Übersicht / Compliance des Patienten zu gewinnen; Info über Compliance des Patienten sollte dem Arzt vorgelegt werden) • Verbesserung der Risikoerkennung für Chronifizierung von Schmerzen (Risikoerkennung (Vulnerabilität für die Entwicklung chronischer Schmerzen bspw. Psychische Auffälligkeiten)) • Alltagspraktische Beratung zu Hilfsmittel und Übungen mit zusätzlicher Vergütung für 2 Termine Physiotherapie im häuslichen Umfeld • Verbesserung der Behandlung multimorbider Patienten • Schnelles therapeutisches Handeln (Schnelleres therapeutisches Handeln, weniger Diagnostizieren (Leitliniengetreues Arbeiten) zum Schutz vor Chronifizierung) • Schnellere Wiedereingliederung (kürzer als 8 Wochen wie bisher) • Einrichtung von Stellen für Ansprechpartner zur telefonischen Beratung (→ Überflüssig bei Case Manager) • Einhaltung des Arbeitsschutzes (z.B. höhenverstellbare Schreibtische) 	<p>Bedarf: Person aus interdisziplinärem Team/ Hausarzt?)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinärer fachlicher Austausch • Vernetzung und Kommunikation / Telemedizin • Gemeinsamer Datenaustausch / Digitale Patientenakte • Kompetenzzentren Rückenschmerz (Dachvertragswerk notwendig; Behandlung unter einem Dach sowie Verknüpfung von stationär und ambulant) • Unterstützung der haus- und fachärztlichen Tätigkeit (Delegation; Kompetenzübertragung auf weitere Fachberufe) • Einführung eines Disease-Management-Programmes • Alltagspraktische Beratung zu Hilfsmittel und Übungen • Anpassung der Vergütung der Behandler (auch im Hinblick auf Vernetzung) • Budgetierung/ Abschaffung der Budgetierung für chron. Kreuzschmerzpatienten • Unkomplizierter Zugang zur Multimodalen Therapie
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Prävention an Schulen und KiTas (Fach „Gesundheit“; „Gesundheitserziehung“ an Schulen; Berufsgenossenschaften, Gewerkschaften, Arbeitgeber in Prävention mit einbeziehen (Prävention muss an Arbeitsplatz fortgesetzt werden); Krankenkassen mit einbeziehen [bereits geschehen]) • Schaffung und Koordination von Angeboten im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (Koordination der Angebote durch Kommunen und Krankenkassen; „Räume“ schaffen für 	

	<p>körperliche Aktivität; Radwegenetz ausbauen; Präventionsangebote der Rentenversicherung; Präventionsangebote auf Einzelebene (nicht nur für Gruppen); Gesundheitsprävention v.a. auch Aufgabe des Staates (Krankenkassen primär für Behandlung zuständig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsmaterialien für die Öffentlichkeit (Informationsmaterialien in Papierform herausgeben, z.B. über das gemeinsame Programm der Krankenversicherung für alle Versicherten in der jeweiligen Region; Förderung der Akzeptanz) → Öffentlichkeitsarbeit + Infos für Laien / Angehörige sowohl für Prävention als auch für Betroffene [in Akut- / Therapiephase] notwendig • Koordination der Behandlung (Case Management) (Funktion übernimmt im Idealfall der Hausarzt: Koordination der vorliegenden Informationen über den Patienten (der Fachärzte, Therapeuten,...) → siehe unten: multimodales Schmerzteam; Ansonsten auch Pflegefachkraft oder Physiotherapeut in dieser Funktion denkbar („Einer muss den Hut aufsetzen“).==> aber: Patient ist selbst in der Lage, Behandlungs-koordination zu übernehmen: Patient sucht sich selbst seinen Case Manager) • Vernetzung und Kommunikation (Telemedizin: Bedenken bei Datensicherheit) • Einrichtung eines multimodalen Schmerztherapie Teams (Schaffung von Transparenz; Sammlung und Bündelung der Informationen; Hausarzt schickt Patienten zu multimodalem Schmerzteam, das z.B. im Rahmen einer <u>Fallkonferenz</u> über den Patienten berät → Hausarzt und ggf. auch andere Fachärzte erhalten eine Zusammenfassung der Informationen. Die Fallkonferenzen sollten regelmäßig stattfinden (z.B. einmal wöchentlich)) • Verbesserung der Diagnostik (Schnellere Diagnosen; Definition "Chronischer Kreuzschmerz" und entsprechende Weiterbehandlung; Informationen über das Krankheitsbild; Schmerz-Fragebogen als Vorbereitung für schnellere / adäquatere Diagnosen; Hinweis auf Assessments in neuer NVL; Wunsch nach geschlechterbezogener „Fairness“ in der Behandlung) • Schaffung weiterer Stellen / Ausbau und Verbesserung der Finanzierung (Bedarf an Ärzten anpassen; „neutrale Beratungsstelle“ bzw. „sozial-rechtliche Beratung“ ausbauen → Begleitende Person notwendig, die sich in Sozialgesetzgebung auskennt und nicht im System „gefangen“ ist; Zeiteresourcen überprüfen und ausbauen (z. B. zu kurze Behandlungszeiten in der Physiotherapie, Diagnosen dauern lange); Nachsorge / Versorgung zu Hause sicherstellen → ggf. über Sozialarbeit oder Sozialpsychiatrischen Dienste leisten; Lücke in der Sozialarbeits-Begleitung von Pat. zu Hause und am Arbeitsplatz schließen) • Erreichbarkeit der Akteure (Verbesserung/ Sicherstellung der Erreichbarkeit der Akteure; Erreichbarkeit der Akteure/Angebote mit öffentlichen Verkehrsmitteln muss gewährleistet sein!) • Auflösung des „Kostenschungels“ (Vermeidung der budgetbedingten Weiterleitung von Patienten („Verschiebebahnhof“); Kostenträger und Behörden sollten Schmerzen auch ohne bildgebende Verfahren, Blutwerte etc. anerkennen, auf Basis einer guten Diagnostik; Es geht um Kultur des Vertrauens; Mensch muss im Mittelpunkt stehen; Ökonomische Interessen dürfen nicht entscheiden.) 	
<p>Reutlingen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von nahhaltigen Sport- und Bewegungsangeboten und Schaffung von Transparenz über Angebote, die für „jedermann“ zugänglich sind durch z.B. „Gesunde Gemeinde“ • Verstärkung der Aufklärungsarbeit „Gesunde Lebensführung“ und der Selbstmotivation (Bewegung nicht nur auf Rezept) → „Gesunde Gemeinde“, Aktionstage, BGM; Betriebssportgruppen • Integration „Gesundes Leben“, Bewegung, Erlernen von Sozialkompetenzen, Umgang mit Stress etc. in den Lehrplan • Vergütung Präventionsarbeit für Haus- und Fachärzte 	

	<ul style="list-style-type: none">• Schaffung von Transparenz der bereits durchgeführten Behandlungen und Therapie ==> eGK• Case-Manager → Vertrauensperson aus dem Behandler team (zusätzliche Vergütung; Hausarzt oder Physiotherapeut); Erstellung und Koordination des Behandlungsplans; Verwaltung der Befundunterlagen; „Manager“ zur Selbstmotivation• Therapie- und Ergebnisverantwortung für Physiotherapeuten → Qualifikationen der Physiotherapeuten müssen vorab definiert werden → Welche Qualifikationen müssen gegeben werden? → Schulung zu Red und Yellow Flags; Fortbildung in Differentialdiagnostik• Zusatzvergütung bei Patienten mit hohem Behandlungs-/ Beratungs- und Gesprächsaufwand sowie Präventionsarbeit (inkl. chronischer Kreuzschmerz → psychologische Komponenten)• Überarbeitung der Bedarfs- / Versorgungsplanung: Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und stationären Krankenhausplanung → insbesondere psychotherapeutische Versorgung ambulant und stationär bei Wartezeiten von 3-6 Monaten• • Kompetenzzentren Rückenschmerz? (s. Medizinkonzept der Rems-Murr-Kliniken <input type="checkbox"/>Vorstellung der Konzeption für April geplant)	
--	---	--

AG Schlaganfall, Themen für Handlungsempfehlungen

	landkreisintern	landkreisübergreifend
Biberach	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (Schulungen und Informationsveranstaltungen zur Verbesserung der Aufklärung der Allgemeinbevölkerung und des Fachpersonals zum Thema Schlaganfall und zu den Akutsymptomen.) • Koordination von Präventionsangeboten (Koordination der Präventionsangebote durch die Krankenkassen (regionales Gremium: kommunale Gesundheitskonferenz); Adressat: Krankenkassen und Vertreter der Gesundheitskonferenz) • Organisation und Koordination von Angeboten der Gesundheitsförderung (Organisation und Koordination der Gesundheitsförderung durch Kommunen; Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung) • Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Plattform (Einrichtung einer digitale Plattform zur Darstellung der regionalen Angebote, welche durch die Krankenversicherungen und Kommunen gepflegt und aktuell gehalten wird; Hinzunahme des Settings Schule) • Weiterbehandlung komplexer Patienten (Möglichst eine weiterführende Behandlung von komplexen Patienten durch aus der stationären Behandlung bekannten Therapeuten; Fehlende Schnittstelle zu dem Bereich der langfristigen niederschweligen Begleitung (nach Abschluss der medizinischen Behandlung); Ärzte und Therapeuten) • Koordination (Schaffung einer Stelle für einen Koordinator (z.B. Pflegestützpunkt in Kombination mit der Krankenkasse), welcher verordnete Therapien und weitere Angebote organisiert, sofern Patient/ Angehörige die Unterstützung benötigen (kostenträgerunabhängig) und welcher auf weitere Unterstützungsformen zurückgreift, z.B. Pflegekoordination der jeweiligen Krankenkasse) • Digitale Patientenakte (Einführung digitaler Patientenakten, in welchen eine Übersicht über die bisherige Diagnostik, Vorbefunde etc. zu finden sind (Bsp. in gesicherter Cloud, auf Gesundheitskarte) → Adressat: Gesetzgeber auf Bundesebene) • Vergütung des interdisziplinären Austausches (Bezahlung/Honorierung des Interdisziplinären Austausches. • Gewährleistung einer angemessenen Vergütung von Therapie- und Berichtzeiten.) • Verfahrensbeschleunigung bei Anträgen zur Betreuung (Unterstützung einer Verfahrensbeschleunigung bei Eilbetreuung durch das Gesundheitsamt bei Übergang der Zuständigkeit auf das Amtsgericht.) • Beschleunigung der Bearbeitung bei Hilfe zur Pflege (Überprüfung der Möglichkeiten, die Bearbeitung bei Hilfe zur Pflege zu beschleunigen (Kontaktaufnahme Gesundheitsamt – Sozialamt)) • Platzkapazitäten Rehabilitation und Pflege für alle Phasen + Schaffung einer Rahmenvereinbarung für die Phase F (Ausreichende Platzkapazität für Rehabilitation und Pflege schaffen; Ausbau Kurzzeitpflege) • Ambulante Hilfs- und Behandlungsangebote (Schaffung wohnortnaher ambulanter Hilfs- und Behandlungsangebote unter einem Dach) • Rehaeinrichtungen sollten je nach Ausstattung Phasen der Reha Kostenträgerunabhängig anbieten können (z.B. primäre Übernahme durch Krankenkasse damit keine Verzögerung auftritt mit Erstattung durch den zuständigen Kostenträger) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der Öffentlichkeit (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Kampagne; Nachhaltige Informationsverbreitung) • Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen (Ansprechpartner benennen) • Koordination von Präventionsangeboten (Transparenz) • Verbesserung der Maßnahmen in KiTa und Schule • Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte • Vermehrte Umsetzung von Screening-Maßnahmen • Schulgesundheitsfachkräfte • Netzwerkgründung (Ausbau bestehender sektorenübergreifender Kooperationen; Transparenz schaffen, Schnittstellen verbessern) • Förderung der Kooperation der Stroke Units • Verbesserung Kommunikation / Telematik • Digitale Patientenakte • Darstellung regionaler Angebote auf digitaler Plattform • Stroke Nurses/ Schlaganfalllotsen, Koordination der Behandlung (Patientenbegleiter und Ansprechpartner, evaluierte Studien notwendig) • Ausbau des ambulanten Hilfs- und Behandlungsangebotes • Breitere Aufstellung der Rehabilitations-einrichtungen für alle Phasen der Rehabilitation • Regional vernetzte und transparente Versorgung aus einer Hand

	<ul style="list-style-type: none"> • Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte (Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte für eine korrekte Ausstellung Heilmittelverordnung evtl. über KV) • Allgemeinmediziner und Rettungsdienste (Sensibilisierung der Allgemeinmediziner und Rettungsdienste auf das Krankheitsbild) • Heilmittelrichtlinien/ Heilmittelverordnung (Vereinfachung der Heilmittelrichtlinien/ Heilmittelverordnung) • Ausbau flächendeckender ambulanter Freizeitangebote für Menschen mit Einschränkungen • Angebot im Bereich „Junges Wohnen“ • Angebot der psychischen Betreuung für Betroffene mit sprachlichen Problemen 	
Ravensburg	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit (Aufklärung über Symptomatik und Risikofaktoren eines Schlaganfalls und die richtige „Notfallkette“; Schlaganfallbus alle paar Jahre einsetzen) • Zugangswege: Gender-spezifische und schichtspezifische Zugangswege wählen. Der Zugang zu Menschen mit niedrigem Sozialstatus ist besonders wichtig. • Screenings: Jährliches Screening zu kardiovaskulären Risikofaktoren, inkl. Blutdruckmessung, durch die Allgemeinmedizin oder Apotheken. Krankenversicherung könnte koordinierend tätig sein, durch regelmäßige Aufforderung zur Teilnahme und durch Anreize (Gutscheine oder Bonusmodelle). Möglichkeiten der persönlichen Einflussmöglichkeiten auf Risikofaktoren sollten klarer kommuniziert werden. Der PROCAM Schlaganfall-Test sollte eingesetzt werden. • Therapiebegleitung (Stroke Nurse) → Übergang von der Akutphase in die Phase der Stabilisierung und Nachbehandlung (auch nach der Reha): Den Patienten und Angehörigen sollte eine Stroke Nurse zur Seite stehen (Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und Sozialrecht; Vereinbarung von Facharztterminen etc.); Die Stroke Nurse sollte bereits in der Akutklinik Kontakt aufnehmen und auch den Kliniken Rückmeldung geben. • Fachlicher Austausch / Kooperation (Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Facharzt und Hausarzt; • Bessere Absprache zwischen Ergo- und Physiotherapie und Logopädie (Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen) → Die im Landkreis Ravensburg bereits bestehende Kooperation der Neurologie, der Ergo- und Physiotherapie und der Logopädie (siehe Schwächen) sollte flächendeckend ausgebaut werden; Stärkerer Austausch zwischen Apotheke, Neurologe und Allgemeinmediziner, damit die Therapie vom Patienten akzeptiert und fortgeführt geführt wird • Transport (Jeder Patient (auch diejenigen in peripheren Gebieten des Landkreises) sollte die Möglichkeit haben, in eine Stroke Unit gebracht zu werden. Besonders für Patienten in peripheren Gebieten sind die Transportkapazitäten essentiell. → Transportkapazitäten, auch per Helikopter, sicherstellen) • Arbeitsbedingungen (Regressrisiko verringern / Regresse abschaffen <input type="checkbox"/> Finanzierung durch die Krankenkassen sichern! Kooperation in der Nachbetreuung sollte in die Regelversorgung übernommen werden, um Regress zu verhindern. Berichtspflicht eingrenzen oder Unterstützung für Ärzte bieten) 	
Reutlingen	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Maßnahmen in Schule und KiTa (Schulungen für Erzieherinnen (spielerische Ernährungsschulung); Schulungen für Lehrer (Gesundheitserziehung); Früher und strukturierter Einstieg in die Gesundheitserziehung; Schulfach: Gesundheitsfördernde Lebensgestaltung inkl. Erste-Hilfe-Kurse) 	

- **Multiprofessionelle Präventionsmaßnahmen** (spezielles Gremium sollte sich diesem Thema widmen! → insbesondere mit Sensibilisierung auf Symptome eines Schlaganfalls; Maßnahmen in Apotheken; Aufklärungsveranstaltungen für Eltern; Werbung für gesundes Leben auch im Berufsleben (Handy, Apps, BGM); Hochschulsport belohnen; Spots und Plakate, die zeigen, welche Symptome auf einen Schlaganfall hindeuten, damit schnell Maßnahmen ergriffen werden können; Einführung verpflichtender Erste-Hilfe-Kurse; Individuelle Sportförderung auch in höherem Alter)
- **Kooperation zwischen KV und VHS**
- **Anpassung der Vergütung** (Zusatzziffer für Behandlungen /Beratungen Früherkennung und Prävention)
- **Koordination der Behandlung** (Einführung von Stroke-Nurses / Schlaganfalllotsen; Dadurch Verbesserung des Überleitungsmanagements in den Alltag im Sektor stationäre Behandlung bereits etwas anbahnen (Case-Manager, Schlaganfall-Lotse, Stroke-Nurse); Die Überleitung in die Reha und weitere vorbereitende pflegerische Maßnahmen sollten durch den Sozialdienst des Krankenhauses bereits eingeleitet werden. Der Kontakt zum Hausarzt sollte hergestellt werden, ggfs. durch Case-Manager, Schlaganfall-Lotse, Stroke-Nurse)
- **Transparenz der Angebote** (Datenbank über Angebote, frühe Plätze und Beratungsstellen für Betroffene und soziale Dienste, Kliniken (landkreisbezogen), Stroke-Nurse/ Schlaganfallotse)
- **Verbesserung der Kommunikation / Telematik** (Ausbau telemedizinischer Untersuchungs-/ Kommunikationsmöglichkeiten; Ausbau der Teleradiologie (insbesondere auf der Alb); Punktverbindungen z.B. zu den Kliniken standardisieren Medikamente auf der Patientenkarte)
- elektronische Gesundheitskarte: Patienten sollen immer über ihren Medikationsplan verfügen
- **Gewährleistung der wohnortnahen Erstversorgung** (Schwäbische Alb nicht ideal versorgt. Es muss einen Anlaufpunkt geben, z. B. in Münsingen; Einrichtung einer Leitstelle mit Disponenten, die die Symptome kennen, d.h. qualifiziertes Fachpersonal haben → Zuweisung in die richtige Klinik nach dem Notruf und Anleitung des richtigen Verhalten der Angehörigen)
- **Verbesserung der Terminvergabe** (Terminvergabe nach Triage-System (Notfallterminvergabe))
- **Anpassung der Vergütung** (Zusatzziffer für Behandlungen bei Patienten mit zeitintensiven KH-Bildern)
- **Unterstützung zur Beschaffung von Hilfsmitteln**
- **Finanzierung von Gesprächskreisen für Pflegende**
- **Einsatz von Schlaganfallmobilen** (Vgl. STEMO, Berlin: LKW mit integriertem CT und FA für Neurologie)