



STADT UND GEMEINDE

DIGITAL



PERSPEKTIVEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG

STADT + LAND



Lebensmittel
retten.
Menschen
helfen.



Gemeinsam stark: Tafel-Arbeit ist gelebte Solidarität!

60.000 Menschen setzen sich in über 960 Tafeln aktiv gegen Verschwendung und Armut ein. Sie retten genießbare Lebensmittel vor der Tonne und geben sie weiter an über zwei Millionen Menschen, die zu wenig Geld haben. Trotz großer Herausforderungen engagieren sich die Tafel-Aktiven auch in der Krise tatkräftig und solidarisch für eine faire Gesellschaft.

Unterstützen Sie jetzt die Tafeln und ihre Gäste, indem Sie Zeit, Geld oder Lebensmittel spenden!

TAFEL 
DEUTSCHLAND

www.tafel.de



GUTE GESUNDHEITSANGEBOTE FÜR LEBENSWERTE KOMMUNEN

Corona-Pandemie, Energiemenge, Inflation, ausufernde Kosten und die wieder ansteigenden Zahlen an Geflüchteten sind die Herausforderungen, denen sich die Städte und Gemeinden in den vergangenen Jahren stellen mussten. Diese besondere Situation fordert alle Verantwortlichen vor Ort in besonderem Maße. Aber auch wenn es derzeit ein regelrechtes Nebeneinander von Krisen gibt und scheinbar kein Ende in Sicht ist, ist es wichtig, auch andere Zukunftsthemen nicht aus dem Blick zu verlieren. Dazu gehört in jedem Fall die Frage, wie es gelingen kann, eine gute Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger vor Ort zu gewährleisten.

Die Problemlage ist bereits seit einigen Jahren bekannt und sie spitzt sich immer weiter zu. Die Menschen leben länger und unsere Gesellschaft wird durchschnittlich immer älter. Das ist eigentlich eine sehr positive Entwicklung, die aber auch Herausforderungen nach sich zieht. Gerade in den ländlichen Regionen stehen wir vor der Aufgabe, eine gute Gesundheits-

versorgung für eine älter werdende Bevölkerung sicherzustellen. Gleichzeitig verschärft sich vor allem abseits der Ballungsräume der Ärztemangel, es wird immer schwieriger, die Nachfrage für die noch vorhandenen Hausarztpraxen zu organisieren.

Hinzu kommt ein immer mehr auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtetes Gesundheitssystem, was gerade die kleinen Krankenhäuser in der Fläche vor immense Herausforderungen stellt. Der Mangel an medizinischem Fachpersonal und Pflegekräften verschärft die Lage noch weiter. Klar ist also, dass wir dieser Entwicklung entgegenwirken müssen, wenn wir für alle Städte und Gemeinden eine gute Lebensqualität sicherstellen und gleichwertige Lebensverhältnisse erreichen wollen.

Einige Konzepte liegen auf dem Tisch, scheitern aber vielfach an der Bürokratie, zu langsamen Reaktionszeiten in der Politik oder schlicht an den Beharrungskräften etablierter Akteure. Dennoch zeigen die Beispiele aus Kommunen und deren

innovative Konzepte, wie es gelingen kann, die Abwärtsspirale zu stoppen.

Nun ist die Politik gefragt, die Weichen für eine gute Gesundheitsversorgung in Stadt und Land zu stellen und mit klugen Entscheidungen dafür zu sorgen, dass die Kommunen auch in Zukunft eine gute Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger bieten können. Denn für lebenswerte Städte und Gemeinden brauchen wir ein leistungsstarkes, an die Herausforderungen angepasstes Gesundheitssystem. ■

Ihr

Dr. Gerd Landsberg



MEDIZINISCHE VERSORGUNG FLÄCHENDECKEND SICHERSTELLEN von Uwe Lübking	Seite 05
KRANKENHÄUSER NACHHALTIG STÄRKEN von Karl-Josef Laumann	Seite 08
INNOVATIVE MEDIZINISCHE VERSORGUNG FÜR LÄNDLICHE RÄUMEN von Dr. Carola Reimann	Seite 10
WEITERENTWICKLUNG DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE von Ferdinand Burger	Seite 12
PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG EIN ZUHAUSE GEBEN von Prof. Dr. Mathias Bellinghausen	Seite 16
NEUES ÄRZTE- UND GESUNDHEITZENTRUM IN KIRTORF von Andrea Ulrich	Seite 20
UMWANDELN STATT SCHLIESSEN – PERSPEKTIVEN FÜR KLEINE KOMMUNALE KRANKENHÄUSER von Prof. Dr. Boris Augurzky	Seite 22
TRITTSICHER IN DIE ZUKUNFT von Daniel Stöger	Seite 25
DIGITALISIERUNGSPROZESSE ZUR SOZIALEN DASEINSVORSORGE von Christine Becker	Seite 27
PFLEGEINNOVATIONSPREIS GEHT NACH SACHSEN von Heike Wehrbein	Seite 30
MELDUNG	Seite 12
INNOVATIVE PHOTOVOLTAIK-KONZEPTE FÜR DIE ENERGIEWENDE von Heiko Hildebrandt	Seite 32
WENN STRASSENLATERNEN GELD VERDIENEN von Ralf Gerbershagen	Seite 34
PFLEGEINRICHTUNGEN UND BLACKOUT von Dr. Hans-Walter Borries	Seite 36
BRÜSSELER GERÜCHTE – FOLGE 47	Seite 38
BUCHBESPRECHUNGEN	Seite 40
IMPRESSUM & INHALT	Seite 04

Weitere
aktuelle Infos
jederzeit unter
www.dstgb.de

IMPRESSUM

ZEITSCHRIFT DES DEUTSCHEN STÄDTE- UND GEMEINDEBUNDES, BERLIN | BONN | BRÜSSEL

Redaktionsanschrift:
Stadt und Gemeinde Digital
Marienstraße 6, 12207 Berlin
Telefon: 030/773 07-201
Fax: 030/773 07-222
Email: birgit.pointinger@dstgb.de
Internetpräsenz: www.dstgb.de

Herausgeber: DStGB
Dienstleistungs-GmbH
Verantwortlich für den Inhalt:
Dr. Gerd Landsberg
Uwe Zimmermann

Anzeigenredaktion:
kristine.stuevecke@dstgb.de
alexander.handschuh@dstgb.de

Redaktionsteam:
Alexander Handschuh
Dr. Janina Salden
Kristine Stüvecke
Birgit Pointinger

Grafik & Satz: DStGB
Dienstleistungs-GmbH

MEDIZINISCHE VERSORGUNG FLÄCHENDECKEND SICHERSTELLEN

Von Uwe Lübking



Foto: © goodluz - stock.adobe.com

Die Gesundheitspolitik bleibt gefordert, eine wohnortnahe ambulante und stationäre medizinische Versorgung in allen Teilen des Landes zu gewährleisten und damit für gleichwertige Lebensverhältnisse zu sorgen. Dieses vor dem Hintergrund, dass in den nächsten Jahren viele Ärztinnen und Ärzte in den Ruhestand gehen werden. Nach einer Prognose der Robert-Bosch-Stiftung werden in Deutschland bis zum Jahr 2035 fast 11.000 Hausarztstellen fehlen und damit rund 40 Prozent aller Landkreise ein Problem mit der ärztlichen Versorgung haben. Maßnahmen wie die Erhöhung der Anzahl der Medizinstudienplätze, die Verknüpfung der Zugangsvoraussetzung für das Medizinstudium an spätere eine Tätigkeit in ländlichen Regionen („Landarztquoten“), die Verlage-

rung von medizinischen Hochschulen oder Ausbildungsabschnitten in ländliche Regionen, die Stärkung der Fachrichtung Allgemeinmedizin in Aus- und Weiterbildung, die Akademisierung der Ausbildung nicht-ärztlicher Professionen zur Stärkung von Delegations- und Substitutionsmodellen sowie der Abbau von Bürokratie auch in ländlichen Arztpraxen sind richtige Schritte, werden aber nicht ausreichen. Kontraproduktiv wäre es, wenn der Bundesgesetzgeber die erhöhte Vergütung für die Tätigkeit in ländlichen Regionen wieder rückgängig machen würde. Die geplante Streichung der Neupatientenregelung würde den wirtschaftlichen Druck auf viele Praxen erhöhen, die damit zu Sparmaßnahmen an ihrem Leistungsangebot gezwungen sein würden.

VERSORGUNGSZENTREN STÄRKEN

Richtigerweise sollte die Gesundheitsversorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen und Stadtteilen stärker über Sektorengrenzen hinweg organisiert werden. Dabei sollten regionale Aspekte wie Erreichbarkeit, digitale Vernetzung oder die Stärkung innovativer Angebote anstelle der typischen Praxen mit niedergelassenen Ärzten umgesetzt werden. Flexible und innovative Instrumente, wie der Einsatz telemedizinischer Anwendungen, die Delegation von ärztlichen Leistungen an medizinisches Fachpersonal (sogenannte „Physician Assistants“) oder mobile Versorgungsangebote sollten ausgebaut und mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet wer-



den. Ein Beispiel ist der Medibus, eine mobile Hausarztpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Der Bus verfügt über einen Wartebereich, einen kleinen Behandlungsraum sowie ein Sprechzimmer. Er ist unter anderem mit moderner EDV ausgestattet. Die diagnostischen Möglichkeiten entsprechen hohen Standards. Alle Patientinnen und Patienten erhalten einen ausführlichen Behandlungsbericht für den Haus- oder den weiterbehandelnden Facharzt. Das hessische Projekt wurde bis zum Jahr 2024 verlängert. Eine weitere Möglichkeit sind die Stärkung der medizinischen Versorgungszentren auch in der Form von Genossenschaftsmodellen. Die von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach angekündigte Errichtung von sogenannten „Gesundheitskiosken“ kann ebenfalls eine Möglichkeit eines medizinischen Versorgungsangebotes sein.

Die Versorgung der Bevölkerung kann zukünftig flächendeckend nur sichergestellt werden, wenn die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren (Hausärzte, Fachärzte und Krankenhäuser) gelingen. Die Krankenhäuser leisten schon heute einen

wesentlichen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Bevölkerung. Die ambulante Notfallversorgung wäre ohne Krankenhäuser selbst in den Ballungsgebieten kaum noch zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels im ambulanten Bereich kommt den ländlichen Krankenhäusern eine besondere Bedeutung in der wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zu. Diese Grund- und Regelversorgungskrankenhäuser müssen finanziell in die Lage versetzt werden, ihren Daseinsvorsorgeauftrag zu erfüllen und die medizinische Versorgung der Bevölkerung dauerhaft sicherzustellen. Notwendig ist, dass die Leistungen der Grundversorgung im Abrechnungssystem einen entsprechenden Stellenwert erhalten, der Anreize bietet, diese Aktivitäten zu verstärken. Statt der Schließung von Krankenhäusern können diese in ambulant/stationäre Zentren umgewandelt werden. Derartige Konzepte setzen auf eine enge Vernetzung von Haus- und Fachärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Therapeuten und Pflegediensten. Ein solches Zentrum umfasst neben einer modernen Bereitschaftspraxis auch Untersuchungs- und Behandlungsräume für

verschiedene Fachdisziplinen. Die medizinisch notwendigen Versorgungsgen sollen auf sich ändernde Bedarfe ausgerichtet und aus einer Hand ambulant und stationär erbracht werden. Termine, Therapien oder Notfallmaßnahmen werden von zentraler Stelle koordiniert. Die Finanzierung kann über die Einführung von sektorenübergreifenden Vergütungssystemen (regionale Budgets) sichergestellt werden. Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Vorschläge die Kommission zur Reform des Krankenhausbereichs vorschlagen wird.

DIGITALISIERUNG VORANTREIBEN

Die Corona-Pandemie hat das digitale Gesundheitswesen einen großen Schritt nach vorne gebracht. So haben über 50 Prozent der ambulant tätigen Ärzte Videosprechstunden genutzt oder wollen diese einrichten. Große Kliniken schalten ihre Spezialisten digital zur Unterstützung von Visiten in kleineren Krankenhäusern hinzu. Die Videosprechstunde ist ein effektives Instrument, um die Behandlung trotz räumlicher Distanz sicherzustellen. Durch die vermehrte Nutzung



kann die ambulante gesundheitliche Versorgung, gerade in den sogenannten „sprechenden Fachgebieten“, insbesondere in ländlichen Gebieten mit langen Fahrtwegen grundsätzlich optimiert und die Versorgungsqualität bei der Erstversorgung der Patienten verbessert werden. Bei der Online-Sprechstunde kommunizieren Arzt und Patient über einen zertifizierten Videodienstanbieter, der für einen sicheren technischen Ablauf sorgt. Voraussetzung für eine weitere Nutzung ist, dass bestehende Einschränkungen bei der Vergütung weiter – möglichst dauerhaft – gelockert bleiben und die notwendige Infrastruktur aufgebaut wird. Das setzt außerdem voraus, dass die Rahmenbedingungen, wie etwa leistungsfähige Breitband- und Mobilfunkversorgung sichergestellt sind.

GESUNDHEITSFÖRDERUNG STÄRKEN

Die Gesundheitsförderung und Prävention müssen gestärkt werden. Dass Menschen gesund aufwachsen, gesund leben und älter werden, ist nicht nur eine Sache der individuellen Lebensweise (Verhalten). Umweltbedingungen, Ernährung, Wohnverhältnis-

se, vorhandene Bewegungsräume und Teilhabemöglichkeiten haben einen ebenso entscheidenden Einfluss. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht deshalb in der Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen vor Ort ein wichtiges Handlungsfeld. Denn „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO Ottawa-Charta, 1986). Damit ist die Förderung von Gesundheit nicht alleinige Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sondern eine Querschnittsaufgabe in den vielfältigen Politik- und Verwaltungsbereichen, öffentlichen Planungen und Entscheidungen („Health in All Policies“). Kommunen kommt dabei eine Schlüsselrolle zu. Neben Aspekten der Daseinsvorsorge können sie durch entsprechende Planungen Einfluss auf die Gestaltung und Sicherung gesunder Lebensverhältnisse nehmen (etwa bei kommunalen Mobilitätskonzepten, Radwegeplanungen, Grünflächensicherung oder Wohnungsbauprogrammen). Gesundheitsförderung und Prävention strahlt in Stadt- und Raumplanung, Sozialplanung, Umweltplanung, Verkehrsplanung, Pfl-

geplanung und viele weitere Bereiche aus. Besonders zielführend sind kleinräumige Ansätze, insbesondere auf Quartiersebene.

Es gibt bereits zahlreiche Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung in den Kommunen. Vielfach existieren diese aber nebeneinander und sind nicht aufeinander abgestimmt. Diese zu koordinieren kann zu einem nachhaltigen Gesamtkonzept der Präventions- und Gesundheitsförderung führen. Auch hier können Gesundheitskioske mit dem Einsatz sogenannter „community health nurses“ hilfreich sein. Notwendig ist, dass die Kommunen bei diesen Präventionsmaßnahmen gezielt finanziell unterstützt werden. ■



Uwe Lübking,
Beigeordneter DStGB

KRANKENHÄUSER NACHHALTIG STÄRKEN

Von Karl-Josef Laumann

Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen



Foto: © whyframeshot - stock.adobe.com

Krankenhäuser sind ein zentraler Teil der Daseinsvorsorge. Die Corona-Pandemie hat uns dies noch einmal besonders deutlich vor Augen geführt. Dies gilt ganz allgemein, wird aber vor Ort in den Städten und Gemeinden konkret - und zwar nicht nur dann, wenn es um Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft geht. Krankenhäuser – gleich welcher Trägerschaft – bedeuten für die Menschen vor Ort die Gewissheit, im Fall schwerer Erkrankungen versorgt zu werden.

Deswegen kann es uns nicht egal sein, wie es den Krankenhäusern in unserem Land geht. Und wir wissen: Die wirtschaftliche Lage vieler Krankenhäuser ist schwierig. Aktuell tut die Energie- und Gaspreiskrise ein Üb-

riges, doch die Probleme bestanden schon zuvor und liegen tiefer. Wir erleben seit vielen Jahren immer wieder ungeordnete Schließungen von Stationen oder ganzen Krankenhäusern, die bei den Menschen vor Ort häufig tiefe Verunsicherung auslösen.

Deswegen kommt ein „weiter so“ nicht in Frage. Wir müssen uns der Verantwortung stellen, für eine nachhaltige Stärkung der Krankenhausversorgung in unserem Land zu sorgen. Dazu gehört ein klarer Blick auf die bestehenden strukturellen Schwächen: Wir erleben einen ungezügelten, von einem wettbewerbsgläubigen Vergütungssystem angeheizten Konkurrenzkampf um Fälle und Personal. Es fehlt an einer sinnvollen Abstimmung und Koordination. Zu

viele Krankenhäuser wollen in den gleichen, besonders „lukrativen“ Versorgungsbereichen tätig werden – oft reicht es dann am Ende bei den knappen finanziellen, vor allem aber auch personellen Ressourcen für alle nicht.

Die Bundesländer haben dieser Entwicklung lange Zeit wenig bis nichts entgegengesetzt. Die bisherige Krankenhausplanung bot in Nordrhein-Westfalen wie in den anderen Bundesländern auch kaum Möglichkeiten, wirksam einzugreifen.

Dies ändert sich in Nordrhein-Westfalen nun mit dem neuen Krankenhausplan NRW 2022. Damit sind wir bundesweit Vorreiter. Dieser Plan wurde gemeinsam mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung

erarbeitet. Hier sind alle wesentlichen Akteure des Krankenhauswesens vertreten – darunter auch der Städte- und Gemeindebund. Ich bin sehr froh, dass es in diesem Kreis gelungen ist, ein Einvernehmen zu erzielen. Seit seiner Veröffentlichung erfährt der Plan fachlich breiten Zuspruch und wird bundesweit beachtet.

Mit dem neuen Plan wird eine differenzierte Planungssystematik eingeführt, die effektive Steuerung, Transparenz und Qualität verbindet. Es werden künftig Leistungsbereiche und Leistungsgruppen ausgewiesen, die die medizinischen Fachgebiete und Unterdisziplinen abbilden, teils aber auch ganz spezifische Leistungen wie künstliche Hüftgelenke oder Herzkatheteruntersuchungen. Mit jeder Leistungsgruppe sind überprüfbare Qualitätsvorgaben verbunden. Die Planung wird nicht mehr wie bislang vorrangig von der starren Plangröße „Bett“, sondern von Fallzahlen ausgehen und sich damit stärker am tatsächlichen Versorgungsgeschehen orientieren.

Damit stehen die notwendigen Instrumente zur Verfügung, um sowohl die ortsnahe Grundversorgung zu stabilisieren als auch bei anspruchsvollen medizinischen Leistungen sinnvolle Schwerpunkte zu setzen. Der Plan gibt uns die Möglichkeit, kleineren bedarfsnotwendigen Krankenhäusern ein wirtschaftlich tragfähiges Versorgungsspektrum zuzuweisen. Die Sicherstellung der flächendeckenden Grundversorgung und die stärkere Aufgabenteilung und Kooperation der Krankenhäuser sind keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille. Wir werden tragfähige Strukturen entwickeln, in denen erstens die Qualität stimmt, zweitens das knappe Personal sinnvoll eingesetzt wird und drittens die Häuser auch wirtschaftlich stabil sind.

Diese Ziele werden die konkrete regionale Umsetzung prägen, die nun beginnt. Alle Beteiligten wurden gut vorbereitet. Wir haben den Plan Ende April 2022 veröffentlicht. Viele Krankenhäuser bereiten sich schon seitdem intensiv vor. Anfang September haben wir allen Krankenhäusern eine Handreichung und weitere Materialien zur Abwicklung der Verfahren zur Verfügung gestellt. Um den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten, werden die Verfahren über eine digitale Plattform abgewickelt. Am 17. Oktober 2022 fordern die Bezirksregierungen die Krankenhäuser zur Aufnahme von Verhandlungen mit den Krankenkassen auf. Diese Verhandlungen beginnen ab dem 17. November 2022. Jedes Haus wird zunächst für sich prüfen, welchen Beitrag es künftig leisten kann und will. Darüber wird dann mit den anderen Krankenhäusern in der Region und den Krankenkassen zu sprechen sein. Überzeugende und sinnvolle Konzepte entstehen durch abgestimmte Angebote und Kooperationen der Häuser. Die Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind spätestens nach sechs Monaten abzuschließen. Dann prüfen die Bezirksregierungen und danach das Ministerium die Ergebnisse. Dabei werden auch weitere Akteure einbezogen.

Dazu gehören beispielsweise die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die Kreise und kreisfreien Städte, aber auch der Städte- und Gemeindebund NRW. Wenn erforderlich, werden die Bezirksregierungen oder das Ministerium regionale Konferenzen einberufen oder eine externe Moderation einbeziehen. Das Ziel ist, möglichst viel im möglichst breiten Konsens zu entwickeln. Klar ist aber auch: Wo das nicht gelingt, entscheidet am Ende das Ministerium. Der Versorgungsauftrag, also welche Leistungsbereiche und -gruppen in welchem Umfang ein Krankenhaus künftig erbringt, wird in einem Feststellungsbescheid niedergelegt. Ich gehe davon aus, dass wir diese Bescheide im Jahr 2024 erteilen werden.

Wir stehen damit am Beginn von zwei besonders wichtigen Jahren für die Krankenhauslandschaft in Nordrhein-Westfalen. Das Land wird den Prozess der Neuordnung durch zusätzliche Investitionsmittel unterstützen. Wir setzen damit die Linie der vorangehenden Wahlperiode fort, die bereits von deutlich aufgestockten Landesmitteln für die Krankenhäuser geprägt war. Ich bin überzeugt: Wir werden bessere Strukturen erreichen – für die Menschen in unseren Städten und Gemeinden. ■



Karl-Josef Laumann,
Minister für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

INNOVATIVE MEDIZINISCHE VERSORGUNG FÜR LÄNDLICHE RÄUME

Von Dr. Carola Reimann Vorsitzende des Geschäftsführenden Vorstandes des AOK-Bundesverbandes



Foto: © Thomas Reimer-Fotolia.com

Starre Sektorengrenzen zwischen der ambulanten Versorgung einerseits und der stationären Versorgung andererseits führen dazu, dass gerade Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern unter Informationsbrüchen und Qualitätsproblemen während des Behandlungsprozesses leiden. Es kommt zu Fehlversorgung, Unterversorgung oder auch Überversorgung. Eine der Ursachen: Über viertausend Hausarztstühle in Deutschland sind aktuell nicht besetzt. Dazu tragen der Stadt-Land-Wettbewerb und die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte ebenso bei wie sich ändernde Ansprüche an Arbeitsbedingungen, komplexere Erkrankungen und eine alternde Bevölkerung. Vor allem in strukturschwachen Regionen auf dem Land ist die Basisversorgung beeinträchtigt. Zugleich schreiben viele kleine Krankenhäuser rote Zahlen.

Damit in Zukunft eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt werden kann, müssen sich die Versorgungsstrukturen vielmehr als bisher am Bedarf vor Ort ausrichten. Es gibt schon zahlreiche gute Modelle, wie eine künftige sektorenunabhängige Versorgung aussehen kann. Drei Leuchtturmprojekte aus der AOK-Gemeinschaft möchte ich herausstellen.

AMBULANTISIERUNG ALS ERFOLGSMODELL

Für strukturelle Veränderungen sind nicht nur finanzielle und personelle Ressourcen sowie Geduld bei der Umsetzung notwendig. Die Erfahrungen der AOK Nordost haben gezeigt: Für einen echten Strukturwandel braucht es darüber hinaus den erklärten Willen zur Veränderung und eine gute in-

terdisziplinäre Zusammenarbeit aller Beteiligten. Die Krankenträger, die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die Krankenkassen müssen an einem Strang ziehen.

Mit dem innovationsfondsgeförderten Projekt „Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg – Strukturmigration im Mittelbereich Templin“ hat die namensgebende Arbeitsgemeinschaft aus AOK Nordost, Barmer und der KV in einer gemeinsamen Kraftanstrengung ein besseres Versorgungsmanagement erreicht. Die Akut- und Notfallversorgung wurde neu geordnet, die Versorgung durch Herzsprechstunden verbessert und eine Lösung für die Ambulantisierung im Krankenhaus gefunden. So konnte ein Ambulant-Stationäres-Zentrum entstehen und das Problem knapper Personalressourcen gelöst werden.



Die neue nichtstationäre Struktur der pädiatrischen Versorgung in der Region konnte Eltern, Medien und Kommunalpolitiker überzeugen, weil es weiterhin eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung sowie eine Akutversorgung für Kinder und Jugendliche rund um die Uhr gibt. Auch Geburten vor Ort sind weiterhin möglich, obwohl die Kinderstation im Krankenhaus nicht mehr existiert. Ein wesentlicher Erfolgsbaustein hierfür war die gemeinsame Zielsetzung aller Beteiligten, dass im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte auch ambulant unter dem Dach der KV tätig sein dürfen.

BESONDERE VERSORGUNGSBEDÜRFNISSE BEACHTEN

Für Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen ist eine gute interdisziplinäre Versorgung entscheidend. Unter dem Stichwort „Ein Netzwerk für mehr Lebensqualität“ unterstützt die AOK Bayern deshalb das „Münchner Parkinson Netzwerk Therapie“ im Rahmen eines Modellprojektes. Die behandelnden Gesundheitsberufe arbeiten Hand in Hand zusammen: die Parkinson-Fachklinik an der Schön Klinik München Schwabing, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte für Neurologie oder Nervenheilkunde sowie rund dreißig Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Großraum München. Letztgenannte erhielten vor Projektstart eine Schulung und bieten nun eine speziell auf Parkinson ausgerichtete Physiotherapie an, mit der nicht nur Stürze - und somit auch

Krankenhausaufenthalte - verringert werden. Durch die Maßnahmen zur Verbesserung von Gleichgewicht und Gehfähigkeit steigt auch die gesamte Lebensqualität der Erkrankten, die in drei Therapieprogrammen, versorgt werden, die auf das jeweilige Entwicklungsstadium der Erkrankung zugeschnitten sind. Das Modellprojekt läuft bis Herbst des Jahres 2024 und wird von der Ludwig-Maximilians-Universität München evaluiert. Die AOK Nordwest hat sich ebenfalls den Versorgungsproblemen einer besonderen Patientengruppe angenommen. Die „virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche – ViDiKi“ widmet sich der Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1. Der Fokus liegt hier auf einem verbesserten Zugang zur medizinischen Versorgung. Weil eine wohnortnahe Betreuung durch einen Kinderarzt mit diabetologischer Weiterbildung oft nicht möglich und die Erreichbarkeit einer weiter entfernten Fachambulanz für die Familien sehr zeitaufwendig ist, kommen in Abstimmung der beteiligten Kinderkliniken in Lübeck und Kiel, des städtischen Krankenhauses Kiel, beteiligter Diabetologen aus Schleswig-Holstein und der gesetzlichen Krankenkassen ergänzend telemedizinische Betreuungsmöglichkeiten zum Einsatz. Videosprechstunden ermöglichen häufigere Kontakte und erlauben eine schnelle Insulinanpassung bei Wachstum oder Krankheit der Kinder. Die erste Betreuungsphase dauert ein Jahr und kann danach freiwillig verlängert werden.

REGIONALE VERSORGUNGSPLANUNG MIT AUGENMASS

Um diese und weitere gelungene Modelle in die Fläche zu bringen, schlägt die AOK-Gemeinschaft ein Planungsgremium auf Landesebene vor, das sich nach Vorbild des Gemeinsamen Bundesausschusses aus KVen, Landeskrankengesellschaften, Krankenkassen sowie Vertreterinnen und Vertretern des Landes zusammensetzt und dem regionalen Versorgungsbedarf entsprechende sektorenunabhängige Versorgungsaufträge vergibt.

Ein wesentliches Ziel der Ampel-Koalition – der Ausbau interprofessioneller Gesundheitszentren – kann hierdurch ebenfalls erleichtert werden. Diese können zur zentralen Anlaufstelle für die Patientinnen und Patienten und zum Dreh- und Angelpunkt interdisziplinärer Vernetzung und Kooperation werden und somit die Versorgung unter einem Dach gewährleisten. ■



Dr. Carola Reimann,
Vorsitzende des Geschäftsführenden
Vorstandes des AOK-Bundesverbandes

Foto: © AOK Bundesverband



Foto: © PhotoPlus+ - adobe.stock.com

andersneu KOMMUNikations STUDIE 2021/2022

SO SIEHT DIE ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DEUTSCHER KOMMUNEN AUS

Der Wandel der Mediennutzung fordert von der Öffentlichkeitsarbeit deutscher Kommunen einen Strategiewechsel. Dabei müssen neue Herausforderungen bewältigt werden. Wie erreichen sie Jung und Alt gleichermaßen? Welche Medienkanäle sollen bespielt werden? Diese und weitere Fragen stellt die andersneu KOMMUNikations Studie 2021/2022 und zeigt, wie der Medienwandel die Öffentlichkeitsarbeit der Städte und Gemeinden erfasst. Die auf einer Umfrage basierenden Studie wurde von Seiten des Deutschen Städte- und Gemeindebundes unterstützt.

Der Einzug des Internets sowie die Beliebtheit sozialer Netzwerke markieren heute den größten Wendepunkt in der menschlichen Mediengeschichte und Kommunikation. Der Medienwandel fordert von den Kommunen einen Strategiewechsel, wenn es darum geht, Themen für ein breites Publikum zu sichtbar zu machen. Denn immer weniger Bevölkerungsgruppen nutzen heute klassische Kommunikationskanäle, wie zum Beispiel die Tageszeitung.

FEHLENDE INHALTE FÜR AKTUELLE THEMEN

Kommunale Öffentlichkeitsarbeit setzt nach wie vor sehr stark auf die Verbreitung von Nachrichten und Informationen über Tageszeitungen. Plattformen wie zum Beispiel Instagram, die insbesondere bei der jüngeren Bevölkerungsgruppe sehr beliebt sind, werden von Seiten der Kommunen nur zögerlich aufgebaut und bespielt. Der größte Teil der Kommunen veröffentlicht ihre Pressemeldungen nach wie vor über ihre Websites und/

oder das soziale Netzwerk Facebook. Moderne Medienformate wie zum Beispiel Stories und Videos, die extra für soziale Netzwerke produziert werden, fehlen jedoch in vielen Fällen. Des Weiteren beeinflusst die Angst vor dem Shitstorm die kommunale Kommunikation. Aus diesem Grund verzichten viele Kommunen darauf, schwierige Themen auf sozialen Plattformen zu veröffentlichen. Einige Kommunen meiden aus diesem Grund soziale Plattformen vollständig.

WENN BÜRGER:INNEN ZU KUND:INNEN WERDEN

Die fortschreitende Digitalisierung sorgt dafür, dass Menschen sich zunehmend als Kund:innen verstehen und damit auch Serviceleistungen erwarten. Um den Bürger:innen kommunale Botschaften zu übermitteln, bedarf es nicht nur neuer medialer Kanäle, sondern generell eines anderen Ansatzes in der Ansprache der Menschen. Kommunale Verwaltungen, die ihre Bürger:innen als Kund:innen verstehen, wird es darum in Zukunft besser gelingen, diese gezielt zu informieren und anzusprechen.

REGE BETEILIGUNG

„Wir sind sehr zufrieden mit den Ergebnissen der Studie“, verrät Moritz Sauer, einer der beiden andersneu-Geschäftsführer und fährt fort: „Es haben viele Städte und Gemeinden verschiedenster Größe an unserer Studie teilgenommen. Durch die Vielfalt der Antworten ergibt sich ein aktuelles Bild der täglichen Öffentlichkeitsarbeit deutscher Kommunen.“ Markus Erdmann, zweiter Geschäftsführer von andersneu freut sich ebenfalls über die Ergebnisse der Studie: „Unsere Studie zeigt, wo es in der Öffentlichkeitsarbeit hapert und wo noch Verbesserungspotential liegt. Positiv fällt auf, dass viele Kommunen die Zeichen der Zeit erkennen und ihre Angebote kontinuierlich umstrukturieren, erweitern und verbessern.“

WEITERENTWICKLUNG DER STATIONÄREN ALTENPFLEGE IM MODELLPROJEKT „STAMBULANT“

Von Ferdinand Burger Bürgermeister der Gemeinde Wyhl



Foto: © Firma BeneVit Gruppe



Die Gemeinde Wyhl am Kaiserstuhl liegt im baden-württembergischen Landkreis Emmendingen, nahe der Grenze zu Frankreich. Viele Jahre haben wir uns um den Bau eines Pflegeheims bemüht, um alten und hilfebedürftigen Bürgerinnen und Bürgern in der Gemeinde einen Verbleib in der vertrauten Umgebung und in der Mitte unserer Gemeinschaft zu ermöglichen. Unsere Wahl fiel dabei auf die BeneVit Gruppe, ein mittelständisches Familienunternehmen aus der Region, welches bundesweit an 30 Standorten tätig ist und 26 stationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 1.700 Plätzen in

fünf Bundesländern betreibt. Hinzu kommen ambulante Pflegedienste, Tagespflegen und Einrichtungen des Betreuten Wohnens.

Im Rahmen eines Modellprogramms nach § 45f SGB-XI zur Weiterentwicklung der stationären Altenpflege, gefördert vom GKV-Spitzenverband, wurde von der BeneVit Gruppe in Zusammenarbeit mit den Pflegekassen unter der Federführung der AOK Baden-Württemberg und dem Sozialministerium Baden-Württemberg das Konzept „stambulant“ entwickelt und im Juni 2016 dann das Haus Rheinaue in Wyhl in Betrieb genommen.

In einer begleitenden Projektgruppe waren zusätzlich die kommunalen Spitzenverbände, die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft (BWKG), der Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), der Landkreis, die Kommune und der damalige Bundestagsabgeordnete Peter Weiß eingebunden.

STATIONÄRE SICHERHEIT UND AMBULANTE VIELFALT

Ziel des Modellprojektes ist es, stationäre Sicherheit mit der ambulanten Vielfalt zu verbinden.

>>



Foto: © Firma BeneVit-Gruppe

Die betreuungs- und pflegebedürftigen Menschen wohnen in Hausgemeinschaften mit jeweils 14 Mitbewohnern zusammen. Wie in jeder Gemeinschaft bringt sich hier jeder Einzelne in den Alltag ein. Jeder trägt bei, was ihr oder ihm möglich und willkommen ist. Betreut werden die Bewohner durch sogenannte Präsenzkkräfte. Pflegefachkräfte kommen ausschließlich bei der Grund- und medizinischen Behandlungspflege zum Einsatz. Das Modell löst somit auf geniale Weise den starken Mangel an fehlenden Pflegefachkräften auf, ohne qualitative Kompromisse eingehen zu müssen. Für jede Bewohnerin und jeden Bewohner, wird zusammen mit den Angehörigen ein individuelles Leistungspaket entsprechend den Bedürfnissen definiert. Hier wird festgelegt, was im Rahmen der Grundleistung erfolgt und was als Wahlleistung von wem erbracht werden soll.

Dabei steht es gänzlich frei, ob diese Leistungen durch die Angehörigen erbracht werden, Bewohner sie selber verrichten oder ein ambulanter Dienst beauftragt wird.

Von den 56 Bewohnerinnen und Bewohnern haben derzeit über 80 Prozent ambulante Pflegeleistungen vereinbart. Ziele des Modells sind die Selbstbestimmung der pflegebedürftigen Menschen zu erhöhen, das Leistungsangebot besser auf Bewohner und Angehörige abzustimmen und die pflegefachlich notwendige Versorgungsqualität sicher zu stellen. Gut 20 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohner konnten ein Jahr nach ihrem Einzug in das Haus Rheinaue in ihrem jeweiligen Pflegegrad zurückgestuft werden, weil sich der allgemeine Gesundheitszustand und die Mobilität verbessert hatten. Zudem ergibt sich für die Bewohnerinnen und Bewohner der Vorteil eines geringeren

Eigenanteils von bis zu 1.000 Euro gegenüber den Eigenanteilen „klassischer“ Altenpflegeeinrichtungen.

Auch aus diesem einzigartigen Grund, haben die Medien das Haus als „Das Mitmach-Pflegeheim“ benannt. Viele TV, Rundfunk und Print-Beiträge zeugen davon.

Die Baulichkeit entspricht den Vorgaben der Landesheimbauverordnung stationär. Anstelle von Personalschlüssel und Fachkraftquote wird eine fixe Personalausstattung entsprechend den Erfordernissen zur Erbringung der Grundleistungen vorgehalten. Für die Qualitätssicherung gilt „stationär“ und sie unterliegt somit der Zuständigkeit der Heimaufsicht des Landkreises Emmendingen.

Damit ist das Haus Rheinaue zu einem erfolgreichen, vielfach prämierten und mehrfach evaluierten Mo-

dellprojekt geworden. Und für uns in Wyhl darüber hinaus auch ein wichtiger, zentraler Anlaufpunkt inmitten der Gemeinde.

FEHLENDE RECHTSGRUNDLAGE VERHINDERT PLANUNG UND ZUKUNFT

Bis heute fehlt jedoch eine rechtliche Grundlage, um aus dem Modellprojekt eine Konzeption der bundesweiten Regelversorgung werden zu lassen. Eine Genehmigung, das Modellprojekt weiterzuführen, erhält die BeneVit Gruppe nur von Jahr zu Jahr. Planungssicherheit für Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige kann somit nicht entstehen.

Viele Bürgermeisterinnen und Bürgermeister würden lieber heute als morgen ein Haus dieser Konzeption errichten lassen. Dafür müssten sich jedoch Bundes- und Landespolitik - seit langer Zeit überfällig - zu dieser konzeptionellen Pflegelösung bekennen, die künstliche Abtrennung der Sektorengrenzen, zwischen ambulanten und stationärer Versorgung, aufheben und dies gesetzlich verankern. Es müssen dringend Taten folgen.

Insgesamt 22 Bürgermeisterinnen und Bürgermeister aus Bayern, Ba-

den-Württemberg, Hessen und dem Saarland haben in Form eines offenen Briefes einen Appell an die Bundesregierung, Sozialministerien und Bundestagsabgeordneten in vier Bundesländer gerichtet und die Unterstützung einer zügigen Reform der Pflegeversicherung sowie die Schaffung einer Rechtsgrundlage für das „stambulante“ Konzept“ erbeten. Im Pflegestärkungsgesetz III wurde die Versorgung pflegebedürftiger Menschen als kommunale Aufgabe der Daseinsvorsorge besonders herausgestellt. Die unterzeichnenden Kommunen wollen sich dieser Aufgabe gerne stellen und der übertragenen Verantwortung auch umfänglich gerecht werden. Daher muss die nächste Stufe der Pflegereform endlich durch den Bundesgesundheitsminister angepackt werden.

„Wie Sie wissen beschäftigen sich die unterzeichnenden Gemeinden sehr intensiv mit dem Thema Altenpflege. Mit dem ambulantisiereten Hausgemeinschaftsprojekt der BeneVit Gruppe, im Haus Rheinaue in der Gemeinde Wyhl am Kaiserstuhl, gibt es im Landkreis Emmendingen ein Konzept, das unseres Wissens nach von der Prognos AG und dem Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) positiv evaluiert wurde. Die Kranken- und Pflegekassen unter

Federführung der AOK Baden-Württemberg unterstützt den „stambulanten Ansatz“ ebenso wie sich unseres Wissens nach das Sozialministerium Baden - Württemberg auf Bundesebene um eine Rechtsgrundlage für das Modell bemüht. Der Bayerische Landtag hatte bereits im Oktober 2020 beschlossen, eine sektorenübergreifende „stambulante“ Versorgung in der Pflege zu ermöglichen.“, schrieben die Bürgermeister der vier Bundesländer an die Bundes- und Landespolitik.

Es bleibt zu hoffen, dass unsere gemeinsame Initiative Gehör findet. Die Signale aus Berlin und den Sozialministerien der Bundesländer lassen sich derzeit jedenfalls positiv deuten. ■



Ferdinand Burger,
Bürgermeister der Gemeinde Wyhl

Foto: © YKJ/Chaperon

Anzeige



Real Estate
Social Impact Investing
AWARD 2022

Bewerben Sie sich jetzt
mit Ihrem Projekt!



In Kooperation mit
im immobilienmanager
entscheidend für entscheidende

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG EIN ZUHAUSE GEBEN

Von Prof. Dr. Mathias Bellinghausen

Foto: © AdobeStock_myboys.me



Stellen Sie sich ein Gesundheitszentrum vor, in das tatsächlich ein gesunder Mensch an einem normalen Tag geht, um Angebote für die eigene Gesundheitsförderung beziehungsweise präventive Maßnahmen zu nutzen. In der ersten Etage befinden sich diverse Praxisräume, die medizinische Vorsorgeuntersuchungen offerieren. Ein Stockwerk höher werden in modernen Multifunktionsräumen verschiedenste Kurse zur Bewegungsförderung und Seminare für einen besseren Umgang mit Stress, Schlaf oder Sucht angeboten. Die sechsjährige Tochter kommt einfach mit und kann in einer eigens kreierten Erlebniswelt spielerisch Erfahrungen rund

um einen gesunden und nachhaltigen Lebensstil machen, ihr älterer Bruder nutzt derweil die „physical sport“-Angebote. Nach dem Yoga- oder Fitnesskurs treffen sich alle auf der Dachterrasse, wo vormittags Schülerinnen und Schüler, nachmittags ältere Bürgerinnen und Bürger gesund kochen (lernen) und abends das Restaurant gesunde und regionale Speisen anbietet. Es ist ein generationenübergreifender Ort der Begegnung, an dem Alt und Jung nicht nur für die Dauer einer Mahlzeit verweilen können. Jetzt noch eben die restlichen gesunden Einkäufe erledigen im Unverpackt-Laden, dem Sanitätshaus, der Apotheke oder in Pop-up-Stores mit wechselnden Themen.

Die Rede ist hier von einem nach innen und außen vernetztem Gesundheitszentrum, das seinen Namen salutogenetisch interpretiert und in das nicht die Kranken strömen. Ein Ort, an dem in Gesundheit investiert und nicht an Krankheit repariert wird. So würde sich vermutlich die lebendig umgesetzte Idee zum „Grünen Haus der Prävention“ anhören. Dieses Haus steht nicht in einem Ort mit Heilbad und ist nur für die Dauer der wünschenswerten Kur zugänglich. Es steht lang geöffnet inmitten einer Stadt, einem Quartier, einem Kiez, einem Veedel oder einer Gemeinde. Getreu dem adaptierten Motto: „Wenn der Mensch nicht zur Präven-



tion kommt, muss die Prävention zu den Menschen kommen“.

Zu den Menschen kommen bedeutet, dorthin, wo sie leben, arbeiten, zur Schule gehen oder ihre Freizeit verbringen. In der Prävention und Gesundheitsförderung nach den Ideen des § 20 SGB V, respektive dessen Umsetzungsrahmen im „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes, wird dies bereits so in etwa formuliert¹. Eben die Verhaltens- und Verhältnisprävention zu fördern, sowohl individuell als auch in den betrieblichen sowie den nichtbetrieblichen Lebenswelten – also vorrangig Kita, Schule und Hochschule. Zudem in familiärer oder kommunaler Gesundheitsförderung.

Die beiden letztgenannten grenzen sich insofern ab, dass sie nicht nur die meisten Berührungspunkte mit den anderen Lebenswelten haben, sie sogar beinhalten oder Träger sind. Ihre Komplexität ist enorm und letztendlich auf Partizipation und bürgerschaftliches Engagement angewiesen. Nicht zuletzt deshalb ist die Umsetzung in den Kommunen noch nicht weit vorangeschritten. Im Gegenteil, während sozio-demografisch herausforderndere Kreise direkt über Projekte des GKV-Bündnisses angestoßen wurden, sind andere Städte und Gemeinden zurückhaltender, meistens mit Verweis auf die Krisen wie etwa Corona, Flüchtlingswelten, Inflation oder Energie, obwohl Kassen und entsprechende externe

Umsetzungsanbieter finanzielle (bis zu 25 000 Euro) und damit auch personelle Ressourcen zur externen Projektdurchführung mitbringen. Eigentlich ist die Welt im Dauerkrisenmodus, weswegen beispielsweise die Bertelsmann Stiftung Änderungen von „Soft Skills“-Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt durch Dauerkrise untersucht². Doch wer immer nur im Krisenmodus kurzfristig Schadensbegrenzung betreibt, vernachlässigt zwangsläufig das Investieren in die Ursachenbekämpfung und eine dauerhafte Änderung der Rahmenbedingungen.

Im Gesundheitssystem ist dies nicht anders, insbesondere in einer sich demografisch wandelnden Gesellschaft,

welche die medizinische Versorgung und Pflege im Solidaritätsprinzip kaum noch finanzieren kann, in der Digitalisierung gleichzeitig Lösung und Problem ist, in der morbide Krankheiten aufwendig repariert werden anstatt ihnen vorgebeugt wird und in der psychische oder depressive (also nicht sichtbare) Erkrankungen auf dem Vormarsch sind³.

Doch den diversen Präventionsprojekten sind noch andere Herausforderungen immanent, als sie gar nicht erst anzugehen. Sehr oft erreichen Projekte in den Lebenswelten nur diejenigen, die sich ohnehin einem gesunden Lebensstil aus förderlicher Ernährung, Bewegung, Entspannungsfähigkeit, Suchtmittelverzicht oder

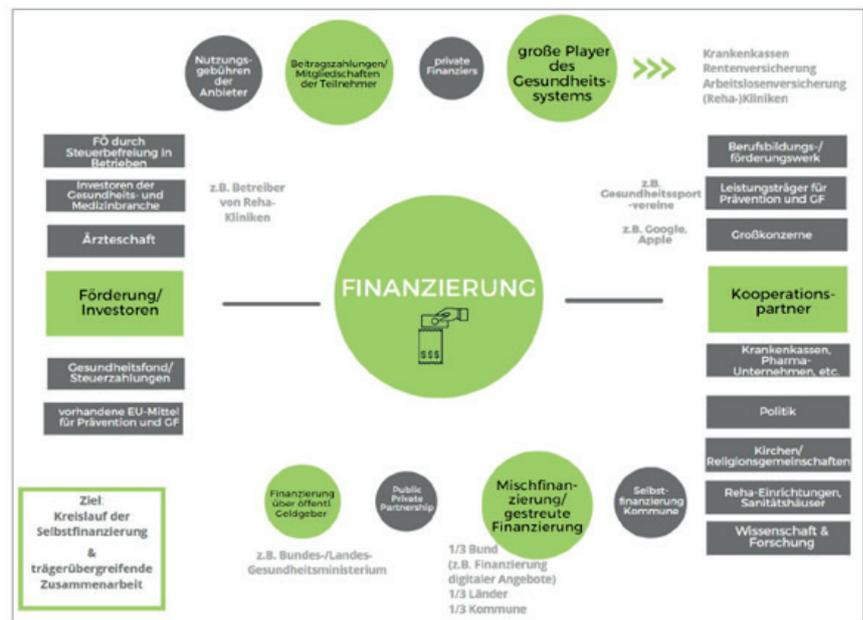


Abb. 1: Befragungsergebnis zum Haus der Prävention zu möglichen Finanzierungsalternativen⁴.

¹ Die jeweils aktuelle Version des Leitfadens Prävention ist auf den Seiten des GKV abzurufen: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp
² Informationen zur Studie unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2022/september/dauerkrise-veraendert-die-arbeitswelt-welche-softskills-jetzt-gefragt-sind>
³ Diesen Trend lassen sich in Reporten diverser Krankenkassen oder den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ablesen (www.baua.de).
⁴ Informationen zur Studie beim Autor.

fürzeitigen Wahrnehmen von Vorsorge und Check-Ups zugewendet haben. Daher beschäftigen sich beispielsweise zahlreiche „Scope Reviews“ des GKV-Verbandes mit der Erreichbarkeit oder Motivation von (vulnerablen) Zielgruppen⁵. Hier wird oft der Ruf nach Niederschwelligkeit oder digitalen Lösungen laut. Ferner sind den Umsetzungsmaßnahmen die Ablaufzeiten der Projekte ein Verhängnis, die meist aus finanziellen und damit personellen Gründen nicht nachhaltig fortgeführt werden (können).

GESUNDHEITSKOMPETENZ IN DER BEVÖLKERUNG SINKT

Es gibt also einige „Sollbruchstellen“, warum die Prävention und Gesundheitsförderung auf Projektbasis in den Kommunen nicht selten nur schleppend vorankommt. Während die Projekte selbst in sich teilweise sehr erfolgreich sind, ist der makroökonomische Effekt nur schwer zu quantifizieren. Darunter leidet die Präventionsforschung ohnehin. Was erkannt ist: die Gesundheitskompetenz in Deutschland hat abgenommen, eine der eigentlichen Zielgrößen der Nationalen Präventionskonferenz. Immerhin 64,2 Prozent der Deutschen wird im Jahr 2020 eine inadäquate oder problematische Gesundheitskompetenz bescheinigt (54,3 Prozent im Jahr 2014)⁶. Doch nicht nur das Kennen, Verstehen, Bewerten oder Anwenden von relevanten Informationen oder gesundheitsbezogenem Verhalten im engeren Sinn sollten hier im Fokus stehen. Morbide Krankheiten können auch ein Outcome von Phänomenen wie Einsamkeit, Schnelllebigkeit oder eben andauernden Kriseneffekten sein.

Bei Betrachtung der eingangs skizzierten Wunschvorstellung eines „grünen Hauses der Prävention“ werden sich nun die Verbindungen ziehen lassen. Eine Möglichkeit ist, die sich ausdünnenden Innenstädte mit neuen Themen und Angeboten zu stärken - der kommunalen Gesundheitsförderung ein physisches „Zuhause“ zu geben, mit dauerhaften sowie wechselnden Angeboten und Events, angepasst an die Bedarfe der Gemeinde und der Bürgerinnen und Bürger. Hier könnten auch die Steuerkreise der kommunalen Gesundheitsprojekte tagen. Bestenfalls in eigenen Räumlichkeiten und damit in direkter Nachbarschaft zu Sportbünden, diversen sozialen Leistungsträgern oder karitativen Organisationen. Auch Schulklassen, Seniorengruppen, junge Familien oder Angestellte im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung sollen zu Gast sein. Das „grüne Haus der Prävention“ soll einen lebendigen Ort der Begegnung mit Angeboten für alle Menschen darstellen.

Prof. Dr. Niko Kohls von der Hochschule Coburg hat in Kooperation mit der Gesellschaft für Prävention e.V. dazu schon eine Interessenlandkarte durch Befragungen von Stakeholdern erarbeitet. Krankenversicherer, Rentenversicherung oder andere Vertreter aus der Gesundheitswirtschaft haben sich grundsätzlich positiv der Idee gegenübergestellt und in qualitativen Befragungen ähnliche Themen und Ansprüche wie eingangs skizziert formuliert. Da sich insbesondere die Prävention in Projekten abbildet und in Gebührenordnungen der Mediziner nicht nennenswert in Erscheinung tritt, dürfte für die vermeintlich he-

rausfordernde Finanzierung eines solchen Hauses eine Mischfinanzierung in trägerübergreifender Zusammenarbeit mit synergetischen Nutzungskonzepten nicht zu umgehen sein. Auch hier liefern die Befragten der Studie erste Lösungsansätze. Der Wille, diesen innovativen Ansatz zu pilotieren, ist jedenfalls da. Architekten und Rehaklinik-Betreiber wenden sich dem Konzept sehr interessiert zu, häufig noch, weil es „Überzeugungstäter eines Paradigmenwechsels hin zur Prävention und weg von der reinen Reparaturmedizin“ sind. Letztendlich braucht es vermutlich auch diese „Überzeugungstäter“ in den Kommunen, die sich einer solch komplexen Projektidee annehmen und eine Betreibergesellschaft initiieren.

Um einen solchen Paradigmenwechsel⁷ in der Gesundheit anzuschieben, braucht es viele Entwicklungen und gute, finanzierbare Angebote, die sich die Nachfrage in der Bevölkerung schaffen. Medien, Maßnahmen und Multiplikatoren müssen hier zusammenwirken, um den iterativen Prozess anzuschieben. Ein „grünes Haus der Prävention“ wäre ein echter Meilenstein hin zu einer gesunden Kommune. ■



Prof. Dr. Mathias Bellinghausen

⁵ Siehe unter: <https://www.gkv-buendnis.de/forschung-im-buendnis/datenbank-wissen-fuer-gesunde-lebenswelten/>

⁶ Hurrelmann, K., Klinger, J., Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>.

⁷ Siehe dazu: <https://www.dstgb.de/themen/gesundheitsplaedoyer-zum-verstaendnis-einer-positiven-praevention/positivepraevention-bellinghausen-2021black.pdf?cid=iby>



Der Wandel kommt überall hin. Gut, dass wir schon da sind.

Deutschlands starke Partnerin für Nachhaltigkeit.

Auf dem Weg in eine nachhaltigere Zukunft kann ganz Deutschland auf die Unterstützung der Sparkassen-Finanzgruppe zählen. Mit der größten Finanzierungssumme für den Mittelstand und als Partnerin von 40 Millionen Privatkundinnen und -kunden machen wir uns stark für einen Wandel, der für alle zum Erfolg wird. Im Großen wie im Kleinen. Mehr erfahren: sparkasse.de/mittelstand



Weil's um mehr als Geld geht.

NEUES ÄRZTE- UND GESUNDHEITZENTRUM IN KIRTORF

Von Andrea Ulrich Pressesprecherin der IWG-Gruppe

Foto: © Medzentrum



In vielen Regionen Deutschlands ist die ambulante medizinische Versorgung schon jetzt oder in absehbarer Zukunft nicht mehr sichergestellt. Diese Gefahr ist seit langem bekannt. 20 Jahre alt sind diese warnenden Worte aus dem Deutschen Ärzteblatt: *„Deutschland gehen die Ärzte aus, daran bestehen unter vielen Fachleuten kaum noch Zweifel. Es drohen flächendeckende Versorgungsengpässe, wenn nicht schnell etwas geschieht.“*

Sechs Bundesgesundheitsministerinnen und -minister aus drei verschiedenen Parteien haben seitdem versucht, dem Trend etwas entgegenzusetzen. Doch gegen die Ursachen für diese Entwicklung ist die Politik offenbar machtlos. Denn auch heute, 20 Jahre später, ist die flächendeckende ambulante Versorgung der Bevölkerung in Gefahr, insbesondere in ländlichen Regionen.

Der nördliche Vogelsbergkreis ist eine solche Region. Hier liegt das Städtchen Kirtorf. Die gleichnamige Kernstadt hat rund 1.300 Einwohner, weitere 2.000 verteilen sich auf sechs kleinere Ortsteile. Die Bevölkerungsdichte ist eine der niedrigsten in ganz Deutschland. Statistisch leben in Kirtorf 40 Einwohner auf einem Quadratkilometer.

Die Prognosen für Kommunen wie Kirtorf sehen düster aus: Bevölkerungsrückgang und steigendes Durchschnittsalter wirken sich negativ auf Ökonomie, Infrastruktur und Immobilienmarkt aus.

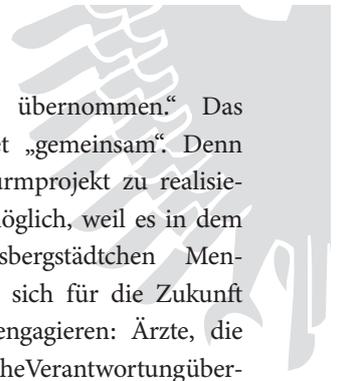
Doch in Kirtorf haben die verantwortlichen Kommunalpolitiker frühzeitig beschlossen, etwas zu tun. Mit Weitblick und großem persönlichen Engagement stemmen sie sich gegen den drohenden Abwärtstrend – und

mit finanzieller Förderung durch das Land Hessen.

STRATEGISCHE SANIERUNG STÄRKT KIRTORF

Um Leerstand und Funktionsverlust in Ortskernen entgegenzuwirken, hat das für die Dorferneuerung zuständige Umweltministerium ein spezielles Förderprogramm aufgelegt und den Ortskern von Kirtorf als Pilotprojekt „Strategischer Sanierungsbereich“ anerkannt. Mit Mitteln aus diesem Fördertopf haben die Kirtorfer begonnen, ihre Kernstadt komplett zu erneuern. Herzstück ist das „MEDZENTRUM Kirtorfer Höfe“, ein rund 5.000 Quadratmeter großes Areal, das sowohl eine Fachwerkhäuserzeile als auch ein zuvor unbebautes Grundstück umfasst.

Dort wurde im Sommer 2021 mit dem Bau zweier moderner Gebäude



begonnen, im Juli dieses Jahres fand das Richtfest statt. Das Ärzte- und Gesundheitszentrum, das im kommenden Jahr in Betrieb gehen wird, bietet auf einer Fläche von 2.700 m² ärztliche Versorgung, Intensivpflege, Physiotherapie und medizinische Fitness beziehungsweise Aufbautraining sowie (fach-)zahnärztliche Versorgung. Es werden unter anderem Fachärzte für Allgemeinmedizin, für Gynäkologie und HNO-Heilkunde in den Neubauten praktizieren.

Die weiteren, zum Teil neuen, zum Teil sanierten (Fachwerk-)Häuser, die zum Areal gehören, werden einer bereits ortsansässigen Apotheke moderne und größere Räume bieten. Außerdem sollen dort Co-Working-Spaces, barrierefreier Wohnraum und Mietflächen für gewerbliche Mieter entstehen, die die soziale Infrastruktur sinnvoll ergänzen.

Dass ein Ärztehaus essenzieller Bestandteil der Infrastrukturbelebung sein muss, war den Kirtorfern klar. Sie wussten: wo kein Arzt mehr ist, wird auch die Apotheke schließen, gehen Arbeitsplätze verloren und wer-

den junge Menschen abwandern. Es droht die Verödung der Gemeinde. Ärzte- und Gesundheitszentren wie in Kirtorf, realisiert von der IWG-Unternehmensgruppe aus Gießen, tragen dazu bei, diese Gefahr zu bannen.

Mit dem Ärzte- und Gesundheitszentrum wird den Mietern und den Bürgerinnen und Bürgern von Kirtorf und der Region eine sinnstiftende Investition in die Infrastruktur ihrer Heimat geboten, denn an der Projektgesellschaft Kirtorfer Höfe GmbH & Co. KG können Kommanditanteile, also Beteiligungen, erworben werden.

Beim Projekt MEDZENTRUM Kirtorfer Höfe arbeiten Stadt und Privatunternehmen Hand in Hand. Es ist eine in dieser Dimension neue Form von Public-Private-Partnership im Bereich der kommunalen medizinischen Versorgung und Infrastruktur.

Für Rechtsanwalt Alexander Bechtler, einer der Initiatoren des MEDZENTRUM-Konzepts, steht fest: „Das MEDZENTRUM Kirtorfer Höfe gibt der Region Selbstbewusstsein, Zuversicht und Zukunft. Gemeinsam haben wir

Verantwortung übernommen.“ Das Stichwort lautet „gemeinsam“. Denn dieses Leuchtturmprojekt zu realisieren, war nur möglich, weil es in dem kleinen Vogelsbergstädtchen Menschen gibt, die sich für die Zukunft ihrer Heimat engagieren: Ärzte, die unternehmerische Verantwortung übernehmen und Kommunalpolitiker, die zu mutigen Entscheidungen bereit sind.

Bürgermeister Andreas Fey sieht schon jetzt positive Entwicklungen, die er auf das Projekt zurückführt: *„Dies ist eine erfolgreiche Investition in die Zukunft unserer Stadt. Ich bin froh, diesen Prozess mitgestalten zu können.“* ■



Andrea Ulrich,
Pressesprecherin der IWG-Gruppe

MEDZENTRUM-GESUNDHEITSIMMOBILIEN

Zum Konzept der MEDZENTRUM-Immobilien gehört, dass sie „von innen nach außen“ entwickelt werden. Dazu wird in der Regel zunächst mit einer fundierten und ergebnisoffenen Versorgungsanalyse der konkrete Bedarf ermittelt. Das interdisziplinäre Expertenteam für die Versorgungsforschung gehört zu einer der Tochterfirmen der IWG Holding AG.

Die IWG-Unternehmensgruppe arbeitet daran, die ambulante Gesundheitsversorgung zu erhalten und wo nötig, neu zu gestalten. Das gelingt ihr, obwohl auch sie die Ursachen für die Misere nicht ändern kann, zum Beispiel die Überalterung der Gesellschaft – auch der Ärzteschaft – und die damit steigen-

de Morbidität sowie die sinkende Bereitschaft zur selbstständigen Niederlassung bei der kommenden Ärztegeneration.

Stattdessen schafft die IWG-Gruppe mit ihren MEDZENTRUM-Gesundheitsimmobilien Strukturen, die sich diesen veränderten Bedingungen anpassen. Da der angestellte Arzt auch in der ambulanten Versorgung von der Ausnahme zur Regel wird, müssen Praxen größer werden und flexiblere Arbeitszeitmodelle anbieten. MEDZENTRUM-Ärztelhäuser ermöglichen den Ärzten und Zahnärzten interdisziplinären Austausch, die Fachgruppen ergänzen sich sinnvoll, auch mit nicht-ärztlichen Mietern.

UMWANDELN STATT SCHLIESSEN PERSPEKTIVEN FÜR KLEINE KOMMUNALE KRANKENHÄUSER

Von Prof. Dr. Boris Augurzky Vorstandsvorsitzender der Stiftung Münch



Foto: © jpopba - stock.adobe.com

Immer weniger Patientinnen und Patienten, nicht genug Personal, hohe Vorhaltekosten und ein sich anhäufendes Defizit: kleine Krankenhäuser bereiten den kommunalen Trägern oft Kopfzerbrechen. Um ein Krankenhaus vor Ort weiter zu betreiben, müssen inzwischen vielfältige Struktur- und Qualitätsvorgaben erfüllt werden. So gibt es Vorgaben für die Mindestvorhaltung von Personal und Geräten. Manche Leistungen dürfen nur angeboten werden, wenn eine Mindestmenge davon erreicht wird. Die Bevölkerung sucht bei komplexen Erkrankungen zudem oft größere und spezialisierte Kliniken auf. Und viele einfachere Behandlungen können heutzutage ambulant durchgeführt werden. Das führt bei kleinen Krankenhäusern der Grundversorgung zu sinkenden Patientenzahlen – was

das Einhalten der Vorgaben weiter erschwert. Hinzu kommt, dass viele solcher Kliniken jedes Jahr ein hohes Defizit schreiben, das durch den kommunalen Haushalt ausgeglichen werden muss – Geld, das für Investitionen in andere öffentliche Infrastrukturen, etwa Bildung und Erziehung, Sport und Freizeit oder Umwelt und Verkehr, fehlt.

SCHLIESSUNG NICHT IMMER SINNVOLL

Würden die Probleme zu groß, sollten in der Vergangenheit immer wieder kleine Krankenhausstandorte geschlossen werden. Doch die Umsetzung erweist sich in der Regel als nahezu unmöglich. Zum einen ist eine Krankenhausschließung aufgrund zu erwartender Proteste und Widerstän-

de der Bevölkerung vor Ort politisch schwierig durchzusetzen. Zum anderen können aus einer ersatzlosen Schließung Versorgungslücken resultieren, wenn kleine Krankenhäuser auch die fachärztliche ambulante Versorgung vor Ort sicherstellen – gerade in ländlichen und strukturschwachen Gebieten. Deshalb kann es eine bessere Lösung sein, kleine Krankenhäuser nicht zu schließen, sondern in Einrichtungen umzuwandeln, die dem Versorgungsbedarf der Region entsprechen.

DREI ZIELBILDER EINER UMWANDLUNG MÖGLICH

Die Stiftung Münch hat in einer Studie drei grundsätzliche Zielbilder einer Krankenhausumwandlung erarbeitet (Abbildung 1). Wichtig dabei:



Die drei Zielbilder sind nicht in Stein gemeißelt. Sie müssen an den individuellen Bedarf vor Ort bausteinartig angepasst werden.

Die Umwandlung in eine ambulante Klinik bringt eine wohnortnahe Anlaufstelle für die wichtigsten gesundheitlichen Anliegen der Bevölkerung hervor. Idealerweise arbeiten dort Krankenhausärzte, die auch schwierigere Fälle versorgen können, also solche, die in Arztpraxen nicht immer behandelt werden können. Noch weiter geht die Umwandlung in eine Überwachungsklinik. Hier wird zusätzlich eine kleine Anzahl an Überwachungsbetten bereitgestellt. Dadurch werden eine qualifizierte Beobachtung von Patienten sowie Therapien für einen kurzen Zeitraum möglich. So können

zum Beispiel Menschen nach einem kleinen Eingriff betreut werden, die allein leben. Einige kleine Krankenhäuser haben für die Behandlung bestimmter Erkrankungen eine Bedeutung über die Region hinaus. Für diese Häuser kann sich die Umwandlung in eine Fachklinik anbieten, die dann jedoch üblicherweise nicht mehr an der wohnortnahen Grund- und Notfallversorgung teilnimmt.

Ein Umwandlungsprozess muss deshalb immer zusammen mit anderen Versorgungsbausteinen gedacht werden. Zum Beispiel muss die Notfallversorgung auch nach einer Umwandlung gewährleistet sein. Das kann bedeuten, dass etwa Rettungs- und Bereitschaftsdienste sowie das Notarztwesen ausgebaut werden müssen.

UMWANDLUNGSPROZESSE SIND BEHERRSCHBAR

Der erste Schritt vor einer möglichen Umwandlung muss eine Analyse sein, welches die häufigsten Erkrankungen und Versorgungsbedarfe vor Ort sind und welche Behandlungsangebote es dafür gibt. Die Untersuchung der regionalen Altersverteilung und von Bevölkerungsprognosen lässt dazu erste Rückschlüsse zu. Den Bedarfen müssen die regionalen Versorgungsangebote gegenübergestellt werden, zum Beispiel Rettungsdienste sowie Not- und Bereitschaftsdienste. Hierbei müssen auch die Angebote umliegender Krankenhäuser betrachtet werden, wenn sie für die Bevölkerung in erreichbarer Nähe liegen. Ebenso



Abbildung 1: Zielbilder für kleine Krankenhausstandorte Quelle: Stiftung Münch

ist der bauliche Zustand des bestehenden Krankenhauses bedeutsam. Manchmal eignet sich das Krankenhausgebäude für andere Zwecke, in einigen Fällen dürfte ein Neubau günstiger sein.

Im nächsten Schritt sollte die Wirtschaftlichkeit der Umwandlung betrachtet werden. Eine Umwandlung erfordert zwar Investitionen, doch in der Regel sind diese Kosten beherrschbar. Es könnte zur Rückforderung von öffentlichen Investitionsfördermitteln kommen, was aber meistens verhandelbar ist. Denn die Bundesländer haben ein Interesse daran, keine weiteren Fördermittel in einen unsicheren und defizitären Standort zu investieren. Zudem stellt der Krankenhausstrukturfonds für die Umwandlung von Krankenhäusern Mittel bereit, die über die Bundesländer beantragt werden können. Auch private Kapitalgeber sind häufig gewillt, in Gesundheitsimmobilien zu investieren.

Ferner sollten alle Beteiligten und Betroffenen einer Umwandlung identifiziert werden – die sogenannten Stakeholder. Viele Akteure und Organisationen haben am Umwandlungsprozess ein berechtigtes Interesse, in

einigen Fällen ist sogar ihre Zustimmung zwingend erforderlich. Erste Gespräche zu einer Umwandlung sollten dennoch zunächst in kleinem Kreis erfolgen, um Vertraulichkeit zu gewährleisten. Darüber hinaus lohnt es sich, frühzeitig mit dem für Krankenhäuser zuständigen Ministerium sowie mit den Krankenkassen erste vertrauliche Gespräche zu führen.

Ein Umwandlungsprozess erfordert eine sorgfältige Planung und Steuerung. Eine erste Projektplanung und die Klärung von Rollen und Verantwortlichkeiten ist erforderlich: Hier werden die Treiber der Umwandlung festgelegt. Das kann auch ein Projektträger als unabhängiger Dritter sein. Da der Projektträger auch Verantwortung für die Kommunikation und Verhandlung mit Stakeholdern trägt, ist hier Fachkompetenz für die Besonderheiten des Gesundheitswesens zwingend nötig. Neben Treibern einer Umwandlung ist auch ein Kümmerer vor Ort wichtig: Er ist Ansprechpartner und bildet die Schnittstelle zwischen allen Beteiligten. Ein Kümmerer hält Gespräche am Laufen, nimmt Bedenken, Sorgen und Ideen auf und kann im Idealfall mögliche Konflikte frühzeitig erkennen und moderieren.

DER WEG EINER UMWANDLUNG IST GANGBAR

Der Weg einer Umwandlung ist gangbar, aber nicht ohne Hürden. Derzeit kennt das Sozialrecht nur ambulante oder stationäre Versorgungsangebote, nicht jedoch ambulante oder Überwachungskliniken. Aktuell sind sie daher nicht regelhaft umsetzbar, aber lassen sich zumindest über Selektivverträge mit Krankenkassen realisieren. Hier liegt es noch an Bund- und Ländern, die regulatorischen Hürden für solche Umwandlungen zu senken. Am meisten brauchen wir aber mutige und bereitwillige Akteure, die sich den drängenden Herausforderungen vor Ort annehmen, bevor es zu spät ist und vielleicht nur noch die komplette Schließung als letzte Option übrigbleibt. ■



Prof. Dr. Boris Augurzky,
Vorstandsvorsitzender Stiftung Münch

Foto: © Sylvia Willax



TRITTSICHER IN DIE ZUKUNFT

Von Daniel Stöger Leiter des Projekts „Trittsicher in die Zukunft“, SVLFG



Foto: © AdobeStock_LIGHTFIELD STUDIOS

Die Menschen in Deutschland werden immer älter. Verbunden damit nehmen auch altersbedingte Erkrankungen zu, die allzu oft die Selbstständigkeit älterer Menschen einschränken.

Dem will ein groß angelegtes Studienprojekt in Mittel- und Ostdeutschland entgegenwirken, das von der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) initiiert wird. Als führender Konsortialpartner hat die SVLFG vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hierfür den Zuschlag für eine Förderung erhalten. Trittsicher in die Zukunft versteht sich als flächendeckendes Gesundheitsangebot für ältere Menschen im ländlichen Raum – eine Bevölkerungsgruppe, für die nur wenige präventive Gesundheitsangebote zur Verfügung

stehen. Ziel ist es, ältere Menschen dabei zu unterstützen, ihre Mobilität und Selbstständigkeit möglichst lange zu erhalten.

STURZRISIKO VERRINGERN

Ein Rückgang der Mobilität kann die Unabhängigkeit im Alter erheblich einschränken. Folgeschwere Knochenbrüche durch Stürze führen häufig zum Verlust der Selbstständigkeit. Die Konsequenzen sind oftmals erhöhte Sturzangst, weniger Aktivität und damit einhergehender Muskelabbau sowie sozialer Rückzug.

Bewegungsförderung sowie Kraft- und Gleichgewichtstraining gehören zu den wirkungsvollsten Maßnahmen, um dem entgegenzuwirken. Und genau hier setzt das Programm Trittsicher in die Zukunft an, das sich an

Menschen zwischen 70 und 90 Jahren richtet.

Die Bewegungskurse des Programms fördern die körperliche Fitness, den Muskelaufbau und verbessern die Standfestigkeit. Das Training besteht aus einfachen Übungen und erfordert keine Vorkenntnisse. Zusätzlich werden die Körperbalance und die Fähigkeit, mehrere Dinge gleichzeitig zu tun, geschult. Das wissenschaftlich evaluierte Muskelaufbautraining kann nachweislich dazu beitragen, Stürze zu vermeiden. Sicht- und erlebbarer Erfolg sind Muskelaufbau, das Erlangen einer aufrechteren Körperhaltung und wieder mehr Sicherheit im Alltag. Das neuartige an Trittsicher in die Zukunft ist der duale Aufbau. Es besteht aus einem „konventionellen Modul“ und einem „Tele-Modul“. In beiden Modulen erlernen die Teilnehmenden

Kraft- und Gleichgewichtsübungen – vor Ort und online. Die Anleitungen zum Gebrauch des Tele-Moduls sowie zum Eigentraining zuhause sind weitere wichtige Bestandteile des Trainings. Durch die digitale Komponente des Programms können Teilnehmende beispielsweise auch bei Pandemielagen, schlechten Wetterverhältnissen oder fehlender Mobilität von den Kursinhalten profitieren. Außerdem wird das Angebot mit digitalen Einheiten zu den Themen Ernährung und Sicherheit ergänzt. Start der Bewegungskurse ist voraussichtlich im ersten Quartal 2024.

VORGÄNGER TRITTSICHER DURCHS LEBEN

Trittsicher durchs Leben ist ein ebenfalls durch die SVLFG initiiertes Gesundheitsangebot, das ab 2015 in fünf Bundesländern (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen) nachhaltig implementiert wurde. Ziel war es, möglichst wohnortnah Strukturen zu schaffen, die älteren, gebrechlichen Menschen die Teilnahme an Bewegungskursen ermöglichen. Denn insbesondere große Distanzen in strukturschwächeren Regionen stellen für sie eine große Hürde dar.

Mit Trittsicher durchs Leben ist es gelungen, eine tragfähige Infrastruktur für Bewegungskurse im ländlichen Raum aufzubauen. Es konnte zudem gezeigt werden, dass strukturelle Schwierigkeiten ländlicher Regionen kompensiert werden können, wenn Organisationen wie die SVLFG und die damaligen Partner Deutscher Land-Frauenverband (dlv) und Deutscher Turner-Bund (DTB) miteinander kooperieren. So ist Trittsicher durchs Leben mittlerweile in vielen Gemeinden fest etabliert. Bis dato wurden mehr als 5.000 Kurse durchgeführt.

VERNETZUNG UND REGIONALITÄT

Der gleiche Ansatz, starke Institutionen vor Ort einzubeziehen und zu vernetzen, wird auch mit Trittsicher in die Zukunft verfolgt. Die SVLFG plant ab dem Jahr 2023 zusammen mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund (DStGB) knapp 30 Veranstaltungen in fünf Bundesländern (Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg), um die Partner auf kommunaler Ebene zusammenzubringen und die Strategie zur Teilnehmer-Akquise für Trittsicher in die Zukunft zu erläutern. Der DStGB ist verantwortlich für die Organisation und Durchführung dieser Regional-Konferenzen und fungiert damit als Bindeglied zwischen den Projektpartnern und den Kommunen. Die SVLFG und der DStGB verstehen sich dabei als übergeordnete Akteure und Partner der Kommunen vor Ort im Bereich Gesundheit.

Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt vom Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart, sowie der Charité in Berlin. Die Universitäten Ulm und Hamburg Eppendorf bringen ihre Kompetenzen bei der Untersuchung der Wirksamkeit ein.

Weitere unterstützende Organisationen sind der Deutsche Landkreistag Berlin, der Deutsche Turnerbund e. V. Frankfurt, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen Bonn und der Landseniorenverband Thüringen e. V. Erfurt.

AUSBLICK

Gesundheitsförderung und Prävention können wesentlich dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit um Jahre hinauszuzögern. Innerhalb des Projektzeit-

raums von vier Jahren wird ein qualitativ hochwertiges Gesundheitsangebot implementiert, das helfen soll, bei älteren Menschen die motorische Funktionalität zu verbessern, die körperliche Aktivität zu erhöhen und dadurch Stürze und sturzbedingte Verletzungen zu vermeiden. Zudem fördert Trittsicher in die Zukunft die digitale Gesundheitskompetenz und den sozialen Austausch, wirkt so einer Vereinsamung entgegen und fördert damit die Teilhabe älterer Menschen. ■



Daniel Stöger,
Projekt „Trittsicher in die Zukunft“

Foto: © SVLFG

Zum Autor:

Daniel Stöger leitet für die SVLFG das Projekt „Trittsicher in die Zukunft“.

Für den 3. Bürgermeister und Gemeinderat der niederbayerischen Gemeinde Aholfing ist es Herausforderung und Notwendigkeit, qualitative Angebote für die Bevölkerung aufs „flache Land“ zu bekommen. Großes Anliegen sowohl in der Heimatgemeinde, als auch im Projekt ist es, Förderungen so einzusetzen, dass die damit geschaffenen Strukturen dauerhaft angelegt werden und längerfristig nutzbar sind.

DIGITALISIERUNGSPROZESSE ZUR SOZIALEN DASEINSVORSORGE

Von Christine Becker Salutoconsult

Foto: © peshkova - stock.adobe.com



PROJEKT LOKAL-DIGITAL MIT NETPHEN ALS MODELLKOMMUNE

Förderzeitraum

01.11.20 bis 31.12.23.

Fördersumme

ca. 350.000 €

Weitere Informationen zu dem
Projekt von Netphen:

www.projekt-lokal-digital.de

Der Erwartungsdruck auf Kommunen wächst, zunehmend sollen sie sich auch um Themen der Pflege und der Gesundheitsversorgung kümmern. Anhand des Modellprojekts der Stadt Netphen sowie des Projekts mit Kommunen im Kreis Höxter wird gezeigt, welche positiven Effekte auf die Angebote für Gesundheit und Pflege durch Digitalisierung erzielt werden und wie die Bevölkerung davon profitiert.

Die Förderung der Lebensqualität durch Digitalisierung ist das Ziel der bundesweit 16 Projekte, die im Rahmen von Region gestalten und "Heimat 2.0" gefördert werden, initiiert vom Bundesministerium des Innern und für Heimat, jetzt übernommen

vom BMWST und dem BBSR.Bund. Für die Bevölkerung und die für sie Verantwortung tragende Kommunalpolitik ist klar, dass Gesundheit und Pflege wesentliche Aspekte von Lebensqualität und einem positiv besetzten Heimat-Begriff sind. Zukünftig gilt es diesen umfassenden Ansatz bei der Gestaltung von Gesundheitsregionen zu stärken.

Bei den Projekten von Netphen und dem Kreis Höxter geht es weniger um eine bestimmte Software oder Technologie, sondern um Kompetenzerweiterung und die Verbesserung von Beratungs- und Versorgungsprozessen. Das Förderprogramm des Bundes ermöglicht es Kommunen, interne und externe Digitalisierungsprozesse so zu

gestalten, dass auch die Einrichtungen, die Angebote für Gesundheit und Pflege in der Region vorhalten, davon profitieren.

In dem Projekt „LOKAL-digital“ entwickelt die Stadtverwaltung Netphen mit ihren externen Partnern ein Online-Angebot, das als digitaler Beratungsassistent eine umfassendere Informationsvermittlung für Nutzerinnen und Nutzer anstrebt, die über die reine Beratung zur Pflege hinausgeht. Das Online-Beratungsangebot wird die Bereiche Wohnen, Freizeit, Patienten- und Verbraucherrechte sowie Pflege und Gesundheit umfassen, jeweils immer in Verbindung mit digitalen Angeboten und dies rund um die Uhr und auch von zu Hause aus.

Durch gemeinsame Veranstaltungen mit Workshop-Charakter lernen sich die verschiedenen Anbieter besser kennen, was schon im Projektverlauf auch die Zusammenarbeit dieser Partner in der Versorgung fördert; ein schöner Mehrwert dieser Form der Projektgestaltung. Im Ergebnis soll der Online-Beratungsassistent der Bevölkerung einen komfortableren Zugang zu pflege- und gesundheitsrelevanten Informationen, zur Gestaltung des Wohnumfelds und der Freizeit geben und so die Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen unterstützen. Online-Beratungsassistenz soll aber auch zur Entlastung im Arbeitsalltag der beteiligten Berufsgruppen beitragen, allen voran derer, die bei den Pflegediensten oder in Beratungsstellen arbeiten. Für Berufsgruppen wie Bauhandwerker kann der Online-Beratungsassistent den Kundenservice verbessern.

Die Stadt Netphen wird in ihrem Vorhaben vom Institut für Wissensbasierte Systeme und Wissensmanagement der Universität Siegen (Prof. Dr.-Ing. Madjid Fathi und Team) und von der Autorin unterstützt. Aktuell wird der Prototyp des digitalen Beratungsassistenten erstellt, der die Angebote bündelt. Die externen Partner sind Pflegedienste und lokale Handwerker, die zertifizierten Wohnraumumbau anbieten, aber auch die Senioren- und die Wohnberatung sowie für seniorengerechte Freizeitangebote. Das System kombiniert die zu einem Spektrum von Suchbegriffen hinterlegten Informationen und verbindet so Inhalte, die allgemein und bundesweit gültig sind mit konkreten Anbietern der Region. Derart umfassend informiert können Interessenten persönliche Beratungsgespräche besser vorbereiten und auch mit Anbietern oder Krankenkassen souveräner verhandeln. Die hilfreichsten Antworten kommen ja bekanntermaßen dann,

wenn schon die Fragen gut gestellt sind. Anspruchsberechtigte Personen sollen so die ihnen zustehenden Leistungen einfacher abrufen können.

Ein „smarteres“ Wissensmanagementsystem setzt für das Speichern und Verteilen von Wissen ein Content-Management-System ein. In Form eines „Baukastens“ werden die Bereiche Gesundheit und Pflege, Wohnen und Leben, Digitalisierung, aber auch Heimat und Region von den Projektpartnern der Pflegedienste, Wohlfahrtsverbände und Unternehmen der Region selbst mit Inhalten gefüllt. Die Anbieter von Leistungen rund um Wohnen, Pflege und Gesundheit können mit dem Redaktionssystem selbst Beiträge einstellen und bearbeiten. Anhand einer Vorlage können diese Partner eigene Beiträge aus Texten, Grafiken oder Videos erstellen. Ein Rollenkonzept für die Datenbank stellt sicher, dass diese Beiträge durch die Kommune (im aktuellen Projekt die Stadt Netphen) vor der Veröffentlichung geprüft werden können. Die Inhalte werden verschlagwortet, was die Suche-/Finde-Funktion unterstützt. Es werden sowohl themenspezifische wie ortsspezifische Schlagworte vergeben, um den „lokalen“ Bezug herzustellen, wodurch auch Aspekte der Wirtschaftsförderung integriert werden. Beiträge, die immer aktuell gehalten bzw. häufig nachgefragt werden, landen in den Empfehlungen des Online-Beratungsassistenten weit oben. Das soll die Anbieter der Region motivieren ihre Beiträge stets aktuell zu halten und regelmäßig neue Inhalte einzupflegen.

Das Wissensmanagementsystem wurde zunächst in einer Testumgebung der Universität Siegen entwickelt und wird für die Stadt Netphen zukünftig auf der Infrastruktur eines Dienstleisters der Stadt bereitgestellt. Insbesondere zum Datenschutz bedarf es einer

Die Informationen zu dem zweiten Projekt „Dorf.Gesundheit.Digital“ konnten bei einer „Transferwerkstatt“, einer Veranstaltung des Fördermittelgebers zum Erfahrungsaustausch aller Heimat 2.0- Projektteams gewonnen werden, ergänzt um Informationen aus Veröffentlichungen des Dorf.Gesundheit.Digital-Projektteams. Außerdem ist die Autorin ab Oktober Dozentin im Online-Schulungsprogramm für die Digitalisierungslotsen im Kreis Höxter.

Fördersumme:

Ca. 600.000 €.

Laufzeit bis 31.03.2024

Weitere Informationen zu dem Modell des Kreises Höxter:

www.kreis-hoexter.de

gesonderten Vereinbarung zwischen den verschiedenen Anbietern und der Kommune im Hinblick auf die Veröffentlichung eigener Beiträge. Um auch anderen Kommunen die Nutzung des „Baukastens“ zu erleichtern, erstellt das Projektteam parallel einen Leitfaden, der die wichtigsten Aspekte rund um die Technik, den Datenschutz und das Etablieren eines Akteursnetzwerks mit Praxispartnern anderer Regionen beantwortet.

Dorf.Gesundheit.Digital (DGD) ist bereits das fünfte Digitalprojekt im Kreis Höxter mit Bürgerbeteiligung. Eines der Vorläuferprojekte war „Smart Country Side“ (bis 2019), weitere waren „Digitale Kompetenz für Bürger im Ländlichen Raum“ (gefördert im Rahmen der Initiative Landaufschwung) und „DorfZukunft.Digital“. Das Projekt DGD wird im Rahmen von „Heimat 2.0“ gefördert und hat die gleiche Struktur wie die vorherigen: die Erprobung von digitalen Anwendungen nach Bedarf und die Schulung digitaler Kompetenzen. Es ist ebenfalls

geprägt von der Leitidee des „Sorgen Dorfes“ und von dem Gedanken, dass Digitalisierung dabei in Bürgerhand gehört. Projektträger ist der Kreis Höxter in Zusammenarbeit mit 10 Kommunen. Kooperationspartner ist der Volkshochschulverband Diemel-Egge-Weser und Projektbeteiligte sind 30 Dorfgemeinschaften. Nach der Auftaktveranstaltung wurden in fünf Pilotdörfern die ersten Gesundheitskioske als Showroom eingerichtet, in denen die Bürgerinnen und Bürger digitale Technologien wie VR-Brillen, digitale Fitnessgeräte und Gesundheits- und Senioren-Apps ausprobieren konnten. Aus den teilnehmenden Dorfgemeinschaften wurden Lotsinnen und Lotsen gewonnen, die in Online-Kursen zu Themen rund um die Digitalisierung im Gesundheitswesen und in der Pflege geschult werden. Dabei werden Fragen des Datenschutzes, der Nutzungsmöglichkeiten von Gesundheitsdaten, der Unterstützung zum Beispiel von Pflegepersonal durch digitale Anwendungen diskutiert. Die Lotsinnen und Lotsen engagieren sich ehrenamtlich für ihre Dorfgemeinschaft.

Zu Vorteilen und Nutzen von Dorf Gesundheit. Digital gehören neben der Förderung der digitalen Teilhabe auch die Stärkung der Selbstorganisation und der lokalen Identität, der Nachbarschaftshilfe, des Gemeinwohlgedankens, die Verbesserung der Lebensqualität und der Daseinsvorsorge und die Autonomie im eigenen Lebensumfeld. Mit den etablierten Gesundheits- und Pflegenetzwerken im Kreis Höxter gibt es einen engen Austausch.

Vertreter von Kommunen haben angesichts solcher Förderprogramme oft Zweifel. Zwei typische Vorbehalte werden hier aufgegriffen und kommentiert:

1. Solche Projektförderung ist doch nur

ein Strohfeuer, „Projektitis“ bringt für die flächendeckende und dauerhafte Versorgung und für die Pflichtaufgaben der Verwaltungen nichts.

Die Kommunalen Projektpartner haben es selbst in der Hand ihre Ergebnisse zu verstetigen und voneinander zu lernen. Zum einen gibt es in diesem Förderprogramm einen umfassenden Erfahrungsaustausch der Projekte untereinander bei den halbjährig stattfindenden „Transferworkshops“. Zum anderen bieten BMWSB und das BBSR. Bund noch während der Projektlaufzeit Unterstützung bei der Übernahme durch andere Kommunen und Regionen an. Gefördert wird diese Übertragung (entweder „Copy & Paste, „Roll-out“ oder „Match, Merge & Transfer“) für ausgewählte Transfervorhaben mit Beträgen zwischen 100.000-200.000 Euro. Die Veröffentlichung des Aufrufs und die Auswahl der Transferregionen soll noch in 2022 erfolgen. Die Bereitschaft der kommunalen Akteure zur Kooperation mit Anbietern pflegerelevanter Leistungen, zu einer gewissen Transparenz und zu einer Haltung des „Gemeinsamen Wirkens“ („collective impact-Ansatz“) entwickelt sich idealerweise im Projektverlauf.

2. Warum sollen wir als Kommunen uns auch noch um Digitalisierung in der Gesundheits- und Pflegeversorgung kümmern?

Dazu gibt es sogar zwei Antworten: Die eine muss wohl lauten, weil die eigentlich dafür zuständigen Akteure, also die Organe der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, das gemeinsame Ganze und vor allem die Lebenswelt der Menschen nicht ausreichend umfassend im Blick haben. Außerdem scheint deren Verständnis von Gemeinwohl zudem oft ein anderes zu sein scheint als das der demokratisch legitimierten kommunalen Ebene.

Die andere Antwort lautet, weil im Koalitionsvertrag der Bundesregierung den Kommunen einerseits die Pflege als Aufgabe neu zugewiesen wird, sie jedoch bei den Themen Digitalisierung und Gesundheitsregionen (im Sinne der Integration aller für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Angebote einer Versorgungsregion) nicht erwähnt werden, womöglich auch nicht mitreden sollen (immerhin ist von „Regionalbudgets“ aus den Mitteln der Krankenkassen die Rede). Zur guten Pflege müssen Aspekte der Gesundheitsversorgung im umfassenden Sinne hinzukommen, beispielsweise Prävention und medizinische Behandlungspflege, auch mit erweiterten Kompetenzen des Pflegefachpersonals, und der Einsatz digitaler Technologien ist ohnehin konstitutiv. Zu einer von kommunalen Spitzenverbänden geforderten "integrierten Sozialplanung" gehören diese Aspekte dazu. ■

Zur Autorin:

Christine Becker, Salutoconsult. Freie Beraterin für Kommunen zu Themen der wohnortnahen Gesundheitsversorgung, Pflege und Digitalisierung. Erfahrungen aus Wirtschaftsförderung, Regionalmanagement, Arbeit für Ärztenetze und ärztliche Berufsverbände, in kommunalen Gesundheitsprojekten unterschiedlicher Förderprogramme und in Digitalisierungsprojekten für Pflegeberufe.



Christine Becker, Salutoconsult

PFLEGEINNOVATIONSPREIS 2022 GEHT NACH SACHSEN

Von Heike Wehrbein Freie Journalistin



V. l. n. r.: Prof. Adelheid Kuhlmei, Charité, Karsten Wilhelm, Geschäftsführer Kreisverband AWO Erzgebirge, Roland Manz, Vorstand Erzgebirgssparkasse, Stefan Weller, Bereichsleiter Konzernmarketing Konzern Versicherungskammer, Katharina Jessel, Vorstandsmitglied Union Krankenversicherung Quelle: UKV

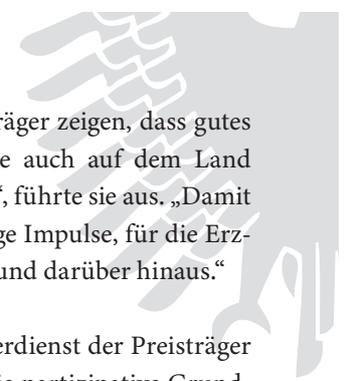
Mit einem ländlichen Unterstützungsnetzwerk für Senioren hat die „AWO Erzgebirge gGmbH“ eine der höchsten bundesweiten Auszeichnungen in der Altenhilfe errungen: den „Deutschen Pflegeinnovationspreis der Sparkassen-Finanzgruppe 2022“. Die Ehrung ist mit 10.000 Euro dotiert. Bei einer feierlichen Preisverleihung auf dem „Deutschen Pflegetag“ in Berlin nahmen Vertreter des Quartiersprojekts „Unner Haamit, unner Ort, unner drhamm“ die Auszeichnung entgegen.

Der Anstoß für die Erfolgsgeschichte

kam vom Bürgermeister der Kommune Stützengrün, dem Standort des Projekts. Die ländlich geprägte Gemeinde liegt auf einer hügeligen Hochebene im Erzgebirge. Wie in vielen ländlichen Regionen nimmt der Anteil immobiler oder alleinlebender Älterer unter den 3.100 Einwohnern Stützengrüns stetig zu. Durch lange Wege ist es für jeden, der in seinem Aktionsradius eingeschränkt ist, schwierig, Alltagsaufgaben zu bewältigen und soziale Kontakte zu pflegen. Bürgermeister Volkmar Viehweg hatte Jahre zuvor einen Vortrag gehört, in dem es darum ging, wie Altwerden in

der Kommune durch Unterstützungsnetzwerke vor Ort verbessert werden kann. Mit der Idee, die Strukturen in Stützengrün an die Bedarfslagen der älteren Einwohner anzupassen, ging er im Jahr 2017 auf die örtliche AWO zu. Gemeinsam wurden sie aktiv, um die Lebensqualität der älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger zu erhöhen. Heute bietet das Projekt „Unner Haamit, unner Ort, unner drhamm“ Hilfesuchenden maßgeschneiderte Angebote, die den Alltag und die gesellschaftliche Teilhabe erleichtern.

Das große Maß an Eigeninitiative ist



charakteristisch für die Akteure. Die Jury des Pflegeinnovationspreises hat es so beeindruckt, dass sie die Kandidaten aus Sachsen als Bestplatzierte auswählten. Das hohe fachliche Niveau der Projektarbeit sowie das Engagement der haupt- und ehrenamtlichen Akteure trugen weiter zum Erfolg bei. Der Preisträger setzte sich gegen fast 40 Mitbewerber-Projekte aus ganz Deutschland durch.

Ziel des „Deutschen Pflegeinnovationspreises der Sparkassen-Finanzgruppe“ ist es, vorbildhafte Projekte in der Pflege zu würdigen, bekannter zu machen und so zur Nachahmung zu inspirieren. Stifter sind die Union Krankenversicherung und die Sparkassen-Finanzgruppe. Unter dem Motto „Stadt, Land, Quartier - wie gutes Altern zuhause gelingt“ hatten

sie deutschlandweit die besten Projekte gesucht, die sich bedarfsorientiert um Pflege und Unterstützung in vertrauter Umgebung bemühen. Mit der Ausschreibung wollten die Preisstifter insbesondere Quartiersprojekte in strukturschwachen und ländlichen Räumen erreichen. Dem Aufbau eines Projekts stehen oft große Entfernungen und begrenzte Ressourcen entgegen. Deshalb gibt es unter den rund 1000 Quartiersnetzwerken für Ältere in Deutschland bislang sehr wenige Projekte in diesen Gebieten, wenn gleich der Bedarf groß ist.

Das Gewinner-Team schaffte es dennoch, ein Projekt zu etablieren, und zwar in beeindruckender Weise, wie Jury-Mitglied und Preisstifterin Katharina Jessel, Mitglied des Vorstands der Union Krankenversicherung, lob-

te. „Die Preisträger zeigen, dass gutes Altern zuhause auch auf dem Land gelingen kann“, führte sie aus. „Damit setzt es wichtige Impulse, für die Erzgebirgsregion und darüber hinaus.“

Als weiterer Verdienst der Preisträger sah die Jury die partizipative Grundhaltung der Preisträger. Weil viel Wert auf Bürgerbeteiligung gelegt wird und die Haupt- und Ehrenamtlichen die Bürgerinnen und Bürger aktiv in die Gestaltung von Angeboten einbinden, konnte ein Projektangebot entstehen, das dem tatsächlichen Bedarf entspricht und die Lücken in der Versorgung schließt. Zudem wird durch zielgruppengerechte Begegnungsangebote Einsamkeit verringert und der Zusammenhalt untereinander gestärkt. ■

PORTRÄT GEWINNERPROJEKT

Seit 2017 kümmert sich das Siegerprojekt „Unner Haamit, unner Ort, unner drhamm“ darum, Lösungen für die Probleme immobiler und oder alleinlebender Menschen anzubieten. Aktuell sind vor Ort fünf Mitarbeitende in Teilzeit angestellt. Vier Ehrenamtliche unterstützen die Arbeit. Träger ist die „AWO Erzgebirge gGmbH“. In den ersten drei Jahren wurde das Projekt vom Deutschen Hilfswerk gefördert. Nach dem Auslaufen der Fördermittel konnten alle Aspekte beibehalten und erweitert werden.

Zielgruppe sind Bürger ab etwa 60 Jahren sowie Menschen mit Pflegegrad und pflegende Angehörige. Im Laufe der Jahre kamen Familien mit Demenzkranken als Zielgruppe hinzu.

Bereits vor dem Start des Projekts wurden die Bürger gefragt, was ihnen vor Ort für ein gutes Älterwerden fehlt. Kernergebnis war, dass sich viele Seniorinnen und Senioren einsam fühlen, seit Pandemiebeginn in verstärktem Maße. Bis heute ist deshalb das Hauptziel, den Menschen - unabhängig von ihren

Einschränkungen - soziale Kontakte und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Die Akteure sorgten zuerst für die bislang fehlenden Orte der Begegnung in allen drei Ortsteilen. Bis heute bilden sie das Herzstück des Projekts: Es gibt Seniorentreffs für Ältere, eine niedrigschwellige Betreuungsgruppe, Treffen für pflegende Angehörige, Bürger-Arbeitsgruppen, Veranstaltungen und Nachbarschaftshilfekurse. Zu den wichtigsten Angeboten zählen außerdem Beratungen zu Pflege und Demenz sowie eine ambulant betreute Wohngemeinschaft in Kooperation mit dem Pflegedienst der AWO Erzgebirge. Wer Hilfen im Alltag benötigt, wie etwa Begleitung zum Arzt oder beim Spazierengehen, kann sich über eine Kontaktstelle Nachbarschaftshelfende vermitteln lassen.



INNOVATIVE PHOTOVOLTAIK-KONZEPTE FÜR DIE ENERGIEWENDE

Von Heiko Hildebrandt Vorstand der Next2Sun AG

Maidvorführung Solarpark Donaueschingen-Aasen Foto: © Next2Sun AG



Die Energiewende macht den Ausbau erneuerbarer Energien und somit auch der Photovoltaik unumgänglich. Der nach relevanten Studien erforderliche Zubau übersteigt dabei das Potential von Dach- und Konversionsflächen bei weitem - entsprechend braucht es weitere innovative Photovoltaik-Lösungen.

Ein gewaltiges Potenzial bietet hier die Agri-Photovoltaik (kurz: Agri-PV). Der Kerngedanke dahinter ist die Integration zweier Landnutzungen so verträglich auszugestalten, dass beide davon profitieren können. Dies führt zu einer größeren Landnutzungseffizienz als bei getrennter Verwirklichung beider Nutzungen. Damit wird die knappe Ressource Bodenfläche deutlich weniger beansprucht und das

„Teller-Tank-Dilemma“ umgangen. Doch neben der Flächenverfügbarkeit gibt es noch ein zweites großes Problem beim Zubau von Photovoltaik: Derzeit konzentriert sich die Stromerzeugung durch Photovoltaik-Anlagen sehr stark auf die Mittagszeit im Sommerhalbjahr. Dies führt mit zunehmendem PV-Ausbau zu wachsenden Ausbauhindernissen – so ist bereits heute in vielen Regionen Deutschlands ein Netzanschluss nur noch über lange und aufwändige Anschlussleitungen möglich.

ANTIZYKLISCHES ERZEUGERPROFIL

Genau dieser Problematik setzt das vertikale, bifaciale Agri-PV System der „Next2Sun“ sein antizyklisches Erzeugungsprofil entgegen. Die Ker-

nidee hinter dem Anlagenkonzept ist die senkrechte Aufstellung von bifacialen Photovoltaikmodulen, welche das Licht von beiden Seiten verwerten können. Die Modulseiten sind nach Osten bzw. Westen gerichtet und produzieren somit in den Morgen- und in den Abendstunden Strom, wenn konventionelle PV-Anlagen nur eine geringe Produktion aufweisen. Dies kann zur Netzstabilität beitragen und ermöglicht den Anschluss von Anlagen an bereits ausgelasteten Netzzweigen. Aber nicht nur Land- und Energiewirtschaft, sondern auch die Umwelt profitieren von vertikaler bifacialer Agri-PV. Durch die linearen Strukturen und den Überbauungsgrad von weniger als einem Prozent entstehen hochwertige Altgrasbereiche, in denen zusätzlich gezielt bestimmte Lebensraumstrukturen etabliert werden können.

KLARE DEFINITION NOTWENDIG

Die Vorteile von Agri-PV als wichtiger und notwendiger Baustein einer gelungenen Energiewende liegen auf der Hand. Allerdings besteht die Gefahr, dass der Begriff „Agri-PV“ missbräuchlich verwendet wird, denn die installierte Leistung pro Hektar ist zwangsläufig viel geringer als bei herkömmlichen PV-Freiflächenanlagen. Aufgrund der höheren wirtschaftlichen Bewertung der Energieerzeugung im Vergleich zum Pflanzenbau besteht ein starker Anreiz, unter der Flagge der „Agri-PV“ möglichst viel „PV“ und möglichst wenig „Agri“ zu realisieren. Aus diesem Grund ist eine klare Definition notwendig.

Aktuell gibt es ein großes Sammelsurium an Technologien, die unter dem Begriff „Agri-Photovoltaik“ (kurz Agri-PV) zusammengefasst werden. Ein erster Versuch der Definition und der Kategorisierung erfolgt in der DIN SPEC 91434. Hier werden die Kriterien für Agri-PV beschrieben und die Systeme in zwei Kategorien unterteilt, die sich lediglich durch die Art der Bewirtschaftung unterscheiden. Bei Kategorie 1 geschieht die Bewirtschaftung

unter den Modulen, bei Kategorie 2 (bodennahe Anlagen) zwischen den Modulen.

Diese Vornorm bietet allerdings lediglich eine Grundlage zur missbrauchssicheren Abgrenzung von herkömmlichen Anlagen. Deswegen empfiehlt es sich, die Kriterien für Agri-PV genauer festzulegen. Mögliche Festsetzungen in einem Bebauungsplan für Kategorie 1 wären beispielsweise eine minimale Höhe der Unterkante der Solarmodule von 4,0 m mit dem Ziel, die Unterfahrbarkeit mit üblichem landwirtschaftlichem Großgerät zu gewährleisten, oder ein minimaler Abstand zwischen den Aufständern von 10,0 m, um eine effiziente Arbeitsbreite bei der Bewirtschaftung sicherzustellen.

Für Kategorie 2 bietet es sich etwa an, den maximalen Flächenverlust im Bebauungsplan auf 10 Prozent oder gar 5 Prozent festzulegen. Überdies ist es wichtig, den Umgang mit beweglichen Anlagenteilen, sogenannten „Trackern“, festzulegen. Diese bieten zwar die Möglichkeit, die technische Bewirtschaftbarkeit durch entsprechende Stellung zum Bearbeitungszeitpunkt zu ermöglichen, haben aber durch den hohen Grad an Verschattung und Niederschlagsablei-

tung einen großen Einfluss auf die Wachstumsbedingungen am Boden. Dies kann näherungsweise dadurch abgebildet werden, dass die technisch bedingt maximale Überdeckung als Flächenverlust angesehen wird. Alternativ kann auch durch individuelle Beurteilung eine minimale Auswirkung auf die Pflanzenphysiologie sichergestellt werden, wobei hierfür belastbare wissenschaftlich-technische Grundlagen noch fehlen.

Mit Änderung der GAP-Direktzahlungsverordnung, der Novellierung des EEG und der zunehmenden Aufnahme spezifischer Regelungen in der Raumordnungsplanung findet die Agri-PV als ein wichtiger Baustein der Energiewende in gesetzlichen und planerischen Bereichen mittlerweile Berücksichtigung. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und planerischen Möglichkeiten für die kommunale Gestaltung der Energiewende haben sich damit erweitert.

Nähere Informationen zu all diesen Punkten sowie eine Sammlung weiterer Kriterien zum Schutz vor Missbrauch finden sich in den Seminar-Unterlagen von next2sun, die unter www.next2sun.com/online-seminare online verfügbar sind. ■

DAS VERTIKALE BIFACIALE PHOTOVOLTAIK-KONZEPT

Was im Großen funktioniert, funktioniert auch im Kleinen. Um das vertikale bifaciale Photovoltaik-Konzept in die breite Anwendung zu bringen, hat Next2Sun den bifacialen Solarzaun für Privatpersonen, öffentliche Einrichtungen, Industrie, Gewerbe und Landwirtschaft entwickelt. Dank unterschiedlicher Gestell- und Gründungsvarianten, die in einem Baukastensystem angeboten werden, ist der Zaun leicht montierbar und nahezu überall einsetzbar. Als Alternative oder Ergänzung zur Aufdachanlage ist er weiterer Baustein auf dem Weg zur Energieautarkie.

Gerade für öffentliche Einrichtungen bietet ein Solarzaun eine innovative Alternative zu herkömmlichen Einfriedungen. Ob Sportanlagen, Wasserwerke oder Verwaltungsgebäude etc. – überall, wo ein Zaun benötigt wird, kann der Solarzaun nicht nur zur Eigenstromerzeugung dienen, er kann auch ein modernes, innovatives, nachhaltiges Image vermitteln.

Weitere
Informationen
zum Thema unter:
[WWW.
NEXT2SUN.
COM](http://WWW.NEXT2SUN.COM)

WENN STRASSENLATERNEN GELD VERDIENEN

KOMMUNALE INFRASTRUKTUR FÜR 5G-AUSBAU UND SMART-CITY-SENSORIK NUTZEN

Von Ralf Gerbershagen CEO 5G-Synergiewerk

Foto: © science photo - Fotolia.com



Für die Mobilfunkanbieter ist es eine große Herausforderung, den 5G-Ausbau in Städten und Gemeinden voranzutreiben. Denn geeignete Dachstandorte für die Antennen und 5G-Module sind rar, die Genehmigungsverfahren und Baumaßnahmen kosten zu viel Zeit. Vorhandene kommunale Infrastrukturen kämen als Standorte in Frage, aber bisher sind die Kommunen kaum am 5G-Ausbau beteiligt. Dabei könnten sie durch kluge Nutzungskonzepte Einnahmen generieren und zugleich ihre Smart-City-Konzepte vorantreiben.

Der Ausbau des 5G-Mobilfunknetzes ist vor allem in den Städten ein Thema: Während in ländlichen Gegenden derzeit der Bau von Masten für die 4G-Technologie – auch bekannt als LTE (Long Term Evolution) – for-

ciert wird, reichen diese Kapazitäten für dicht besiedelte Gebiete, Hot Spots wie Bahnhöfe oder Innenstädte sowie Industriegebiete nicht aus. Hier müssen die Mobilfunkanbieter gemäß den Verpflichtungen, die sie bei der 5G-Lizenz-Vergabe eingegangen sind, mit 5G-Senderanlagen ein dichteres Netz schaffen. Nur so lassen sich die versprochenen hohen Datenraten von bis zu 10 Gbit pro Sekunde flächendeckend erreichen. Aber: Es ist immer schwieriger, geeignete Dachstandorte zu finden. Neue, kleinere Senderanlagen, sogenannte Medium Cells oder Small Cells, eröffnen neue Nutzungskonzepte.

MOBILFUNK AUS DER STRASSENLATERNE

Durch ihren kompakten Aufbau benötigen diese kleineren Mobil-

funk-Module deutlich weniger Platz und können praktisch fast überall angebracht werden: an Bushaltestellen, an Wänden, an Stadtmöbeln und in Straßenlaternen. Um es am Beispiel der Straßenlaterne konkret zu machen: Etwa 9 Millionen Stück davon stehen als kommunale Infrastruktur samt Stromanschluss in Deutschlands Städten und Gemeinden bereit. Die Makro-Sendereinheit wird weitestgehend in den Mast integriert, bis zu drei Netzbetreiber können hier aufgeschaltet werden. Am Mast können zudem Sensoren für andere Smart-City-Anwendungen, wie zum Beispiel der Verkehrsflussoptimierung, angebracht werden. Oben, direkt unter der Laterne selbst, werden das LoRaWAN-Modul (für Smart-City-Anwendungen) und die 5G-Antennen montiert.

>>

Die Straßenlaterne als 5G-Standort zu nutzen, hat verschiedene Vorteile: Die Senderanlagen lassen sich so unauffällig ins Stadtbild integrieren. Zwar erhalten die Laternen einen neuen Mast samt Sockel, aber das Design und die Leuchte lassen sich dem Stadtbild individuell anpassen. Laternen sind zudem deutlich leichter zugänglich und baulich einheitlicher gestaltet als Dächer, so dass standardisierte Sender-Module genutzt werden können. Außerdem gehören die Laternen zur kommunalen Infrastruktur – somit gibt es nur einen einzelnen Gesprächspartner für viele mögliche Standorte, statt vieler Dachbesitzer oder -vermieter.

AUFWAND UND NUTZEN FÜR DIE KOMMUNE

Doch so, wie gewöhnliche Laternen heute am Straßenrand stehen, taugen sie noch nicht für einen Umbau zum 5G-Standort. Denn zwar gibt es bereits eine Stromversorgung, doch diese muss vom Dämmerungs- und Nachtbetrieb auf Dauerstrom umgestellt werden. Zudem benötigen die 5G-Sendermodule Glasfaser, für das die Stadtwerke verantwortlich sind. Kommunen, Mobilfunkanbieter und Stadtwerke gehören also an einen Tisch.

Aus genau solch einer Zusammenarbeit entstand ein konkretes Nutzungs- und Geschäftsmodell für die Kommunen, welches die 5G-Synergiewerk (ein Zusammenschluss von sechs Stadtwerken) vorlegt: Das Unternehmen kümmert sich um die Finanzierung der neuen Laternen über Baukostenzuschüsse im gewünschten Design. Dafür vermietet die Kommune das Nutzungsrecht für die Laternen an die 5G-Synergiewerk GmbH, die sich wiederum um die Verhandlungen mit den Mobilfunkanbietern kümmert. Üblicherweise werden hier 20-Jahres-Verträge geschlossen, so dass die Kommune mit jahrelangen festen Einnahmen von ca. 25.000 Euro über die Vertragslaufzeit pro Laterne rechnen kann.

Erste Pilotprojekte wurden bereits in Frankfurt und Köln in Betrieb genommen, die Gespräche mit weiteren Städten laufen. Die 5G-Straßenlaternen können so die Kommunen nicht nur technologisch voranbringen, sondern zugleich zu einer attraktiven Einnahmequelle werden. ■

PANATTONI 1000+
#SYSTEMRELEVANZ



Erfahren Sie mehr!

PFLEGEINRICHTUNGEN UND BLACKOUT – EIN SZENARIO

Dr. Hans-Walter Borries Direktor des Instituts für Wirtschafts- und Sicherheitsstudien FIRMITAS

Foto: © Borries



Im Zuge der festgestellten Gasman- gellage in Deutschland widmen sich Politik, Verwaltungen und Medien verstärkt der Frage, was passiert in einem langanhaltenden und flächen- deckenden Stromausfall („Blackout“) und wie durchhaltefähig sind einzel- ne KRITIS-Sektoren? Hierzu soll im Folgenden der Sektor Altenheime und Pflegeeinrichtungen sowie die häusliche Pflege von alten und gebrechlichen Menschen sowie Kranken untersucht werden, wenn es zu einem langan- haltenden Ausfall der Stromversor- gung, der Wasserversorgung sowie Abwasserentsorgung und zum Ausfall der Gasversorgung einschließlich zu Störungen und Ausfall der Telekom- munikation kommt. Sind diese sen- siblen Einrichtungen, die das Leben einschließlich Versorgung in hoher Qualität von Seniorinnen und Senio- ren sowie anderen pflegebedürftigen Personen betreffen, resilient und „ge-

härter“ genug, um auch solche langan- haltenden und flächendeckenden Stö- rungen der Versorgung zu überstehen oder bedarf es neuer Präventionsmaß- nahmen?

SZENARIO STROMAUSFALL

Während Kliniken bauliche Auflagen zur Errichtung von Notstrompuffe- rung und Notstromersatzanlagen mit einer Treibstoffbevorratung von maxi- mal bis zu 48 Stunden haben, die dann den Stromersatzbetrieb weitgehend (unter anderem mit Einschränkungen nur auf die wichtigsten Stationen) ge- währleisten, fehlen baulichen Vorga- ben in Form von Gesetzesanforderun- gen für alle Pflegeeinrichtungen und Altenheime, so dass ein Stromausfall über mehrere Stunden die Lebens- qualität, bis hin zur Lebenserhaltung stark beeinflussen dürfte. In einer kal- ten Winterlage würden Altenpflege-

einrichtungen neben dem Ausfall der Beleuchtung in den Nachtstunden vor- wiegend auch den Ausfall der Heizung erfahren, einhergehend mit einem Aus- fall aller elektrischen Gerätschaften, die beispielsweise für Beatmungs- und Dialysepatienten lebenswichtig sind. Sind Keller- und Tiefgaragenplätze mit Aufzuganlagen vorhanden würde Pfl- egepersonal bereits dort eingeschlossen sein und damit nicht mehr für die Pfl- egebedürftigen als Betreuungspersonen zur Verfügung stehen. Neben dem ras- chen Auskühlen der Gebäude käme es zum Ausfall der Versorgung, da Küchen nicht mehr betrieben werden könnte und so keine Warmverpflegung mehr möglich wären. Bereits wenige Stunden nach Stromausfall käme auch die Trinkwasser- beziehungsweise Frisch- und Brauchwasserversorgung zum Erliegen. Die Pflegebedürftigen könnten nicht mehr gewaschen und versorgt werden. Einher gehen würde

der Ausfall von elektrisch betriebenen Pumpen und Hebeanlagen für die Entsorgung von Abwässern, die selbst in höheren Stockwerken aus Toiletten und Waschbecken auslaufen würden und so ganze Räume und Etagen nachhaltig beeinträchtigen (Gestank, Fäule etc.). In einer sommerlichen Hitzelage würde der Stromausfall ohne Kompensation durch Notstromersatzanlage und Pufferung den Ausfall von Klimageräten und Kühlgeräten bedingen, wichtige Arzneien und Pflegemittel, die einer ständigen Kühlung bedürfen, beispielsweise Insulin für Diabetiker, würden ohne ausreichende Kühlung unbrauchbar und damit für die Betroffenen unwirksam werden.

GRAVIERENDE AUSWIRKUNGEN BEI LÄNGEREM BLACKOUT

Diese gravierenden Auswirkungen würden sich bei einem Blackout von 72 Stunden und mehr noch weiter verschärfen. Der Ruf der Heimleitung nach Hilfsmaßnahmen durch Feuerwehr und anderen Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS), wie etwa THW oder DRK, würde zwangsläufig ergehen und dabei das Gesuch um Evakuierungen von ganzen Heimen aufkommen. Bei

einem lokal begrenzten Stromausfall, in dem in anderen Stadtteilen oder Gemeinden es zu keinem Stromausfall gekommen ist, wäre die Verlegung von Heimbewohner und Patienten eine logistisch sauber zu planende Leistung im Rahmen einer geordneten Evakuierungsplanung, deren Umsetzung allein schon mehrere Stunden für die Ausplanung der Verlegung, die Durchführung der Verlegung sowie die anschließende, bei Beendigung der Stromausfallschadenslage wieder anstehende Rückführung der Heimbewohner bedeutet. Insgesamt eine sowohl für die Heimbewohner als auch die Einsatzkräfte der BOS-Organisationen sehr fordernde Aufgabe, die für Einzelfälle gerade noch so machbar ist, bei einer Schadenslage eines flächendeckenden und langanhaltenden Stromausfalls ganzer Städte und Landkreise rasch alle BOS-Organisationen an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit aus ganz Deutschland führen würde.

Daher sollten jetzt verantwortungsvolle Heimleitungen beziehungsweise Haust Träger die möglichen und praktikablen Vorsorgemaßnahmen im Rahmen eines sicheren „Präventionskonzept Stromausfall-Blackout-Gefahren“ ausführen, die zugleich auch im Rahmen eines machbaren Finanzbudgets

für die nächsten Jahre umsetzbar sind. Ausreichende Batteriepufferungen sowie angepasste Notstromaggregate mit Treibstoff für mindestens 72 Stunden müssten umgehend beschafft werden.

Im Sinne eines Zitates von Benjamin Franklin, „wer nicht plant, plant sein Versagen“ solle man in Zukunft sich mit dieser wichtigen „KRITIS-Thematik“ beschäftigen, um für den eintretenden Fall der Fälle besser gewappnet zu sein, nicht zum Selbstzweck, sondern um den Pflegebedürftigen ein hohes Maß an Qualität der Pflege auch im Katastrophenfall weiter zu gewährleisten. ■

Zum Autor:

*Dr. rer. nat. Hans-Walter Borries,
Direktor vom Institut für Wirtschafts- und Sicherheitsstudien FIRMITAS im Forschungszentrum an der Universität Witten. Lehrauftrag an der Hochschule Magdeburg-Stendal („Schutz und Resilienz KRITIS im Hinblick auf die Energieversorgung“). Stellv. Vorstandsvorsitzender vom Bundesverband Schutz Kritischer Infrastrukturen BSKI e.V. und Vorstandsmitglied vom „Deutschen Expertenrat Besucher-sicherheit DEB e. V. Reserveoffizier im Dienstgrad Oberst der Reserve.*





Brüsseler GERÜCHTE

von Dr. Klaus Nutzenberger

Wenn man in diesen auch in Brüssel schönen Herbsttagen durch das Europaviertel der Stadt spaziert und allmählich die Kunst entwickelt, den oft im Anzug oder Kostüm auf dem E-Bike durch die Menschenmenge rasenden Kommissionsbeamten im Umkreis des Rond Point Schumann auszuweichen, dann hat man manchmal das Gefühl, die Welt habe sich in der europäischen Hauptstadt außer in der Fahrradfrage sehr wenig geändert. Und in der Tat: Prima vista hat sie das auch nicht. Die normale Gesetzesmaschinerie der EU-Organe arbeitet schon seit langem wieder wie vor der Covid-Krise und auch der Ukraine-Krieg hat im Grunde keine nennenswerte quantitative Verminderung der Gesetzesentwürfe, Berichte und sonstigen Papiere erbracht. Sicher: Es gibt auch bei den EU-Organen mehr Home-Office-Tätigkeiten als früher und aktuell liegt der Schwerpunkt der Arbeit in Brüssel auch eher auf der Energiepolitik. Aber war das 1992 mit der Einführung des

EU-Binnenmarktes und seiner Konzentration auf eine Europäische Wirtschaftspolitik generell nicht genauso? Jede Zeit hat ihre Schwerpunkte. Diskutiert, abgeschwächt und neu formuliert wurde dabei immer. Das ist der normale politische Prozess in Europa.

Genau genommen stimmt es aber aktuell nicht mehr ganz, denn die heutigen Schwerpunkte haben teilweise eine andere Qualität als früher. Sie greifen mehr als früher oft in die innersten Bereiche der Staatlichkeit ein, versuchen diese dabei zu stabilisieren, wenn man so will, sie zu retten. Dabei wagt die EU-Kommission sich zur Zeit politisch sehr weit vor, ohne über die entsprechenden Machtmittel zu verfügen.

Zunächst – wichtig genug – sollten wir uns derjenigen EU-Politik zuwenden, die schon lange vor Covid und dem Ukraine Krieg beschlossen wurde; also den konventionellen EU-Maßnahmen. Sie treten langsam, aber si-

cher in ihre Hochphase ein. So plant die EU-Kommission beispielsweise seit kurzem strengere Vorschriften zu Schadstoffen in der Luft, in Oberflächengewässern und im Grundwasser sowie zur Behandlung von kommunalem Abwasser. Ihre Argumentation ist dabei wie immer und sicher auch oft berechtigt von einem gewissen Katastrophenszenario inspiriert, denn „saubere Luft und sauberes Wasser sind für die Gesundheit von Mensch und Ökosystemen von entscheidender Bedeutung.“

Wer will da widersprechen? Da es keiner so richtig tut, bleiben nur die Kommunen. Und so liegen auch die ersten Reaktionen von kommunaler Seite schon vor. Man befürchtet, dass „enorme Umsetzungsprobleme auf die Städte und Gemeinden zukommen.“ Unter anderem befürchtet man die gerade erst beschwichtigte Neuauflage der Diskussion zu Strassensperren wegen Feinstaubbelastungen oder eine zu starke Ausbeutung der kommunalen Finanzen durch Investitionen im Wasserbereich und überhaupt, getreu dem Motto „den Letzten beißen die Hunde“, eine Überlastung der kommunalen Kapazitäten. Wer hat Recht? Letztendlich die Kommunen, Sie wissen als erste, was geht und was nicht geht, denn sie sind ja im öffentlichen Bereich gewissermaßen die letzte Stelle, die eben „nicht gebissen werden“ will. Sie wissen um den Hintergrund der enormen finanziellen Belastung der öffentlichen Hand, die uns neben dem Klimaschutz in anderen Bereichen auch noch bevorsteht.

Doch seien wir optimistisch. Probleme dieser Art sind bis dato immer durch Kompromisse gelöst worden. Die Rezepte der Lösungen lauten fast



immer „Zeitaufschub, Abspeckung der Anforderungen, zeitweilige geographische Ausnahmen sowie europäische oder nationale Hilfeprogramme“. Das ist nicht per se verwerflich, sondern letztendlich vernünftig. Dennoch sei eines hier festgehalten: Der permanente Druck auf die Kommunen, ausgelöst durch den Green Deal, wird erhalten bleiben. Die Gesetzgebungsmaschinerie rollt. Das wollte die Kanzlerin und das will der Kanzler. Übrigens auch der in Paris und die in Rom.

Trotz allem oben Gesagten, lässt sich jedoch neben dem Konventionellen ebenso eine strukturelle Änderung und de facto Erweiterung der Aufgabengebiete der EU seit dem Ausbruch des Ukraine-Krieges konstatieren, die sehr viel mit der EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen und hauptsächlich ihrer neuen EU-Energiepolitik zu tun hat. Sie hat erkannt, dass es zwar durchaus ehrenvoll sein kann, sich gegen die Menschenrechtsverletzungen in Ungarn zu positionieren oder noch nicht gewählte Oppositionskandidatinnen in Italien vor der Wahl an ihre EU-Treue zu erinnern, dass dies aber nicht die harte Welt der großen Politik tangiert. Von der Leyen geht darüber hinaus. Mit dem Krieg und der daraus folgenden Energiekrise hat sie die EU-Kommission in eine vorher nicht gekannte vordere politische Linie gebracht, und zwar ohne, dass sie große aus dem EU-Vertrag abgeleitete Rechte dazu hat. Die rechtliche Stellung der EU-Energiepolitik beschränkt sich im Grunde auf eine Koordinierungsfunktion. Die letztendliche Entscheidung bleibt (fast) immer beim Nationalstaat, wie wir erst kürzlich aus den Entschei-

dungen der Bundesregierung zu UNIPER gelernt haben. Doch das ficht Ursula von der Leyen nicht an. So hat sie in den letzten Tagen einige Vorschläge auf den Tisch gelegt, die die Nationalstaaten durchaus - sagen wir - nachdenklich gemacht haben. So schrieb der DStGB vor wenigen Tagen: „Am 18.10 kündigte EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen ein neues Maßnahmenpaket an, um die im Zuge des Ukraine-Krieges stark gestiegenen Energiepreise zu bekämpfen und die Energieversorgung innerhalb der EU sicherzustellen. Das Paket wurde aufbauend auf den bereits in Kraft getretenen Maßnahmen zur Senkung des Gasbedarfs und zur Befüllung der Gasspeicher entwickelt, das unter anderem „gepoolte“ Gaskäufe und langfristige Investitionen in die Energiewende umfasst.“

Ähnlich wie der US-Präsident Truman, der um 1950 keinerlei Mehrheit im Kongress hatte und dennoch vieles durchsetzte, versucht die EU-Präsidentin momentan auf dem wichtigen Feld der Europäischen Energiepolitik Eckpfeiler zu setzen, auf denen steht: Denkt daran, dass die beste Energiepolitik eine europäische Energiepolitik ist. Dabei spekuliert sie auch darauf, finanzielle Mittel von der Nationalstaaten in die Hand zu bekommen, um in energiepolitische Entscheidungen eingreifen zu können. Wer Geld hat, hat Macht. Zumindest in den Bereichen „gepoolte Gaskäufe und langfristige Investitionen in die Energiewende“ hat die Kommission nun Terrain gewonnen. Die Nationalstaaten, verunsichert durch die Krise, sind hier beeinflussbarer als noch vor einem Jahr.

Was bleibt als Zwischenfazit? Die

EU-Kommission arbeitet weiter an ihren schon lange festgelegten Plänen. Sie werden erhebliche Auswirkungen auf die Kommunen haben, gerade im Umweltbereich. Das ist nicht neu, sollte jedoch jetzt, etwa zur Hälfte der Legislaturperiode, noch einmal erwähnt werden. Dabei geht es aus kommunaler Sicht nicht um eine Umkehrung der Politik, sondern um eine vernünftige Umsetzung, gegebenenfalls auch Verschlinkung der Europapolitik, mit klarem Blick auf die Finanzen.

Auf der anderen Seite gewinnt die EU momentan durch die normative Kraft des Faktischen, also die Energiekrise, an politischer und administrativer Macht. Man sollte auch hier die Europäische Zentralbank nicht vergessen. Hier verlässt die EU alte ausgetretene Wege. Mit einem gewissen Erfolg. Sie ist aktuell und tendenziell der Krisengewinnler.

Und die Kommunen? Sie müssen weiter beobachten und gegenüber Berlin und Brüssel auf die Machbarkeit der Vorhaben hinweisen. Ferner müssen sie immer wieder darauf hinweisen, nicht vergessen zu werden. Eines ist jedoch aus pädagogischen Gründen für Kommunen ebenfalls unverzichtbar. Sie müssen diejenigen Kommissionsbeamten und sonstige Yuppies, die mit E-Bikes in den europäischen Städten mit fast 50 km/h unterwegs sind und gerade einen Fußgänger fast umgefahren haben, notfalls per Strafe dazu anhalten, ihre Fahrzeuge ordentlich vor Gaststätten zu parken. Wie sagte Napoleon zu seinen Offizieren: *„Vertiefen Sie sich ins Detail, meine Herren.“* ■



KRIENMANAGEMENT IN UNTERNEHMEN UND ÖFFENTLICHEN EINRICHTUNGEN

PROFESSIONELLE PRÄVENTION
UND REAKTION BEI SICHERHEITS-
RELEVANTEN BEDROHUNGEN VON
INNEN UND AUSSEN

Herausgeber: Jörg Helmut Trauboth

2. Auflage 2022 (Juni 2022), 654 Seiten,
Buch, Softcover 78,00 €
ISBN: 978-3-415-07170-4

Richard Boorberg Verlag

Die Autoren des vorliegenden Praxisbuches beleuchten praxisorientiert das sicherheitsrelevante Krisenmanagement in Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen mit dem Schwerpunkt auf der Sicherheit von Menschen, Werten und Gütern schlechthin. Indem sie realisierbare Wege aufzeigen, wie man Krisen durch Vorsorge vermeidet bzw. im Einzelfall durch ein effizientes Management beherrscht, machen sie Mut, die eigene Krisenvorsorge anzugehen. Die Bewältigung von Gefährdungslagen durch z.B. kriminelle oder terroristische Absichten aber auch durch Pandemien und Umwelteinflüsse durch professionelles Führungsmanagement steht dabei im Vordergrund. Auch kleinen Unternehmen wie Handwerksbetrieben, Schulen oder kleinen Behörden, die nicht auf eine breite Krisenorganisation zurückgreifen können werden praktische Hinweise gegeben, wie in der Krise geführt und gehandelt werden sollte. Besonders gelungen sind die knappen Zusammenfassungen und farblich hervorgehobenen Ratschläge zu den einzelnen Themenfeldern.

Jörg H. Trauboth, konzipiert und trainiert als Special-Risk-Consultant mit einer eigenen Krisenberatungsgesellschaft bereits über 10 Jahre die Krisenstäbe (inter)natio-

ner Unternehmen und ist gefragter Krisenmanagement-Experte in den Medien sowie Notfallseelsorger im Kriseninterventionsteam des Auswärtigen Amtes.

Er zeichnet das Gefährdungsbild der Zukunft und liefert das präventive Gerüst zum Management einer Krise und das konkrete Managementverhalten in einer Pandemielage, im Tourismus, bei Gewalt an Kindern sowie bei Geiselnahme und Entführung im In- und Ausland. Darüber hinaus geht er auf die Aufgaben, Kompetenzen und Auswahl des externen Krisen- oder Fachberaters sowie Lösegeldversicherungen ein.

Nils Marquardsen legt den Fokus auf die Unternehmensresilienz als wesentlichen Baustein einer erfolgreichen Krisenvorsorge während Peter Höbel einen praxistauglichen Krisenkommunikationsplan mitsamt den richtigen kommunikativen Antworten für verschiedene Branchenkrisen konzipiert und einen Exkurs zur Hochwasser-Katastrophe 2021 macht.

Das Krisenmanagement in schulischen Ausnahmesituationen sowie in Arztpraxen, Notfallzentren und Krankenhäusern wird von Frank C. Waldschmidt erläutert und auch ein Blick auf die Pandemie als Langzeitkrise im Gesundheitswesen geworfen.

Frank Meurer erläutert das Krisenmanagement im Bevölkerungsschutz und strukturiert die unternehmerischen und behördlichen Maßnahmen bei einem terroristischen Angriff.

Das Grundkonzept zur Informations- und Cybersicherheit sowie das Handwerkszeug für den Schutz vor Angriffen aus dem Internet wird von Dr. Arnd-Christian Kulow geliefert. Themenbezogen legt er außerdem die jeweiligen rechtlichen Grundlagen des Handelns dar.

Das vorliegende Kompendium ist mit seinen zahlreichen Fallbeispielen und Schaubildern, der klaren Strukturierung und der auch für den Laien verständlichen Sprache eine wertvolle Hilfe für alle Entscheidungsträger in Unternehmen, Organisationen, Behörden, medizinischen Einrichtungen, Schulen und für angehende Krisenmanager.

(Marc Elxnat)

SOZIALGESETZBUCH VIII

KINDER- UND JUGENDHILFE
LEHR- UND PRAXISKOMMENTAR
DAS WERK IST TEIL DER REIHE:
NOMOSKOMMENTAR

Herausgeber:
Prof. em.
Peter-Christian
Kunkel, Prof.
Dr. Jan Kepert,
Prof. Dr.
Andreas Kurt
Pattar

8. Auflage 2021,
1726 Seiten,
Hardcover,
98,00 €
ISBN: 978-3-8487-6358-0

Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden



Der „Kunkel“ setzt Standards in der Interpretation der Regelungen rund um das Kinder- und Jugendhilferecht. Er besticht durch seine besondere Art der Kommentierung von Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolgen einer Norm nach juristischen Auslegungsgrundsätzen im Tandem von Hochschullehrern und Praktikern. Dies ermöglicht klare Beurteilungskriterien und schützt vor vorschnellen Argumentationsmustern. Der LPK wird geprägt durch die enge Verzahnung mit den für das Verständnis des KJHG wichtigen Regeln aus den angrenzenden Rechtsgebieten — insbesondere dem BGB, dem FamFG und KKG, aber auch über- und zwischenstaatlichem Recht wie UN-KindK, Haager Kinderschutzübereinkommen und Brüssel II a-VO.

Die 8. Auflage des LPK wurde insbesondere wegen des neuen Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes, das zum 10.6.2021 in Kraft getreten ist, notwendig.

Die neueste Rechtsprechung ist in allen Bereichen argumentativ einbezogen. Schwerpunkte liegen auf der Stärkung der Rechte der Betroffenen, dem besseren Kinderschutz in Einrichtungen und bei Auslandsmaßnahmen sowie das engere Zusammenwirken der Kinder- und Jugendhilfe mit dem Gesundheitswesen, Familien- und Jugendgerichten sowie Strafverfolgungsbehörden.

Auch die Unterstützung junger Menschen beim Schritt in ein selbständiges Erwachse-

nenleben (Careleaver), die Förderung von Inklusion und Schulsozialarbeit, Ombudsstellen sowie die bessere Betreuung und Versorgung in Notsituationen werden eingehend dargestellt. Das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts sowie das Ganztagsförderungsgesetz werden ebenso berücksichtigt. Der Leser ist damit in allen Bereichen auf dem aktuellen Stand der Diskussion. Der „Kunkel“ wird seinem Ruf als einer der führenden KJHG-Kommentare gerecht und ist eine praktische Arbeitshilfe für Jugendämter, freie Träger, Kommunen, Anwaltschaft, Gerichte und Studierende. (Ursula Krickl)

FRANKFURTER KOMMENTAR SGB VIII



KINDER UND JUGENDHILFE KOMMENTAR - DAS WERK IST TEIL DER REIHE: NOMOSKOMMENTAR
Herausgeber: Johannes Münder / Thomas Meysen / Thomas Trenczek

9., vollständig überarbeitete Auflage, 2022, (B x L): 17,3 x 24,5 cm, 1389 Seiten, Buch, Hardcover, 82,00 €
ISBN: 978-3-8487-7192-9

Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

Das zum 10.6.2021 in Kraft getretenen Kinder- und Jugendstärkungsgesetz – KJSG – ändert das SGB VIII in zentralen Punkten. Auch das Gesetz zur Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts sowie die JGG-Novelle 2019/20 haben erhebliche Auswirkungen auf die Kinder- und Jugendhilfe. Die Vielseitigkeit sozialer Arbeit in der Kinder- und Jugendhilfe mit ihren so unterschiedlichen Aufgaben und Problemlagen als auch die hohe Verantwortung und Belastung der Fachkräfte, die oft hohen Erwartungen ausgesetzt sind und mit ungünstigen Rahmenbedingungen zu kämpfen haben, machen den Wunsch nach Handlungssicherheit verständlich. Das umso dringender, dass im Rahmen des Kinder- und Jugendstärkungsgesetzes insbes. die Verpflichtung zur umfassenden Rechtsberatung und Unterstützung im neuen § 10a SGB VIII erneut bekräftigt wurde. Schon

zuvor hat z.B. der BGH auf die umfassende Beratungspflicht der Sozialleistungsträger hingewiesen und einen Schadensersatzanspruch wegen unzureichender Sozialberatung begründet.

Der Frankfurter Kommentar bewahrt seine Stärken als führender Kommentar für die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe, nicht nur in der Erläuterung der Leistungsnormen, der Krisenintervention durch Inobhutnahme und der Finanzierung sondern insbesondere auch an den Schnittstellen zum jugend- und familiengerichtlichen Verfahren wie zu den anderen Sozialleistungssystemen.

Schwerpunkte der 9. Auflage sind u.a. auf die Reformthemen Förderung der Inklusion sowie Stärkung der Kinder- und Elternrechte (Beratung, Selbstvertretung, Ombudschaft, Beteiligungs- und Beschwerdemöglichkeiten etc.).

Darüber hinaus werden die Neuregelungen aufgrund der Reform des Vormundschafts- und Betreuungsrechts (§§ 53 ff. SGB VIII in der Fassung ab 1.1.2023) sowie der für die Jugendhilfe besonders relevanten Änderungen des JGG (Novelle 2019/20) hinsichtlich der erheblichen Auswirkungen auf die Mitwirkung der Jugendhilfe im Strafverfahren ausführlich kommentiert. Auch auf den Ausbau präventiver, bedarfsgerechter Hilfen (flexible, niedrigschwellige Hilfen, Hilfe in Notsituationen), Kinderschutz und Kooperation, Hilfeplanung und Aufsicht in stationären Hilfen sowie die Unterstützung junger Volljähriger/Careleaver wird eingegangen. Eine wertvolle praktische Hilfe findet sich im Anhang mit der Darstellung des sozialverwaltungsrechtlichen Verfahrens und des Rechtsschutzes, sowie der Regelungsbereiche, die für die rechtsstaatlich korrekte wie sozialpädagogisch emanzipatorische Umsetzung des materiellen Kinder- und Jugendhilferechts enorme Bedeutung haben.

Die Herausgeber, Autorinnen und Autoren sind führende Expertinnen und Experten in den jeweiligen Bereichen und für Rechtsfragen der Kinder- und Jugendhilfe. Ihre Kommentierungen etwa zu jungen Menschen mit Behinderungen, Kinderschutz/Inobhutnahme, Sozialdatenschutz, Finanzierungsfragen und örtlicher Zuständigkeit/Kostenerstattung sind meinungsprägend.

Der Kommentar ist damit ein äußerst wertvolles und unverzichtbares Hilfsmittel für alle, die die den Schutzauftrag für Kinder und Jugendliche wahrzunehmen haben ebenso für Studierende in Studiengängen der Sozialen Arbeit und für Kindheitspädagoginnen und Kindheitspädagogen.

(Ursula Krickl)

GLÜCKSSPIELRECHT

KOMMENTAR

Herausgeber

Prof. Dr. Johannes

Dietlein, Prof. Dr.

Markus Ruttig

3. Auflage 2022,

XXVI, 757 Seiten,

In Leinen

€ 139,00

ISBN:

978-3-406-78256-5



Verlag C.H. Beck oHG, Wilhelmstraße 9, 80801 München; Tel.: +49(0)89 38189-0, Fax: +49(0)89 38189-480, E-Mail: kundenservice@beck.de, www.beck.de

Nachdem das Glücksspielrecht in Deutschland 2021 umfassend reformiert wurde, ist zum 1. Juli 2021 ein novellierter Glücksspielstaatsvertrag in Kraft getreten. Die Erläuterung der staatsvertraglichen Regelungen im Lichte der äußerst umfangreichen Rechtsprechung der Instanz- und Höchstgerichte ist Schwerpunkt der nun vorliegenden aktualisierten Kommentierung. Berücksichtigung in dieser Neuauflage finden die Ausführungsgesetze der Länder sowie weitere einschlägiger Vorschriften, u. a. der steuerrechtlichen Bestimmungen des neuen Rennwett- und Lotteriegesetzes vom 25. Juni 2021.

Erläutert wird im vorliegenden Werk neben praxisrelevanten Themen der klassischen Glücksspielformen auch die gesetzliche Neuordnung im Bereich der Online-Automaten- und Online-Casinospiele sowie des Online-Pokers.

Zielgruppe:

Aufsichts- und Ordnungsbehörden sowie Strafverfolgungsbehörden, Gerichte, Rechtsanwaltschaft, Unternehmen und Hochschulen

(Uwe Zimmermann)

Nothilfe Ukraine



Jetzt spenden!

Es herrscht Krieg mitten in Europa. Millionen Kinder, Frauen und Männer bangen um ihr Leben und ihre Zukunft.

Aktion Deutschland Hilft leistet den Menschen Nothilfe. Gemeinsam, schnell und koordiniert. **Helfen Sie jetzt – mit Ihrer Spende.**



Spendenkonto: DE62 3702 0500 0000 1020 30

Spenden unter: www.Aktion-Deutschland-Hilft.de



Hilfe zur Selbsthilfe



Malteser
...weil Nähe zählt.



World Vision
ZUKUNFT FÜR KINDER



**Aktion
Deutschland Hilft**
Bündnis deutscher Hilfsorganisationen