

Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr

# MEDECON **RUHR** magazin

Nr. 33 | Juli 2019

## Chronic Care Congress

Flagge zeigen für eine bessere  
Versorgung und Teilhabe





# Chronisch gut versorgt?

Chronische Erkrankungen und Beeinträchtigungen entwickeln sich zur wohl größten Herausforderung für das Gesundheitswesen hoch entwickelter Länder. Hiermit befassten sich die rund 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den 20 Veranstaltungen des Chronic Care Congresses, den MedEcon Ruhr mit einer Vielzahl von Partnern am 12. und 13. Juni in Bochum ausrichtete.

Schon zur Eröffnung des Kongresses wies MedEcon-Vorsitzender Prof. Karl-Heinz Jöckel darauf hin, dass es beim Thema Chronic Care um *Fragen geht, die uns im gesamten Gesundheitssystem stärker beschäftigen sollten*, insbesondere um

- ein neues Niveau in der *Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe*
- die systematische Verknüpfung von „Medizinischem“ und „Sozialem“, von Gesundheitsversorgung und sozialer Teilhabe
- eine Hinwendung zu den *biografischen Dimensionen* von Gesundheit und Krankheit, also zu den Lebensläufen von Patienten
- und die patientenzentrierte Stärkung von *Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe*



Deswegen habe man diesen Kongress als Ort der Begegnung von Teilnehmenden aus unterschiedlichsten Kontexten, Berufsfeldern und Sektoren konzipiert. Und tatsächlich ging es dann auf dem Kongress mit seinen Plena, Foren und Workshops vor allem darum, unterschiedliche Blickwinkel, Wahrnehmungs-



Diskussionsrunde der Eröffnungsveranstaltung


muster und Denkrichtungen deutlich zu machen, sie kennen zu lernen und sich darüber zunächst einmal auszutauschen.

So wies schon Franz Knieps (Dachverband der Betriebskrankenkassen) in seiner Eröffnung darauf hin, dass es in Deutschland aufgrund dominierender Partikularinteressen und sektoral beschränkter Sichtweisen

keinen systematischen Ansatz zum Umgang mit Langzeiterkrankungen gebe. Aus Sicht der Allgemein- und Familienmedizin verwies Prof. Erika Baum (DEGAM) auf die für Chronic Care erforderliche, aber im System fehlende Koordination und Verbindlichkeit.




## Chronic Care: Nicht die Krankheit, sondern die Lebenssituation steht im Fokus

Dabei zeigten sowohl Prof. Doris Schaeffer (Universität Bielefeld) als Gesundheitswissenschaftlerin wie auch Elisabeth Stegemann-Nicola (Deutsche Rheuma-Liga) als Betroffene anschließend auf, dass es bei chronischen Erkrankungen vor allem um die Bewältigung des Lebensalltags – insbesondere auch von Lebenskrisen – und um die Gestaltung der eigenen Biografie geht und dass Chronic Care von hier aus gedacht und konzipiert werden muss. Dieser Grundgedanke spielte im weiteren Kongressverlauf eine wichtige Rolle, auch und gerade in denjenigen Foren, die sich übergreifend mit wichtigen Elementen eines künftigen „Chronic Care Systems“ befassten: 




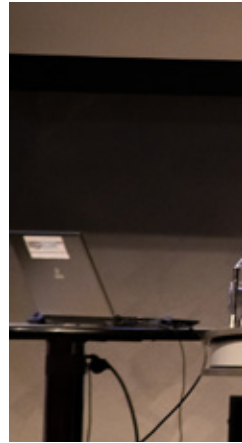
Weitere Berichte:



 Return to work: ab Seite 8



 Erwerbsarbeit inklusive(e): ab Seite 8



- ▶ So wurde im Forum zur interprofessionellen Kooperation unter dem Titel „Schnittstellen zu Schnittmengen“ und unter Beteiligung ärztlicher, therapeutischer, pflegerischer und sozialer Berufe schnell klar, dass sich die Kooperationen – in der Praxis wie auch in der Aus- und Weiterbildung - auf etwas gemeinsames „Drittes“ beziehen müssen, nämlich auf die Patienten mit und in ihren jeweiligen Lebensumständen.
- Der Bezug auf Lebensweisen und soziale Verhältnisse erzwingt es geradezu, die Gesundheitsversorgung in das lokale bzw. regionale Gemeinwesen einzubetten – ein Ansatz, der dem deutschen Gesundheitswesen noch systemfremd ist. Dies stand im Fokus eines Forums, das von Dr. Bernadette Klapper (Robert-Bosch-Stiftung) mit der Vorstellung kommunaler Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung eröffnet wurde.
- Dass die Stärkung der Gesundheitskompetenz von Patienten und Angehörigen weit mehr ist als eine krankheitsbezogene Wissensvermittlung, sondern dass es dabei vor allem um Motivation und Handlungsfähigkeit in komplexen Lebensumständen geht, wurde in einem von Prof. Stephan Burger (Medical:Contact AG) eröffneten Forum zum Gesundheitscoaching und Selbstmanagement deutlich.

### **Chronic Care Management als „Großbaustelle“ des deutschen Sozialsystems**

Immer wieder tauchten in diesen wie auch weiteren Kongress-teilen drei Fragen mit Blick auf ein künftiges Chronic Care Management auf:

- Wie müssen Versorgungswege und -netze beschaffen sein, um Sektoren und Sozialgesetzbücher übergreifend wirksam werden zu können?
- Wie lässt sich ein durchgängiges, Gesundheitsversorgung und soziale Teilhabe verbindendes Patientenmanagement als sozialrechtliches Systemelement entwickeln und verankern?
- Welche Rolle kann und will die Selbsthilfe in einem besser strukturierten Gefüge von Chronic Care spielen?

Vor allem das Thema des *Patientenmanagements* und eines *Chronic Care Lotsen* spielte eine durchgängige Rolle. Alle Beteiligten hielten es für erforderlich, eine derartige Lotsentätigkeit in einem künftigen Chronic Care System zu verankern und eine entsprechende Finanzierung zu gewährleisten. Unterschiedliche Auffassungen gab es insbesondere zu der Frage, ob diese Funktionen eher hausarztzentriert oder außerhalb der unmittelbaren Versorgung wahrzunehmen wären. Dies wurde auf dem Kongress zunächst einmal nur andiskutiert, wird aber sicherlich im Fortgang eine zentrale Rolle spielen.



▶ Schlaganfall-Folgeerkrankungen: Seite 24



▶ Jugendforum: Seite 22



▶ Digitalisierung und Chronic



Dies zeigte sich auch im Plenum des zweiten Kongresstages. Ausgehend von einem Überblick durch Anja Schmitz (SpectrumK GmbH) wurden unterschiedliche Ansätze eines Chronic Care Managements vorgestellt – im Rahmen von Disease Management Programmen, in Verbindung mit therapeutischen Konzepten und als lotsen-basiertes Case Management. Hier zeigte sich, dass auf der „Großbaustelle Chronic Care“ an verschiedenen Ecken Ansätze mit ähnlichen Intentionen, aber ohne übergreifenden Plan, verfolgt werden, und dass es an der Zeit ist, hierfür konzeptionell und auch sozialrechtlich einen gemeinsamen Rahmen zu setzen.

ger an Krankheiten und stärker an konkreten Einschränkungen und Behinderungen orientiert. Auch dies war ein hervorragendes Beispiel dafür, wie auf diesem Kongress unterschiedliche Blickwinkel eingenommen und eröffnet wurden.

Der damit begonnene Prozess soll – so viel steht fest – als gemeinsamer Lern- und Klärungsprozess fortgesetzt werden. Er zielt darauf, Chronic Care als gesellschaftliche Aufgabenstellung und ein patientenzentriertes Chronic Care Management im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem zu verankern.


 Weitere Berichte in diesem Heft, siehe auch Bildleiste unten.


# **CHRONIC CARE CONGRESS**

Noch anspruchsvoller und spannender wurde es durch den Auftritt von Hubert Vornholt (Franz-Sales-Haus). Bewegten sich die vorgehenden Ansätze noch im Rahmen des krankheitszentrierten Sozialgesetzbuch V, so plädierte er für eine Chronic Care Perspektive, die sich im Sinne des Bundesteilhabegesetzes weni-



Care: Seite 16

 Chronische Rückenschmerzen: Seite 30

 Depression: Seite 28

## CHRONIC CARE & ARBEITSWELT

Schon im vergangenen Oktober hatte MedEcon Ruhr mit der Tagung „Chronic Care und Arbeitswelt“ einen neuen Entwicklungsschwerpunkt ausgerufen. Diesem Thema widmete sich nun auch der Chronic Care Congress am 12. und 13. Juni mit einem eigenen Programmteil. Am ersten Veranstaltungstag fand es unter dem Titel „Return to Work – Medizinische und berufliche Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen“ in Partnerschaft mit dem Berufsförderungswerk Dortmund statt, am zweiten ging es in Partnerschaft mit dem Essener Franz Sales Haus um „Erwerbsarbeit inklusiv(e) – Gesundheit und soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“.



Wie sich bedarfsgerechte und biografisch tragfähige Wege in und durch das Arbeitsleben entwickeln lassen, war die spannende Leitfrage von Vorträgen und Workshops. Wie ein roter Faden zogen sich zwei miteinander verbundene Aspekte durch die Diskussionen:

- einerseits die soziokulturell geprägten Einstellungen zum Verhältnis von Krankheit/Behinderung und sozialer Teilhabe/Erwerbsleben,
- andererseits das (komplexe) sozialrechtliche Gefüge mit seinen Regularien und Logiken, Brüchen und Anreizen.

### Return to Work

## Medizinische und berufliche Rehabilitation bei chronischen Erkrankungen

Die Wege chronisch Kranker zurück ins und im Erwerbsleben sind häufig beschwerlich. Dies ist hochkomplizierten sozialrechtlichen Regularien geschuldet, aber auch psychosozialen Faktoren – etwa der Angst, seinen Beruf nicht mehr ausüben zu können und als weniger leistungsfähig wahrgenommen zu werden. Dabei ist eine „leidensgerechte“ Erwerbsarbeit nicht nur für den individuell Erkrankten die bessere Alternative, sondern auch in volkswirtschaftlicher Hinsicht Arbeitslosigkeit und Frühverrentung vorzuziehen.

Dies machte Prof. Andreas Weber (Berufsförderungswerk Dortmund) deutlich. Erst die Kombination von Gesundheitsversorgung, Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Anpassungen des Arbeitsplatzes stelle die bestmögliche Unterstützung der Betroffenen und ihrer Arbeitgeber dar. Allerdings verfüge Deutschland über ein extrem versäultes und wenig integratives Sozialversicherungssystem mit unterschiedlichsten Versicherungsträgern und Akteursgruppen. Deshalb müssten Brücken über die Sozialgesetzbücher hinweg geschlagen werden. Wie dick das Brett ist, das hierfür gebohrt werden muss, berichtete Jan Westfahl (contec GmbH) aus dem Modellvorhaben „Gesunde Arbeit Hamburg“, das die vom Präventionsgesetz verlangte Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger (Kranken-, Renten- und Unfallversicherung) in die Praxis überführen will.

### Gesellschaftliche Sichtweisen überprüfen und verändern

Wie der Umgang mit Arbeit und Krankheit durch unterschiedliche Sozialsysteme geprägt ist, die wiederum mit unterschiedlichen gesellschaftlich verankerten Sichtweisen einhergehen, verdeutlichte ein Blick über die Landesgrenzen hinweg nach Norwegen, den Dr. Matthias Reckert (Ev. Stiftung Volmarstein) wagte. Derartige Unterschiede gebe es z.B. in der Frage, ob ein System die vollständige Genesung vor Wiedereintritt in die Arbeitswelt priorisiert oder eher auf eine Teilhabe am Arbeitsleben trotz bestehender Erkrankung ausgerichtet ist. Ähnliches gilt für die Frage, inwieweit chronisch kranke Arbeitnehmer und deren Arbeitgeber selber aktiv werden oder eher auf Aktionen aus dem Sozialsystem heraus setzen.

Katrin Krinke (Ortho-Mobile) konnte daran mit ihrer Erfahrung aus der ambulanten Rehabilitation anschließen: Mit Blick auf die (Re-) Integration ins Berufsleben bestehe die entscheidende Leistung nicht in der körperlichen Wiederherstellung von Funktionsfähigkeiten, sondern in der Überwindung beschränkter Sicht- und Herangehensweisen in den Köpfen. Mit der notwendigen Kreativität in Bezug auf betriebliche Aufgabenfelder und Rahmenbedingungen ließen sich für die meisten Rehabilitanden neue Wege finden. Sabine Mühlhaus-Liebich, als Disability-Managerin beratend für Unternehmen tätig und selbst Multiple Sklerose erkrankt, riet in diesem Sinne chronisch kranken Menschen, offen mit ihrer Krankheit umzugehen und sich nicht einem gesellschaftlichen Druck zu beugen.



Moderatorin Dr. Claudia Pieper

### Wege durchs System: Erfahrungen & Perspektiven

Im anschließenden Workshop traten die knapp 80 Teilnehmenden unter der Leitung von Christof Schmidt (Berufsförderungswerk Dortmund) und Hannah Lobert (Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft NRW) in einen intensiveren Austausch ein. Angeregt und vorstrukturiert wurde er durch Michael Pätzold, der als von Multipler Sklerose Betroffener über seine langjährigen Erfahrungen in der Behauptung im Berufsleben sowie im sozialen Unterstützungssystem berichtete. Anschließend wurden vier Tischrunden eröffnet, die sich mit den jeweiligen Bedarfen und Lösungsansätzen für ein verbessertes Unterstützungssystem befassten. Gastgeber der Tische waren Sabine Bauschke (Deutsche Rentenversicherung Westfalen), Werner Höhl & Gerda Maibach (arbeit & integration e.V.), Markus Taddicken (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) sowie Alexander Thomas (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen).

## Workshop: „Lehren, Lernen, Handeln: TeamBILDUNG für Chronic Care“

Chronic Care erfordert interprofessionelles Handeln und hierfür wiederum interprofessionelles Lernen – in der Ausbildung des gesundheitsberuflichen Nachwuchses wie auch in der Fort- und Weiterbildung der gesundheitsberuflich Tätigen. Mit einer Vielzahl konkreter Ansätze und Positionen beschäftigte sich auf dem Chronic Care Congress der Workshop „Lehren, Lernen, Handeln: TeamBILDUNG für Chronic Care“. Er wurde in enger Zusammenarbeit mit der Hochschule für Gesundheit (hsg) durchgeführt.

So erläuterte Marietta Handgraaf von der hsg zu Beginn die Herausforderungen chronischer Erkrankungen für die Aufgabenverteilung, Kompetenzzuweisung und Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und fokussierte anschließend die didaktischen Herausforderungen für interprofessionelles Lehren und Lernen.



Dr. Daniela Schmitz (Universität Witten/Herdecke) präsentierte die „Think-Pair-Methode“. Sie dient der produktiven Verknüpfung berufstypischer Handlungslogiken und Blickwinkel im Studium wie auch in der Praxis und zielt neben den Gesundheitsberufen auch auf weitere mit Gesundheit befasste Berufsgruppen. In diesem Zusammenhang widmeten sich Vertreterinnen aus der Studierendenschaft – Jana Aulenkamp (Bundesvertretung der Medizinstudierenden), Emily Urban und Meike Fische (Physiotherapiestudierende der hsg) – der Fragestellung, welche Vorurteile gegenüber den jeweils anderen Professionen bestehen und wie diese abgebaut werden können. Mit ihren Beiträgen repräsentierten sie einen tiefgreifenden Wandel der Arbeitskultur im Gesund-



Eine der Stationen im Workshop

heitswesen – hin zu einem lernenden System, das Berufsgrenzen überschreitet und sich am Nutzen für den Patienten misst.

Eine internationale Perspektive stellte Silke Baumann (Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart) mit dem Förderprogramm „Care for Chronic Condition“ der Robert Bosch Stiftung vor. Es ermöglicht Berufstätigen Hospitationen im Ausland zum Thema „Chronic Care“. Der Austausch mit ausländischen Kolleginnen und Kollegen und die erworbenen Kenntnisse über unterschiedlich verfasste Care-Systeme sollen zu einer Verbesserung der Versorgung in Deutschland beitragen.

Der Workshop wurde in einem interaktiven Format mit dem Ziel durchgeführt, die Team-BILDUNG für Chronic Care auch nach dem Kongress weiter zu verfolgen.

**MedEcon-Kontakt: Inja Klinksiek, [klinksiek@medecon.ruhr](mailto:klinksiek@medecon.ruhr)**

### Hochschule für Gesundheit

## Prof. Dr. Christian Timmreck zum neuen Präsidenten gewählt

Die Hochschulwahlversammlung der hsg hat im April Prof. Dr. Christian Timmreck mit den Stimmen des Senats und des Hochschulrats zum neuen Präsidenten gewählt. Gründungspräsidentin Prof. Dr. Anne Friedrichs wird wegen des Erreichens der gesetzlichen Altersgrenze ihr Amt mit Wirkung zum 31. Dezember 2019 niederlegen. Der neue Präsident beginnt seine Amtszeit direkt im Anschluss.



Prof. Dr. Christian Timmreck wird neuer Präsident an der Hochschule für Gesundheit (hsg Bochum). Sein Amt wird er am 1. Januar 2020 antreten.

Christian Timmreck ist derzeit Dekan des Fachbereichs Gesundheitswesen der Hochschule Niederrhein in Krefeld. Nach dem Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Katholischen Universität Eichstätt sowie an der University of Wales und seiner Promotion an der Universität Witten/Herdecke hat er einige Jahre in der Strategieberatung mit Fokus auf die Gesundheitswirtschaft

gearbeitet. Seit 2015 ist er Professor für Unternehmensstrategie und Finanzwirtschaft im Gesundheitswesen.

„Fähigkeiten vermitteln, Offenheit leben und Wirkung erreichen!“ – Mit diesem Leitsatz bewarb sich Christian Timmreck in seinem Vortrag vor der Hochschulöffentlichkeit im Audimax der hsg Bochum. Er bedankte sich für die Wahl und sagte, dass er sich auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit allen Beteiligten freue.

„Für seine Amtszeit von sechs Jahren wünsche ich dem neuen Präsidenten viel Erfolg“, schloss auch Prof. Dr. Werner Havers, Vorsitzender des Hochschulrates, seine Glückwünsche an. Laut Hochschulgesetz berät der Hochschulrat das Präsidium und übt die Aufsicht über dessen Geschäftsführung aus.

### Vom Stückwerk zum Stützwerk: Chancen der Digitalisierung für integrierte ChronicCare-Konzepte

Chronische Erkrankungen stellen zweifelsohne besondere Anforderungen an Versorgungskonzepte. Insbesondere gilt dies mit Blick auf langfristig oder sogar lebenslang angelegte Versorgungsperspektiven, auf die häufig große Zahl unterschiedlicher versorgender Einrichtungen und Professionen und auf eine möglichst aktive und selbstbestimmte Rolle der Patienten im Versorgungsprozess. Die Digitalisierung kann hier unterstützend wirken.

Bereits heute stehen viele einsatzfähige Instrumente wie Dokumentationssysteme und Gesundheitsakten, datenbasierte Prognosen und Therapiemonitoring, telemedizinisches Coaching und Patienten-Apps zur Verfügung. Aber man gewinnt schnell den Eindruck, dass noch immer Insel- und Stückwerk-Lösungen vorherrschen. Was diese Situation für Menschen mit chronischen Erkrankungen bedeutet und wie Verbesserungen im Verlaufsmanagement möglich werden können, war am 12. Juni eines der Schwerpunktthemen auf dem Chronic Care Congress in Bochum.

Prof. Tobias Esch von der Universität Witten/Herdecke erläuterte in seinem einleitenden Vortrag zunächst die Anforderungen, die chronische Erkrankungen an eine patientenzentrierte Digitalisierung des Gesundheitswesens stellen. Unter der Moderation von Prof. Britta Böckmann (Medizinische Informatik FH Dortmund/Universität Duisburg-Essen) wurde dies durch Impulse aus Verbraucher-, Ärzte-, Industrie- und Kostenträgerperspektive reflektiert. Im anschließenden Workshop wurden vier Digitalisierungsprojekte bzw. -produkte im World-Café-Format besucht, diskutiert und bewertet.

- „TeLiPro“ – Telemedizinisches Lebensstil-Interventionsprogramm als Disease Management Software für Diabetespatienten (MEDULIFE GmbH),



Prof. Tobias Esch



- „EpiTect“, ein nicht-invasives Sensorsystem im Ohr, welches die Prognose epileptischer Anfälle erleichtert (Fraunhofer ISST),
- „TherAssist“ als Anwendung für Physiotherapeuten, die digital bei Anamnese, Screening, Untersuchungen und Assessments unterstützt (opta data GmbH),
- die digitale Gesundheitsplattform „m.Doc“ für eine verbesserte Kommunikation vor, während und nach dem stationären Krankenhausaufenthalt.

Besonders spannende und weiter zu verfolgende Akzente wurden dabei u.a. in folgender Hinsicht gesetzt:

- Chroniker haben ein besonderes Interesse an einer dauerhaften und standardisierten Bereithaltung und Weitergabe erzeugter und weiter bearbeiteter digitaler Daten zu ihrer Krankheitsgeschichte und einer entsprechenden patientenzentrierten Digitalisierung der gesamten Versorgungskette.
- Datenschutz ist wichtig, steht für Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Priorität jedoch weit hinter dem erhofften und erwartbaren Nutzen konsequent kommunizierter, aggregierter und ausgewerteter Gesundheitsdaten zurück.
- Der Anbieterphilosophie schlank gehaltener Datenhaltung wurde anwenderseitig der ausdrückliche Wunsch bzw. Bedarf nach weiterer Verarbeitung und intelligenter Auswertung von Daten bis hin zu therapieorientierten Benchmarks und Prozessempfehlungen entgegengehalten.

Erste Kooperationen zum Verknüpfen der vorgestellten Lösungen sowie eine Überprüfung oder Anpassung der Software im nächsten Überarbeitungsschritt wurden bereits angekündigt.

**MedEcon Kontakt: Leif Grundmann, grundmann@medecon.ruhr**

### opta data IT Solutions

## Gebündelte IT-Kompetenz unter einem Dach

Die opta data hard- und software GmbH, optadata.com GmbH sowie die DHP – Deutsche Hilfsmittel Pool GmbH bilden seit Juli 2019 in der opta data Gruppe eine schlagkräftige Einheit: die „opta data IT Solutions GmbH“. Mit der Verschmelzung der drei Gesellschaften bündelt die opta data Gruppe ihre IT-Kompetenz.

Im Zuge dessen findet sich die opta data IT Solutions GmbH nun auch im wahren Sinne des Wortes unter einem Dach wieder: Ab Juli 2019 bezieht sie ihre Räumlichkeiten im neu erstellten modernen Gebäude am Berthold-Beitz-Boulevard 459 in Essen. Das Gebäude bietet auf sechs Geschossen mit insgesamt 7.000 Quadratmetern Platz für bis zu 400 Kollegen. Geschäftsführer der neuen Firma werden Ralf Dziabel und Andreas Fischer.



## Chronic Care & Jugend: Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung

Seit vielen Jahren sind chronische Erkrankungen ein Schwerpunktthema der Ruhrgebietsinitiative „Gesund Aufwachsen im Revier“. Auf dem diesjährigen Chronic Care Congress rückte das Thema „Jugend: Erwachsenwerden mit chronischer Erkrankung“ in den Mittelpunkt.

Das Jugendalter ist eine Phase des tiefgreifenden biografischen Umbruchs: Was sind die dementsprechend besonderen Bedarfe und Bedürfnisse chronisch kranker Jugendlicher? Und wie kann das Gesundheits- und Sozialwesen ihnen besser gerecht werden? Diese Fragen standen unter Moderation von Christiana Hennemann (rehaKIND) im Mittelpunkt des Forums. Welche individuellen, familiären und sozialen Ressourcen zur Bewältigung der damit verbundenen biografischen Situation dienen, erläuterte Prof. Dr. Lücke (Kinder- und Jugendklinik der Ruhr-Universität Bochum) in seinem Einstiegsvortrag. Karen Krause (Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit der Ruhr-Universität Bochum) nahm die klinisch-psychologische Perspektive ein und zeigte auf, dass auch psychische Erkrankungen sich



Die Abschlussdiskussion mit den Referenten und der Moderatorin

zu chronischen Erkrankungen weiterentwickeln können. Ganz nach dem Motto „mit uns, statt über uns“ präsentierte Andre Habrock (ehem. Sprecher des Arbeitskreises „Junge Erwachsene“ im Kindernetzwerk e.V.) aus der Betroffenenperspektive über verbundene Probleme in der Gesellschaft, im Alltag und in der medizinischen Versorgung. Dabei arbeitete er die Besonderheiten und positiven Effekte der Selbsthilfe im Jugendalter heraus. Bildlich veranschaulichte er die Situation chronisch kranker Jugendlicher: Der Jugendliche selbst sei der „Pilot seines Lebens“, der Lotsen (z.B. Eltern, Ärzte, etc.) zur Unterstützung benötige, aber eigenständig fliegen sollte. Erforderlich sei eine aktive Einbindung der jungen Patientinnen und Patienten und eine den jugendspezifischen Anforderungen gerecht werdende Qualitätssicherung von Arzt-Patienten-Gesprächen. Sowohl die Qualitätssicherung von Arzt-Patienten-Gesprächen als auch die aktive Einbindung der jungen Patienten verlangte Habrock. Alle waren sich einig, dass dem Thema noch eine stärkere Stimme gegeben werden muss.

**MedEcon-Kontakt: Inja Klinksiek, [klinksiek@medecon.ruhr](mailto:klinksiek@medecon.ruhr)**

## Spatenstich für neue Kinderklinik

### Klinikneubau der Universitätsmedizin Essen mit 112 Betten wird 2023 fertiggestellt

Mit einem Spatenstich sind Ende Mai die Bauarbeiten an der neuen Kinderklinik der Universitätsmedizin Essen auch offiziell eröffnet worden. Im Zentrum und Herzen des Campus des Universitätsklinikums Essen wird in den nächsten Jahren ein mehrstöckiger Neubau mit knapp 10.000 Quadratmetern Nutzfläche sowie 112 Betten als eine der modernsten Kinderkliniken Deutschlands errichtet. Bis zum Jahr 2023 wird ein hoher zweistelliger Millionenbetrag aus dem Medizinischen Modernisierungsprogramm (MedMoP) des Landes NRW investiert.

„Hier an der Universitätsklinik Essen entsteht ein besonderer Ort. Im Neubau der Kinderklinik verbindet sich zukünftig Spitzenmedizin auf höchstem Niveau mit einer kindgerechten und familienfreundlichen Umgebung, die den Wünschen und Bedürfnissen der kleinen Patientinnen und Patienten und ihrer Eltern entspricht“, sagte Isabel Pfeiffer-Poensgen, Ministerin für Kultur und Wissenschaft des Landes Nordrhein-Westfalen.

Beim Spatenstich wurde symbolisch eine Kapsel vergraben, auf der Kinder, die Patientin in der bestehenden Kinderklinik der Uniklinik sind, ihre Wünsche für den Neubau aufgeschrieben hatten. In der neuen Kinderklinik werden Spezialisten



aller Fachrichtungen der Kinderheilkunde und der Kinderchirurgie, auch mit Unterstützung der Digitalisierung und modernster Technik, noch besser miteinander vernetzt sein und damit enger zusammenarbeiten. „Wir werden zudem mit den Ideen von Kindern, ihren Eltern, Ärzten, Pflegekräften, Krankenhausplanern und Architekten eine besonders kindgerechte Umgebung schaffen. Und damit in Summe ein Umfeld und eine Atmosphäre, die Heilung noch mehr fördert“, sagt Prof. Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen.

### Nervensystem – im Fokus: Schlaganfall-Folgeerkrankungen

Chronische Erkrankungen des Nervensystems zeichnen sich insbesondere durch die mit den Grunderkrankungen einhergehenden sensorischen und sensomotorischen, kognitiven und emotionalen Störungen mit allen ihren Auswirkungen auf Lebensführung und Lebensalltag aus und erfordern das Zusammenwirken unterschiedlichster Gesundheits- und Sozialberufe. Auf dem Chronic Care Congress wurde dies am Beispiel des Schlaganfalls erörtert.

Dabei stand nicht die mit Hilfe der Stroke Units insgesamt gut organisierte Versorgung des akuten Schlaganfalls im Mittelpunkt. Vielmehr sind es die Schlaganfall-Folgeerkrankungen, die man als chronisch bezeichnen kann und die besondere Herausforderungen an eine langfristig angelegte Nachsorge stellen.

Unter der Moderation von Dagmar Karrasch (Bundesverband für Logopädie) startete das Forum mit einem Eröffnungsvortrag von Prof. Hilker-Roggendorf (Klinikum Vest, Neurovaskuläres Netzwerk Ruhr), der sich zusammen mit weiteren Beiträgen (s.u.) mit typischen Herausforderungen für Chronic Care in der Schlaganfallversorgung befasste. Seitens der Selbsthilfe wurden diese Einschätzungen durch Dr. Georg Galle (Deutsche Schlaganfall-Hilfe) gespiegelt, die u.a. mit ihrem Konzept der Schlaganfall-Lotsen deutschlandweite Maßstäbe in Sachen Chronic Care setzt.

Eine regionale Arbeitsgruppe verschiedener Einrichtungen und Berufsgruppen gestaltete zusammen mit Schlaganfall-Betroffenen den anschließenden Workshop, der die Versorgungswege entlang typischer Versorgungsstationen aus unterschiedlichen Blickwinkeln kritisch verfolgte und diskutierte. Zentrale Fragestellungen von Forum und Workshop, die MedEcon Ruhr und Partner auch im Nachgang zum Kongress verfolgen werden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### Langzeittherapien und Spätrehabilitation

Während eine Frührehabilitation im Anschluss an den Akutfall auf der Hand liegt (aus medizinischer und sozialdienstlicher Perspektive veranschaulicht von Dr. Benno Koch und Barbara Glasmacher (beide Klinikum Dortmund)), kommt es in längerfristiger Perspektive häufig zur Einschätzung, dass für bestimmte Funktionseinschränkungen keine Therapieerfolge mehr zu erwarten seien. Die Patienten gelten dann als „austherapiert“. Neben Prof. Sascha Sommer (Lehrstuhl Logopädie, Hochschule für Gesundheit) verdeutlichten insbesondere Dr. Axel Petershofer und Dr. Volker Völzke von der HELIOS-Klinik Hattingen, dass die Bedeutung der sog. Spätrehabilitation für die Lebensqualität bei chronischen, d.h. langwierigen bis hin zu lebenslangen Verläufen immer noch unterschätzt wird. Hier liege ein Zukunftsfeld für Chronic Care, das erst noch umfänglich und systematisch zu erschließen sei.



Zwei Patienten ergänzten den Workshop mit ihrer Perspektive

#### Neuropsychologie als Teil der Versorgungskette

Hürden im Zugang zu Versorgungsleistungen können darin liegen, dass die Bedarfe für eine bestimmte Therapie nicht erkannt werden. Es gibt aber auch Engpässe im Leistungsangebot selbst. Wie Prof. Boris Suchan und PD Dr. Patrizia Thoma (Neuropsychologisches Therapiezentrum, Ruhr-Universität Bochum) darlegten, treffen beide Faktoren insbesondere für die Neuropsychologie zu. Sie befasst sich in Diagnostik und Therapie mit der Frage, wie sich Schädigungen und Störungen des Gehirns auf das Verhalten und Erleben von Menschen auswirken, wird aber oft weder von den Patienten noch von den behandelnden Ärzten als Teil der Versorgungskette wahrgenommen. Viele Betroffene leiden daher unter neuropsychologisch adressierbaren Funktionsausfällen, die über längere Zeiträume vollkommen unentdeckt bleiben. Dabei ist die Neuropsychologie auch ein wichtiges und verbindendes Element in der Kooperation der therapeutischen Berufe.

#### Case Management und Lotsenkonzepte

Birgit Mokross und Ludger Dick verdeutlichten als Schlaganfallbetroffene, dass sie sich vor allem Partner wünschen, die als Ansprechpartner für ihre alltäglichen Wünsche und Sorgen wie auch als Begleiter durch das „System“ wirken. Hierzu gab es im Workshop grundsätzliche Übereinstimmung, aber auch unterschiedliche Akzente. Eine Lösung besteht in Schlaganfall-Lotsen, die selbst nicht in den unmittelbaren Versorgungsprozessen involviert sind, so wie dies in dem schon erwähnten Modell der Schlaganfall-Hilfe in Ostwestfalen-Lippe erprobt und evaluiert wird. Prof. Anne Barzel (Universität Witten/Herdecke) und Erika Müller (Verband medizinischer Fachberufe) verwiesen darauf, dass schon bestehende hausarztzentrierte Modelle eine Lotsenfunktion beinhalten, die die Allgemeinmediziner mit ihren Medizinischen Fachangestellten – ggf. weitergebildet zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) – übernehmen können. Hier besteht in Sachen „Chronic Care“ ein bedeutsamer Klärungsbedarf, dem zügig nachgegangen werden soll.

**MedEcon-Kontakt: Berit Schoppen, [schoppen@medecon.ruhr](mailto:schoppen@medecon.ruhr)**



## Fokus beim Chronical Care Congress: Depression

Psychische Erkrankungen spielen im Chronic Care-Spektrum eine immer größere Rolle. Die gesellschaftliche Aufmerksamkeit für Störungen der Grundstimmung und insbesondere für Depressionen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Das Risiko ihrer Chronifizierung ist hoch und die personen- und situationsgerechte Versorgung stellt eine besondere Herausforderung dar.

Wesentlicher Grund: Die Betroffenen haben in aller Regel eine krankheitsbedingt deutlich reduzierte Fähigkeit zur Selbstorganisation und Selbstwahrnehmung, worauf das momentane Versorgungssystem nicht hinreichend eingestellt ist. Dieses Thema spielte auf dem Chronic Care Congress im Rahmen eines Forums mit anschließendem Workshop eine bedeutende Rolle.

Dr. Knut Hoffmann, stellv. Ärztlicher Direktor des psychiatrischen LWL Universitätsklinikums der Ruhr-Universität Bochum, gab in seinem Einführungsvortrag einen Überblick über die Erkrankungen wie auch über Versorgungsformen und -strukturen. Im Anschluss an den Vortrag diskutierten Dr. Egbert Herrmann (Ärztlicher Leiter Psychosomatik bei Medicos auf Schalke), Andreas Pfeifer (Vorsitzender des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten) und Wiebke Schubert (Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen) aus unterschiedlichen Blickwinkeln über typische Herausforderungen und strukturelle Engpässe in der Versorgung bei chronischen psychischen Erkrankungen.

### Deprimierend: Strukturelle Engpässe im Versorgungssystem

Als Angehörige einer psychisch kranken Mutter und eines psychisch kranken Bruders beschrieb Wiebke Schubert die möglichen Anlaufstellen für Betroffene und damit verbundene Problematiken. So sei die Ausbildung der Hausärzte nicht auf die Behandlung psychisch kranker Menschen ausgelegt, obwohl sie in der Regel der erste Ansprechpartner für Betroffene sind. Schon zuvor hatte Dr. Hoffmann darauf hingewiesen, dass psychische Erkrankungen nicht Teil der hausärztlichen Ausbildung seien. Die niedergelassenen Fachärzte als zweite Anlaufstelle hingegen könnten aufgrund des hohen Patientenaufkommens keinen kurzfristigen Termin sicherstellen, was im Fall psychischer Erkrankungen fatale Folgen haben kann. Und die klinischen Ambulanzen dürften nur bei schweren Depressionen tätig werden. Krisendienste seien in einigen Städten vorhanden, aber nicht rund um die Uhr erreichbar. Eine akute Phase von Depression richte sich aber in der Regel nicht nach „Öffnungszeiten“.

### Annehmende Kommunikation und aktivierende Therapie

Die therapeutischen Berufe sahen ihre Rolle vor allem darin, die Betroffenen zu aktivieren und ihnen Wiedererlangung alltäglicher Handlungsfähigkeit, niederschwellig wahrnehmbare Teilhabemöglichkeiten und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen.



Das vorgelagerte Problem machte Sabine Schemmann, Vorsitzende des Bochumer Bündnis gegen Depression e.V. und selbst Betroffene, deutlich, als sie den anschließenden Workshop zum Schwerpunkt „chronische Depression“ einleitete. Sie gab Einblicke in ihre Situation und ihre Gedankenwelt, die das Publikum merklich berührten. Dabei sprach sie u.a. die empfundene Ausweglosigkeit in bestimmten Phasen des Lebens und das (empfundene wie auch reale) Unverständnis Außenstehender an – Aspekte, die einerseits Teil der Krankheitssituation sind, andererseits aber einer therapeutischen Aktivierung im Wege stehen. Aufzulösen sei dies nur, wenn den Patienten mehr zugehört und ihnen ihre Empfindungen auch geglaubt bzw. abgenommen werden. Sabine Schemmann vertrat in diesem Zusammenhang auch die Meinung, dass sich die Qualität einer Therapie aus Sicht der Betroffenen häufig anders darstellt als aus Sicht der Therapeuten, was die Frage nach einer geeigneten Qualitätskontrolle aufwerfe.



Die Diskussionsrunde am Ende des Forums

Anschließend gingen die Teilnehmer des Workshops an vier verschiedenen Tischen den Bedarfen und Herausforderungen in der Versorgung bei chronischen Depressionen nach. Die Moderatoren bzw. Gastgeber an den vier Tischen repräsentierten unterschiedliche Sichtweisen: die ergotherapeutische (Andreas Pfeiffer), die psychotherapeutische (Nina Engstermann), die pflegerische (Marion Brand, Pflegedirektorin in der LWL-Universitätsklinik) und die der Selbsthilfe (Sabine Schemmann).

Die Moderatoren bzw. Gastgeber an den vier Tischen repräsentierten unterschiedliche Sichtweisen: die ergotherapeutische (Andreas Pfeiffer), die psychotherapeutische (Nina Engstermann), die pflegerische (Marion Brand, Pflegedirektorin in der LWL-Universitätsklinik) und die der Selbsthilfe (Sabine Schemmann).

### Erste Schlussfolgerungen

Wesentliche Schlussfolgerungen aus den Diskussionen von Forum und Workshop lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das öffentliche Wissen um die Symptome und Gegebenheiten bei Depressionen müsse deutlich verstärkt, den Wahrnehmungen und Empfindungen der Patienten mehr Raum und Resonanz gegeben werden – auch als Ausgangspunkt für die Wiedererlangung von Handlungsfähigkeit.
- Die Kompetenz der ersten – zuvörderst hausärztlichen – Anlaufstellen müsse im Bereich psychischer Erkrankungen unbedingt durch entsprechende Ausbildungs-, Fort- und Weiterbildungsschwerpunkte, aber auch durch erweiterte (und finanzierte) Spielräume für das Patientengespräch gestärkt werden.
- Unbedingt erforderlich seien zentrale Ansprechpartner, die das Versorgungssystem ebenso im Blick haben wie die individuelle Lebenssituation der Betroffenen, und die im Akutfall zur Verfügung stehen wie auch als Case Manager, die in der Kommunikation mit den unterschiedlichen Professionen kontinuierlich „die Fäden zusammenhalten“.

MedEcon-Kontakt: Dr. Silke Mreyen, [mreyen@medecon.ruhr](mailto:mreyen@medecon.ruhr)

# Versorgung von chronischen Rückenschmerzen – zwischen Theorie und Praxis

Chronische Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems umfassen ein weites Spektrum, das von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen über die Osteoporose bis hin zu dauerhaften Rückenschmerzen reicht. Die epidemiologische wie auch volkswirtschaftliche Bedeutung ist hoch und nimmt weiter zu.

Dies gilt insbesondere für chronische Rückenschmerzen, die im Mittelpunkt eines Forums und Workshops auf dem Chronic Care Congress standen. Mehr als 50 Teilnehmer erlebten hierzu eine angeregte, teilweise auch kontroverse Diskussion. „Wir sind in jedem Fall sehr interessiert, diesen Austausch weiter zu intensivieren“, resümierte auch Andrea Niehaus von der Deutschen Arzt AG als Partner dieses Themenblocks positiv. Gemeinsam mit MedEcon hatte die DAAG das Forum und den Workshop geplant. Zunächst ging es mit Prof. Monika Hasenbring (Ruhr-Universität Bochum) um die Frage, worin eigentlich das „Chronische“ von Rückenschmerzen besteht und wie es im Zusammenwirken von biologischen und psychosozialen Aspekten zu einer Chronifizierung kommt. Dr. med. Johannes, Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie, informierte über den multifaktoriellen Charakter von Rückenschmerzen und wies auf die Notwendigkeit von strukturierten Versorgungsverträgen hin.

Damit rückte das Problem in den Mittelpunkt, wie man die umfangreichen Erkenntnisse zur leitliniengerechten Versorgung



bei unspezifischen Kreuzschmerzen und zur Vermeidung einer Chronifizierung umsetzen kann. So fehlt es in der Praxis natürlich wie immer an Zeit und Ressourcen, um den anspruchsvollen Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells angemessen zu berücksichtigen. Und die hierfür erforderliche Einbindung von Psychotherapeuten oder Verhaltenstherapeuten ist längst noch nicht flächendeckend realisiert. So wurden die bestehenden Herausforderungen leidenschaftlich diskutiert: Es gab unterschiedliche Ansichten zwischen den Krankenkassen und den Orthopäden zum Disease Management Programm „Chronischer Rückenschmerz“, oder die Diskussion, wie weit die Befundungskompetenz von Physiotherapeuten gehen kann. Dabei zeigen Konzepte wie das von der DAAG vorgestellte und mit der DAK Gesundheit vereinbarte Versorgungsmodell „Mein Rücken Coach“, wie Akteure gemeinsam patientenzentrierte Lösungen erarbeiten können.

Als einer der Teilnehmer für sich festhielt, dass die Vorträge und Diskussionen ihm bewusst gemacht hätten, wie früh man im Krankheitsverlauf eingreifen muss, um hohe Erfolgsaussichten gegen die Chronifizierung zu haben, wurde klar, dass es oft scheinbar kleine Erkenntnisse sind, die diesen Austausch lohnenswert machen. Die Teilnehmer bekräftigten ihr Interesse an der Fortsetzung von ähnlichen Austauschformaten. MedEcon wird sich dem zusammen mit seinen Partnern annehmen.

**MedEcon-Kontakt: Dr. Christoph Monfeld, monfeld@medecon.ruhr**

## Hochschule Niederrhein / NOVOTERGUM AG

### Textil mit Sensortechnik

An der Hochschule Niederrhein soll ein Textil entwickelt werden, das Patienten nach einem Kreuzbandriss zu einer optimierten Heilung verhelfen soll. Das mit Sensortechnik ausgestattete Textil soll durch Messungen der Bewegungen und unmittelbare Rückmeldungen an den Patienten dazu beitragen, Fehlhaltungen und Fehlbelastungen zu vermeiden. Die Idee des Projekts: ein textiles Hilfsmittel – etwa eine Bandage – zu entwickeln, das mit Sensorik und Aktorik ausgestattet ist. Aktoren wandeln Muskelbewegungen, die über Sensoren erkannt werden, in physikalische Reaktionen um. Das heißt: Belastet der Patient sein Knie falsch, könnte er in Form eines lokalen Reizes (zum Beispiel Vibration oder Wärme) über ein in die Bandage eingebrachtes Sensorpflaster darüber informiert werden. Das Forschungsprojekt wird bis Ende 2021 mit rund einer Million Euro vom Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) gefördert. Weitere Projektpartner sind: Institute of experimental psychophysiology (IXP), Deutsche Sporthochschule Köln, BACHE INNOVATIVE, NOVOTERGUM AG.



net die neu gestaltete Chirurgisch-Orthopädische Ambulanz im Erdgeschoss aus. Ein Ticketsystem unterscheidet Patienten danach, ob sie sich an die orthopädische, die chirurgische oder die Ambulanz der Plastischen Chirurgie wenden. Unterschiedliche Eingriffsräume sind auf spezielle Anforderungen hin gestaltet nach den Vorgaben der zuständigen Chefarzte. Die Anmeldung ist an strategischer Stelle angeordnet. „Das Ganze ähnelt schon sehr dem Konzept einer modernen Notaufnahme, auch wenn die Patienten hier nach Terminvereinbarung eintreffen“, so Gudrun Ericke, Leitung der Ambulanz. Der Gebäudeabschnitt wurde modernisiert und trägt der hohen Nachfrage von Patienten für entsprechende ambulante Leistungen Rechnung.

## Klinikum Westfalen

### Neue Chirurgisch-Orthopädische Ambulanz

Modernste Untersuchungsräume mit kurzen Kommunikationswegen, insgesamt ein effektiv auf die Anforderungen zugeschnittenes Konzept – das zeich-

## St. Elisabeth Gruppe

### Stürze verhindern

Ob es eine übersehene Teppichkante oder ein kurzer Schwindelanfall ist: Stürze im Alter sind häufig und gehen oft mit Verletzungen wie Knochenbrü-

chen einher. In der Tagesklinik für Altersmedizin des Marien Hospital Herne trainieren die Patienten nun an einem innovativen Laufband, um mehr Sicherheit beim Gehen zu erlangen und Stürzen so vorzubeugen. Bei vielen älteren Menschen erscheint das Gangbild in Routinesituationen relativ unauffällig. Auf unvorhergesehene Störungen, wie beim Stolpern, können sie jedoch oft nicht ausreichend schnell reagieren. Als einzige Klinik in ganz Deutschland verwendet das Marien Hospital Herne nun ein spezielles Perturbationslaufband („Störungslaufband“) zur Therapie der Patienten mit Gangstörungen. Das Laufband kann so programmiert wer-



den, dass es für den Patienten unvorhergesehene Bewegungen ausführt, die einem Stolpern gleich kommen. So kann sich das Band beispielsweise nach rechts oder links bewegen, plötzlich stoppen oder eine Rückwärtsbewegung machen. Die Patienten müssen die unvorhergesehenen Bewegungen ausbalancieren und trainieren so die tatsächlich problematische Situation.