

THEMENFELD: GESUNDHEIT UND PFLEGE



KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT



SACHSEN-ANHALT



EUROPÄISCHE UNION

ESF
Europäischer
Sozialfonds



KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT

Gesundheit ist eine Grundbedingung für persönliches Wohlbefinden. In kaum einem anderen Bereich der Daseinsvorsorge ist die Dynamik und Zusammenführung technischer und sozialer Innovationen so sichtbar und erlebbar wie im Gesundheitssystem. Der epochale Wandel, der durch den technischen und digitalen Fortschritt in Medizintechnik, Diagnostik, Therapie und Nachsorge beschleunigt wird, birgt viele Chancen, die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Soziale Innovationen erheben den Anspruch, diesen Wandel human zu gestalten. In diesem Feld, das sich besonders dynamisch darstellt, sind weder blindes Vertrauen noch prinzipielle Skepsis gegenüber neuen technischen Entwicklungen angebracht. Denn die Digitalisierung öffnet Wege zur Lösung der Herausforderungen, vor denen das Gesundheitssystem steht. Aufgeschlossenheit bei Ärzt*innen, bei Pflegepersonal und nicht zuletzt bei Patient*innen für neue Techniken und insbesondere deren digitale Anwendung ist eine Voraussetzung dafür, sich der Bedarfe einer alternden Gesellschaft mit steigenden Kosten bei Krankheit und Pflege angemessen anzunehmen sowie die Garantie einer flächendeckend hohen Versorgungsqualität, unabhängig vom sozialen Status der Menschen einzulösen.

Das Zusammenspiel technischer, digitaler und sozialer Innovationen zeigt sich im Feld von Gesundheit und Pflege auf vielfältige Weise: Die Digitalisierung stellt Werkzeuge bereit, mit denen zum Beispiel eine ambulante und klinische Unterversorgung ländlicher Räume aufgefangen werden kann. Neue Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehungen entstehen, wenn mittels Telemedizin in Diagnostik und Prävention die räumliche Barriere zu entlegenen Gebieten überwunden werden kann. Ein digitalisierter Behandlungsplan kann helfen, die Patient*innen-Betreuung persönlicher zu gestalten. → **E-Health-Angebote** wie Online-Arztpraxen, Online-Apotheken oder als digitale Apps auf Smartphones platziert ermöglichen es, Gesundheit selbstbestimmt von zu Hause aus zu organisieren (→ **Versorgung im Wandel**).

Die Stärkung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung sind auch im Begriff der → **Gesundheitskompetenz** vereint. Gesundheitskompetenz meint ein neues Verständnis von Gesundheit als Wohlbefinden, gepaart mit individuellen Wahlmöglichkeiten, die den/die* Einzelne(n) zu einer gesunden Lebensweise befähigen. Die starre Unterteilung in die Zustandsbeschreibungen von ‚Krankheit‘ und ‚Gesundheit‘ wird zugunsten subjektiven Wohlbefindens aufgelockert (→ **Gesundheit und Pflege im Wandel**). Mit der Entwicklung in Richtung Gesundheitskompetenz und den enorm erweiterten Möglichkeiten, quantifizierbare Daten zu sammeln und auszuwerten, drängen immer mehr neue Geschäftsmodelle und Start-Ups auf den Markt, die aus Datenmengen Angebote für individuelle gesundheitliche Hilfestellung erzeugen. So steigen

etwa die Umsätze von Gesundheits-Apps oder Fitnessarmbändern (→ **Das gemessene Selbst**) rasant. Das Sammeln und Nutzen quantifizierbarer Daten, das mit vielen solchen neuen digitalen und personalisierten Anwendungsformen einhergeht, rückt auch die demokratische Grundsatzfrage des ‚gläsernen Menschen‘ in neues Licht. Das Dilemma zwischen einem befürchteten Kontrollverlust über persönliche Daten auf der einen Seite und Effizienz und Kostenvermeidung auf der anderen Seite ist nicht gänzlich auflösbar. Es zeigt sich beispielhaft an Diskussionen um die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte, wie sie in Ländern wie den Niederlanden oder Skandinavien bereits die Regel ist. Im Bereich der digitalen Arbeitswelt geht der Wandel zu flexiblen Arbeitszeiten, wechselnden Arbeitsplätzen und neuen Formen der Organisation von Arbeitsabläufen einher mit neuen physischen und psychischen Belastungen, auf die das Betriebliche Gesundheitsmanagement Antworten finden muss (→ **Gesunde Lebenswelten**).

Im Entstehen ist auch eine ganze Reihe von Innovationen, die keinen explizit technischen oder digitalen Bezug haben, aber gleichfalls den Anspruch verfolgen, unser Zusammenleben gesundheitsförderlich zu gestalten. Dazu zählen → **Mehrgenerationenhäuser**, → **Ärzt*innen- und Bürger*innen-Busse**, → **Zweigpraxen** oder die Neuausrichtung der Pflege als → **Pflege im Quartier**, zu der das Kompetenzzentrum im August 2018 ein Pilotvorhaben vergeben hat. In der Pflege unternimmt die Politik jüngst neue Anstrengungen für die Verbesserung der Personalstände und der Arbeitsbedingungen. Eine → **Aufwertung der Pflegeberufe** beinhaltet nicht nur eine höhere Bezahlung und Personaluntergrenzen, sondern weist weiter in die Richtung → **interprofessioneller Gesundheitsteams**, in denen Ärzt*innen partnerschaftlich mit anderen Gesundheitskräften zusammenarbeiten (→ **Personal im Wandel**). Die → **Einbeziehung Ehrenamtlicher** kann Pflegekräfte und Angehörige entlasten und ein Zusatzangebot gegen soziale Isolation darstellen. Eine soziale Innovation ist es auch, wenn es gelingt, mehr Männer für Sorgearbeit zu gewinnen (→ **Gender Shift**). Die Herausforderung des Fachkräftemangels kann möglicherweise nach Verabschiedung eines Zuwanderungsgesetzes und auch mit der → **Integration Geflüchteter** in den Gesundheits- und Pflegesektor bewältigt werden.

Erkunden Sie auf den folgenden Karten die vielfältigen sozialen Innovationen im Bereich Gesundheit und Pflege!





PERSONAL IM WANDEL



Die Arbeitswelt im Gesundheit- und Pflegesektor ist im Wandel und Nachwuchskräfte fehlen. Der Pflegebereich ist jüngst Mittelpunkt einer öffentlichen Debatte um Qualitätsstandards der stationären und ambulanten Versorgung geworden. Pflegekräfte bemängeln enge Zeitbudgets, die kaum Raum für emotionale Bedürfnisse lassen und eine geringe Entlohnung, vor allem für examinierte Altenpfleger*innen. Soziale Innovationen treiben die → **Aufwertung von Pflegeberufen** voran. Sie reichen von Personaluntergrenzen, einheitlichen Flächentarifverträgen bis zu einer reformierten Pflegeausbildung. Auch die → **Einbeziehung Ehrenamtlicher** kann als verstärkende Säule künftig eine größere Rolle als bisher einnehmen. Die Zahl derer, die sich ehrenamtlich im Gesundheits- und Pflegesektor einbringen, ist im Vergleich zu anderen Tätigkeitsfeldern noch unterrepräsentiert. Migrant*innen und Geflüchtete können langfristig für die hierzulande unterversorgten Tätigkeitsbereiche gewonnen werden (→ **Integration Geflüchteter**). Im Kranken- und Altenpflegebereich überwiegen aktuell weibliche Angestellte. Eine zielgruppenspezifische Ansprache kann diese Berufe auch für Männer attraktiver machen. Frauen profitieren beim sogenannten → **Gender Shift** von besseren Aufstiegschancen. Auch bei der Arbeitskultur im Team aus mehreren Gesundheits- und Pflegeprofessionen kündigen sich Veränderungen an. Das hierarchische Gefüge löst sich, zugunsten partnerschaftlicher Teamarbeit mit gegenseitiger Anerkennung individueller Kompetenzen, auf. Solch → **interprofessionelle Teams** können die Versorgungsqualität steigern. Die Hoffnung der Zukunft liegt in individualisierten und effizienteren Versorgungsprozessen, bei denen Patient*innen nahtlos versorgt werden. Interprofessionelle Teams stehen für das neue Paradigma der → **Patient*innenzentrierung**. Patient*innen fordern Selbstbestimmung und werden darin gefördert, Bauleiter*innen ihrer eigenen Gesunderhaltung und Genesung zu werden. Ärzt*innen im Verbund mit ihren multiprofessionellen Teams informieren zielgruppengerecht, zeigen Alternativen auf und behandeln Menschen unter Wahrnehmung ihrer individuellen biologischen, sozialen und psychischen Konstitution. Um dieser Individualität gerecht zu werden, kommen Forderungen nach einer → **partizipativen Gesundheitsforschung** auf, die Betroffene stärker in die Entwicklung von Produkten und Behandlungspraxen einbezieht. Die Frage, wer uns in Zukunft gesundheitlich versorgt und pflegt, wie Personen verschiedener Kompetenzen dabei besser zusammenarbeiten können und welche neue Rolle Patient*innen in diesem Gefüge spielen, mündet in sozialen Innovationen, die als Megatrends die Gesundheitsversorgung von morgen gestalten.



KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT



SACHSEN-ANHALT



EUROPÄISCHE UNION
ESF
Europäischer
Sozialfonds



Der Fachkräftemangel und prekäre Arbeitsbedingungen in der Pflege rücken die Frage ins Zentrum, wie ein zukunftsfähiges Pflegekonzept aussehen kann. Eine Personaluntergrenze kann eine Maßnahme darstellen, um die Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu verbessern, die in Deutschland, im Vergleich für mehr Patient*innen zuständig sind, als in anderen EU-Ländern. Der diskutierte ‚Pflegetnotstand‘ rückt auch die Frage einer höheren Entlohnung und der gesellschaftlichen Anerkennung ins Zentrum. Eine weitere Quelle sozialer Innovationen liegt in der Verschiebung des hierarchischen Gefüges zwischen Ärzt*innen und Pflegenden mit mehr Aufgaben und Kompetenzen für Gesundheits- und Pflegepersonal.



99.000 Pflegebedürftige im Jahr 2015 zeigen, dass nahezu jede*r 20. Sachsen-Anhalter*innen Leistungen aus der Pflegeversicherung bezieht (Barmer Pflegereport 2017). 2015 waren von den insgesamt 776.293 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Sachsen-Anhalt 47.236 Personen in der Pflegebranche tätig, was einem Anteil von sechs Prozent an der Gesamtbeschäftigung des Landes entspricht. Prognosen sagen bis zum Jahr 2030 einen steigenden Fachkräftebedarf von 36 Prozent voraus (IAB 5/2016). In den Pflegeberufen gibt es zudem erhebliche Verdienstunterschiede. Noch immer verdienen Altenpfleger*innen in Sachsen-Anhalt pro Monat rund 1.000 Euro weniger als Krankenpfleger*innen und 19 Prozent weniger als der Durchschnitt der Beschäftigten im Land (MS 058/2017).

GE(H)ZU – Gesundheitsberufe mit Zukunft

Im Rahmen des Projektes ‚GE(H)ZU – Gesundheitsberufe mit Zukunft‘ hat das IWK am Standort Magdeburg einen Wahlpflichtkurs für Schüler*innen der 9. und 10. Klasse etabliert. Die Schüler*innen werden innerhalb der Kurseinheiten sehr praktisch mit den Pflege- und Therapieberufen vertraut gemacht. Ziel ist es, langfristig Auszubildende für die genannten Berufe zu gewinnen sowie dem Arbeitsmarkt qualifiziertes Personal zuzuführen.

Mehr Informationen:

<https://www.iwk.eu/aktuelles-magdeburg/925-schueler-fuer-pflegeberufe-begeistern>





Das Netz sozialer Beziehungen wird mit zunehmendem Unterstützungsbedarf im hohen Lebensalter immer essenzieller. Zunehmend fallen traditionelle Stützen aus dem familiären Umfeld weg, z. B. wenn Paare sich trennen oder eine*r (vorzeitig) verstirbt. Die sozio-emotionalen Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen können jedoch von ambulanten und stationären Pflegekräften nur teilweise aufgefangen werden. Die Einbeziehung Ehrenamtlicher kann z. B. als Betreuungsangebot im häuslichen Bereich oder stationären Bereich sowie als Entlastungsangebot für pflegende Personen in Zukunft eine stärkere Rolle einnehmen.



In Sachsen-Anhalt sind im Sinne des Sozialgesetzbuchs XI rund 100.000 Menschen pflegebedürftig, mit steigender Tendenz. Laut des Engagementberichts des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (März 2017) sind in Sachsen-Anhalt 37,1 Prozent aller Einwohner*innen freiwillig ehrenamtlich engagiert. Dies ist deutschlandweit die zweitniedrigste Engagementquote. Nur zwei Prozent der ehrenamtlich Engagierten wirken deutschlandweit im Gesundheitswesen und in der Pflege (Engagementbericht des BFSFJ, März 2017). Zahlen dazu aus Sachsen-Anhalt, wie viele Menschen sich hierzulande im Sozial- und Gesundheitsbereich engagieren, liegen aktuell nicht vor (Stand: September 2018).

Bürgerinitiative Stendal – Hilfe zur Selbsthilfe

„Hilfe zur Selbsthilfe“ funktioniert nach dem Prinzip des nachbarschaftlichen Beistandes. Vereinsmitglieder übernehmen für hilfsbedürftige Menschen Arbeiten im Haushalt, z. B. Reinigungsarbeiten, Einkaufsdienste, Wäschepflege sowie Unterstützung bei Behördenangelegenheiten. Für ihren – mit den Hilfesuchenden verbindlich vereinbarten – Einsatz erhalten die Freiwilligen eine kleine Aufwandsentschädigung.

Mehr Informationen:

<https://www.bisev.de>





Im alltäglichen Sprachgebrauch reden wir von ‚Krankenschwester‘ oder ‚Altenpflegerin‘, aber von ‚dem Arzt‘. Ein Blick auf die Sprache zeigt, wie fest Berufsbilder mit männlichen oder weiblichen Tätigkeiten verknüpft werden. In der ambulanten und der stationären Pflege sind über 85 Prozent der Angestellten weiblich, während Männer mit 53 Prozent die Mehrheit der Ärzt*innen in Deutschland darstellen und auch im Pflegebereich die Mehrheit der Führungspositionen belegen. Mehr Männer für Gesundheits- und Pflegeberufe und mehr Frauen für Leitungspositionen zu gewinnen, stellt eine soziale Innovation dar, die fachlich auch Gender Shift genannt wird.



Die Gesundheits- und Pflegebranche wächst auf Grund des demografischen Wandels und ist von weiblichen Arbeitskräften geprägt. Bei Fachkräften in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt der Anteil der Frauen bei 91 Prozent. Anders als bundesweit gibt es in Sachsen-Anhalt laut Ärztekammer (2017) jedoch mehr Ärztinnen (6.833) als Ärzte (5.711).

Bei der Frauenquote in Führungspositionen liegt Sachsen-Anhalt insgesamt mit 35,6 Prozent nach Mecklenburg-Vorpommern und Berlin bundesweit auf dem dritten Platz (26,6 Prozent im Bundesdurchschnitt). Damit sind in Sachsen-Anhalt rund 14.700 Frauen in Leitungspositionen tätig. Die meisten davon sind in ‚typischen Frauenberufen‘ des Gesundheits- und Sozialwesens (64,4 Prozent) sowie der Erziehung (62 Prozent) tätig (IAB Betriebspanel 2018 und 2014).

FEMPOWER

‚FEM POWER‘ ist ein landesweit initiiertes Programm zur Förderung und Herstellung von Chancengleichheit zwischen Frauen und Männern in Wissenschaft und Forschung. Ziel des Programms ist es, die Teilhabe von Frauen auf allen Ebenen der beteiligten Hochschulen und außeruniversitären Forschungseinrichtungen – insbesondere auf bestimmten Karrierestufen oder in bestimmten Fächern sowie in Gremien und auf Führungspositionen in Wissenschaft und Forschung – zu erhöhen und hierdurch mehr Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern zu erreichen.

Mehr Informationen:

<http://www.fempower-lsa.de/gendercampus.html>





Ausländische Fachkräfte nehmen im deutschen Gesundheitssystem eine immer bedeutendere Rolle ein: 8,2 Prozent aller hier tätigen Ärzt*innen sind Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft (2014), 1991 lag dieser Wert noch bei 3,6 Prozent. Ihr Anteil in Gesundheitsberufen liegt mit 14 Prozent deutlich höher (Kurzstudie des Bundesgesundheitsministeriums, 2016). Die öffentlich diskutierte Frage, inwiefern auch Geflüchtete den hiesigen Fachkräftebedarf decken können, hat zu einer Reihe von sozialen Innovationen geführt, die sich für die Integration ausländischer Menschen in das deutsche Gesundheitssystem einsetzen, um das der Migration innewohnende Potenzial nutzbar zu machen.



Sachsen-Anhalt droht vor allem bei Haus-, Haut- und Augenärzt*innen ein Ärzt*innenmangel. Regional sind dabei besonders die Altmark, Halberstadt und das Mansfelder Land betroffen. Bis 2025 müssen laut Ärztekammer rund 2.000 Stellen neu besetzt werden. Ausländische Ärzt*innen machen in Krankenhäusern des Landes einen Anteil von 20 bis 25 Prozent aus. Auch bei den niedergelassenen Ärzt*innen ist die Zahl der ausländischen Ärzt*innen von 400 im Jahr 2004 auf 1.296 im Jahr 2017 gestiegen. Davon stammen die meisten aus Rumänien mit 12,6 Prozent, danach folgen mit 8,4 Prozent Ärzt*innen aus Syrien. 6,6 Prozent der ausländischen Ärzt*innen kommen aus Bulgarien (Ärztekammer Sachsen-Anhalt, 2017).

ZEMIGRA - Beruf Schafft Zukunft

„Beruf Schafft Zukunft“ ist eine einjährige Berufsorientierung inklusive berufsvorbereitender Praktika und einem Intensiv-Deutschkurs für junge Migrant*innen. Ziel des durch die EU geförderten WiSo-Partner-Projekts zur Stärkung des sachsen-anhaltischen Arbeitsmarktes ist die gezielte Vorbereitung von Migrant*innen auf eine Ausbildungsaufnahme, vornehmlich im Bereich Gesundheit und Pflege.

Mehr Informationen:

<https://www.spi-ost.de/projekte/hallesaalekreis/beruf-schafft-zukunft>





Multimorbide Krankheitsbilder und komplexer werdende Behandlungsmethoden erfordern einen Wandel in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Gesundheits- und Pflegeprofessionen. Eine neue, kollaborative Arbeitskultur zwischen Ärzt*innen, Pfleger*innen, Physiotherapeut*innen und weiteren Gesundheitsberufen zur ganzheitlichen Versorgung von Patient*innen kann die Qualität der Gesundheitsversorgung und die Zufriedenheit des Personals steigern. Interprofessionelles Arbeiten funktioniert nach dem Credo: Niemand weiß alles, aber jeder weiß etwas. Im Zusammenhang damit steht auch die → **Aufwertung von Pflegeberufen**.



Die aktuelle interprofessionelle Zusammenarbeit im deutschen Gesundheitswesen ist durch ein traditionell gewachsenes Hierarchieverständnis, insbesondere zwischen der Medizin und der Pflege, sowie unklaren Abgrenzungen von Aufgaben- und Kompetenzbereichen gekennzeichnet (Bundesagentur für Arbeit. Fachkräfte-Engpassanalyse 2017).

Um interdisziplinäre Zusammenhänge erlernen zu können, hat die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 2016 den Studiengang „Evidenzbasierte Pflege“ geschaffen. Neben dem Krankenpflegeexamen erhalten die Absolvent*innen einen Bachelor in Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Die Studierenden lernen pflegerische und pflegeorganisatorische Aufgaben zu übernehmen und erwerben erweiterte fachliche Kompetenzen.

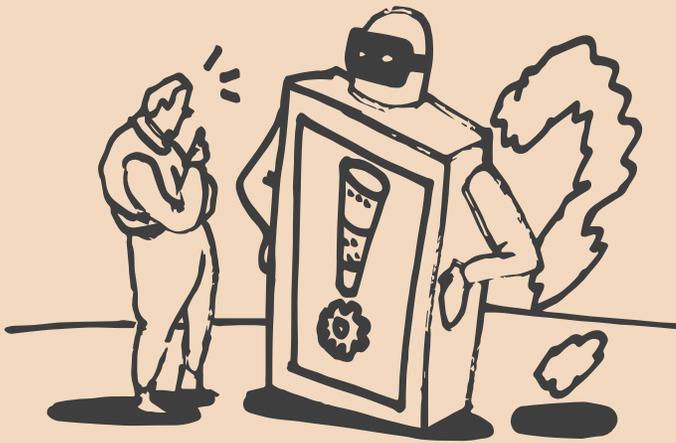
Versorgungsassistent*in in der Hausarztpraxis (VeraH)

Hinter ‚VeraH‘ verbirgt sich eine Qualifikation für Medizinische Fachangestellte. VeraHs besitzen durch ihre Qualifikation die Befugnis, in- und außerhalb der Praxisräumlichkeiten, eigenständige Sprechstunden sowie Hausbesuche abzuhalten. Sie übernehmen hierbei Aufgaben, die ohne die Zusatzqualifikation nur ein*e Ärzt*in ausüben dürfte. Das Programm bietet durch eine Entlastung der Hausärzt*innen die Chance, die Versorgung im ländlichen Raum zu stärken.

Mehr Informationen:

<http://www.verah.de>





Patient*innen rücken als Mitgestalter*in der eigenen Gesundheit in den Mittelpunkt (→ **Patient*innenzentrierung**). Wo auf der individuellen Ebene Patient*innen allmählich Autonomie über Genesungsprozesse gewinnen, verläuft der Wandel auch in den Forschungseinrichtungen des Gesundheitssektors: Zunehmend werden Patient*innen mit ihrem Erfahrungswissen in die Entwicklung neuer Technologien, Instrumente, Behandlungen und Versorgungsstrukturen einbezogen. Ihr Status wandelt sich von reinen Konsument*innen bzw. Patient*innen ärztlicher Therapien und Dienstleistungen zu dem von Mitproduzent*innen („Prosument*innen“).

Der Fachbereich der Geriatrie ist ein großer Hoffnungsträger für die partizipative Gesundheitsforschung. Denn die Geriatrie ist der Fachbereich mit dem größten Wachstum: Zwischen 2005 und 2014 stieg die Anzahl der Krankenhausbetten in der Geriatrie um 48 Prozent, die Zahl der stationären Fälle um 60 Prozent (Augurzky et al. Krankenhausreport 2017, S.13). In Sachsen-Anhalt sind rund 68.000 geriatrische Fälle (2015) zu verzeichnen (Augurzky et al. Krankenhausreport 2017, S.126). Die partizipative Gesundheitsforschung entwickelt, unter Einbezug von Erfahrungswissen von Betroffenen, Behandlungsmethoden und -instrumente, die bei Patient*innen im Ergebnis höhere Akzeptanz erlangen. Wenn bei der Entwicklung von Telemedizin, Pflegerobotern und Apps die Patient*innenperspektive berücksichtigt wird, finden neue (digitale) Anwendungen schnellere Verbreitung und führen zu mehr Zufriedenheit unter Anwender*innen und Ärzt*innen.

AWELA – Erprobungsprojekt im Rahmen von KomZ

Die Digitalisierung führt zu einer Zunahme an personenbezogenen Informationen, was in der Medizin präzisere Diagnosen und schnelleres Eingreifen möglich macht. Insbesondere im höheren Alter ist mit einer Abnahme körperlich-geistiger Fähigkeiten zu rechnen und komplexen Krankheitsbildern zu begegnen. Ein Messinstrument, das sich der subjektiven Bedarfsermittlung von Gesundheit in komplexen Lebenszusammenhängen annimmt, ist ‚AWELA‘. Patient*innen bewerten ihren körperlich-geistigen Zustand in Bezug zu ihrem individuellen Lebensumfeld und treffen Aussagen über die Zufriedenheit, das Wohlbefinden und die subjektive Lebensqualität. Ziel von AWELA ist es, gesundheitsförderliche Maßnahmen in Therapieeinrichtungen gezielt(er) zu implementieren.

Mehr Informationen:

<http://www.soziale-innovation.sachsen-anhalt.de>





Mit der Patient*innenzentrierung rückt der Mensch als Ganzes ins Zentrum der Gesundheitsversorgung. Das bisherige Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis, das unter anderem von Zeitmangel, unpersönlichen Behandlungen und schwer verständlichen Informationen für Patient*innen geprägt war, soll einer transparenten, partnerschaftlichen Beziehung weichen. Hilfe zur Selbsthilfe und eine stärkere Gesundheitskompetenz der Patient*innen stehen im Mittelpunkt des neuen Paradigmas. Das Gesundheitspersonal verwandelt sich in Partner, die statt über den/die* Patient*in zu entscheiden, den Betroffenen in der Gesamtheit seiner/ihrer* sozialen und psychischen Lebenswelt wahrnehmen.



Neueste Studien zeigen, dass Patient*innen umso zufriedener mit ihrem Klinikaufenthalt/Ärzt*innenbesuch sind, je besser sie die Interaktion und Kommunikation mit Ärzt*innen und dem Personal empfinden (Picker Institut Deutschland 2013). Anzumerken ist an dieser Stelle, dass die durchschnittliche Zeit pro Patient*in mit 7,6 Minuten in Deutschland sehr gering ist und die Patient*innenzentrierung in der Ausbildung oft zu kurz kommt (Arztreport Barmer GEK 2010). Für die Zukunft ist ein Bewusstseinswandel notwendig, um die Patient*innenzentrierung und damit eine partnerschaftliche Kommunikation künftig weiter in den Blick der Aufmerksamkeit zu rücken. Einen Ansatz stellt die ‚patient*innenzentrierte klinische Methode‘ dar, welche auf Zeit, Prävention und Gesundheitsförderung und den Menschen als Ganzes ausgerichtet ist.

SAPREMO

‚SAPREMO‘ ist ein landesweites Projekt des Universitätsklinikums Halle (UHK). Es zeichnet sich dadurch aus, dass der Ansatz patient*innenzentriert ist. Am Beispiel zu lernen und sich hierdurch anschaulich nachhaltiges Wissen für die Zukunft anzueignen, ist das Ziel des Projektes.

Es möchte gezielt konventionelle Strukturen in der Behandlung älterer Patient*innen durchbrechen. Durch Fortbildungen soll ein Bewusstsein geschaffen werden, sodass alle an der Patient*innenversorgung Beteiligten das Kernproblem erkennen und gemeinsam handeln können.

Mehr Informationen:

https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/.../004_Kurzbeschreibung_SAPREMO.pdf





VERSORGUNG IM WANDEL



Entlegene Regionen sind stark vom demografischen Wandel und der Abwanderung junger Menschen betroffen. Der Fachkräftemangel führt zur Unterversorgung mit Haus- und Fachärzt*innen in entlegenen Regionen und Pflegekräfte fehlen selbst in Großstädten wie Berlin. Wenn sich Versorgungsstrukturen verändern, müssen innovative Modelle entwickelt und erprobt werden, die den wachsenden Anforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht werden und auf gleichwertige Lebensverhältnisse und Gesundheitsbedingungen abzielt.

Ein breites Spektrum an → **E-Health**-Angeboten kann Gesundheit zu jeder Zeit und an jedem Ort messbar und überprüfbar machen. Ob als diagnostische oder präventive Telemedizin, wenn die Breitbandverbindungen es ermöglichen, als Online-Apotheke oder als digitale Apps, die als erste Anlaufstelle für Beschwerden genutzt werden können. E-Health-Anwendungen bergen das Potenzial, die Gesundheit der Bewohner*innen des ländlichen Raums zu stärken. Digital miteinander verknüpfte Sensoren und Geräte, sogenannte → **altersgerechte Assistenzsysteme**, können einen möglichst langen Verbleib im eigenen Zuhause unterstützen, indem sie Notfälle erkennen, an die Medikation erinnern oder den Herd automatisch ausschalten.

In Regionen, in denen das Risiko sozialer Vereinsamung mit zunehmender Immobilität steigt, können neue Wohnformen wie → **Mehrgenerationenhäuser** große Wirkung entfalten. Dieses Wohnumfeld schafft Netzwerke der Solidarität, von denen Jung und Alt profitieren können. Ein neuer Fokus auf die Organisation von kommunalen und lokalen Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen durch die → **Pflege im Quartier** versteht Genesungsprozesse und Pflegebedürftigkeit als eingebettet in soziale und gemeinschaftliche Lebenswelten. Immobile Patient*innengruppen, die in Regionen mit schrumpfendem ÖPNV-Angebot leben, können von → **Ärzt*innen- und Bürger*innen-Bussen** profitieren. Im ersteren Fall kommen Ärzt*innen in mobilen Praxen in entlegene Regionen. Patient*innenbusse verkehren regelmäßig in größere Kommunen mit Haus- und Fachärzt*innen. Getragen von ehrenamtlichen Fahrer*innen, ermöglichen sie Mobilität zu ÖPNV-Preisen. In Zukunft könnten auch immer mehr Ärzt*innen → **Zweigpraxen** eröffnen und durch → **Landärzt*innen-Stipendien** kann dem Fachärzt*innenmangel, insbesondere im ländlichen Raum entgegengewirkt werden.



KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT



SACHSEN-ANHALT



EUROPÄISCHE UNION
ESF
Europäischer
Sozialfonds



Der Wunsch nach Autonomie im Alter ist ungebrochen. Doch Risiken im eigenen Zuhause führen oft zu der Entscheidung für ein Altersheim. Mit neuen technischen Assistenzsystemen kann ein unabhängiges Leben zu Hause in Zukunft erleichtert werden. Sensoren rufen im Notfall den/die* Ärzt*in, ein Gerät erinnert an die Medikation und bestellt gleich die neue Packung. WCs mit Intimpflege erleichtern allen körperlich eingeschränkten Personen die Alltagsroutinen. Noch ist die Finanzierung über Pflege- und Krankenkassen eingeschränkt, aber die technischen Lösungen stehen in den Startlöchern und beweisen, welches Potenzial sie entfalten können.

Sachsen-Anhalt ist aufgrund des Anstiegs der Lebenserwartung sowie der Abwanderung von jungen Menschen das am stärksten vom demografischen Wandel betroffene Bundesland. Im Alter möglichst lange selbstbestimmt und eigenständig in der gewohnten Umgebung leben zu können, gehört zu den wichtigsten Lebenszielen vieler Senior*innen. Doch Angebote für altersgerechte Assistenzsysteme werden bisher nur zögerlich von der Zielgruppe akzeptiert und genutzt. Vor allem der Gebrauch digitaler Systeme, der in vielen solcher Konzepte den Kernpunkt der Umsetzung darstellt, ist für ältere Menschen mit subjektiv hohen Barrieren verbunden. Zahlen und Gründe für Barrieren aus Sachsen-Anhalt liegen aktuell nicht vor.

tecLA LSA – AiA

Im Rahmen des Projekt ‚tecLA LSA – Autonomie im Alter‘ (AiA) wird untersucht, wie ältere Menschen durch den Einsatz innovativer Technik bei der Erreichung dieses Lebenszieles unterstützt werden können. Im Fokus des Projekts steht die Entwicklung einer benutzerfreundlichen technischen Plattform, auf der bereits marktverfügbare Systeme und Softwareapplikationen aus den Bereichen altersgerechte Assistenzsystem, Telepflege, Telemedizin und Kommunikation integriert werden können.

Mehr Informationen:

<http://tecla.hs-harz.de>





Wenn Patient*innen immobil werden und Fachärzt*innen in entlegenen Regionen fehlen, können Ärzt*innen- oder Patient*innenbusse Abhilfe schaffen. Ärzt*innenbusse sind rollende Praxen, die im regelmäßigen Rhythmus Kommunen anfahren. Umgekehrt rollen Bürger*innenbusse kleiner Ortschaften zu Grund- und Mittelzentren, wo Ärzt*intermine oder Einkäufe erledigt werden können. Bürger*innenbusse werden durch ehrenamtliche Fahrer*innen getragen und haben Platz für bis zu acht Personen. Während in Osterburg gerade ein Bürger*innenbus gestartet ist (s. Rückseite), sind Bürger*innenbusse andernorts mangels Nachfrage oder Ärzt*innenbusse mangels beengter Verhältnisse wieder eingestellt worden.

Die Bevölkerungsdichte in den ländlichen Räumen Sachsen-Anhalts liegt zwischen 37,9 Einwohner/km im Altmarkkreis Salzwedel und 141,1 Einwohner/km im Salzlandkreis. Hinzu kommt ein Rückgang der Bevölkerungszahlen. Immer weniger Kindern und Jugendlichen stehen immer mehr Senior*innen gegenüber. Zudem wird die zeitliche und räumliche Bündelung von Fahrgastströmen zunehmend schwieriger. Besonders bevölkerungsschwache Regionen verzeichnen ein sinkendes Mobilitätsangebot. Der Öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) ist jedoch auch weiterhin ein wichtiger Standortfaktor für die Lebensqualität und Zukunftsfähigkeit in ländlichen Regionen. Dies zeigen auch die durchschnittlichen Beförderungsweiten, welche zwischen 2,5 Kilometern (Stadt) und 18 Kilometern (Landkreis) liegen (VDV Ost 2015).

Bürgerbus Osterburg

Das Konzept des Bürger*innenbusses ‚Bürger*innen fahren Bürger*innen‘ setzt auf gegenseitiges Vertrauen, lebt durch ehrenamtliches Engagement, stärkt den nachbarschaftlichen Zusammenhalt und die Identität in den Dörfern und in der Stadt. Gegen ein geringes Entgelt, das sich an den Tarifen des ÖPNV orientiert, gelangen Senior*innen auf acht verschiedenen Routen, im 14-tägigen Rhythmus montags, dienstags, donnerstags und freitags als Ergänzung des ÖPNV in die Kernstadt Osterburg.

Mehr Informationen:

<http://www.osterburg.de/buergerbus>





Digitale Technologien im Gesundheitswesen (‘E-Health’) revolutionieren unser Verständnis von Gesundheit und die Organisation des Gesundheitssystems. Ob digitales Wissensmanagement im Krankenhaus, Telemedizinienste zur ortsunabhängigen Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin* und Patient*in, mobile Gesundheitsportale, Online-Apotheken oder die elektronische Gesundheitsakte – auf allen Feldern läutet die Digitalisierung einen sozialen Wandel ein, der neben Risiken auch viele Chancen birgt: Neue Transparenz- und Mitgestaltungsmöglichkeiten im Sinne der → **Patient*innenzentrierung**, → **das gemessene Selbst** als Quelle einer partnerschaftlicheren Arzt/Ärztin*-Patient*in-Beziehung oder eine effizientere Versorgung.



Während auf der Gesundheitskarte lediglich Name, Anschrift, Geburtsdatum und die Versicherungsnummer stehen, ist es mit Hilfe von Apps möglich, via Smartphone, Erkrankungen von Herz, Kreislauf, Diabetes und Psyche überwachen zu lassen. Am Markt sind international derzeit ca. 100.000 E-Health-Anwendungen für mobile Endgeräte und unzählige Web-Anwendungen verfügbar. Die Auswahl der Anwendungen ist für Verbraucher*innen, Krankenkassen und Leistungserbringer*innen komplex. Derzeit gibt es keine strukturierte Übersicht für den Zugang zu diesem Angebot.

In Sachsen-Anhalt kommt das Problem hinzu, dass nach Angaben des Breitbandatlas des TÜV Rheinland zufolge nicht einmal jeder zweite Haushalt einen leistungsfähigen Internetzugang zur Nutzung dieser Anwendungen besitzt.

Gesundheitsapp Ada Health

2011 von Ärzt*innen, Wissenschaftler*innen und Softwareentwickler*innen gegründet, ist ‚Ada‘ eine durch Künstliche Intelligenz (KI) gestützte Gesundheitsplattform, die Millionen Menschen auf der ganzen Welt hilft, ihre Gesundheit besser zu verstehen und zu organisieren sowie passende nächste Schritte für die richtige Behandlung zu finden. Ada-Health greift auf eine hochentwickelte medizinische Wissensbasis zurück, die Milliarden von Symptomkombinationen und tausende Erkrankungen abdeckt.

Mehr Informationen:

<https://ada.com/de/app>





Mit Landärzt*innen-Stipendien fördern mehrere Bundesländer Medizinstudierende, wenn diese sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums für einen vereinbarten Zeitraum in ländlichen Regionen zu arbeiten.



In Sachsen-Anhalt fehlen in den kommenden Jahren 825 Hausärzt*innen, davon die meisten außerhalb der Städte Halle und Magdeburg.

Neben Bundesländern wie Bayern und Mecklenburg-Vorpommern hat Sachsen-Anhalt sogenannte Landärzt*innen-Stipendien für Medizinstudierende eingeführt. Die Kassenärztliche Vereinigung fördert Medizinstudierende mit 200 bis 700 Euro monatlich, wenn sie sich verpflichten, sich nach ihrem Studium in einer Region mit Versorgungsbedarf für mehrere Jahre niederzulassen. Das Programm läuft seit 2010 mit Erfolg. 2016 wurden 400.000 Euro ausgegeben. Die Anzahl der Studierenden reicht bislang aber noch nicht aus, um den Fachkräftemangel ansatzweise zu beheben.

Projekte Landärzt*innen-Stipendien

Weil gerade auf dem Land viele Ärzt*innen fehlen, versucht die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt mit Stipendien für mehr Nachwuchs zu sorgen.

Im Gegenzug für die finanzielle Förderung verpflichten sich die angehenden Mediziner*innen, nach dem Abschluss für eine bestimmte Zeit in einem unterversorgten Bereich im Land zu arbeiten. Die Dauer hängt von der Dauer der Förderung ab – mindestens jedoch zwei Jahre. Die Stipendienprogramme sollen auch helfen, Nachfolger*innen für Landärzt*innenpraxen zu finden.

Mehr Informationen:

<https://www.kvsa.de/studium/stipendienprogramm>





Anonymität in den Großstädten, Abwanderung im ländlichen Raum - das Risiko sozialer Vereinsamung, das in beiden Lebensräumen besteht, trifft bei steigender Lebenserwartung immer mehr Menschen. Mehrgenerationenhäuser schaffen einen offenen Begegnungsraum oder eine Wohnstätte für verschiedene Generationen und Milieus. Der Sinn für Gemeinschaft bildet das Herz für soziale Integration, von der beide Seiten voneinander profitieren. Die einen finden eine*n Babysitter*in, die anderen lassen sich im Gegenzug ihr Smartphone konfigurieren. Mehrgenerationenhäuser sind lebendige Zentren eines solidarischen Miteinanders und erhöhen Lebensqualität in jedem Alter und potenziell an jedem Ort.



In Deutschland bieten laut Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend rund 540 Mehrgenerationenhäuser ihre Dienstleistungen an. Davon sind in über 40 Prozent aller Häuser mindestens drei Generationen in gleichem Umfang miteinbezogen. Die Angebote reichen von Begegnungsmöglichkeiten über Betreuungsangebote bis hin zu verschiedensten Dienstleistungsangeboten, welche täglich von über 40.000 Besucher*innen rund 145.000 Mal genutzt werden.

Laut Angaben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gibt es in Sachsen-Anhalt insgesamt 22 Mehrgenerationenhäuser (Stand: 2018), von denen sich mindestens eines in jeder kreisfreien Stadt bzw. Landkreis befindet. Mehr Informationen finden Sie unter: <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de>

Mehrgenerationenhaus Pustebblume

Zum 1. Januar 2012 wurde aus dem bisherigen Nachbarschaftszentrum ‚Pustebblume‘ in Halle-Neustadt offiziell ein Mehrgenerationenhaus. Der Träger ist die AWO SPI Soziale Stadt und Land Entwicklungsgesellschaft mbH, welche in Kooperation mit der Freiwilligen-Agentur Halle-Saalkreis e. V. und der Stadt Halle das Mehrgenerationenhaus mit Leben füllt. Regelmäßig werden verschiedene Veranstaltungen geplant und durchgeführt wie Erzähl- und Tanzcafés, Info-Veranstaltungen, Stadtspaziergänge oder Yoga.

Mehr Informationen:

<http://www.mghhalle.de>





Im gewohnten Viertel, in bekannter Nachbarschaft auch bei Pflegebedürftigkeit wohnen bleiben können, ist Wunsch fast aller Menschen. Früher war dies durch das Zusammenleben mehrerer Generationen fast selbstverständlich. Mit dem Auflösen dieser familiären Intergenerationalität des Wohnens gewannen kostenintensive, vor allem stationäre Betreuungs- und Pflegeangebote an Bedeutung. Ansätze zur ‚Pflege im Quartier‘ bauen auf die Zusammenarbeit regionaler Akteur*innen aus Kommunalverwaltung, Wohnen, Pflege, Ehrenamt; unter anderem zur Entwicklung lokaler Möglichkeiten für ein selbstbestimmtes, teilhabeorientiertes Leben im Wohnquartier, unabhängig vom Grad des Hilfebedarfs und der Pflege.



Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (2017) lebten 2015 in Sachsen-Anhalt insgesamt 99.119 pflegebedürftige Menschen, 70.362 von ihnen waren 75 Jahre und älter (71 Prozent). 70.158 Pflegebedürftige (71 Prozent) lebten zu Hause und 44.223 von ihnen (45 Prozent) wurden allein durch Angehörige gepflegt. Diese Zahlen unterstreichen die hohe Bedeutung der Quartiersarbeit im Bereich Pflege und Gesunderhaltung.

2017 gab es nach dem Tätigkeitsbericht der Heimaufsicht in Sachsen-Anhalt 56 ambulant betreute Wohngemeinschaften mit insgesamt 541 Plätzen und 54 betreute Wohngruppen für Menschen mit Behinderungen mit 455 Plätzen. Gegenüber 2016 ist die Anzahl der Wohngemeinschaften um fünf und die Anzahl der Plätze um 45 gestiegen.

Neues Wohnen

Das Projekt ‚Neues Wohnen‘ des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Halberstadt e. V. ist auf ein selbstbestimmtes Wohnen pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet. Diese Hilfs- und Betreuungsangebote enthalten häusliche Pflege durch Pflegedienste, Hausnotrufe, hauswirtschaftliche Versorgung und Freizeitangebote.

Mehr Informationen:

<http://www.diakonie-halberstadt.de/index.php/neues-wohnen>





Der Fachärzt*innen- und Hausärzt*innenmangel, der insbesondere im ländlichen Raum droht sich zuzuspitzen, verlangt neue Versorgungsmodelle. Seit 2007 haben niedergelassene Ärzt*innen die Möglichkeit eine Zweigpraxis zu eröffnen. Ambulant tätige Ärzt*innen in Städten können beispielsweise einmal in der Woche eine Sprechstunde in einer Kommune des Umlands anbieten. Ärzt*innen sind dabei nicht an die Bezirksgrenzen ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gebunden. Die Kassenärztliche Vereinigung erteilt in einem zum Teil recht komplizierten Verfahren eine Genehmigung zur Eröffnung einer Zweigpraxis.



Die Eröffnung einer Zweigpraxis ist nur dann zulässig, wenn dadurch die Versorgung der Patient*innen an weiteren Orten verbessert wird und gleichzeitig die Versorgung am Ort des Vertragssitzes nicht beeinträchtigt wird und wenn mindestens 20 Sprechstunden pro Woche pro Vertragsärzt*in am Vertragsärzt*innensitz geleistet werden. Zudem werden Zweigarztpraxen von fast allen Bundesländern – ausgenommen Bremen, Hessen, Saarland, Schleswig-Holstein und Thüringen – gefördert. In Sachsen-Anhalt liegt der Zuschuss aktuell bei 15.000 Euro (Stand 2017). Ziel der Regelung ist es, einer drohenden Unterversorgung in davon bedrohten Gebieten entgegenzuwirken. Zahlen, wie viele Ärzt*innen dies in Sachsen-Anhalt bereits nutzen, liegen bisher nicht vor.

Filialpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt

Das Konzept der Filialpraxen sieht vor, dass niedergelassene oder angestellte Ärzt*innen aus der Umgebung Stendal und des Altmarkkreises Salzwedel sowie Ärzt*innen im Ruhestand die Sprechstunden in den Filialpraxen erbringen. Die KV betreibt eigene Praxen. Jede der vier Praxen wurde den Bedingungen vor Ort (z. B. vorhandene Räumlichkeiten) und den Bedürfnissen der behandelnden Mediziner*innen (z. B. geeignete Praxissoftware) angepasst. Ausgebildete Filialpraxisassistent*innen (insbesondere VERAH) stellen die Konstante in den Filialpraxen dar.

Mehr Informationen:

<http://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche-taetigkeit/existenzgruendung/filialpraxen.html>





GESUNDHEIT & PFLEGE IM WANDEL



Lange Zeit wurde die Frage nach Gesundheit mit der Abwesenheit von Krankheit beantwortet. In den vergangenen Jahren fragt eine neue Perspektive nach dem Entstehen und der Aufrechterhaltung von Gesundheit und bildet den Gegenentwurf zu einem Gesundheitsverständnis, welches sich um das Entstehen und die Heilung von Krankheiten dreht. Gesundheit verstehen wir in Zukunft immer mehr als ein durch uns zu definierendes Wohlbefinden (→ **Gesundheitliche Lebensqualität**); ein Gut, das in unserer täglichen Lebensgestaltung gefördert werden muss. Diese Idee von → **Gesundheitsförderung** erweitert den traditionellen Ansatz der Prävention, der auf die gezielte Verhinderung von Krankheiten abzielt. Um Gesundheit nicht ausschließlich in die Hände von Expert*innen zu legen, müssen Menschen geschult werden um → **Gesundheitskompetenzen** aufzubauen. Die Fähigkeit und das Wissen, gesundheitsrelevante Informationen zu kennen, zu verstehen und in die Gestaltung des eigenen Lebens einzubeziehen, fördert Selbstbestimmung und fordert Selbstverantwortung. Die Potenziale von Gesundheitskompetenzen können den Anspruch → **gesundheitlicher Chancengleichheit** ins Gegenteil verkehren, wenn sie eine Frage der Bildung und der gesellschaftlichen Stellung bleiben. Immer mehr junge und alte Menschen greifen zum besseren Verständnis ihrer eigenen Gesundheit zu Fitnessarmbändern und Apps, die Tag und Nacht Gesundheitsdaten aufzeichnen und auswerten. Dieser Trend zum → **gemessenen Selbst** vereint Vorteile mit Risiken. Egal ob mit oder ohne digitale Assistenten, erkennbar ist, dass Menschen sich bewusster als früher mit den Faktoren ihrer Gesunderhaltung auseinandersetzen. Gesundheit ist kein natürliches Gut, sondern wird durch die konkrete räumliche Gestaltung → **gesunder Lebenswelten**, von der gesunden Stadt mit Sportgeräten in Parks, über die gesunde Ernährung in Kitas bis zu Entspannungsräumen in Büros, beeinflusst. Die → **Vereinbarkeit von Arbeit und Gesundheit sowie Arbeit und Pflege**, zeigt ein stärker werdendes Bedürfnis nach einem Ausgleich zwischen beruflichen und familiär-pflegerischen Tätigkeiten. Mit einem verstärkten Fokus auf Gesundheit erlebt eine ganze Generation von Senior*innen neue Perspektiven für ihren Ruhestand. So wandelt sich der Zeitgeist zum → **Pro-Aging**, in dem Altern weniger negativ stigmatisiert ist. In einer Mischung aus gesellschaftlichem Zeitgeist und neuen digitalen und technischen Anwendungen tragen Menschen mehr denn je die Verantwortung und die Selbstbestimmung über ihr Wohlbefinden in der eigenen Hand.



KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT



SACHSEN-ANHALT



EUROPÄISCHE UNION
ESF
Europäischer
Sozialfonds



Nachts die Schlafqualität messen, morgens das Essen bewerten lassen, tagsüber die Schritte und abends den Blutdruck im Zeitverlauf kontrollieren? Der Trend, die eigene Gesundheit zu vermessen und die gesammelten Daten in den Sozialen Medien zu teilen, erhält mit neuester Sensortechnik, Apps, Fitnessarmbändern und Smartphones Einzug in unseren Alltag.

Anhänger*innen schätzen die Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit, Ärzt*innen können Therapien individualisieren und besser kontrollieren. Kritiker*innen meinen, der Trend reicht über die Selbstbestimmung hinaus zur Selbstoptimierung; von der Motivation zur Fremdbestimmung – nicht zuletzt auch über die eigenen Daten.



Health-Apps sind in Deutschland weit verbreitet. Nach dem Bericht des Branchenverbandes Bitkom verwendet sie fast jede*r zweite Smartphone-Nutzer*in in Deutschland (45 Prozent). Ebenso viele (45 Prozent) können sich vorstellen, dies künftig zu tun. Am beliebtesten sind Apps, die Körper- und Fitnessdaten wie Herzfrequenz, Blutdruck oder die Zahl der Schritte pro Tag aufzeichnen. Ein Viertel aller Smartphone-Nutzer*innen (27 Prozent) setzt diese digitalen Gesundheitshelfer bereits ein. Ein weiteres Viertel (26 Prozent) kann sich vorstellen, sie künftig zu nutzen. Apps, die lediglich informieren, verwendet jede*r Fünfte (20 Prozent). Eine Studie zum Nutzungsverhalten in Sachsen-Anhalt liegt aktuell noch nicht vor.

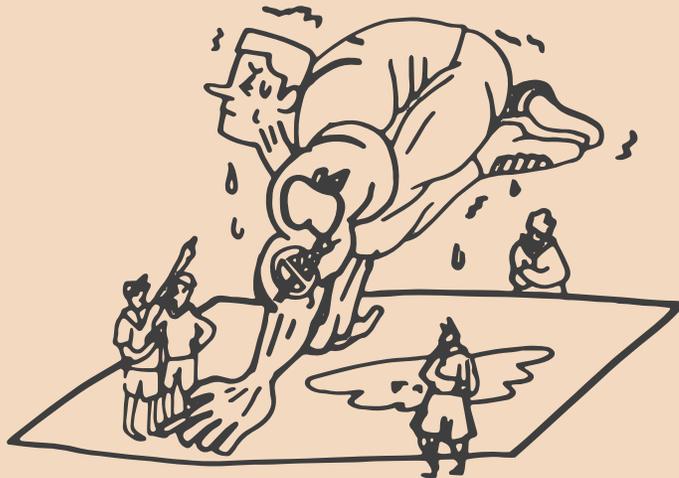
SMARTGEM

In dem Projekt ‚SMARTGEM‘ soll eine Therapie bei häufiger Migräne ermöglicht werden: Mittels einer Smartphone-App (M-sense) können die Patient*innen ihre Kopfschmerzen dokumentieren und mögliche auslösende Faktoren identifizieren. Mit Hilfe eines integrierten Therapiemoduls werden die Patient*innen in der Durchführung von Entspannungsverfahren und Ausdauersport unterstützt und in individuellen, verhaltenstherapeutischen Ansätzen geschult.

Mehr Informationen:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/smartgem-smartphone-gestuetzte-migraenetherapie.183>





Die Gesundheit des Einzelnen ist ein Spiegel der Gesellschaft: Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status, Frauen, Migrant*innen, sehr junge und sehr alte Menschen weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, krank zu werden und früher zu sterben. Die Gründe liegen unter anderem in Gesundheitsrisiken wie Lärm, Luftverschmutzung und hohen Arbeitsbelastungen, denen vulnerable Gruppen eher ausgesetzt sind, während sie gleichzeitig über geringere Ressourcen im Gesundheitssystem und in der → **Gesundheitskompetenz** verfügen. → **Gesundheitliche Chancengleichheit** will diese Nachteile durch zielgruppengerechte Konzepte ausgleichen und zu einem gesunden Leben befähigen.



Im europäischen Vergleich ist Sachsen-Anhalt besonders von den Auswirkungen des demografischen Wandels betroffen. So nimmt die Anzahl der über 65-Jährigen kontinuierlich zu (Statistisches Landesamt). Neben der sinkenden Gesamtbevölkerung ist die hohe Armutsgefährdungsquote ein charakteristisches Merkmal des Landes.

Zusätzlich wirkt die Abnahme der Siedlungsdichte in ländlichen Räumen mit der Ausdünnung von Infrastruktur nachteilig auf die gesundheitliche Chancengleichheit. In den urbanen Zentren Magdeburg und Halle führt Segregation tendenziell zu einer Verschärfung räumlicher Ungleichheiten – so auch der gesundheitlichen Chancengleichheit – wenn nicht mit gezielten Maßnahmen gegengesteuert wird.

Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit

Die ‚Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit‘ ist Ansprechpartnerin für Akteur*innen, die neue Projekte für sozial Benachteiligte initiieren oder die Qualität ihrer Initiative erhöhen. Der hohe Anspruch einer gesunden Stadt als eine Maßnahme für mehr gesundheitliche Chancengleichheit wird letztlich auf Quartiersebene eingelöst. Deshalb arbeitet die Koordinierungsstelle gemeinsam mit Quartiersmanager*innen der gesunden und der sozialen Städte sowie mit weiteren Träger*innen zusammen.

Mehr Informationen:

<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/sachsen-anhalt/aufgaben-angebote-und-schwerpunkte>





Ein Perspektivwechsel vollzieht sich, der Prävention um die Idee der Gesundheitsförderung erweitert. Prävention zielt auf die Verhütung oder Verzögerung von Krankheiten. Gesundheitsförderung dagegen möchte → **Gesundheitskompetenzen** aufbauen. Diese Perspektive befähigt einerseits das Individuum zu einer gesunden Lebensweise und bezieht andererseits soziale, ökonomische, kulturelle und ökologische Lebensbedingungen mit ein. Denn jedes individuelle Handeln, jede politische Entscheidung sowie jede Facette unseres gesellschaftlichen Zusammenwirkens beeinflussen unsere Gesundheit. Deshalb ist die Idee → **Gesunder Lebenswelten** zentraler Bestandteil von → **Gesundheitsförderung**.



Sachsen-Anhalt hat sich Ziele gesetzt, um die Gesundheit der Menschen im Land zu verbessern. Diese bestehen aus Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung: ‚Erreichen eines altersgerechten Impfstatus bei 90 Prozent der Bevölkerung‘, ‚Verbesserung der Zahngesundheit bei der Bevölkerung auf Bundesdurchschnitt‘, ‚Senkung des Anteils an Rauchern in der Bevölkerung und der alkoholbedingten Gesundheitsschäden auf Bundesdurchschnitt‘, ‚Förderung eines gesunden Ernährungsverhaltens und gesunder Ernährungsangebote für die Bevölkerung‘ und ‚Entwicklung eines gesunden Bewegungsverhaltens und Verbesserung von Bewegungsangeboten für die Bevölkerung‘ (<http://gesundheitsziele.de>).

Alltags-Trainings-Programm (ATP)

‚ATP‘ soll älteren Erwachsenen direkt in ihren Wohngebieten angeboten werden und dort zur Verbesserung und zum Erhalt von Gesundheit und Lebensqualität beitragen. Die Trainer*innen kommen aus den beteiligten Einrichtungen. Sie werden von Physiotherapeut*innen geschult und befähigt, ältere, zumeist zurückgezogen lebende Menschen zu motivieren, den Alltag drinnen und draußen für sich als Trainingsmöglichkeit zu entdecken und dadurch mehr Bewegung in ihr Leben einzubauen.

Mehr Informationen:

<http://www.lsb-sachsen-anhalt.de/2015/o.red.r/bsfitinsalter-atp.php?nav1=4&nav2=9&nav3=217>





Wenn Ärzt*innen und Patient*innen verstärkt partnerschaftlich handeln (→ **Patient*innenzentrierung**), benötigen Patient*innen gesundheitsrelevante Kompetenzen, um im Versorgungssystem navigieren zu können, Befunde zu verstehen und Behandlungsalternativen zu kennen. Der Begriff der Gesundheitskompetenz umfasst über das Arzt/Ärztin*-Patient*in-Verhältnis hinaus Fähigkeiten, gesundheitsförderliche Lebensweisen in alltägliches Verhalten zu integrieren. Gesundheitskompetenz kann also als eine Fähigkeit gesehen werden, mithilfe derer Individuen mehr Selbstbestimmung über ihren Gesundheitszustand und die Aufrechterhaltung ihrer individuellen Gesundheit erhalten.



Laut einer Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2016 verfügen 54,3 Prozent der Deutschen über eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz. Jene Personen haben erhebliche Schwierigkeiten, mit gesundheitsrelevanten Informationen umzugehen, gesundheitliche Belastungen zu bewältigen, Herausforderungen der Gesundheitserhaltung im Alltag anzugehen und die damit verbundenen erforderlichen Entscheidungen zu treffen. Die Studie zeigt zudem, dass vor allem Menschen mit Migrationshintergrund (71 Prozent), mit geringem Bildungsniveau (62 Prozent), mit niedrigem sozio-ökonomischen Status (78 Prozent), mit chronischer Krankheit (73 Prozent) und in höherem Alter (66 Prozent) eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz aufweisen.

LeIKD

Zielsetzung ist es, die kardiovaskulären Risikofaktoren von Hochrisikopatient*innen zu senken, indem die individuelle Gesundheitskompetenz nachhaltig gestärkt wird. ‚LeIKD‘ führt Patient*innen individualisiert und bedarfsgerecht an eine Lebensstiländerung heran. Dazu werden unter anderem Aktivitäts- und Pulsmesser, eine App zur Kommunikation zwischen Leistungserbringer*innen und Patient*innen und individualisierte Trainings- und Ernährungspläne eingesetzt.

Mehr Informationen:

<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/leikd-lebensstil-intervention-bei-koronarer-herzkrankheit-und-diabetes.115>





Nach Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein Zustand körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und meint damit mehr als nicht krank zu sein. Gesundheit wird in verschiedenen Bereichen beeinflusst: unter anderem in der Familie, im Beruf, im Wohnquartier und in der Teilhabe am öffentlichen Leben. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit – und damit die Lebensqualität – hängt von individuellen und strukturellen Faktoren ab. Zu den individuellen Faktoren gehören Krankheiten und Beeinträchtigungen, die das eigene Gesundheitsgefühl beeinflussen. Zu den strukturellen Faktoren zählen neben dem Vorhandensein einer guten medizinischen und pflegerischen Infrastruktur auch ihre Erreichbarkeit, die Wartezeiten auf Fachärzt*innen-Termine und im Wartezimmer sowie die Kommunikation zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. Ebenso spielen gesundheitsfördernde Faktoren und die eigenen → **Gesundheitskompetenzen** eine wichtige Rolle.



Der Glücksatlas der Deutschen Post 2017 erfasste unter anderem die Zufriedenheit der Bundesbürger*innen mit ihrer Gesundheit. Sachsen-Anhalt erreicht auf einer Skala von 0 bis 10 einen Zufriedenheitswert von 6,26 (Bundesdurchschnitt: 6,50) und liegt damit im Ländervergleich auf dem letzten Platz. Die Lebensqualität wird entscheidend von der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit beeinflusst. Bei der Lebenszufriedenheit erreicht Sachsen-Anhalt 6,83 Punkte und belegt damit den letzten Platz, trotz dass die Lebenszufriedenheit im Land gegenüber 2016 um 0,05 Punkte gestiegen ist.

Als ursächlich sehen die Forscher*innen die relativ hohe Arbeitslosigkeit und Pflegequote sowie die niedrigen Einkommen in Sachsen-Anhalt.

Örtliches Teilhabemanagement im Landkreis Stendal

Das oberste Ziel dieses Projektes ist es, allen im Landkreis Stendal lebenden Menschen mit Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte, gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Hierbei ist die Schaffung eines inklusiven Sozialraumes, der die Bereiche Bildung, Mobilität, Arbeit, Wohnen, Kultur, Sport und Freizeit, Gesundheit und Pflege sowie barrierefreie Kommunikation, Information und Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben umfasst, unerlässlich. Öffentliche Räume zu schaffen, die die Gesundheit fördern, können einen Beitrag dazu leisten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen.

Mehr Informationen:

https://esf.landkreis-stendal.de/de/esf_oertliches-teilhabemanagement/land_foerdert_teilhabemanagement.html





In den Idealen einer Leistungsgesellschaft, die Jugend, Gesundheit und Schönheit zu ihren Trophäen erhebt, bleiben die spezifischen Fähigkeiten und Werte älterer Menschen häufig unbeachtet. Altern ist ein negativ stigmatisierter Prozess, der tabuisiert wird. Dazu passt eine ganze Industrie, die sich um das sogenannte ‚Anti-Aging‘ dreht. **Pro-Aging** als soziale Innovation etabliert stattdessen eine neue Wertschätzung des Alters. Noch nie waren und fühlten sich ältere Generationen fitter, gesünder und tatkräftiger als heute. Die Zahl der aktiven Jahre wächst mit der steigenden Lebenserwartung und einem neuen Selbstverständnis, das dem Jugendwahn Gelassenheit und Weisheit entgegensetzt.



Aktuell liegt der Anteil der über 65-Jährigen in Sachsen-Anhalt bei rund 25 Prozent. Laut einer Studie des Statistischen Bundesamtes wird der Anteil bis zum Jahr 2040 auf rund 40 Prozent steigen. Die Jahresstatistik des LandesSportBundes Sachsen-Anhalt e. V. zeigt, dass die Altersgruppe der über 60-Jährigen den größten Anteil der Mitglieder in Sachsen-Anhalt ausmacht und am stärksten wächst (Stand 2016).

Mit steigender Lebenserwartung und durch neue medizinische Standards sind die Menschen auch im höheren Alter fitter und gesünder, was vielfältige Chancen für die Gesellschaft und für den Einzelnen bietet. Sport und Bewegung können dazu beitragen, diesen Lebensabschnitt aktiv und fit zu gestalten. Schon heute steigt der Bedarf an senior*innen-gerechten Sportangeboten spürbar an. Für die Zukunft ist damit zu rechnen, dass noch mehr ältere Menschen für Bewegung, Spiel und Sport begeistert werden können.

Seniorinnen und Senioren

In Sportvereinen sind vielfältige gesundheitsfördernde Sportangebote für Senior*innen altersdifferenziert und geschlechtsspezifisch auszubauen, um auch ältere Menschen verstärkt zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren. Der LandesSportBund Sachsen-Anhalt e. V. und die AOK Sachsen-Anhalt fördern im Rahmen des Projektes ‚Seniorinnen und Senioren‘ die Qualifizierung von Senior*innen als lizenzierte Übungsleiter*innen, die Senior*innensportgruppen in Sportvereinen auf- bzw. ausbauen.

Mehr Informationen:

<http://www.lsb-sachsen-anhalt.de/2015/o.red.r/news.php?id=914>





Work-Life-Balance meint zu deutsch das ausgeglichene Verhältnis zwischen Arbeit und Gesundheit oder Arbeit und Pflege. Die aktuelle Arbeitswelt ist durch zunehmende Belastungen aufgrund steigender Flexibilisierung, ständiger Erreichbarkeit und Projektarbeit gekennzeichnet. Mit einer Entgrenzung von Arbeit steigen das Bedürfnis der Arbeitnehmer*innen nach einer guten Work-Life-Balance für die eigene Gesundheit und Familie an. Gesunde und zufriedene Mitarbeiter*innen sind auch aus Sicht der wirtschaftlichen Stärke immer bedeutender. Gesunde Arbeitsbedingungen inklusive guter Vereinbarkeit zwischen Arbeit und anderen Lebensbereichen können der Fachkräftegewinnung dienen.



„Jeder sechste Fehltag psychisch bedingt“, so lautete die Schlagzeile einer Pressemitteilung der Techniker Krankenkasse (TK) aus dem Jahr 2016. Deutlich wurde bei dieser Analyse und dem TK-Länderreport 2018 zu Erwerbsbiografien, dass in Sachsen-Anhalt die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen deutlich stärker gestiegen ist als im Bundesdurchschnitt. So stiegen z. B. die Arbeitsunfähigkeitsfälle je 100 Versicherungsjahre in Sachsen-Anhalt von 4,0 (2010) auf 7,9 (2017), bundesweit im gleichen Zeitraum jedoch von 4,1 nur auf 6,4. In den letzten Jahren gewann der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit zwischen Beruf und Freizeit stetig an Bedeutung. So sprechen 28 Prozent der zwischen 1980 und 1995 geborenen (Generation Y) einer ausgewogenen Work-Life-Balance (World Service Group 2016) die höchste Priorität bei der Karriereplanung bei, während nur 20 Prozent ein beruflicher Aufstieg als besonders wichtig erscheint.

MeCoSa 4.0

Durch die individuelle Förderung, Betreuung und Beratung durch eine*n Mentor*in sollen Frauen Handlungskompetenzen zur aktiven Gestaltung ihrer beruflichen Laufbahn vermittelt werden. Beim Coaching werden auch Workshops zum Thema Work-Life-Balance angeboten, in denen die Teilnehmer*innen eigene Selbstmanagement-Techniken (weiter-)entwickeln, einen gelassenen Umgang mit Stress-Situationen erlernen und Achtsamkeit in den beruflichen Alltag integrieren.

Mehr Informationen:

<http://www.kgc-sachsen-anhalt.de/home/MeCoSa>





KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT



**KOMPETENZZENTRUM
SOZIALE INNOVATION
SACHSEN-ANHALT**
WISSEN. WAGEN. WANDEL

Zentrum für Sozialforschung Halle e. V.
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Großer Berlin 14
06108 Halle

Telefon: +49-(0)345-96396-00
Telefax: +49-(0)345-96396-01
E-Mail: komz-si@zsh.uni-halle.de
Internet: www.soziale-innovation.sachsen-anhalt.de

Das KomZ wird aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) und des Landes Sachsen-Anhalt unterstützt.

Projektvergabe durch:

Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration
des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

Telefon: +49-(0)391-567-4612
E-Mail: ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de
Internet: www.ms.sachsen-anhalt.de

Weitere Informationen zum Europäischen Sozialfonds in Sachsen-Anhalt unter: www.europa.sachsen-anhalt.de

Titelbild: Julia Kluge
Zeichnungen: Julia Kluge, Nadine Kolodziej