



Fichtner-Rosada, Sabine · Schütte, Michael

FOM Gesundheitstagung Essen | 30. Mai 2008

Neue Anforderungen und Qualifizierungsansätze im Gesundheitswesen

Eine Transferveranstaltung des Rahmenprojektes der BCW-Gruppe
»Paradigmenwechsel: Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft«

© 2008 by

 **Akademie
Verlag**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
Tel. 0201 81004-351
Fax 0201 81004-610

Verantwortlich für den Inhalt
der Beiträge sind die jeweils
genannten Autoren.

Kein Teil des Manuskriptes darf
ohne schriftliche Genehmigung
in irgendeiner Form – durch
Fotokopie, Mikrofilm oder andere
Verfahren – reproduziert werden.
Auch die Rechte der Wiedergabe
durch Vortrag oder ähnliche Wege
bleiben vorbehalten.

Eröffnungsvortrag

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr über die überwältigende Resonanz auf unsere Tagung und Ihr zahlreiches Erscheinen hier in Essen. Der hohe Zuspruch bestätigt uns zum einen darin, mit unserem Tagungsprogramm zentrale und hoch aktuelle Themen der Gesundheitsbranche aufgegriffen zu haben. Zum anderen ergibt sich aus Ihrem großen Interesse unsere angenehme Verpflichtung, uns als FOM auch zukünftig in diesem wichtigen Themenfeld noch weiter zu engagieren und die bestehenden Herausforderungen anzunehmen.

Dieses Versprechen gebe ich Ihnen gerne und heiße Sie herzlich willkommen hier in den Räumlichkeiten des Bildungscentrums der Wirtschaft, kurz BCW.

Die BCW-Gruppe wird getragen von einer gemeinnützigen Stiftung und hat das Ziel, durch ihre vielen spezialisierten Bildungsinstitute die berufliche Weiterbildung zu fördern. Zu diesen Instituten zählt auch die heute gastgebende FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management, die sich bereits seit vielen Jahren auch im Gesundheitssektor engagiert. Seit 2002 kooperieren wir mit der AOK und bieten einen Studiengang mit dem Abschluss Diplom-Kaufmann (FH), Schwerpunkt „Health Care Management“ erfolgreich an. Zum Bildungsverbund gehört weiter auch die VWA Verwaltungs- und Wirtschaftsakademie, die seit Ende der 90er Jahre bereits einige hundert Absolventen mit dem Abschluss „Gesundheits- und Sozialökonom“ hervorgebracht hat.

Damit darf und wird das Engagement der BCW-Gruppe und insbesondere der FOM im Gesundheitsbereich aber nicht enden. Zu unserem heutigen Tagungsthema „Neue Anforderungen und Qualifizierungsansätze im Gesundheitswesen“ drängen uns eine Mehrzahl von Faktoren. Unser besonderer Fokus ist aber der demografische Wandel: Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in NRW wird sich als Folge der demografischen Entwicklung bis 2050 mehr als verdoppeln, das heißt konkret, dass es zu diesem Zeitpunkt fast eine Millionen pflegebedürftige Menschen geben wird – allein in NRW. Die zunehmende Alterung der Pflegebedürftigen wird eine zusätzliche Belastung darstellen: Im Jahre 2050 werden sieben von zehn pflegebedürftigen Männern und acht von zehn pflegebedürftigen Frauen mindestens 80 Jahre alt sein. Die Versorgung dieser hochaltrigen Personen ist pflegeintensiver, zeitaufwendiger und verlangt umso mehr nach professioneller Pflege.

Themen wie Palliative Care, Demenz und neue Organisations- und Managementstrukturen im Gesundheitswesen sind daher eng mit der Diskussion um die Auswirkungen des demografischen Wandels verbunden, der das Selbstverständnis der Pflegeberufe und die Anforderungen an qualifiziertes pflegerisches Personal verändern wird. Wie sollen die gewandelten und zum Teil gestiegenen Qualifikationsanforderungen an die Gesundheitsberufe beantwortet werden? Können und werden sich neue Berufsprofile und darauf ausgerichtete Qualifikationsmöglichkeiten entwickeln? Konzepte des lebenslangen Lernens erfordern zudem die Anpassung der Vermittlungsarten von Bildung und Berufsbildung und der Organisation des Erwerbslebens, damit Menschen während ihres gesamten Lebens am Lernen teilhaben und selbst planen können, wie sie Lernen, Arbeit und Familienleben verbinden. Können diese Forderungen in Personalentwicklungsprozessen im Gesundheitswesen realisiert werden?

Die heutige Veranstaltung wird nicht alle Fragen beantworten können, aber immerhin wichtige Impulse und Anregungen geben. Wir danken unseren Kooperationspartnern, die diese Tagung erst möglich gemacht haben: Der Regionalagentur MEO für ihre finanzielle Förderung sowie dem Caritasverband im Bistum Essen und der Contilia GmbH für die Bereicherung durch Ihre Referenten und Moderatoren. Auf Seiten der FOM geht unser Dank an Frau Prof. Dr. Sabine Fichtner-Rosada für die wissenschaftliche Gesamtkoordination und Herrn Prof. Dr. med. Michael Schütte für seinen Themenbeitrag. Letztlich ist diese Veranstaltung ein Stück weit auch Wirtschaftsförderung, denn die Gesundheitsbranche hat andere klassische Industriebranchen längst überholt. In einer aktuellen Studie der Beratungsgesellschaft McKinsey wird der Gesundheitssektor auf ca. 240 Milliarden Euro Jahresumsatz taxiert. Ausgehend von den derzeit ca. 4,6 Millionen Beschäftigten ist – bei einem angenommenen jährlichen Wachstum des Sektors um 3,3 Prozent – bis 2020 ein weiterer Beschäftigungszuwachs von einer Millionen Mitarbeitern zu erwarten.

Die sich daraus ergebenden Karrierechancen zu ergreifen gelingt allerdings nur auf der Basis zukunftsrelevanter Qualifikationen! Insbesondere die betriebswirtschaftlichen Kenntnisse sind dabei gefragt. Es macht also für Fach- und Führungskräfte aus der Branche Sinn, sich genau mit diesem Aspekt intensiver zu beschäftigen.

Wir freuen uns auf einen hochinteressanten Tagungsverlauf!

Prof. Dr. Burghard Hermeier

Rektor der FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management

Die Gesundheitstagung wurde durchgeführt in Kooperation mit:



gefördert durch:



Die Autoren des Tagungsbandes



Prof. Dr. Sabine Fichtner-Rosada

Wissenschaftliche Gesamtkoordinatorin des Rahmenprojektes der BCW-Gruppe zum Paradigmenwechsel: „Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft“, Professorin an der FOM



Prof. Dr. Andreas J. W. Goldschmidt

Lehrstuhlinhaber und geschäftsführender Leiter des Internationalen HealthCare Management Instituts der Universität Trier und wissenschaftlicher Studienleiter der hessischen VWA Offenbach



Prof. Dr. Burghard Hermeier

Rektor der FOM Essen



Ulrike Joschko

NRW Regionalagentur MEO e.V.



Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen

Klinikdirektor des Geriatrie-Zentrums Haus Berge und Chefarzt des Elisabethkrankenhauses, Essen



Prof. Dr. med. Michael Schütte

Niedergelassener HNO Facharzt, Unternehmensberater und Gutachter, Professor an der FOM

Inhaltsverzeichnis

1	Die Tagung im Kontext des Rahmenprojektes	
	Prof. Dr. Sabine Fichtner-Rosada	6
2	Warum die Beschäftigung mit der Demografie so wichtig ist	
	Ulrike Joschko	12
3	Tagungsschwerpunkte	14
3.1	Diagnostik der Demenz	
	Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen	15
3.2	Managementkompetenzen – Anforderungen und Entwicklung in der Stations- und Pflegedienstleistung	
	Prof. Dr. med. Michael Schütte	21
4	Wir brauchen mehr Pflegemanager	
	Interview mit Prof. Dr. Andreas Goldschmidt	28
5	Darstellung der Kooperationspartner	
5.1	Caritasverband für das Bistum Essen e.V.	32
5.2	Contilia GmbH	33
5.3	FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management	34
5.4	NRW Regionalagentur MEO e.V.	35

Anhang:

Tagungsprogramm

1 Die Tagung im Kontext des Rahmenprojektes der BCW-Gruppe zum Paradigmenwechsel: „Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft“

A Problemfeld und Begrifflichkeiten

Keine Tageszeitung, kein Medienbericht ohne Schlagworte und Phrasen rund um die Thematik Gesundheit. Von Verlautbarungen in der Populärpresse bis hin zur wissenschaftlichen Auseinandersetzung steht das Thema aktuell im Mittelpunkt, und auch Unternehmen und öffentliche Institutionen sehen Gesundheit als vorrangiges Handlungsfeld. Und das aus gutem Grund: Sowohl die Qualität der Gesundheitsversorgung als auch Finanzierungskonzepte sowie ökonomische unternehmerische Anreize – wie zweistellige Wachstumsraten in diesem Geschäftsfeld – werden in der öffentlichen Diskussion intensiv behandelt.

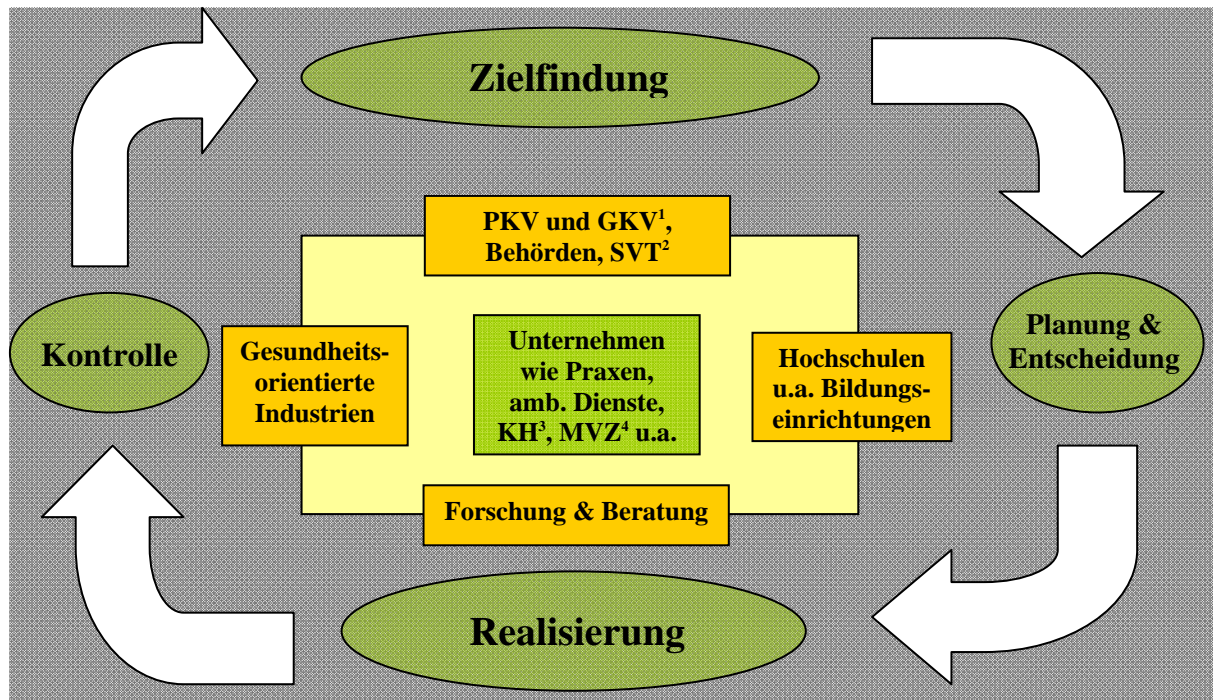
Dabei stellt Gesundheit an sich kein Produkt dar und kann deshalb nicht gehandelt werden. Vielmehr ist Gesundheit ein Derivat, das die Stärkung beziehungsweise Wiederherstellung des physischen und mentalen Zustandes des Menschen infolge der Anwendung von Waren wie Medikamenten und Dienstleistungen wie Operationen umfasst.¹

Der Begriff „Gesundheitswesen“ beinhaltet noch die veraltete Intention des „Verwesers“ im Sinne des Verwalters eines bedeutsamen Gutes. Hier wird die Rolle des Staates in der Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen angesprochen. Diese Funktion hat sich in der jüngeren Vergangenheit stark geändert: Aufgrund des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Finanzierungsengpässe in der Bereitstellung von Gesundheitsleistungen musste und wollte sich der Staat aus der Rolle des Financiers zurückziehen und sich auf die Vorgabe institutioneller Rahmenbedingungen beschränken. Damit fällt die Bewältigung der gesundheitspolitischen Aufgaben verstärkt unternehmerischen Organisationen wie medizinischen Versorgungszentren und klein- und mittelständischen Betrieben wie ambulanten Praxen und Pflegediensten zu. Insofern ist auch der Übergang vom Begriff „Gesundheitswesen“ zur „Gesundheitswirtschaft“ logisch und nachvollziehbar: Je höher der Grad der Privatisierung eines Wirtschaftssektors, desto erfolgskritischer wird die nachhaltige Anwendung von Managementkonzepten und -kompetenzen in den neu geschaffenen Unternehmenseinheiten. Management als Gestalten, Lenken und Entwickeln zweckorientierter, sozialer Systeme kann mit der Führung von Unternehmen – hier in der Gesundheitswirtschaft – gleichgesetzt werden.²

¹ Vgl. Troschke von, J./Mühlbacher, A.: Grundwissen Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliche Gesundheitspflege, Bern 2005, S. 111f..

² Vgl. Brüggemann, N.: Der Krankenhaus-Betriebsvergleich als Instrument für das Krankenhausmanagement, Bayreuth 2005, S. 30.

Das bedeutet in der Folge dann auch, dass die Akteure in der Gesundheitswirtschaft – von Praxen und ambulanten Diensten über Krankenhäuser und medizinische Versorgungszentren bis hin zu Krankenkassen, Verbänden und Sozialversicherungsträgern – den Regelkreis des Managementprozesses befolgen.



Agenda:

1 : PKV Private Krankenversicherung, GKV, Gesetzliche Krankenversicherung

2 : SVT Sozialversicherungsträger 3 : KH Krankenhaus 4 : MVZ Medizinisches Versorgungszentrum

Abbildung 1: Institutionen in der Gesundheitswirtschaft im Regelkreis des Managementprozesses³

Im Rahmen der Zielbildung im Gesundheitssektor wird verstärkt die Wirtschaftlichkeit der formulierten Ziele im Fokus stehen. Insbesondere im Hinblick auf die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen und den damit verbundenen ökonomischen Anreizen sowie Budgetverhandlungen mit überbetrieblichen Organisationen, ist die Bedingung qualitativ und quantitativ messbarer Zielvorgaben unerlässlich. Planung und Entscheidung werden sich unmittelbar an den ökonomischen Bedingungen – unter Einhaltung definierter Qualitätsstandards im Gesundheitsbereich – orientieren. Auch hier werden zunehmend betriebswirtschaftliche Instrumente wie Nutzwert- und Kosten-Wirksamkeitsanalysen eingesetzt werden. Voraussetzung für die zielorientierte Realisierung ist ein wirksames Prozess- und Projektmanagement mit eindeutiger Zuständigkeitsregelung und enger Kommunikation

³ Vgl. inhaltlich hierzu das „Zwiebelmodell“ von Hilbet, J.: Gesundheitsregionen im Vergleich – auf der Suche nach erfolgreichen Entwicklungsstrategien, Institut für Arbeit und Technik, Gelsenkirchen 2007, sowie Wöhe, G.: Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, München 2002, S. 86.

zwischen den beteiligten Akteuren. Mit der Kontrollphase schließt sich durch Rückkopplung der Regelkreis, in dem Soll-Ist-Abweichungen auf Basis der quantitativ formulierten Ziele erfasst, nach Ursachen gesucht und modifizierte Ziele und Pläne definiert werden.⁴ Diese Übertragung ökonomischer Konzepte auf einen Wirtschaftssektor, der überwiegend staatlicher Regulierung und damit mangelnder Marktorientierung unterlag, stellt einen Paradigmenwechsel mit weitreichenden gesellschaftlichen Konsequenzen dar. Die betroffenen Akteure – von der Politik über öffentliche Organisationen bis hin zu Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft – werden hier mit neuen Herausforderungen und konkreten Handlungsanforderungen konfrontiert.

B Herausforderungen

Zur Bewältigung dieses Paradigmenwechsels müssen alle Beteiligten konsensorientiert kooperieren. Voraussetzungen hierfür sind ein gemeinsames Verständnis für die zu meisternden Aufgaben sowie entsprechende Kompetenz. Dabei wird die notwendige Handlungskompetenz durch fachliche, methodische, individuelle und soziale Komponenten, die geschult werden müssen, bestimmt.⁵ Im Einzelnen stellen sich die auf dieser Basis zu lösenden Aufgaben wie folgt dar:

I. Anwendung der Managementprozesse auf die Gesundheitswirtschaft

Anreizorientiertes Denken und die Nutzung betriebswirtschaftlicher Instrumente haben durchaus bereits Eingang in die Managementprozesse im Gesundheitssektor gefunden. Dieses zeigen Fusionen und Kooperationen zum Beispiel im Krankenhausbereich, um durch Größendegressionseffekte weitere Schließungen von Krankenhäusern zu vermeiden, sowie die Privatisierung von Leistungen zum Beispiel in der Pflege, um durch Outsourcing Kosten zu senken. Bei der konsequenten Umsetzung dieser Handlungsansätze besteht aber Optimierungsbedarf.⁶ So sollte eine kennzahlengesteuerte Unternehmensführung, die den Zielerreichungsgrad deutlicher als bisher messen und steuern kann, umgehend implementiert werden. Hier stellt das Instrument der Gesundheitsökonomischen Balanced Scorecard einen vielversprechenden Ansatz dar.

⁴ Vgl. Eichhorn, P.: Definition und Aufgaben, in Eichhorn, P., Seelos, H.J., Schulenburg von der, M. (Hrsg.): Krankenhausmanagement, München 2000, S. 66; Trill, R.: Krankenhausmanagement – Aktionsfelder und Erfolgspotenziale, Wiesbaden 2000, S. 16.

⁵ Vgl. zum Kompetenzmodell das Rahmenprojekt Beiträge der BCW-Gruppe zum Paradigmenwechsel: „Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft“, Projektunterlage, Essen, 2008, S. 8.

⁶ Vgl. Augurzky, B., u.a.: Krankenhaus Rating Report 2007 – Executiv Summery, in: Materialien für das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung 2007, Nr. 32, Essen 2007, S. 15.

II. Harmonisierung von Wirtschafts- und Gesundheitszielen

In dem Umfang wie die Ökonomisierung der Gesundheitswirtschaft voranschreitet, werden sich Konflikte zwischen Wirtschafts- und Gesundheitszielen verstärken. Budgetengpässe der Gesundheitsunternehmen werden mit Leistungseinschränkungen beziehungsweise -aufgabe beantwortet. Diese – an sich logische und effiziente – marktwirtschaftliche Reaktion kann aber zu fatalen Folgen in der Gesundheitsversorgung führen, wie beispielsweise die zukünftig drohende Minderversorgung mit ärztlichen Leistungen in ländlichen Regionen zeigt. Diese Fehlallokationen bedürfen einer Korrektur durch wirksame politische Vorgaben.

III. Verstärkung der Markt- und Kundenorientierung in der Gesundheitswirtschaft

Die zunehmende Privatisierung von Gesundheitsleistungen geht notwendigerweise einher mit einer systematischen Ausrichtung des Angebots auf Marktbedürfnisse und Kundenwünsche. Dabei steht die adäquate Qualität der Gesundheitsleistung im Mittelpunkt des Interesses von Anbieter und Nachfrager – jedoch existieren hier weitgehende Intransparenzen hinsichtlich der gewünschten, wahrgenommenen und angebotenen Qualität. Deshalb stellt die Messung der Dienstleistungsqualität in der Gesundheitswirtschaft einen wesentlichen Erfolgsfaktor für die Entwicklung von wirtschaftlichen Dienstleistungen dar. In der Dienstleistungstheorie werden hierzu zahlreiche Ansätze zur Messung erörtert,⁷ allerdings fehlt eine entsprechende Übertragung auf die Strukturen der Gesundheitswirtschaft weitgehend. Empirische Untersuchungen zeigen, dass die Betroffenen – Anbieter wie Patienten – mit den modernen Verfahren und Ansätzen zur Qualitätsmessung wenig vertraut sind.⁸ Hier besteht deutlicher Bedarf an anwendungsorientierter Forschung sowie an Wissenschaftstransfer.

3. Lösungsansätze

Um den Herausforderungen in der Gesundheitswirtschaft erfolgreich begegnen zu können, sind drei Erfolgsfaktoren zu beachten (vgl. Abbildung 2). Die Basis jeglichen betriebswirtschaftlichen Erfolgs stellt die Kalkulierbarkeit externer Einflussfaktoren dar. Während Marktentwicklungen nicht sicher vorhersehbar sind, sollten politische Vorgaben, die die Investitionen der Unternehmen lenken, für die Akteure tatsächlich verlässlich sein.

⁷ Vgl. Bruhn, M.: Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Berlin 2006, S. 83; Homburg, C.; Krohmer, H.: Marketingmanagement, Wiesbaden 2006, S. 986.

⁸ Fichtner, S./Stoppa, N.: Qualitätsmessung als kritischer Erfolgsfaktor in Unternehmen der Gesundheitswirtschaft – Theoretische Fundierung und empirische Analyse, Wissenschaftliche Schriftenreihe der FOM, Essen 2008, in Vorbereitung.

Dass diese Forderung unter realistischer Berücksichtigung des politischen Willensbildungsprozesses kaum erfüllbar scheint, mindert jedoch nicht den wesentlichen Anspruch der Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft an die Politik, Rahmenbedingungen zu schaffen, die den notwendigen betrieblichen Erfolg auch ermöglichen. Handlungen in der Gesundheitswirtschaft – sowohl politische als auch unternehmerische – sind vielfach nicht durch ausgeprägte Kompetenz, sondern durch ad hoc-Aktivismus gekennzeichnet. Es fehlt oftmals an empirischem Know-how, um Marktmechanismen zu verstehen, sowie an Fach- und Methodenkompetenz.

Um diese Lücken zu schließen, haben sich wissenschaftliche Institutionen und Bildungseinrichtungen am Markt positioniert und bieten vielfältige Bildungsangebote im Gesundheitssektor an.⁹ Die berufliche Kompetenzentwicklung von Fach- und Führungskräften steht hierbei im Mittelpunkt des Angebots zum systematischen, lebens- und berufsbegleitenden Lernens und Studierens.¹⁰ Diese gezielte Qualifizierung wird Vertreter aus Unternehmen und öffentlichen Institutionen befähigen, die Strukturen in der Gesundheitswirtschaft erfolgreich zu erneuern.



Abbildung 2: Erfolgsfaktoren in der Gesundheitswirtschaft.

⁹ So bietet die FOM z.B. den Studiengang zum Dipl.-Kaufmann und zum MBA mit Schwerpunkt „Health Care Management“ an.

¹⁰ Rahmenprojekt Beiträge der BCW-Gruppe zum Paradigmenwechsel: „Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft.“, S. 4.

Die überbetriebliche Kommunikation zwischen allen beteiligten Akteuren stellt eine Bedingung für den erfolgreichen Ziel- und Maßnahmenbildungsprozess im Feld der Gesundheitswirtschaft dar. Das Management der Schnittstellen zwischen Ökonomie, Medizin, Technik und Politik erfordert eine ausgeprägte Fähigkeit und Motivation zu gegenseitigem Austausch und Abstimmung. Seminare, Fachtagungen wie diejenige, die zum Entstehen dieses Tagungsbandes geführt hat, wissenschaftliche und andere fachliche Veröffentlichungen, dienen hier dem notwendigen Wissenstransfer sowie der Vertrauensbildung.

Die Gesundheitswirtschaft befindet sich im Strukturwandel – die Zusammenarbeit aller Beteiligten auf hohem fachlichem Niveau wird für eine Erneuerung sorgen.

2 Warum die Beschäftigung mit der Demografie so wichtig ist

Mit steigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt auch das Durchschnittsalter der Beschäftigten stetig an. Bis zum Jahr 2015 wird in Deutschland mehr als jeder dritte Erwerbstätige älter als 50 Jahre sein. Zwischen den Altersgruppen entsteht eine Verschiebung der Proportionen – dies betrifft natürlich auch die Leistungsträger in den Unternehmen.

Die Herausforderungen des demografischen Wandels zu meistern gilt aktuell als eine der vorrangigen Aufgaben für Unternehmen und ihre Beschäftigten. Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS) hat gemeinsam mit den Sozialpartnern dieses Thema aufgegriffen und bereits Anfang des Jahres zu regionalen Demografiekonferenzen eingeladen. In den fünf Regierungsbezirken in NRW – für die MEO-Region in Dortmund – wurde in diesem Rahmen über die Herausforderungen des demografischen Wandels und die Konsequenzen für die Unternehmen und die Arbeitswelt diskutiert. Darüber hinaus wurden eine Reihe geplanter und bereits realisierter Demografieprojekte vorgestellt. Die Ergebnisse der Konferenzen belegen, dass der demografische Wandel eindeutig im Fokus der Diskussionen um nachgefragte Fach- und Führungskräfte, um die Gewinnung von Auszubildenden und um das lebensbegleitende Lernen steht. Hier besteht deutlicher Handlungsdruck.

Die bisherigen Konferenzen des MAGS hatten zum Ziel, in den Regionen Bestandsaufnahmen durchzuführen, die zentralen Akteure auszumachen und regionale Netzwerke zur Bewältigung des demografischen Wandels anzustoßen, aufzugreifen und weiterzuführen. In der MEO-Region hat sich daraus eine branchenbezogene Initiative für die Gesundheitswirtschaft entwickelt, die in der MEO-Region einen besonderen Stellenwert einnimmt. In einer Projektpartnerschaft mit der Contilia Gruppe, einem der führenden sozialen Dienstleister in NRW rund um Gesundheit und Medizin, dem Caritasverband für das Bistum Essen e.V., der FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management in Essen und der NRW Regionalagentur MEO konnte die Veranstaltungsreihe zum demografischen Wandel in der Region fortgesetzt werden. Anlässlich der Gesundheitstagung am 30. Mai 2008, die durch diesen Tagungsband reflektiert wird, wurden – gemeinsam mit Pflegenden, Pflegedienstleitungen und Personalverantwortlichen – „Neue Anforderungen und Qualifizierungsansätze im Gesundheitswesen“ diskutiert und weiterentwickelt.

In drei themenspezifischen Workshops wurden die zentralen Fragen der Tagung bearbeitet: „Welche Folgen wird der demografische Wandel auf die Aus- und Weiterbildung haben? Wie werden sich Bildungsanbieter in Zukunft positionieren müssen, um den Herausforderungen gewachsen zu sein? Wie können auch in der Zukunft ausreichend Fachkräfte für Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen gewonnen werden? Und wie müssen die Arbeitsplätze der Zukunft in der Gesundheitswirtschaft gestaltet sein, um auch in diesen arbeitsintensiven, körperlich anspruchsvollen Berufen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Altersgruppen beschäftigen zu können?“

Deutlich herausgearbeitet werden konnte, dass die Förderinstrumente des Landes NRW einen wichtigen Anreiz bieten, die in den einzelnen Einrichtungen begonnene Auseinandersetzung mit den Konsequenzen des demografischen Wandels gezielt fortzusetzen. Insbesondere die unternehmensorientierten Beratungsinstrumente des Landes NRW (Potenzial- / Arbeitszeit- und Bildungsscheck-Beratung) eröffnen gute Möglichkeiten, Strategien zur Optimierung der Arbeitsabläufe und zum Aufbau neuer Arbeitsbereiche in den Einrichtungen zu erarbeiten und mit der sich daraus ableitenden (Weiter-) Qualifizierung von Fachkräften im Pflegebereich zu verknüpfen.

Die Regionalagentur MEO hat den Auftrag des Landes NRW angenommen, Beispiele guter unternehmerischer Praxis in der Auseinandersetzung mit der Demografie zusammen zu stellen und für die weitere Diskussion in der Region zur Verfügung zu stellen. Auf dieser Basis soll zukünftig noch gezielter dafür geworben werden, sich den Herausforderungen des demografischen Wandels zu stellen und auf die jeweilige Einrichtung zugeschnittene Konzepte zu entwickeln. Als ein auf der Gesundheitstagung entwickelter, in die Zukunft zielender Ansatz, könnte die Schulung der im Gesundheitsmanagement Aktiven als Multiplikatoren für diese Beratungsansätze weiterverfolgt werden.

Die Gesundheitstagung in der MEO-Region hat eine erfreulich große Resonanz gefunden. Es bestehen erste Überlegungen zu einer Folgeveranstaltung in der bewährten Partnerschaft. Damit wollen wir einen Beitrag dazu leisten, die in der MEO-Region vorhandene ausgeprägte Netzwerkstruktur unter einer branchenspezifischen Schwerpunktsetzung auszuweiten; ein wichtiger Schritt für die Region in Richtung auf eine regionale Strategie zur Bewältigung des demografischen Wandels.

3 Tagungsschwerpunkte

Die für den Tagungsband ausgewählten Schwerpunkthemen behandeln zwei Bereiche der Gesundheitswirtschaft, die gleichsam sowohl von den Reformen im Gesundheitswesen als auch von den Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland stark betroffen sind: Die Entwicklung und Anpassung medizinischer Diagnoseverfahren an wachsende und neue Krankheitsbilder sowie die Schaffung neuer Aufgabenstrukturen und Behandlungspfade in der medizinischen Versorgung.

Es ist grundsätzlich eine erfreuliche Tatsache, dass die Menschen immer älter werden. Mit der steigenden Lebenserwartung wachsen allerdings auch die Risiken neuer Erkrankungen und die Ausprägung bekannter Krankheitsbilder, die Körper und Seele beeinträchtigen können. Häufig wird übersehen, dass nicht nur der menschliche Körper krank werden kann. Depressionen und Demenzen, wie etwa die Alzheimer-Demenz, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können, gehören inzwischen zu den häufigsten Alterserkrankungen weltweit. Die Betreuung von Menschen mit Demenz bedarf hoch qualifizierter Ärzte, Pflege- und Betreuungskräfte. Prof. Dr. Nehen beschreibt in seinem Beitrag unter 3.1 detailliert die Herausforderungen, die das Krankheitsbild an die Kompetenzen im Bereich der ärztlichen Diagnostik stellt.

Nicht allein die Behandlung und Begleitung von Menschen mit Demenzerkrankungen bedarf dabei hoch qualifizierter Spezialisten. Sämtliche pflegerische Versorgungsbereiche sind im besonderen Ausmaß von den umfangreichen Reformen im Gesundheitswesen tangiert. Die Erwartung der Patienten/-innen an die Behandlung und Pflege im Krankenhaus erhöht sich stetig und gesetzliche Anforderungen zur Qualitätssicherung stellen darüber hinaus ganz neue Herausforderungen dar. Dadurch steigt auch der Druck auf die Leitung der Pflegeeinheiten und die Beschäftigten im Pflegebereich, die ein Mehr an Anforderungen und Kompetenzen auf immer weniger Schultern verteilen müssen. Prof. Dr. Schütte zeigt in seinem Beitrag unter 3.2 die bestehenden Problemkreise auf, skizziert neue Behandlungspfade und die für die Beschäftigten erforderlichen Managementkompetenzen, um diese schwierige Situation bewältigen zu können und auch zukünftig durch Effizienzsteigerung und strategische Planung eine umfassende medizinische Versorgung in Deutschland gewährleisten zu können.

3.1 Diagnostik der Demenz

Durch die demografische Entwicklung der letzten 20 Jahre ist das Thema „Demenz“ für sehr viele Bereiche unseres Gesundheitssystems bedeutsam geworden. Die Zahl der betagten- und hochbetagten Patienten steigt ständig an. Die Prävalenz von Demenzen liegt in der Altersgruppe der 65 bis 69 jährigen bei etwa vier Prozent. Dieser Wert verdoppelt sich alle fünf Jahre. Bei den über 90 jährigen leiden über 40 Prozent an einer mittelschweren oder schweren Demenz. Beachtet man auch die leichten und beginnenden Formen der Demenzen, liegen die Zahlen noch höher.

Bei Verdacht auf eine beginnende Demenz ist es die Aufgabe des Arztes, eine entsprechende Diagnostik einzuleiten. Bei den Patienten, die nicht aus eigenem Antrieb den Arzt aufsuchen, weil sie selbst eine Demenz befürchten, ruft die Äußerung eines Demenzverdacht häufig heftige Widerstandsreaktionen hervor. Eine frühe Differenzialdiagnose kann jedoch zu einer gezielten Therapie führen beziehungsweise auch die Lebensplanung des Patienten wesentlich beeinflussen.

Das Demenzsyndrom wird diagnostiziert nach den Kriterien des ICD-10¹ und des DSM-IV² Verfahrens. Fasst man die Kriterien der beiden Diagnosesysteme zusammen, so wird das Demenzsyndrom durch folgende, gemeinsame Merkmale definiert: Ein Demenzsyndrom liegt vor, wenn eine schwerwiegende Hirnveränderung zu einem deutlichen Verlust geistiger Fähigkeiten – verglichen mit dem Ausgangsniveau des Patienten – und zu einer Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens führt.

Nach ICD-10 wird dabei gefordert, dass der Patient bewusstseinsklar ist, dass eine Depression ausgeschlossen ist und dass die Symptomatik wenigstens sechs Monate lang andauert, wobei dieser Zeitrahmen auch rückblickend festgestellt werden kann. Das Hauptsymptom ist die Gedächtnisstörung.

Das Kurzzeitgedächtnis umfasst beim Menschen einen Zeitraum von sieben Sekunden bis zu wenigen Minuten. Nur bei intaktem Kurzzeitgedächtnis können Informationen im Langzeitgedächtnis gespeichert werden. Bei Demenzpatienten bleibt der Zugriff auf Inhalte des Langzeitgedächtnisses lange erhalten; bei gestörtem Kurzzeitgedächtnis können jedoch keine neuen Inhalte in das Langzeitgedächtnis mehr aufgenommen werden.

¹ Erarbeitet von der Weltgesundheitsorganisation (WHO); das heutige ICD-10 ist seit 1991 auf dem Diagnosemarkt.

² Diagnose nach der American Psychiatrie Assoziation (APA) von 1994.

Neben den Gedächtnisstörungen können weitere Störungen bestehen:

- Aphasie (Die Störung von Sprache, Sprachverständnis und Sprachflüssigkeit)
- Apraxie (Die Unfähigkeit, motorische Aktivitäten sinnvoll auszuführen)
- Agnosie (Die Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen)
- Störungen des abstrakten Denkens und des Urteilsvermögens

Aus der Definition der Demenz und der dargestellten Symptomatologie ergibt sich das diagnostische Vorgehen. Es umfasst:

1. Die Anamnese und Fremdanamnese
2. Die körperliche Untersuchung
3. Die psychometrischen Tests einschließlich Funktionsskalen
4. Laboruntersuchungen
5. Apparative Untersuchungen

1. Anamnese und Fremdanamnese

Grundsätzlich ist die Anamnese auch bei Demenzpatienten der wichtigste Schritt zur Diagnose. Die Anamnese sollte in einem halbstrukturierten Interview ablaufen, wobei folgende Bereiche von Bedeutung sind: Die Beobachtung des Patienten (Einhalten sozialer Konventionen, geordnete Kleidung, etc.); die Lebensgeschichte des Patienten (schulische Ausbildung, Berufsausbildung, Hobbys, Haushaltsführung); Veränderungen, die der Patient selbst erlebt hat (Konzentration, Wortfindung, Lernen neuer Inhalte); die Dauer der Beschwerden; auslösende Situationen zum Beispiel für Orientierungsstörungen (Urlaub in fremder Umgebung, Stresssituationen, schwere Erkrankungen).

Zur Anamnese gehören auch vorrangegangene Erkrankungen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang Schädel-Hirn-Traumata, Morbus Parkinson–Apoplexie, Depressionen, Schlafapnoesyndrom, vaskuläre Risikofaktoren, Stoffwechselerkrankungen (Leberzirrhose, Morbus Wilson, Diabetes), Ernährungsstörungen, Autoimmunerkrankungen und schwerwiegende Infektionskrankheiten (TBC, HIV, Syphilis).

Auch bei leichten Störungen sollte versucht werden, eine Fremdanamnese durchzuführen. Diese sollte unbedingt in Abwesenheit des Patienten erhoben werden. Ehepartner, Kinder oder andere nahestehende Personen werden in Anwesenheit des Patienten nicht auf dessen Defizite hinweisen. Jedoch dürfen die fremdanamnestischen Angaben nicht kritiklos übernommen werden, da sie durch unterschiedliche Motive geprägt sein können.

2. Körperliche Untersuchung

Auch bei der körperlichen Untersuchung bietet die Beobachtung des Patienten wertvolle Hinweise für die weitere Diagnostik. Ist der Patient in der Lage, sich alleine an- und auszuziehen, kann er entsprechenden Anforderungen des Untersuchers Folge leisten, etc.? Bei der körperlichen Untersuchung wird zunächst der Allgemeinzustand beurteilt, wie Ernährungszustand, vegetative Zeichen, Hautveränderungen (Verbrennungen, Hämatome); Herzkreislaufsystem (RR, Puls, Geräusche bei Herz und Karotiden); Lungenfunktion; Miktionsstörungen; Tremor, Rigor, Hypokinesie, kleinschrittiger Gang, Spastik, Beurteilung von Hirnnerven, Halbseitensymptomatik.

3. Psychometrische Testuntersuchungen

In den Frühformen der Demenz bewahrt der Patient eine scheinbar intakte Fassade. Die objektivierbaren kognitiven Leistungen können stark abweichen. Zudem sind Verlaufsuntersuchungen ohne standardisierte Leistungsmessungen nicht möglich. Die meisten Screening-Tests setzen sich aus mehreren Untertests zusammen. Folgende Funktionen werden hierbei geprüft:

- Die Orientierung (Ort, Zeit, Person)
- Die sprachlichen Funktionen (Sätze schreiben, Gegenstände benennen, verbale Flüssigkeit)
- Das Erinnerungsvermögen (Lernen von Begriffen, die unmittelbar oder nach einem Zeitintervall wiedergegeben werden müssen)
- Die visuell räumliche Kompetenz (zum Beispiel: Uhrentest)

Insbesondere bei Patienten mit Alzheimer-Demenz sind das verbale episodische Langzeitgedächtnis, die Wortfindung und Flüssigkeit, die Abstraktionsfähigkeit und die visokonstruktorischen Kompetenzen bereits früh gestört. Auf der Basis der vorliegenden Leitlinien kann eine Empfehlung für folgende Tests gegeben werden³:

a. Der Minimentel-Statustest (MMST)⁴, Zeitaufwand: 15 Minuten.

Der Test besteht aus zehn Bereichen, in denen Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und visomotorische Funktionen überprüft werden. Insgesamt können 30 Punkte erreicht werden. Bei Werten unter 25 von 30 Punkten besteht ein starker Demenzverdacht. Veränderungen von drei bis vier Punkten im Verlauf eines Jahres erhärten den Verdacht einer Alzheimer-Demenz. Für die Frühdiagnostik ist der MMST insbesondere bei sehr

³ Sandholz et al 2004; Müller et al 2003.

⁴ MMST; Folstein et al 1975.

intelligenten Menschen nicht geeignet, da hier die Demenzschwelle erst bei einer starken Beeinträchtigung des Leistungsniveaus erreicht wird.

b. Der Uhrenzeichen-Test⁵, Zeitaufwand: Fünf Minuten.

Dieser Test überprüft die visuell-konstruktorischen Funktionen und das problemlösende Denken. Er ist bereits bei leichter Demenz sensitiv. Der Test ist sehr einfach: Vorgegeben wird ein Kreis und der Patient erhält folgende Anweisung: „Zeichnen sie eine Uhr, stellen sie die Zeiger auf 10 nach 11.“

Für die Auswertung sind vier Kriterien relevant:

Die zwölf Zahlen sind vorhanden, die zwölf ist korrekt platziert, die Uhr ist in vier Quadranten eingeteilt, die Zeiger haben eine korrekte Proportion und der Patient liest die Zeit korrekt vor.

c. DemTECT, Zeitaufwand: Acht Minuten.

Dieser Test eignet sich zur frühen Demenzdiagnostik. Er besteht aus fünf Aufgaben, die Gedächtnisleistungen prüfen. Dabei wird fokussiert auf das verzögerte Erinnern, die sprachliche Flüssigkeit und das Transkodieren von Zahlen. Auf Fragen zur Orientierung wird verzichtet.

d. DFDD Test zur Früherkennung von Demenz mit Depressionsabgrenzung⁶,
Zeitaufwand: Zehn Minuten.

Der Test enthält einen Demenzanteil und einen Depressionsteil. Im Demenzteil wird eine Wortliste vorgelegt und sofort abgefragt. Die gleiche Liste wird verzögert noch einmal abgefragt, dazwischen werden Fragen zur Orientierung sowie zwei Wissensfragen gestellt und eine praktische Aufgabe muss durchgeführt werden. Der Uhrenzeichentest ist im DFDD Test enthalten sowie eine Aufgabe zur Wortflüssigkeit. Die Depressivität wird per Fremd- und Selbstbeurteilung quantifiziert. Funktionsskalen und das Ergebnis kognitiver Tests erlauben keine uneingeschränkte Beurteilung der Aktivitäten des täglichen Lebens eines Demenzpatienten.

e. Global Deterioration Scale (GDS)⁷.

Diese Skala wird am meisten zur globalen Schweregradeinschätzung einer Demenz verwendet. Die späten Stadien werden in Substadien gegliedert.

⁵ UZT; Sunderland et al 1989.

⁶ Ihl et al 2000.

⁷ Reisberg et al 1982; Fassung von Ihl/Fröhlich 1991.

4. Laboruntersuchungen

Die Routinelaboruntersuchungen eines „good clinical practice“ lassen auf Begleiterkrankungen schließen, die bestehende kognitive Störungen verschlimmern können und geben eventuell Hinweise für seltenere sekundäre Demenzformen. Das diagnostische Labor-Minimalprogramm umfasst: Blutbild, Differenzialblutbild, Glukose, Cholesterin, Natrium, Kalium, Kalzium, GammaGT, Kreatinin, THS, Vitamin-B-12, Folsäure, BSG. Bei entsprechendem klinischen Verdacht kann fakultativ folgende Labordiagnostik durchgeführt werden: Lues, HIV, Borrelienserologie, HbA1, Kupfer, Coeruloplasmin, Bilirubin, AP, GOT, GPT, Homozystein, Parathormon, CRP, ANA, ANCA, ENE und Toxikologie (Blei, Quecksilber, Benzol).

Liquordiagnostik

Eine Liquorpunktion ist indiziert bei Verdacht auf Normaldruck Hydrocephalus, entzündliche ZNS Erkrankungen und maligne Prozesse. Bei der Kreuzfeld-Jacob-Krankheit hat die Liquordiagnostik inzwischen eine hohe diagnostische Sensitivität erlangt mit dem Nachweis des 14-3-3 Proteins sowie einer Erhöhung des S-100-Proteins und des Tau-Proteins. Die Bestimmung des Tau-Proteins und anderer Parameter bleibt zurzeit noch Spezialeinrichtungen vorbehalten. Eine Reduktion des a-Beta-Proteins im Liquor soll indirekt die Ablagerung des Proteins in den Plaques widerspiegeln. Das a-Beta-1-41 Protein ist auch bei der Parkinsonkrankheit, der Lewis-Körperchen-Erkrankung und einem hohen Prozentsatz von vaskulären Demenzen und frontotemporalen Demenzen verringert nachweisbar.

5. Apparative Untersuchungen

Elektro-Enzephalografie (EEG)

Das EEG kann Hinweise bei metabolischen- und pharmakogen induzierten Störungen liefern. Es gibt keine spezifischen Befunde für irgendeine Demenzform. Bei der Alzheimerdemenz findet sich eine erhebliche Überlappung zu normalen Altersveränderungen. Ein normales EEG schließt eine Demenz nicht aus.

Bildgebende Verfahren

Bei Demenzverdacht ist eine einmalige Untersuchung mittels Computer Tomographie (CT) oder Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) unverzichtbar. Insbesondere gilt dies für einen akuten Krankheitsbeginn und eine kurze Anamnese mit untypischem Verlauf wie zum Beispiel sehr schneller Progression. Auch bei vokal neurologischen Symptomen, Inkontinenz und Gangataxie sowie Schädel-Hirn-Traumata sind die genannten bildgebenden

Verfahren obligat. Bei der Alzheimer-Demenz findet sich schon in Frühstadien eine Atrophie des Hippokampus, die Sensitivität und Spezifität liegt bei 80 bis 100 Prozent.

Für das CT sprechen die bessere Verfügbarkeit, die größere Toleranz durch die Patienten, der Nachweis von Strukturveränderungen des Gehirns, typische Atrophiemuster bei neurodegenerativen Formen und nicht zuletzt die geringeren Kosten gegenüber einem MRT.

Für die MRT sprechen die fehlende Strahlenbelastung sowie die höhere Sensitivität für subcortocale Läsion und eine wesentlich genauere Darstellung schädelbasisnaher Strukturen, insbesondere Hippokampus und Amygdalaregion.

Nuklearmedizinische Untersuchung

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und die Single-Photonen-Emissions-Computer-Tomographie (SPCT) sind funktionelle, bildgebende Verfahren zum Beispiel zur Untersuchung des Glukosestoffwechsels beziehungsweise Verfahren zur Abbildung von Hirnperfusionen. Bei schwierigen differenzialdiagnostischen Überlegungen können sie diagnostisch weiterhelfen.

3.2 Managementkompetenzen – Anforderungen und Entwicklung in der Stations- und Pflegedienstleistung

Die Zukunft gehört denen, die Chancen erkennen, bevor sie offensichtlich werden.

Oscar Wilde

A Einführung

Um erkennen zu können, welche Chancen – aber auch Notwendigkeiten – mit der Entwicklung von Managementkompetenzen in der Stations- und Pflegedienstleistung verbunden sind, ist zunächst ein Blick auf die aktuellen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen erforderlich.

Die zentrale Herausforderung für das Gesundheitswesen ist der demografische Wandel. Der statistische Höchstwert der Geburtenzahlen liegt nunmehr fast 45 Jahre zurück: Im Jahre 1964 kamen knapp 1,2 Millionen Kinder in Deutschland zur Welt.¹ Seit dem ist die Geburtenrate stetig gesunken – allein in den letzten 15 Jahren um 22 Prozent – und hat mit aktuell rund 730.000 Geburten im Jahr ihren bisherigen Tiefststand erreicht.² Während die Geburtenrate also stetig abnimmt, steigt die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland dagegen beständig an. Die Lebenserwartung der Männer liegt heute bei 75 Jahren, die der Frauen bei 81 Jahren. Bis ins Jahr 2050 wird ein Anstieg der durchschnittlichen Lebenszeit auf 81,8 Jahre bei Männern und auf 86,6 Jahre bei Frauen erwartet.³ Eine zunehmend überalterte Gesellschaft manifestiert sich und parallel dazu verändert sich das Krankheitspektrum.

Zukünftig ist mit einer Dominanz chronischer Krankheiten, besonders mit einer Zunahme des Metabolischen Syndroms⁴ und dabei des Diabetes mellitus Typ II zu rechnen.⁵ Aktuell liegt die Prävalenz der Erkrankung – ergänzt um eine vermutete Dunkelziffer – in der Bundesrepublik Deutschland bei etwa zehn Prozent; konkret sind also rund acht Millionen Menschen betroffen. Die jährliche Neuerkrankungsrate in diesem Segment liegt bei etwa

¹ Die geburtenstarken Jahrgänge in den 1960er Jahren werden als „Babyboomer“ bezeichnet und gelten als Spätfolge des 2. Weltkrieges (aufgeschobene Eheschließungen, wirtschaftliche Stabilität der Nachkriegszeit) und führte vielfach zur Gründung von Mehrkinderfamilien. Die Bezeichnung „Pillenknick“ steht für die gegenteilige Entwicklung: Das rapide Absinken der Geburtenzahlen seit Ende der 1960er Jahre.

² Statistisches Bundesamt: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, eingesehen am 08.05.2008 unter: http://www.destatis.de/presse/deutsch/pk/2003/Bevoelkerung_2050.pdf.

³ Deutscher Bundestag Drucksache 14/8800, Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“.

⁴ Beschreibt das Zusammentreffen von Übergewicht, Blutverfettung und Blutzuckerkrankheit.

⁵ Brenner H., Weyerer S. & Steinhagen-Thiessen (2002): Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Gesundheit (Hg), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2008.

300.000 Menschen.⁶ Neben der zunehmenden persönlichen Betroffenheit sind vor allem die Kosten dieser Entwicklung besorgniserregend. Nach aktuellen Schätzungen werden schon im Jahr 2010 rund 40 Milliarden Euro nur für diese Krankheit aufgebracht werden müssen.⁷

Als Folge dieser Entwicklungen – und auch durch die Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 – wird sich die Krankenkassenlandschaft in Deutschland weiter verändern. Nach Expertenschätzungen wird sich die Anzahl der Krankenkassen mittelfristig von zurzeit etwa 260 auf letztlich nur noch 40 bis 50 Anbieter nachhaltig reduzieren. Bedingt durch den demografischen Wandel und die Sockelarbeitslosigkeit stehen den Krankenkassen in Zukunft nicht mehr als 140 Milliarden Euro für das Gesundheitswesen zur Verfügung – der Bedarf wird hingegen auf eine Größe von bis zu 500 Milliarden Euro geschätzt.⁸ Zeitgleich dazu entwickelt sich der Markt für den medizinisch-technischen Fortschritt weiter ungebremst. Die Gesundheitswirtschaft gilt als der bedeutendste Wachstumsmarkt der kommenden Jahre.⁹

Es liegt auf der Hand, dass sich in diesem Szenario aus überalterter Bevölkerung, immer weniger Menschen, die in das Solidarsystem einzahlen, und immens steigender Kosten für sprunghaft zunehmende chronische Krankheiten nun auch die klassischen Versorgungslandschaften und Berufsbilder im Gesundheitswesen verändern und anpassen müssen.¹⁰ Ökonomische Instrumente sowie die damit verbundenen Managementanforderungen halten Einzug in den Berufsalltag von Menschen, deren oberstes Ziel das Helfen ist.

B Managementorientierung in der Gesundheitswirtschaft

Was ist nun unter Management im Gesundheitswesen zu verstehen?

Management ist die Transformation von Ressourcen in Nutzen, hier in Patientennutzen.¹¹ An dieser Definition wird deutlich, warum das Einpflegen von Managementtechniken und -methoden in das bestehende Medizinsystem eine der vordringlichsten Aufgaben vor dem oben beschriebenen Hintergrund ist.

Der klassische Managementprozess setzt sich aus einzelnen Managementfunktionen zusammen, die ineinander greifen und einen Kreislauf bilden. Vorliegend ist Management demnach ein fließender Prozess des zielgerichteten Gestaltens eines Gesundheitssystems

⁶ Hauner, H. (2008) Diabetesepidemie und Dunkelziffer in: Deutsche Diabetes-Union (Hrsg.), Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2008, München 2008.

⁷ ebenda.

⁸ Oberender, P., et al: Wachstumsmarkt Gesundheit, 2. Auflage, Stuttgart 2006.

⁹ ebenda.

¹⁰ Busse, R., et al: Management im Gesundheitswesen, Berlin 2006.

¹¹ Malik, F., Führen, Leisten, Leben, 2001.

unter Berücksichtigung der gegebenen politischen und gesellschaftlichen Veränderungen und der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Unter die einzelnen Funktionen des Prozesses lassen sich konkrete Tätigkeitsabläufe subsumieren.

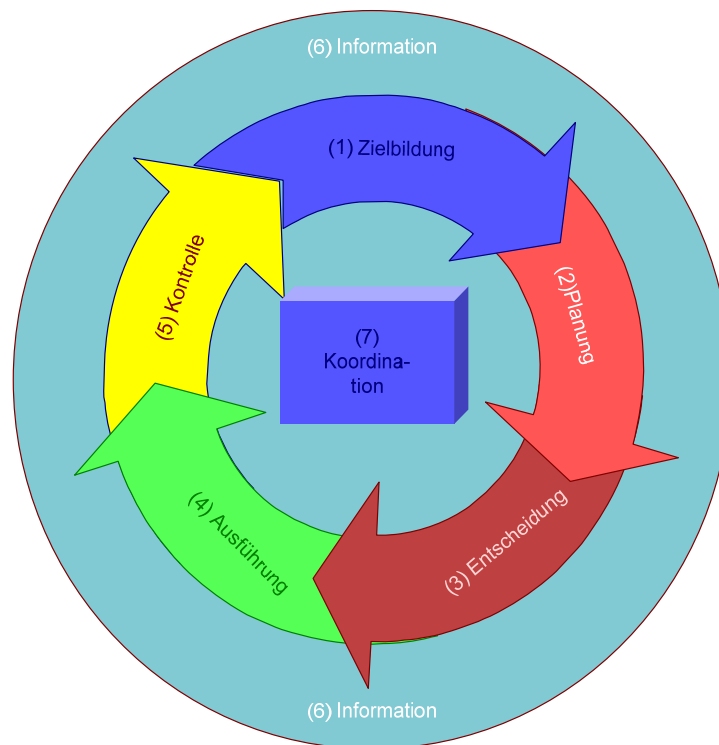


Abbildung 1: Die Funktionen im Managementprozess

- Zielbildung: Zu Beginn des Managementprozesses muss definiert werden, welche Ziele wie erreicht werden sollen.
- Planung: In der Planungsphase wird eruiert, wie die bestehenden Ressourcen für die Zielsetzung eingesetzt werden können.
- Entscheidung: Nun muss eine Arbeitsstruktur festgelegt werden, die es den ausführenden Mitarbeitern auch ermöglicht, die definierten Ziele zu erreichen. Ein erster Umsetzungsschritt ist beispielsweise das Einrichten benötigter Stellen und Abteilungen.
- Ausführung: Die für die Ausführung erforderlichen Sach- und Humanressourcen werden ausgesucht und zusammengestellt.
- Kontrolle: In einem stetigen Soll – Ist Vergleich wird das Fortschreiten des Prozesses durch einen Projektverantwortlichen evaluiert.

- Führung: Während der Ausführung ist insbesondere durch ausführliche und klare Kommunikation aber auch durch Motivation und wenn nötig durch Konfliktbereinigung ein reibungsloses Miteinander der beteiligten Personen zu gewährleisten.
- Koordination: Begleitet wird der gesamte Managementprozess in allen Phasen von einer umfangreichen Koordinationsarbeit, beispielsweise die Koordination der beteiligten Personen und Abteilungen.

Dieser theoretische und auch allgemeine Managementprozess muss jedoch mit themenspezifischen Inhalten gekoppelt werden, um erfolgreich zu sein.¹² Für den erforderlichen Umbau der Gesundheitssysteme und den Aufbau neuer, den gesellschaftlichen Herausforderungen angepasster Systeme, sind vor allem die Bausteine Prozessverständnis sowie Case- und Disease-Management von strategischer Bedeutung¹³.

I. Das Prozessverständnis:

Vor dem Hintergrund der Bezahlung mit Fallpauschalen rückt der optimale Durchlauf eines Patienten durch das medizinische System in den Mittelpunkt des wirtschaftlichen Interesses – und damit entsteht notwendigerweise ein neues Prozessverständnis. In den bisherigen, klassischen Abläufen einer vertikalen Struktur verläuft die Betreuung des Patienten funktionsorientiert in den jeweiligen Abteilungen. Jede Abteilung verrichtet nach den aus der eigenen Hierarchie stammenden Regeln ihre Arbeit am Patienten ohne Blick für dessen Gesamtwege im System.

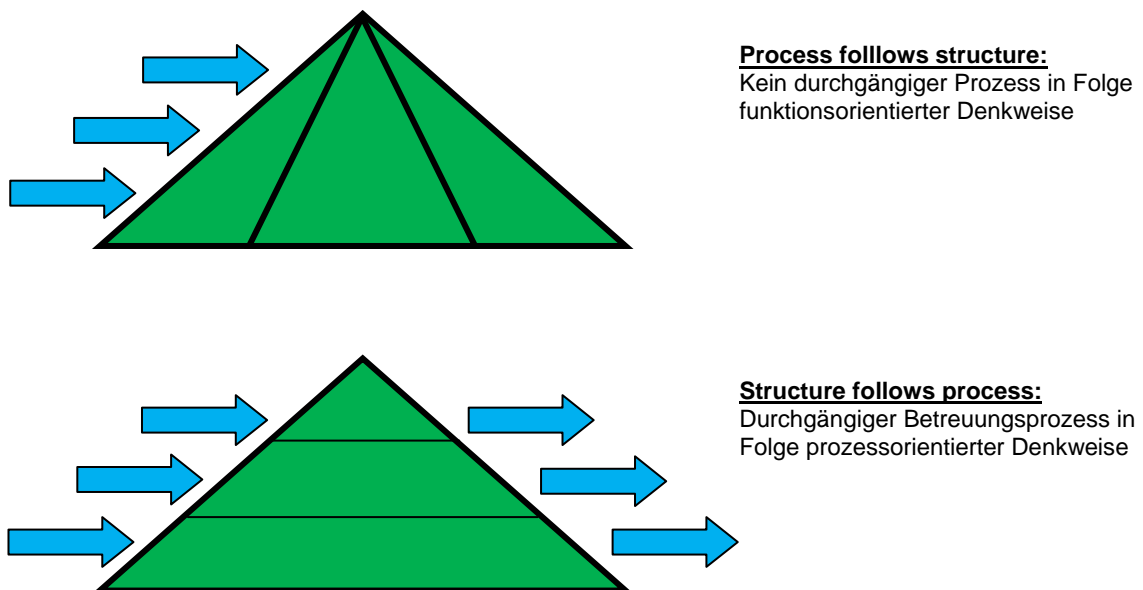


Abbildung 2: Verbesserter Kommunikationsfluss durch prozessorientierte Denkweise

¹² Steinmann, H., Schreyögg, G.: Management, 6. Auflage, Gabler Verlag 2005.

¹³ Cortecar, J., Hugenroth, S.: Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen, Marburg 2006.

Zwischen den einzelnen Abteilungen in einer vertikalen Struktur besteht wenig bis keine Kommunikation oder Verständnis. Ausgehend von dem überholten „Process follows structure“ Prinzip muss aus Kostengesichtspunkten eine Änderung der Abläufe durchgeführt werden, die hin zu einem „Structure follows process“ Prinzip mit einer prozessorientierten Denkweise führt.¹⁴ Diese Veränderung ist geprägt durch:

- Die Schaffung eines durchgängigen Prozesses ohne Schnittstellen für den Patienten
- Einer patientenorientierte Rundumbearbeitung mit nur einem Ansprechpartner
- Einen Abschied vom Abteilungsdenken

II. Case- und Disease-Management

In einem derartigen Umbau der Organisationen liegt die große Herausforderung für die Gesundheitswirtschaft in der Zukunft. Dazu muss neben der Entwicklung von Patientenpfaden und Disease-Management-Programmen vor allem Personal für die Bewältigung der anstehenden, neuen Aufgaben ausgebildet werden: Die Case Manager.¹⁵

Unter Case Management wird die Steuerung der Leistungsprozesse und Patientenpfade durch die Übernahme der Verantwortung für die Koordination der Versorgung eines Patienten oder einer Gruppe von Patienten verstanden. Zielsetzung ist es, zuvor vereinbarte klinische-, soziale- und ökonomische Ergebnisse durch den Einsatz wirkungsvoll abgestimmter Versorgungsangebote für einzelne Patienten und für eine weitgehende Abstimmung der dazu notwendigen Aktivitäten mehrerer Disziplinen oder Dienstleistungsorganisationen zu sorgen. Case Management versucht also, mit vorhandenen Mitteln ein integriertes Betreuungsangebot bedürfnis- und bedarfsorientiert in angemessener Qualität und Kontinuität zu gewährleisten.

Ein Case Manager muss demnach folgende Kompetenzen in sich vereinen:

- Fachlich – klinische Fähigkeiten
- Soft Skills, insbesondere Menschenführung und Konfliktmanagement
- Hohe Fähigkeit zur Selbstorganisation im Projekt- und Prozessmanagement
- System- und Strukturkenntnisse im Bereich Recht und Steuern
- Ökonomische Kompetenzen wie Prozesskostenrechnung und Fusionsmanagement

¹⁴ Osterloh, M., Frost, J.: Prozessmanagement als Kernkompetenz, Gabler Verlag 2006.

¹⁵ Ewers, M., Schaeffer, D.: Case Management in Theorie und Praxis, Huber 2005.

Zu seinen Aufgaben gehören damit genauso das Aufnahme-, Belegungs-, Prozess- und Projektmanagement sowie die Fallsteuerung DRG wie auch die eng betriebswirtschaftlichen Funktionen Controlling und Marketing sowie Kommunikation und Beratung.¹⁶

Zusammenfassend muss sich das Berufs- und Rollenverständnis der Berufsgruppen im Gesundheitswesen radikal ändern, um den neuen gesellschaftlichen Gegebenheiten gerecht werden zu können. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung und Integration von Management Know how in das Medizinisch-Technische Berufsbild.

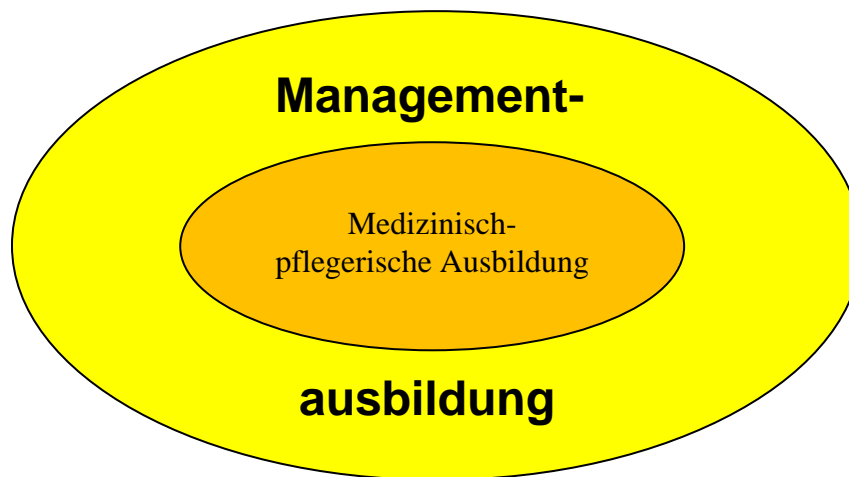


Abbildung 3: Änderung des Medizinisch-Pflegerischen Berufsfeldes

Neben Kenntnissen in allgemeinen Managementdisziplinen wie zum Beispiel Unternehmensführung, Controlling, Kostenmanagement, Qualitäts- und Kundenmanagement sind hier die Kompetenzfelder Recht, Finanzierung und Organisation mit gesundheitspezifischer Ausrichtung zu vermitteln.

Besonderes Augenmerk ist dabei auch auf die Entwicklung der Soft Skills zu legen, da dem „Kunden“ Patient und vor- und nacharbeitenden Kollegen die komplexe, ganzheitliche Heil- und Vorsorgebehandlung zu kommunizieren ist.

¹⁶ ebenda.

C Fazit

Gravierende Veränderungen in der Gesundheitswirtschaft werden unweigerlich in den nächsten Jahren folgen. Es ist heute Aufgabe aller Akteure, umgehend Lösungskonzepte zur Bewältigung zu entwickeln. Dazu gehören insbesondere neue Versorgungsformen wie Medizinische Versorgungszentren, die die ganzheitliche Betreuung der Patienten gewährleisten können. Eine umfassende IT-Vernetzung sorgt für das notwendige Informationsmanagement zwischen den Beteiligten. Die aktuell in der Gesundheitswirtschaft handelnden Personen müssen sich insofern veränderten Rahmenbedingungen anpassen und sich das dafür notwendige Know-how aneignen.

Dieser Strukturwandel erfordert umfassendes Engagement von allen Beteiligten, um den Umbau der Gesundheitswirtschaft erfolgreich bestreiten zu können.

4 Wir brauchen in Zukunft mehr Pflegemanager

FOM: *Herr Prof. Dr. Goldschmidt, zunächst herzlich Willkommen auf unserer Tagung. Wir freuen uns sehr über Ihr Kommen und Ihre Bereitschaft zu einem Interview. Die Gesundheitsbranche ist eine immens wachsende Branche. Entsprechend müssen die Mitarbeiter auf die sich ändernden Anforderungen auch eingestellt werden. Was ist für die Mitarbeiter der Branche nun wichtig für die Zukunft?*

Prof. Dr. Andreas Goldschmidt: Die Mitarbeiter erkennen relativ gut, dass sich für sie seit einigen Jahren das Arbeitsumfeld dramatisch verändert hat. Sie spüren es im Allgemeinen aber leider nicht dadurch, dass es gute Personalentwicklungsmöglichkeiten in den Gesundheitseinrichtungen gibt, das ist wohl allenfalls bei den großen Trägern der Fall. Dort sind meist auch die Mittel und das Angebot vorhanden, die Mitarbeiter hausintern weiter zu entwickeln oder sie zu externen, professionelleren Einrichtungen zu schicken. Den Mitarbeitern selbst ist aber oft im Detail nicht klar, was sie brauchen. Sie wissen sehr wohl, dass sich der stationäre Bereich zunehmend in einen ambulanten Bereich verwandelt oder mit ihm sehr eng zusammen arbeiten muss. Das bedeutet, dass die Patienten künftig nicht mehr so häufig ins Krankenhaus kommen, sondern dass wir zu den Patienten kommen müssen. Dieses Zusammenwachsen – aus einem Haus heraus in die Fläche – ist ein relativ neuer Ansatz. In der peripheren Versorgung brauchen wir andererseits in Teilbereichen weniger Pflegekräfte, dafür aber mehr und mehr andere Fachkräfte, die zum Beispiel mit Hauswirtschaft vertraut sind. Die Pflegekräfte von heute müssen sich weiter professionalisieren. Managementkenntnisse sind dafür wichtig.

FOM: *Wird in der Gesundheitsbranche denn erkannt, dass Managementkenntnisse in Zukunft so bedeutsam sein werden?*

Prof. Dr. Andreas Goldschmidt: Mehr intuitiv als dass es schon richtiges Wissen ist. Die Pflege kommt erst seit etwa fünf Jahren langsam aus dem Traum heraus, dass man in diesem Bereich nur am Krankenbett tätig ist. Man muss auf der Führungsebene zunehmend weg von der Pflegegruppe und bereit sein, auch anderweitig Verantwortung zu übernehmen. Es gibt ein Mehrebenen-Problem:

Auf der einen Seite laufen uns die Hausärzte, wie auch alle anderen Gruppen, die in der medizinisch-pflegerischen Dienstleistung tätig sind, zunehmend aus der Peripherie weg. Das heißt: Dort, wo die alten Menschen in der Zukunft verbleiben, gehen genau die weg, die für deren Versorgung gebraucht werden. Außerdem sind die benötigten Versorger, in der Peripherie nicht gerecht bezahlbar, weil sie im Verhältnis weite Wege fahren, die sich für sie aber nicht rechnen. In diesem Spannungsfeld befinden wir uns. Das bedeutet – und das ist die Idee der Pflegeschwerpunkte und Gesundheitszentren – dass sich mehr und mehr Ärzte und ambulant tätige Pflegekräfte zukünftig gemeinsam innerhalb solcher Zentren ansiedeln werden. Und dort werden Kompetenzen benötigt wie Personalentwicklung und – ganz wichtig – Personalvermittlung und Projektmanagement. Es geht um Projekte, die permanent neu geführt werden müssen. Medikamente müssen zu den Patienten gebracht werden oder auch Patienten mal abgeholt werden – das Ganze wird unglaublich mobil.

Betriebswirtschaft ist dafür die Grundlage. Projektmanagement ist daneben ein Teilgebiet, das extrem wichtig ist, aber auch die Logistik wird immer bedeutender. Dazu kommt das Thema Kommunikation, denn die Mitarbeiter werden sich mit hochwertiger Technik beschäftigen müssen. Es wird Geräte geben, die sehen vielleicht aus wie ein Handy, dahinter steckt aber wesentlich mehr: Ein Multifunktionsgerät mit GPS, der Möglichkeit ein elektronisches Rezept zu erstellen und eine kleine Lagerverwaltung zu betreiben. Je nachdem, welche Angebote die Pflegeschwerpunkte und Gesundheitszentren in der Zukunft haben sollen, wird es verschiedene Modelle geben, deren Möglichkeiten man sukzessive erweitern kann. In dem dann entstehenden Wettbewerb werden diejenigen Anbieter, die das Thema Gesundheitslogistik beherrschen, die Nase vorn haben und damit Geld verdienen.

***FOM:** Es stehen also weitreichende Veränderungen bevor und die Anforderungen an die Beschäftigten werden weiter wachsen. Bekommen die Mitarbeiter aus der Gesundheitsbranche dieses neue Wissen denn schon vermittelt? Gibt es Angebote, die genau das abdecken, was künftig gefordert ist?*

Prof. Dr. Andreas Goldschmidt: Nein, das bekommen sie noch nicht oder nur in Teilen und an wenigen Stellen. In diesem Zusammenhang ist der Regionenwettbewerb vom BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) interessant, in dem Gesundheitsregionen gefördert werden. Über 80 Regionen in Deutschland haben sich um den Zuschlag des Ministeriums beworben. Beim Hauptstadtkongress in Berlin sind dann nach eingehender Begutachtung 20 Regionen ausgewählt worden, die nun innerhalb von neun Monaten eine komplette Konzeption vorlegen können. Nach Ablauf der neun Monate bleiben fünf Regionen

übrig, die schließlich über vier Jahre gefördert werden, um ihr entsprechendes Konzept auch durchzuführen. Durch solche Projekte wird offenbar, was bei uns gefragt wird und wie die Gesundheitsversorgung der Zukunft aussehen kann. Und so wird auch deutlich, was wir für einen Ausbildungs- und Studienbedarf haben. Da geht es nicht mehr um die Klassiker wie Katheter schieben können – das gehört dann einfach dazu. Wir brauchen regelrechte Manager, wir brauchen mehr Pflegemanager in der Zukunft als ärztliche Manager.

***FOM:** Weiterqualifizierungen auf dem medizinischen Sektor bietet beispielsweise auch die FOM an. Werden diese Angebote mehr werden?*

Prof. Dr. Andreas Goldschmidt: Es wird in Zukunft mehr solcher Angebote geben. Der Patient wird für seine Versorgung zunehmend in die eigene Tasche greifen müssen und seine Eigenbeteiligungen werden teilweise auch in die Bildung fließen. Den Markt für Berufsakademien und Fachhochschulen – wie die FOM – sehe ich allerdings eher bei der Qualifizierung vom mittleren Management. In diesem Segment braucht das Gesundheitssystem in absehbarer Zeit viele qualifizierte Leute. Weitere große Themen der Zukunft werden auch Qualitätsmanagement und Medizin-Controlling sein und hier vor allem der kaufmännische Teil auf der zweiten Management-Ebene unterhalb der Geschäftsführung. Dieser Bereich wird die starke dritte Säule neben den Finanz- und Rechnungswesen und dem Personalmanagement sein, dem strategische Aufgaben zukommen. Genau das sind Inhalte, die im Rahmen eines Masters nach dem Bachelor vermittelt werden können.

5 Darstellung der Kooperationspartner



Die zufriedenen Veranstalter im Rahmen der Tagung (v.l.n.r.):

Heinz D. Diste, Geschäftsführer Contilia GmbH; Jürgen Ohms, Akademieleiter
Contilia GmbH; Ulrike Joschko, NRW Regionalagentur MEO e.V.;
Prof. Dr. Burghard Hermeier, Rektor der FOM Essen.

5.1 Not sehen und handeln – Caritas

Not sehen und handeln – Caritas, das ist der Leitspruch des größten Wohlfahrtsverbandes in Deutschland, der mit fast 500.000 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und nochmals 500.000 Ehrenamtlichen die soziale Arbeit der katholischen Kirche organisiert.

Die Caritas ist kein „Wohltätigkeitskonzern“, denn die Mitarbeiter verteilen sich auf weit über 20.000 Beratungsstellen, Sozialstationen, Altenpflegeheime und Krankenhäuser, die rechtlich selbständig sind und ihre Angebote so gestalten, wie sie vor Ort benötigt werden. Das beginnt mit den Gruppen der Pfarrcaritas in den Kirchengemeinden, geht weiter mit den örtlichen Caritasverbänden, die die hauptamtlichen Dienste in einer Region bündeln und den Diözesancaritasverbänden in den Bistümern, bis zum Deutschen Caritasverband mit seiner Zentrale in Freiburg und einer starken Vertretung in Berlin.

Im Bistum Essen bietet die Caritas vielfältige Hilfen, Dienstleistungen und Angebote an. Das umfassende Angebot an Beratung und unterstützenden Diensten reicht von der Schwangerschaftsberatung über die Erziehungsberatung bis zur Offenen Altenhilfe. Einer der Schwerpunkte liegt bei den Hilfen für Familien, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Viele Beratungsdienste werden von Menschen aufgesucht, die arm oder von Armut bedroht sind. Hier Hilfe anzubieten ist deshalb ein Schwerpunkt in der Arbeit der Caritas im Ruhrbistum.

In diesen Feldern finden Sie die Hilfe der Caritas im Ruhrbistum:

- Hilfen für alte Menschen
- Hilfen für kranke Menschen
- Hilfen für behinderte Menschen
- Hilfen für suchtkranke Menschen und Drogenabhängige
- Hilfen für psychisch kranke Menschen
- Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien
- Hilfen für Schwangere und junge Mütter
- Hilfen für Ausländer, Aussiedler, Asylbewerber und Flüchtlinge
- Hilfen für Menschen in besonderen Lebenslagen
- Berufliche Fort- und Weiterbildung
- Auslandshilfe

Sie erreichen uns unter:

Caritasverband für das Bistum Essen e. V.

Am Porscheplatz 7 – 45127 Essen

Telefon: 0201 / 81028-0 – Fax: 0201 / 81028-222

www.caritas-essen.de – poststelle@caritas-essen.de

5.2 Contilia GmbH Essen und Mülheim

Die Contilia Gruppe steht für Dienstleistungen rund um Gesundheit und Medizin. Wir sind einer der führenden sozialen Dienstleister in Nordrhein-Westfalen. Nicht nur Kranke und Pflegebedürftige, Senioren, Jugendliche und Behinderte sind unsere Zielgruppen. Wir sind spezialisiert auf medizinische Serviceleistungen.

Qualität ist uns wichtig. Das macht der hohe Standard unseres Leistungsspektrums deutlich. Diagnose, Therapie und Versorgung kommen aus einer Hand – gebündelte Kompetenz, die eine optimale Versorgung unserer Patienten, Klienten und Bewohner garantiert. Unter dem Dach der Contilia engagieren sich 2.395 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

- Jährlich betreuen wir in zwei Krankenhäusern ca. 36.000 stationäre und 45.000 ambulante Patienten.
- Zwei ambulante Pflegedienste – AKB und die Ambulante Kinderkrankenpflege – unterstützen professionell Pflegebedürftige und Pflegende zu Hause.
- In acht Senioreneinrichtungen stehen 900 Plätze und 230 seniorengerechte Wohneinheiten zur Verfügung.
- Die Gesellschaft für Labormedizin versorgt 2.300 Krankenhausbetten.
- Das Zentrum für Präventionsmedizin "Body Guard!" bietet individuell zugeschnittene Leistungen im Bereich der Vorsorge.

Die Contilia Akademie sorgt für eine qualifizierte Pflegeausbildung und die Fort- und Weiterbildung der Contilia Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Im Jahre 2006 wurde die Contilia GmbH von folgenden Gesellschaftern gegründet:

St. Elisabeth-Stiftung Essen, Stiftung St. Marien-Hospital zu Mülheim an der Ruhr, Caritas-Trägerwerk im Bistum Essen e.V..

Contilia GmbH

Klara-Kopp-Weg 3, D-45138 Essen

Fon +49(0)201 897-0, Fax +49(0) 201 897-2809

www.contilia.de

5.3 FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management

Die FOM Fachhochschule für Oekonomie & Management gehört zum BildungsCentrum der Wirtschaft in Essen (BCW), das 1956 von namhaften Unternehmen und Verbänden der Wirtschaft im Zusammenwirken mit der Industrie- und Handelskammer zu Essen für die Weiterbildung von Fach- und Führungskräften gegründet wurde.

Als gemeinnützige Einrichtung in der Trägerschaft einer Stiftung hat sich das BCW in den 50 Jahren seines Bestehens zu einer der bedeutendsten Bildungseinrichtungen der Wirtschaft in Deutschland entwickelt. Innovation gepaart mit jahrzehntelanger Expertenerfahrung aus Wirtschaft, Hochschule und Verwaltung kennzeichnen das BCW. Die Bildungsangebote werden ständig an die aktuellen Anforderungen der Berufspraxis angepasst.

Im BCW-Rahmenprojekt „Paradigmenwechsel: Vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft“ verfolgt die FOM das Ziel, die Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen wissenschaftlich zu begleiten und auf dieser Basis die an der Hochschule verfolgten wissenschaftlichen Ansätze und Konzepte – mit deren Hilfe dem identifizierten Wandel gewinnbringend begegnet werden soll – zu überprüfen.

Das Rahmenprojekt bündelt existierende Projektansätze und Netzwerke sowie die personellen Fachkompetenzen der FOM, um einen branchenorientierten Kompetenzaustausch in Expertenrunden zu initiieren und daraus tragfähige Strategien abzuleiten. In diesem Kontext sei insbesondere auf den durch die Hochschulleitung implementierten „Fachbeirat Gesundheitswirtschaft“ an der FOM hingewiesen.

Im Zuge einer umfassenden Betrachtung des Paradigmenwechsels haben wir uns mit kompetenten Partnern der Gesundheitswirtschaft zusammengeschlossen, die auszugsweise auch an der zu diesem Tagungsband führenden Gesundheitstagung beteiligt waren. Wenn auch Sie von einem Austausch mit den beteiligten Professoren und Fachleuten profitieren möchten, sprechen wir gerne mit Ihnen über Ihre Teilnahme an unserem Projekt.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<http://www.fom.de/paradigmenwechsel.html>

5.4 NRW Regionalagentur MEO – Gemeinsam für die Region

Als Bindeglied zwischen Land und Region hat die Regionalagentur MEO die Aufgabe, die arbeitsmarktpolitischen Programme und Initiativen des Landes Nordrhein-Westfalen in der Region Mülheim an der Ruhr, Essen und Oberhausen für die Region zu erschließen und ihre Umsetzung zu begleiten.

Mit dem Ziel, Menschen in Arbeit zu bringen sowie Ausbildung und Beschäftigung in der Region zu sichern, informiert die Regionalagentur über die Zielsetzungen und Förderinstrumente des Landes und unterstützt Projektträger bei der Entwicklung, Beantragung und Umsetzung regionaler Arbeitsmarktprojekte.

Unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Kompetenzen und Bedarfe liegen die inhaltlichen Schwerpunkte hierbei in den Handlungsbereichen „Jugend und Berufsausbildung“, „Förderung der Beschäftigungsfähigkeit“ und „Integration besonderer Zielgruppen in den Arbeitsmarkt“.

Darüber hinaus ist die Regionalagentur Anlaufstelle für Unternehmen, Beratungsbüros, Bildungsträger und alle weiteren regionalen Arbeitsmarktakteure, die sich gemeinsam in und für die Region engagieren wollen: Sie koordiniert die Aktivitäten der unterschiedlichen Akteure in den einzelnen Förderprogrammen, organisiert Runde Tische und Arbeitstreffen. Sie unterstützt den Aufbau und die Pflege von Kooperationen und Netzwerken zu aktuellen Themen der Arbeitsmarktpolitik und entwickelt gemeinsam mit den genannten Akteuren Strategien beispielsweise zur Bewältigung des demografischen Wandels oder zur Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit in der Region.

Mehr über die Arbeit der Regionalagentur MEO erfahren Sie unter:

NRW Regionalagentur MEO
Am Waldthausenpark 2
45127 Essen
Fon: 0201-1892-183
Fax: 0201 - 1892-315

www.regionalagentur-meo.de

Für Mitarbeiter/-innen im Gesundheitswesen

Gesundheitstagung
**»Neue Anforderungen
und Qualifizierungsansätze
im Gesundheitswesen«**

Freitag | 30.05.2008 | in Essen



**Teilnahme
kostenlos**

Programm

- 10:30 Uhr Empfang
- 11:00 Uhr Begrüßung und Einführung
Prof. Dr. Hermeier | Rektor FOM Essen
- > **VORTRÄGE**
- 11:15 Uhr 1 »Kinder haften für ihre Eltern –
demografische Entwicklung und die Zukunft
der Sozialsysteme«
Heinz D. Diste | Geschäftsführer Contilia GmbH
- 11:45 Uhr 2 »Personalentwicklung im Kontext
der Stellenplansituation in ambulanten
und stationären Pflegeeinrichtungen«
Thomas Behler | Geschäftsführer Contilia GmbH
für den Bereich Senioren und Jugend | Leitung Marketing
- 12:00 Uhr 3 »Anforderungen an die Entwicklung
von Managementkompetenzen
in der Stations- und Pflegedienstleitung«
Prof. Dr. med. Michael Schütte | FOM Essen
- 12:45 Uhr Podiumsdiskussion
- 13:15 Uhr Mittagspause
- 14:00 Uhr > **ZUR AUSWAHL: 3 DISKUSSIONSFOREN**
Wir bitten um Anmeldung auf dem beigefügten Formular
- A »Herausforderung Demenz –
Neue Anforderungen an die Kompetenzen
von Pflegenden«**
Referenten: Prof. Dr. med. Hans Georg Nehen | Contilia GmbH
Ariel Weißberg | Contilia GmbH
Moderation: Jürgen Ohms | Leiter Contilia Akademie
- B »Palliative Care im Kontext
des demografischen Wandels«**
Referentinnen: Dr. Christine Bienek | Fachärztin für Geriatrie
und Palliativmedizin
Gisela Fröder und Ulrike Röder | Leiterin und stellvertretende
Leiterin Palliativstation St. Marien-Hospital Mülheim
Moderation: Daniel Holzem | Caritasverband für das Bistum
Essen e.V.
- C »Managementkompetenzen für die
Gesundheitsversorgung der Zukunft«**
Referent: Prof. Dr. med. Michael Schütte | FOM Essen
Moderation: Bianca Krol | FOM Essen
- 16:00 Uhr Zusammenfassung der Ergebnisse
- 16:30 Uhr Fazit und Ausblick

Der demografische Wandel unserer Gesellschaft sorgt für tiefgreifende Veränderungen auch im Gesundheitswesen: Palliativ Care, zunehmende Demenzerkrankungen und ein insgesamt ansteigender Pflegebedarf bestimmen und verändern die tägliche Arbeit der Beschäftigten erheblich.

Die sich wandelnden Rahmenbedingungen führen auch zu neuen Anforderungen und Qualifizierungsansätzen für Pflegekräfte, Pflegeleitungen und Personalverantwortliche. Die FOM Gesundheitstagung schließt thematisch an die Demografiekonferenzen 2008 des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen mit den Regionalagenturen in NRW an. Sie gibt Antworten und Ausblicke, wie auf die demografischen Herausforderungen reagiert werden kann und welche Qualifikationsprofile erforderlich sind, um den neuen Berufsprofilen zu entsprechen.

