

Auswirkungen auf den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen haben könnten¹. Dabei wurden nicht ausschließlich Kommunen ausgewählt, die einen Optimierungsbedarf in der medizinischen Versorgung aufweisen, sondern auch jene, deren medizinische Versorgung sichergestellt ist. Als Beispiel soll hier der Indikator „Grenzregion“ erläutert werden. Kommunen in den Grenzregionen stehen im besonderen Maße unter Druck, denn die Vergütung in den angrenzenden (Bundes-)Ländern können variieren oder die Attraktivität der Arbeitsplätze und Wohnorte in den angrenzenden Kommunen werden als besser empfunden, als im Münsterland. Gerade im Wettbewerb um neue Fachkräfte könnten diese angewendeten Faktoren ausschlaggebend für die Wahl eines Jobstandorts sein.

Neben inhaltlichen und strukturellen Aspekten wurden aber auch rein pragmatische Auswahlkriterien zu Grunde gelegt. Beispielsweise ist ein Verbund von zu vielen Kommunen zu einer Modellkommune ungünstig, um die Workshops effektiv durchzuführen, da nur eine begrenzte Anzahl an Personen pro Workshop mitwirken kann. Zudem könnten die inhaltliche Ausrichtung und Gestaltung der Workshops durch eine zu große Heterogenität der Kommunen zu komplex werden, um konkrete Ergebnisse zu erzielen.

Die vorab vom Projektteam getroffene Auswahl wurde dann im nächsten Schritt mit der KVWL besprochen und diskutiert. Aufgrund der Expertise der KVWL im Bereich der medizinischen Bedarfsplanung wurde diese Auswahl, zumindest für den medizinischen Bereich, bestätigt oder verworfen. Die endgültige Auswahl der Modellkommunen oblag jedoch allein dem Projektteam.

Tabelle 1: Übersicht über die Indikatoren zur Auswahl der Modellkommunen

Stufe 1:	- Eine bzw. zwei Kommunen pro Kreis (zweite Kommune im Kreis Steinfurt, da Rheine-Neuenkirchen laut Antrag bereits festgelegt, größter Kreis)	
Stufe 2:	Objektive, statistische Indikatoren	Subjektive, qualitative Indikatoren
	<ul style="list-style-type: none"> - Einwohnerzahl der Kommune - Infrastruktur (Stadt vs. Land) - Grenzregion zu den Niederlanden, zum Ruhrgebiet oder Niedersachsen - Versorgungssituation Medizin: <ul style="list-style-type: none"> o Altersstruktur der Hausärzte (Gefährdung der hausärztlichen Versorgung) o Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung o Entfernung zum nächstgelegenen (Allgemein-)Krankenhaus o Niederlassungsmöglichkeiten für Mediziner o Förderverzeichnis der KVWL 	<ul style="list-style-type: none"> - Bereits vorhandene Strukturen in der kommunalen Gesundheitsversorgung (z. B. bestehende, aktive Ärztenetzwerke) - Leitlinien & Strategien mit Bezug zum Thema medizinische, pflegerische und therapeutische Infrastruktur - Variabilität der Stakeholder aus dem Gesundheitswesen (z. B. Einbindung aller großen Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Stufungen aus dem Münsterland ist möglich, sofern Interesse besteht) - Ggf. Besonderheiten von Kommunen mit Gesundheitsbezug (z. B. Kurorte, ...)

¹ Vor allem für den medizinischen Bereich liegen Daten zur Versorgungssituation, z. T. auch sehr kleinteilig auf kommunaler Ebene vor, die auch kreisübergreifende Vergleiche der Kommunen zulassen. Eine solche ausgeprägte Datenlage liegt im pflegerischen und therapeutischen Bereich leider nicht vor, da die Daten oftmals nur auf Kreisebene vorliegen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Versorgungssituation Pflege (sofern Daten vorlagen, die Vergleich der Kommunen erlaubten) <ul style="list-style-type: none"> o Bettenzahlen (Stationär, Kurzzeitpflege,) o Plätze in Tageseinrichtungen und Kurzzeitpflege - Versorgungssituation Therapie (sofern Daten vorlagen, die einen Vergleich der Kommunen erlaubten) 	
Stufe 3:	- Austausch mit KVWL	
Stufe 4:	- Zustimmung der Kommune(n) (Ratsbeschlüsse)	

Im letzten Schritt folgten die Kontaktierung, Information und die Zustimmung der ausgewählten Modellkommunen. Neben der Zustimmung und der Interessensbekundung durch die Bürgermeister sind Ratsbeschlüsse der jeweiligen Kommune notwendig, um die Teilnahme am Projekt final zu beschließen. An dieser Stelle sei nochmal darauf hingewiesen, dass die Modellkommunen vom Projektteam ausgewählt wurden und keine aktive Bewerbung der Kommunen um einen Platz als Modellkommune vorab möglich war.

Auswahl der Modellkommune Lüdinghausen

Als Modellkommune im Kreis Coesfeld wurde die Stadt Lüdinghausen vom Projektteam ausgewählt. Lüdinghausen soll eine der zwei Modellkommunen sein, die einzeln, also nicht im Verbund mehrerer Kommunen als Modellkommune am Projekt teilnimmt. Die Entscheidung wurde zum einen auf Grund der Heterogenität der Modellkommunen untereinander und der damit verbundenen Umsetzung des Projektes getroffen. Zum anderen zeigt sich im Vergleich zu anderen Kommunen des Kreises Coesfeld aktuell eine gute Versorgungssituation. Diese stellt in gewissem Maße einen Unterschied zu den anderen ausgewählten Modellkommunen dar, in denen die medizinische Versorgung und Infrastruktur zum Teil schlechter aufgestellt ist. Vor diesem Hintergrund ergeben sich eventuell andere Herausforderungen, Themen oder Ideen für die Fachkräfteproblematik im Gesundheitswesen und die Stärkung der kommunalen Versorgungskompetenz, als in Kommunen, in denen aktuell „der Schuh drückt“.

Im Hinblick auf die bestehende Infrastruktur können ggf. andere Fragen an die Kommune herangetragen werden: Was kann die Kommune tun, um langfristig diese gute Versorgungssituation aufrechtzuerhalten? Wo ist Optimierungsbedarf? Gleichzeitig können in den Workshops noch stärker potenzielle Problemfelder der Zukunft in den Fokus gerückt werden, z. B. telemedizinische Anwendungen oder andere Gesundheitsberufe, denn auch perspektivisch wird Lüdinghausen Fachpersonal für das Krankenhaus und den neu errichteten MarienCampus benötigen.

Das Projektteam sieht in Lüdinghausen viele Voraussetzungen und Möglichkeiten auf der aktuell guten Versorgungssituation aufzubauen und innovative Ideen für die Zukunft zu erarbeiten. Wir würden uns sehr freuen, Lüdinghausen als Modellkommune für das Projekt Komm-Kom gewinnen zu können.