Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales

Berlin

80plus

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen

Schnittstellen, Ziele und Handlungsbedarf

Diskussionspapier

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Autorinnen und Autoren: Daniela Beyer-Klatt, Regina Fuchs, Dr. Christina Fuhrmann, Andrea Gärtner, Dr. Sabine Hermann, Dr. Ines Klinge, Gabriele Lukas, Korkmaz Özman, Dr. Sylke Sallmon, Karin Stötzner, Rosmarie Weise
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

Rike Hertwig, Stefan Weigand
Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung, Berlin

Koordinierung und redaktionelle Bearbeitung:
Andrea Gärtner, Dr. Sabine Hermann
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

Technische Umsetzung: Referat I A
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

Kontakt: Andrea Gärtner
E-Mail: Andrea.Gaertner@sengs.berlin.de
Telefon: (030) 9028 1147

Redaktionsschluss: März 2015

Online: http://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus/

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 2

1 Einleitung 3

2 Soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins 7

3 Handlungsfelder 13

Handlungsfeld 1 Prävention und Gesundheitsförderung stärken 14

Handlungsfeld 2 Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung 21

Handlungsfeld 3 Stationäre Versorgung im Krankenhaus 26

Handlungsfeld 4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung 33

Handlungsfeld 5 Versorgung am Lebensende 46

Handlungsfeld 6 Aus-, Fort- und Weiterbildung 54

Handlungsfeld 7 Selbstbestimmung und Teilhabe 61

4 Ausblick 66

5 Anhang 67

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

eigentlich hätten wir Grund zur Freude: Medizinischer Fortschritt, eine gesündere Lebenszeit, verbesserte Arbeitsbedingungen und gut ausgebaute soziale Sicherungssysteme sorgen für immer bessere Lebensbedingungen und einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung. Wir bleiben nicht nur immer länger gesund und leistungsfähig, sondern erreichen dadurch auch ein immer höheres Lebensalter.

Das ist eine positive Entwicklung. Gleichzeitig steigt mit dem Alter aber auch die Wahrscheinlichkeit, krank und pflegebedürftig zu werden. Zugleich führt die Verbindung von steigender Lebenserwartung und niedrigen Geburtenraten dazu, dass wir auch als Gesellschaft als Ganzes immer älter – und damit potenziell pflegebedürftiger – werden. Insbesondere der Anteil der Hochaltrigen, d. h. der Menschen über 80 Jahre, nimmt rasant zu – mit deutlichen Auswirkungen auf die Entwicklung des Pflegebedarfs. Wir sollten nicht vergessen: Die Generation 80+ hat den Grundstein für unseren heutigen Wohlstand gelegt, hat Kinder und Enkel großgezogen und die eigenen Eltern gepflegt. Nun liegt es in unserer Verantwortung, sie und die nachfolgenden Altengenerationen gut und würdig zu versorgen.

Die medizinische und pflegerische Versorgung erfolgt in Berlin durchaus auf hohem Niveau. Dennoch – und in einigen Fällen gerade deswegen – sind Versorgungslücken erkennbar. Insbesondere an den Übergängen zwischen den Versorgungsbereichen gibt es Schwachstellen. Ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung sind organisatorisch und rechtlich voneinander abgegrenzt und die Kooperation zwischen den Anbietern bzw. zwischen den Leistungsträgern (Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungen) ist leider in vielen Fällen lückenhaft.

Doch gerade im Alter sind wir meist auf Leistungen aus mehr als einem der genannten Versorgungsbereiche bzw. von mehr als einem Leistungsträger angewiesen. Die offenkundigen Versorgungslücken stellen daher eine besondere Herausforderung dar. Unser Ziel ist es, die bestehenden Strukturen der Versorgung so weiterzuentwickeln, dass sie den Anforderungen einer immer älter werdenden Gesellschaft künftig noch besser gerecht werden.

Mit dem vorliegenden Papier gehen wir diese Herausforderung offensiv an. Es soll als Ausgangspunkt und Impuls für einen breit angelegten Dialog dienen, in dessen Rahmen eine tragfähige Strategie zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen entwickelt wird. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wird diesen Prozess verantwortlich steuern.

Doch für den Erfolg brauchen wir Ihre Erfahrung und Ihre Mitwirkung. Gelingen kann das Vorhaben nur, wenn sich alle relevanten Akteure – Bürgerinnen und Bürger, Einrichtungen, Träger und Verbände des Sozial- und Gesundheitswesens – aktiv an der Diskussion und an der Umsetzung der Ergebnisse beteiligen.

Ich möchte Sie daher herzlich einladen, durch Ihre aktive Teilnahme dazu beizutragen, die Versorgung und somit die Lebensqualität von hochaltrigen Menschen in Berlin nachhaltig zu verbessern.

Ihr

Mario Czaja

1 Einleitung

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeigt leicht rückgängige Einwohnerzahlen aufgrund geringer Geburten und trotz Zuwanderung, einen deutlich stärkeren **Alterungsprozess** in den neuen Bundesländern als in den alten sowie eine starke Abwanderung in den Süden und Westen Deutschlands. Nach Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung wird sich dieser Rückgang bis 2030 fortsetzen, es wird ein Rückgang der Bevölkerung Deutschlands um bis zu 3 Mio Menschen prognostiziert, der aus heutiger Sicht auch nicht durch Wanderungsbewegungen ausgeglichen werden kann.[1]

Ganz anders stellt sich die **Bevölkerungsentwicklung in Berlin** dar: Bis zum Jahr 2030 nimmt die Bevölkerung Berlins um rund 250.000 Menschen – bei anhaltender Zuwanderung sogar um bis zu 400.000 Menschen - zu, das entspricht einem Zuwachs von 7 bis 10 %. Herausfordernd ist die fortschreitende Alterung der Berlinerinnen und Berliner; das Durchschnittsalter nimmt von gegenwärtig 42 Jahren auf 44 Jahre in 2030 zu. Die Gruppe der jungen Alten (65 Jahre bis unter 80 Jahre) wird um etwa 14 % zunehmen, die Anzahl der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird sich nahezu verdoppeln. Deutlich steigt auch der Anteil der Migrantinnen und Migranten unter den Älterwerdenden.

Berlin wächst, wird älter und bunter!

Für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in der wachsenden Stadt Berlin bestimmen drei wesentliche **Trends** die Herausforderungen:

- steigende Lebenserwartung,
- Dominanz chronisch-degenerativer Erkrankungen und
- sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Die Veränderung des Altersaufbaus der Bevölkerung – zahlenmäßig kleiner werdende Jahrgänge im jüngeren Alter und stark besetzten Jahrgänge der sogenannten „Babyboomer“ (Geburtsjahrgänge Ende der 1950er bis Beginn der 1970er Jahre) - lässt sich durch zukünftig steigende Geburtenzahlen oder durch verstärkte Zuwanderung lediglich mildern, aber nicht mehr bremsen. Die demografische Alterung ist im heutigen Altersaufbau der Bevölkerung bereits angelegt. Hinzu kommen weitere demografische Entwicklungen, wie die Diversität der Lebens- und Familienformen und die wachsende ethnische Heterogenität der Bevölkerung.

Diese Entwicklung stellt die Gesellschaft insgesamt, ihre Institutionen und Organisationen, aber auch jeden einzelnen älteren Menschen vor neue **Herausforderungen**: Die Gesellschaft muss Rahmenbedingungen für ein aktives und sinnvolles Leben im Alter schaffen und im Fall einer Pflegebedürftigkeit Hilfeleistungen ermöglichen. Die Wirtschaft entdeckt den wachsenden älteren Bevölkerungsteil zunehmend als Zielgruppe für altersgerechte Produkte und Dienstleistungen. Und die älteren Menschen selbst stehen vor der Aufgabe, ein längeres Leben sinnvoll zu gestalten.

Die zivilgesellschaftliche Herausforderung einer älter werdenden Gesellschaft rückt jedoch nur langsam ins Bewusstsein aller Bürgerinnen und Bürger. Das Altern der Gesellschaft wird aber die gesamte Stadtgesellschaft - ob jung oder alt - betreffen. Viel zu wenig wird noch beachtet, dass die bestehenden Organisationen und Systeme der staatlichen Daseinsvorsorge und professionellen Pflegeangebote diesen

[1] Bevölkerungsentwicklung: Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden 2013.

Trends nicht mehr gewachsen sein werden. Fachkräftemangel, Versorgungslücken für den Einzelnen und Finanzierungslücken im Gesundheitssystem zeichnen sich bereits jetzt ab.

Es ist daher erforderlich, auf verschiedenen Ebenen neu zu denken, zu planen und zu gestalten.

Der Anstieg von Anteil und Zahl der älteren Bevölkerung in Berlin hat erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsbedarfe und Angebote. Die verantwortliche Gestaltung einer Gesellschaft mit einer steigenden Zahl alter und zunehmend auch hochbetagter Menschen ist eine Gemeinschaftsaufgabe nahezu aller Bereiche der Politik, insbesondere der Sozial- und Gesundheitspolitik.

Dabei geht es nicht allein um die Versorgungsqualität innerhalb der Sektoren, sondern um die Lebensqualität des Einzelnen und die ist nicht auf Sektoren aufteilbar.

Diesen Herausforderungen des demografischen Wandels stellt sich Berlin.

Der Vierte Altenbericht der Bundesregierung (2002) zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland hat sich mit den Risiken, der Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen befasst und damit den Blick auf die Besonderheiten der Hochaltrigkeit, auf Defizite und Handlungserfordernisse gerichtet.

In dem Bericht wird der Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren pragmatisch als der Beginn des hohen Alters definiert. Aufgrund der Dynamik von Mortalität und Morbidität kann diese Altersgrenze zukünftig höher liegen. Nach heutigen Erkenntnissen steigt jedoch zurzeit die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz jenseits des 80. bis 85. Lebensjahres deutlich.

Das Alter ab 80 Jahren stellt dementsprechend an die Gesundheits- und Sozialpolitik besondere Anforderungen.

Zum Vorgehen und Inhalt

Das Thema „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung **hochaltriger Menschen**“ (nachfolgend synonym bezeichnet als 80plus oder hochbetagt) erfordert eine komplexe Auseinandersetzung. In vielen der betroffenen Themen- und Handlungsfelder kann die Oberste Landesgesundheits- und Sozialbehörde Berlins nicht steuernd eingreifen, häufig sind auch bundesgesetzliche Regelungen betroffen und trotzdem sehen wir uns - im Interesse einer besseren Versorgung Hochaltriger - in der Pflicht. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ist dabei angewiesen auf Kooperationen der Akteure und Beteiligten und neue Lösungsansätze in den unterschiedlichen Verantwortungsbereichen und Handlungsfeldern um konkrete Maßnahmen für Berlin einzuleiten und umzusetzen.

In Vorbereitung eines breiten öffentlichen Diskussionsprozesses haben Expertinnen und Experten der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales - zuständig z. B. für die sozialen Sicherungssysteme, die Pflege- und Altenhilfestrukturen, die Krankenhausplanung, die Aus- und Weiterbildung sowie die Gesundheitsförderung und Prävention - die im Folgenden beschriebenen **Handlungsfelder** prioritär herausgearbeitet. Sie richten ein besonderes Augenmerk auf die Schnittstellen und Übergänge in der Versorgung und sind nicht abschließend gemeint, so wird beispielsweise zukünftig auch über mehr Rehabilitationsmaßnahmen für Hochaltrige und den Ausbau des Heimarztmodells zu diskutieren sein.

Die priorisierten Handlungsfelder (HF) sind (vgl. Kapitel 3):

- HF 1: Prävention und Gesundheitsförderung stärken – Schnittstellen und Übergänge in Kommune und Versorgung am Beispiel der Sturzprävention,
- HF 2: Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung,
- HF 3: stationäre Versorgung im Krankenhaus,
- HF 4: Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung (Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen und Geriatrisch-Gerontopsychiatrische Verbünde als regionale Netzwerkträger sektorenübergreifender ambulanter und stationärer Versorgung),
- HF 5: Versorgung am Lebensende – Versorgung sterbender Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung der Palliativen Geriatrie,
- HF 6: Aus-, Fort- und Weiterbildung (Gerontologie/Geriatrie),
- HF 7: Selbstbestimmung und Teilhabe

Berlin hat in vielen Politikfeldern bereits umfangreiche **Konzepte** für die verschiedenen Versorgungsbereiche vorgelegt, die in Gesetzen, Rahmenempfehlungen oder Maßnahmenplänen wesentliche Eckpunkte vorgeben. Dazu gehören vor allem:

- Berliner Demographie-Konzept,
- Wachsende Stadt,
- Stadtentwicklungskonzept 2030,
- Leitlinien für die Seniorenpolitik,
- Landespflegeplan,
- Krankenhausplan,
- Gesundheitsziele der Landesgesundheitskonferenz „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“,
- Infrastrukturkonzepte für wohnortnahe Versorgung (Pflegeunterstützung und Stadtteilzentren),
- Hospiz- und Palliativkonzept für das Land Berlin.

Festlegungen aus diesen Konzepten werden im Diskussionspapier nicht neu thematisiert.

Das Berliner Diskussionspapier analysiert zunächst die Auswirkungen der demografischen Entwicklung Berlins auf den Bedarf an Leistungen im präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich und in der Pflege. Hierzu werden einleitend die soziodemografischen und gesundheitlichen Eckdaten Berlins aufgeführt, die die lokalen Besonderheiten der wachsenden Stadt Berlin beschreiben.

Die hier zusammengestellten Fragen dienen der Bündelung von Handlungsbedarfen und -empfehlungen, die jenseits bestehender Leitlinien besonders für die Zielgruppe 80plus zu diskutieren sind. An gegebener Stelle wird im vorliegenden Diskussionspapier auf die jeweiligen Konzepte verwiesen.

Das Diskussionspapier begründet sich aus der Notwendigkeit zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung, die sich an den Lebens- und Alltagsbedingungen der Patientinnen und Patienten

orientiert. Dabei sind die Grundprinzipien der Würde, Autonomie und Lebensqualität des Menschen handlungsleitend.

Mit der vorliegenden Skizze der spezifischen Herausforderungen und Handlungsempfehlungen wird ein **Diskurs mit Verantwortlichen, Partnern und Betroffenen** beginnend in 2015 angestrebt. Ziel ist eine Verständigung auf „Meilensteine“ und denkbare Lösungen, die Akteure aus den jeweiligen Versorgungsbereichen gemeinsam gehen und angehen wollen. Die Senatsverwaltung strebt als Ergebnis dieses gemeinsamen Prozesses ein auf die dringlichsten Themen fokussiertes, verbessertes sektoren- und bereichsübergreifendes Versorgungskonzept für die Zielgruppe 80plus im Land Berlin an.

2 Soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins

2.1 Auswirkungen des demografischen Wandels und Datengrundlagen

Der Anstieg von Anteil und Zahl der älteren Berliner Bevölkerung bei gleichzeitiger Abnahme der jüngeren und ihre soziale und gesundheitliche Lage wird Auswirkungen haben auf die Versorgungsbedarfe und -angebote, d. h. auf die Krankheits- und Pflegebedarfsentwicklung, auf das Fachkräfteangebot, den Bedarf in den Gesundheitsberufen und gesundheitsnahen Berufen sowie auf die gesundheitsbezogenen Institutionen.

Nachfolgend wird deshalb der Status Quo für die heutigen älteren Menschen in Berlin aufgezeigt. Als ältere Menschen werden - entsprechend der Empfehlung der WHO - die 50-Jährigen und Älteren bezeichnet, entgegen der in der Statistik üblichen Altersgrenze 65 Jahre und älter werden also auch die sogenannten „jungen Alten“ einbezogen. Diese weiter gefasste Abgrenzung erlaubt einen Blick auf die familiären Unterstützungspotentiale für die heute Hochaltrigen und zugleich auf die künftige Generation der Alten und Hochbetagten, d. h. der 70-Jährigen und Älteren.

Nicht durchgängig liegen Daten zur Altersgruppe der Personen von 80 Jahren und älter vor. Daher werden gegebenenfalls Altersgruppen in anderer altersmäßiger Abgrenzung betrachtet. Datenstand ist das Jahr 2011. Dort, wo verfügbar, wird auf aktuellere Daten der Jahre 2012 oder 2013 zurückgegriffen.[2]

2.2 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur

2.2.1 Altersstruktur

In Berlin leben derzeit[3] rund 3,3 Mio. Menschen, 38 % (1,3 Mio.) von ihnen sind 50 Jahre und älter, davon wiederum **11 % (140 Tsd.) hochbetagt**, d. h. 80 Jahre und älter. Mit zunehmendem Alter steigt der Frauenanteil (alle Altersgruppen: 51 %, 50 Jahre und älter: 54 %, 80 Jahre und älter: 68 %) und der Anteil nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sinkt (14 %, 8 %, 3 %).

Bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Menschen ab 50 Jahren voraussichtlich um 300 Tsd. auf 1,6 Mio. Personen (+20 %) steigen. Etwa 42 % der Bevölkerung wird damit älter als 50 Jahre sein. Die Prognose besagt auch, dass im Jahr 2030 doppelt so viele Menschen statistisch gesehen im Ruhestand (d. h. 65 Jahre und älter) sind als Kinder und Jugendliche in Berlin leben werden (Ältere: ca. 858.000; Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre: ca. 487.000). Die **Zahl der über 80-Jährigen wird sich bis 2030 nahezu verdoppeln**, von heute 140.000 auf 270.000.

Zu Anteilen von Altersgruppen ab 50 Jahren im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg, Berliner Planungsraumebene) vgl. Abbildungen 1 - 4.[4]

[2] Weitere Informationen mit detaillierten Ergebnissen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung stehen in Form von Tabellen, Abbildungen und Karten sowie Ergebnisbeschreibungen und Analysen zu ausgewählten Themen im Gesundheits- und Sozialinformationssystem unter http://www.gsi-berlin.info zur Verfügung.

[3] Zensusergebnisse vom 9. Mai 2011.

[4] Abbildungen im Anhang.

2.2.2 Haushaltsstruktur und Lebensformen

Derzeit gibt es 1.995.400 Privathaushalte in Berlin. Die durchschnittliche Anzahl der Haushaltsmitglieder beträgt 1,7, 1991 lag sie noch bei 2.

Knapp ein Drittel der Bevölkerung (etwa 1,079 Mio.) lebt alleine, damit liegt der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten bei 54 % (Deutschland 40 %). In einem Viertel davon leben ausschließlich Menschen im Alter von über 65 Jahren, darunter sind 72 % Frauen. Das resultiert vor allem aus der höheren Lebenserwartung der Frauen. Bei der Altersgruppe von 25 bis 54 Jahren überwiegt dagegen der Männeranteil mit 61 %.

In jedem fünften Berliner Haushalt leben ausschließlich Seniorinnen und Senioren, dies ist vergleichbar mit Hamburg, jedoch niedriger als z. B in Brandenburg, wo bereits in jedem vierten Haushalt ausschließlich Menschen leben, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Knapp zwei Drittel der in Berlin lebenden jungen Alten (50 - 59 Jahre) sind verheiratet oder führen eine eingetragene Lebenspartnerschaft (Deutschland 72 %), ein Drittel ist mit den Familienständen ledig, verwitwet und geschieden registriert. Bei den 80-Jährigen und Älteren ist dieses Verhältnis genau umgekehrt.

Zum Seniorenstatus von Haushalten und zum Familienstand der über 50-jährigen Bevölkerung im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg) vgl. Abbildungen 5 - 8.

2.3 Soziale Lage

2.3.1 Armutsgefährdungsquote

Gemessen am Bundesmaßstab[5] mit einer Armutsgefährdungsschwelle von 869 Euro (für einen Einpersonenhaushalt) liegt die Armutsgefährdung der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahren im Jahr 2012 mit 11,7 % niedriger als im Durchschnitt für Deutschland (13,6 %).

Gemessen am Landesmaßstab mit einer Armutsgefährdungsschwelle von 798 Euro (für einen Einpersonenhaushalt) liegt die **Armutsgefährdung** der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahren bei 8,1 %. Dabei sind **ältere Männer in Berlin mit 7,7 % und Frauen mit 8,3 % betroffen**. Die innerhalb der Gruppe der Älteren ab 65 Jahren jüngere Bevölkerung ist im Vergleich zur Bevölkerung ab 75 Jahren stärker armutsgefährdet.

Im Vergleich zur gesamten Berliner Bevölkerung (Armutsrisiko: Bundesmaßstab 21,2 % / Landesmaßstab 15,2 %) ist die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren mit einem deutlich geringeren Armutsrisiko behaftet.

Zu Armutsgefährdungsquoten in der älteren Bevölkerung im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg) vgl. Abbildung 9.

[5] Armutsrisikoquoten werden anhand der bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommen ermittelt. Da dieses regional unterschiedlich ausfällt, ergeben sich abhängig vom gewählten regionalen Bezugsrahmen unterschiedliche Ergebnisse. Armutsrisikoquoten im Bundesmaßstab werden anhand des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens von Deutschland berechnet, Armutsrisikoquoten im Landesmaßstab anhand des mittleren Äquivalenzeinkommens im jeweiligen Landesmaßstab. Somit sind treffende Vergleiche durch die Ausrichtung am Maßstab für Deutschland gesamt oder im engeren regionalen Bezug möglich.

2.3.2 Grundsicherung im Alter gemäß 4. Kapitel SGB XII

Personen über der Rentenaltersgrenze und volljährige dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland (§ 41 Abs. 1 SGB XII), die den notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln decken können, haben Anspruch auf Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII.

- Die relative Betroffenheit der Berliner Bevölkerung im Alter **ab 65 Jahren, Grundsicherungsleistungen** in Anspruch nehmen zu müssen, liegt am Ende des Jahres 2013 bei **5,6 %** und damit ungefähr doppelt so hoch wie im Durchschnitt für Deutschland (2,7 %) und ca. viermal so hoch wie im Nachbarbundesland Brandenburg (1,3 %). Unter den Stadtstaaten verzeichnet Berlin die günstigste Situation.
- Am 31.12.2013 erhielten 37.666 Berlinerinnen und Berliner im Alter ab 65 Jahren Grundsicherungsleistungen nach SGB XII. Der Anteil der Grundsicherungsbeziehenden an der Bevölkerung ab 65 Jahren liegt derzeit bei 5,6 % und ist bei Männern genauso hoch wie bei Frauen. **Zwei Drittel der Grundsicherungsempfangenden ab 65 Jahren zählen zur Altersgruppe der 65- bis unter 75-Jährigen**.
- Fast jede fünfte Person mit ausländischer Staatsangehörigkeit (18,8 % / Deutsche: 4,7 %) ist im Rentenalter betroffen.
- Zur Grundsicherung gemäß 4. Kapitel SGB XII in Berlin und im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg) vgl. Abbildungen 10 und 11.

2.4 Gesundheitliche Situation

2.4.1 Lebenserwartung

Die zentrale Kennziffer für den Gesundheitszustand ist die Lebenserwartung: Berliner Frauen haben mit 83 Jahren eine um rund 5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer. Im Vergleich zu der Lebenserwartung vor 10 Jahren entspricht das einem Zugewinn von fast 3 Jahren bei Berlinerinnen und nahezu 4 Jahren bei Berlinern.

Auch die fernere Lebenserwartung nimmt kontinuierlich zu: In Berlin haben derzeit **60-jährige Frauen im Durchschnitt noch rund 25 Jahre vor sich, gleichaltrige Männer 21 Jahre**. 80-jährige und ältere Frauen können im Durchschnitt noch mit 9 Lebensjahren und Männer mit knapp 8 Jahren rechnen.

Mit steigendem Alter nimmt das Risiko für Erkrankungen und **Pflegebedürftigkeit** zu: Berliner Männer sind mit rund zwei Jahren bzw. mit einem Anteil von 2,7 % an ihrer Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen, Berlinerinnen im Durchschnitt mit vier Jahren (bzw. 4,9 %).

Zur durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt sowie im Alter von 60 und 80 Jahren im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg) vgl. Abbildung 12.

2.4.2 Krankheitsspektrum - Multimorbidität

Über zwei Drittel der im Rahmen der Studie „Gesundheit in Deutschland“ vom Robert Koch-Institut befragten 50- bis unter 65-jährigen Menschen sowie gut die **Hälfte der über 65-Jährigen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut ein**. Jeder Dritte bzw. jede Dritte hat nach eigenen Angaben Bluthochdruck, zu hohe Cholesterinwerte und Diabetes mellitus, bei den über 65-Jährigen ist bereits die Hälfte von diesen Krankheiten betroffen.

Multimorbidität ist der Hauptfaktor für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. Die **häufigsten Behandlungsanlässe** (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Altersdiabetes, Fettstoffwechselstörungen, Bronchialleiden, Rheuma/Arthrose, Demenz sowie Frakturen des Oberschenkelknochens) sind meist chronische Krankheiten, die zum einen Folgeerscheinungen des Alters sind. Zum anderen sind diese jedoch auch auf langjähriges Einwirken von Risikofaktoren (z. B. Alkoholmissbrauch, Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsgewohnheiten mit daraus resultierenden Folgekrankheiten) zurückzuführen.

Als eine der großen Herausforderungen gelten **Demenzen** (insbesondere die Alzheimer Krankheit). Auf Grundlage von Schätzungen des Demenz-Reports 2011 vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung ist davon auszugehen, dass in Berlin derzeit rd. 50.000 Demenzkranke leben, im Jahr 2030 werden es bei der prognostizierten Zunahme hochaltriger Menschen über 70.000 sein. In den vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen war 2011 die Hälfte der rd. 27.000 vollstationär betreuten pflegebedürftigen Personen demenzkrank. Demenz tritt zu über 90 % bei 65-Jährigen und Älteren auf, mit dem 80sten Lebensjahr steigt das Erkrankungsrisiko steil an.

2.4.3 Krankenhausbehandlungen

Mobilität, Selbständigkeit und Lebensqualität können gerade bei höheren Altersgruppen durch **unfallbedingte Verletzungen** beeinträchtigt werden. Bei den über 60-Jährigen nahmen unfall-, verletzungs- und vergiftungsbedingte Krankenhausbehandlungen in den letzten Jahren den dritten Platz des Behandlungsspektrums ein, bei den über 80-jährigen Krankenhauspatienten/-patientinnen war es der zweithäufigste Einweisungsgrund.

Von den jährlich rd. 660.000 stationären Behandlungsfällen in Berlin betreffen 64 % die 50-jährigen und älteren Berlinerinnen und Berliner (420.000 Fälle, davon 53 % weiblich). Die höchsten Fallzahlen weisen darunter mit 196.000 bzw. 47 % die 65- bis 79-Jährigen auf.

Die **durchschnittliche Verweildauer** von 50- bis 59-jährigen Krankenhauspatientinnen liegt bei durchschnittlich 7,4 Tagen, bei den 80- bis 94-jährigen sind es 11,0 Tage (Männer 7,5 bzw. 9,9). Von den 50-jährigen und älteren Berliner Frauen und Männern werden durchschnittlich 10.250 Betten in den Krankenhäusern der Stadt belegt.

Von den im Durchschnitt jährlich 32.000 **Gestorbene**n Berlinerinnen und Berlinern verstirbt nahezu die Hälfte (2013: 47,4 % bzw. 15.550 Personen; einschl. Stundenfälle) **im Krankenhaus**. Mit 45,1 % bzw. 6.700 lag dieser Anteil bei den 80-jährigen und Älteren etwas niedriger, bedingt dadurch, dass von den 90-jährigen und Älteren nur noch knapp ein Drittel im Krankenhaus verstirbt (vgl. Abbildung 13).

2.5 Pflegebedürftige nach SGB XI

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Personen, wenn sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder schweren Behinderung für gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im täglichen Leben auf Dauer, voraussichtlich aber für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigen (§§ 14 Abs. 1 und 15 SGB XI).

Im Dezember 2011 waren in Berlin 107.917 Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen. **51.615 Pflegebedürftige waren im Alter von 80 Jahren oder mehr**. Darunter hatten 34.195 von Pflegebedürftigkeit betroffene Personen das 85. Lebensjahr überschritten. Der Bedarf an Pflege steigt mit zunehmendem Alter stark an, so dass jede fünfte Person im Alter von 80 bis 84 Jahren, vier von zehn Personen zwischen 85 und 89 Jahren bis hin zu sechs von zehn 90 Jahre und älteren Personen sich mit dem Thema auseinanderzusetzen

hatten, ein geeignetes Pflegesetting zu finden. Verglichen mit dem Bundesgebiet lag der Anteil Pflegebedürftiger an der Bevölkerung dieser Altersgruppen in Berlin höher als im Durchschnitt für Deutschland. Der Bedarf an Pflege liegt bezogen auf den Personenkreis der über 75-Jährigen in Berlin höher als in den anderen Stadtstaaten, jedoch niedriger als im Land Brandenburg.

In allen Altersgruppen ab dem Alter von 70 Jahren waren unter Berliner Frauen jeweils größere Anteile pflegebedürftig als unter den gleichaltrigen Berliner Männern. Der einsetzende Bedarf an Pflege betrug bei den im Alter von 80- bis 89 das 1,4-fache und bei den über 90-Jährigen fast das Doppelte (1,9-fache) gegenüber dem entstehenden Pflegebedarf bei Männer.

Der **größte Teil aller pflegebedürftigen Personen in Berlin wird im häuslichen Wohnumfeld versorgt** (2011: 75 %). 25 % der Pflegebedürftigen wurde 2011 im häuslichen Umfeld durch professionelle Dienste betreut. Männer (21.777 bzw. 58 % aller männlichen Pflegebedürftigen) wurden deutlich häufiger als Frauen (32.711 bzw. 47 % aller weiblichen Pflegebedürftigen) von Angehörigen gepflegt. Für ein Pflegesetting **in der (voll-)stationäre Pflege** entschieden sich im Jahr 2011 in Berlin 25 % der Pflegebedürftigen. Während sich von den pflegedürftigen Berliner Männern nur knapp jeder fünfte (insgesamt 7.402 Pflegefälle) für eine vollstationäre Pflege entschied, entschieden sich 19.629 Personen weit mehr als jede vierte pflegebedürftige Berlinerin für das Leben in einer stationären Einrichtung. Besonders deutlich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den über 90-Jährigen, wo sich mit 6.547 Personen annähernd jede zweite der insgesamt 13.933 über 90-jährigen pflegebedürftigen Berlinerinnen in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnte. Versus traf das lediglich auf jeden dritten (837 Pflegebedürftige) der insgesamt 2.382 über 90-jährigen pflegebedürftigen Männer zu.

Der Bedarf an Pflege und damit die Zuerkennung einer höheren **Pflegestufe** nimmt naturgemäß mit dem Alter stark zu. Insofern überrascht es nicht, dass Ende 2011 in Berlin mehr als jede vierte (2.983 Personen) aller Personen mit Pflegestufe III in einem Alter von 65 bis 79 Jahren war, annähernd jede zweite schwerstpflegebedürftige Person (insgesamt 5.209 Personen) war älter als 80 Jahre.

Zur Pflegebedürftigkeit nach SGB XI der älteren Bevölkerung in Berlin und im Regionalvergleich (Deutschland, Stadtstaaten, Land Brandenburg) vgl. Abbildungen 14 und 15.

2.5.1 Hilfe zur Pflege nach 7. Kapitel SGB XII

Leistungen der Sozialhilfe bei Bedarf an Pflege werden erbracht, wenn die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) zur Deckung des Pflegebedarfs nicht ausreichen, kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI oder anderer vorrangiger Leistungen besteht und das vorhandene Einkommen und Vermögen zur Bedarfsdeckung nicht ausreicht, wobei die Sozialhilfe im Einzelfall auch Bedarfe abdeckt, die im Leistungskatalog des SGB XI nicht enthalten sind.

Am Jahresende 2013 benötigten 28.177 Personen Hilfe zur Pflege (2011: 27.879), darunter 57 % (15.994) für Pflege im häuslichen Umfeld. Rund sechs von zehn Hilfeempfängern sind Frauen.

Drei von Vier Hilfeempfangenden (74 %) waren 65 Jahre alt oder älter, **52 % der Hilfeempfangenden hatte ein Alter zwischen 65 bis unter 85 Jahren, 22 % war mindestens 85 Jahre alt**.

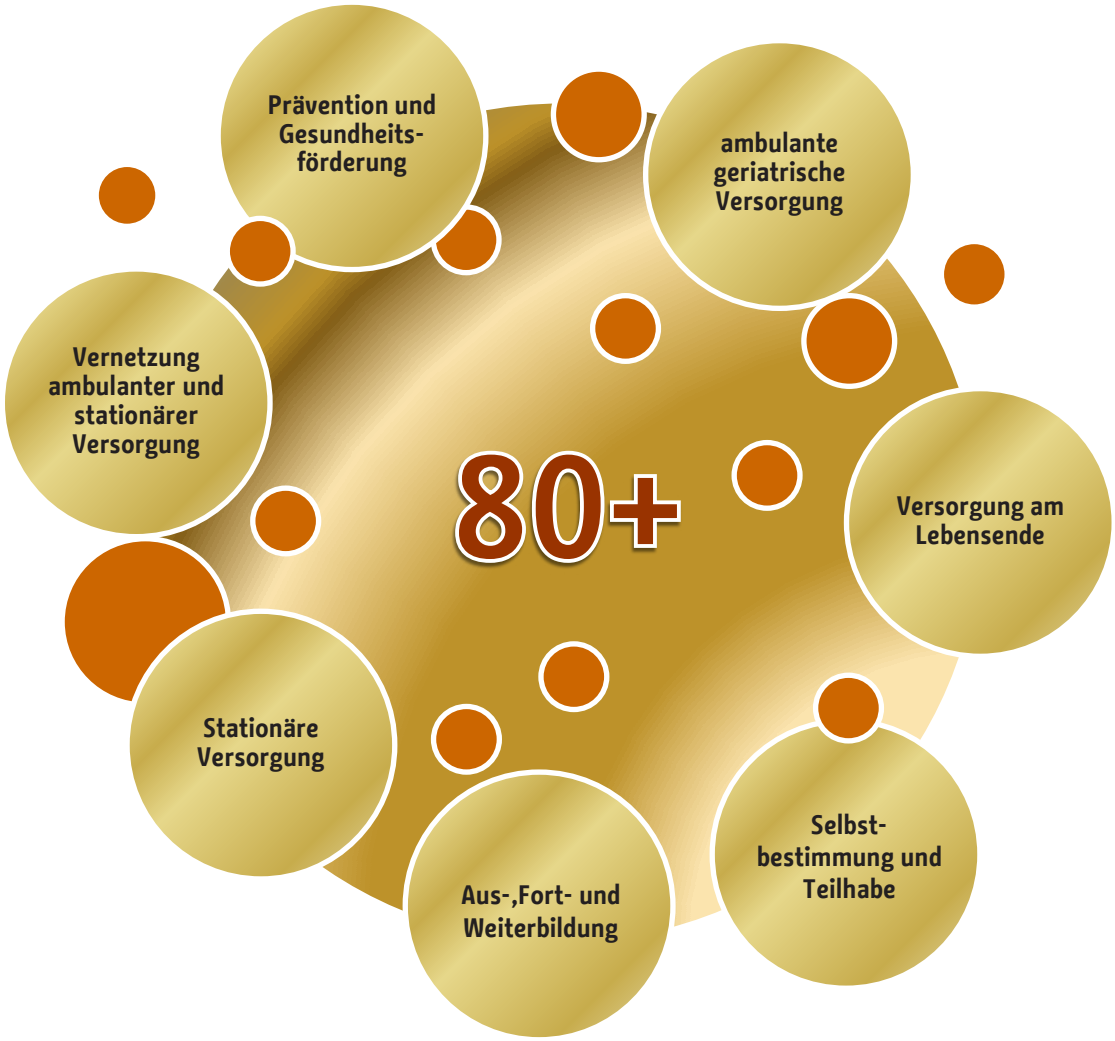
Die höchste Empfängerquote ist in der Altersgruppe ab 85 Jahren vorzufinden. Im Alter ab 85 Jahren benötigten 3,1 von 100 Personen Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII für **häusliche Pflege**, 5,7 von 100 der Altersgruppe für **Pflege in Einrichtungen**.

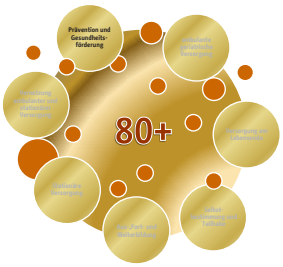
Insgesamt erhielten 57 % der Empfängerinnen und Empfänger von Pflegeleistungen des Sozialamtes Leistungen der häuslichen Pflege. Während dieser Anteil im Vergleich zum Jahresende 2011 konstant geblie-

ben ist, hat sich der Anteil der Personen mit häuslichen Pflegeleistungen des Sozialamtes im Alter ab 65 Jahren vom Jahresende 2001 zum Jahresende 2013 von 51,4 % auf 51,7 % erhöht. Gleichzeitig sank der Anteil der in stationärer Versorgung Untergebrachten von 48,6 % auf 48,3 %.

Zur Hilfe zur Pflege der älteren Bevölkerung in Berlin vgl. Abbildung 16.

3 Handlungsfelder





Handlungsfeld 1 Prävention und Gesundheits-förderung stärken

Schnittstellen und Übergänge in Kommune und Versorgung am Beispiel der Sturzprävention

Hintergrund

Vorherrschende Altersbilder stellen Alter(n) überwiegend in Verbindung mit Verlusten und Einschränkungen dar. Ressourcen für die Gesundheit bei Hochaltrigen treten dadurch oft in den Hintergrund. Prävention und Gesundheitsförderung stecken bei dieser Zielgruppe vielerorts noch in den Kinderschuhen. Das Handlungsfeld 1 konzentriert sich auf Maßnahmen der Sturzprävention (SP), da SP exemplarisch zeigt, wie die Ressourcen Hochaltriger für Gesundheit gestärkt werden können und wie Gesundheitsförderung und Prävention bis in hohe Alter Wirkung entfalten können. SP leistet einen wichtigen Beitrag für die Erhaltung der Selbstständigkeit und Lebensqualität Hochaltriger sowohl im Bereich der eigenen Häuslichkeit wie auch im Bereich der stationären Pflege. Sie kann daher als bedeutendes intersektorales Querschnittsthema angesehen werden.

Hinsichtlich der Häufigkeit von Stürzen und der damit verbundenen gesundheitlichen Folgen besteht eine valide Datengrundlage - diese Daten geben zudem Hinweis auf die besondere gesundheitsökonomische Dimension von Stürzen Hochaltriger. Ein Fokus auf SP bietet sich an, weil generell in diesem Feld der Prävention auch für Hochaltrige geeignete Maßnahmen realisiert werden können und in Berlin bereits entsprechende Akteure tätig sind.

Schätzungen zufolge stürzen 50 % der über 80-Jährigen mindestens einmal pro Jahr.[6] In Pflegeheimen liegt der Anteil noch höher. Zu den Risikofaktoren für Stürze im Alter zählen insbesondere nachlassende Gleichgewichtsfähigkeit und verringerte Muskelkraft.[7] Hinzu kommen der Einfluss von Medikamenten und altersbedingte, sich kumulierende Funktionseinschränkungen.[8,9,10] Stürze führen in über 50 % der Fälle zu Funktionseinschränkungen und in 20 % der Fälle zu Pflegebedürftigkeit.[11] Dazu kommen noch die psychischen Folgen von Stürzen - so wird aus Angst vor einem erneuten Sturz oft die Mobilität im Alltag reduziert.

---

[6] Ärztekammer Nordrhein (2006): Gesund + mobil im Alter. (S. 2) URL: http://www.aekno.de/downloads/aekno/sturzpraevention.pdf [17.10.2014].

[7] aktiv in jedem Alter (2008): Sturzprävention. Risikofaktoren für Stürze. URL: http://www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php?id=sturzrisikofaktoren [17.10.2014].

[8] Rott, C.; Jobb, D. S. (2012): Das Leben der Hochaltrigen. Wohlbefinden trotz körperlicher Einschränkungen. (S. 475) In: Bundesgesundheitsblatt 55, S. 474–480.

[9] Flor, W. (2010): Alter(n) und Gesundheitsförderung. URL: http://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-117.html [26.11.2014].

[10] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. (S. 159) URL: http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html [26.11.2014].

[11] bvpg (o. J.): Präventionsziele für die zweite Lebenshälfte. Empfehlungen der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (S. 7) URL: http://www.bvpraevention.de/bvpg/images/publikationen/praevzielegesamt_zweite_lebenshaelfte_bvpg.pdf [21.11.2014].

Stürze im hohen Alter sind jedoch kein unvermeidbares Schicksal. Das Ulmer Modell, ein multifaktorielles Programm zu Sturzprävention in Pflegeheimen, zeigt, dass durch SP die Anzahl der Stürze deutlich reduziert werden kann.[12] Wirkungen von SP sind vielfältig: Sie trägt zur Aufrechterhaltung bzw. Verbesserung der Gesundheit, der subjektiven Sicherheit und der Lebensqualität im hohen Alter bei, indem sie Muskelaufbau, Knochenstabilität und das Gleichgewichtsgefühl fördert. Die Mobilität wird somit verbessert. Wird SP innerhalb von Gruppenaktivitäten umgesetzt, können zudem Alltagskompetenzen und soziale Teilhabe im hohen Lebensalter gefördert werden.[13]

Sturzprävention (SP) ist eine evidenzbasierte Maßnahme, um Gesundheit und Lebensqualität Hochaltriger zu fördern. Um mit Sturzprävention insbesondere auch isoliert lebende oder mobilitätseingeschränkte Menschen in schwierigen Lebenslagen zu erreichen, bedarf es einer entsprechender Zielgruppenorientierung und eines genauen Fokus auf Zugangswege und Lebenswelten Hochaltriger. Hier stellen die Berliner Mobilitätshilfedienste einen wichtigen Baustein dar. Sie übernehmen als ambulantes Angebot im Vorfeld der pflegerischen Versorgung eine wichtige Schnittstellenfunktion zu anderen (niedrigschwelligen) Angeboten. Sie tragen zur Gesundheitsförderung und Prävention von Stürzen bei, indem sie ältere Menschen regelmäßig durch Begleitdienste mobilisieren und z. B. zu Wohnungsanpassungsmaßnahmen beraten. Einige Dienste arbeiten mit Wohnungsbaugesellschaften zusammen und können somit in der Mobilität eingeschränkte Personen gezielt erreichen.

Darüber hinaus bietet das Gesundheitsziel „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin bietet einen orientierenden Rahmen für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Schwerpunkte

- SP durch Bewegungsförderung für Hochaltrige im Stadtteil sowie in der ambulanten Versorgung,
- SP durch Bewegungsförderung für Hochaltrige in der (teil-)stationären Versorgung und Pflege,
- Transparenz und Kommunikation zwischen den Sektoren, Qualitätsentwicklung,
- Netzwerke und integriertes Handeln der Akteure.

Schnittstellen

- Ambulante medizinische Versorgung und häusliche Pflege,
- stationäre medizinische Versorgung und teil- sowie vollstationäre Pflege,
- stationäre medizinische Versorgung und Rehabilitation,
- Gesetzliche und Private Krankenversicherung,
- stadtteilbezogene Einrichtungen.

Einschätzung

- Die Zielgruppe der über 80-Jährigen ist sowohl in Bezug auf Gesundheit und Mobilität als auch auf Wohnformen eine sehr heterogene Altersgruppe. Über zwei Drittel der über 85-Jährigen leben alleine, ein

[12] aktiv in jedem Alter (2008): Sturzprävention. URL: http://www.aktivinjedemalter.de/cms/website.php?id=multifaktorielleprogramme [07.11.2014].

[13] Vgl. Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin (Hrsg.) (o. J.): Neunte Landesgesundheitskonferenz Berlin. 17. Dezember 2012. Rathaus Berlin Schöneberg. Dokumentation. URL: http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheit/9_lgk_doku_barrierefrei_1_.pdf [29.10.2014].

- weiterer Personenkreis befindet sich in teil- oder vollstationärer Pflege.[14] [15] Hochaltrige, die über geringe finanzielle Ressourcen, niedrige (Gesundheits-)Bildung und ein schwaches soziales Netzwerk verfügen, sind stärker von gesundheitlichen Einschränkungen bedroht als jene mit höherem sozialen Status. Insbesondere verwitwete Menschen sind stark von Einsamkeit und sozialer Isolation bedroht.[16] Eine besondere Zielgruppe stellen hier Frauen über 80 Jahren dar, da sie häufiger verwitwen als Männer[17] [18].
- Die prinzipielle Heterogenität der Hochaltrigen erfordert es, zielgruppenspezifische Zugangsmöglichkeiten zu sozial benachteiligten Hochaltrigen zu schaffen.[19] Maßnahmen der SP sollten, um solche Zugänge zu schaffen, in verschiedenen Lebenswelten Hochaltriger stattfinden. Zu diesen Lebenswelten zählen neben dem Stadtteil auch der ambulante als stationäre Versorgungs- und Pflegebereich und der Reha-Sektor.
- Maßnahmen der SP werden in Berlin eher punktuell unter dem Begriff SP angeboten. Zum Teil wird SP jedoch auch als Querschnittsthema in verschiedenen Settings umgesetzt, ohne dass die Maßnahmen explizit als SP ausgewiesen sind.
- Nur in wenigen Bezirken ist SP bisher in bezirklichen Handlungskonzepten, der Seniorenplanung oder seniorenpolitischen Leitlinien als Zielvorgabe verankert.

Im Stadtteil:

- Wohnortnahe Zugänge fördern soziale Unterstützung und niedrigschwellige Informationsvermittlung. Angebote der SP mit Bezug zur Lebenswelt der Zielgruppe können stark eingeschränkte Hochaltrige erreichen und deren Autonomie erhalten. Die AOK Nordost hat bereits zahlreiche Multiplikatoren und Multiplikatorinnen aus Stadtteileinrichtungen geschult - auf Grundlage der Schulung können diese wiederum das Angebot in Eigenregie in ihren Einrichtungen durchführen.
- In einzelnen Lebenswelten werden explizit Angebote der SP durchgeführt, etwa in Stadtteil- oder Familienzentren. Darüber hinaus finden sich in einer größeren Anzahl von Stadtteileinrichtungen Angebote wie Kraft- und Balancetrainings, die nicht als SP ausgewiesen sind, jedoch sturzpräventive Aspekte enthalten.
- In vielen Stadtteilen fehlt es noch an niedrigschwelligen Angeboten, die Vernetzung und Aufbau wohnortnaher Strukturen fördern. Erfolgreiche Beispiele sind die Spaziergangsgruppen in verschiedenen Berliner Bezirken, implementiert durch das Zentrum für Bewegungsförderung (ZfB)[20] sowie Die Mobilitäts-

[14] Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2012): Sozialstatistisches Berichtswesen Berlin – Spezialbericht. Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin. (S. 23) URL: http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/spezialberichte/sbw_spezial_2011_1.pdf [20.10.2014].

[15] Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin – Landespflegeplan 2011. (S. 17) URL: http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf [21.10.2014].

[16] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. (S. 126 ff.) URL: http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=5362.html [21.10.2014].

[17] Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (2011): Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin – Landespflegeplan 2011. (S. 50) URL: http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf [17.10.2014].

[18] Hoffmann, E.; Menning, S.; Schelhase, T. (2009): Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter. (S. 28) In: Böhm, K; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut: Berlin. S. 21–30.

[19] Meinlschmidt, G. (Hrsg.) (2012): Sozialstatistisches Berichtswesen Berlin – Spezialbericht. Zur sozialen Lage älterer Menschen in Berlin. (S. 97 f.) URL: http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/spezialberichte/sbw_spezial_2011_1.pdf [20.10.2014].

[20] Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin (2012): Die Berliner Spaziergangsgruppen. URL: http://www.berlin.gesundheit-foerdern.de/Berliner-Spaziergangsgruppen.1537.0.html [23.10.2014].

- hilfedienste (Mhd), die in den Bezirken sehr gut vernetzt und eng mit anderen Einrichtungen der Altenhilfe, Pflege und des Gesundheitswesens zusammen arbeiten. Sie sind in (bezirklichen) Gremien vertreten und betreiben Öffentlichkeitsarbeit um den Bekanntheitsgrad der Dienste zu steigern - auch vor dem Hintergrund der interkulturellen Öffnung für ältere Menschen mit Migrationshintergrund.

Im ambulanten und stationären Bereich/in der Reha:

- Bei Professionellen im ambulanten und stationären Bereich herrscht z. T. noch ein defizitäres Altersbild vor. Die Ressourcen des Alters und damit auch das Potenzial und die Notwendigkeit von SP werden daher z. T. nicht identifiziert.
- Es fehlen häufig noch entsprechend geschulte Pflegekräfte, um Hochaltrige mit ambulantem Pflegebedarf in der eigenen Häuslichkeit mit SP zu erreichen.
- In stationären Einrichtungen wie Pflege- und Seniorenheimen besteht direkter Zugang zu stark eingeschränkten Hochaltrigen. Bewegungsgruppen oder Kraft- und Balancetrainings, die sturzpräventive Aspekte einhalten, werden zum Teil bereits durchgeführt.
- Ein sektorenübergreifendes Versorgungs- und Entlassungsmanagement fördert Teilhabechancen und die Vermeidung von Stürzen nach der Entlassung aus dem stationären Bereich (vgl. Handlungsfeld 4). In Pflegeheimen wird SP bereits in das Entlassungsmanagement einbezogen, in den Krankenhäusern noch nicht.
- Für Sekundär- und Tertiärprävention spielen in Bezug auf chronische Erkrankungen, die das Sturzrisiko negativ beeinflussen können, Disease Management Programme eine wichtige Rolle.[21] Tertiär-prävention als Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensprävention ist besonders wichtig für Personen, die durch Stürze pflegebedürftig werden. Maßnahmen zur Tertiärprävention finden beispielsweise im Rahmen ambulanter oder (teil-)stationärer Rehabilitation statt und beinhalten häufig medikamentöse Therapie und Physiotherapie.
- Auch in der stationären Reha, die derzeit meist in Brandenburg, perspektivisch jedoch auch vermehrt in Berlin stattfinden wird, können Maßnahmen der SP ergriffen werden.

Vernetzung und Qualitätssicherung:

- Sektorenübergreifender Informations- und Wissensaustausch wird bisher nicht ausreichend realisiert. Qualitätskriterien werden von den bestehenden Ansätzen z. T. noch zu wenig einbezogen.
- In Berlin wie auch bundesweit existieren über die Mobilitätshilfedienste (MhD) hinaus vergleichsweise wenige Beispiele Guter Praxis für Angebote und Maßnahmen der SP.
- Es fehlt derzeit noch an einem systematischen berlinweiten Überblick, ob und inwiefern SP in den jeweiligen Sektoren angewendet wird. Dadurch werden die genannten Potenziale der SP für Hochaltrige nicht ausgeschöpft.

Ziele

Qualitätsgesicherte Konzepte der Sturzprävention sind für alle Settings/Sektoren verfügbar und werden berlinweit umgesetzt. Hochaltrigen stehen sowohl im Stadtteil, als auch in Versorgungs- und Pflegeein-

[21] Schmidt, R. (2010): Soziale Arbeit in der pflegerischen Versorgung. (S. 174) In: Aner, K.; Karl, U. (Hrsg.) (2010): Handbuch Soziale Arbeit und Alter, 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden. S. 173–183.

richtungen und im Reha Bereich Angebote der Sturzprävention zur Verfügung. Insbesondere schwer erreichbare Zielgruppen werden erreicht.

Teilziele

- Die notwendigen politischen Voraussetzungen (z. B. Verankerung in der bezirklichen Seniorenplanung) und weiteren Rahmenbedingungen (z. B. Kooperationen zwischen den relevanten Akteuren; Sensibilisierung der ambulanten und stationären Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen) sind geschaffen, um Angebote der SP flächendeckend zu etablieren.
- Angebote der SP, wie z. B. die MhD, sind in den verschiedenen Sektoren nachhaltig etabliert. Um die Erreichbarkeit der Zielgruppe zu gewährleisten, sind die Angebote wohnortnah, niedrigschwellig und barrierefrei gehalten. Um verschiedene Zielgruppen zu erreichen, bestehen Angebote in verschiedenen Settings und in verschiedenen Formaten.
- Angebotsvermittlung ist an Übergängen und Schnittstellen verankert.
- Ein Netzwerk SP ist etabliert.
- Es besteht höhere Transparenz der Strukturen. Sowohl Fachkräfte als auch ältere Menschen kennen die Angebote.
- Bestehende Angebote sind evaluiert und berücksichtigen die Qualitätskriterien.

Handlungsbedarf

Im Stadtteil:

- Angebote der SP besonders bei Angehörigen Hochaltriger bekannt machen – z. B. Stadtplan der Gesundheitsförderung.[22]
- Niedrigschwellige, informelle Angebotsvermittlung durch Informationsveranstaltungen und Freizeitangebote sowie Multiplikatorenkonzepte für Hochaltrige im Stadtteil fördern. Angehörige durch Öffentlichkeitsarbeit der Institutionen im Stadtteil informieren.
- Öffnung von Pflegeheimen in den Stadtteil fördern, um Erreichbarkeit sozial benachteiligter älterer Menschen zu verbessern.
- Die MhD verlässlich finanziell und personell ausstatten.

Im ambulanten Versorgungs- und Pflegebereich:

- Ärzteschaft für SP sensibilisieren, informieren und als Multiplikator bzw. Multiplikatorinnen einbeziehen.
- Öffentlichkeitsarbeit der Pflegestützpunkte sowie der MhD fördern.
- Pflegedienste für die Durchführung von und Beratung zu SP in der eigenen Wohnung gewinnen.

Im stationären Versorgungs- und Pflegebereich:

- Sturzpräventionsangebote im stationären/teilstationären Sektor auf-/ausbauen.

[22] Zugänglich unter: http://www.berlin.de/stadtplan-gesundheitsfoerderung/ [28.10.2014].

- Sektorenübergreifendes Entlassungsmanagement fördern – Patientinnen und Patienten aus Kliniken heraus an Angebote zu SP im teilstationären Sektor/Stadtteil vermitteln bzw. an niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.
- Alter(n)sbilder mit negativen Auswirkungen abbauen – Pflegefachkräfte sensibilisieren.
- Bewegungsangebote in Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ umsetzen.
- Sekundär- und Tertiärprävention ausbauen, um Sturzfolgen abzumindern/SP in der Reha für Hochaltrige verankern.

Vernetzung und Qualitätssicherung:

- Evaluation stadtteilbezogener Angebote/bewährte Angebote und Modelle guter Praxis verbreiten und flächendeckend implementieren.
- Qualitätskriterien einbeziehen (z. B. Good-Practice-Kriterien) und beteiligte Akteure schulen.
- Informationsfluss zwischen den verschiedenen Akteuren verbessern, um das Potenzial der Angebote insbesondere an den Schnittstellen besser auszuschöpfen.
- Zielgruppenorientierung der Angebote verbessern, insbesondere Kooperationen zwischen Mobilitätshilfediensten, Bezirksverwaltungen und Stadtteileinrichtungen noch zielgerichteter ausbauen (vgl. Handlungsfeld 7).
- Initiieren eines Netzwerkes SP.

Fachplanung

- Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013
  http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/.
- Gesundheitsziel „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin:
  http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_berlin.
- Seniorenpolitische Leitlinien Berlin:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/seniorinnen-und-senioren/leitlinien-seniorenpolitik/.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Stadtteileinrichtungen, LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin, Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), Ärztekammer, Krankenhäuser, Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. (BKG), Bezirksstadträte, Landessportbund Berlin (LSB)

Fragen:

Im Stadtteil

- Wie können in der Häuslichkeit lebende, stark eingeschränkte Personen erreicht werden?
- Wie können Angebote in den Stadtteileinrichtungen nachhaltig implementiert werden?

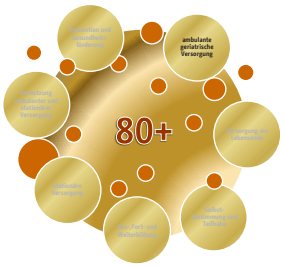
- Wie können Wohlfahrtsverbände, Volkshochschulen, Wohnungsbaugesellschaften, Quartiersmanagements und (Sport-)Vereine stärker in die wohnortnahe SP eingebunden werden (z. B. über die Methode der Stadtteilbegehung)?
- Welche Rolle spielen Pflegestützpunkte bei SP im Stadtteil?
- Wie kann das Angebot der Mobilitätshilfedienste im Rahmen von SP ausgebaut werden?
- Wie kann die Verhältnisprävention gestärkt werden, v. a. altersgerechtes Bauen und die Schaffung eines barrierefreien öffentlichen Raumes, z. B. in Kooperation mit der BVG (Berliner Verkehrsbetriebe), Wohnungsbaugesellschaften und dem Einzelhandelsverband/Unternehmen?

Im ambulanten und stationären Versorgungs- und Pflegebereich/Reha

- Wie können Ärztinnen und Ärzte Hochaltrige zu SP beraten?
- Wie können Sensibilisierung und Information von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhaus- und Pflegepersonal für SP etabliert und sichergestellt werden?
- Was muss bei der Schulung der Fachkräfte in den Einrichtungen zu SP beachtet werden?
- Wie kann SP in Überleitungsmanagement zwischen verschiedenen Sektoren systematisch bedarfsgerecht aufgenommen werden?
- Welche Rolle spielen die Krankenkassen (PKV und GKV)?

Vernetzung und Qualitätssicherung

- Wie werden Bewegungsangebote für Hochaltrige zielgruppengerecht gestaltet?
- Wie sollte ein Netzwerk SP ausgerichtet sein: eher im kommunalen Rahmen mit Schwerpunkt Vernetzung und Kooperation (mit bezirklichen Akteuren aus Verwaltung, Stadtteil, Mobilitätshilfe, Versorgung etc.) oder berlinweit auf Wissenstransfer und Qualitätsentwicklung zielend (mit landesweiten Akteuren GKV, ÄK, Wissenschaft etc.)?



Handlungsfeld 2 Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung

Hintergrund

Mit dem Alter steigt der Bedarf an medizinischer Versorgung, die den besonderen Erfordernissen der Altersmorbidität gerecht wird. Dabei treten eine Vielzahl gleichzeitiger Erkrankungen auf und das Krankheitsspektrum verändert sich. Die ärztliche Behandlung hochaltriger Menschen findet zu einem überwiegenden Teil im ambulanten Bereich statt. Mit zunehmendem Alter und eingeschränkter Mobilität erhöht sich die Bedeutung und Bindung an das räumliche und soziale Umfeld. Das macht eine wohnortnahe ambulante Versorgung erforderlich.

Schnittstellen

- Zusammenarbeit Haus- und Fachärzte sowie Haus- und Fachärztinnen, ambulante Rehabilitation, Pflegeeinrichtungen, Therapeuten und Therapeutinnen
- Kooperation ambulanter und stationärer Sektor, z. B. niedergelassene Ärzte und Ärztinnen – Pflegeheime,
- Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege.

Einschätzung

Nicht nur in Berlin ist die stationäre geriatrische Versorgung in den letzten Jahren zielgerichtet weiterentwickelt worden. Im ambulanten Bereich fehlt jedoch eine entsprechende Angleichung an diese Strukturen, da es in der ambulanten ärztlichen Versorgung bisher keine entsprechende und spezialisierte Bedarfsplanung und keine besondere Kategorisierung der geriatrischen Patientin bzw. des geriatrischen Patienten gibt. Die akutmedizinische Versorgung hochbetagter multimorbider Patienten und Patientinnen durch die verfügbare Zahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ist nicht mit einer spezialisierten geriatrischen Versorgung gleichzusetzen.

Es gibt faktisch nur wenige niedergelassene Geriater bzw. Geriaterinnen in Berlin. Über die Zusatzbezeichnung Geriatrie verfügen derzeit lediglich sieben zugelassene Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, davon gehören sechs der hausärztlichen Versorgung an und eine/r der fachärztlichen Versorgung. Gegenwärtig sind in Berlin keine Fachärzte und Fachärztinnen für „Innere Medizin und Geriatrie“ zugelassen. Bei dieser Bezeichnung handelt es sich um eine neue Facharztbezeichnung. Bislang gehörte der Bereich Geriatrie zu den Schwerpunktbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung. Hochaltrige Betroffene werden vom Haus-/Facharzt bzw. Haus-/Fachärztin sehr häufig nicht als geriatrische Patienten und Patientinnen eingestuft und können dadurch ggf. zu spät adäquat versorgt werden.

Demenzerkrankungen werden zu oft zu spät erkannt, weil es zu wenig erfahrene und spezialisierte Ärzte und Ärztinnen und Wissensdefizite zur Altersmedizin bei Haus- und Fachärztinnen und Ärzten sowie beim Fachpersonal in Krankenhäusern und Arztpraxen gibt.

Medizinische Behandlung und Versorgung von multimorbiden hochbetagten Patienten ist aufwändig und zeitintensiv. Eine entsprechende Honorierung im ambulanten Bereich fehlt. Eine wirtschaftlich tragfähige Basis für eine geriatrische Facharztpraxis ist aufgrund der geltenden Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht gegeben. Möglicherweise spielt das eine entscheidende Rolle bei der oft fehlenden Unterstützung der geriatrischen Patienten. Patientinnen und Patienten erleben oft Abweisungen durch Ärzte und Ärztinnen. Patienten und Patientinnen mit einem hohen Versorgungsaufwand werden weitergeschickt und fühlen sich alleingelassen. Diese Behandlung wird vielfach als „würdelos“ und „respektlos“ beschrieben.

Alleinstehende oder wenig in soziale Netze eingebundene Patientinnen und Patienten mit Beeinträchtigung haben oft Schwierigkeiten zum Arzt bzw. zur Ärztin zu gelangen. Geriatrische Patienten und Patientinnen sind besonders auf Hausbesuche angewiesen. Diese finden aber viel zu selten statt, obwohl hierzu eine Verpflichtung seitens der Hausärzte und -ärztinnen in § 17 BMV-Ärzte zur Sicherstellung medizinisch notwendiger Behandlungen besteht. Unterbliebene Hausbesuche führen oft zu notärztlicher Versorgung und dann häufig zu unnötiger Inanspruchnahme von Rettungsstellen oder Krankenhauseinweisungen. Der unplanmäßige Wechsel aus der gewohnten Umgebung in ein Krankenhaus aufgrund einer akuten gesundheitlichen Veränderung ist für die meisten Hochbetagten mit enormem Stress verbunden und kann für im Sterben liegende hochaltrige Menschen besonders tragisch sein. Es fehlen Regelungen bzw. Sanktionen zu unterbliebenen Hausbesuchen.

Es fehlt eine systematische Vernetzung und Koordination der notwendigen Anbieterbereiche in der ambulanten geriatrischen Versorgung und darüber hinaus mit der stationären Versorgung (vgl. Handlungsfeld 4). Mit der bestehenden getrennt arbeitsteiligen Organisation von ärztlicher, fachärztlicher und pflegerischer Versorgung entstehen vermeidbare Probleme und Belastungen: Die Hauptlast der ambulanten Versorgung tragen derzeit die pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegedienste.

Patientinnen und Patienten lehnen oft aus Angst vor Freiheits- und Selbständigkeitsverlusten (Pflegeheim, Betreutes Wohnen) Entlastungsangebote oder häusliche Krankenpflege ab. Hierdurch wird oft eine Entwicklung der medizinischen und pflegerischen Unterversorgung eingeleitet, die sich in einer vorzeitigen Pflegebedürftigkeit manifestieren kann.

Es gibt eine zurückhaltende Beteiligung der Ärztinnen und Ärzte an Arzt-im-Pflegeheim-Programmen – trotz nachweisbarer guter Effekte für die Patientinnen und Patienten.

Es bestehen Defizite sowohl bei der allgemeinen als auch der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung[23] - dezidierte Einschätzung hierzu im Handlungsfeld „Versorgung am Lebensende“.

Ziel

Berlin hat ein ambulantes geriatrisches Versorgungskonzept, das auf der Basis standardisierter und qualitätsgesicherter Vorgaben mit den relevanten Partnern entwickelt und getragen wird.

Handlungsbedarf

- Die Bedeutung ambulanter wohnortnaher geriatrischer Versorgung braucht mehr Interessenvertretung in der Öffentlichkeit.
- Die ärztliche Weiterbildung ist eine klassische Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung. Die Ärztekammer Berlin hat im Rahmen ihres Geriatriekonzepts, das Maßnahmen zur Schließung von Lücken in der

[23] S. 3. HOSPIZ- und PALLIATIVKONZEPT für das Land Berlin, S. 11, 46

geriatrischen Versorgungskette nennt, den Schwerpunkt Geriatrie in die fachärztliche Weiterbildung implementiert. Durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer wurde 2010 die Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatrie“ eingeführt. Darüber hinaus müssen aber die geriatrischen Schwerpunkte besser in der Ausbildung von Medizinern systematisch verankert werden.

- In Anbetracht der demografischen Entwicklung ist eine höhere Gewichtung der Geriatrie im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin sinnvoll, eventuell auch durch Praktika bei weiterbildungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten in Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren. (Siehe Handlungsfeld 6 - Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin).
- Die ärztliche Gebührenordnung muss den zeitlichen Aufwand der medizinisch-geriatrischen Behandlung entsprechend vergüten. Zu entwickeln und zu realisieren sind Hausarztverträge mit geriatrischen und palliativ-geriatrischen Schwerpunkten, analog der geriatrischen Komplexbehandlungen im Krankenhaus. Änderungen sollten hier auch dazu dienen, dem Bedarf an mehr Hausbesuchen – auch durch Fachärzte und Fachärztinnen und auch zu ungewöhnlichen Einsatzzeiten (Spätdienst, Wochenende) besser gerecht zu werden.
- In Berlin fehlen wohnortnahe ambulante Reha-Strukturen, die Teil eines ambulanten geriatrischen Versorgungskonzeptes sein könnten. Stattdessen werden die meisten Reha-Angebote stationär und außerhalb von Berlin angeboten. Das ist für Hochaltrige und deren Angehörige oft ein logistisches Problem und entspricht nicht den Bedarfen wenig mobiler alter Menschen.
- Für eine angemessene Gewährleistung der hausärztlichen Versorgung auch in Pflegeheimen bietet § 119 b SGB V die gesetzliche Grundlage. Die praktische Umsetzung der bisher in § 119 b Abs. 1 SGB V geregelten Möglichkeit vollstationärer Pflegeeinrichtungen, Kooperationsvereinbarungen mit vertragsärztlichen Leistungserbringern abzuschließen, ist zu befördern. Berlin hat ein Interesse an der Ausweitung der Arzt-Pflegeheim-Programme zur integrierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung von Bewohnern und Bewohnerinnen in vollstationären Pflegeeinrichtungen unter Würdigung vorliegender Empfehlungen[24]. Auf Bundesebene wird die Weiterentwicklung zu einer „Soll“-Bestimmung diskutiert, an der die Beteiligung Berlins zu prüfen ist.[25]
- Die Abstimmung von geriatrischen Institutsambulanzen und niedergelassener ärztlicher geriatrischer Versorgung gilt es als zusammenhängend in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.
- Modellprojekte wie QVNIA oder INDIKA in Pankow zur besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten (nach einem Schlaganfall) bei ihren Bemühungen um eine Verstetigung zu unterstützen.
- Für eine bedarfsgerechte Versorgung sehr alter und kranker Menschen sind der Ausbau von Arzt- und Versorgungsnetzen, die Stärkung von Modellen zu medizinischen Praxisassistenzen (für eine Übernahme von medizinnahen Betreuungsleistungen) und die Entwicklung von Managed-Care-Modellen notwendig.
- Die in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) bestehenden Defizite – sowohl auf die Qualifizierung, die Strukturen und Organisation sowie die Vergütung bezogen, sind weiter abzubauen.
- Die vertragliche Umsetzung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist insgesamt zu befördern. Dazu gehört:

[24] „Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 8BAGFW zur Umsetzung des § 119 b Abs. 2 SGB V für die ärztliche/fachärztliche und pflegerische Versorgung“ vom 05.11.2013

[25] „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ Eckpunktepapier des BMG vom 10.11.2014, S. 8

  - Gewinnung von mehr SAPV (Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung), die geriatrische Patientinnen und Patienten behandeln,
  - die regionale Verteilung der SAPV-Ärzte und SAPV-Ärztinnen ist zu verbessern, darunter auch die Verteilung von SAPV-Ärztinnen und SAPV-Ärzten für sterbende hochaltrige Menschen, die nicht an Krebs erkrankt sind,
  - die Vorhaltung mindestens einer Sozialarbeiterstelle bei SAPV-Diensten ist zu prüfen,
  - um Vertragsabschlüsse zu vereinfachen und im Konfliktfall der Vertragspartner zu zielgerichteten Lösungen zu kommen, ist die Einführung eines Schiedsverfahrens zu prüfen.
- Die Regelungen der Krankenhaustransportrichtlinie werden den besonderen Anforderungen, multimorbider geriatrischer Patienten und Patientinnen nicht gerecht und müssen angepasst werden.

Fachplanung

- Landeskrankenhausplanung (Grundzüge des neuen Krankenhausplanes 2016) unter http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/,
- Landespflegeplan http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/berichte-und-statistik/landespflegeplan/,
- Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/,
- Berliner Hospiz- und Palliativkonzept http://www.hospiz-aktuell.de/uploads/media/3._Hospiz-_und_Palliativkonzept_fuer_das_Land_Berlin_2010__Wuerde_in_der_letzten_Lebensphase_.pdf.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

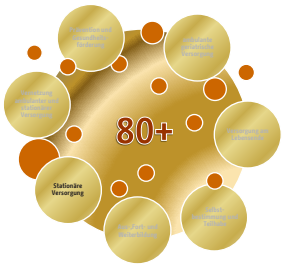
Wer:

Ärztekammer Berlin, Kassenärztliche Vereinigung Berlin (KV), Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Fragen:

- Wie kann die Geriatrie in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung stärker gewichtet werden? S. auch Handlungsfeld Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- Welche Schritte sind gangbar, um eine bessere Budgetierung ambulanter geriatrischer Versorgung möglich zu machen?
- Wie kann eine Versorgung von Ärzten sowie Ärztinnen und Pflege auf gleicher Augenhöhe möglich werden?
- Welche Positionen und Konzepte haben die ärztlichen Fach- und Dachverbände zur Neugestaltung der ambulanten geriatrischen Versorgung?
- Welche Schlüsse sind aus Berliner Modellprojekten (z. B. INDIKA) für eine Regelförderung zur Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsstrukturen zu ziehen?

- Wie viele Praxisassistenten (VERAH, Agnes und Co) arbeiten in Berlin mit welcher Einbindung in die Versorgung hochalter Menschen?
- Wie können Ärzte und Ärztinnen stärker motiviert werden, sich an Arzt-im-Pflegeheim-Programmen zu beteiligen? Welche Rolle kann dabei die Kassenärztliche Vereinigung spielen?
- Wie kann durch die Kassenärztliche Vereinigung die bedarfsgerechtere Gestaltung der AAPV gefördert werden? Was ist insgesamt notwendig?
- Wie kann besser gewährleistet werden, dass notwendige Hausbesuche – auch durch Fachärztinnen und Fachärzte – und auch zu ungewöhnlichen Einsatzzeiten (abends, nachts, am Wochenende) - durchgeführt werden? Welche Rolle kann dabei die Kassenärztliche Vereinigung spielen?
- Wie kann eine bessere regionale Verteilung der SAPV-Ärzte und Ärztinnen erreicht werden und welche Rolle kommt dabei der Kassenärztlichen Vereinigung zu?
- Wie kann sichergestellt werden, dass alle zugelassenen SAPV-Ärzte und Ärztinnen sich am vorgeschriebenen Meldeverfahren bei Home Care beteiligen? Was kann die Kassenärztliche Vereinigung dazu veranlassen?
- Wie kann erreicht werden, dass SAPV-Ärzte und Ärztinnen wesentlich stärker als bisher an der Versorgung sterbender hochaltriger Menschen, die nicht an Krebs erkrankt sind, beteiligt sind? Welche Rolle kommt dabei der KV zu?



Handlungsfeld 3 Stationäre Versorgung im Krankenhaus

Hintergrund

Mit steigendem Lebensalter nehmen in der Regel auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die Anfälligkeit sowie die Häufigkeit und Schwere der Erkrankungen zu. Ein häufiges Problem stellt die Gangunsicherheit dar, die zu Stürzen führen kann. Oberschenkelhalsbrüche, Becken- und Lendenwirbelbrüche sowie Brüche der Extremitäten sind häufige Folge. Daneben zählen Schlaganfälle und Herzinsuffizienz zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Behandlung in geriatrischen Krankenhausabteilungen führen. Doch nicht nur akute Notfallereignisse, sondern auch unklare Beschwerden, führen bei hochaltrigen Menschen zur Inanspruchnahme von Notaufnahmen in Krankenhäusern. Eher selten kommen elektive Einweisungen durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte vor. Der Notaufnahme im Krankenhaus kommt daher eine zentrale Bedeutung und Lenkungsfunktion für die adäquate Versorgung zu.

2013 wurden rund 96.000 über 80jährige Menschen im Krankenhaus versorgt, nur 16,2 % hiervon in einer Fachabteilung für Geriatrie. Etwa jeder 5. Patient bzw. Patientin im Alter von über 80 Jahren wurde chirurgisch versorgt (in einer Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie oder Orthopädie). Nur 2,4 % der Hochaltrigen wurden dabei in beiden Fachabteilungen (Geriatrie und Chirurgie) versorgt.

Schwerpunkte

- Krankenhausaufenthalte vermeiden
- Krankenhausversorgung quantitativ sicherstellen und qualitativ verbessern
- Angemessene Versorgung kognitiv beeinträchtigter/dementer Patientinnen und Patienten sichern
- Zu einer angemessenen Versorgung sterbender Hochaltriger – möglichst zu Hause – beitragen

Schnittstellen

Besondere Herausforderungen bilden sowohl die Schnittstelle ins Krankenhaus hinein, als auch aus dem Krankenhaus heraus.

Problembehaftete Wege ins Krankenhaus:

Pflegeheim - Notaufnahme – Krankenhaus

Betreutes Wohnen - Notaufnahme – Krankenhaus

Niedergel. Ärztin/Arzt - Notaufnahme (zur Diagnostik) – Krankenhaus

Niedergel. Ärztin/Arzt - Einweisung – Krankenhaus

Priv. Wohnung - Notaufnahme – Krankenhaus

Problembehaftete Wege im Krankenhaus:

Notaufnahme - Erkennen geriatrischen Rehabilitationspotenzial

Erkennen kognitiver Beeinträchtigungen

Aufnahme/Weiterbehandlung auf welcher Abteilung

Sicherstellung fächerübergreifender Zusammenarbeit

krankenhausinterner Datentransfer/Kommunikation zwischen allen beteiligten Stellen im Krankenhaus

Kommunikation mit Angehörigen

Problembehaftete Wege aus dem Krankenhaus heraus:

Krankenhaus – Pflegeheim

Krankenhaus - betreutes Wohnen

Krankenhaus - priv. Wohnung - stationäre Rehabilitationseinrichtung

Krankenhaus - Krankenhaus/stationäre Rehabilitationseinrichtung

Krankenhaus – Hospiz

Einschätzung

Besonders für alte Menschen ist ein Krankenhausaufenthalt ein einschneidendes Erlebnis, das mit erheblichem Stress verbunden ist. Die Belastungen, die eine Krankenhausbehandlung mit sich bringt, werden wesentlich schlechter verkraftet, als dies bei jüngeren Menschen der Fall ist. Zudem wird die eigene Vergänglichkeit mit wachsenden körperlichen wie kognitiven Beeinträchtigungen offensichtlich.

Bei multimorbiden Patientinnen und Patienten ist eine geriatrische Behandlung indiziert, selbst wenn das zur Krankenhausaufnahme führende Ereignis vorrangig in die Domäne der Chirurgie (z. B. bei Oberschenkelhalsbruch), der Kardiologie (z. B. bei Herzinfarkt) oder der Neurologie (z. B. bei Schlaganfall) gehört.

Meist führt hochaltrige Menschen der Weg ins Krankenhaus über die Notaufnahmen. Hier jedoch prallen unterschiedlichste Interessen und Bedürfnisse aufeinander:

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser sind in der Regel auf eine schnelle Erstversorgung und ggf. Weiterleitung an die richtige Fachabteilung im Haus ausgelegt. Triagesysteme und Behandlung der Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit sowie ein möglichst schneller Durchlauf insgesamt führen zu einer hohen Belastung des Personals, zu einer hektischen Atmosphäre.

Für hochaltrige Menschen, die noch dazu akute gesundheitliche Beschwerden und eventuell bereits kognitive Beeinträchtigungen haben, kann diese Stresssituation zu enormen Ängsten führen. Im schlechtesten, aber durchaus nicht ungewöhnlichen Fall, führt die Versorgung in der Notaufnahme selbst zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes hochaltriger Menschen, löst z. B. ein Delir aus, das dann zur Demenz führen kann.

Haben sich bereits kognitive Beeinträchtigungen manifestiert, was bei geschätzt etwa 40 % der Geriatriepatientinnen und -patienten der Fall ist, ist eine Anpassung an die Gegebenheiten im Krankenhaus nur schwer oder gar nicht mehr möglich. Aus dem Angstgefühl kommt es zu aggressivem oder die medizini-

sche Versorgung unterminierendem Verhalten, z. B. in dem Verbände und Infusionen eigenmächtig entfernt werden. Im Krankenhausalltag wird dies meist als „herausforderndes Verhalten“ bezeichnet.

Werden die nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr kommunikationsfähigen Betroffenen nicht von Angehörigen oder auskunftsfähigen Beschäftigten der Wohneinrichtung bzw. des Pflegeheims begleitet, fehlt es zudem an standardisierten Überleitungsbögen, dann kann es Verständigungsprobleme in der Notaufnahme geben:

- der Grund für das Erscheinen in der Notaufnahme ist nicht klar,
- eine Anamnese kann nicht erfolgen,
- abwehrendes Verhalten aufgrund kognitiver Beeinträchtigung stört die Diagnosestellung und Versorgung,
- die Dauer der Versorgung dieser Patienten und Patientinnen stört den Ablauf in der Notaufnahme und belastet Patienten und Patientinnen, Mitpatientinnen und -patienten und Personal,
- es kommt evtl. zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen oder nur zur ambulanten Versorgung/Diagnostik im Krankenhaus und Rückverweisung in die eigene Häuslichkeit, ins betreute Wohnen oder Pflegeheim, ohne dass die dort aufgetretenen Probleme in der Versorgung gelöst sind.

Viele Patientinnen und Patienten werden von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in die Notaufnahmen geschickt, um die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu prüfen. Eine vorstationäre Behandlung oder auch Vorstellung in einer (jedoch noch nicht existierenden) Geriatrischen Institutsambulanz zur Abklärung erscheint hier sinnvoller.

Was hochaltrige, noch dazu demente Menschen brauchen, ist eine zugewandte, ruhige Versorgung in möglichst abgeschirmter Umgebung. Ärztliche geriatrische Kompetenz ist heute nicht die Regel in Notaufnahmen. Auch der Sozialdienst des Krankenhauses, das Entlassungsmanagement, greift in der Regel nicht, solange noch keine stationäre Aufnahme im Krankenhaus erfolgt ist. Erfolgt in der Notaufnahme lediglich eine ambulante Versorgung, folgt die Rückverweisung in das lückenhafte ambulante oder komplementäre Versorgungssystem. Häufig ist es eine Frage der Zeit, bis derselbe Patient bzw. dieselbe Patientin wieder in der Notaufnahme vorstellig wird. Notaufnahmen könnten eine zentrale Lenkungsfunktion übernehmen, was sie heute aber zumeist nicht tun. Hilfsreich wäre, wenn das Entlassungsmanagement (vgl. Handlungsfeld 4) bereits in der Notaufnahme beginnt und sich auch auf die Patientinnen und Patienten erstreckt, die lediglich ambulant in der Notaufnahme versorgt werden.

Die Versorgung dementer Patienten und Patientinnen im Krankenhaus ist insgesamt verbesserungsbedürftig: Patientinnen und Patienten kommen häufig entweder aufgrund ihrer akuten Erkrankung oder aufgrund einer begleitenden kognitiven Beeinträchtigung in nicht ausreichend kommunikationsfähigen Zustand in den Notaufnahmen der Krankenhäuser an. Problematisch ist, dass bei gleicher Diagnose demente Patientinnen und Patienten im Vergleich zu nicht kognitiv beeinträchtigten Menschen überproportional häufig ins Krankenhaus kommen.

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser sind geriatrische und psychiatrische Kompetenzen noch kein Standard. Diese Forderung wird in den Krankenhausplan 2016 aufgenommen, doch die Umsetzung braucht Zeit. Zu bedenken ist zudem, dass es zu wenige Fachärztinnen und Fachärzte gibt, um alle Notaufnahmen, alle geriatrischen Krankenhausabteilungen, den noch zu etablierenden Geriatrischen Institutsambulanzen und den niedergelassenen Bereich ausreichend versorgen.

In der Folge werden:

- Patientinnen und Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen in Notaufnahmen nicht erkannt und somit unangemessen versorgt (z. B. nicht in abgeschirmten, reizarmen und mit entsprechend geschultem Personal versehenen Bereichen der Notaufnahme),
- Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Rehabilitationspotenzial nicht bereits in Notaufnahmen erkannt,
- zwischen Notaufnahme und aufnehmender Abteilung kommt es zum Informationsverlust, eventuelle Hinweise von Angehörigen oder Begleitern gehen verloren.
- Erkennen Krankenhäuser den speziellen Versorgungsbedarf und die enorme Belastungssituation für diese Patienten und Patientinnen nicht, kann es zu Delir und einer zusätzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands kommen, der nicht immer reversibel ist.

Im Krankenhaus droht die Aufnahme auf der falschen Abteilung bzw. eine Vernachlässigung der fächerübergreifenden Zusammenarbeit mit der Geriatrie, die auch nicht in jedem Haus mit Notaufnahme vorhanden ist. Folgen sind:

- die zur Hebung des Rehabilitationspotenzials erforderliche geriatrische Behandlung (in der hauseigenen Abteilung für Geriatrie oder in einem anderen Krankenhaus) unterbleibt gänzlich,
- die medizinische Versorgung hat in nicht ausreichendem Maß den Erhalt bzw. Rückgewinn der Selbständigkeit und der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten im Blick,
- das Entlassungsmanagement ist nicht immer auf die speziellen Belange alter bzw. hochaltriger Menschen eingestellt, mitunter muss sich der Sozialdienst eines Krankenhauses zugleich um frühgeborene Kinder, an Krebs Erkrankte, um Sterbende und Hochaltrige kümmern,
- kognitive Beeinträchtigungen werden unter Umständen nicht erkannt und nicht behandelt – für Patientinnen und Patienten, Angehörige und das Personal wird der Krankenhausaufenthalt zur Tortur.
- Insgesamt ist die Sicherstellung einer quantitativ und qualitativ ausreichenden Versorgung im Krankenhaus Aufgabe des Landes Berlin. Die Maßnahmen, wie die Versorgung sichergestellt wird, werden im Krankenhausplan beschrieben. Die „Grundzüge zur Gestaltung des Krankenhausplans 2016“ sind in einem transparenten Verfahren mit themenspezifischen Arbeitsgruppen des Fachausschusses Krankenhausplanung erstellt worden und auf der Homepage der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales nachzulesen:
  (http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/).

Immer wieder wird als Problem die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und stationärer Rehabilitationseinrichtung angeführt. Statistisch gesehen, ist dies jedoch kein prioritär anzugehendes Problem, was folgende Auswertung der Berliner Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2013 zeigt:

- 1,5 % aller im Krankenhaus behandelten über 80-Jährigen wurden in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung entlassen.
- Davon wurde die Hälfte der Fälle vorher in der Fachabteilung für Chirurgie (Allg. Chirurgie, Unfallchirurgie oder Orthopädie) behandelt.
- Rund ein Viertel der Fälle wurde vorher in der Fachabteilung Geriatrie behandelt (insgesamt waren dies 375 Fälle von Über-80-Jährigen, bei denen sich über die im Prinzip fallabschließende geriatrische Reha-

bilitation hinaus noch indikationsbezogene Rehabilitationsfähigkeit zeigte). Von allen Über-80-Jährigen machte die Zahl 0,4 % aus.

- Zu einer höchst problematischen Lücke kann es jedoch kommen, wenn zwischen dem Abschluss der Krankenhausbehandlung und dem Beginn der stationären Rehabilitationsbehandlung ein mehrtägiger bis mehrwöchiger Aufenthalt im häuslichen Umfeld erfolgt. Hier zeigen sich gleich mehrere Probleme: Der Genesungsprozess (z. B. Wundheilung) setzt sich nach der Akutbehandlung im Krankenhaus im häuslichen Umfeld der Patienten und Patientinnen fort. Für eine angemessene Versorgung und pflegerische Betreuung in der Zwischenphase muss gesorgt werden. Aufnahme und Transport in die Rehabilitationseinrichtung sind zu organisieren (die sich in der Regel nicht wohnortnah befinden). Eine weiterhin funktionierende familiäre Einbindung bzw. ein aufrechterhaltener Kontakt zum gewohnten sozialen Umfeld ist in der Regel für die weitere Genesung und den Rehabilitationserfolg von großer Bedeutung, jedoch aufgrund der wohnortfernen Unterbringung enorm erschwert.

Ein spezieller Versorgungsbedarf ergibt sich, wenn ein Sterben hochaltriger Menschen nicht mehr aufzuhalten ist. In ihrer letzten Lebensphase brauchen Menschen Zuwendung, die bestmöglichste medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung. Viele Menschen wünschen sich, in gewohnter Umgebung Abschied zu nehmen. Krankenhausaufenthalte sind möglichst zu vermeiden. Die Realität sieht heute jedoch anders aus: Die Hälfte aller Berliner und Berlinerinnen stirbt in einem Krankenhaus.

Die Diagnosestellung über das nahe Lebensende erfolgt häufig im Krankenhaus. Sofern noch Zeit genug da ist, kommt dem Krankenhaus eine zentrale Lenkungsfunktion zur Gestaltung der letzten Lebensphase zu. Der Sozialdienst des Krankenhauses sollte so früh wie möglich über ambulante und komplementäre Hilfsmöglichkeiten informieren (vgl. Handlungsfeld 2). Idealerweise ist das Krankenhaus in ein Netzwerk eingebunden und vermittelt gezielt weitere Versorger.

Ist ein Sterben in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich, ist es Aufgabe des Krankenhauses, ein würdevolles Abschiednehmen zu ermöglichen.

Ziel

Berlin stellt die (geriatrische) Krankenhausversorgung für hochaltrige Menschen quantitativ und qualitativ sicher.

Teilziele

- Jedes Berliner Plankrankenhaus mit entsprechender Patientenklientel verfügt über Konzepte zur Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Demenz, die sowohl den besonderen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht werden, als auch zur Entlastung des Klinikpersonals beitragen.
- Jedes Krankenhaus mit Notaufnahme verfügt über geriatrische und psychiatrische Kompetenzen und stellt sicher, dass bei jedem im Krankenhaus vollstationär aufgenommene Patient bzw. jeder Patientin geriatrischer Rehabilitationsbedarf und eventuell erforderlicher besonderer Versorgungsbedarf aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung/Demenz frühzeitig erkannt und angemessene Versorgung eingeleitet wird. Auch psychiatrische Komorbiditäten werden angemessen versorgt. Erfolgt in der Notaufnahme lediglich eine ambulante Versorgung, kümmert sich der Sozialdienst im Rahmen des Entlassungsmanagements auch hier darum, dass eine adäquate Weiterversorgung gesichert ist.
- Jedes Krankenhaus mit einer Abteilung für Geriatrie verfügt über Konzepte zur Versorgung hochaltriger Menschen unter Einbindung in ein Versorgungsnetzwerk aus ambulanten und komplementären Anbie-

tern; das Entlassungsmanagement ist wesentlicher Bestandteil des Konzepts. Teilstationäre Angebote stellen ein Bindeglied zur weiteren Versorgung im Netzwerk dar, ebenso die noch zu etablierenden Geriatrischen Institutsambulanzen.

- Nach einer Operation, wie z. B. zum Oberschenkelhalsbruch, können akute Verwirrtheitszustände auftreten, postoperatives Delir oder ein Durchgangssyndrom. Hier muss durch geeignete Maßnahmen sofort entgegengewirkt werden.
- Im Krankenhausplan werden die krankenhausinternen Organisationsbedarfe und -anforderungen formuliert. Dies gilt sowohl für die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung Hochaltriger als auch für die Sicherstellung einer würdevollen Sterbebegleitung im Krankenhaus bzw. (wenn möglich und gewünscht) besser in der eigenen Häuslichkeit.
- Für die Aufnahme hochaltriger Patientinnen und Patienten gibt es standardisierte Überleitungsbögen. Diese werden einweisenden Einrichtungen, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sowie Angehörigen zur Verfügung gestellt, so dass sie spätestens bei der Aufnahme im Krankenhaus ausgefüllt werden können. Sie sind auch im Internet abrufbar. Diese Überleitungsbögen berücksichtigen insbesondere spezielle Hinweise bei Patienten und Patientinnen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Sie haben auch den Zweck, nicht indizierte und somit vermeidbare Krankenhausaufnahmen zu unterlassen.
- Auch bei der Entlassung werden standardisierte Überleitungsbögen, Arzt- und Patientenbriefe bzw. Checklisten genutzt. Auch diese haben die Funktion, einen „Drehtüreffekt“ mit umgehenden Wiederaufnahmen im Krankenhaus zu verhindern und durch Sicherstellung einer angemessenen Anschlussversorgung unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

Handlungsbedarf

[Handlungsbedarf zum Entlassungsmanagement: siehe Handlungsfeld 4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung]

- Nutzung von standardisierten Überleitungsbögen ins Krankenhaus/aus dem Krankenhaus heraus. Etablierung von Geriatrischen Institutsambulanzen an Krankenhäusern.
- Einbindung geriatrischer Krankenhausabteilungen in Netzwerke ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen für hochaltrige Menschen (vgl. Handlungsfeld 4). Hierzu gehören auch sämtliche Angebote im Rahmen einer bestmöglichen Sterbebegleitung.
- Einbindung ambulanter Hospizdienste in die Versorgung sterbender Hochaltriger im Krankenhaus.
- Erweiterung der Weiterbildungsbefugnisse im Krankenhaus mit dem Ziel der ärztlichen Fachkräftegewinnung für die Geriatrie.
- Verbesserung der fächerübergreifenden Zusammenarbeit im Krankenhaus unter Einbindung der Geriatrie.
- Verbesserungen der Versorgung Hochaltriger in der Notaufnahme von Krankenhäusern.
- Verbesserungen in der Versorgung kognitiv beeinträchtigter Hochaltriger im Krankenhaus insgesamt und insbesondere in der Notaufnahme.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Berliner Krankenhausgesellschaft, Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen, Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung (unmittelbar Beteiligte entsprechend § 5 LKG(Landeskrankenhausgesetz)), Kassenärztliche Vereinigung, Ärztekammer.

Fragen:

Fragen an die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG), Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und Ersatzkassen, Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung

- Sollte ein Standardscreening (Geriatrisches- und Demenzscreening) ausgewählt werden und wenn ja, welches?
- Wie kann ein Datentransfer innerhalb des Verbunds stationärer, ambulanter und komplementärer Versorger hochaltriger Menschen unter Beachtung des Datenschutzes gewährleistet werden?

Fragen an die BKG

- Wie kann der krankenhausinterne Datentransfer gesichert werden?
- Welche Qualifizierungskonzepte und Schulungsangebote zur Demenz für Beschäftigte, Angehörige und Ehrenamtliche gibt es in Berliner Kliniken?
- Welche baulichen Versorgungserfordernisse werden im Hinblick auf die Betreuung Demenzkranker als notwendig betrachtet?
- Was ist erforderlich, um ein Sterben in Würde im Krankenhaus zu gewährleisten? Wird zur Aufarbeitung dieser Frage die Etablierung z. B. eines speziellen Austauschforums Palliative Geriatrie befürwortet?
- Wie können bereits bestehende gute Ansätze zur Kooperation von Krankenhäusern und ambulanten Hospizdiensten, wie sie auf dem 2. Berliner Hospizforum vorgestellt wurden, unter den Berliner Krankenhäusern bekannt gemacht werden und wodurch könnte die Nachahmung durch weitere Krankenhäuser befördert werden? Welchen Beitrag könnte dabei die BKG übernehmen bzw. welche Partner wären zu gewinnen?

Fragen an die KV

- Wo sind aus Sicht der niedergelassenen Ärzte/Fachärzte bzw. Ärztinnen/Fachärztinnen Verbesserungsmöglichkeiten in der Krankenhausversorgung hochaltriger Menschen?
- Wie kann die ambulante Notfallversorgung Hochaltriger verbessert werden?

Fragen an die Ärztekammer

- Wie ist der Stand der ärztlichen Weiterbildung in der Geriatrie?
- Wo sind Verbesserungsbedarfe und -möglichkeiten hinsichtlich der Fort- und Weiterbildung in der Geriatrie?

Handlungsfeld 4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung

a) Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen

Hintergrund

Nach stationären Krankenhausbehandlungen setzen sich Genesungsprozesse hochaltriger Menschen häufig in der Häuslichkeit oder Einrichtungen der Pflege und Rehabilitation fort. Eine dauerhafte Unterstützung oder Pflege wird unter Umständen erstmals erforderlich. In sehr kurzer Zeit ist die Anschlussversorgung durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin und mit Medikamenten, Hilfsmitteln, Therapien, Wohn- und Betreuungsformen einschließlich Kostenübernahmen und vieles mehr zu organisieren. Im Rahmen der Nachsorge z. B. bei Schlaganfallpatienten und -patientinnen sind oft zur Festigung der selbständigen Lebensführung ambulante Anschlussbehandlungen notwendig. Mehrere beteiligte Berufsgruppen u. a. Therapeuten/Therapeutinnen, Ärzte/Ärztinnen und Pflegefachkräfte und private Lebensumstände gilt es in Einklang zu bringen.

Angehörige sind aufgrund von Mehrfachbelastungen, der Vielzahl von Angeboten oder weil sie selbst schon sehr alt oder eingeschränkt sind oft mit der Organisation komplexer Hilfebedarfe überfordert. Gleichzeitig steigt unter Hochaltrigen der Anteil an Ein-Personen-Haushalten ohne Familienanbindung und funktionierende Hilfenetzwerke, was die Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung immer schwieriger macht.

Trotz dieser vielfältigen Herausforderungen an hochaltrige Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen geschehen Entlassungen oft kurzfristig und noch zu wenig vernetzt mit dem persönlichen oder wohnortnahen Umfeld. Die neue Lebenssituation bleibt teilorganisiert. Es entstehen ungenutzte Zeiträume „ohne“ Hilfe bis zum Anlaufen notwendiger Therapien oder Haushaltsdienstleistungen, die aber für eine erfolgreiche Fortsetzung des Genesungsprozesses unabdingbar sind. Die Risiken einer Verschlechterung des Gesundheitszustands sowie der Verzögerung von Therapieprozessen und von Wiedereinweisungen ins Krankenhaus steigen. Das Rehabilitationspotential sinkt gleichzeitig.

Schwerpunkte

Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement patientenorientiert durchführen.

Schnittstellen

Besonders wichtig sind folgende Schnittstellen:

Krankenhaus – Hausarzt/-ärztin / Facharzt/-ärztin, SAPV-Arzt/-Ärztin

Krankenhaus - stationäre Pflegeeinrichtungen

Krankenhaus - ambulante Pflegeeinrichtungen

Krankenhaus - Beratung (Pflegestützpunkte)

Krankenhaus - Kranken- und Pflegekassen (Hilfsmittel, Notruf)

Krankenhaus - ambulanter Hospizdienst/ auf Palliativpflege spezialisierte Pflegeeinrichtungen

Einschätzung

Die Standards für Entlassungsmanagement bzw. standarddiskutierende Papiere[26] werden noch nicht ausreichend umgesetzt. Dieser Umstand ist seit Jahren bekannt und diskutiert und verschärft sich durch demographische Faktoren weiter, ohne das Berlin-weit spürbare Gegenmaßnahmen ergriffen worden sind. Bisher gibt es außerdem keine vergleichbaren Einschätzungen zur Qualität des Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagements.

Ein übergreifendes, prozessorientiertes Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement im Sinne kontinuierlicher Übergänge zwischen stationärem und ambulantem Gesundheits- und Pflegesektor wird aktuell von vielen Krankenhäusern nicht oder nicht in notwendigem Maße gewährleistet. Beratungs- und Koordinierungsbedarfe, die nicht unmittelbar entlassungsrelevant sind, jedoch für den Patienten bzw. die Patientin Lebensweg bestimmend sein können, geraten aus dem Blick. Es mangelt an einer übergreifenden Betrachtung der Patientin bzw. des Patienten in seinem häuslichen, wohnortnahen Aktions- und Beziehungsraum z. B. zu Familie, Nachbarn, Ärzten und Ärztinnen, Apotheke, Pflegekräften oder Therapeuten sowie Therapeutinnen. Der Unterstützungsbedarf der Patientinnen und Patienten ist sehr unterschiedlich (z. B. Demenz, Migrationshintergrund). Die Chance auf eine bedarfsgerechte Anschlussunterbringung wird oft vergeben, weil Patienten und Patientinnen (und Angehörige) mit der kurzfristigen Organisation neuer Wohn- und Pflegeformen nicht vertraut sind und erst nach Eintritt eines „Notfalls“ Beratung suchen. In der Folge kommt es zu Wiedereinweisungen, einer Überlastung der Krankenhaus-Notaufnahmen, des Patienten bzw. der Patientin und der pflegenden Angehörigen sowie strukturellen Mängel in der Patientenüberleitung, wie zum Beispiel

- lückenhafte Information und Begleitung der Angehörigen, der betreuenden Pflegedienste und Pflegeheime;
- interessengeleitete Weitervermittlung an eigene oder bekannte Anbieter;
- Bürokratiebarrieren;
- Fehlplatzierungen u. a. von Wachkoma-Patienten und -Patientinnen und Beatmungspflichtigen;
- vermeidbare Heimeinweisungen[27];
- Entlassungen zum Wochenende ohne ausreichende Pflegeflankierung (z. B.: Verzicht auf Verordnung einer Häuslichen Krankenpflege durch das Krankenhaus oder einer Organisation haushaltsnaher Dienstleistungen, Organisation einer Kurzzeitpflege durch Angehörige binnen 12 Stunden, unzureichende Medikamenten- und Hilfsmittelausstattung).

Ziel

Berlin bietet patientenfreundliche Übergänge zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die das Selbstpflegevermögen hochaltriger Menschen weitestgehend erhalten oder wieder herstellen oder ein Sterben in Würde ermöglichen.

[26] z. B. der DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.) oder der Patientenbeauftragten

[27] Klie 2014: Der Eintritt in Heime ist meist sozial und nicht medizinisch begründet, z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt.

Teilziele

Das Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement der Krankenhäuser orientiert sich an einheitlichen, gemessenen Standards.

Das Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement der Krankenhäuser arbeitet bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen[28] mit Anschlussversorgern und ambulanten Beratungseinrichtungen, wie den „Berliner Pflegestützpunkten“[29] zusammen.

Altersrelevante Bedarfe und Einschränkungen[30] werden bei der Gestaltung der Anschlussversorgung berücksichtigt.

Die Bedürfnisse sterbender Hochaltriger werden intensiver berücksichtigt u. a. durch die Einbindung ambulanter Hospizdienste und die Vermittlung von Palliativpflege und -versorgung (AAPV und SAPV).

Am Nachsorgeprozess beteiligte Akteure sind informiert und arbeiten koordiniert sowie vernetzt zusammen.

Angehörige werden unterstützt.

Handlungsbedarf

Grundlagen für eine Veränderung im Entlassungs- und Versorgungsmanagement wird voraussichtlich das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz legen. Es liegt derzeit in Entwurfsfassung vor und wird im Bundesrat beraten. Gemäß aktuellem Stand wird vorgeschlagen, das Entlassungsmanagement gemäß § 39 SGB V bis 31.12.2015 in einem dreiseitigen Rahmenvertrag von Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft zu regeln. Ergänzende Regelungen durch dreiseitige Verträge auf Landesebene sind ebenfalls vorgesehen (vgl. § 115 SGB V). Sofern der Entwurf, wie aktuell intendiert, beschlossen wird, wird vorgeschlagen im Rahmen der Vertragsverhandlungen in Berlin auf die Verankerung einheitlicher Standards im Berliner Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement insbesondere in Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen hinzuwirken. Dazu gehört:

- die Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatrie oder der DVSG[31] zur Personalausstattung hinsichtlich einer Stellenquote, qualifikatorischer Voraussetzungen sowie der Fallzahlbelastung im Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement und in den Sozialdiensten aufzunehmen und jährlich in den Qualitätsberichten auszuweisen,
- dass durch ein sektorenübergreifendes Case Management die erforderlichen medizinischen, pflegerischen und pflegeflankierenden Arrangements (häusliche Krankenpflege; Ausstattung mit Hilfsmitteln, Medikamenten und Lebensmitteln; Mobilitätshilfen; Hausnotruf) vor oder spätestens mit Rückkehr des Patienten bzw. der Patientin mit komplexen Versorgungsbedarfen aus dem Krankenhaus in das häusliche Umfeld getroffen werden,

[28] Komplexer Versorgungsbedarf liegt dann vor, wenn gleichzeitig min. zwei der folgenden Parameter im Einzelfall vorliegen: intensivierter Pflege- oder Betreuungsbedarf; dementielle Erkrankung/Verständnisschwierigkeiten; alleinstehend ohne private Hilfenetze; ohne professionelle Hilfenetze (Hausarzt, Pflegeanbieter etc.); Immobilität; palliativer Versorgungsbedarf u. a.

[29] Es gibt Berlin-weit 28 Berliner Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI in Trägerschaft der Kranken- und Pflegekassen und des Landes Berlin.

[30] z. B. Einwilligungsfähigkeit; Seh-, Geh- und Hörvermögen; Aufnahmefähigkeit; Verstehen; Schwerbehinderung; persönlicher Kontakt; Internetkompetenz; Zeitbedarf

[31] Deutsche Vereinigung für soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.

- die Verordnung von Nachsorgemaßnahmen aus dem Krankenhaus heraus zu vereinfachen und dafür Sorge zu tragen, dass diese in Krankenhäusern, regulär wenn erforderlich verordnet werden (Beispiel: Häusliche Krankenpflege),
- die Empfehlung, dass das Entlassungs- und Versorgungsmanagement bereits in der Notaufnahme tätig wird – auch bei hochaltrigen Menschen, die nicht stationär aufgenommen werden,
- eine wissenschaftlich gesicherte Grundlage zu quantitativen und qualitativen Bedarfen an Leistungen des Entlassungs- und Versorgungsmanagements und Folgeangeboten im Rahmen der Nachsorge zu schaffen.

Darüber hinaus wird vorgeschlagen, die Voraussetzungen für eine regelhafte Case Management-basierte Überleitung von hochaltrigen Patienten und Patientinnen mit komplexen Versorgungsbedarfen aus dem Krankenhaus in die Anschlussversorgung im häuslichen Umfeld zu untersuchen, indem die Rahmenbedingungen (Akteure, Schnittstellen, Standards) für ein institutionalisiertes, sektorenübergreifendes Case Management eruiert werden und mögliche Bedingungen für ein solches Angebot modellhaft und wissenschaftlich begleitet, auf Basis der Erkenntnisse des bis 2011 durchgeführten PLAN-Projekts[32] und des in Durchführung befindlichen INDIKA-Modellprojektes des GKV-Spitzenverbandes zur Verbesserung der Langzeitversorgung Demenz- und Schlaganfallbetroffener[33] erprobt werden.

Ferner können folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Schnittstelle Entlassungs- und Versorgungsmanagement und Anschlussversorgung beitragen:

- Angebot eines Hausbesuchs durch den niedergelassenen Hausarzt oder der Hausärztin bzw. entsprechend qualifizierter Praxisassistenten und -assistentinnen bei hochaltrigen Patienten und Patientinnen mit komplexen Versorgungsbedarfen spätestens zwei Tage nach dem Entlassungstag mit dem Ziel sich ein Bild von der aktuellen Lebenssituation zu machen und ggf. Dritte hinzuzuziehen (vgl. Handlungsfeld 2).
- Einführung eines Patientenbriefs oder einer Checkliste zur Information von Patientinnen und Patienten, Angehörigen, pflegerischem und therapeutischem Personal, Apotheken, Sanitätsfachhandel usw. im Sinne einer Patientencompliance, insbesondere bei dementiell erkrankten Menschen.
- Aufbau oder Festigung der Zusammenarbeit mit ambulanten Hospizdiensten.

Weitere Handlungsoptionen, z. B. zur Verbesserung des Datenaustauschs im Versorgungssystem, können sich aus dem im Diskurs befindlichen E-Health-Gesetz des Bundesgesundheitsministers im Jahresverlauf 2015 ergeben.

Fachplanung

- Landeskrankenhausplanung (Grundzüge des neuen Krankenhausplan 2016, finden Sie unter: http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/, vgl.im Dokument S. 9ff)
- Landespflegeplan (http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf)

[32] durchgeführt am SANA-Klinikum Lichtenberg mit dem Pflegestützpunkt Einbecker Straße

[33] durchgeführt durch den Qualitätsverbund Netzwerk im Alter - Pankow e.V. bis 2016

- 3. Berliner Hospiz- und Palliativkonzept (http://www.parlament-berlin.de/ados/16/IntArbBSoz/vorgang/ias16-0440-v.pdf)
- Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas (http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf, vgl. S. 192ff)

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Berliner Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung, Kranken- und Pflegekassen des Landes Berlin, Pflegestützpunkte, DVSG, QVNIA e.V.

Fragen:

- Gibt es Ihrerseits aktuelle Überlegungen, die sich mit den vorliegenden überschneiden und zusammengeführt werden können? Haben Sie Ergänzungen und Änderungs- bzw. Lösungsvorschläge? Sehen Sie Stolpersteine?
- Wie kann der Vertragsprozess nach § 115 SGB V inhaltlich und organisatorisch gestaltet werden?
- Wie kann die Einhaltung von Standards im Entlassungs- und Versorgungsmanagements geprüft und gemessen werden (z. B. Erarbeitung von Qualitätsindikatoren)? Wer sollte die Einhaltung von Standards prüfen?
- Welche aktuellen Vorstellungen gibt es Ihrerseits, z. B. seitens der Kassenärztlichen Vereinigung, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der DVSG, der Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI, hinsichtlich eines sektorenübergreifenden Case Managements (CM) an dieser Schnittstelle? Welche Parameter würden Sie für die Zielgruppe des CM: Patienten und Patientinnen mit komplexen Versorgungsbedarfen hinzufügen oder abändern?
- Wie kann das Entlassungs- bzw. Versorgungsmanagement ggf. besser mit den Berliner Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI verzahnt werden?
- Welche Standorte kommen für ein Modellprojekt Krankenhausentlassungsmanagement und Berliner Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI in Frage?
- Wie erreichen wir, dass hochaltrige Patientinnen und Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen regulär spätestens 2 Tage nach Krankenhausentlassung vom Hausarzt oder Hausärztin bzw. Praxisassistent und -assistentinnen besucht werden?
- Wie erreichen wir, dass jeder hochaltrige Patient bzw. jede Patientin mit Entlassung einen Patientenbrief bzw. eine Checkliste erhält?

b) integrierte Versorgung

Hintergrund

Hochaltrige Menschen haben einen erheblich höheren, teils simultanen Versorgungs- und Behandlungsbedarf durch niedergelassene Haus- und Fachärzte bzw. -ärztinnen, Therapeuten sowie Therapeutinnen und Krankenhäuser sowie durch pflegerische und/oder alltagsentlastende Leistungsanbieter. Ursachen dafür sind meist geriatrische und gerontopsychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel Herzinsuffizienz und dementielle Erkrankungen[34], die mit Fortschreiten des Lebensalters zunehmen. Für geriatrische Erkrankungen lassen sich aufgrund ähnlicher Krankheitsverläufe sogenannte Versorgungspfade insbesondere im kommunalen Umfeld beschreiben. Das heißt Patienten und Patientinnen haben im Verlauf ihrer Erkrankung in der Regel mit ähnlichen ambulanten und stationären Versorgern wiederholt zu tun.

Um eine optimale gesundheitliche und pflegerische Versorgung Hochaltriger künftig zu sichern, ist eine stärkere Vernetzung der Versorgungspartner des gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Sektors erforderlich. Arbeits- und Kommunikationsprozesse zwischen professionellen Akteuren und dem häuslichen Umfeld gilt es auf Stadt- und Bezirksebene gezielter und verbindlicher im Sinne kontinuierlicher Übergänge zu gestalten und konzeptionell weiterzuentwickeln. Eindeutige Abgrenzungen zu anderen Berufsgruppen, Darstellung der Schnittstellen, Handlungsebenen und Kooperationsfelder sollten hierbei gemeinsam erarbeitet werden.

Schwerpunkte

Initiativen starten – Strategien entwickeln

Geriatrisch- Gerontopsychiatrische Verbünde (GGV)[35] als regionale Netzwerkträger sektorenübergreifender ambulanter und stationärer Versorgung stärken

Schnittstellen

auf Bundesebene:

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministerium für Arbeit und Soziales; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Gemeinsamer Bundesausschuss; Arbeits- und Sozialminister-Konferenz (ASMK)

auf Landesebene:

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz, des Landespflegeausschuss und des Landesgremium nach § 90 a SGB V

auf Bezirksebene:

- GGVs – alle relevanten bezirklichen und überbezirklichen Versorgungspartner, insb. Krankenhäuser; Haus/Fachärzte und -ärztinnen; stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen; ambulante Rehabilitationseinrichtungen; Hospiz- und Palliativdienste; Anbieter von Wohnformen: reguläre Mietwohnung, Seniorenwohnen, Betreutes Wohnen, Pflegewohngemeinschaften; Therapeuten und Therapeutinnen;

[34] http://www.dggpp.de/

[35] einschließlich QVNIA e.V.

Apotheken; Heil- und Hilfsmittelversorger; Kranken- und Pflegekassen; Rententräger; Gesundheits- und Sozialämter; Beratungsstellen insbesondere Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI; Fortbildungsstätten; niedrigschwellige Betreuungsangebote; Kontaktstellen Pflegeengagement; Ehrenamts- und Besuchsdienste; Mobilitätshilfedienste; Seniorenvertretungen; Handwerks- und Haushaltsdienstleister etc.

- GGV – (über)regionale Netzwerke, z. B. Demenznetzwerke, Ärztenetzwerke

Einschätzung

Das Feld der integrierten Versorgung betrifft die Übergänge Hochaltriger zwischen ambulanten, häuslichen und stationären Strukturen im Gesundheits-, Pflege- und dem Sozialbereich.

Im wissenschaftlichen Diskurs versteht sich integrierte Versorgung[36] idealtypisch wie folgt: Sie geht von übergreifenden, evaluierten Versorgungszielen und -abläufen, abgestimmten Aufgaben und Zuständigkeiten und einem gemeinsamen Qualitäts- und Kostenmanagement in einem Netzwerk aus. Ein fallverantwortlicher Koordinator (Case Manager/Fallbegleiter) ist wesentliches Bindeglied zwischen den beteiligten Sektoren. Begleitend sind ein Informationsmanagement und Managementkapazitäten für eine stetige Netzwerkarbeit ambulanter und stationärer Strukturen erforderlich. Vernetzung ist eine Voraussetzung, um integrierte Versorgung anbieten zu können.

Die Komplexität möglicher Übergänge erfordert es, sich im Beitrag auf zentrale Schnittstellen bzw. Akteure auf Landes- und Bezirksebene zu fokussieren. Bundesweite, landesweite und bezirkliche Rahmenbedingungen und Entwicklungen werden im Anschluss nacheinander betrachtet. Wie aus den folgenden Ausführungen zu Rahmenbedingungen auf der Bundesebene hervorgeht, stehen vor allem rechtliche Hürden einer Umsetzung der vorab skizzierten ganzheitlichen Überlegungen entgegen. Dennoch bietet dieser idealtypische Ansatz eine Grundlage für die Identifikation von Teilansätzen bzw. Teilschritten auf dem Weg zu einer integrierten Versorgung im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten. In einem Stadtstaat wie Berlin muss hierbei differenziert werden in die bezirklicher Ebene, wo auf Basis individueller Gegebenheiten bezirksspezifische Verbundkonzepte verwirklicht werden können, und in die gesamtstädtischer Ebene, die hierfür einen Rahmen (d. h. Rahmenziele und Rahmenstandards etc.) setzt.

a) Rahmenbedingungen auf Bundesebene

Es gibt u. a. mit den § 90 a SGB V, § 137 f SGB V, §§ 140 a-d SGB V, §§ 92 b SGB XI Ansätze des Bundesgesetzgebers zur sektorenübergreifenden, integrierten Versorgung, die begrenzt sind auf Teilausschnitte vornehmlich des gesundheitlichen Versorgungssystems. Stichworte sind u. a. Managed Care mit den sogenannten Disease Management Programmen (DMP) und den Diagnosis Related Groups (DRGs). Bundesgesetzliche sowie beispielsweise durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gesetzte Rahmenbedingungen bieten damit einerseits einen Rahmen für landesweite oder bezirkliche Initiativen in Berlin. Sie setzen andererseits aber auch schwer überwindbare Grenzen zwischen den Regelungsbereichen der verschiedenen Sozialgesetzbücher, beschränken sich zum Beispiel bei den DMPs auf spezifische Krankheitsbilder oder verkürzen die Verteilung der Budgets auf einzelne Sektoren. Der Gesamtnutzen der Leistungen nach SGB V, XI und XII sowie der Angehörigenpflege wird vernachlässigt. In der Folge werden Budgets überproportional akutmedizinisch eingesetzt. Zudem bleibt eine ganzheitliche Betrachtung im Sinne übergreifender Versorgungspfade für hochaltrige oder multimorbide Patienten und Patientinnen aktuell stark

[36] Müller, Klaus: Alternde Bevölkerung und gesunde Versorgung, Huber, 2014

erschwert. Die Nutzung der seitens des Bundesgesetzgebers angebotenen Instrumente bleibt in Berlin[37] insgesamt hinter den Erwartungen zurück.

Abzuwarten bleibt, ob sich das mit dem derzeit im Entwurf vorliegenden GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ändern wird. Dieser sieht u. a. in § 92 a SGB V die modellbezogene Förderung neuer, sektorenübergreifender Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, vor.

b) Entwicklungen auf Landesebene

Bereits in 2010 schätzte eine Arbeitsgruppe unter Leitung der Patientenbeauftragten ein, dass eine sektoren-, berufs- und trägerübergreifende Zusammenarbeit immer notwendiger wird, um in Berlin anstehende Versorgungsprobleme zu lösen. Genauer besteht Bedarf an Konzepten, die Partnern auf Basis klarer formaler Vorgaben, funktionaler Handlungsanleitungen und ausreichend Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen eine Zusammenarbeit an Schnittstellen ermöglichen. Neue Formen der Arbeitsteilung, Organisation und Qualifizierung sowie ein patienten-orientiertes Case Management sind notwendig. Weitere konzeptionelle Überlegungen liegen u. a. seitens der Ärztekammer mit dem Geriatriekonzept 2010 vor.

Den meisten Akteuren in Berlin ist der Bedarf an Vernetzung zur Sicherstellung kontinuierlicher Übergänge im Versorgungssystem vor allem für Hochaltrige heute bekannt. Vernetzung wird jedoch nach wie vor nicht ausreichend systemisch angegangen. Ein großes Defizit liegt darin, dass es bis heute kein gemeinsames übergreifendes Rahmenkonzept im Land Berlin gibt, wie ein bestmögliches Maß an vernetzter bzw. integrierter Versorgung aus gesamtstädtischer Sicht sichergestellt werden kann. Insgesamt fallen Gestaltungsinitiativen eher modellbezogen und wenig verbindlich aus, was auch in der Vielfalt der Akteure und ihren begrenzten Verantwortlichkeiten begründet liegt.

Betrachtet man die aktuelle Gremienlandschaft im Land Berlin, so zeigt sich hier u. a. mit der Landesgesundheitskonferenz, dem Landespflegeausschuss oder auch mit dem Landesgremium nach § 90 a SGB V eine sektorale Ausrichtung. Letzteres, im Sommer 2013 gegründet, durchbricht hinsichtlich des Teilnehmerkreises bereits die Sektorengrenzen und kann Empfehlungen hinsichtlich sektorenübergreifender Versorgungsfragen abgeben. Sein Betätigungsfeld umfasst jedoch ausschließlich das SGB V. Der Behebung des aktuellen Gestaltungsdefizits im Land Berlin konnte sich im Rahmen des Landesgremiums nach § 90 a SGB V zunächst in Bezug auf die Zielgruppe der Schlaganfallbetroffenen bereits behutsam angenähert werden.

Versorgungspfade hochaltriger Menschen sind in Berlin bisher nur in Anfängen sektorenübergreifend und kaum im Querschnitt beschrieben[38]. In der Folge wird die Patientenbewegung im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich von Versorgungsakteuren verkürzt gedacht. Es stellen sich bei Übergängen betroffener Patienten und Patientinnen zwischen der Häuslichkeit und der ambulanten bzw. stationären Versorgung immer noch zu häufig Zeitverluste, Verzahnungs- und Kooperationsdefizite, mangelnde Übersicht über das Angebotsspektrum, Kostenmissverhältnisse, Mehrfachdurchläufe, Polypharmazie, Hilflosigkeit der Betroffenen und Zustandsverschlechterungen ein. Unterschiedliche Organisationskulturen und Handlungszwänge einzelner Versorgungsakteure, oft der Überlastung und Personalnot geschuldet, prallen aufeinander. Es fehlt an Handlungsroutinen und Handelnden über Sektorengrenzen hinweg. Es fehlt ferner an

[37] Ein seltenes Beispiel in Berlin ist das vom Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e.V. aktuell durchgeführte INDIKA Projekt, dass sich der Schnittstellenproblematik für Schlaganfallbetroffene und dementiell erkrankte Menschen widmet.

[38] Bestrebungen gibt es z. B. im Landesgremium nach § 90 a SGB V. Hier liegt eine der Gestaltungsinitiativen darin, Versorgungspfade für die Zielgruppe der Schlaganfallbetroffenen zu erarbeiten. Darüber hinaus gibt es Initiativen im Rahmen des bereits benannten INDIKA-Modellprojektes sowie seitens der Schlaganfall Allianz.

einer gemeinsamen Verantwortungskultur, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Anlass und Raum gibt, das weitere Wohl hochaltriger Patientinnen und Patienten z. B. nach Abschluss eines Behandlungstermins im Blick zu behalten. Denn in nahezu allen Fällen sind mehrere Professionen, wie Pflegekräfte, Ärzte/ Ärztinnen, Therapeuten/Therapeutinnen, Alltagshelfer und -helferinnen und sehr häufig Angehörige an der täglichen Versorgung beteiligt. Damit eine Therapie nachhaltig wirkt, müssen alle Handgriffe, Medikation und Alltagsunterstützung passgenau und termingerecht ineinander greifen. Verspätete Kostenübernahmen unterminieren den Erfolg ebenso wie die Sorge, wie sich die Wohnsituation an neu entstandene Pflege- und Mobilitätsbedarfe zügig anpassen lässt. Eine notwendige Unterstützung durch Case Manager bzw. individuelle Fallbegleiter sowie -begleiterinnen kann für viele Betroffene noch nicht realisiert werden.

Darüber hinaus mangelt es insgesamt an Investitionen in Vernetzungsstrukturen auf Landes- und Bezirksebene. Vor allem stellt sich für übergreifende Akteure die Frage nach einem größeren konzeptionellen und finanziellen Input in die gesamtstädtische und bezirkliche Netzwerk- und Verbundarbeit. Gemeinsame Rahmenziele und Standards sowie Finanzierungsmodelle können als Inhalte einer Rahmenstrategie nur auf Landesebene entwickelt werden. Bei der patientenfreundlicheren Gestaltung der Prozessabläufe (Behandlung, Betreuung, Antragsverfahren und Kostenübernahmen) spielt die Gestaltung des Datenaustausches bzw. der Überleitung eine wichtige Rolle. Hierzu braucht es Berlin-weit intensivierte Überlegungen, wie Datenaustausch unter Berücksichtigung des Datenschutzes verbessert bzw. ggf. standardisiert werden kann.

Schlussendlich bedarf es auch gemeinsamer Überlegungen, wie gesamtstädtisch oder regional bestehende Netzwerke systematischer ineinandergreifen und kooperieren können. Hierunter fallen die oben genannten Ärztenetzwerke, GGV/ QVNIA e.V. und regionale Netzwerke, wie das Netzwerk „Märkisches Viertel e.V." oder Demenznetzwerke.

c) Entwicklungen auf Bezirksebene

In den Berliner Bezirken sichern Netzwerk- und Verbundaktivitäten in wachsendem Umfang kleinräumige, spezifische Versorgungslösungen. So arbeiten auf Bezirksebene u. a. bereits die geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbünde an einer verbindlichen Vernetzung von Einrichtungen der Altenhilfe und Psychiatrie, um eine ihren individuellen Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu ermöglichen. Integrierte Versorgungslösungen braucht es in erster Linie auf Bezirksebene unter Einbeziehung der örtlichen Wohn-, Einkommens- und Infrastruktur.

Die GGV bestehen als Plattform für die Verzahnung von ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsangeboten für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und ihre Angehörigen seit 1995 in nahezu allen Berliner Bezirken. Sie wurden zur Gestaltung des Schnittstellenmanagement zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie in der Versorgung von psychisch erkrankten älteren und hochaltrigen Menschen etabliert und sind regionale Netzwerke für ältere Menschen. Sie sind ein verbindlicher Zusammenschluss verschiedener ambulanter, teilstationärer und stationärer Träger eines Bezirks bzw. einer Bezirksregion zur Schaffung verlässlicher Versorgungsstrukturen und einer gemeinsamen Fallverantwortung (u. a. Überleitungen, Qualitätssicherung, verbindliche Zusammenarbeit, Fallmanagement). Ein gleichartiger Zusammenschluss ist der Qualitätsverbund Netzwerk im Alter - Pankow e.V. (QVNIA e.V.).

Die Verbünde haben unterschiedliche Profile hinsichtlich der Kooperationsform, der Aufgaben und Arbeitsweise, der Partner, der Schwerpunktsetzung und der Finanzierung ausgebildet. Es mangelt an personellen

und finanziellen Ressourcen zur Gestaltung der Verbundarbeit. Wichtige lokale Akteure sind mitunter nicht Mitglied des Verbundes. In der Folge sind die Verbünde für zunehmend komplexe Versorgungsbedarfe hochaltriger Menschen nicht ausreichend gerüstet. Sie haben das Potential, die Versorgung im Bezirk zu bündeln, können dies jedoch mangels Ressourcen meist nicht flächendeckend sicherstellen.

Es gibt Bedarf

- an mehr Engagement und Investition aller relevanten Versorgungsakteure des Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereichs in den Bezirken, um sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu ermöglichen.
- an verbindlichen GGV-übergreifenden kommunikativen und koordinierenden Standards zwischen den Versorgungsakteuren und klaren Aufgaben- und Zuständigkeitsabgrenzungen.
- an gebündelten Bürokratieabläufen und nach Möglichkeit an standardisiertem Datenaustausch zwischen an der Versorgung und Kostenträgerschaft beteiligen Akteuren.
- an der Definition von bezirklichen Versorgungspfaden vor allem für geriatrische Erkrankungsbilder.
- an Vernetzung und Austausch zwischen den Verbünden sowie weiteren (über-) bezirklich agierenden Netzwerken, Akteuren und Gremien.

Ausbaubedürftig ist auch die Gestaltungskompetenz in den Bezirksämtern. In den Berliner Sozial- und Gesundheitsämtern wurden durch Konzentration auf Pflichtaufgaben im Rahmen der Haushaltskonsolidierung z. B. die freiwilligen strukturgestaltenden Aufgaben der Altenhilfe gemäß § 71 SGB XII immer stärker abgebaut. Die Möglichkeiten bezirklicher Gestaltung einer bedarfsgerechten, wohnortnahen Versorgung älterer Menschen haben sich damit stark reduziert[39]. In der Folge fehlt es an bezirklichen Überlegungen für eine sektorenübergreifende, nach Möglichkeit integrierte Versorgung.

d) Forschungsdefizit

Es mangelt weiterhin an wissenschaftlichen Studien zu Versorgungsverläufen hochaltriger Menschen und zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements.

Ziel

Berlin bietet das bestmögliche Maß an integrierter Versorgung und ermöglicht kontinuierliche, institutionelle Übergänge zwischen der Häuslichkeit sowie der ambulanten und stationären Versorgung insbesondere für hochaltrige Menschen.

Teilziele

- Die GGV[40] sind als Netzwerkträger für eine sektorenübergreifende, nach Möglichkeit integrierte Versorgung in den Berliner Bezirken auf Basis einheitlicher Standards etabliert und erstrecken sich fachlich insb. auf die Versorgung älterer und hochaltriger Menschen bis hin zum Lebensende.

[39] Bundesweit mehren sich die Forderungen, die Rolle der Kommunen in der Altenhilfe zu stärken, um die Kernkompetenz in der Daseinsvorsorge für ältere Menschen (wieder) herzustellen und strukturbildende Aufgaben wahrnehmen zu können. Zur Umsetzung kleinräumiger Quartierskonzepte in der gesundheitlichen, pflegerischen, sozialen und wohnlichen Versorgung bedarf es Gestaltungskompetenz und Personal bei den Kommunen (vgl. Pfützenreuter 2014).

[40] sowie stets einschließlich QVNIA e.V.

- Ein gesamtstädtisches Rahmenstrategie und bezirkliche Feinkonzeptionen zur sektorenübergreifenden, nach Möglichkeit integrierten Versorgung sind entwickelt.
- Versorgungsrelevante Akteure vernetzen sich aktiv über die GGV.

Handlungsbedarf

Initiativen starten – Strategien entwickeln

Berlin braucht ein übergreifendes Rahmenkonzept für die sektorenübergreifende, nach Möglichkeit integrierte Versorgung auf Landesebene. Es bedarf konzeptioneller Überlegungen zum Ineinandergreifen bundes- und landesweiter sowie bezirklicher Handlungsebenen, Zuständigkeiten und Kooperationen. Begleitend bzw. vernetzt mit der gesamtstädtischen Konzeptentwicklung sollte auf Bezirksebene die Entwicklung bezirklicher Feinkonzepte sowie der GGV angegangen werden.

Mit Blick auf die Austauschgremien im Land Berlin besteht über das Landesgremium nach § 90 a SGB V eine Chance die Entwicklung übergreifender Positionen in Berlin anzuschieben, sofern hierüber eine gemeinsame Auftragslage beschlossen werden kann. Es sind für die gesamtstädtische Konzeptentwicklung jedoch über das Landesgremium hinausgehend Austauschformen bzw. Gremienstrukturen erforderlich. Ein wichtiges Anliegen, des diesem Diskussionspapier folgenden Diskurses ist es, die Findung von Zusammenarbeitsstrukturen auf gesamtstädtischer Ebene in Berlin, die alle erforderlichen Akteure bis hin zu Bezirksverwaltungen und Ehrenamtsstrukturen inkludiert, zu unterstützen.

Geriatrisch- Gerontopsychiatrische Verbünde als regionale Netzwerkträger sektorenübergreifender ambulanter und stationärer Versorgung stärken

Gesundheitliche und pflegerische Versorgung für hochaltrige Menschen kann nur als „Verbund“-Konzept realisiert werden, damit die erforderliche Zusammenarbeit verschiedenster Berufsgruppen zwischen Pflege, Therapie bzw. Kuration und Rehabilitation insbesondere auf Bezirksebene gewährleistet ist. Es wird vorgeschlagen, die GGV weiterzuentwickeln zu bezirklichen Netzwerkträgern einer sektorenübergreifenden, nach Möglichkeit integrierten Versorgung und dafür

- vorbereitend zunächst eine Evaluation der bestehenden Strukturen, Vernetzung, Arbeitsweisen, Ressourcen und Entwicklungsbedarfe der GGV durchzuführen und darauf aufbauend
- allgemeine Standards für Verbundarbeit in Berlin im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung zu entwickeln,
- an der Entwicklung eines Feinkonzepts orientiert an den bezirklichen, sozialräumlichen Gegebenheiten mitzuwirken,
- die Beteiligung der Verbundpartner zu stärken durch die Entwicklung von Finanzierungsmodellen für eine steuernde, qualitätssichernde Verbundarbeit,
- eine Selbstverpflichtung der Verbundpartner anregen, die gefassten Standards umzusetzen,
- neue Verbundpartner zu gewinnen, darunter weitere regionale Netzwerke und Arbeitskreise und diese ggf. zu koordinieren,
- regionale Qualitätszirkel zu betreiben,

- einen übergreifenden Austausch der GGV einzuführen und eine Geschäftsstelle einzurichten.

Ferner wird vorgeschlagen, bezirkliche Altenhilfekoordinatoren einzusetzen mit dem Ziel

- den Sozial-, Pflege- und Gesundheitssektor –abgestimmt auf die Versorgungsakteure, Bewohner bzw. Bewohnerinnen und sozialräumlichen Gegebenheiten– zu gestalten, damit besonders hochaltrigen Menschen mit z. B. chronischen somatischen und (schweren) psychischen Krankheitsverläufen eine Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft ermöglicht wird,
- und dafür in jedem Bezirk zusammen mit dem GGV ein bezirkliches Feinkonzept zu entwickeln, welches notwendige Schnittstellen und Informations- und Kommunikationsstrukturen vor dem Hintergrund kontinuierlicher Betreuungs- und Behandlungspfade hochaltriger Patienten und Patientinnen im Verbund (Versorgungspfade) analysiert, beschreibt und ggf. allgemein qualitätssichernd, ressourcenoptimierend unter Beachtung des Datenschutzes regelt,
- und zusammen mit den Planungs- und Koordinierungsstellen im Bezirk für die Weiterentwicklung und Bereitstellung von adäquaten Versorgungsstrukturen sorgt.

Die gemeinsame Verantwortung für die gesundheitliche, pflegerische und soziale Versorgung der Betroffenen sollte eine wesentliche sektorenübergreifende Aufgabe sein, um die Behandlungskontinuität der Patientinnen und Patienten auch bei schweren Verläufen im sozialen Umfeld zu sichern.

Fachplanung

- Landeskrankenhausplanung (Grundzüge des neuen Krankenhausplan 2016, finden Sie unter http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/, vgl. im Dokument S. 9ff)
- Landespflegeplan (http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf)
- Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas (http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf, vgl. S. 192ff)
- 3. Berliner Hospiz- und Palliativkonzept http://www.parlament-berlin.de/ados/16/IntArbBSoz/vorgang/ias16-0440-v.pdf

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

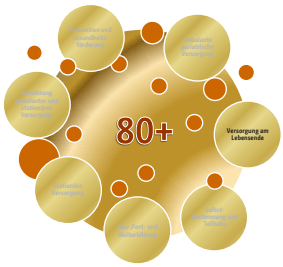
GGV/ QVNIA e.V., Landesgremium nach § 90 a SGB V, Bezirksstadträte und Bezirksstadträtinnen/Amtsleitungen der Bereiche Gesundheit und Soziales, ggf. Landespflegeausschuss, ggf. Landesgesundheitskonferenz

Fragen:

- Sehen Sie Bedarf an einem gesamtstädtischen Rahmenkonzept? Wie kann ein übergreifender Arbeitsprozess aussehen? Welche aktuellen Vorstellungen gibt es in ihrer Institution hinsichtlich sektorenübergreifender bzw. integrierter Versorgung?

- Wissenschaftlich aufgearbeitet gibt es Ansätze darüber, was eine integrierte, sektorenübergreifende Versorgung beinhaltet[41]. Welche der benannten Standards halten Sie für unverzichtbar, damit integrierte Versorgung gelingen kann? Was wäre verzichtbar und aus welchem Grund?
- Gibt es aus Sicht der Bezirksstadträte und Bezirksstadträtinnen/Amtsleitungen für Gesundheit und Soziales Bedarf an bezirklichen Feinkonzepten? Wo müssen dessen Schwerpunkte liegen? Wie kann ein bezirklicher Arbeitsprozess aussehen? Welche Rahmenbedingungen sind dafür erforderlich? Die Forderung der Einrichtung einer Altenhilfekoordination findet sich seit Jahren bereits im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Gesundheitsamt). Inwieweit halten Sie diese Position für auskömmlich, um die geschilderten Handlungsbedarfe zu bearbeiten? Wie kann das Sozialamt daran beteiligt sein?
- Welche Schlüsse sind aus Berliner Modellprojekten (INDIKA) für eine Regelförderung zur Verbesserung der Zusammenarbeit verschiedener Versorgungsstrukturen zu ziehen?
- Wie können positive Erfahrungen aus diesen Modellen für die Weiterentwicklung der GGVs nutzbar gemacht werden?
- Was sind die „richtigen“ Stellen für das Andocken von Fallmanagern und Fallmanagerinnen?
- Sollte Fallmanagement ein Angebot der Kostenträger sein oder Bestandteil von institutionenbezogener Prozesssteuerung?
- Welche medizinischen Verbundnetze (Arztnetze oder berufsübergreifende Verbünde) gibt es in Berlin und welche Erfahrungen wurden hier für eine Verbesserung der Versorgung sehr alter Menschen gemacht?

[41] integrierte Versorgung nach Müller, Klaus 2014 bedarf der Definition sektorenübergreifender, messbarer Versorgungsziele; der intersektoralen Strukturierung von Versorgungsabläufen mit Aufgabendefinitionen und Zuständigkeitsabgrenzungen einschließlich der Nachsorge; der Evaluation von Versorgungsabläufen; eines gemeinsamen Qualitäts- und Kostenmanagements; eines fallverantwortlichen Koordinators für den gesamten Versorgungsprozess; eines funktionsfähigen IT-Informationsmanagement; einer Anschubfinanzierung für Netzwerke; stetiger Managementkapazitäten für Netzwerke; der Vorabprüfung der Erfolgschancen und der Rechtsform; einer Leistungsvereinbarung



Handlungsfeld 5 Versorgung am Lebensende

Versorgung sterbender Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung der Palliativen Geriatrie

Hintergrund

Sterben gehört zum Leben dazu, trotzdem stellt es eine persönliche Herausforderung für die Betroffenen und das nahe Umfeld dar. Das Wissen um das nahe Ende löst bei vielen Sterbenden Ängste und Zweifel aus. Was sich in ihm abspielt, ist für Außenstehende oft nur begrenzt wahrnehmbar. Trotzdem kann die Auseinandersetzung mit dem Sterben häufig nur gelingen, wenn sich der Sterbende mit ihm nahe stehenden bzw. ihn umsorgenden Menschen austauscht, um die einander bewegenden und zu bedenkenden wichtigen Fragen zu klären.

Im Hospiz- und Palliativkonzept Berlins heißt es dazu:

„Schwerkranke und sterbende Menschen in unserem Land sollen darauf vertrauen können, dass

- sie in ihrem letzten Lebensabschnitt nicht allein gelassen werden,
- Pflege, Geborgenheit, Fürsorge und Zuwendung erhalten,
- ihre Wünsche und Bedürfnisse wahrgenommen und respektiert werden,
- sie möglichst bis zum Lebensende in der gewohnten und vertrauten Umgebung, ihrem Zuhause, bleiben und ihr Leben in Frieden und Würde beschließen können.“[42]

Auch wenn die meisten Menschen möglichst bis zum Lebensende in der gewohnten und vertrauten Umgebung eigener Häuslichkeit oder Wohnung leben wollen, verbringen zwei Drittel der Menschen in Deutschland ihre letzte Lebensphase in stationären Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern.“[43]

Rund 45 % der über 80 jährigen Berliner und Berlinerinnen sterben in einem Krankenhaus. Nur wenige Menschen versterben im Kreis ihrer Nächsten. Zu aktuellen Größenordnungen der Sterbefälle in Berlin insgesamt sowie der im Krankenhaus Verstorbenen ab dem Alter von 80 Jahren siehe die entsprechende Abbildung 13 im Anhang.

In den letzten Jahren wurde im Zusammenhang mit einer guten Kultur des Sterbens der Begriff „Palliative Geriatrie“ geprägt. Sie zielt darauf ab, hochbetagten Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Schmerzen, belastende körperliche Symptome sowie soziale und seelische Nöte sollen gelindert werden. Die Wünsche und Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender werden in den Mittelpunkt gestellt. Palliative Geriatrie geht dabei von einem ganzheitlichen Betreuungskonzept für

[42] 3. HOSPIZ- und PALLIATIVKONZEPT für das Land Berlin. Abschnitt 1 siehe http://www.parlament-berlin.de/ados/16/IntArbBSoz/vorgang/ias16-0440-v.pdf.

[43] Sinngemäß aus „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ Eckpunktepapier von BM Gröhe u.a. vom 10.11.2014. siehe http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/Verbesserung_hospiz-palliativversorgung_101114.pdf.

Betroffene und Betreuende aus, das sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen umfasst und die Zusammenarbeit verschiedener Berufs- und Helfergruppen mit den Sterbenden und deren Nahestehenden voraussetzt.[44]

Vor diesem Hintergrund sind bei nahezu allen in diesem Konzept angeführten Handlungsfelder, problematisierten Schnittstellen oder Rahmenbedingungen die Bedürfnisse und Spezifika zur Sicherung einer guten Versorgung hochaltriger sterbender Menschen mit zu bedenken. Auf Wiederholungen wird in diesem Abschnitt verzichtet.

Schwerpunkte

Grundsätzlich werden folgende herausragende Schwerpunkte gesehen:

- allgemeine ambulante palliative Versorgung insb. durch Ärzte und Ärztinnen und Pflegedienste verbessern und dadurch unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden,
- Hospiz- und Palliativkultur in allen stationären Sterbeorten verbessern,
- notwendige Übergänge besser gestalten unter Berücksichtigung spezieller hospizlicher und palliativer Angebote.

Schnittstellen

Aufgrund der vielen Akteure gibt es diverse Schnittstellen. Hier die wichtigsten:

- vom dauerhaften Aufenthaltsort des Sterbenden (Wohnung, Heim) ins Krankenhaus;
- Verlagerungen Sterbender innerhalb des Krankenhauses (von der Notaufnahme in die Fachabteilung / Intensivstation / Palliativstation);
- Entlassung Sterbender aus dem Krankenhaus hin zum dauerhaften Aufenthaltsort des Sterbenden oder übergangsweise in eine Kurzzeitpflege.

Einschätzung

Der vorhandene bzw. benötigte Mix an Hilfsangeboten für hochaltrige sterbende Menschen hängt zum einen davon ab, wo er dauerhaft lebt (in der eigenen Wohnung, in einer Form des betreuten Wohnens, einer Wohngemeinschaft, in einem Pflegeheim) oder sich zeitweise aufhält (Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Kurzzeitpflege, Stationäres Hospiz).

Immer geht es darum, die psychosoziale, hauswirtschaftliche, pflegerische, medizinische und spirituelle Versorgung zu sichern. Der Kreis der an der Versorgung beteiligten Personen bzw. Strukturen ist im ambulanten Bereich meist größer als im stationären Bereich und reicht von Angehörigen und nahestehenden Personen, über den Hausarzt und die Hausärztin, ggf. Fachärzten und-ärztinnen bzw. einem SAPV-Arzt bzw. Ärztin, bis hin zu diversen ambulanten Dienstleistern (Hausnotruf, fahrbarer Mittagstisch, Mobilitätshilfedienst, mobile Fußpflege, niedrigschwelliges Betreuungsangebot Physio- und Psychotherapeuten und -therapeutinnen etc.), einem ambulanten oder unter Umständen einem SAPV-Pflegedienst und ggf. einem ambulanten Hospizdienst. Damit der richtige Hilfemix entsteht, bedarf es einer entsprechend qualifizierten Beratung, Koordination und Vernetzung der an der ambulanten Palliativversorgung Beteiligten. Die bestehenden Angebote von Kassen, Pflegestützpunkten oder der Zentralen Anlaufstelle Hospiz werden hier bislang als nicht hinreichend angesehen.

[44] Vergleiche: Internetseite www.palliative-geriatrie.de der Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie des UNIONHILFSWERKs.

Ambulante Hospiz- und Palliativversorgung

Auf dem 2. Berliner Hospizforum Ende November 2014 wurden folgende Einschätzungen zur ambulanten Palliativversorgung nach folgenden Versorgungsbereichen von Sterbenden getroffen:

Medizinische Versorgung

Entscheidend ist, ob ein Hausarzt bzw. eine Hausärztin oder ein SAPV-Arzt bzw. Ärztin die Versorgung sterbender Menschen in Häuslichkeit übernehmen kann. Häufig gibt es hier eine Unterversorgung. Dies betrifft sowohl die erforderliche Symptombehandlung und die Verordnung von Medikamenten und Hilfsmitteln als auch die Beratung und Unterstützung. In diesen Fällen ergeben sich dann verstärkt ungewollte und kostenintensive Noteinätze oder Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte für die Patienten und Patientinnen.

Im Übrigen gibt es eine breite Übereinstimmung zu den Einschätzungen im Handlungsfeld 2. Hochaltrige Betroffene werden vom Hausarzt/Facharzt bzw. von der Hausärztin/Fachärztin sehr häufig nicht als (palliativ-) geriatrische Patienten bzw. Patientinnen eingestuft und können dadurch ggf. zu spät adäquat versorgt werden.

Allgemeine Ambulante Palliative Versorgung (AAPV):

75-80 % aller Sterbenden benötigen eine AAPV. Viele Hausärzte und -ärztinnen erbringen keine AAPV.

In der Regel

- erfolgen keine Hausbesuche,
- besteht wenig Erfahrung mit sterbenden Menschen,
- ist Erreichbarkeit

in den Arztpraxen außerhalb der Öffnungszeiten nicht gewährleistet (vor allem nicht an Wochenenden, Feiertagen, abends und in der Nacht).

Für die Sterbenden gibt es keine adäquate ärztliche Hilfe in Krisensituationen. Bereitschafts- oder Notärzte und -ärztinnen werden hinzugezogen. Viel häufiger als notwendig kommt es dann zu Einweisungen ins Krankenhaus (auch aus dem vollstationären Pflegebereich).

Notärzte und -ärztinnen und Feuerwehr können eventuellen Patientenverfügungen oft nicht gerecht werden. Reanimation und Stabilisierung stehen im Vordergrund und nicht die palliative Versorgung.

Eine psychologische Unterstützung der Angehörigen in dieser Situation erfolgt kaum. Dies hinterlässt häufig traumatisierte Angehörige. Hausärztinnen und -ärzte wissen oftmals nichts über SAPV.

Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung (SAPV):

10-15 % aller sterbenden Menschen haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung. Nicht alle Betroffenen bekommen diese Information. Die Einsatzgebiete der SAPV-Ärzte und Ärztinnen sind über die verschiedenen Bezirke sehr unterschiedlich verteilt (z. B. in Schöneberg 13, Marzahn lediglich 6 SAPV-Ärzte). Etliche SAPV-Ärztinnen und Ärzte übernehmen nur onkologische Patienten und Patientinnen. Einige SAPV Praxen übernehmen nur eine Teilversorgung im Sinne von § 132 d. Andere SAPV-Ärzte und Ärztinnen leisten zwar Hausbesuche, können aber keine Noteinsätze übernehmen und hinterlassen für Krisensituationen wiederum die Telefonnummern der Bereitschaftsärzte und -ärztinnen oder empfehlen, die Feuerwehr zu rufen.

Für viele SAPV-Ärztinnen und Ärzte gibt es außerdem keine Vertretung in Urlaubs- oder Krankheitszeiten.

Pflegerische Versorgung

Nicht alle Sterbenden haben eine Pflegestufe.

75-80 % aller Sterbenden benötigen eine Allgemeine Ambulante Palliative Versorgung.

Allgemeine Pflegedienste können sterbende Menschen und deren Angehörige in der Regel nicht ausreichend unterstützen.

10-15 % aller sterbenden Menschen haben Anspruch auf Spezialisierte Ambulante Palliative Versorgung, aber nur ein Teil der Betroffenen erhält diese Information.

Wenige allgemeine Pflegedienste wissen, dass sie für diesen Personenkreis spezielle Unterstützung erhalten können. Auch in stationären Pflegeeinrichtungen ist es nur teilweise bekannt, dass SAPV-Unterstützung möglich ist.

Bei Pflegebedürftigen, die die Geldleistung wählen, und deren Angehörige fehlt es noch häufiger an Informationen zu Möglichkeiten der Palliativversorgung und Sterbebegleitung.

Psychosoziale Versorgung

Betroffene und Angehörige aber auch Netzwerkpartner wissen häufig nicht, was psychosoziale Unterstützung durch Ambulante Hospizdienste bedeutet.

Betroffene und Angehörige bekommen die Informationen darüber nicht regelmäßig.

Oft gibt es Unkenntnis und Unsicherheit über den richtigen Zeitpunkt, das Angebot zu kommunizieren. Die Angebote werden oft auf eine Art und Weise kommuniziert, dass der Betroffene sie nicht annehmen kann. Familien werden nicht dazu ermutigt, die Versorgung zu Hause zu versuchen. Über den Hospizdienst hinaus gibt es nicht genügend psychologische und psychotherapeutische Angebote für die Häuslichkeit.

Spirituelle Versorgung

Spiritualität als Geisteshaltung dem Sterbenden gegenüber sollte sich durch alle Professionen ziehen. Im Hospizbereich ist dies eine qualitative Voraussetzung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entscheiden sich bewusst zur Auseinandersetzung mit den Themen Sterben Tod und Trauer. Nicht alle am Netzwerk Beteiligten haben eine Haltung zu diesen Themen.

Die persönliche bewusste Auseinandersetzung mit existentiellen Fragestellungen kann nicht verordnet oder übergestülpt werden.

Sie benötigt außerdem einen entsprechenden Rahmen (z. B. Qualifikation und Reflexionsmöglichkeiten) der nicht für alle gegeben ist.[45]

Stationäre Hospiz- und Palliativversorgung

Für den stationären Bereich besteht der Eindruck, dass in den stationären Hospizen Berlins die Versorgung Sterbender in allen oben genannten Versorgungsbereichen auf sehr gutem Niveau erfolgt, während Krankenhäuser und Pflegeheime hier unterschiedlich aufgestellt sind.

Im Bereich der Pflegeheime läuft in 2015 der sogenannte „Merkmalsprozess“, wo es um die Definition von „Merkmalen“ (=Standards) für eine gute Hospiz- und Palliativkultur in Pflegeheimen geht. Dies ist ein

[45] Alle vorgenannten Punkte wurden in ähnlicher oder gleicher Weise im Vortrag von Frau Rehberg auf dem 2. Berliner Hospizforum am 21.11.2014 „Zu Hause sterben können?“ benannt. Vergl. unter www.hospiz-aktuell.de Rubrik Netzwerke Präsentation zu 2.

Thema, das sowohl im Hospiz- und Palliativkonzept des Landes wie im Landespflegeplan betrachtet wird und hier daher nicht ausgeführt wird.

Zur Stärkung der Palliativversorgung in Krankenhäusern werden im Rahmen des aktuellen bundesweiten Diskurses zur „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ Akzente gesetzt[46], die im Kontext der Erörterungen zum Berliner Krankenhausplan zu betrachten sind.

Ziel

Hochaltrige sterbende Menschen erhalten in ihrer letzten Lebensphase die bestmögliche menschliche Zuwendung, medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung für ein Leben in Würde bis zuletzt. Sterbebegleitung sichert möglichst vielen Hochaltrigen, in gewohnter Umgebung bei gewohnten Abläufen Abschied zu nehmen. Krankenhausaufenthalte sind möglichst zu vermeiden.

Teilziele

- Berlin hat die Einführung und Anpassungen bundesrechtlicher Regelungen zur Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung aktiv unterstützt.
- Berlin hat ergänzend zum 3. Hospiz- und Palliativkonzept wichtige Aspekte palliativ-geriatrischer Versorgung in flankierenden Plänen und Konzepten integriert.
- Berlin hat die Etablierung von qualifizierter Beratung zur sowie von Koordination und Vernetzung der palliativ-geriatrischen Versorgung gefördert.

Handlungsbedarf

Beim aktuell laufenden Prozess der Erarbeitung einer Nationalen Strategie zur Umsetzung der in der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“[47] formulierten Leitsätze ist auch das Land Berlin aktuell gefragt und beteiligt.

Darüber hinaus wurde auf Bundesebene im November letzten Jahres ein Eckpunktepapier u. a. von Bundeminister Gröhe[48] vorgelegt, in dem zahlreiche gesetzliche Änderungen und Maßnahmen angekündigt werden in den Feldern:

- Ausbau der Regelversorgung, Stärkung der allgemeinen Palliativversorgung, Vernetzung,
- Stärkung der Hospizversorgung / Verbesserung der Versorgung in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung,
- Regelungen und Maßnahmen für stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen,
- Etablierung eines regelhaften Beratungsangebots zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende in stationären Pflegeeinrichtungen,
- Off-Label-Use in der Palliativ- und Hospizversorgung.

[46] Stellungnahme der Steuerungsgruppe der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland zum Eckpunktepapier „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ Januar 2015, S. 3f.

[47] Siehe: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de.

[48] „Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland“ Eckpunktepapier von BM Gröhe u.a. vom 10.11.2014, siehe http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/H/Verbesserung_hospiz-palliativversorgung_101114.pdf.

Im aktuell laufenden Diskurs im Vorfeld gesetzlicher Änderungen sowie dann später im Rahmen der Verfahren wird sich das Land Berlin positionieren.

Angesichts der Komplexität der Handlungsbedarfe in diesem Handlungsfeld, der Zuordnung von Themen aus diesem Feld zu anderen Handlungsfeldern (z. B. Kooperation Krankenhäuser und ambulante Hospizdienste) und der Fokussierung des Konzeptes 80Plus auf Probleme, die mit Übergängen bzw. Schnittstellen verbunden sind, erfolgt hier eine Konzentration die Verbesserung der qualifizierten Beratung, Koordination und Vernetzung der an der ambulanten Palliativversorgung Beteiligten.

Qualifizierte Beratung:

„Umfragen haben nachgewiesen, dass Versicherte häufig zu wenig über die Angebote in der Hospiz- und Palliativversorgung wissen. Im Rahmen einer besonderen klarstellenden Regelung erhalten Versicherte daher einen Anspruch gegen die Krankenkassen auf individuelle Beratung und Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung einschließlich der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans. Dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit der Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI sowie anderer Beratungsstellen (z. B. kommunaler Servicestellen) sicherzustellen.“[49]

Es ist der sukzessive Aufbau eines mehrstufiges Information- und Beratungssystem zu prüfen, das sich erstreckt über

- regelmäßig zu aktualisierende Broschüren, Infoblätter etc. zu den Themen Sterben, Tod und Trauer.
- Weiterentwicklung der Plattform www.hospiz-aktuell.de.
- Zuleitung von Informationen durch die Kassen an die Versicherten.
- Schulung ehrenamtlicher Besuchsdienste, Sozialkommissionsmitglieder und Nachbarschaftshelfer und -helferinnen zu Vorsorge und Hospiz-und Palliativstrukturen.
- Schulung Pflegestützpunkte zu bestehenden Hospiz-und Palliativstrukturen.
- Ausweitung niedrigschwelliger Patientenverfügungsberatungen nach dem bei der Zentralen Anlaufstelle Hospiz praktizierten Ansatz.
- Vorbereitende Maßnahmen zur Etablierung eines regelhaften Beratungsangebots zur individuellen gesundheitlichen Vorausplanung am Lebensende möglicherweise kommender bundesrechtlicher Regelung[50].

Netzwerke der Allgemeinen Palliativversorgung (APV-Netzwerke):

Gute Kooperation und Vernetzung stellen eine wichtige Voraussetzung dar, um den letzten Lebensabschnitt hochaltriger sterbenden Menschen ausgerichtet an deren Bedürfnissen zu gestalten und dient der weiter oben formulierten Zielstellung. Es bedarf strukturierter Netzwerke, die auch Akteure der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließen.

Dazu sollte mit den Beteiligten, wie der Kassenärztlichen Vereinigung oder der dem Hausärzteverband besprochen werden, wie die bereits erfolgte Weichenstellungen in Form der seit dem 01.10.2013 verbesserten

[49] Ebenda Punkt 2.d, S. 4.

[50] Ebenda Punkt 6., S. 9f.

finanziellen Anreize für eine palliativmedizinische vertragsärztliche Versorgung einschließlich Vernetzung in der Praxis bessere Wirkung zeigen könnte.

Weitere Änderungen auf bundesrechtlicher Ebene sind abzuwarten und zu flankieren, u. a.:

- eine weitere finanzielle Förderung unter bestimmten Voraussetzungen (Qualifikationsnachweis, Nachweis Beteiligung an Netzwerkarbeit und/oder einem gemeinsamen Fallmanagement mit anderen Leistungserbringern, z. B. den ambulanten Hospizdiensten oder in Palliativteams).
- Konkretisierungen in den Richtlinien über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege (HKPRL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Förderung der gewünschte Vernetzung bzw. eines abgestimmten Zusammenwirkens der verschiedenen Akteure.[51]

Das Land Berlin prüft die modellhafte Förderung erfolgversprechender Ansätze für APV-Netzwerke. Mit der Zielsetzung der Sicherstellung reibungsloser Versorgungsablaufe in einem definierten Sozialraum, könnten über das Netzwerk folgende Prozesse laufen:

- die Erreichbarkeit und Kooperation der Palliativversorger,
- die Festlegung der Koordination je Fall,
- die Organisation der Fallbesprechungen und Qualitätszirkelarbeit und
- die Öffentlichkeitsarbeit.

Bestandteil des Ansatzes sollte eine breite Unterstützung (ideell, materiell und ggf. auch finanziell) durch unterschiedliche Akteure sein, wie der Kassenärztlichen Vereinigung und des ggf. vorhandenen regionalen Hausarztnetzes, der Krankenkassen, der Träger bzw. Verbände der Pflegedienste, des Hospiz- und Palliativverbandes Berlin und der regional aktiven hospizlichen Strukturen, die regionalen SAPV-Strukturen bzw. des jeweiligen regionalen SAPV-Netzwerkes, des örtlichen Pflegestützpunktes, des bezirklichen Geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbundes sowie weiterer regionaler Partner der Versorgung / Betreuung und gegebenenfalls des Bezirksamtes (Bereich Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes (QPK)).

Fachplanung

- 3. Berliner Hospiz- und Palliativkonzept unter http://www.parlament-berlin.de/ados/16/IntArbBSoz/vorgang/ias16-0440-v.pdf,
- Landeskrankenhausplanung Grundzüge des neuen Krankenhausplan 2016 unter http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/,
- Landespflegeplan unter http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf,
- Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas unter http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte/gbe_spezial_2014_1_ssa2013.pdf.

[51] Ebenda: Punkt 2a, S. 4.

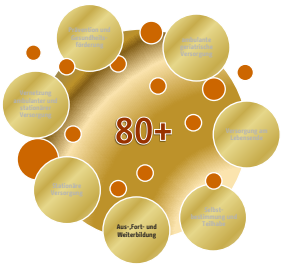
Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Kranken- und Pflegekassen, Berliner Krankenhausgesellschaft, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen LAG Berlin, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Berliner Ärztekammer, Hospiz- und Palliativverband Berlin, Landesseniorenbeirat Berlin, Berliner Bezirksämter, insb. QPK / Altenhilfeplanung, Senatsverwaltung für Finanzen, Anbieterverbände Pflege / Liga der freien Wohlfahrtspflege, ggf. Forschungseinrichtungen (Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Institut für Gerontologische Forschung (IGF) Berlin, Alice Salomon Hochschule (ASH), Katholischen Hochschule für Sozialwesen (Kath. FHS), Evangelische Fachhochschule Berlin), Pflegestützpunkte, Geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbünde

Fragen:

- Wie schätzen Sie die im Konzept 80plus gemachten Ausführungen zum Handlungsfeld Versorgung am Lebensende ein?
  - Welche Positionen unterstützen bzw. teilen Sie?
  - Gibt es Ihrerseits aktuelle Überlegungen, die sich mit den vorliegenden überschneiden und zusammengeführt werden können?
  - Haben Sie Ergänzungen und Änderungs- bzw. Lösungsvorschläge?
  - Sehen Sie Stolpersteine?
- Welche Einschätzungen oder Hinweise haben Sie insbesondere zu den Ansätzen unter Handlungsbedarf (Ausbau Beratung / Aufbau APV-Netzwerke)? Wie würden Sie diese unterstützen?
- Sind Ihnen aktuelle Forschungsvorhaben oder Modellprojekte bekannt zu Fragen der Versorgung am Lebensende, die für die im Konzept 80plus aufgezeigten Aspekte relevant sind? Wenn ja, welche? Falls Sie daran beteiligt sind, bitte Hinweis geben, in welcher Form?
- Welche Positionen, Grundsatzpapiere und Konzepte haben Sie zur Verbesserung / Neugestaltung der Versorgung am Lebensende? (Frage geht insb. an die Fach- und Dachverbände und an die Bezirksämter im Kontext ihrer Altenhilfe- und Gesundheitsplanung)



Handlungsfeld 6
Aus-, Fort- und Weiterbildung

Bedarfe in der Qualifizierung der akademischen und nichtakademischen Gesundheitsberufe

Hintergrund

Aus der demographischen Entwicklung und der steigenden Zahl älterer und hochaltriger Menschen resultieren veränderte Anforderungen an das Gesundheitswesen, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich verstärkt berücksichtigt werden müssen. Insbesondere die gesundheitliche Versorgung hochbetagter Menschen ist eine zunehmend komplexe gesellschaftliche Aufgabe, für die Wissen aus der Medizin, der Pflegewissenschaft, der Gerontologie und der Pädagogik für professionelles Handeln erforderlich ist und für die langwierige Pflege- und Versorgungssituationen unter Einbeziehung von Angehörigen, Ehrenamtlichen und Pflegehilfskräften kennzeichnend sind und für die eine bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Leistungen, Akteuren und Kostenträgern für den Handlungserfolg von Bedeutung sind.

Palliativ-medizinisch zu versorgende und sterbende Menschen bilden in der Gruppe der Hochaltrigen nochmals eine besonders zu betrachtende Gruppe. In der im Mai 2013 auch von der Ärztekammer Berlin und der SenGesSoz unterzeichneten Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen sind Anforderungen an die Ausbildung und die Fort- und Weiterbildung für die an der Versorgung beteiligten Berufsangehörigen und ehrenamtlich tätigen Kräfte beschrieben.[52]

Infolgedessen sind Ausbildungs-/Studieninhalte sowie die Inhalte von Weiterbildungen und Fortbildungsangeboten zur Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in nahezu allen Berufen im Gesundheitswesen, insbesondere in den medizinischen und pflegerischen Berufen, systematisch zu überprüfen und anzupassen/auszubauen.

Schnittstellen

Ausreichendes und bedarfsgerecht qualifiziertes Fachpersonal in den akademischen und den nichtakademischen Gesundheitsberufen ist wesentliche Voraussetzung für das Funktionieren der ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgung. Das Handlungsfeld bildet also einen Querschnittsbereich.

Einschätzung

Einflussmöglichkeiten der SenGesSoz auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung in den akademischen und nichtakademischen Gesundheitsberufen sind begrenzt, weil die Zuständigkeit dafür originär weitestgehend nicht hier angesiedelt ist. Die Grundstruktur der Ausbildungen - sowohl bei den akademischen als auch bei

[52] Leitsatz 3 der Charta: Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung.

den nichtakademischen Gesundheitsberufen - ist durch bundesrechtliche Vorgaben (Berufsgesetze und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen) geregelt.

- Die Regie für die Studiengänge in den akademischen Gesundheitsberufen liegt bei SenBildJugWiss bzw. den Universitäten sowie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, deren Wissenschaftsfreiheit sich auch auf die Entscheidungen über konkrete Lehrangebote erstreckt.
- Die Weiterbildung in akademischen Berufen ist klassische Aufgabe der Selbstverwaltung (Heilberufekammern).
- Die Fortbildung als Aktualisierung und Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Kompetenzen ist sowohl Aufgabe der Kammern als auch der Arbeitgeber wie z. B. der Krankenhäuser sowie der Fachgesellschaften und Berufsverbände.

a) Akademische Gesundheitsberufe für geriatrische Patienten und Patientinnen

Ärzte und Ärztinnen

Die Ausbildung ist bundeseinheitlich durch die Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen geregelt. Diese sieht seit 2002 speziell den Querschnittsbereich Q 7 „Medizin des Alterns und der alten Menschen“ (§ 27 Absatz 1 Satz 5 Nummer 7 ÄApprO) vor.

Darüber hinaus ist die Palliativmedizin verpflichtend in die ärztliche Ausbildung einbezogen worden (Leistungsnachweis, Querschnittsbereich). Perspektivisch soll dieser Ausbildungsinhalt bundesweit durch eigene Lehrstühle für Palliativmedizin gesichert werden.

Im Medizinstudium an der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist die Medizin des Alterns oder der zweiten Lebenshälfte ein wichtiger Aspekt in Lehre, Forschung und Krankenversorgung.

Die Besonderheiten des älteren und geriatrischen Patienten bzw. der Patientin werden im Medizinstudium themenspezifisch in verschiedenen Studienmodulen gelehrt (z. B. Ernährung, Extremitäten/Bewegung, Kommunikation, Einsatz eines Alterssimulationsanzuges).

Die Weiterbildung ist eine klassische, der ärztlichen Selbstverwaltung vorbehaltene Aufgabe.

Die Ärztekammer Berlin hat im Rahmen ihres Geriatriekonzepts, das Maßnahmen nennt, um Lücken in der geriatrischen Versorgungskette zu schließen, frühzeitig den Schwerpunkt Geriatrie in die fachärztliche Weiterbildung implementiert.

Durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin wurde 2010 die Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatrie“ eingeführt.

Darüber hinaus gibt es für Fachärztinnen und Fachärzte die Möglichkeit der Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“. Sie beinhaltet - ergänzend zu einer bereits vorhandenen fachärztlichen Kompetenz - die Vermittlung zusätzlichen Wissens über die Vorbeugung, Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit.

Ebenfalls in 2010 hat die Bundesärztekammer ihre (Muster-)Weiterbildungsordnung aktualisiert und die Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin geregelt. In der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin ist Palliativmedizin in Ergänzung einer Facharztkompetenz ebenfalls als Zusatz-Weiterbildung geregelt.

Die Ärztekammer Berlin hat nach aktuellem Stand bisher folgende Weiterbildungsanerkennungen mit geriatrischem Bezug erteilt:

- 48 Anerkennungen für eine Fachärztin oder einen Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie, davon sind 37 Kammermitglieder derzeit entsprechend tätig (überwiegend in Krankenhäusern),
- 66 Anerkennungen für eine Zusatz-Weiterbildung Geriatrie,
- 117 Anerkennungen für eine fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie (in den Gebieten) und
- 166 Anerkennungen für eine Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin.[53]
- 17 Ärztinnen und Ärzte sind zur Leitung der Weiterbildung für die Facharztqualifikation „Innere Medizin und Geriatrie“ befugt, 26 Ärztinnen und Ärzte verfügen über die Befugnis zur Leitung der Zusatz-Weiterbildung „Geriatrie“.

Erste fachliche Voraussetzungen für die Bildung entsprechender Schwerpunktpraxen sind damit geschaffen. In der praktischen Umsetzung unterstützt die Ärztekammer den Modellversuch „Geriatrische Schwerpunktpraxis“, der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wird.

Zahnärzte und Zahnärztinnen

Im Zahnmedizinstudium an der Charité - Universitätsmedizin Berlin ist Alterszahnmedizin Teil der zahnmedizinischen Ausbildung in der Abteilung für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Funktionslehre.

Es gibt in Berlin bereits etliche Zahnarztpraxen, die sich auf die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten spezialisiert haben.

Die Zahnärztekammer Berlin hat im Juni 2010 bereits die 4. Auflage „Zahnärztlicher Praxisführer für Patienten mit Behinderungen und geriatrische Patienten“ herausgegeben. Diese spezialisierten Zahnarztpraxen bieten auch eine aufsuchende Betreuung in Seniorenheimen an.[54] Ferner gibt es seit 2010 am Philipp-Pfaff-Institut, der Fortbildungseinrichtung der Zahnärztekammern Berlin und Brandenburg, eine strukturierte Fortbildung „Alterszahnheilkunde“.

In Planung befindet sich außerdem ein Kooperationsprojekt mit der Zahntechniker-Innung Berlin-Brandenburg, bei dem ein Modell entwickelt wird, wie die hygienisch einwandfreie Zahnprothesenreinigung durch Pflegekräfte in der ambulanten Pflege und in Altersheimen sichergestellt werden kann.

Apotheker und Apothekerinnen

Hochaltrige Menschen müssen aufgrund ihrer Multimorbidität häufig zahlreiche Medikamente einnehmen, welche in Wechselwirkung treten können. Zudem hat der alternde Organismus spezifische Bedürfnisse und alte Menschen haben einen besonderen Beratungsbedarf. Grundlagen dieser Themenkreise sind Inhalt des Pharmaziestudiums.

Die Apothekerkammer Berlin bietet im Zusammenhang mit der Versorgung hochaltriger Menschen regelmäßig Fortbildungen an:

- Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung,
- Ernährung im Alter,

[53] Tätigkeitsberichte der Ärztekammer 2010-2013.

[54] Der GKV-Spitzenverband und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung haben sich im Dezember 2012 auf eine neue BEMA-Position für die aufsuchende Betreuung von Pflegebedürftigen (§ 15 SGB XI), von Menschen mit Behinderung, die Eingliederungshilfe beziehen (§ 53 SGB XII), sowie von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45 a SGB XI) verständigt.

- Selbstmedikation von Senioren und Seniorinnen,
- Heimversorgung,
- Pharmakotherapie geriatrischer Patientinnen und Patienten.

Eine besondere Weiterbildung in diesem Bereich hat die Kammer bislang nicht für erforderlich gehalten, da die Thematik Bestandteil der Weiterbildung Allgemeinpharmazie ist.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Die psychotherapeutische Behandlung von Menschen über die gesamte Lebensspanne hinweg ist Aufgabe der psychologischen Psychotherapeuten sowie -therapeutinnen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Optimierung und Qualitätssicherung der therapeutischen Versorgung älterer und alter Menschen ist ein wichtiges Anliegen der Psychotherapeutenkammer Berlin.

Die Kammer führt regelmäßig Fortbildungen zum Thema „Psychotherapie mit Älteren“ durch, an denen auch zahlreiche Berufsangehörige teilnehmen. Aktuell wird eine schriftliche Befragung zur psychotherapeutischen Versorgung älterer, depressiv erkrankter Menschen im Rahmen der Studie „Psychotherapie im Alter-PSYTIA“ durchgeführt, deren Ergebnisse im Laufe des Jahres 2015 vorliegen werden.

Die Kammer hat für die Landesgesundheitskonferenz 2012 einen Beitrag mit Zahlenmaterial, welches verschiedenen Studien entnommen wurde, erarbeitet. Danach

- waren im Jahr 2012 25 % der über 65-jährigen psychisch erkrankt,
- davon waren nur 1,5 % in psychotherapeutischer Behandlung,
- waren 2010 in Pflegeheimen 67 % der alten Menschen psychisch erkrankt.

Die Situation von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen wird von der Kammer als eine der Hauptaufgaben bei der Verbesserung psychotherapeutischer Versorgung alter Menschen gesehen.

Im Januar 2015 hat die Kammer ein Dialog-Symposium „Psychotherapie im Pflegeheim“ veranstaltet, um Ergebnisse und Erfahrungen mit Psychotherapie im Pflegeheim vorzustellen.

b) Nichtakademische Gesundheitsberufe für geriatrische Patienten und Patientinnen

Die Ausbildungsordnungen dieser Gesundheitsberufe, insb. der therapeutischen und pflegerischen, sehen bereits die Vermittlung von berufsbezogenem geriatrischem Fachwissen vor. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung des Unterrichts und ggf. eine inhaltliche Schwerpunktsetzung durch Nutzung sog. Verteilstunden erfolgt in Eigenverantwortung der jeweiligen staatlich anerkannten Schule. Insofern ist davon auszugehen, dass bei allen Angehörigen der Gesundheitsberufe, insbesondere bei den examinierten Pflegekräften, geriatrische Grundkenntnisse und Handlungskompetenz vorhanden sind.

Ein wichtiges Vorhaben der Bundesregierung zur Stärkung und Weiterentwicklung der Professionellen Pflege ist es, die bisher eigenständigen Ausbildungen in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer neuen, generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung zusammenzuführen, um den sich verändernden Anforderungen an die pflegerische Versorgung der Bevölkerung Rechnung zu tragen (z. B. Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen, Multimorbidität, zunehmende Zahl demenziell erkrankter Menschen mit besonderem Pflege- und Betreuungsbedarf und Beratungsbedarf der Erkrankten und ihrer pflegenden Angehörigen). Mit der Ausbildungs-

reform soll auch dem aus der demografischen Entwicklung resultierenden Fachkräftemangel in der Pflege entgegen gewirkt werden.

In der Fort- und Weiterbildung müssen geriatrische Inhalte am konkreten Tätigkeitsfeld orientiert sein. In Berlin gibt es zum Beispiel für Pflegepersonal die staatlich geregelte Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Rehabilitation und Langzeitpflege. In der Weiterbildung für Psychiatriepflegepersonal kann ein gerontopsychiatrischer Schwerpunkt gewählt werden.

Ziele

- In der medizinischen Ausbildung aber auch in der Aus- und Weiterbildung von pflegerischem und therapeutischem Personal werden geriatrische Inhalte und Kenntnisse zur palliativen und hospizlichen Versorgung stärker gewichtet.
- Im Rahmen des Masterplans Medizinstudium werden die inhaltlichen Ansätze in Bezug auf die Versorgung Hochaltriger verstärkt und die Schaffung/Stärkung Allgemeinmedizinischer und Palliativmedizinischer Lehrstühle betrieben.
- Da die ärztliche Versorgung von Hochaltrigen überwiegend im ambulanten Bereich erbracht wird und hier wiederum überwiegend durch Hausärzte und Hausärztinnen erscheint eine erhöhte Gewichtung der Geriatrie im Rahmen der Weiterbildung insbesondere im Gebiet Allgemeinmedizin sinnvoll (evtl. auch durch Praktika bei weiterbildungsberechtigten Ärztinnen und Ärzten in Geriatrischen Schwerpunkten und Zentren).
- Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie sind überwiegend nicht im ambulanten Bereich, sondern stationär tätig. Durch eine größere Zahl dieser Fachärzte und -ärztinnen im ambulanten Bereich könnte die wohnortnahe geriatrische Versorgung verbessert werden (Vernetzung; Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten bzw. -ärztinnen).
- Alle bereits niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, insbesondere diejenigen mit Hausarztfunktion, werden motiviert, sich intensiv mit der Behandlung funktioneller Einschränkungen von hochaltrigen Menschen auseinander zu setzen und ihre geriatrische (haus-)ärztliche Kompetenz zu stärken z. B. bei der Früherkennung und Behandlung von Demenz (Fortbildungsangebote durch Ärztekammer und Fachgesellschaften).
- Die Besonderheiten geriatrischer Patientinnen und Patienten wie z. B. kognitive Einschränkungen und verlangsamte Kommunikation in allen Weiterbildungen angemessen thematisieren.
- Angebote zur Sturzprävention durch besonders geschultes pflegerisches oder therapeutisches Fachpersonal etablieren.
- Im Hinblick auf die eingangs beschriebenen komplexen Versorgungsbedarfe hochaltriger Menschen sollten bereits in der Ausbildung verstärkt Ansätze zu berufsübergreifenden Ausbildungsveranstaltungen oder gemeinsamen Projekten angelegt werden. Vorstellbar wären gemeinsame Veranstaltungen mit Teilnehmenden aus der medizinischen und einer pflegerischen Ausbildung oder aus verschiedenen nichtakademischen Gesundheitsberufen (therapeutischen und pflegerischen). Hier scheinen besonders die sog. Verbundschulen, also unter einem gemeinsamen Dach angesiedelte verschiedene staatlich anerkannte Schulen für Gesundheitsberufe geeignet.
- Die Fort- und Weiterbildung von pflegerischem und therapeutischem Personal wird seitens der Arbeitgeber finanziell und/oder zeitlich unterstützt durch Kostenübernahme oder Freistellung für bedarfsorientierte Zusatzqualifizierungen.

- Möglichkeiten der Refinanzierung von Kosten der Fort- und Weiterbildung für pflegerisches und therapeutisches Fachpersonal durch die Krankenkassen und Pflegekassen werden verbessert.

Handlungsbedarf

Im Hinblick auf die Sicherung eines bedarfsgerechten Fachkräfteangebots geht es darum, nicht allein die reine Quantität des Fachkräfteangebots, sondern auch die richtige, d. h. bedarfsgerechte Qualifikation und die richtige stadträumliche Verteilung zur Verfügung zu haben. Bereits heute gibt es hier erhebliche Ungleichgewichte. Da sich nicht nur der Behandlungs- und Pflegebedarf wandelt, sondern auch das Morbiditätsspektrum, werden zukünftig geriatrische und geriatrisch-palliative Kompetenzen in Medizin und Pflege verstärkt gefragt sein. Über alle für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung relevanten Berufsgruppen hinweg ergeben sich verschiedene grundsätzliche Handlungsstrategien, wie auf den steigenden und sich wandelnden Bedarf reagiert werden kann.

Im Hinblick auf das quantitative Fachkräfteangebot ist die Gewinnung von mehr Nachwuchs in den Gesundheitsberufen angesichts des kleiner werdenden Fachkräftepotentials eine große Herausforderung, um zukünftig auf ein ausreichendes Reservoir an Fachkräften zurückgreifen zu können. Dabei sind ausreichende Ausbildungskapazitäten von zentraler Bedeutung. Inwieweit diese tatsächlich im gewünschten Umfang von Schulabgängern und Schulabgängerinnen genutzt werden, hängt wiederum stark von der Attraktivität des Berufsfeldes und damit auch von den Arbeitsbedingungen und den Verdienstmöglichkeiten in den Gesundheitsberufen ab. Eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf kann auch durch die Ausbildungsbedingungen attraktiver gestaltet werden, indem z. B. vermehrt Ausbildungsangebote in Teilzeit zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Ausbildung geschaffen werden. Dadurch kann beispielsweise auch ein Späteinstieg in einen Gesundheitsberuf erleichtert werden.

Neben der Generierung von mehr Nachwuchs für die Gesundheitsberufe gilt es, die vorhandenen Fachkräfte im Beruf zu halten und ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zu vermeiden. Hinsichtlich der Verweildauer im Beruf gibt es heute große Unterschiede zwischen den Berufen im Gesundheitswesen.

Daneben können folgende grundsätzlichen Handlungsstrategien zu einem verbesserten Fachkräfteangebot beitragen:

- Förderung der Rückkehr bzw. des Wiedereinstiegs in den Beruf (Ausschöpfen der „Stillen Reserve“),
- Vermeidung einer Abwanderung von Fachkräften ins Ausland und vermehrte Zuwanderung von Gesundheitsfachkräften,
- Erhöhung des Arbeitsvolumens (bei gegebener „Kopfzahl“) durch Ausweitung der durchschnittlichen Arbeitszeiten bzw. Senkung der in einigen Berufen sehr hohen Teilzeitquote aufgrund belastender Arbeitsbedingungen und schlechter Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Auch für den Wiedereinstieg, die Zuwanderung und die Verweildauer spielt das Image der Gesundheitsberufe in Verbindung mit guten Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten eine zentrale Rolle.

Im Hinblick auf das erforderliche Qualifikationsspektrum kommen Maßnahmen zur Nachqualifizierung, Fort- und Weiterbildung und zur Erleichterung eines Wieder- oder Quereinstiegs in Betracht. Zudem braucht es berufsspezifische Ansatzpunkte, da sich die Fachkräftesituation und die Rahmenbedingungen zwischen den maßgeblichen Berufszweigen, insbesondere zwischen der Medizin und der Pflege, unterscheiden.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Ärztekammer Berlin, Berliner Krankenhausgesellschaft e. V. (BKG), Kassenärztlichen Vereinigung (KV), Anbieterverbände Pflege/Liga der Freien Wohlfahrtspflege, Charité-Hochschulmedizin Berlin, staatlich anerkannte Schulen für Gesundheitsberufe

Fragen:

- Welche besonderen geriatriebezogenen Angebote gibt es in der Fortbildung für die Ärzteschaft?
- Wie ist die Einschätzung zur Inanspruchnahme der ärztlichen Weiterbildungsalternativen in der Geriatrie in Relation zur Bedarfslage?
- Gibt es Überlegungen zur Umstrukturierung weiterer ärztlicher Weiterbildungen im Hinblick auf die zunehmende Bedeutung der Geriatrie? Wenn ja, welche?
- Wo werden Verbesserungsbedarfe und -möglichkeiten hinsichtlich der Einbeziehung geriatrischer Inhalte in die Weiterbildung gesehen?
- Wie wird der Bedarf an ärztlicher Weiterbildung in der palliativen Geriatrie bzw. zu Palliativ Care eingeschätzt im Verhältnis zur Zahl der Anerkennungen in der Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin bzw. der in Berlin tätigen Fachärzte und Fachärztinnen mit der entsprechenden Zusatzbezeichnung im Verhältnis zur Bedarfslage? Wo werden Verbesserungsmöglichkeiten gesehen?
- Wie kann die Einrichtung eines Lehrstuhls für Palliativmedizin in Berlin befördert werden?
- Sehen die Arbeitgeber Möglichkeiten/Notwendigkeiten, ihre Beschäftigten bei der Aktualisierung von deren geriatrischem/geriatrisch-palliativem Fachwissens zeitlich und finanziell zu unterstützen?
    - Welche Möglichkeiten der Refinanzierung der Fort- und Weiterbildung bestehen durch die Kranken- und Pflegeversicherung?
- Teilen die staatlich anerkannten Schulen im Gesundheitswesen, insbesondere die der Pflegeberufe, die Ansicht, dass die Lehrpläne den veränderten Bedingungen angepasst werden müssen (vermehrte (palliativ-)geriatrische Kenntnisse und Handlungskompetenzen)?
- Sind strukturinterne teambezogene oder strukturübergreifende versorgungspartnerbezogene Schulungen zur (palliativ-)geriatrischen Versorgung Hochaltriger sinnvoll und möglich? Welche gelungenen Beispiele sind bekannt?

Handlungsfeld 7 Selbstbestimmung und Teilhabe

a) Selbstbestimmung und Teilhabe

Hintergrund

Thesen und Vorschläge zur Versorgung hochaltriger Menschen gehen in der Regel von Defiziten oder Problembeschreibungen aus. Bevor man diese Analysen für einen notwendigen politischen Handlungsbedarf jedoch ins Auge fasst, gilt es zur Kenntnis zu nehmen, dass Menschen im hohen Alter auch eine sehr aktive und selbstständige Gruppe sein können und sein wollen.

„Die ganz Alten schreien nach Respekt - sie lassen sich nicht mehr wegschieben“ titelt die FAZ am 19. März 2014 mit Verweis auf eine Studie des Generali-Zukunftsfonds zu Hochbetagten[55].

Deren wichtigste Aussage nach einer repräsentativen Befragung von alten Menschen (ohne demenzielle Erkrankung) ist, dass sich die Älteren „verjüngen“. Sie wollen am kulturellen, gesellschaftlichen, politischen und sozialen Leben weiter teilhaben und nicht auf die Seite geschoben werden. Die „alten Alten“ wollen weiter ihre Potentiale nutzen und „Leistung bringen“. Diese „Leistung“ könnte die Hilfe für Andere sein oder das Kümmern um Mitmenschen. Sie wollen vor allem im Kontakt mit jungen Menschen bleiben und sich „vernetzen“. „Ein mitverantwortliches Leben“, heißt es in der Studie, ende nicht mit einem hohen Lebensalter. Das hohe Alter bedeutet nicht nur Verlust, sondern kann auch Gewinn bedeuten. So heißt es im Vorwort zur Studie: „Auch wenn Menschen in ihrer Mobilität, in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit Einbußen zeigen, so können sie doch im emotionalen und motivationalen Bereich, im Bereich der Persönlichkeit und schließlich im Bereich des Wissens bemerkenswerte Stärken und auch bemerkenswerte Entwicklungsschritte zeigen, die deutlich machen, wie sehr es Menschen auch in der Verletzlichkeit gelingen kann, seelisch-geistige und sozialkommunikative Qualitäten zu verwirklichen“.

Die Gleichsetzung von hohem Alter und Krankheit oder Pflegebedürftigkeit trifft nicht zu.

Schnittstelle

- Mobilitätshilfen

[55] „Der Ältesten Rat“, Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter, eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds 2014.

Einschätzung

Berlin hat auf der einen Seite

- aktive bezirkliche Seniorenvertretungen und den Landesseniorenbeirat,
- ein gut ausgebautes Netz an offenen Altenhilfeangeboten oder Betreuungs- und Entlastungsangeboten im Umfeld häuslicher Pflege als Beteiligungsvoraussetzung für Angehörige,
- bezirkliche und landesweite Projekte zur Förderung des Engagements (Freiwilligenagenturen, Projekte des Erfahrungswissens, Möglichkeiten der Vermittlung von „Senioren-Experten“) sowie
- ein flächendeckendes Angebot an wohnortnahen Stadtteilzentren.

Auf der anderen Seite kann eine ausreichende Mobilität hochaltriger, eingeschränkter Menschen nicht flächendeckend gewährleistet werden. Die hierfür im Land Berlin langjährig bestehenden Mobilitätshilfedienste können ihre Dienste einerseits aufgrund des Wachstums der Zielgruppen zunehmend weniger bedarfsgerecht anbieten. Andererseits ist das Angebot derzeit auch stark abhängig von der Zahl und Qualifikation der eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die überwiegend aus arbeitsmarktpolitischen Beschäftigungsmaßnahmen stammen und über das Jobcenter zugewiesen werden. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten sind die Mobilitätshilfedienste in den Bezirken gut vernetzt und arbeiten mit anderen Einrichtungen und Gremien der Altenhilfe, Pflege und des Gesundheitswesens zusammen. Sie betreiben stetig Öffentlichkeitsarbeit um den Bekanntheitsgrad der Dienste weiter zu steigern. Durch langjährig gewachsene Strukturen fungieren die Mobilitätshilfedienste bereits als Anlaufstelle und Multiplikator. Sie sollten diese Schnittstellenfunktion im Hinblick auf die demografische Entwicklung künftig noch verstärkter wahrnehmen können.

Im Bereich der stationären Pflege - als einem wichtigen Lebensfeld hochbetagter Menschen - sind die Beteiligungsmöglichkeiten z. B. von Heimbeiräten und Angehörigengremien noch auszubauen.

Ziel

Selbstbestimmung und Teilhabe sind wichtige Bedingungen für Lebensqualität und Gesundheit, die es zu fördern gilt. Berlin berücksichtigt in seinen Versorgungsplanungen Angebote, die auch der Gruppe hochbetagter Menschen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Geschehen ermöglicht.

Handlungsbedarf

- Die Beteiligung von hochbetagten Menschen setzt selbständige oder organisierte Mobilität voraus. Deswegen müssen nachbarschaftliche Hilfenetzwerke und Mobilitätshilfen ausgebaut werden.
- Möglichkeiten der Mitwirkung gilt es auch in den Lebensbereichen zu stärken, die für alte Menschen von besonderer Bedeutung sind, in denen aber der Alltag stark strukturiert ist – wie in stationären Pflegeeinrichtungen.
- Pflegende Angehörige reklamieren in diesem Zusammenhang immer wieder, auch die Beteiligung von Angehörigengremien zu implementieren und zu stärken.

Fachplanung

- Leitlinien der Seniorenpolitik:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/seniorinnen-und-senioren/leitlinien-seniorenpolitik/.
- Berliner Seniorenmitwirkungsgesetz:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/berlseng.html.
- Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/buergerschaftliches-engagement/stadtteilzentren/
- Gesundheitsziele für Senioren im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz:
  http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_berlin.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

Landesseniorenbeirat, Landesseniorenvertretungen und bezirkliche Seniorenvertretungen, Stadtteilzentren

Sozialpolitische Sprecher/innen der Fraktionen im Abgeordnetenhaus

Interessenvertreter pflegender Angehöriger, Initiativen im Umfeld häuslicher und stationärer Pflege

Fragen:

- Durch welche Aktivitäten stellen Landesseniorenbeirat, Landesseniorenvertretung und bezirkliche Seniorenvertretungen sicher, dass auch Hochbetagte aktiv werden und bleiben können?
- Wie kann die wohnortnahe Unterstützung zur Teilhabe gestärkt werden und welche Angebote machen z. B. Stadtteilzentren, hochaltrigen Menschen eine Teilhabe zu ermöglichen?
- Wie wird erhoben, ob die Einrichtungen z. B. der Altenhilfe oder Stadtteilzentren die Zielgruppe tatsächlich erreichen?
- Bieten die Einrichtungen gezielt Unterstützung (z. B. Besuchs- und Fahrdienste) für diejenigen an, die sich im hohen Altern noch beteiligen wollen?
- Welche Elemente müsste ein Berliner Gesamtkonzept zur Mobilitätsförderung enthalten?
- Welche Konzepte für mehr Mitwirkung von Betroffenen und Angehörigen im Umfeld der Pflege sind denk- und realisierbar?

b) Zivilgesellschaftliche Herausforderung

Hintergrund

Immer mehr Menschen realisieren, dass die vorausschauende Planung der Lebenssituation im Alter und zur Pflege wichtig ist. Die Mehrheit setzt dabei nach wie vor auf die Familie sowie darauf, dass sie möglichst lange im gewohnten Lebensumfeld bleiben können und dass ausreichende Versorgungsangebote auch für sie zur Verfügung stehen.

Während Politik und Leistungsanbieter die Veränderungen für die bestehenden Systeme der Daseinsvorsorge in den Blick nehmen, müssen auch die Bürgerinnen und Bürger zur Kenntnis nehmen, dass weder Familie noch professionelle Hilfen den absehbaren Versorgungsbedarf allein werden auffangen können.

Die Fachdiskussion versucht diese Debatte unter der Überschrift „Kommunalisierung der Pflege“ aufzunehmen. Im Mittelpunkt steht hier die Erkenntnis, dass nur durch die zusätzliche Mobilisierung von wohnort- und alltagsnahem Engagement oder informellen Hilfenetzen in der Nachbarschaft als gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe dramatische Engpässe vermieden werden können. Gesucht werden Modelle für einen „neuen Hilfe- und Pflege-Mix im Quartier“.

Schnittstelle

Übergänge von professioneller Hilfe zu informellen Hilfenetzen in der Nachbarschaft

Einschätzung

Gemeinsam mit den Pflegekassen hat Berlin mit einer flächendeckenden Struktur der Pflegeunterstützung (Pflegestützpunkte, Kontaktstellen PflegeEngagement, Betreuungs- und Entlastungsdienste, Fach- und Kompetenzstellen) bereits auf diese Situation reagiert. Das Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren schafft außerdem in den Bezirken Kristallisationspunkte für örtliches Engagement.

Notwendig ist jedoch darüber hinaus die Initiierung eines gesellschaftlichen Diskurses, der die Potentiale wohnortnaher Hilfen weiter mobilisieren hilft.

Ziel

Alte Menschen mit Betreuungs-, Unterstützungs- und Pflegebedarf können so lange wie möglich in ihrer gewohnten Lebenswelt bleiben. Um Autonomie und Selbständigkeit im hohen Alter zu erhalten und zu stärken, gilt es ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass neben familiären und professionellen Angeboten vielfältige zivilgesellschaftliche Strukturen des Engagement und der Nachbarschaftshilfe gebraucht werden.

Handlungsbedarf

Es ist darüber hinaus notwendig, einen gesellschaftlichen Diskurs darüber zu führen, dass weder Familie und Verwandtschaft noch die bisherigen professionellen Pflegestrukturen den kommenden Unterstützungs- und Pflegebedarf werden alleine auffangen können.

- Die Unterstützung und Versorgung sehr alter Menschen sowie deren Pflege sind ein individueller Bedarf, der lokal von professionellen Akteuren und informellen Hilfenetzen erbracht werden muss. Organisation und Hilfe muss deswegen vor allem vor Ort, wohnortnah, kleinräumig im Lebensraum gedacht und geregelt werden.
- Es gilt mehr Bewusstsein dafür zu schaffen, dass dies eine gesellschaftliche Aufgabe im Lebensumfeld ist.

Fachplanung

- Landespflegeplan unter http://www.berlin.de/sen/soziales/_assets/pflege-und-rehabilitation/lpp2011.pdf.

- Pflege-Betreuungs-Verordnung:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/pbetreuvo.html.
- Infrastrukturförderprogramm Stadtteilzentren:
  http://www.berlin.de/sen/soziales/themen/buergerschaftliches-engagement/stadtteilzentren/.
- Gesundheitsziele für Senioren im Rahmen der Landesgesundheitskonferenz:
  http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?__cms_page=gz_in_den_bl_berlin.

Fragen an Beteiligte und Verantwortliche

Wer:

- Stadtteilzentren, Kontaktstellen PflegeEngagement, Selbsthilfeorganisationen (im Umfeld von Pflege)
- Wohnungsbaugesellschaften
- Betreuungs- und Entlastungsangebote, Pflegedienste
- Politisch Verantwortliche auf bezirklicher und Landesebene

Fragen:

- Was könnten Elemente einer Kampagne sein, mit der die Idee wechselseitige Hilfenetze so ins öffentliche Bewusstsein genommen wird, dass diese über übliche Aufrufe zum bürgerschaftlichen Engagement hinaus geht?
- Wie könnten Diskussionsforen zu „Verantwortungsgemeinschaften im Wohnumfeld“ organisiert werden?
- Welche Elemente der Diskussion auf Bundesebene zur Rolle der Kommunen in der Pflege sind für Berlin von Bedeutung?

4 Ausblick

Das Diskussionspapier 80plus analysiert die Auswirkungen der demografischen Entwicklung Berlins hinsichtlich des Bedarfs an Leistungen im präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich und in der Pflege für die wachsende Gruppe hochaltriger Menschen. Das Papier skizziert die spezifischen Herausforderungen, identifiziert entsprechenden Handlungsbedarf und formuliert offene Fragen an die beteiligten und verantwortlichen Akteure und Entscheidungsträger. Mit diesem Papier wird ein umsetzungsorientierter Diskurs gestartet, dessen Ziel ein integriertes Versorgungskonzept für die älter werdende Stadt Berlin ist.

2015 sollen zunächst die im Diskussionspapier aufgezeigten Handlungsbedarfe mit den Akteuren konsentiert und die offenen Fragen dialogisch geklärt werden.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales übernimmt hierbei die Verantwortung und Steuerung für den Prozess zur Entwicklung einer Rahmenstrategie für Berlin, um die Lebensqualität Hochaltriger in der Stadt Berlin zu erhalten und zu verbessern.

In dieser Rahmenstrategie müssen bundesweite, landesspezifische und bezirkliche Kooperationen, Zuständigkeiten und Handlungsebenen verbunden werden.

Entscheidungsträger der gesundheitlichen Versorgung, der ambulanten und stationären Pflege sowie der Prävention und Selbsthilfe sowie weiterer relevanter Bereiche werden bei einer **Auftaktveranstaltung** im Mai 2015 motiviert, die ihnen möglichen Ressourcen in einen Umsetzungsprozess einzubringen.

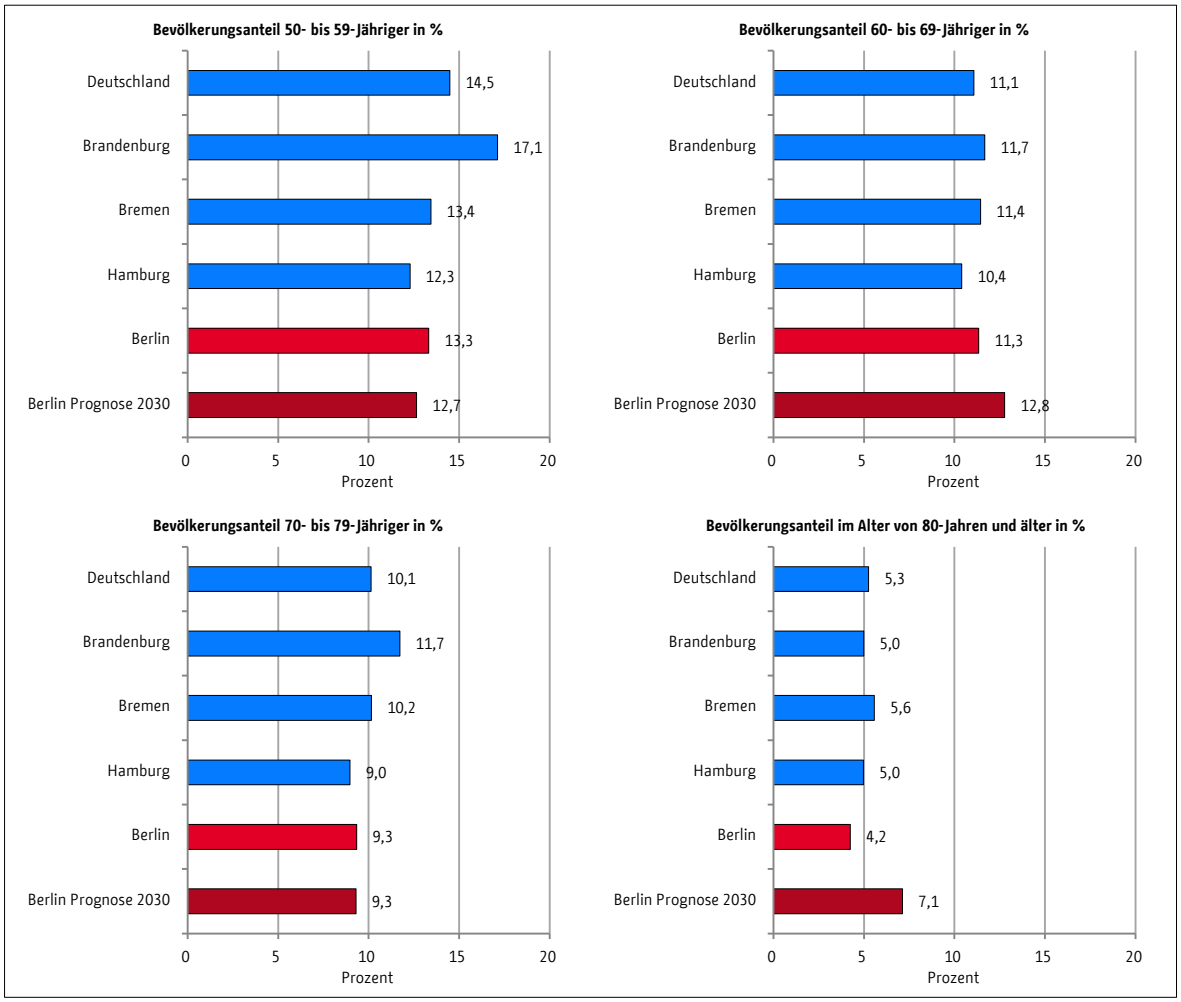
An diesen Auftakt schließen sich vier **Fachdialoge** an, in denen jeweils zwei inhaltlich verwandte Handlungsfelder thematisiert werden.

Ziel der Fachdialoge ist die Konkretisierung der jeweiligen Handlungsfelder, die Klärung der im Papier formulierten Fragen an die Akteure und die Verabredung eines Zeitplans für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen. Identifiziert und genutzt werden sollen auch Schnittstellen zu bestehenden Prozessen, wie dem Landesgremium nach § 90 a SGB V und dem Gesundheitszieleprozess „Gesund älter werden“.

5 Anhang

5.1 Abbildungen zu Kapitel 2

Abbildung 1:
Anteile von Altersgruppen ab 50 Jahren in der Bevölkerung am 9. Mai 2011 (Zensus) in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg sowie nach der Berliner Bevölkerungsprognose 2030 (Basis 2011 alte Bevölkerungsfortschreibung)

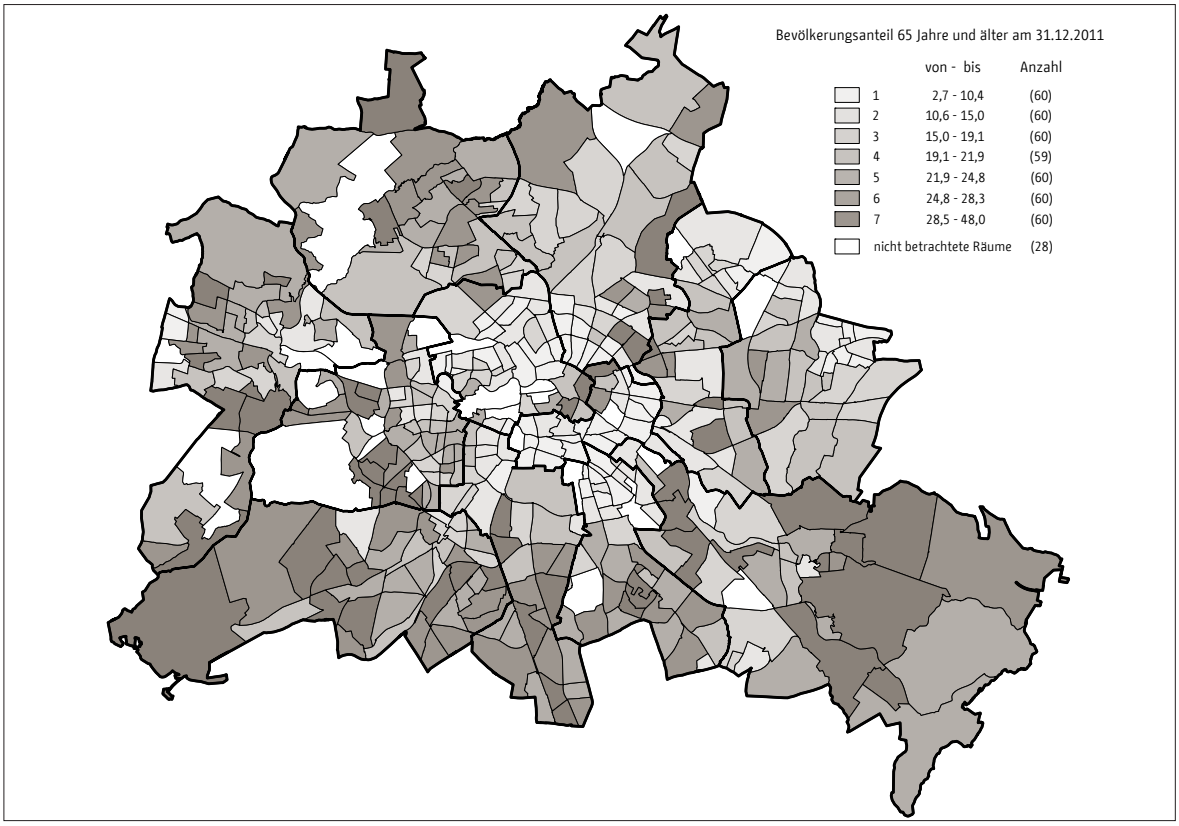


(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2:
Anteil der Bevölkerung ab 50 Jahren in Berlin auf Planungsraumebene am 31.12.2011 - in Prozent

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A-)

Abbildung 3:
Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren in Berlin auf Planungsraumebene am 31.12.2011 - in Prozent

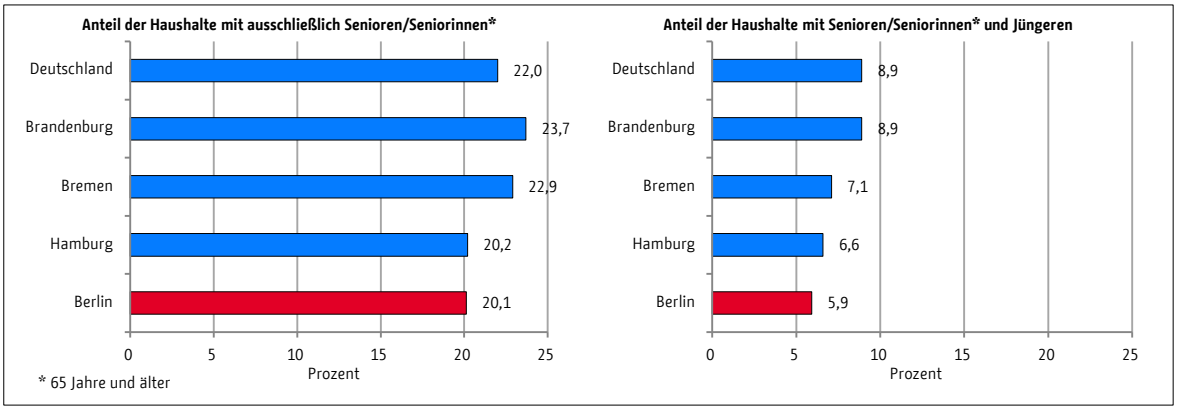


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A-)

Abbildung 4:
Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahren in Berlin auf Planungsraumebene am 31.12.2011 in Prozent

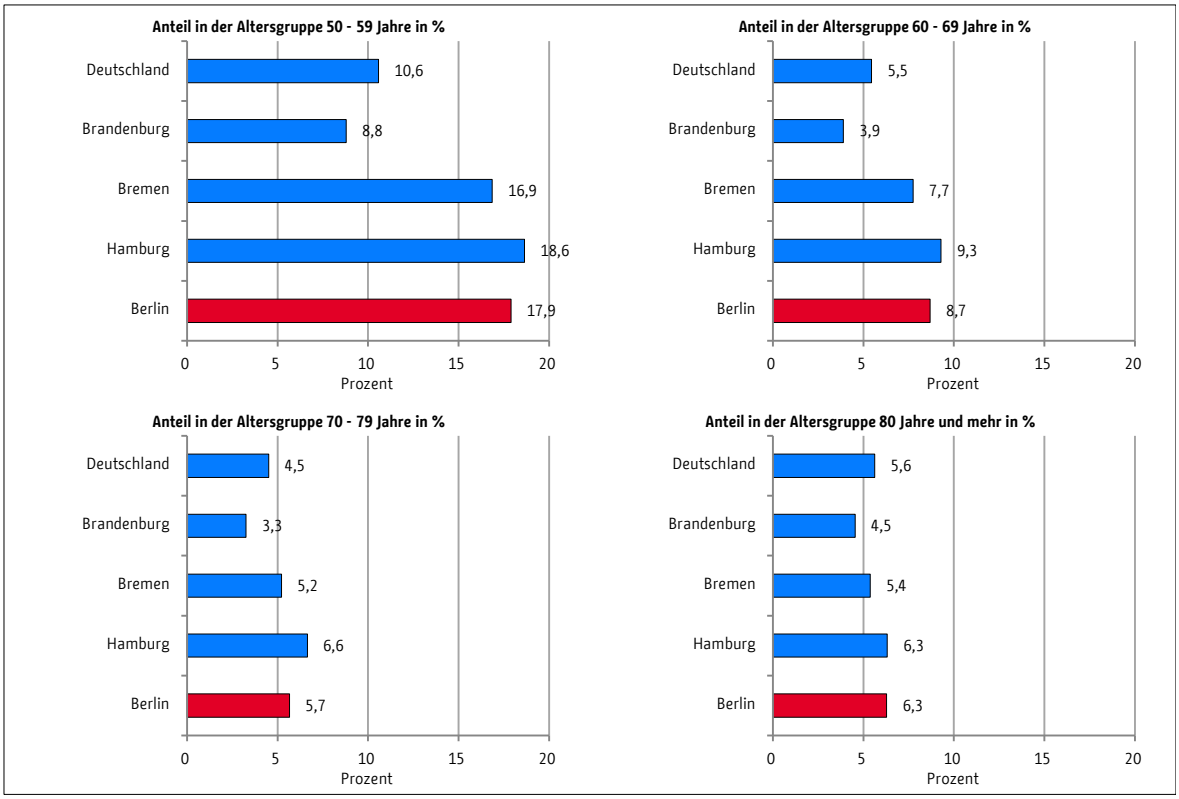
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A-)

Abbildung 5:
Seniorenstatus eines Haushalts in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 9. Mai 2011 (Zensus) nach Anteil an allen Haushalten in %



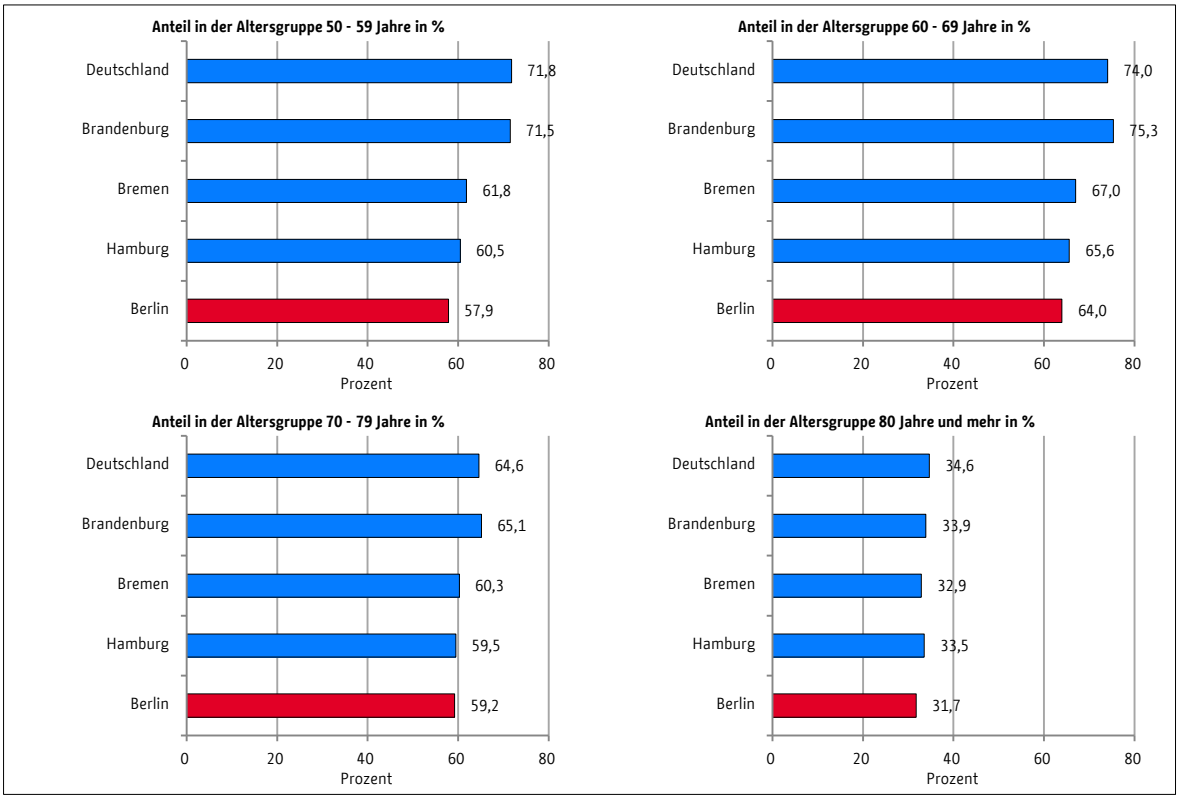
(Datenquelle: StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 6:
Familienstand der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 9. Mai 2011 (Zensus) - Anteil des Familienstands ledig in %



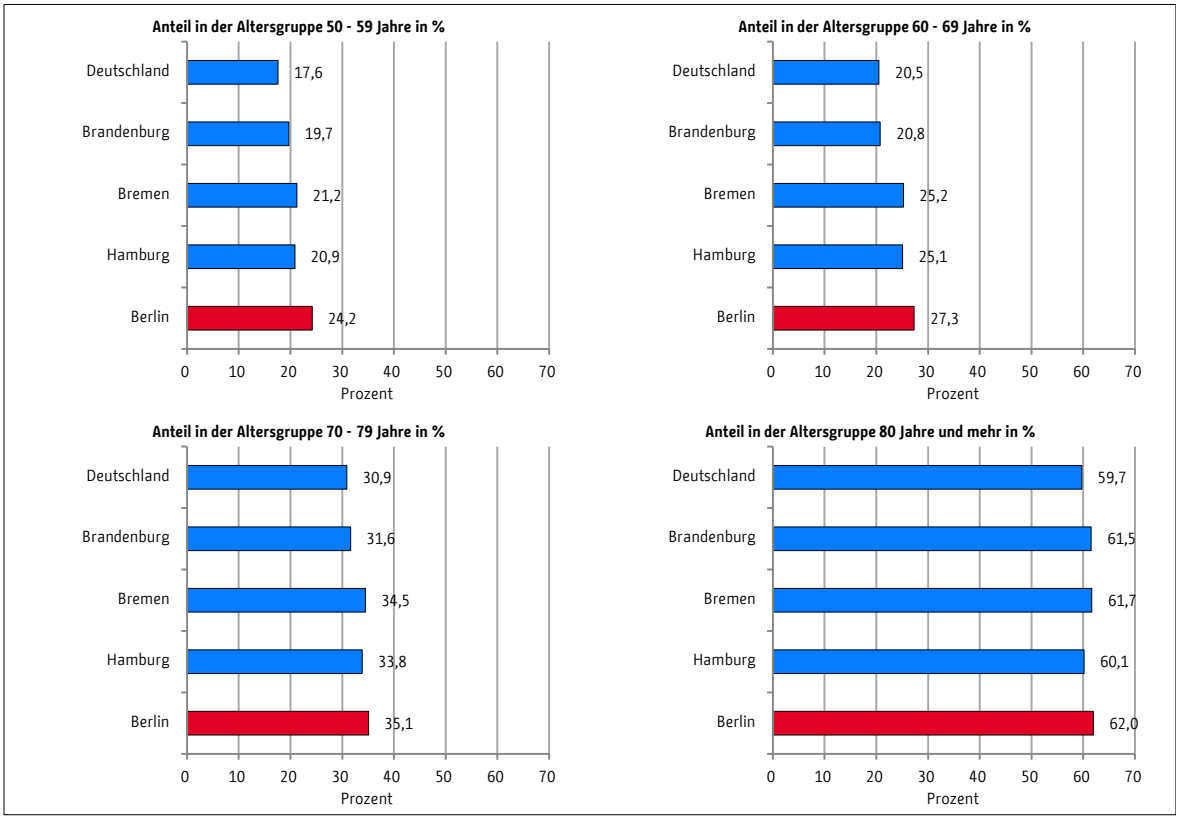
(Datenquelle: StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 7:
Familienstand der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 9. Mai 2011 (Zensus)
- Anteil des Familienstands verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft in %



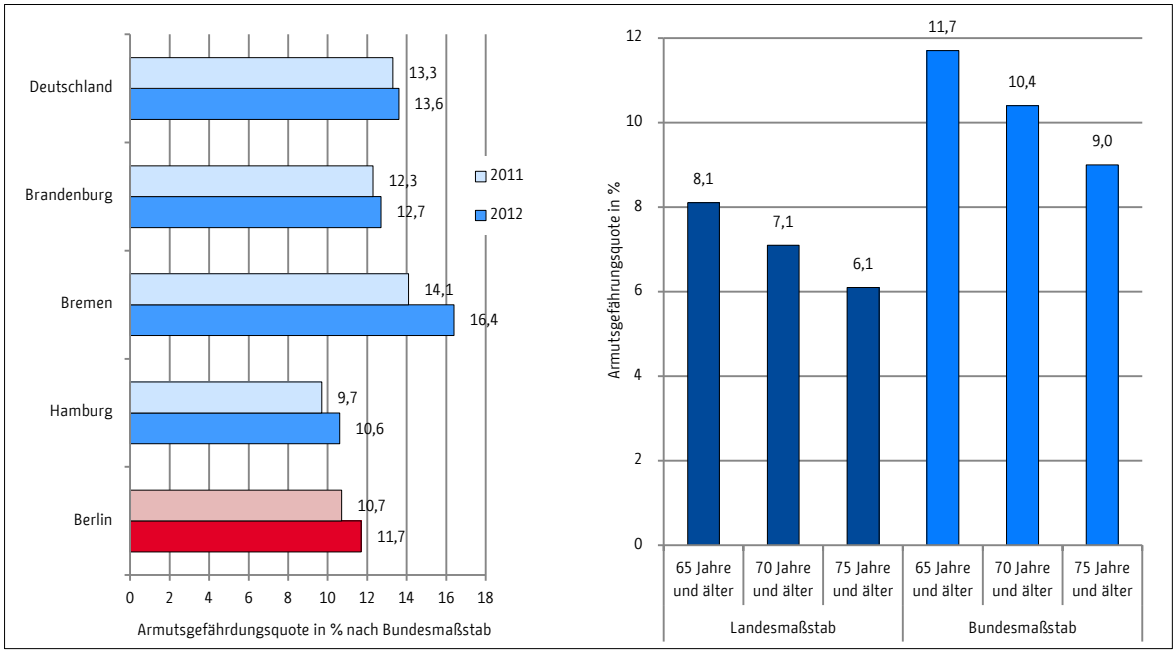
(Datenquelle: StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 8:
Familienstand der Bevölkerung im Alter von 50 und mehr Jahren in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 9. Mai 2011 (Zensus) - Anteil des Familienstands verwitwet / eingetragene/r Lebenspartner/in gestorben oder geschieden / eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben in %



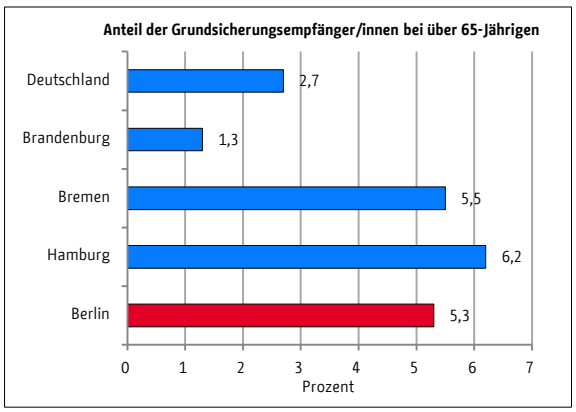
(Datenquelle: StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 9:
Armutsgefährdungsquoten der Bevölkerung ab 65 Jahren in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg 2011 und 2012 sowie in Berlin nach Altersgruppen 2012 - Bundesmaßstab und Landesmaßstab



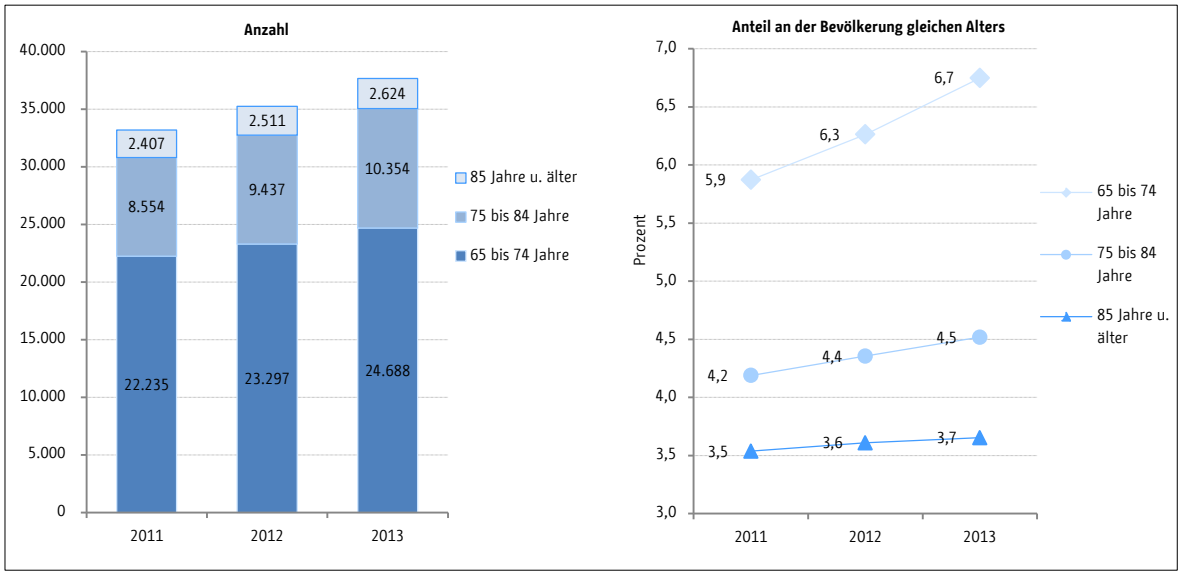
(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 10:
Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach 4. Kap. SGB XII in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 31.12.2012 in der Bevölkerung ab 65 Jahren



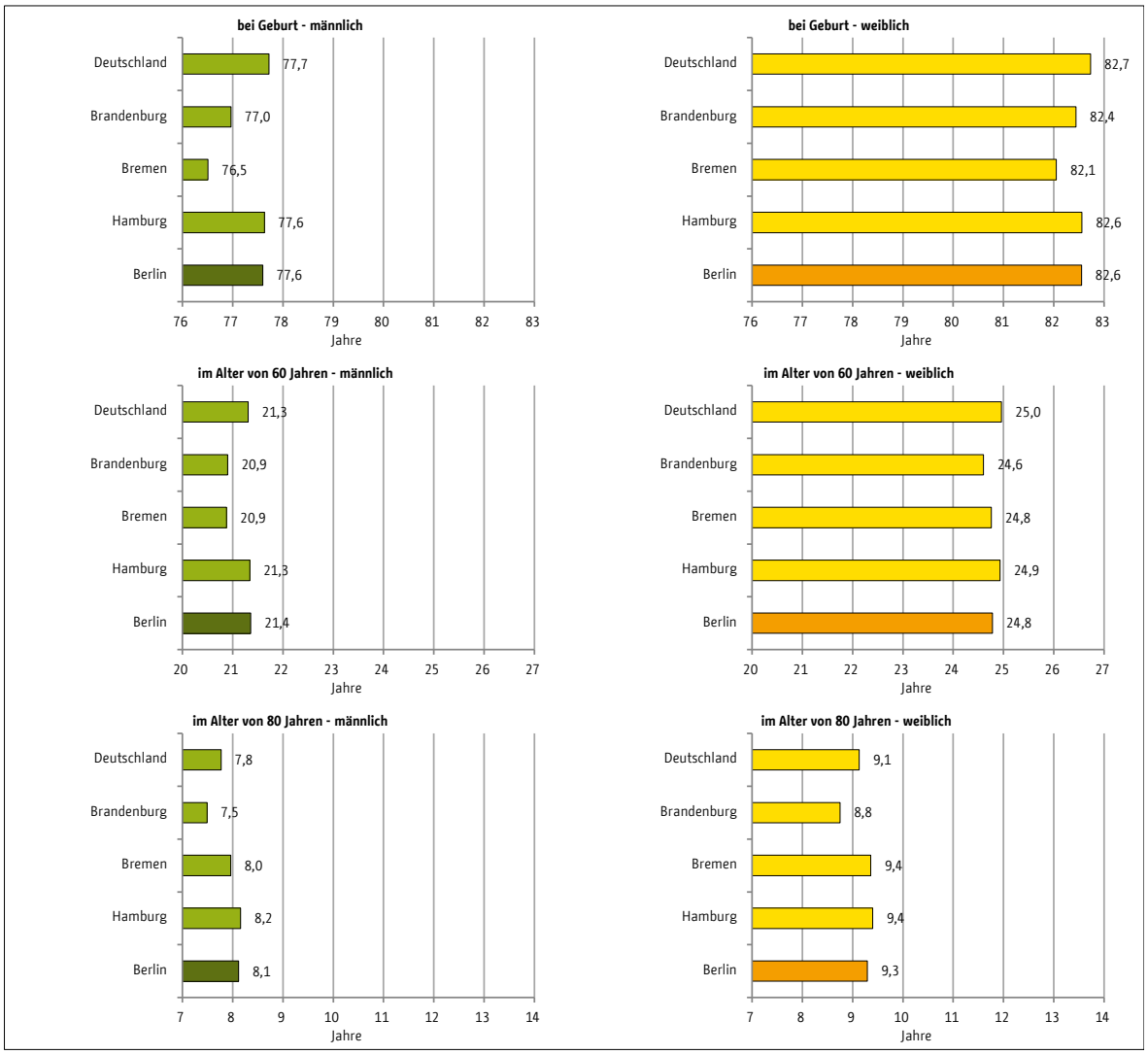
(Datenquelle: StBA / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 11:
Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 4. Kapitel SGB XII in Berlin 2011 - 2013 (Stichtag: 31.12.) nach Altersgruppen



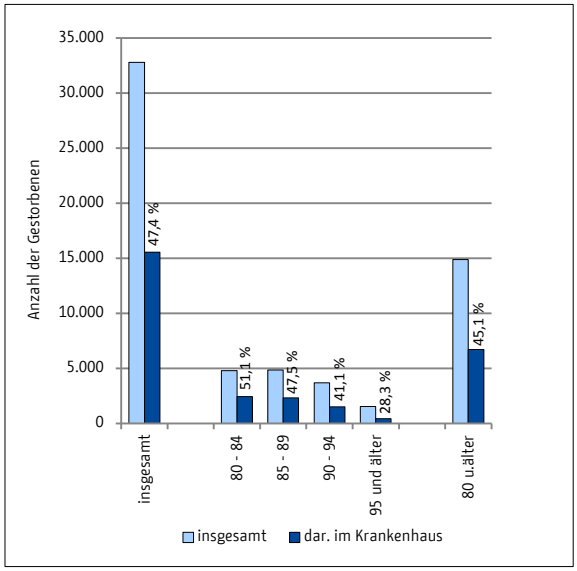
(Datenquelle: SenGesSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 12:
Durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt sowie im Alter von 60 und 80 Jahren in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Geschlecht



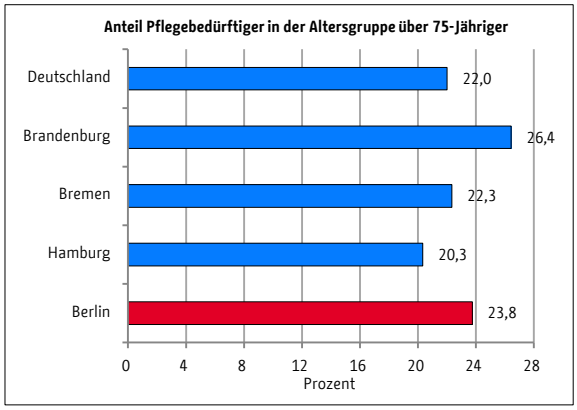
(Datenquelle: StBA, Gesundheitsberichterstattung des Bundes / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 13:
Sterbefälle insgesamt und im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Stundenfälle) in Berlin (nur Berliner) 2013 insgesamt und nach ausgewählten Altersgruppen
- absolut sowie Anteil in Prozent



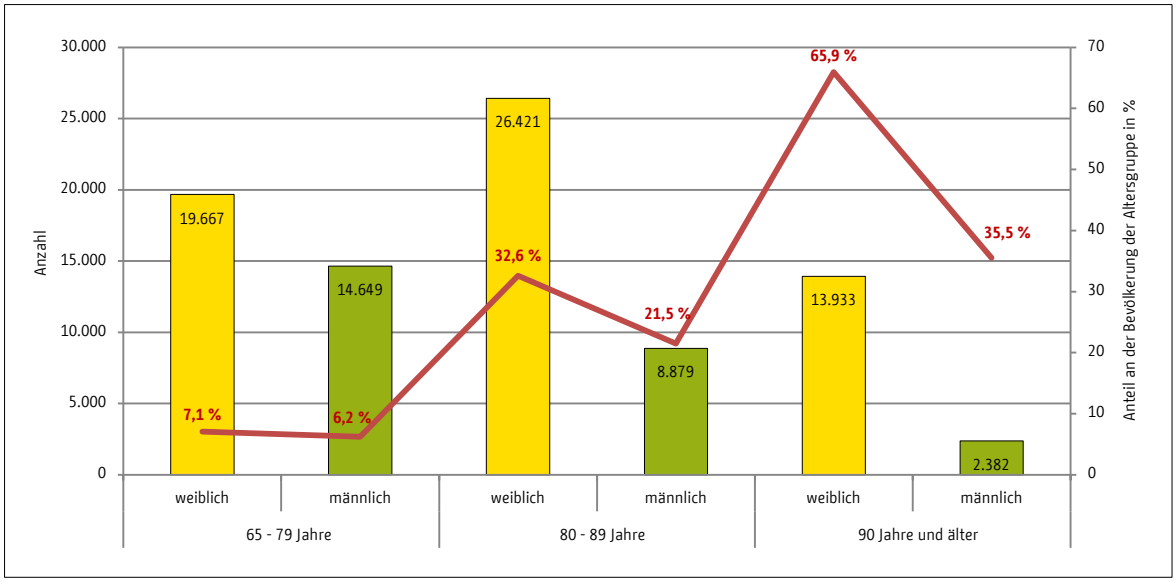
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 14:
Anteil von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg am 31.12.2011 in der Bevölkerung im Alter ab 75 Jahren



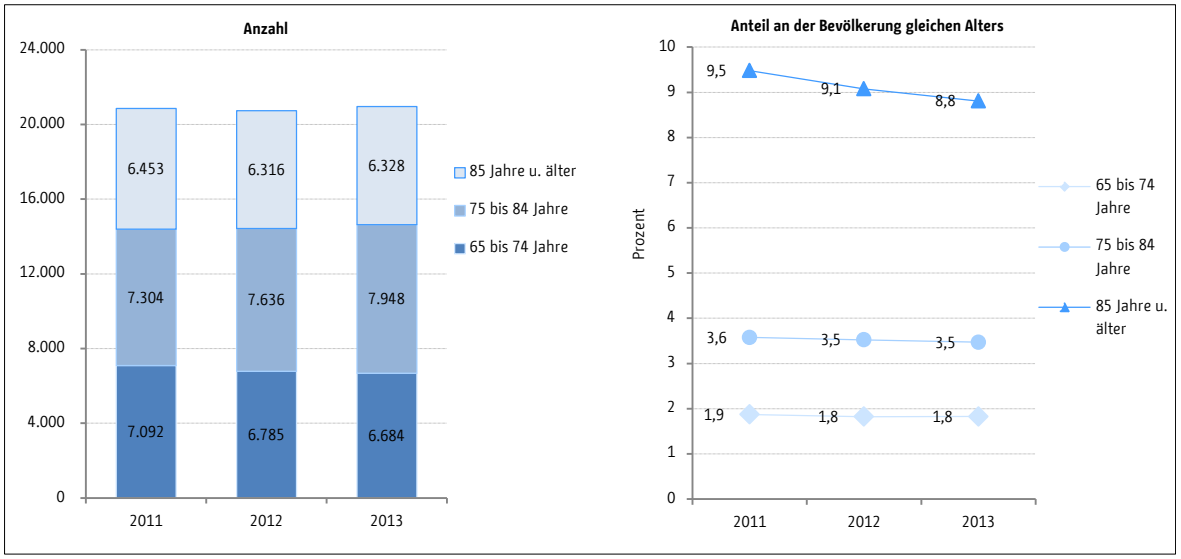
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 15:
Pflegebedürftige nach SGB XI in Berlin am 15.11.2011 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 16:
Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 7. Kapitel SGB XII in Berlin 2011 - 2013 (Stichtag: 31.12.) nach Altersgruppen



(Datenquelle: SenGesSoz Berlin - PROSOZ / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales

Berlin

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Oranienstr. 106
10969 Berlin
Tel (030) 9028-1235
www.berlin.de/sen/gessoz
pressestelle@sengs.berlin.de
© Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales