



Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014

Altersmedizin und Geriatrie
5. Dezember 2014

**Dokumentation und Zusammenfassung der Ergebnisse der
Auftaktveranstaltung**

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014 zum Thema Altersmedizin/Geriatrie

Datum: 05. Dezember 2014

Zeit: 09:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Ort: Ludwig Erhard Haus
Fasanenstr. 85
10623 Berlin

Veranstalter: Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital (Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“) in Zusammenarbeit mit der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, Brandenburg

Inhalt

1.	Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung	5
2.	Agenda der Auftaktveranstaltung Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014 zum Thema Altersmedizin/Geriatrie	8
3.	Eröffnung und Begrüßung zur 1. Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014	10
3.1	Begrüßung Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	10
3.2	Einleitung Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG	10
3.3	Redebeitrag Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg	11
3.4	Redebeitrag Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin	13
4.	Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung	15
4.1	Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie	15
4.2	Herausforderungen und Handlungsfelder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin	17
5.	Regionale Best Practice Beispiele zu ausgewählten inhaltlichen Schwerpunkten in der geriatrischen Versorgung	19
5.1	Ambulante geriatrische Versorgung am KV RegioMed Zentrum Templin Lutz Freiberg, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	19
5.2	Havelland Kliniken: Beispiel für die Abbildung einer kompletten Versorgungskette Dr. Peter Thomaßen, Klinikleitender Arzt der Havelland Kliniken GmbH	20
5.3	Vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement – Professionelle Gestaltung des klinischen Entlassungsmanagements am Beispiel der Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialmanagerin, Case Managerin (DGCC)	22
5.4	Patientenpfade und prioritäre Handlungsfelder in der Notfallversorgung älterer Patienten Dr. med. Timo Schöpke, MBA, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Vivantes Klini-	23

kum Am Urban Berlin

6.	Diskussion zur Identifizierung zukünftiger Herausforderungen der geriatrischen Versorgung in Berlin Brandenburg	26
7.	Ergebnisse der Diskussion der identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte durch die „World Café“ Methode	34
7.1	Prävention Moderation: Harald Mylord, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft	35
7.2	Palliativmedizin und hospizliche Kultur Moderation: Bastian Kuhse, ZukunftsAgentur Brandenburg, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft	37
7.3	Entwicklung bzw. Ausbau sektorübergreifender Versorgungsketten Moderation: Michael Zaske, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie	39
7.4	Schnittstellen- und Entlassungsmanagement Moderation Katrin Ulmer, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales	41
7.5	Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern Moderation: Jasmin Russak, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Verantwortliche Integrativthema Alternde Gesellschaft im Cluster Gesundheitswirtschaft	44
7.6	Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Geriatrie Moderation: Dr. Anke-Britt Möhr, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Mitglied 90a Gremium, stv. Vorsitzende Handlungsfeldes 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft	47
8.	Abschluss und Verabschiedung Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3	49
9.	Anhang	51

1. Hintergrund und Ziele der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

Das Ziel der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung ist, einen fachlichen, länderübergreifenden Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft angesichts der spezifischen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung der Region Berlin-Brandenburg zu etablieren. Die Werkstatt dient hierbei als Dialogplattform, kreative Ideenschmiede und Impulsgeber für die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure in der Region Berlin-Brandenburg. Im Fokus steht die Entwicklung neuer Lösungsansätze für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bürgerinnen und Bürger mit ihren unterschiedlichen Ausgangssituationen in der Metropolenregion sowie des ländlichen Raumes in Brandenburg.

Organisiert und koordiniert wird die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung durch das Management des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg, da die Idee für ein eigenes Veranstaltungsformat zum Thema aus den Diskussionen der Handlungsfeldworkshops in den letzten zwölf Monaten entstanden ist. In diesen Diskussionen wurde bereits auf die Überschneidung zu den 90a Gremien und auf die Verbindungslinien zur zukünftigen gemeinsamen Krankenhausplanung hingewiesen. Abbildung 1 zeigt, von welchen Inputs die Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung gespeist wird.

Abbildung 1: Inputs der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



Für die Themenfindung sollen sowohl die Experten des Handlungsfeldes 3 befragt als auch über die Länderverwaltungen die Vorschläge der 90a Gremien eingeholt werden. Dabei bleibt die Unabhängigkeit des Handlungsfeldes und der 90a Gremien selbstverständlich gewahrt. Es bietet sich außer-

dem an, Themen, die längerfristig mit der Krankenhausplanung zusammenhängen, mit den inhaltlichen Schwerpunkten der jeweiligen Zukunftswerkstatt zu verbinden. Wichtig dabei ist, dass die Ergebnisse der Werkstattgespräche qualitativ hochwertig dokumentiert werden und dadurch eine Verwertung der Ergebnisse für die beteiligten Akteure und Gremien möglich ist. Die weitere Umsetzung einer zukünftigen Krankenhausplanung findet unabhängig und außerhalb der Zukunftswerkstatt und des Handlungsfeldes durch die in der Abbildung angedeuteten Gremien statt. Die Platzierung der Zukunftswerkstatt im Zentrum der Abbildung reflektiert lediglich die Aufnahme von eingehenden Informationen sowie die Nutzung potentieller Ergebnisse aus den Werkstattgesprächen und stellt in keiner Weise eine hierarchische Beziehung der in der Abbildung aufgeführten Gremien bzw. Akteure dar.

Abbildung 2 zeigt die in den bisherigen Diskussionen identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte, denen sich die jährlich stattfindenden Zukunftswerkstätten zu jeweils einem Schwerpunkt annehmen werden. Geplant ist die Zukunftswerkstatt mit jeweils ca. 50 Teilnehmenden durchzuführen und abwechselnd Berlin und Brandenburg als Veranstaltungsort zu wählen.

Abbildung 2: Inhaltliche Schwerpunkte der Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung



Die vorliegende Dokumentation der ersten Zukunftswerkstatt bietet einen strukturierten Überblick über die in der Veranstaltung diskutierten Inhalte. Es erfolgt zum einen in den Kapiteln 3-5 eine Zusammenfassung der einführenden und schwerpunktsetzenden Vorträge. Die Zusammenfassungen fokussieren auf wesentliche Aussagen der Vorträge; die ausführlichen, den Vorträgen zugrundeliegenden Präsentationen der Referenten finden sich jeweils im Anhang. Zum anderen werden in Kapitel 6-7 der Prozess und die Ergebnisse der gemeinsamen Diskussion zur Identifizierung zukünftiger Herausforderungen der geriatrischen Versorgung in Berlin Brandenburg dargestellt. Kapitel 6 stellt den Arbeitsprozess der Teilnehmenden zur Findung und Hierarchisierung von sechs Themenschwerpunkten dar. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der sechs parallel stattgefundenen Workshops auf der Grundlage der in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände und der Zusammenfassung

der jeweiligen Moderatoren dargestellt. Insofern spiegeln die Ergebnisse nicht die Meinung aller Teilnehmenden wieder und stellen auch keine Priorisierung bestimmter Themen dar.¹

¹ Hinweis zur Sprachregelung: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Dokumentation das generische Maskulinum verwendet. Alle Aussagen gelten selbstverständlich für Frauen und Männer gleichermaßen.

2. Agenda

Auftaktveranstaltung Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014 zum Thema Altersmedizin/Geriatrie

Termin: Freitag, 05. Dezember 2014

Ort: Großer Vortragssaal, Ludwig Erhard Haus, Fasanenstr. 85, 10623 Berlin

ab 08:30 Uhr Registrierung

09:00 Uhr Eröffnung & Begrüßung zur 1. Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014 (Moderation: Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3)

Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“

Redebeitrag

Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Redebeitrag

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin

09:30 Uhr Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung

Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte

Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie

Herausforderungen und Handlungsfelder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin

Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

10:15 Uhr Regionale Best Practice Beispiele zu ausgewählten inhaltlichen Schwerpunkten in der geriatrischen Versorgung

Ambulante geriatrische Versorgung am KV RegioMed Zentrum Templin Lutz Freiberg, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Havelland Kliniken - Beispiel für die Abbildung einer kompletten Versorgungskette

Dr. Peter Thomaßen, Klinikleitender Arzt der Havelland Kliniken GmbH

Vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement – Professionelle Gestaltung des klinischen Entlassungsmanagements am Beispiel der Alexianer

St. Hedwig-Kliniken Berlin
Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialmanagerin, Case Managerin
(DGCC)

Patientenpfade und prioritäre Handlungsfelder in der Notfallversorgung älterer
Patienten

Dr. med. Timo Schöpke, MBA, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Vivantes
Klinikum Am Urban Berlin

Diskussion

11:45 Uhr

Mittagspause

12:30 Uhr

Identifizierung zukünftiger Herausforderungen der geriatrischen Versorgung in Berlin Brandenburg

Gemeinsam mit den Teilnehmern werden Vorschläge zu zukünftigen inhaltlichen Schwerpunktthemen in der geriatrischen Versorgung zusammengetragen und anschließend deren Clusterung diskutiert. Ziel ist es, etwa 5-6 thematische Schwerpunkte in der Geriatrie in Berlin und Brandenburg mit den Teilnehmern zu identifizieren.

13:30 Uhr

Vertiefung der identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte durch die „World Café“ Methode

In jeweils separaten Räumen werden die inhaltlichen Schwerpunkte weiterdiskutiert. Um von allen Teilnehmern „Input“ zu erhalten, rotieren die Teilnehmer in Gruppen von Raum zu Raum, in denen jeweils ein Moderator den jeweiligen Themenschwerpunkt und die Diskussion begleitet.

15:30 Uhr

Zusammenfassung der Ergebnisse durch die Moderatoren und Diskussion

anschließend

Get Together

3. Eröffnung und Begrüßung zur 1. Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung 2014

3.1 Begrüßung

Elimar Brandt, PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3



Herzlich willkommen zur ersten Zukunftswerkstatt! Das Besondere dieser Veranstaltung ist, dass wir heute alle gemeinsam als Akteure aus unterschiedlichen Feldern im Gesundheitswesen, in der Sozial- und Gesundheitspolitik gefragt sind, Zukunft mitzugestalten. Wir können heute frei von Entscheidungszwängen innovative Ideen entwickeln, Diskussionen anregen und weiterverfolgen, welche angesprochenen Themen so profiliert sind, dass sie für die Krankenhauspläne der beiden Länder bzw. für die gemeinsame Krankenhausplanung relevant werden. Wir wollen wirklich innovative Versorgungskonzepte entwickeln.

3.2 Einleitung

Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG

Wir haben hier in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg eine differenzierte Struktur: auf der einen Seite Berlin – Hauptstadt, Weltstadt, Top-Gesundheitsversorgung; auf der anderen Seite Brandenburg – Top-Gesundheitsversorgung, die aber immer schwieriger in den ländlichen Strukturen sichergestellt werden kann. Es stellt sich die Frage, wie und was an Gesundheitsversorgung vor diesem Hintergrund zu gestalten ist. Diesbezüglich gibt es viele Ideen, aber sie wurden bisher noch



nicht so nachhaltig in die Praxis umgesetzt, als dass sie alle Zukunftsfragen gelöst haben.

Es gibt bereits eine längere Geschichte zur Entwicklung des Clusters Gesundheitswirtschaft und des Masterplans Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg. Nach der Evaluierung des ersten Masterplans 2012 bewegen wir uns heute im Rahmen des Masterplans 2.0. Dieser vereint vier Handlungsfelder sowie fünf Integrativthemen, die in jedem Handlungsfeld relevant sind. Das Handlungsfeld 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“ beinhaltet ein sehr weites Spektrum an Themen, dabei auch viele Themen, die aktuell die Bundesgesetzgebung bewegen. Es ist fraglich, ob

die Bundesgesetzgebung alle Probleme lösen kann, aber heute ist auch die Landesgesetzgebung vertreten und deshalb sind wir optimistisch, bei vielen Themen voranzukommen.

Die Experten des Handlungsfeldes 3 setzen sich heterogen aus allen relevanten Arbeitsbereichen zusammen. Ein Ergebnis ihrer Arbeit ist die Struktur der Zukunftswerkstatt (siehe Abbildung 1, Kapitel 1). Sie versteht sich als innovatives Gremium, das Themen anstößt, offen diskutiert und sortiert, Themen in die Gremien zurückspielt und Ideen gibt, Impulse setzt sowie die Politik fordert, diese Ideen miteinzubeziehen und umzusetzen. Die Zukunftswerkstatt soll ab 2014 einmal jährlich – zunächst bis 2020 – stattfinden. Die Zielgruppen der Zukunftswerkstatt sind die Handlungsfeldexperten, Kostenträger, themenspezifische Akteure, Verwaltungen, Vertreter der Bezirke bzw. Kommunen sowie Leistungserbringer. Somit sind alle Player vertreten, die Impulse zu diesem Thema geben und die Wege der nächsten Jahre beschreiben können.

Das Thema Geriatrie und Altersmedizin beschäftigt uns alle. In den verschiedenen Bundesländern setzt man sich mit diesem Thema ganz unterschiedlich auseinander: Es existieren verschiedene Konzepte und Schwerpunkte, das Thema findet Eingang im Krankenhausplan oder auch nicht, der Bereich der Rehabilitation wird einbezogen oder nicht, ein Facharztstandard wird im Krankenhausplan festgeschrieben oder nicht etc. Mit Bezug auf Berlin und Brandenburg ist es wichtig, dass wir für diese Region mit den unterschiedlichen Voraussetzungen gemeinsam Ideen sammeln, wie wir die Gesundheitsversorgung sowohl ländlich als auch in der Stadt Berlin optimal gestalten.

3.3 Redebeitrag

Diana Golze, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg

Ich freue mich sehr, dass ich zusammen mit dem Berliner Senator für Gesundheit und Soziales, Herrn Mario Czaja, den Startschuss für diese Zukunftswerkstatt geben und diesen, für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg wichtigen Entwicklungs- und Arbeitsprozess so von Beginn an begleiten kann. Für das Land Brandenburg ist dies ein bedeutsamer Bestandteil der Seniorenpolitik, in der wir neue Wege gehen und den Gesundheits- und Pflegebegriff nicht auf die medizinische Ebene reduzieren, sondern auch soziale Fragestellungen mitdenken möchten.



Wir stehen dabei nicht mehr am Anfang: Im Ergebnis der Evaluation des Masterplans „Gesundheitsregion Berlin Brandenburg“ aus dem Jahr 2012 wurde bereits eine strategische Neufokussierung der Handlungsfelder vorgenommen und der Stellenwert der Versorgungsthemen ist gestiegen. Die Stärke von Berlin-Brandenburg als Modellregion für **neue** Versorgungsformen kann damit weiter ausgebaut werden.

Die Region verfügt insgesamt über eine leistungsstarke Versorgungslandschaft mit mehr als 130 Kliniken, ca. 35.000 Betten, 70 Reha-Zentren und ca. 9.500 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hinzu kommen rund 770 Pflegeheime sowie 1.200 ambulante Pflegedienste.

Gleichzeitig weist die Region jedoch ein großes Spannungsfeld auf: Es gibt sowohl in der demografischen Entwicklung als auch in der medizinischen Versorgung regionale Unterschiede: In den ländlich geprägten Regionen Brandenburgs entstehen aufgrund der rückläufigen Bevölkerungszahlen und dem gleichzeitigen Anstieg der Anzahl älterer, multimorbider Menschen sowie der tendenziellen Unterversorgung mit Haus- und Fachärzten besondere Herausforderungen. Dies ist ein zentrales Prob-

lem, dem wir uns noch stärker stellen müssen, zumal Wohnortnähe und die Kontinuität der behandelnden Ärzte insbesondere für ältere Menschen von hoher Bedeutung sind. In der Metropolenregion steigt zwar ebenfalls die Belastung für Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, aber dies v.a. aufgrund des dort zu verzeichnenden Bevölkerungsanstiegs. Während die ländlichen Räume Brandenburgs mit einem wachsenden Ärztemangel zu kämpfen haben, sieht sich Berlin mit einer ungleichen Verteilung niedergelassener Ärzte konfrontiert.

Diese Heterogenität stellt uns alle vor besondere Herausforderungen, der sich die in der Region ansässigen Gesundheitsdienstleister stellen und für die wir den notwendigen gesetzlichen und politischen Rahmen schaffen müssen, damit wir langfristig eine qualitätsgesicherte Versorgung in Berlin und Brandenburg sicherstellen können. Gleichzeitig bildet diese Heterogenität auch eine Chance – die Verknüpfung einer Metropolenregion mit einer eher ländlichen, aber großflächigen und bevölkerungsarmen Region. Bereits jetzt arbeiten Berlin und Brandenburg in vielen Feldern der Krankenhausplanung zusammen und die besonderen Rahmenbedingungen der Region bilden den Startpunkt für die Entwicklung neuer Versorgungsformen und Rehabilitationskonzepte. Basis der gemeinsamen Krankenhausplanung 2020 sollten weiterbestehende Krankenhauspläne der beiden Länder sein, die einen passgenauen Zuschnitt auf die regionalen Bedürfnisse ermöglichen. Aber ich halte gemeinsame Grundsätze einer Krankenhausplanung für die Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg für den richtigen Weg. Im Vordergrund steht dabei die verlässliche medizinische Versorgung der Bevölkerung beider Länder, die auch gesichert finanziert werden muss. Andererseits geht es im Gesundheitswesen auch um Wirtschaftsfaktoren, um Arbeitsplätze. Die Umsetzung derartiger Planungen bedarf eines gründlichen Vorlaufs. In diesem Sinne wollen wir dafür auch die Instrumente gemeinsamer Beratungen der Krankenhausplanungsgremien beider Länder und eine Reihe solcher gemeinsamen Zukunftswerkstätten für innovative Versorgung nutzen.

Die Gesundheitsversorgung für eine immer älter werdende Gesellschaft auch in der Fläche zu sichern, wird für Brandenburg zu einer der zentralen Herausforderungen. Die Krankenhäuser sind und bleiben dabei Anker der gesundheitlichen Versorgung im Flächenland Brandenburg. Auch wenn Brandenburg in seiner letzten Fortschreibung des Krankenhausplans die geriatrische Versorgung in der Fläche bedarfsgerecht verstärkt hat, gilt: Auf der Basis einer stabilen stationären Versorgung werden in den nächsten Jahren neue Wege gesucht und beschritten werden müssen. Hierfür bedarf es innovativer Ideen und Lösungen und vor allem des Engagements aller im Gesundheitswesen Tätigen und Verantwortlichen.

Im Rahmen der Fortschreibung des Masterplans „Gesundheitsregion Berlin Brandenburg“ ist die modellhafte Entwicklung von Versorgungsketten vereinbart worden und erste Konzepte werden bereits entwickelt (z.B. Templin, Havelland, Südbrandenburg). Aber wir müssen zügig über die Phase des Modellhaften hinauskommen. Eine breit angelegte und aufeinander abgestimmte Gesundheitsversorgung ist von enormer sozialpolitischer Bedeutung aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des steigenden Anteils der älteren Bevölkerung. Eine gute Versorgung überall – angemessen und optimal für den Einzelnen, würdevoll und selbstbestimmt – das ist Ziel und Anspruch zugleich. Dabei ist erst einmal unerheblich, was überall im Konkreten bedeutet: Eine Metropole ist eine Metropole und ein Flächenland bleibt ein Flächenland. Große Wege erzeugen noch einmal mehr Handlungsdruck, andererseits bietet der ländliche Raum auch Vorteile. Deshalb ist ein fachlicher, länderübergreifender Austausch zur Gestaltung einer bedarfsorientierten, innovativen und sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft der Länder Berlin und Brandenburg so wichtig. Wir werden in den nächsten Jahren sowohl über die Gesundheitswirtschaft mit ihren Wachstumsraten und ihrem Beschäftigungspotential reden als auch über die Nutzung exzellenter Forschung in der Region, hervorragende Medizintechnik und Vernetzungsstrukturen. Für alle diese Themen wollen wir den entsprechenden Raum schaffen und die nötige Zeit einräumen, denn die heutige Veranstaltung soll der Auftakt zu dieser Reihe werden und weitere Veranstaltungen zu wichtigen gesundheitsrelevanten Themen werden folgen.

Das Ziel ist ein gemeinsamer Krankenhausplan für Berlin und Brandenburg 2020. Somit haben wir genug Zeit, mit der notwendigen fachlichen Tiefe zu diskutieren und die regionalen Unterschiede zum Vorteil aller zu nutzen. Ich wünsche uns allen eine angeregte und anregende, v.a. aber ergebnisreiche Debatte und hoffe, dass wir im Gespräch bleiben und einen Prozess des Austausches in Gang setzen.

3.4 Redebeitrag

Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin



Frau Golze, wir haben heute unseren ersten gemeinsamen Termin. Ich möchte Ihnen daher alles Gute wünschen für Ihr Amt, für Ihre Aufgaben in diesem großen Ressort. Es gab und gibt zwischen Berlin und Brandenburg auf unterschiedlichen Ebenen eine enge und gute Zusammenarbeit und es ist richtig, dass wir die Hauptstadtregion zusammen denken. Wir konzentrieren uns jeweils auf die gemeinsamen Stärken, um auch die Schwächen überwinden zu können. Bei der Krankenhausplanung sind wir bereits auf einem guten Weg und uns kann das auch bei der ambulanten Versorgung, der Rehabilitation und anderen, in der Diskussion etwas kritischeren Fragen, gelingen. Wir aus

Berlin setzen auf eine gute Zusammenarbeit und eine weitere enge Kooperation. Wir spüren aus Brandenburg auch einen Rückenwind für die Aufgaben, die es in Berlin zu bewältigen gibt. Hauptstadtregion Brandenburg-Berlin oder Berlin-Brandenburg – daran machen wir es nicht fest.

Herr Brandt, diese Veranstaltung, die Sie moderieren, knüpft an Ihre berufliche Vergangenheit an: nämlich die sektorenübergreifende Versorgung und damit die sozialgesetzbuchübergreifende Versorgung zu leben. Das Berliner Modell der Krankenhäuser war eines der wenigen gut funktionierenden rechtskreis- und sektorenübergreifenden Versorgungsmodelle, die sogar noch ökonomischen Vorteil gebracht haben und gleichzeitig auch für die Patientinnen und Patienten von Vorteil sind. Wir sind dort aber bisher nicht viel weiter gekommen. Wir hatten bei rechtskreis- und sektorenübergreifendem Denken zwar immer wieder Ideen und die Integrierte Versorgung von 2006-2009 wurde in Deutschland materiell sogar mit der 1%-Regelung gefördert, aber aus dem segmentierten Gesundheitssystem konnten nicht viel mehr als Selektivverträge und einige Integrierte Versorgungsverträge in die Regelversorgung übertragen werden. Das ist schlecht, denn bei der hohen Produktinnovation, der hohen Spezialisierung in der Medizin, der Pflege und der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen, muss auch eine Prozessinnovation folgen. Dies ist nicht nur aus ökonomischen Gründen, sondern auch aus qualitativen Erfordernissen wichtig: Die Versorgung in einem Segment kann noch so gut sein, wenn die Übergänge zwischen den Segmenten Mängel aufweisen, kann dies für die Patientinnen und Patienten eine massive Verschlechterung der Lebensqualität bedeuten, manchmal sogar lebensbedrohlich sein (z.B. rechtzeitiger Übergang in die Reha in der Schlaganfallversorgung). Das segmentierte Versorgungssystem ist deshalb problematisch, weil die Übergänge der Sektoren hart sind und die jeweiligen Partner nicht eng genug zusammenarbeiten. Deshalb benötigen wir mehr Prozessinnovation.

Ich möchte einige Wünsche formulieren:

Ich wünsche mir, dass wir es praktisch anpacken: Praktische Beispiele anhand von Krankheitsbildern, die im hohen Alter im besonderen Maße relevant sind und die deutlich machen, wie Übergänge anhand unserer vorhandenen Versorgungsstrukturen generell und nicht nur selektiv in Berlin und Brandenburg verbessert werden können.

Ich wünsche mir auch, dass wir eine klare Untergliederung finden für die Lösung dieser Aufgaben: Was muss kooperativ auf Gemeinde- oder Landesebene gelöst werden, was können die Partner einfach miteinander verabreden? Was lässt sich landesrechtlich lösen, was kann man ggfs. auch gemeinsam in Brandenburg und Berlin angehen in gleichen Abläufen mit Gesetzgebungsverfahren, z.B. die Frage des Sozialdienstes in Krankenhäusern, der Verpflichtung mindestens zur Aufklärung über die Patientenverfügung bei hochaltrigen Patienten vor Entlassung aus dem Krankenhaus? Was ist bundesrechtlich zu lösen? Diese Ebenen sollten nicht miteinander vermischt werden, weil ansonsten Aktivitäten gehemmt werden. Wir sollten immer differenzieren: Was können wir selbst sofort unternehmen, was können wir selbst kurz- und mittelfristig tun und was müssen wir möglicherweise über gemeinsame Bundesratsinitiativen o.ä. einbringen. Wenn so etwas von Brandenburg und Berlin ausgeht, die beide unterschiedliche Regierungsformen haben, könnten möglicherweise schneller Mehrheiten organisiert werden.

Und ich wünsche mir nicht zuletzt, dass wir die heute besprochenen Punkte gut dokumentieren, damit wir damit auch weiter arbeiten können.

Wir arbeiten in Berlin unter der Federführung der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales an einem Eckpunktepapier zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von Hochaltrigen, das den Arbeitstitel „80plus“ trägt. In diesem Eckpunktepapier stellen wir uns den demografischen Herausforderungen einer steigenden Zahl alter und zunehmend hochalter Menschen in der Sozial- und Gesundheitspolitik. Mit einer Skizze der spezifischen Herausforderungen und entsprechender Handlungsempfehlungen wird ein Diskurs mit Verantwortlichen, Partnern und Betroffenen angestoßen. Ziel ist eine Verständigung auf „Meilensteine“, die Akteure aus den jeweiligen Versorgungsbereichen gemeinsam gehen wollen. Die sieben Handlungsfelder (Prävention, ambulante geriatrische Versorgung, Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung, stationäre Versorgung, Versorgung am Lebensende, Aus-, Fort- und Weiterbildung (Gerontologie/Geriatrie), Bürger/innenbeteiligung) legen ein besonderes Augenmerk auf Schnittstellen und Übergänge in der Versorgung.

Wir können gerne versuchen, diesen Prozess so dicht wie möglich zwischen Brandenburg und Berlin zu führen. Wir wollen im nächsten Jahr damit ein großes Stück weiterkommen, dann verabschieden wir den Krankenhausplan für Berlin und im März 2016 den Landespflegeplan. Ich danke allen, die diese Veranstaltung möglich gemacht haben.

4. Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung

4.1 Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte

Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie



Das Versorgungsumfeld ist geprägt von der wachsenden Zahl von Patienten mit altersmedizinischem Behandlungsbedarf bei weiter steigendem Alter sowie einer sich verändernden Versorgungslandschaft. Wie ist die Geriatrie auf diese Herausforderungen vorbereitet, steht sie doch mit ihrem Versorgungsansatz (interdisziplinär, multiprofessionell, sektorenübergreifend etc.) in Kontrast zu den bestehenden allgemeinen Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem (Budget- und Sektorgrenzen, Finanzierungsarten, Qualitätssicherung etc.)?

Konkrete Beispiele geriatrischer Versorgungsansätze sind neben der Akutisierung, der Vorbeugung und der

Ambulantisierung die Kombinierung, die Spezialisierung und die Integrierung. Ein Beispiel für die Kombinierung ist ein Projekt, an dem der Bundesverband Geriatrie stark beteiligt war. Es wurde ein alterstraumatologisches Zentrum im Sinne eines medizinischen Kompetenzzentrums entwickelt, in dem Unfallchirurgie und Geriatrie miteinander kooperieren mit dem Ziel der umfassenden Reintegration des Patienten in sein soziales Umfeld. Beispiele für die zunehmende Spezialisierung der Geriatrie sind die palliative oder die kognitive Geriatrie (Demenzversorgung). So verfolgen z.B. die verschiedenen Konzepte in der Demenzversorgung alle einen spezifischen Ansatz: Orientierung und strukturelle Ausrichtung an den spezifischen Bedarfen der Patienten (z.B. besonderes räumliches Setting).

Der dritte große Bereich ist die Vernetzung und Zentrumsbildung (Integrierung), z.B. in Form eines Geriatrischen Versorgungsverbundes, der auf bestehende Strukturen aufsetzt. Konkretes Beispiel ist die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen, wo im neuen Krankenhausplan die geriatrische Vernetzung und Zentrumsbildung verankert ist und ab 2015 umgesetzt werden muss. Der Geriatrische Versorgungsverbund hat das Ziel, ein einheitlich funktionierendes Versorgungssystem aufzubauen trotz des sektorierten und in unflexiblen Budgetgrenzen agierenden Gesundheitssystems. In der Mitte des Verbundes befindet sich das geriatrische Zentrum, in dem stationär die geriatrische Kompetenz gebündelt ist. Angebunden sind die niedergelassenen Ärzte sowie im Rahmen eines Geriatrischen Netzwerks alle relevanten Akteure (z.B. Apotheken, Rettungsdienst, Angehörige etc.). Von grundlegender Bedeutung ist, dass das Wissen aus dem stationären Bereich dem gesamten Netzwerk zur Verfügung gestellt wird und allen Beteiligten zugänglich sein muss, z.B. durch ein Geriatrieboard bzw. in Form einer Geriatrischen Institutsambulanz. Geriatrische Versorgungsverbünde sind modular gestaltet, so dass sie sich flexibel an verschiedene Herausforderungen anpassen können. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung ist aber zentral, dass es eine Zertifizierung gibt, die auch die Prozesshaftigkeit des Geriatrischen Versorgungsverbundes abbildet.

Mit der Idee des Geriatrischen Versorgungsverbundes, die Kompetenz des geriatrischen Teams für die Fläche und für das Netzwerk zur Verfügung zu stellen, sind aber auch Probleme verbunden. Ne-

ben der Sicherstellung der geriatrischen Kompetenz im ambulanten Sektor und dem Thema der Geriatrischen Institutsambulanz ist dies v.a. die Finanzierung dieses sektorenübergreifenden Konzepts. Die bereits seit acht Jahren im Gesetz aufgeführten Zentrumszuschläge, die explizit auch für die Geriatrie gedacht sind, könnten genutzt werden. Damit könnte dieses Konzept eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes weitestgehend umgesetzt werden und zwar so flexibel föderal, dass es für die jeweilige Ausgangssituation passt. Der Geriatrische Versorgungsverbund ist insofern etwas Innovatives, weil mit ihm versorgungspolitische Grundsätze in die Praxis umgesetzt werden.

Nachfragen zum Vortrag

Frage: Was unterscheidet aus Ihrer Sicht die Fallkonferenzen für die gemeindepsychiatrische Versorgung von dem, was im Bereich Geriatrie gemacht wird?

Antwort (Dirk van den Heuvel): Der größte Unterschied ist, dass man in der kernmedizinischen Versorgung zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich etwas wirklich Sektorenübergreifendes gestaltet. Mir ist persönlich kein Ansatz bekannt, wo es wirklich zwischen stationärem und ambulanten Sektor mit dem teilstationären Bereich eine Institution gibt, in der eine Fallbesprechung erfolgt, die von beiden Seiten genutzt werden kann, in der ein multiprofessionelles Team mit ganz unterschiedlichen Kompetenzen zusammenkommt. Es gibt in anderen Bereichen ähnliche Ansätze (z.B. Palliativversorgung), aber in diesem Bereich ist es wirklich neu.

Frage: Es verleitet zur Diskussion. Situation: Wir haben im Verband Evangelischer Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen genau diese Einrichtung, die Sie beschreiben. Wir haben Projekte zur Alterstraumatologie, wir haben ähnliche Vernetzungsprojekte, aber wir haben ein Problem: Unser Eindruck ist, dass die Fachkliniken nicht in gleicher Form mitentwickelt werden für die Zukunft wie auch die geriatrischen Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern. Vielleicht hat dieses Thema in der heutigen Diskussion auch noch Raum. Vielleicht können Sie aber auch ein Statement dazu abgeben.

Antwort (Dirk van den Heuvel): Genau diese Entwicklung hat man in anderen Bundesländern (Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen) gesehen und gesagt: Man muss davon wegkommen, dass es entweder nur an den Fachkliniken diese Kompetenz gibt oder in der Fachabteilung. Diese Vernetzung ist eine Verpflichtung für eine Klinik, die keine Geriatrie vorhält. Sie muss eine entsprechende Kooperation eingehen, sonst fällt sie aus dem Krankenhausplan raus. Auf der anderen Seite ist auch die Geriatrie verpflichtet zu kooperieren. Dies ist keine Soll-Vorschrift, sondern eine Muss-Vorschrift, mit der versucht wird, die strikte Trennung zwischen Fachebene und allgemeiner Ebene aufzuheben. Erst hatten alle Akteure eine ablehnende bzw. abwartende Haltung, inzwischen wurden diese Verbände sehr gut in der Praxis angenommen, weil man die Erfahrung gemacht hat, dass dadurch wirklich Wissen geteilt und zur Verfügung gestellt wird. Aber sicherlich gibt es auch noch diskussionswürdige Punkte.

4.2 Herausforderungen und Handlungsfelder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin

Frau Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Die Gruppe der über 80Jährigen wird bis 2030 gesamtdeutsch um ca. 60% zunehmen. Dabei zeigen sich deutliche regionale Unterschiede: Brandenburg und Berlin sind in maximaler und sehr ähnlicher Weise von dieser Entwicklung betroffen, so dass eine Zusammenarbeit dieser Regionen sinnvoll ist. Schaut man sich den heutigen Anteil der ab 80Jährigen in den sog. Planungsräumen Berlins an, erkennt man innerhalb Berlins deutliche Unterschiede, welche sich in den nächsten Jahren noch verstärken werden. Sind wir mit dieser prognostizierten Entwicklung auf dem Weg in eine Seniorengesellschaft in Berlin? Bis zum Jahr 2030 wird etwa die Hälfte der Bevölkerung älter als 50 Jahre alt sein. Es werden doppelt so viele Menschen ab 65 Jahre in Berlin leben als Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Die Zahl der über 80Jährigen wird sich nahezu verdoppeln.

Wie sieht nun die gesundheitliche Lage der hochaltrigen Menschen aus? Die Hälfte der über 65Jährigen schätzt ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut ein. Bezüglich der wichtigen Kennziffer der Lebenserwartung zeigt sich, dass die Berliner Frauen mit 83 Jahren eine um fünf Jahre höhere Lebenserwartung haben als Männer, eine ähnliche Situation zeigt sich in Brandenburg. Auch die fernere Lebenserwartung wird weiter steigen. Allerdings nimmt mit steigendem Alter auch das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu. Multimorbidität ist der Hauptfaktor für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. Die häufigsten Behandlungsanlässe im stationären und ambulanten Bereich sind chronische Erkrankungen. Als eine der großen Herausforderungen bei den hochaltrigen Menschen gelten die demenziellen Erkrankungen. Da viele Erkrankungen häufig Folgeerscheinungen des Alters und auf das langjährige Einwirken von Risikofaktoren zurückzuführen sind, gilt es den Bereich der Prävention zu stärken, um bereits in jungen Jahren die Grundlage für ein gesundes Altern zu legen. Das sich auf dem Weg befindende Präventionsgesetz ist dabei eine wichtige Unterstützung



Als eine der großen Herausforderungen bei den hochaltrigen Menschen gelten die demenziellen Erkrankungen. Da viele Erkrankungen häufig Folgeerscheinungen des Alters und auf das langjährige Einwirken von Risikofaktoren zurückzuführen sind, gilt es den Bereich der Prävention zu stärken, um bereits in jungen Jahren die Grundlage für ein gesundes Altern zu legen. Das sich auf dem Weg befindende Präventionsgesetz ist dabei eine wichtige Unterstützung

Hinsichtlich der sozialen Lage älterer Menschen in Berlin zeigt sich, dass die Armutsrisikoquote der ab 65Jährigen zwar deutlich unter dem Armutsrisiko der Berliner Gesamtbevölkerung liegt. Allerdings ist das Risiko der Altersarmut in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. So ist bei der in das Rentenalter nachrückenden Kohorte der 50-65Jährigen bereits eine höhere Armutsrisikoquote zu verzeichnen. Ein Grund hierfür sind die zunehmend nicht mehr kontinuierlich verlaufenden Erwerbsverläufe.

Die dargestellten Entwicklungen haben natürlich Auswirkungen auf die Versorgungsbedarfe und -angebote. Es stellt sich daher die Frage, welche Konzepte zur älter werdenden Gesellschaft es gibt. Berlin hat bereits in vielen Politikfeldern umfangreiche Konzepte für verschiedene Versorgungsbereiche vorgelegt mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität älterer Menschen (z.B. Berliner Demographie-Konzept, das Stadtentwicklungskonzept, die Leitlinien für die Seniorenpolitik). Trotzdem gibt es weiterhin große Defizite, so z.B. im Bereich einer sektorenübergreifenden und nachhaltigen Versorgung, die an die Lebens- und Alltagsbedingungen der Patienten angepasst ist (vgl. auch den GMK-Beschluss „Gesundheit und Demografie“ 2014). Vor diesem Hintergrund ist in Berlin unter dem Arbeitstitel „80plus“ ein Arbeitspapier entwickelt worden zur Verbesserung von

Schnittstellen und Übergängen in der Versorgung. Von den Experten der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales wurden hierzu sieben Handlungsfelder priorisiert, die bedarfsbezogen erweitert werden können: Prävention und Gesundheitsförderung, Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung, Versorgung am Lebensende, Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger, Aus-, Fort- und Weiterbildung, stationäre Versorgung sowie Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung. Aktuell erfolgt eine Problembeschreibung für die einzelnen Handlungsfelder, ab dem ersten Quartal 2015 soll die Diskussion mit Ihnen – den Verantwortlichen, den Partnern, den Betroffenen – starten mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung und Lebensqualität der Hochaltrigen. Wesentliches Thema ist die Schnittstellenproblematik: sowohl zwischen der hausärztlichen, fachärztlichen und der stationären Versorgung als auch zwischen den einzelnen stationären Einrichtungen selbst.

Nachfragen zum Vortrag

Anmerkung: Einen Punkt sollten wir heute Nachmittag unbedingt vertiefen: Die Zahlen von Brandenburg machen deutlich, dass nicht nur die Anzahl der älteren Menschen deutlich steigt, sondern dass es auch einen massiven Einbruch bei der Anzahl junger Menschen gibt. Diese Entwicklung sehe ich noch viel dramatischer. Wir sollten auch diskutieren: Welche Rolle haben zukünftig junge Alte auf alte Alte?

5. Regionale Best Practice Beispiele zu ausgewählten inhaltlichen Schwerpunkten in der geriatrischen Versorgung

5.1 Ambulante geriatrische Versorgung am KV RegioMed Zentrum Templin Lutz Freiberg, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Um die Versorgungsprobleme erfolgreich zu lösen, ist es wichtig, dass die in verschiedenen Regionen



entwickelten und erprobten Konzepte ausgetauscht, gleichzeitig aber regionale Spezifika berücksichtigt werden. Die für die Region Templin spezifische Bevölkerungsstruktur (abnehmende, älter und multimorbide werdende Bevölkerung) und deren Versorgungsbedarfe treffen auf vorhandene spezifische Versorgungsstrukturen. Die große Herausforderung besteht darin, eine pragmatische, realistische Lösung für die Versorgungsproblematik vor Ort zu entwickeln und umzusetzen. Das zentrale Element in Templin ist die Idee, alle vor Ort zugänglichen ambulanten und stationären Ressourcen für die Versorgung zu bündeln und allen zu-

gänglich zu machen. Insofern bietet das Templiner Konzept Übertragungsmöglichkeiten auf andere Regionen und ist durchaus „rollout-fähig“.

Das KV RegioMed Zentrum Templin fokussiert auf die Zielgruppe der älter werdenden Menschen mit beginnender Multimorbidität und daraus resultierenden Einschränkungen. Das Ziel ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Alltagskompetenz, die Verbesserung der Mobilität und damit verbunden die soziale Integration. Von zentraler Bedeutung ist hierbei eine sektorenübergreifende Sicht: Das KV RegioMed Zentrum Templin, das inzwischen im Regelbetrieb läuft, ist hier das verbindende Element zwischen dem stationären und ambulanten Bereich in Templin. Auf Seiten des Krankenhauses werden die dortigen Therapiezentren (z.B. Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Memoryklinik, Ernährungsberatung) und die stationären Kapazitäten genutzt, ein kooperativer Support erfolgt durch Hilfsmittelanbieter, Orthopädietechniker sowie Transportunternehmen. Im ambulanten Bereich finden sich die in Templin tätigen niedergelassenen Fachärzte inkl. der bestehenden Ärztenetze sowie der kooperative Support durch Pflegedienste, agnes^{zwei}-Fachkräfte, ehrenamtliche Organisationen etc. Von zentraler Bedeutung ist die notwendige geriatrische Kompetenz, die häufig in den ländlichen Regionen fehlt. Die Ärzte, die die geriatrische Sprechstunde im KV RegioMed Zentrum Templin durchführen, sind niedergelassene Fachärzte aus der Region, die eine geriatrische Weiterbildung durchlaufen haben. Sie werden in ihrer Arbeit durch einen aus dem stationären Bereich kommenden Geriater unterstützt.

Im Kontext dieser Versorgungsproblematik gibt es weitere Fragen, die gestellt werden müssen: Die Patienten müssen in einem Case-Management nicht nur in der Struktur, sondern auch im Prozess versorgt werden (z.B. durch die agnes^{zwei}-Fachkraft). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sicherstellung der Nachhaltigkeit: Wie können die älteren Menschen nach der eigentlichen medizinischen Versorgung in ihrer Häuslichkeit begleitet und unterstützt werden (z.B. Schnittstelle zu Pflegebereichen, zu ehrenamtlichen Strukturen). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Sicherstellung der Erreichbarkeit

von Versorgungsangeboten (ÖPNV etc.), da bisher ungeklärt ist, ob dies eine durch die Krankenkassen zu finanzierende Leistung oder Teil der öffentlichen Verantwortung ist. Ebenfalls fehlt für die vom KV RegioMed Zentrum Templin erbrachten Leistungen (geriatrisches Assessment, über eine Stunde Zuwendung für den Patienten, Fallkonferenzen etc.) eine Vergütungsstruktur. Wir finanzieren dies in Brandenburg aus dem Strukturfonds für alle Versicherten, aber im Best-Practice-Sinne muss dies über die Regelversorgung angeboten werden. Des Weiteren muss über die geriatrische Versorgung hinaus die Frage gestellt werden, welche Ressourcen allgemein für die medizinische Versorgung der Bevölkerung vor Ort benötigt werden.

Aber: Wenn man sich von all diesen Fragen und möglichen Hindernissen in den Graubereichen abschrecken lässt, wird es nie solche Konzepte geben. Es braucht Menschen, die es einfach machen.

Nachfragen zum Vortrag

Frage: Die ambulante Versorgung bezieht sich häufig auf die fachärztliche und die pflegerische Versorgung. Haben Sie in Templin auch so etwas wie ein therapeutisch-rehabilitatives Angebot? Gerade mit Bezug auf den angesprochenen Autonomieerhalt scheint dieser Bereich eine Lücke zu sein, über die sehr wenig gesprochen wird, die aber dringend bearbeitet werden sollte.

Antwort (Lutz Freiberg): In dem Verbund gibt es ein Therapiezentrum mit beim Krankenhaus angestellten Ergotherapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, die sowohl ambulant als auch stationär genutzt werden. Das Krankenhaus ist hier also in den Aufbau der Struktur gegangen. Aber auch das ist ein Thema: Neben dem Arztmangel muss man auch den Fachkräftemangel in diesem Bereich im Blick haben und sich fragen, wie man die Region Templin für Fachkräfte attraktiv macht. Dieser Punkt gehört also genauso dazu.

5.2 Havelland Kliniken: Beispiel für die Abbildung einer kompletten Versorgungskette

Dr. Peter Thomaßen, Klinikleitender Arzt der Havelland Kliniken GmbH



Das Ziel unserer Arbeit ist es, in einer ländlichen Region tragfähige, umsetzbare Konzepte für die Versorgung älterer Menschen zu entwickeln und umzusetzen. Für das Havelland wird zum einen eine Zunahme der älteren Menschen, v.a. auch der Hochaltrigen, zum anderen die Abnahme aller Altersgruppen bis 44 Jahre prognostiziert, wobei sich jedoch regionale Unterschiede zeigen (Altenhilfeplan 2009): In Rathenow im westlichen Teil des Havellandes wird mit einer rückläufigen Bevölkerungsentwicklung gerechnet, während in Falkensee im „Speckgürtel“ Berlins ein Bevölkerungswachstum erwartet wird.

Welche Handlungsempfehlungen gibt das Geriatriekonzept Brandenburg zum Umgang mit dieser Situation? Ein zentraler Punkt ist die möglichst wohnortnahe Versorgung geriatrischer Patienten. Des Weiteren sollte bei einer notwendigen stationären Behandlung möglichst frühzeitig eine Verlegung in die geriatrische Fachabteilung bzw. Klinik erfolgen. Auch sollte eine geriatrische Tagesklinik grundsätzlich zum Behandlungskonzept dazugehören,

da sie den Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung erleichtert sowie dabei hilft, stationäre Behandlungen bzw. eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Wie sieht nun die Realität der geriatrischen Versorgung im Havelland aus? Die Situation im Havelland ist vergleichbar mit der in der gesamten Republik: Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte nimmt ab. Die geriatrische Kompetenz ist im ambulanten Bereich sehr gering ausgeprägt. Daraus ergab sich als Handlungskonsequenz für die Havelland Kliniken, die gemeindenahe Geriatrie in der Region auszubauen. Inzwischen ist die stationäre bzw. teilstationäre geriatrische Versorgung an beiden Standorten der Havelland Kliniken etabliert: in Nauen mit einem Standort der Havelland Klinik und der geriatrischen Tagesklinik sowie in Rathenow mit dem zweiten Standort der Havelland Klinik, der Klinik für Geriatrie sowie der geriatrischen Tagesklinik. Aufgrund der hohen Entfernung der beiden Standorte voneinander (ca. 42km) ist geplant, auch in Nauen einen stationären Standort Geriatrie aufzubauen. Außerdem sollen in der Nähe dieser beiden Behandlungsorte jeweils Geriatrische Institutsambulanzen eingerichtet werden, für die die Geriatrischen Fachkliniken ihren interdisziplinären Dienst zur Verfügung stellen, solange ambulante Strukturen noch nicht vorhanden sind. Die Geriatrische Institutsambulanz soll über Sturzambulanz, eine Schmerzambulanz sowie eine Memoryklinik verfügen und könnte auch in die heimärztliche Versorgung eingebunden sein. Die Verbindung zur ambulanten Versorgung und zu stationären Pflegeeinrichtungen könnte z.B. durch die bereits existierenden agnes^{zwei}-Fachkräfte, die an den konzerneigenen MVZs angegliedert sind, erfolgen. Ein Fernziel ist die Etablierung einer mobilen ambulanten geriatrischen Rehabilitation im gesamten Landkreis.

Perspektivisch ergibt sich damit folgendes Bild der Altersversorgung im Havelland durch die Havelland Kliniken: auf der einen Seite die Klinik für Geriatrie mit zwei Komplettstandorten mit stationärer Therapie und Frührehabilitation, die Tagesklinik sowie die Geriatrische Institutsambulanz mit der mobilen ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Auf der anderen Seite steht die pflegerische Versorgung der Älteren: durch fünf Standorte von Wohn- und Pflegezentren im Havellandkreis; durch die ambulante Pflege und die Teilnahme an der ambulanten palliativärztlichen Versorgung sowie durch die Agentur für bürgerschaftliches Engagement zur Ausbildung und Weiterbildung von Laienhelfern in den verschiedenen Regionen.

Nachfragen zum Vortrag

Frage: Ist es einfacher, dass es im Havelland nur einen Krankenhausträger für die Akutversorgung gibt?

Antwort (Dr. Peter Thomaßen): Ja, es könnte für die stationäre und teilstationäre Behandlung einfacher sein. Ursprünglich waren dies zwei unterschiedliche Krankenhäuser, die Fusion ist noch nicht so lange her. Es kann aber auch Nachteile haben, z.B. ist die Verlegung von einem Standort zum anderen keine zwischen zwei Krankenhäusern, sondern innerhalb eines Krankenhauses und die Finanzierung ist entsprechend unterschiedlich.

5.3 Vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement – Professionelle Gestaltung des klinischen Entlassungsmanagements am Beispiel der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin

Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialmanagerin, Case Managerin (DGCC)



Das Thema Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung beschäftigt die Politik schon seit mehreren Jahren. In §11 Abs. 4 SGB V Versorgungsmanagement wird die Sicherstellung des Übergangs in die verschiedenen Versorgungsbereiche gefordert. Darüber hinaus werden die ambulanten und stationären Leistungserbringer im SGB V verpflichtet, mit Leistungserbringern im SGB XI zusammenzuarbeiten. Wichtig ist, dass bei der Versorgung geriatrischer Patienten nicht nur medizinische Fragen eine Rolle spielen dürfen. Es muss über die einzelnen Sozialgesetzbücher (SGBs) hinaus gedacht werden, um tatsächlich die Sicherstellung der

sektorenübergreifenden Versorgung über alle SGBs und alle Systemlogiken hinweg zu ermöglichen. Auf der anderen Seite muss die Versorgung an die Lebensrealität des Menschen und die jeweilige regionale Struktur angepasst sein.

Für die Krankenhäuser wird in §39 Abs. 1 SGB V die Verpflichtung zum Entlassungsmanagement als Bestandteil der Krankenhausbehandlung konkretisiert. Dabei ist es eine hohe Anforderung, aus der bestehenden Systemlogik des SGB V und aus somatischem Krankenhausdenken heraus die Komplexität des Entlassungsmanagements sicherzustellen. Die neue Gesundheitsreform sieht vor, dass Krankenkassen dazu verpflichtet werden, Krankenhäuser dabei zu unterstützen, das Entlassungsmanagement sicherzustellen. Es ist aber zu bezweifeln, ob hiermit das Problem gelöst wird, da Krankenkassen nur innerhalb des SGB V handeln dürfen, was wiederum der Komplexität des Entlassungsmanagements widerspricht.

Wie sieht nun konkret das Entlassungsmanagement in den St. Hedwig Kliniken aus? Das Besondere der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin ist, dass die Abteilung Sozialdienst & Case Management nicht der Pflegedirektion oder einem Chefarzt unterstellt ist sondern der Geschäftsführung. Definiert wird Entlassungsmanagement in den Alexianer St. Hedwig Kliniken als Bestandteil der ganzheitlichen multiprofessionellen Behandlung, an dessen Prozess alle Berufsgruppen beteiligt sind. Es wurde keine neue Schnittstelle für den Bereich Entlassungsmanagement geschaffen, sondern ausgehend von den vorhandenen Ressourcen und der bisherigen Praxis wurde eine Standardisierung der internen Best-Practice-Systeme vorgenommen.

Die Prozesse wurden multiprofessionell abgestimmt und verpflichtend als Verfahrensweisung vom Träger verabschiedet. Dabei wurde sehr differenziert festgelegt, wer wofür zuständig ist. Das Entlassungsmanagement beginnt bereits bei, ggfs. sogar vor Aufnahme in das Krankenhaus. Handlungsleitend ist immer der Wille des Patienten, ein Punkt, der üblicherweise gerade in somatischen Kliniken nicht immer ausreichend Beachtung findet. Die Prozesse werden vom Sozialdienst standardisiert evaluiert, so dass konkrete Rückmeldungen bei jedem Patienten mit Unterstützungsbedarf vorliegen und somit transparent wird, wo der Prozess nicht funktioniert. Dabei wurden im Rahmen des Entlassungsmanagements die spezifischen Probleme geriatrischer Patientengruppen in besonderer Weise deutlich, z.B. gerontopsychiatrisch-geriatrischer Patienten oder neurologisch-geriatrischer Patienten.

Nachfragen zum Vortrag

Frage: Wie sind die niedergelassenen Ärzte in diesen Prozess einbezogen worden?

Antwort (Sibylle Kraus): Es gibt diverse Netzwerkstrukturen wie die Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbände, die z.B. gerade in Treptow-Köpenick sehr engagiert sind, aber die Beteiligung niedergelassener Ärzte ist sehr gering und erfolgt nur punktuell. Das sind leider Erfahrungen verschiedener Netzwerke. In Potsdam existiert z.B. das Netzwerk „Älterwerden in der Landeshauptstadt Potsdam“, für das wir ein für alle Vertragspartner verbindliches Überleitungskonzept entwickelt haben. Die niedergelassenen Ärzte werden dazu immer eingeladen, nehmen aber leider nicht teil. Vielleicht gibt es in anderen Netzwerken andere Erfahrungen?

5.4 Patientenpfade und prioritäre Handlungsfelder in der Notfallversorgung älterer Patienten

Dr. med. Timo Schöpke, MBA, Chefarzt der Zentralen Notaufnahme, Vivantes Klinikum Am Urban Berlin

Wie sieht die aktuelle Situation der Notfallversorgung älterer Patienten aus? Befragungen zeigen u.a. eine deutliche Zunahme der Notfallbehandlungen mit steigendem Alter, wobei ein Großteil der Pflegeheimbewohner während der regulären Öffnungszeiten des ambulanten Sektors in die Notaufnahme kommt. Als Gründe werden u.a. die schlechte Erreichbarkeit des Hausarztes aufgrund eingeschränkter Mobilität sowie der Mangel an ausreichenden ambulanten Strukturen für Patienten aus



Langzeitpflegeeinrichtungen genannt.² Für die klinische Notfallmedizin bedeutet dies einen Anstieg des Anteils geriatrischer Patienten in den Notaufnahmen. Ältere Patienten in der Notaufnahme weisen Besonderheiten auf: Multimorbidität, erhöhte Vulnerabilität und Fragilität, Polypharmazie, kognitive Einschränkungen sowie unspezifische bzw. atypische klinische Symptome. Für die älteren Patienten selbst stellt der Aufenthalt in der Notaufnahme ein Stress- und Gefahrenrisiko dar (z.B. aufgrund von Lärm, Enge, Hektik, glatten Fußböden), welche bei den Patienten wiederum Delire auslösen können. Problematisch ist außerdem, dass Delire bei Patienten nicht immer erkannt

und diese Patienten trotz Delir in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden. Auch wird ein Teil der älteren Patienten in ihrer eigentlichen medizinischen Dringlichkeit nicht korrekt eingeschätzt. Fazit einer aktuellen Studie zur Notfallversorgung über 90jähriger Patienten an zwei europäischen universitären Notaufnahmen³ ist: Nicht nur die Verbesserung ambulanter Versorgungsstrukturen, sondern auch eine engere Vernetzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, einschließlich der Berücksichtigung des sozialdienstlichen Bereichs, ist notwendig. Eine bessere kapazi-

² Heppner HJ et al. (2014) Bedeutung der demographischen Entwicklung für die Notfallmedizin. Notfall + Rettungsmed 2014;17:494–499

³ Ramshorn-Zimmer A, Klingberg K, Bernhard M, Exadaktylos A, Gries A. (2014) Suprageriatrische Patienten in Zentralen Notaufnahmen Vergleich zweier europäischer universitärer Notaufnahmen DIVI 2014 Hamburg; http://zna.uniklinikum-leipzig.de/red_tools/dl_document.php?id=31

täre Ausstattung der Notaufnahmen geht einher mit einem höheren diagnostischen Aufwand und einem höheren Anteil stationärer Aufnahmen.

Wie lässt sich vor diesem Hintergrund die Situation in Deutschland verbessern? Die Ärztekammer Berlin hat als erste und bisher einzige Ärztekammer in Deutschland eine Weiterbildung für in der klinischen Notfallmedizin tätige Ärzte initiiert. Diese dreijährige Zusatzqualifikation in der klinischen Notfall- und Akutmedizin richtet sich an Fachärzte und ist rotierend fachübergreifend ausgerichtet. Grundlage der Weiterbildung ist das Curriculum der Europäischen Vereinigung für Notfallmedizin (EuSEM), das die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) für Deutschland mitentwickelt. In diesem Curriculum enthalten ist auch die Versorgung älterer Notfallpatienten mit den für diese Patientengruppe spezifischen atypischen Beschwerden.

Im neuen Krankenhausplan Berlin 2016 ist in einer der letzten Entwurfsfassungen auch das Thema Notfallversorgung aufgegriffen worden. Danach sollen alle dauerhaft in den Notaufnahmen eingesetzten Ärzte die Zusatzbezeichnung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ erwerben. Des Weiteren wird ausgeführt, dass zumindest in Notfallzentren (Maximalversorger) Kurzliegerstationen räumlich und organisatorisch an die Notaufnahmen angegliedert werden sollen, damit der geriatrische Patient eine adäquate Räumlichkeit vorfindet zur Diagnostik und Akutbehandlung der vielfältigen Erkrankungen, die er ggfs. mitbringt.

Die DGINA engagiert sich in Form einer Arbeitsgruppe für die Notfallversorgung älterer Patienten. Neben Datenerhebungen zu Situation, Entwicklung und Bedarfen der Notfallversorgung (z.B. Verfügbarkeit von Geriatern an den Standorten klinischer Notfallversorgung) und Strukturanalysen thematisiert die DGINA auch die nicht kostendeckende Finanzierung der klinischen Notfallversorgung als deren Hauptproblem: Die Vorhaltekosten der stationären Notfallversorgung sind weder sachgerecht noch ausreichend finanziert. Allgemeine Empfehlungen der DGINA sind erstens die Qualifizierung des Personals in Notaufnahmen (Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“; Pflichtrotation in der Notfallmedizin für jeden Arzt, der in der Klinik seine Weiterbildung macht; Etablierung eines Facharztes für Notfallmedizin; Fachweiterbildung Notfallpflege), zweitens eine Prozessoptimierung (systematische Dringlichkeitseinschätzungen bzw. Score-Systeme) sowie drittens eine adäquate, mindestens kostendeckende Finanzierung der ambulanten und stationären Versorgung.

Zusammenfassend ist zu empfehlen: 1. Die ambulante Versorgung der Pflegeheime und der häuslichen Krankenpflege muss gestärkt werden, um Notfallversorgungen in Krankenhäusern zu vermeiden. 2. Personelle und strukturelle Anpassungen in Notaufnahmen sind notwendig (finanziell, qualifikatorisch), um den Anforderungen dieses stetig steigenden Patientenkollektivs gerecht zu werden. 3. Notwendig ist die Ausbildung einer geriatrischen Kompetenz im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin in den Notaufnahmen“. 4. Notaufnahmen sollten flächendeckend mit bettenführenden Einheiten (Kurzliegerstationen) ausgestattet werden, um im Notfall schnell optimale Bedingungen für ältere Patienten zu schaffen.

Nachfragen zum Vortrag

Frage/ Anmerkung: Sie haben gesagt, ¼ der Patienten entwickelt ein Delir, der zwar nicht unbedingt lange anhält, aber der einen Marker, einen Trigger darstellt. Ich möchte hier noch mal die Mitbestimmung des Patienten ansprechen, die in diesen Fällen ja nicht immer möglich ist. Ich bin Ihnen dankbar, dass hier klar wird, dass das im klinischen Alltag nicht immer so einfach ist und dass dadurch Patienten auch mal den falschen Weg nehmen. Daher ist es wichtig, dass man als nachsorgende Einrichtung Kontakt zur Notaufnahme aufnehmen kann, um ggfs. Rücküberweisungen zu ermöglichen. Eine weitere Anmerkung: Für Studien und Analysen müssen klare Definitionen existieren, aber im Versorgungsalltag greifen diese zu kurz, da z.B. auch 65-Jährige bereits sehr komplexe geriatrische Versorgung benötigen können.

Antwort (Dr. med. Timo Schöpke): Wichtig: Wenn ein Patient nicht zwingend Notfalleistungen im eigentlichen Sinne benötigt, ist jeder Behandlungspfad gut, der um die Notaufnahme herumführt, auch mit Blick auf die enormen Versorgungszahlen in den Notaufnahmen.

Frage: Warum schaffen Sie nicht Entlastung, indem Sie typische geriatrische Patienten direkt in die Geriatrie weiterleiten? Manchmal sitzen die Patienten sechs Stunden in der Notaufnahme, bevor sie in die Geriatrie kommen.

Antwort (Dr. med. Timo Schöpke): Das tun wir, aber wir sehen die Notfallpatienten z.T. erst nach vier Stunden. Triagesysteme benötigen wir nicht, wenn jeder Arztkontakt nach fünf Minuten hergestellt werden kann, sondern die Triagesysteme benötigen wir bei „Mangelverwaltung“.

6. Diskussion zur Identifizierung zukünftiger Herausforderungen der geriatrischen Versorgung in Berlin Brandenburg

Moderation: Elimar Brandt

PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Die Teilnehmenden wurden mit der Einladung zur Zukunftswerkstatt gebeten, bereits im Vorfeld Vorschläge zu zukünftigen inhaltlichen Schwerpunktthemen in der Geriatrischen Versorgung einzu-reichen. Diese wurden in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt ausgewertet, systematisiert und – soweit möglich und sinnvoll – zu sechs Schlüsselthemen geclustert:

Abbildung 3: Übersicht über die von den Teilnehmern im Vorfeld der Veranstaltung eingebrachten Vorschläge sowie deren Clusterung zu sechs Schlüsselthemen:

Schlüsselthema	Themenvorschläge
Schnittstellen- und Entlassungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen zur weiteren Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, im betreuten Wohnen, Pflegeheim, stationäre Rehabilitation, in anderen Krankenhäusern, in Hospizen so organisieren, dass die Sicherheit, der bekundete Wille und die Lebensqualität der Patienten im Mittelpunkt steht • Was wird/ muss/ sollte das neue Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Hinblick auf eine Verbesserung des Entlassmanagements bringen? • Interdisziplinäre Versorgung • Zuständigkeiten in den Kliniken – interne oder ausgelagerte (Sozial)Dienste • Patientenbrief/Checkliste oder Patientenlotse? • Schnittstellenmanagement • Bindeglied zwischen verschiedenen Sozialgesetzbüchern • Schnittstelle Entlassungsmanagement – Hausärzte – Pflegestützpunkte • Entlassungsmanagement patientenorientiert durchführen
Prävention	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege • Prävention stärken • Sturzprophylaxe / -prävention • Bewegungsangebote für Ältere • Ernährung
Entwicklung bzw. Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsketten	<ul style="list-style-type: none"> • Stellschrauben zur erfolgreichen Implementierung sektorenübergreifender Ansätze in den Regionen (Identifizierung von Hindernissen, Lösungsansätze) Ziel: sektorenübergreifende Versorgungsnetze für eine niedrigschwellige ärztl. und pflegerische Versorgung • Wege sektorübergreifender Versorgung → Rolle der geriatrischen Akutkliniken • Vernetzung ambulanter und stationärer geriatrischer Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen weiter verstärken • Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsketten, Ausbau der Versorgungsketten • Etablierung ambulanter geriatrischer Versorgungsmodelle • Die Rolle der geriatrischen Institutsambulanz im Netz abgestufter Therapieangebote und ihre Finanzierung • Ambulante geriatrische Versorgung
Palliativmedizin und	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit Angeboten der Altenhilfe und der Hospizarbeit

hospizliche Kultur	<ul style="list-style-type: none"> • Tw. Mangel an Plätzen in stationären Hospizen • Komplexe ambulante Versorgung erforderlich – tw. schwierig, ausreichende und qualifizierte Angebote zu finden (SAPV usw.) • Ggf. Probleme bei Direktverlegung, Verweildauer • Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) • Ärztliche Versorgung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen (Begleitung Sterbender und Angehöriger) • Palliativmedizinische Qualifikation in der Geriatrie
Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus • Vernetzung aller Versorgungsketten mit Schwerpunkt in den Bereichen Gerontopsychiatrie und Geriatrie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrungsaustausch, wie die einzelnen Bereiche stärker in den Kontakt gebracht werden können und es „Vernetzern“ gelingt, die Befindlichkeiten wie z.B. Konkurrenzgedanken zugunsten der Versorgungsgestaltung hinten an zu stellen ○ Wie können Tatsachen in der regionalen Versorgungsstruktur innovativ ausgeglichen werden, wo sind Kapazitäten, aber auch deren Grenzen (z.B. ärztliche Versorgung und Gemeindegewesternmodell zur entlastenden Unterstützung)? • Schwerpunktversorgung von Demenzpatienten in der Geriatrie • Demenz im Krankenhaus – Menschen mit Demenz beim Hausarzt – Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit • Sicherstellung der passgenauen verzahnten somatisch-psychiatrischen Behandlung bzw. vice versa
Qualitätsentwicklung/ Qualitätssicherung in der Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Attraktivität geriatrische Versorgung – Fachkräftemangel (Ärzte, Therapeuten) • Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin und Pflege (zur Qualitätssicherung) weiter forcieren • Ärztliche Versorgung in Heimen ausbauen • Definition von Versorgungsstandards in der Geriatrie • Qualitätssicherung in der Geriatrie • Qualität in Geriatrie – Qualitätssiegel?
Noch nicht zugeordnet	<ul style="list-style-type: none"> • Alterstraumatologie • Rehabilitation möglichst „wohntnah“/ im Kiez • Netzwerkbildung • Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen • Mobile Rehabilitation/ Sozialraumorientierung • „Geriatrisches“ Bewusstsein in allen Versorgungs- und Behandlungssegmenten erforderlich • Maximale Schwierigkeiten bei Verlegung in Rehabilitation o.ä. bei Patienten mit MRSA • Braucht jeder geriatrische Patient die „Rettungsstelle“? • Möglichkeit zur Durchsetzung fachärztlicher Behandlungskompetenz in der kassenärztlichen Versorgung • G/A → Bedingungen? Anforderungen? Vergütung? • Geriatrische Rehabilitation • Mangelnde Kenntnis über die Möglichkeiten der mobilen geriatrischen Reha bzw. tlw. Probleme mit Kostenträgern bzgl. Kostenübernahme • Gewinnung von Fachpersonal • In beiden Ländern wird die Geriatrie grundsätzlich als Krankenhausbehandlung vorgehalten. Stationäre geriatrische Reha stellt mit je einer (von den Kostenträgern schlecht belegten!) Einrichtung eine Ausnahme dar. Kann mit diesem Angebot z. B. der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in Berlin und Brandenburg umgesetzt werden? • Mangel an Frührehabilitationsplätzen (bei neurologisch/ geriatrischen Patienten)

In der Zukunftswerkstatt wurden die sechs Schlüssel- bzw. Hauptthemen, die inkl. der zugeordneten Vorschläge an sechs Tafeln angepinnt waren, den Teilnehmenden vorgestellt. Diese wurden dann gebeten, mittels der zur Verfügung stehenden drei Karten pro Person weitere, für sie wesentliche Schlüsselthemen in der Altersmedizin zu benennen bzw. weitere Vorschläge zu den vorbereiteten Schlüsselthemen zu machen. Außerdem sollten die Teilnehmenden versuchen, die bisher nicht zugeordneten Vorschläge in die Schlüsselthemen einzuordnen.

Nach dieser gemeinsamen Arbeitsphase aller Teilnehmenden wurden zwei neue Schlüsselthemen mit jeweils mehreren Unterthemen bzw. Vorschlägen (neu eingebracht oder neu zugeordnet) ausgemacht:

Abbildung 4: Neu entwickelte Schlüsselthemen und Vorschläge

Schlüsselthema	Themenvorschläge
Notfall- und Akutmedizin geriatrischer Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • braucht jeder geriatrische Patient eine Rettungsstelle • Alterstraumatologie • Gewinnung von Fachpersonal • Netzwerkbildung Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen
Finanzierung „komplementärer“ Strukturen	<ul style="list-style-type: none"> • Konflikte mit den Kostenträgern • sektorale Finanzstrukturen grundsätzlich verändern • stationäre Aufnahme bei sozialer Indikation • Finanzierung von teilstationären und ambulanten Therapiemöglichkeiten niederschwellig und weniger bürokratisch durch die Kassen sicherstellen

Die Teilnehmenden wurden nun gebeten, mittels der pro Person zur Verfügung stehenden drei Punkte eine Priorisierung der Hauptthemen durch Punktevergabe vorzunehmen. Pro Thema durfte dabei nur je ein Punkt pro Person vergeben werden. Im Ergebnis ergab sich folgende Hierarchisierung:

Abbildung 5: Hierarchisierung der Schlüsselthemen

Schlüsselthema	Punkteanzahl
Entwicklung bzw. Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsketten	29
Schnittstellen- und Entlassungsmanagement	18
Qualitätsentwicklung/ Qualitätssicherung in der Geriatrie	17
Prävention	14
Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern	9
Palliativmedizin und hospizliche Kultur	8
Notfall- und Akutmedizin geriatrischer Patienten	4
Finanzierung „komplementärer“ Strukturen	0

Nach Einordnung der neuen Vorschläge sowie der bisher noch nicht zugeordneten Vorschläge in die sechs vorhandenen Schlüsselthemen wurde über Relevanz und mögliche Subsumierung der beiden

neuen Schlüsselthemen und ihrer untergeordneten Themenvorschläge diskutiert und eine entsprechende Umsortierung vorgenommen.

Im Endergebnis blieben die bereits durch die Vorbereitungsgruppe entwickelten sechs Schlüsselthemen bestehen. Es ergab sich folgendes Bild der Schlüsselthemen und der zugeordneten Themenvorschläge – differenziert danach, ob die Vorschläge erstens im Vorfeld der Veranstaltung eingereicht und zugeordnet, zweitens im Vorfeld eingereicht, aber erst während der Veranstaltung zugeordnet oder drittens während der Veranstaltung neu aufgenommen wurden:

Abbildung 6: Endergebnis zu Schlüsselthemen (sortiert nach Hierarchisierung) und zugeordneten Themenvorschlägen

Schlüsselthema: Entwicklung bzw. Ausbau sektorenübergreifender Versorgungsketten	
Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Stellschrauben zur erfolgreichen Implementierung sektorenübergreifender Ansätze in den Regionen (Identifizierung von Hindernissen, Lösungsansätze) Ziel: sektorenübergreifende Versorgungsnetze für eine niedrigschwellige ärztl. und pflegerische Versorgung • Wege sektorenübergreifender Versorgung → Rolle der geriatrischen Akutkliniken • Vernetzung ambulanter und stationärer geriatrischer Versorgung im Gesundheits- und Sozialwesen weiter verstärken • Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsketten, Ausbau der Versorgungsketten • Etablierung ambulanter geriatrischer Versorgungsmodelle • Die Rolle der geriatrischen Institutsambulanz im Netz abgestufter Therapieangebote und ihre Finanzierung • Ambulante geriatrische Versorgung
Neu zugeordnete Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Mobile Rehabilitation/ Sozialraumorientierung • Netzwerkbildung Einrichtung geriatrischer Institutsambulanzen • Geriatrische Rehabilitation • Konflikte mit den Kostenträgern/ MDK • In beiden Ländern wird die Geriatrie grundsätzlich als Krankenhausbehandlung vorgehalten. Stationäre geriatrische Reha stellt mit je einer (von den Kostenträgern schlecht belegten!) Einrichtung eine Ausnahme dar. Kann mit diesem Angebot z. B. der Grundsatz „Reha vor Pflege“ in Berlin und Brandenburg umgesetzt werden? • G/A → Bedingungen? Anforderungen? Vergütung? (...)
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau Krankenhausprojekt Berlin und Übertragung auf Brandenburg • Einheitliches geriatrisches Assessment für Berlin und Brandenburg • Vergleich Berlin – Brandenburg • Steuerungsfunktion der Kommune ermöglichen (Landespflegegesetz Brandenburg) • Entbürokratisierung gefordert • Refinanzierung von Netzwerkarbeit • Refinanzierung von Koordination • Sektorenübergreifende Prozessabstimmung incl. Evaluation • PSP, gemeinsame Servicestellen und Betreuungsbehörde strukturell einbeziehen • Schulung des Rettungsdienstes im Umgang mit geriatrischen Patienten • Finanzierung „komplementärer“ Strukturen • Finanzierung von teilstationären und ambulanten Therapiemöglichkeiten niederschwellig und weniger bürokratisch durch die Kassen sicherstellen • Anbindung Pflegeeinrichtungen an ambulante ärztliche Versorgung verbessern • Sozialräumliche Ausrichtung stationärer und gemeinschaftlich-ambulanter Pflegeeinrichtungen • Kommunen mit Beratungsangeboten einbinden • Notfallpraxen an Krankenhäusern – ambulante Kompetenz in die Notfallversorgung einbringen • Sektorale Finanzstrukturen grundsätzlich verändern

	<ul style="list-style-type: none"> • Notfallambulanzen trennen: echte Notfälle (Krankenwagen); Husten, Schnupfen, Heiserkeit
--	---

Schlüsselthema: Schnittstellen- und Entlassungsmanagement

Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellen zur weiteren Versorgung in der eigenen Häuslichkeit, im betreuten Wohnen, Pflegeheim, stationäre Rehabilitation, in anderen Krankenhäusern, in Hospizen so organisieren, dass die Sicherheit, der bekundete Wille und die Lebensqualität der Patienten im Mittelpunkt steht • Was wird/ muss/ sollte das das neue Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Hinblick auf eine Verbesserung des Entlassmanagements bringen? • Interdisziplinäre Versorgung • Zuständigkeiten in den Kliniken - interne oder ausgelagerte (Sozial)Dienste • Patientenbrief/Checkliste oder Patientenlotse? • Schnittstellenmanagement • Bindeglied zwischen verschiedenen Sozialgesetzbüchern • Schnittstelle Entlassungsmanagement – Hausärzte – Pflegestützpunkte • Entlassungsmanagement patientenorientiert durchführen
Neu zugeordnete Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Maximale Schwierigkeiten bei Verlegung in Rehabilitation o.ä. bei Patienten mit MRSA • Mangelnde Kenntnis über die Möglichkeiten der Mobilen geriatrischen Reha bzw. tlw. Probleme mit Kostenträgern bzgl. Kostenübernahme
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Case Management verankert im SGB XI (Pflegeberatung) • Schnittstellen vor der Krankenhausbehandlung wahrnehmen – Rettungsstellen vermeiden • E-Management = Sicherstellung der Anschlussversorgung in Lebenswelt der Menschen → alle SGBs u.a. • Einbeziehung des ÖGD für bestimmte Personengruppen • (Angehörigen)Kompetenzen erweitern/ familiäre Pflege • Stärkung der kommunalen Rolle bei der Etablierung/ Stärkung nachsorgender Strukturen FHR • Grundsätzliche Öffnung des Entlassmanagements des Krankenhauses für Pflegestützpunkte (soziale Umwelt = Kommune)

Schlüsselthema: Qualitätsentwicklung/ Qualitätssicherung in der Geriatrie

Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Attraktivität geriatrische Versorgung – Fachkräftemangel (Ärzte, Therapeuten) • Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Altersmedizin und Pflege (zur Qualitätssicherung) weiter forcieren • Ärztliche Versorgung in Heimen ausbauen • Definition von Versorgungsstandards in der Geriatrie • Qualitätssicherung in der Geriatrie • Qualität in Geriatrie – Qualitätssiegel?
Neu zugeordnete Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Braucht jeder geriatrische Patient die „Rettungsstelle“? • Alterstraumatologie • Gewinnung von Fachpersonal
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Personalschlüssel definieren und finanzieren • Einbindung von Ehrenamtlichen in den Qualitätsprozess

	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung der Inanspruchnahme von Rettungsstellen • Notfall- und Akutmedizin geriatrischer Patienten • Ergebnisqualität definieren • Sicherung geriatrischen Erfahrungswissens • Wissenschaftliche Grundlagenforschung fordern und fördern • Wenn schon Forschung, dann Versorgungsforschung • Mitgliedschaft in Bundesverband Geriatrie • Qualitätsdefizit ambulanter Sektor bei Ärzten, Pflegenden, Therapeuten • Schulung von Case-Managerin (wenn keine 24h-Präsenz eines Geriaters in der Notaufnahme möglich ist) • Geriatrische Zusatzausbildung von Hausärzten
--	--

Schlüsselthema: Prävention

Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege • Prävention stärken • Sturzprophylaxe/-prävention • Bewegungsangebote für Ältere • Ernährung
Neu zugeordnete Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Umgang mit Arzneimitteln • Rehabilitation möglichst „wohntornah“/ im Kiez • Möglichkeit zur Durchsetzung fachärztlicher Behandlungskompetenz in der kassenärztlichen Versorgung • „Geriatrisches“ Bewusstsein in allen Versorgungs- und Behandlungssegmenten erforderlich
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Polypharmazie • Ambulante Weiter-/ Nachsorge durch Physiotherapie (Krafterhalt) • Seelische Gesundheit im Alter stärken (Resilienz) • Bezahlbare Angebote • Präventionsangebote müssen auch mit ÖPNV erreichbar sein • Eigenverantwortung stärken • Schulungsangebot für Menschen 60plus: „Gesund und aktiv in den Ruhestand“ • Reduktion von Deliren durch Auswahl geeigneter Versorgungseinrichtungen (...) • Erhöhung der altersmedizinischen Kompetenz der professionellen und ehrenamtlich Handelnden • Suchtsensible (Pflege)beratung • Enttabuisierung der Altersmedizin

Schlüsselthema: Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern

Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus • Vernetzung aller Versorgungsketten mit Schwerpunkt in den Bereichen Gerontopsychiatrie und Geriatrie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erfahrungsaustausch, wie die einzelnen Bereiche stärker in den Kontakt gebracht werden können und es "Vernetzern" gelingt, die Befindlichkeiten wie z.B. Konkurrenzgedanken" zugunsten der Versorgungsgestaltung hinten an zu stellen ○ Wie können Tatsachen in der regionalen Versorgungsstruktur innovativ ausgeglichen werden, wo sind Kapazitäten aber auch deren Grenzen (z.B. Ärztliche Versorgung und Gemeindeschwesternmodell zur entlastenden Unterstützung)?
--------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunktversorgung von Demenzpatienten in der Geriatrie • Demenz im Krankenhaus – Menschen mit Demenz beim Hausarzt – Menschen mit Demenz in der Häuslichkeit • Sicherstellung der passgenauen verzahnten somatisch-psychiatrischen Behandlung bzw. vice versa
Neu zugeordnete Vorschläge	-
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • „Demenzstationen“ oder „Inklusion“? • Struktur der vorhandenen Verbände in den Bezirken nutzen/ ausbauen qualifizieren! (12 geriatrisch-gerontopsychiatrische Verbände) • Geriatrie – Gerontopsychiatrie: Konkurrenz oder Lücke (Bsp. Demenz)

Schlüsselthema: Palliativmedizin und hospizliche Kultur

Eingereichte Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit Angeboten der Altenhilfe und der Hospizarbeit • Tw. Mangel an Plätzen in stationären Hospizen • Komplexe ambulante Versorgung erforderlich – tw. schwierig, ausreichende und qualifizierte Angebote zu finden (SAPV usw.) • Ggf. Probleme bei Direktverlegung, Verweildauer • Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) • Ärztliche Versorgung am Lebensende in Pflegeeinrichtungen (Begleitung Sterbender und Angehöriger) • Palliativ medizinische Qualifikation in der Geriatrie
Neu zugeordnete Vorschläge	-
Neue Vorschläge	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine ambulante Palliativversorgung für Ältere • Versorgung am Lebensende „zu Hause“: Unterstützung für Betroffene und Angehörige • Mehr Palliativärzte nach Brandenburg • Übergang von der geriatrischen in die palliativmedizinische Komplexbehandlung • Spezielle geriatrische Palliativmedizin

Nach dieser interaktiven Phase der Entwicklung, Zuordnung und Systematisierung von Themenvorschlägen und Schlüsselthemen wurde das weitere Vorgehen erläutert. Die sechs Schlüsselthemen sollten im Rahmen der sog. World Café-Methode von allen Teilnehmenden bearbeitet werden, um möglichst viele Ideen für die weitere Arbeit sammeln und aufnehmen zu können. Ziel ist, dass an und mit diesen Ideen und Vorschlägen auch im Nachgang der Veranstaltung weitergearbeitet werden kann – sowohl im Kontext der Zukunftswerkstatt als auch durch die Teilnehmenden in ihrem Berufsalltag selbst.

An sechs Tischen sollten die sechs Schlüsselthemen jeweils in Kleingruppen besprochen werden. Die Thementische wurden durchnummeriert und die Arbeit an den Tischen in den Gruppen jeweils von einem Moderator bzw. einer Moderatorin geleitet. Dabei sollte – ausgehend von der durch Nummerierung zufällig erfolgten Aufteilung der Teilnehmenden in ebenfalls sechs Gruppen – jede der Gruppen jeweils ca. 15 Minuten pro Thema diskutieren und dann zum nächsten Tisch bzw. The-

ma wechseln. Jeder Teilnehmende sollte also alle Themen einmal durchlaufen. Insgesamt standen den Teilnehmenden für das Worldcafé zwei Stunden Zeit zur Verfügung.

Ausgangspunkt der Gespräche in den Gruppen bildeten die vorbereiteten Tafeln mit den Themenvorschlägen zu den einzelnen Schlüsselthemen. Auf einer jeweils bereitgestellten leeren Tafel sollten die in den Gruppen erarbeiteten bzw. diskutierten Lösungsvorschläge, Best-Practice-Beispiele sowie Methodiken zur Herangehensweise an ein Thema mittels Karten notiert werden.



7. Ergebnisse der Diskussion der identifizierten inhaltlichen Schwerpunkte durch die „World Café“ Methode

Es wurde in der Vorbereitungsgruppe der Zukunftswerkstatt entschieden, die Gruppendiskussionen im Rahmen des World Cafés nicht digital aufzuzeichnen. Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse des World Cafés spiegeln das Spektrum der im Rahmen der sechs Schlüsselthemen erfolgten Diskussionen wieder. Hierbei gab es in den einzelnen, wechselnden Gruppen ganz unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, Ideen, Vorschläge und Meinungen innerhalb der Schlüsselthemen. Zum Teil bauten die Gespräche in den Gruppen auf das in den vorigen Runden durch andere Gruppen an einem Thementisch Erarbeitete auf, zum Teil wurde dem bisher Erarbeiteten widersprochen oder es wurden eigene, neue Schwerpunktsetzungen vorgenommen.

Die hier vorgestellten Ergebnisse spiegeln daher **nicht** die Meinung aller Teilnehmenden der Zukunftswerkstatt zu allen Schlüsselthemen wider, ebenso repräsentieren sie keine Gewichtung hinsichtlich der Relevanz der angesprochenen Themen und Inhalte. Abgebildet wird vielmehr die Heterogenität, das breite Spektrum der in den unterschiedlichen Gruppen zu den sechs Schlüsselthemen diskutierten Punkte im Rahmen des zweistündigen World Cafés. Grundlage der folgenden Ausführungen sind die Zusammenfassungen durch die Moderatoren und die in den Gruppen erarbeiteten Pinnwände.



7.1 Prävention

Moderation: Harald Mylord, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft

Das gesellschaftliche Setting – Altersbilder

Der übergeordnete Rahmen, welcher Einfluss auf Bedeutung, Ausgestaltung und Inanspruchnahme von Prävention hat, ist das sog. allgemeine Setting. Von zentraler Bedeutung sind hier die in der Öffentlichkeit vermittelten Altersbilder. Deshalb muss es auf der gesellschaftlichen Ebene darum gehen, dem Alter einen anderen Stellenwert zu geben. Es geht um eine differenzierte und wertschätzende Sicht auf das Alter und alte Menschen, auch konkret z.B. demente Menschen. In diesem Kontext wäre z.B. denkbar, Angebote zu Hospitationen in der Geriatrie oder Pflege zu machen, um ein geriatrisches Bewusstsein zu fördern. Aber auch im Bildungskontext sollten altersspezifische Themen stärker Berücksichtigung finden, z.B. in der Schule. In der medizinischen Ausbildung muss die Altersmedizin ebenfalls enttabuisiert werden, um eine stärkere und frühzeitige Beschäftigung mit und Sensibilisierung für entsprechende(n) Themen auch bei den Professionals zu fördern. In einem ganzheitlichen, auf die Zukunft gerichteten Sinne geht es auch um die frühzeitige Beschäftigung mit Fragen der Lebensgestaltung und der Gesundheit im Zuge des eigenen Alterns.

Wie erreicht man die Zielgruppe?

Ein großer Themenschwerpunkt im Bereich Prävention bildet die Frage, wie man die Zielgruppe der älteren Menschen bzw. den Einzelnen erreicht (allerdings ist dies eine Frage, die sich grundsätzlich bei allen Altersgruppen stellt).

Wo: Neben der allgemeinen Feststellung, dass mit steigendem Alter die Annahme von entsprechenden Angeboten zunehmend eine Frage des Vertrauens ist, wurde als wichtiger Punkt die Bedeutung des konkreten lokalen und sozialen Umfelds angesprochen: Kleinräumige, stadtteil- bzw. kieznahe Angebote erleichtern grundsätzlich den Zugang zu präventiven Angeboten. Infrastrukturelle Barrieren, die es den älteren Menschen erschweren, entsprechende Angebote zu nutzen, müssten abgebaut werden. Auch stadtplanerische Aspekte spielen eine Rolle, die sich z.B. auf die Förderung einer heterogenen Bevölkerungsstruktur beziehen. Gleichzeitig gilt es, das Thema Prävention ausgehend von den vorhandenen Ressourcen und Möglichkeiten anzugehen. Ein weiterer wichtiger Punkt, der die Rahmenbedingungen von Prävention anspricht, ist die Erreichbarkeit dieser Angebote z.B. mit dem ÖPNV sowie auch deren Bezahlbarkeit. Ein Beispiel für einen quartiersbezogenen Ansatz ist das **Projekt SONG (Soziales neu gestalten)**, in dem Bewohner mit anderen und für sich selbst aktiv werden, um eine verlässliche Beheimatung und gegenseitige Sorge im Wohnquartier zu ermöglichen (<http://www.netzwerk-song.de/>).

Wer: Grundsätzlich gilt es, die altersmedizinische Kompetenz sowohl der professionellen als auch der nicht-professionellen Akteure zu erhöhen. In die Prävention älterer Menschen einbezogen werden sollten neben institutionellen Angeboten und Akteuren auch nicht-professionelle Unterstützer, z.B. die Angehörigen, Nachbarn, Ehrenamtliche. In diesem Kontext wurde auf das **Projekt PFIFF Pflege in Familie fördern** der AOK hingewiesen, dass pflegende Angehörige unterstützt (<http://www.aok-piiff.de/>). Außerdem sollte die Möglichkeit der Beratungsbesuche in der eigenen Häuslichkeit bei Pflegebedürftigkeit nach §37 SGB XI genutzt werden, die auch der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden dienen. Weitere Unterstützungsmöglichkeiten der pflegenden Angehörigen könnten Selbsthilfegruppen oder die Beratung durch den Hausarzt darstellen.

Im Bereich der professionellen Pflege wurde die kontinuierliche Verfügbarkeit allgemeinmedizinischer Kompetenz in Pflegeheimen thematisiert (§75 SGB V). In der stationären Versorgung sollten sog. Delirschwester zum Einsatz kommen, um der Entwicklung von Deliren präoperativ entgegen-

zuwirken. Grundsätzlich sollte durch die Auswahl geeigneter Versorgungseinrichtungen versucht werden, Delire zu vermeiden.

Wie: Ein weiterer Punkt im Kontext der Erreichbarkeit der Zielgruppe ist die Information und Beratung der älteren Menschen zu präventionsbezogenen Fragen und Angeboten als Voraussetzung, diese auch in Anspruch zu nehmen. Diesbezüglich wurde u.a. diskutiert, dass es Kontaktpersonen geben sollte, die die vor Ort existierenden Angebote kennen und die älteren Menschen entsprechend beraten können. Eine Idee war in diesem Zusammenhang, die bestehenden Pflegestützpunkte zu sog. „Koordinierungsstellen rund um das Alter“ auszubauen. Auch der Einsatz sog. kommunaler „Lebensabschnittsberater“ wurde diskutiert, welche älter werdende Menschen zu den verschiedenen Aspekten der Lebensphase Alter beraten und so u.a. einen fließenden Übergang von der Phase der Prävention in die der Pflege ermöglichen. Ein weiterer Vorschlag war, dass die Angebote zur Renteninformation ab dem 50. Lebensjahr verknüpft werden mit einer Information, Beratung und Vermittlung präventionsbezogener Angebote in der Region. Als konkretes Beispiel in diesem Zusammenhang wurde das **Projekt Gesundheitslotsen** von HealthCapital in Berlin genannt: Die Gesundheitslotsen sprechen aktiv ältere Menschen zu gesundheitsbezogenen Fragen an und führen sie durch die Informationen.

Was: Bezogen auf die Frage, was im Bereich Prävention aufgebaut bzw. gefördert werden sollte, wurde zum einen der Bereich der Kommunikation genannt: der Austausch untereinander im Rahmen von Selbsthilfegruppen, aber auch die Nutzung moderner IuK-Technologien z.B. zur Kommunikation mittels Skype oder zur Information und Orientierung durch spezifische Webseiten. Ein weiterer Bereich ist der Ausbau der E-Health-Angebote im Bereich der Prävention als eine Möglichkeit, entsprechende Angebote unabhängig von regionalen bzw. örtlichen Gegebenheiten zu nutzen.

Kompetenz und Eigenverantwortung

Grundsätzlich sollten die Kompetenzen der älteren Menschen in Bezug auf ein gesundes Leben gestärkt werden. Konkret sollte es auch darum gehen, die seelische Gesundheit im Alter zu stärken (Resilienz). Ein weiterer Punkt, der angesprochen wurde, war die suchtsensible (Pflege)Beratung.

Sehr heterogen diskutiert wurde der Vorschlag, spezifische (finanzielle oder gesellschaftliche) Anreize für eine gelungene Eigenverantwortung zu schaffen. In diesem Zusammenhang wurde auch die Idee geäußert, analog zu den bestehenden Kindervorsorgeuntersuchungen spezifische Vorsorgeuntersuchungen für ältere Menschen (U60, U65, U70) einzuführen. Ein weiterer Vorschlag war ein allgemeines Schulungsangebot für Menschen ab 60 Jahre zu entwickeln mit dem Fokus „Gesund und aktiv in den Ruhestand“. Inwieweit Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen oder Patienten-testamente verpflichtend für alle eingeführt werden sollten, war ebenfalls ein Diskussionsthema.

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Im Kontext möglicher Neben- und Wechselwirkungen wurde eine Art „Zwangsberatung“ durch den Apotheker bzw. Pharmakologen diskutiert, wenn ältere Menschen mehrere, von verschiedenen Ärzten verschriebene Medikamente gleichzeitig nehmen. Außerdem sollten regelmäßige pharmakologische Visiten durch die beratenden Apotheken stattfinden. Gerade mit Blick auf das steigende Risiko der Multimorbidität im Alter stellt die Polypharmazie ein großes Thema und Problem dar: nicht nur mögliche Wechselwirkungen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen, sondern auch die Problematik der richtigen Einnahme (wann, wie viel) sind ein Thema. In diesem Zusammenhang wurden auch die Vor- und Nachteile der apothekenseitigen Verblisterung von Arzneimitteln für stationäre Pflegeeinrichtungen diskutiert, um durch diese individuelle Portionierung der Medikamente Verwechslungen sowie Über- oder Untermedikationen zu vermeiden. Als Vorteile eines bundeseinheitlichen Medikationsplans wurde u.a. die Transparenz in der Arzneimitteltherapie für alle beteiligten Ärzte und Apotheken und damit eine Förderung der Therapiesicherheit sowie einer Verringerung des Risikos uner-

wünschter Arzneimittelwirkungen diskutiert. Ein weiteres Thema war die Einforderung und Förderung von Impfungen für ältere Menschen.

Allgemein kritisch zu hinterfragen sei, ob nicht zu viele Medikamente verschrieben werden. Hier sollte ggfs. eine Priorisierung in der Arzneimitteltherapie durch die behandelnden Ärzte stattfinden.

Auch hinsichtlich der Nutzung von Heil- und Hilfsmitteln sollte eine Kontrolle erfolgen bzw. eine Beratung angeboten werden, um sicherzustellen, dass diese richtig genutzt werden. Für Heil- und Hilfsmittel sollten spezifische Kriterien für die Bereiche Physio-, Ergotherapie und Logopädie eingerichtet werden, um den Therapieerfolg sicherzustellen bzw. zu verbessern. Darüber hinaus wäre es wünschenswert, wenn die Hilfsmittel stärker als bisher auf die individuellen Bedürfnisse angepasst würden.

Themen und Angebote in der Prävention: Mobilität, Sturzprävention, Ernährung

Im Bereich der Förderung der Mobilität älterer Menschen geht es zum einen um den Erhalt der Mobilität, aber auch um die Förderung der Bewegung bei bereits bestehenden Einschränkungen – mit dem Ziel allgemeiner Gesundheitsförderung, aber auch in Hinblick auf Sturzprävention. In diesen Kontext sind einerseits Maßnahmen zum barrierefreien Wohnen sowie Anwendungen im Bereich des Ambient Assisted Living (AAL) zu nennen. Als konkrete Projekte zur Förderung der Mobilität und Bewegung wurden z.B. **Bewegungskurse in Pflegeheimen** (Healthcapital) oder **spezielle Spaziergangsgruppen** für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/recherche/berliner-spaziergangsgruppen/>) genannt. Auch Angebote der Physio- und Ergotherapie im Rahmen der ambulanten Nachsorge spielen eine Rolle, dienen sie doch dem Erhalt oder der Förderung der Kraft. Berichtet wurde von einem Schweizer **Projekt zur Sturzprophylaxe**, in dem ein Übungsprogramm zum Kraft- und Gleichgewichtstraining entwickelt wurde, um Stürze im Alter zu vermeiden (http://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/1_de/a-public-health/4-aeltere-menschen/5-downloads/bfu-Fachdokumentation_Training_zur_Sturzpraevention.pdf).

Ein konkretes Projekt, das die Ernährung älterer Menschen in den Blick nimmt, ist die **Zertifizierung von Caterern** (<http://www.fitimalter-dge.de/qualitaetsstandards/stationaere-senioreneinrichtungen.html>): Caterer, die stationäre Senioreneinrichtungen beliefern, können sich nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. zertifizieren lassen.

7.2 Palliativmedizin und hospizliche Kultur

Moderation: Bastian Kuhse, ZukunftsAgentur Brandenburg, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft

Palliativversorgung, Hospiz und Geriatrie

Sowohl die Geriatrie als auch die Palliativmedizin verfolgen einen ähnlichen, ganzheitlichen Ansatz, in dem im Rahmen einer Komplexbehandlung ein multiprofessionelles Team eingebunden ist. Das interdisziplinäre Team besteht aus Pflegekräften, Ärzten, Sozialarbeitern, Mitarbeitern anderer Berufsgruppen sowie ehrenamtlichen Sterbebegleitern. Es bedarf eines Betreuungsansatzes, der sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen vereint.

Es wurde diskutiert, wie die beiden Bereiche – Geriatrie und Palliativmedizin – ideal miteinander verzahnt und wie mögliche Synergieeffekte in der Ausübung der beiden medizinischen Fachgebiete generiert werden können. Hier spielt auch die Frage des Übergangs von der geriatrischen in die palliativmedizinische Komplexbehandlung eine Rolle. In diesem Kontext wurde auch diskutiert, inwieweit

die Palliativmedizin integraler Bestandteil der Geriatrie ist bzw. sein sollte und darüber hinaus sogar als Qualitätskriterium in der Geriatrie gelten sollte. Derzeit kommt der überwiegende Teil von Palliativmedizinern aus den Bereichen Hämatologie und Onkologie.

Jeder Geriater sollte grundständig auch in Palliativmedizin ausgebildet sein. Im Rahmen der Versorgung wurde des Weiteren vorgeschlagen, auf die bestehenden geriatrischen Strukturen zurückzugreifen, insofern dort ein Mediziner den Patienten über einen langen Prozess begleitet, gleichzeitig aber ein multiprofessionelles Team in die Behandlung eingebunden ist.

Ein anderes Thema beschäftigte sich mit Abgrenzungsproblemen, wenn es um die Festlegung rehabilitativer bzw. palliativer Maßnahmen geht. Gerade in der Geriatrie ließen sich beide Bereiche nicht immer klar voneinander trennen, v.a. auch mit dem Fokus auf Alltagskompetenz.

Eine weitere Abgrenzung betrifft die zwischen der Palliativ- und der Hospizversorgung: Geriatrische Patienten seien eher selten in Hospizen zu finden, da sie – anders als z.B. onkologische Patienten – nicht „kalkulierbar“ sterben.

Palliativversorgung ins Bewusstsein bringen

Als ein wichtiger Punkt wurde die Notwendigkeit herausgestellt, ein geriatrisches und palliativmedizinisches Bewusstsein zu schaffen. Statt einer zunehmenden Segmentierung sollte der Fokus auf einem ganzheitlichen, komplexen Ansatz gelegt werden. Im Kontext der Stärkung des Bewusstseins für Palliativ- und Hospizversorgung wurden auch Fragen der besseren Finanzierung dieser Versorgungsangebote diskutiert.

Grundsätzlich wurde die Frage gestellt, ob das Fachgebiet Palliativmedizin bekannt genug wäre. Die meisten Menschen kennen kaum alternative Wege, die letzte Lebensphase zu bewältigen: Das Wirken der Palliativmedizin und der Hospize wird zu wenig wahrgenommen. Im Besonderen wurde als wichtig herausgestellt, dass die Palliativmedizin, ähnlich wie es bzgl. der Geriatrie bereits Bestrebungen gäbe, stärker in das Bewusstsein der Hausärzte dringen müsste. Hausärzte müssten gezielt darüber aufgeklärt werden, dass Palliativmedizin auch in der Geriatrie Anwendung findet. Ebenfalls angesprochen wurde die Sensibilisierung der SAPV für den geriatrischen Patienten.

Thematisiert wurde auch die Frage, inwieweit der Palliativmediziner einer besonderen seelischen Belastung ausgesetzt sei und es einer stärkeren Würdigung dieses Berufs bedarf.

Sicherstellung notwendiger Kompetenz und Qualität

Die Vermittlung palliativmedizinischer Kompetenzen wurde in unterschiedlichen Kontexten angesprochen. Gerade im Land Brandenburg gäbe es zu wenig Palliativmediziner. Grundsätzlich wurde herausgestellt, dass das Konzept besondere Ausbildungsstrukturen, aber auch eine spezifische Ausbildungskultur benötige. Bisher existierten zu wenige Qualifizierungsmöglichkeiten für Palliativmediziner; Palliativmedizin müsste Bestandteil der Facharztausbildung, gerade auch in der Geriatrie, werden. Es wurde weiterhin vorgeschlagen, einen eigenen Lehrstuhl für Palliativmedizin, möglicherweise auch für Palliativmedizin und Geriatrie, zu etablieren.

Thematisiert wurde in diesem Zusammenhang auch, dass Palliativversorgung mehr als Palliativmedizin sei. Deshalb müsse auch in die pflegerische Ausbildung das Thema Palliativversorgung integriert werden. In stationären Pflegeeinrichtungen wäre z.T. ein Mangel an spezifischen Kompetenzen zu verzeichnen, es bestehen zu wenig Grundkenntnisse symptomorientierten Linderns: Für die Versorgung von Palliativpatienten wird entsprechend geschultes Personal benötigt, allerdings muss hier auch die notwendige Finanzierung geklärt werden. Ein Beispiel für einen interdisziplinär angelegten hospizlichen und palliativen Betreuungsansatz ist das Projekt "**Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie**" (www.palliative-geriatrie.de).

Mit Blick auf die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachrichtungen und Professionen im Rahmen der Palliativversorgung sollten Supervisionen als gemeinsame Beratungen ermöglicht werden. Au-

Berdem sollten allgemeine geriatrisch-palliative Standards verbindlich gemacht werden. Palliativmedizin könnte in diesem Zusammenhang ein Qualitätskriterium in der Geriatrie darstellen.

Ausgestaltung der Palliativversorgung

Grundsätzlich sollte es eine stärkere Aufklärung über Angebote im palliativmedizinischen Bereich geben. Sicherzustellen seien verschiedene, auch ambulante Versorgungsmöglichkeiten – das Krankenhaus dürfe nicht alternativlos sein. So sollten gerade auch verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten im sozialen Umfeld des Patienten gefördert werden. Angebote für Angehörige sind zu fördern, um so ein Lebensende in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Bereitschaft der Menschen (Angehörigen), „das Sterben zu begleiten“ wäre höher, wenn die medizinische und pflegerische Versorgung besser wäre. Es wurde außerdem empfohlen, Konzepte zu entwickeln, die ambulante Strukturen unter Nutzung stationärer Kapazitäten etablieren. Die Finanzierung der Hospize sei zu verbessern. Ein weiterer konkreter Punkt war der Vorschlag, alternative Schmerzmittel („Drogen“) in der Palliativ- bzw. in der Hospizversorgung zuzulassen. Mit Bezug auf die spezifische Situation in der Notfallversorgung wurde die Problematik diskutiert, dass aufgrund z.T. zu geringer palliativmedizinischer Kenntnisse der Notfallmediziner Palliativpatienten im Zuge von Notfalleinsätzen unnötig aus ihrem häuslichen Umfeld herausgerissen werden.

Vernetzung

Ein weiteres Thema war die Vernetzung verschiedener Angebote und Strukturen im Bereich der Palliativversorgung, z.B. Hospizarbeit, Geriatrie, Altenhilfe. Gefördert werden sollte die Vernetzung (Netzwerkbildung) zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie palliativmedizinischen Anbietern, konkret auch die Einbindung von Hausärzten in die ambulante Palliativversorgung. In diesem Zusammenhang wurde auch der finanzielle Aspekt der Palliativversorgung diskutiert: Vorgesprochen wurde, stärkere finanzielle Anreize für Hausärzte zu schaffen, damit sich diese stärker an der Palliativversorgung beteiligen bzw. um diese Versorgung zu gewährleisten.

Eine weitere Idee war – auch mit Fokus auf die Unterstützung der Angehörigen –, dass die Pflegestützpunkte sich in den bestehenden SAPV-Netzwerken beteiligen. Grundsätzlich sollten die allgemeine und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (AAPV, SAPV) sowie die Hospizarbeit stärker länderübergreifend gefördert werden, um auch den länderübergreifenden Austausch zu ermöglichen (**Beispiel SAPV aus Berlin in Außenbezirke Brandenburgs**). Gerade in Brandenburg zeigt sich das strukturelle Problem, dass es nur drei oder vier Palliativteams gibt.

Ergänzung aus dem Plenum:

Es muss klar werden, dass Palliativversorgung nicht nur palliativmedizinische Versorgung ist. Die Bedeutung der pflegerischen Kompetenz in der Palliativversorgung muss ebenfalls gestärkt werden. Das Multiprofessionelle in der Palliativversorgung muss deutlicher hervorgehoben werden, auch bezogen auf die Versorgungsstrukturen.

7.3 Entwicklung bzw. Ausbau sektorübergreifender Versorgungsketten **Moderation: Michael Zaske, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie**

Beispiele sektorenübergreifender Versorgung

Bezüglich sektorenübergreifender Versorgungsketten wurden Beispiele aus Berlin und Brandenburg zusammengetragen, von denen die Regionen wechselseitig lernen können. So wurde das **Berliner**

Krankenheim-Arzt-Projekt genannt, das Bewohnern von Pflegeheimen eine „Rundum-Versorgung“ ermöglicht. Dieses sollte durch alle Krankenkassen finanziert, durch Fachärzte gesichert sowie in Berlin aus- und in Brandenburg aufgebaut werden. Aus regionaler Sicht wäre außerdem wünschenswert, ein einheitliches geriatrisches Assessment für Berlin und Brandenburg zu etablieren. Ebenfalls als Best-Practice-Beispiel wurden die **gerontopsychiatrischen Verbände** aufgeführt, in denen sich Akteure, die in der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen tätig sind, zusammenschließen. Neben den bereits in der Veranstaltung vorgestellten Beispielen gelungener sektorenübergreifender Versorgung in Brandenburg wurde auch noch das dort ansässige **Modell der Notfallpraxen an Krankenhäusern** als Anregung für Berlin angesprochen.

Einbindung – wen und wie

Als grundsätzlich wichtig wurde angesehen, dass systemisch alle relevanten Partner mit einbezogen werden müssen. In diesem Zusammenhang wurde eine Entbürokratisierung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit gefordert. Dazu wäre es notwendig, eine trägerübergreifende Organisations- und Plattform zu schaffen, auf der die verschiedenen Akteure – politisch Verantwortliche, Kostenträger, Leistungserbringer, Kommunen, Pflegebereich, ambulanter und stationärer Sektor – sich austauschen und zusammenarbeiten können. Diese sektorenübergreifende Zusammenarbeit sollte evaluiert werden.

Als Herausforderung wurde betrachtet, die bestehenden einzelnen trägerspezifischen Angebote zusammenzuführen. Ein weiterer Punkt, der der Klärung bedarf, ist die Frage, wie, in welchem Umfang und in welcher Form den Beteiligten die notwendigen Daten zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen des Fallmanagements wurde z.B. die elektronische Patientenakte als Möglichkeit angesprochen, die aber nicht unumstritten ist. Grundsätzlich wichtig ist, dass bei allen Formen der Datenbereitstellung und des Datenaustausches innerhalb eines sektorenübergreifenden Verbundes die Datenschutzvorgaben eingehalten werden müssen.

Als ein besonderer Punkt wurde die Einbindung des ambulanten Sektors in solche Verbände angesprochen. Wie schafft man es, diese verbindlich zu integrieren? Gibt es überhaupt flächendeckend eine ambulante geriatrische Versorgung, ist die Bereitstellung in allen ländlichen Regionen möglich? So sollten z.B. die Hausärzte über das Entlassmanagement informiert werden. Aber auch die Einbindung und die sozialräumliche Ausrichtung der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde thematisiert ebenso wie die Kurzzeitpflege als Bindeglied zwischen den Sektoren. Diese sollte auch stärker als Übergang in die Häuslichkeit profiliert werden, v.a. in Brandenburg fehlten entsprechende Angebote.

Neben der sektorenübergreifenden Versorgung wurde auch die länderübergreifende Versorgung als wichtig angesehen. So könnten die Versorgungskonzepte zwischen den einzelnen Regionen aufeinander bezogen werden.

Verantwortlichkeiten

Als wichtiger Punkt wurde die Frage der Koordination und Moderation einer entsprechenden Vernetzung angesprochen. Grundsätzlich gäbe es genügend Akteure aus den verschiedenen Sektoren, aber es müsse geklärt werden, wer die Koordination, Moderation und auch das Projektmanagement übernimmt. Für diese Aufgaben sind entsprechende Kompetenzen nötig. Als Vorschlag zur Moderation wurde die Kommune, aber auch das Land genannt. Auch die Verantwortlichkeiten in der konkreten Umsetzung, z.B. im Rahmen von Fallkonferenzen (wer organisiert diese?), wurden thematisiert. Hinsichtlich möglicher Formen sektorenübergreifender Versorgung wurden insbesondere die **Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA)** genannt. Sie könnten als flächendeckendes Instrument der geriatrischen Versorgung genutzt werden. Aufgabe so ausgerichteter Geriatrischer Institutsambulanzen wären u.a. auch (regelmäßige) Netzwerkkonferenzen und die Koordination und Information vorhandener Angebote. Diskutiert wurde auch, welche Rolle die Pflegestützpunkte übernehmen könnten.

Angesprochen wurde ebenfalls, inwieweit eine geriatrische Zentrenbildung eine Rolle spielen könnte. Diese sei aber nicht immer sinnvoll, v.a. wenn es darum gehe, geriatrische Kompetenz flächendeckend auch in ländliche Strukturen zu bringen. Grundsätzlich solle es um ein Netzwerk, um die Zusammenführung regionaler Angebote u.ä. gehen. Als konkrete Idee wurde u.a. die Etablierung von regionalen Pflege- und Gesundheitskonferenzen eingebracht.

Finanzierung und Kompetenz

Hinsichtlich der Finanzierung einer sektorenübergreifenden Versorgung wurden verschiedene Aspekte angesprochen: So wurde diskutiert, ob mehr Geld für eine entsprechende Versorgung bereitgestellt werden müsste oder eine Umverteilung bestehender Gelder erfolgen kann bzw. sollte. Grundsätzlich sollten sektorale Finanzstrukturen überdacht werden. Es sollte sichergestellt werden, dass teilstationäre, vollstationäre und ambulante Therapiemöglichkeiten nicht nur inhaltlich, sondern auch finanziell miteinander verknüpft werden können. Durch die Sektorengrenzen der Gelder würden innovative Maßnahmen be- oder verhindert. Die Finanzierung über die Sektorengrenzen sollte niederschwellig und mit geringem bürokratischem Aufwand umsetzbar sein. Des Weiteren wurden Ideen sektorübergreifender Budgets entwickelt, z.B. sogenannte Regional- oder Patientenbudgets als übergreifende geriatrische Budgets („Bugdets aus einer Hand“). Zu klären wäre auch, in welcher Form die Koordinationsfunktion finanziert werden könnte.

Mit Blick auf die Kompetenzeinbindung und -entwicklung wurde geäußert, dass überlegt werden muss, wie die unterschiedlichen Kompetenzen in das Portfolio der sektorübergreifenden Versorgung integriert werden können. Es sollte Weiterbildungsmöglichkeiten für alle beteiligten Berufsgruppen geben, die ggfs. durch entsprechende Boni honoriert werden, um die geriatrische Kompetenz auszubauen. Als konkrete Ideen wurden u.a. genannt, dass z.B. die Hausärzte geriatrisch geschult werden (**Beispiel KV RegioMed Zentrum Templin**), aber auch die Gemeindefachkraft, die **agnes-Fachkraft**, sollte entsprechend qualifiziert werden. Auch in der Notfallversorgung sollten entsprechende Kompetenzen vorgehalten werden, um geriatrische Patienten angemessen versorgen zu können.

7.4 Schnittstellen- und Entlassungsmanagement Moderation Katrin Ulmer, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

Rettungsstellen

Sowohl in der Rettungsstelle als auch im Vorfeld muss eine entsprechende Sensibilität und Kompetenz z.B. bei Hausärzten oder Pflegediensten aufgebaut werden, um geriatrische Patienten frühzeitig zu erkennen und entsprechende Schritte einzuleiten.

Als wichtig wurde angesehen, dass in Rettungsstellen geriatrische Patienten rechtzeitig erkannt werden müssen, um ein angemessenes Schnittstellen- und Entlassungsmanagement in die Wege leiten zu können. Hierfür wäre eine Koordinierungsstelle konzipiert als Notfall- und Kriseninterventionsstelle, die v.a. auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten nachts und am Wochenende tätig ist, eine Möglichkeit. Diese Stelle wird v.a. deshalb als sinnvoll angesehen, da so Patienten in der Rettungsstelle, die nicht stationär aufgenommen werden müssen, für die aber ein Case-Management wichtig sei, richtig betreut werden könnten. Dadurch könnte ihre stationäre Aufnahme (aufgrund primär sozialer Indikation) verhindert werden. Die Koordinierungsstelle müsste über entsprechend qualifizierte Mitarbeiter verfügen zur Einschätzung der Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeit der Patienten. Zu diskutieren wäre, wie diese Koordinierungsstelle institutionell angebunden wäre, wer die Finanzierung übernimmt etc. Diskutiert wurde weiterhin, inwieweit dadurch Einsparungen möglich seien.

Auch eine grundsätzliche Öffnung des Entlassungsmanagements für Pflegestützpunkte wurde angesprochen, um das soziale Umfeld der Patienten mit einbeziehen zu können.

Funktion und Stellung des Sozialdienstes

Beratung wurde mit Bezug auf den Sozialdienst als ein wichtiger Punkt angesprochen. Dabei wurde diskutiert, welche Bedeutung es für das Schnittstellen- und Entlassmanagement habe, wenn der Sozialdienst im Krankenhaus angesiedelt ist oder aber outgesourct von externen Anbietern übernommen wird. Sollte der Sozialdienst verpflichtend im Krankenhaus – und darüber hinaus auch in dessen Trägerschaft – verortet werden? Der Sozialdienst sei eine Kernkompetenz des Krankenhauses, in der Geriatrie sei der Sozialdienst ein integraler Bestandteil und insofern für den Bundesverband Geriatrie ein Qualitätskriterium. Inwieweit können damit Aspekte der Qualität, der Selbstbestimmung des Patienten und der Möglichkeit der Einbindung des Sozialdienstes in interne Fallbesprechungen besser geboten werden? Es gäbe aber auch Beispiele für eine gute Zusammenarbeit von Krankenhäusern und externen Sozialstationen. Einige Krankenhäuser haben vor Ort darüber hinaus auch einen Hilfsmittelanbieter, den der Patient optional nutzen kann. Auch in diesem Zusammenhang sei die Frage der Selbstbestimmung der Patienten zu diskutieren.

In den Gesprächen zeigte sich, dass der Umfang der Leistungen des Sozialdienstes in den einzelnen Krankenhäusern sehr heterogen ist. Zum Teil würden Sozialdienste sogar noch in die Widerspruchsbearbeitung gehen, z.B. bei bereits entlassenen Patienten, denen die Krankenkasse bestimmte beantragte Leistungen verweigert.

Angesprochen wurde des Weiteren, dass auch die Krankenkassen soziale Dienste haben, deren Leistungen Patienten einfordern sollten. Es gäbe auch funktionierende Kooperationen zwischen den Sozialdiensten der Krankenhäuser und den sozialen Diensten der Krankenkassen.

Mit Bezug auf die besondere Zielgruppe dementer Patienten wurde darauf hingewiesen, dass es hier besonders wichtig sei, das persönliche Gespräch mit den anderen Akteuren, z.B. dem Pflegedienst, zu suchen, um eine optimale Versorgung sicherzustellen.

Netzwerke und deren Vernetzung

Auch im Bereich Schnittstellen- und Entlassungsmanagement spielen funktionierende Netzwerke eine wichtige Rolle. Es wurde diskutiert, dass es wichtig sei, die verschiedenen bestehenden Netzwerke – seien sie sektorbezogen, regionalbezogen u.ä. – wiederum miteinander zu vernetzen, um die gesamte vorhandene Kompetenz nutzen, sich austauschen und voneinander lernen zu können. Diese Vernetzung der Netzwerke sollte durchaus sektorenübergreifend und überregional erfolgen. Als konkrete Beispiele einer Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer und Dienstleister (Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen etc.) wurden z.B. der **Bundesverband Geriatrie** (<http://www.bv-geriatrie.de/>) sowie der **Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbund Oberspreewald-Lausitz e.V.** (GPGV: <http://www.gpgv-osl.de/>) genannt. Solche Strukturen sollten unbedingt gefördert werden. Ebenfalls in der Region Brandenburg beheimatet ist das etablierte **Netzwerk „Älterwerden in der Landeshauptstadt Potsdam“** (<https://www.potsdam.de/content/netzwerk-aelterwerden-der-landeshauptstadt-potsdam>), in dem neben Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auch ein Pflegestützpunkt, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft u.a. engagiert sind. Des Weiteren wurde das **AOK-Projekt PFIFF Pflege in Familien fördern** angesprochen. Bestehende funktionierende Netzwerke und Projekte müssen weiter gestärkt und gefördert werden.

Mit Blick auf die Bedeutung der Einbindung der niedergelassenen Ärzte wurde auf die Qualitätszirkel für Geriatrie der Ärztekammer eingegangen. Qualitätszirkel seien für niedergelassene Ärzte verpflichtend, allerdings würden sowohl in Berlin als auch in Brandenburg die angebotenen Qualitätszirkel für geriatrische Patienten von den Ärzten nicht wie gewünscht angenommen.

Wie im Themenfeld sektorenübergreifende Versorgungsketten wurde auch hier diskutiert, wer die Akteure dieser Vernetzung sind und v.a., wer die Koordination und Organisation übernehmen können.

te, z.B. Politik und öffentliche Verwaltung. Angesprochen wurde auch, dass die zeitlichen und personellen Ressourcen der Beteiligten eine Rolle spielen und dass in diesem Zusammenhang auch über alternative Möglichkeiten des Austauschs, z.B. mittels elektronischer Medien, nachgedacht werden sollte. Akteure dürften nicht überfordert werden, andererseits zeige die Erfahrung, dass die Bereitschaft, sich in solchen Netzwerken zu engagieren, durchaus gegeben sei, wenn man selbst feststellt, dass man mit seiner Arbeit an Grenzen stößt, politische Unterstützung braucht etc.

Rahmenbedingungen zur optimalen Ausgestaltung

Um das Schnittstellen- und Entlassungsmanagement zu optimieren, wurde vorgeschlagen, die Gesetzgebung diesbezüglich sektorenübergreifend – quasi in Form eines neu zu schaffenden SGB XIII – anzulegen. Außerdem müssten Qualitätskriterien für das Entlassungsmanagement – auch dies SGB-übergreifend – verbindlich festgelegt werden. Grundsätzlich müsse z.B. die Zustimmung bzw. Einwilligung des Patienten sowie dessen Lebensweltkontext berücksichtigt werden. Das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser könnte auch für Pflegestützpunkte geöffnet werden, um die Versorgung der geriatrischen Patienten zu verbessern.

Ein weiterer Vorschlag war, für ausgewählte Patientengruppen (z.B. multimorbide hochaltrige Patienten) nicht-budgetierte Leistungen anzubieten. Die Finanzierung müsste sich vom derzeitigen Sektorbezug hin zu alters-, indikations- bzw. statusdefinierten Behandlungsketten entwickeln. In diesem Zusammenhang wurde auch angesprochen, die Kranken- und Pflegeversicherung wieder zusammenzuführen.

Patienten mit Keimbelastung

Ein zentraler Punkt vor dem Hintergrund der großen Probleme bei der Verlegung von Patienten mit Keimbelastung (u.a. MRSA) ist die Beratung und Aufklärung zum Umgang mit solchen Patienten in Kliniken, im ambulanten Bereich, in Pflegeeinrichtungen, damit die Empfehlungen des Gesundheitsamtes umgesetzt würden und so eine Entstigmatisierung dieser Patientengruppe in Gang gesetzt würde. Spezifische Netzwerke bestünden sowohl in Brandenburg als auch in Berlin.

Ergänzungen aus dem Plenum:

Einbindung des Case-Managements in Rettungsstellen: Hiermit wird das Ziel verfolgt, die Rettungsstellen bei administrativen Aufgaben zu entlasten. Damit ist ein hoher Anspruch verbunden und es bedarf einer guten Netzwerkstruktur für die Organisation. In den **Alexianer-Kliniken** wird das Case-Management auf Systemebene umgesetzt. Die Kliniken verfügen über verlässliche Kooperationspartner z.B. im Bereich der Kurzzeitpflege und ambulante Pflegedienste, auf die auch am Wochenende durch die Rettungsstelle zurückgegriffen werden kann. Der Sozialdienst übernimmt dann das weitere Vorgehen (z.B. Kostenklärung). Der Sozialdienst ist auch in der Verantwortung, wenn der Patient gar nicht stationär aufgenommen wurde, da die Rettungsstelle ebenfalls Teil des Entlassungsmanagements ist. Voraussetzung für das Gelingen eines umfassenden Case-Managements ist der Aufbau eines tragfähigen Netzwerkes.

7.5 Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern

Moderation: Jasmin Russak, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Verantwortliche Integrativthema Alternde Gesellschaft im Cluster Gesundheitswirtschaft

Zielgruppen

Zur Zielgruppe gerontopsychiatrischer Versorgungsangebote zählen Patienten mit kognitiven und affektiven Störungen, insbesondere Patienten mit einer Demenzerkrankung, Depression oder einem Delir. Daneben wurde diskutiert, dass auch das Thema Sucht im Alter eine zunehmende Rolle spielt, gerade im Bereich Spielsucht. Zwar hätte das Thema bisher eine geringere Bedeutung, aber dies sei auch auf eine Tabuisierung dieser Problematik zurückzuführen. Es müssten mehr Konzepte entwickelt sowie Fachkräfte in diesem Bereich geschult und sensibilisiert werden. Eine spezifische Situation ergibt sich durch die Kumulation verschiedener Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen, so z.B. wenn Demenzkranke weitere Krankheiten haben oder verunfallen.

Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus

Ein Schwerpunkt der Diskussionen bildete die Versorgung von Demenzkranken im Krankenhaus. Es wurde angesprochen, dass die stationäre Versorgung insofern problematisch sei, als diese Patientengruppe nicht in die Krankenhausstrukturen und -abläufe „passe“. Als Lösungsansätze wurden u.a. formuliert: die Zeittaktung im Krankenhaus an die Bedürfnisse der Patienten auszurichten, die Architektur demenzfreundlich zu gestalten (Farben, Licht, Aufteilung von Räumen) oder auch Spezialstationen für Patienten mit herausforderndem Verhalten einzurichten.

Als weiterer Punkt wurde angesprochen, dass es in anderen Bereichen des SGBs – z.B. SGB XI §87b mit Bezug auf stationäre Pflegeeinrichtungen – die Möglichkeit gibt, Besuchs-, Begleit- und Betreuungsangebote einzurichten, um das Personal zu entlasten (z.B. durch Ehrenamtliche). Es wäre zu prüfen, ob solche Möglichkeiten auch für die Betreuung stationär aufgenommener Demenzkranker in Krankenhäusern bestehen bzw. eingebracht werden könnten (SGB V). Es sollten aber auch Schulungen für das Krankenhauspersonal im Umgang mit Patienten mit Demenz angeboten werden. Die stationäre Pflege sei selten gerontopsychiatrisch qualifiziert aufgestellt. Als Best-Practice-Beispiel wurde von der Ausbildung sog. **Multiplikatoren** berichtet, d.h. pro Station wird ein Mitarbeiter geschult, der dann wiederum sein Wissen an die anderen Mitarbeiter weitergibt.

Der „qualifizierte“ Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen auf medikamentöser Basis bei demenzkranken Patienten wurde ebenfalls thematisiert. Medikation, die nur der Ruhigstellung der Patienten dient, ist ebenfalls als Freiheitsbeschränkung zu definieren und insofern kritisch zu diskutieren. Grundsätzliches Problem in diesem Zusammenhang ist die qualitative und quantitative Überforderung des Personals im Umgang mit den Demenzkranken.

Prävention und Frühdiagnostik von Demenz

Ein anderes Thema in den Diskussionen war die Frühdiagnostik der Demenz: Es gibt inzwischen gut entwickelte Systeme zum Assessment, mit denen man relativ früh Demenzerkrankungen erkennen kann. Diese Assessment-Möglichkeiten sollten im hausärztlichen Bereich flächendeckend angeboten und durchgeführt werden. Als Beispiel wurde das **Safe Guarding** in Großbritannien angeführt, wo ein Rechtsanspruch auf ein Assessment innerhalb von 28 Tagen besteht. Allerdings fehlen daran anschließende Konzepte: Wie wird mit dem Assessment-Ergebnis umgegangen, welche Angebote gibt es? In diesem Zusammenhang spielt auch das Thema der Information und Beratung von Angehörigen eine Rolle.

Weiterhin wurde das Thema Prävention angesprochen: Welche Präventionsangebote gibt es und welche sind sinnvoll? Wie sollte eine Beratung zu entsprechenden Präventionsmaßnahmen aussehen? Wie können diese Angebote finanziert werden? Die Möglichkeiten der Finanzierung von ent-

sprechenden Präventionsangeboten sollte erleichtert werden. Auch die Entwicklung von Präventionsangeboten für spezifische Risikogruppen wurden thematisiert.

Gerontopsychiatrische Versorgung im ambulanten Bereich

Grundsätzlich wurde von einer Unterversorgung im ambulanten Bereich gesprochen. Es gäbe zwar verschiedene gute Angebote und Konzepte, diese aber nur punktuell. Sie müssten ausgeweitet und flächendeckend umgesetzt werden – dies gelte gerade für Brandenburg. So sollte z.B. die Struktur der Gemeindeschwester weiter ausgebaut werden. Grundsätzlich sollte auch im ambulanten Bereich eine Qualitätsdiskussion in der gerontopsychiatrischen Versorgung erfolgen. Die Qualifizierung der Hausärzte ist meist nicht ausreichend, Patienten würden aus Unwissenheit oder Überforderung in das Krankenhaus eingewiesen. Die niedergelassenen Ärzte müssten entsprechend geschult werden, um Akuteinweisungen und Drehtüreeffekte zu vermeiden.

Diskutiert wurde des Weiteren, welche Rolle die Geriatrischen Institutsambulanzen bzw. die Tageskliniken in der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung spielen, inwieweit sie die Hausärzte entlasten können. Allerdings zeigt sich v.a. in Brandenburg eine defizitäre und unterfinanzierte Situation im Bereich der Tageskliniken. Die vorhandenen geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbände seien besser zu nutzen und auszubauen.

Psychisch kranke, ältere Menschen im sozialen Umfeld

Ein Schwerpunkt bildete die Frage des Lebens von und mit psychisch kranken, älteren Menschen im sozialen Umfeld, kann doch eine Vereinsamung gerade die gerontopsychiatrischen Probleme verstärken. Wie kann auf kommunaler, kleinräumiger Ebene die Lebensqualität von Demenzkranken gefördert, ihre Betreuung und Begleitung sichergestellt werden? Akteure auf kommunaler Ebene sollten sich vernetzen und lokale Allianzen für Menschen mit Demenz bilden. Hier wurde zum einen die allgemeine Sensibilisierung der Bevölkerung im Umgang mit Demenzkranken angesprochen, zum anderen auch die Schulung von Berufsgruppen, die primär keine gesundheitsbezogene Ausrichtung haben, aber in ihrem Berufsalltag auch mit Demenzkranken in Berührung kommen, z.B. der Einzelhandel, die Feuerwehr oder die Polizei. Ebenfalls wurde die Schulung von Ehrenamtlichen im Umgang mit Demenzkranken genannt. Grundsätzlich sollten entsprechende Angebote kleinräumig, kieznah gedacht werden.

Als Best-Practice-Beispiele wurden u.a. genannt: in Berlin die „**demenzfreundliche Kommune**“ (<http://www.demenzfreundliche-kommunen.de/>) z.B. in Berlin-Lichtenberg (<http://www.dfk-lichtenberg.de/>); das Modell der sog. **Schutzräume für Menschen mit Demenz**, das ältere Menschen, die orientierungslos im öffentlichen Raum angetroffen werden, professionell unterstützt und betreut; das Projekt „**LeNa – Lebendige Nachbarschaft**“ in Spandau und Wedding, das qualifizierte Besuchsdienste anbietet (<http://www.evangelisches-johannesstift.de/altenhilfe/lena>), sowie die **Sozialkommissionen**, die z.B. Geburtstagsbesuche organisieren. Für Brandenburg wurden das Projekt der sog. „**Dorfkümmerer**“ (<http://www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.327029.de>) im ländlichen Raum, das **Netzwerk Demenz Teltow-Fläming** (<http://www.demenz.hikelcom-server.de/>) sowie das Konzept der **Koordinierungsstellen für niedrigschwellige Betreuungsangebote** für Menschen mit Demenz (http://www.alzheimer-brandenburg.de/niedrigschwellige_betreuungsangebote.htm) genannt. Insgesamt wurde allerdings bemängelt, dass die Angebote noch nicht ausreichend seien und besser koordiniert werden müssten.

Die Kooperation zwischen verschiedenen Betreuungs- oder Pflegeeinrichtungen war ebenfalls ein Vorschlag. So gäbe es z.B. in Japan Konzepte, in denen Kindereinrichtungen für Waisen oder sozial schwierige Kinder und Pflegeeinrichtungen für Demenzkranke zusammenarbeiten, um den sozialen Austausch zu fördern, (<http://www.zeit.de/2009/30/C-Interview-Elschenbroich>). Als Beispiel in Brandenburg wurde **Klettwitz** (<http://www.familien-campus-lausitz.de/>) genannt.

In diesen Bereich fallen auch Angebote für pflegende Angehörige von Demenzkranken. Für diese sollten mehr Angebote entwickelt und bereitgestellt werden: Dabei geht es zum einen um Angebote zur Pflege der demenzkranken Angehörigen, zum anderen aber auch um Selbstvorsorgeangebote. In diesem Zusammenhang wurde u.a. das AOK-Projekt **PFIFF Pflege in Familien fördern** erwähnt. Diskutiert wurde auch die Frage, ob sog. „Demenzstationen“ auch in der stationären Pflege gefördert werden sollten, um den spezifischen Bedarfen der Patienten besser gerecht werden zu können, oder ob eher eine „Inklusion“ Demenzkranker gefördert werden sollte.

Schnittstellen und Vernetzung

Ein weiterer angesprochener Themenkomplex war die Schnittstellenproblematik. Die erste Problematik ergibt sich in der Einordnung der Patienten: Handelt es sich um geriatrische Patienten mit psychiatrischen Problemen oder um psychiatrische Patienten mit geriatrischen Problemen? Als Probleme wurden u.a. angesprochen, dass gerontopsychiatrische Patienten oft nicht in der Psychiatrie aufgenommen, sondern an die Geriatrie weitergeleitet werden, dort aber die auf die Zielgruppe zugeschnittene psychiatrische Versorgung nicht sichergestellt ist. Es müsste auch überprüft werden, ob in der Psychiatrie in angemessenem Umfang eine gerontopsychiatrische Versorgung erfolgt. Gefragt wurde, ob zwischen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie eher eine Konkurrenzsituation oder eine Versorgungslücke bestünde. Insgesamt müssten die Fachbereiche besser vernetzt, die Kooperationen zwischen der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie ausgebaut werden. Bezüglich der Finanzierung wurde die Einrichtung von geriatrisch-gerontopsychiatrischen Komplexpauschalen vorgeschlagen.

Weitere thematisierte Schnittstellen waren: die Vernetzung der Gerontopsychiatrie mit der Somatik sowie die Integration der gerontopsychiatrischen Versorgung in die Pflege durch Übertragung des **Heimarztmodells** (<http://www.berliner-projekt.de/Modell.html>). Der gerontopsychiatrische Facharzt könnte z.B. halbjährlich in die Pflegeeinrichtungen gehen, damit die Patienten dort besser erreicht und betreut werden. Außerdem fehlten spezielle Angebote, z.B. für junge Menschen mit Demenz.

Im Rahmen von IV-Verträgen wären Kooperationen zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zur besseren Versorgung gerontopsychiatrischer Patienten möglich. Dabei müssten die niedergelassenen Ärzte besser in die IV-Prozesse eingebunden werden. Die IV-Verträge sollten wettbewerbsneutral gestaltet werden.

Die Strukturen der vorhandenen Verbände in den Bezirken sind auszubauen, miteinander zu vernetzen und zu qualifizieren. Mit dem Inkrafttreten des Pflegestärkungsgesetzes (PSG) wird die Hoffnung auf zusätzliche finanzielle Ressourcen verbunden.

Ergänzungen aus dem Plenum:

Der Begriff gerontopsychiatrische Versorgungsangebote ist nicht passend, weil es um eine multidisziplinäre, sektorenübergreifende Versorgung geht – für Patienten mit gerontopsychiatrischen Problemen – der Titel dieses Schlüsselthemas sollte geändert werden.

7.6 Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Geriatrie

Moderation: Dr. Anke-Britt Möhr, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Mitglied 90a Gremium, stv. Vorsitzende Handlungsfeldes 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft

Begriffsdefinition

Diskutiert wurden die Begriffe Geriatrie und Altersmedizin: Konsens bestand darin, dass die Abgrenzung beider Begriffe berufspolitisch kein Thema ist. Aber in der öffentlichen Wahrnehmung werden Geriatrie und Altersmedizin nicht klar eindeutig voneinander unterschieden. Notwendig ist deshalb eine einheitliche Begriffsdefinition, hier sind die Ärzteorganisationen in der Pflicht. Geriatrie wird als Querschnittsdisziplin verstanden, mit der eine bestimmte Qualität „für sich“ verbunden wird.

Aus- und Weiterbildung

Es geht v.a. darum, altersmedizinische, geriatrische Kompetenzen in allen Berufsgruppen, die mit alten Menschen zu tun haben, sicherzustellen. Es sollte als Querschnittsthema integraler Bestandteil der Qualifizierung sein, es dürfe sich nicht um eine „Schmalspurausbildung“ handeln.

Planungsfragen

Es wurde thematisiert, dass der Facharztstandard in der Geriatrie sicherzustellen sei und dass keine neuen Solitärgeriatrien geschaffen werden sollten. Vielmehr sollte es darum gehen, eine Vernetzung zu allen anderen Fachabteilungen, die sich auch mit alten Menschen beschäftigen, sicherzustellen. Des Weiteren sollten die gleichen Strukturvorgaben, die gleichen Qualitätsstandards für die Geriatrie im Fachkrankenhaus und in der Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses gelten. Die bestehenden Hürden der Umsteuerung von vollstationärer in teilstationärer Versorgung sollten abgebaut werden.

Qualitätsstandards

Zentraler Begriff ist in diesem Kontext die Lebensqualität, welche eng verbunden ist mit der Ergebnisqualität. Der alte Mensch soll im Lebensalltag besser zurechtkommen, soll Dinge länger tun können oder Dinge, die er vielleicht schon nicht mehr kann, wieder tun können. Die Ergebnisqualität ist zu definieren; ein Merkmal sei z.B. die Wiederaufnahme in ein Krankenhaus. In den Qualitätsprozess eingebunden werden sollten außerdem die Ehrenamtlichen.

Für die Lebensqualität spielen alle Aspekte eine Rolle: die Strukturqualität, die vorzugeben und nachhaltig zu sichern ist, ebenso wie die Prozessqualität, die im Idealfall zertifiziert werden sollte. Gerade weil die alten Menschen so stark vernetzt betreut werden müssen, hat die Zertifizierung von Prozessqualität eine besondere Bedeutung.

Infrastruktur

Diskutiert wurde, wie und inwieweit Qualität durch Versorgungsverbünde erreicht werden kann. Auch die besonderen Herausforderungen in der ambulanten Versorgung waren ein Thema: Wie können ambulante Netzwerke nachhaltig gestaltet werden? In der ambulanten Versorgung ist daher Vernetzung ein Qualitätsstandard an sich. Die bereits mehrfach angesprochenen Geriatrischen Institutsambulanzen könnten für die ambulante Versorgung den Kern bilden. Grundsätzlich geht es darum, wirtschaftliche Infrastrukturen zu schaffen und für eine flächendeckende Versorgung mobile Strukturen oder Zentren zu berücksichtigen. Der Ausbau der ärztlich-therapeutischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen wurde ebenfalls diskutiert. Allgemein sollte das länderübergreifende Denken in Gesundheitsregionen gefördert werden.

Fachkräfte

Kontrovers diskutiert wurde, inwiefern junge Alte alte Alte betreuen könnten oder sollten. Um dem Fachkräftemangel entgegenzusteuern wurde des Weiteren thematisiert, dass es Anstrengungen geben muss, die Kompetenz der älteren Arbeitnehmer in den medizinischen und pflegerischen Bereichen länger zu bewahren. Ältere Arbeitnehmer sollten unterstützt und gefördert werden, damit sie erfolgreich und freiwillig möglichst lange im Berufsleben bleiben. Die Nutzung und Weitergabe ihres Erfahrungswissens stellt dabei einen besonderen Punkt dar. Grundsätzlich sollte der Pflegeberuf hinsichtlich seines Status und Images aufgewertet werden. Die Qualifizierung von Fachkräften, z.B. von Case-Managern im Rahmen der Notfallversorgung sowie von Hausärzten wurde diskutiert.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Definition und Finanzierung der Personalschlüssel angesprochen sowie der Sinn von Personalmessziffern thematisiert. Alle Menschen, aber im Besonderen auch ältere Menschen benötigen Zuwendung – es muss Zeit und Raum dafür geben bzw. geschaffen werden (für Pflegekräfte und/ oder Ehrenamtliche). Diskutiert wurde, inwieweit technische Assistenzsysteme (z.B. Pflegeroboter) Pflegenden von instrumentellen Pflegeaufgaben entlasten und so mehr Zeit für Kommunikation und Zuwendung schaffen könnten.

Forschung

Gerade mit Blick auf den gemeinsamen Krankenhausplan Berlin Brandenburg werden Erkenntnisprobleme sichtbar. Es sei daher sinnvoll und notwendig, v.a. auch Versorgungs- und Wirksamkeitsstudien zu altersmedizinischen Fragestellungen auf den Weg zu bringen. Wissenschaftliche Grundlagenforschung ist zu fordern und zu fördern.

Transparenz

Die Bedeutung der Transparenz wurde auf zwei Ebenen diskutiert: Zum einen hinsichtlich der Frage: Was ist Geriatrie, was ist Altersmedizin und dies in Hinblick auf die Aufklärung der Öffentlichkeit über die spezifischen Leistungen. Zum anderen ist Transparenz darüber herzustellen, wo Qualität in der Versorgung alter Menschen zu finden, wie diese zu definieren und sicherzustellen sei – und dies mit Bezug auf alle Beteiligten (ambulanter und stationärer Sektor, Angehörige etc.).

Abrechnung Bund

Die InEK-Kodierrichtlinien sollten qualitätsorientiert auf die Geriatrie ausgerichtet werden.

8. Abschluss und Verabschiedung

Elimar Brandt

PflegeZukunfts-Initiative e.V., Mitglied des Expertenkreises Handlungsfeld 3

Wir haben heute das Wertvollste investiert, was wir haben: Zeit, Lebenszeit. Dafür möchte ich Ihnen danken: dass Sie Zeit investiert haben, Zeit für Aufgaben, die uns als Gesellschaft betreffen und die uns auch nicht kalt lassen können, gerade wenn wir daran denken, dass in unserer Gesellschaft immer mehr Menschen immer älter werden. Und auch wir gehören zu denen, die älter werden. Wie wollen wir die Zukunft gestalten und wie unser Leben denken, auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten?

Ich war fasziniert über die Fachkompetenz, die heute hier zusammengekommen ist. Dafür möchte ich Ihnen herzlich danken: dass Sie Ihre Erfahrung eingebracht haben, Ihre Kompetenz; dass Sie diese geteilt und nicht für sich behalten haben. Es war heute eine sehr offene Diskussion und wir haben viel mit- und voneinander gelernt.

Wichtig ist die Frage: Wie bekommen wir das mit den Netzwerken hin? Es geht um die Netzwerke! Und hier sind Männer und Frauen, die Netzwerker sind und die auch Netzwerke umsetzen wollen. Manchmal muss man einfach machen und nicht warten, bis alle gesetzgeberischen Maßnahmen existieren. Irgendwas muss man einfach anfangen und VERRücken. Ich sage das immer gerne: Wenn man nicht verrückt ist, kann man auch nichts verrücken. Also wir müssen manchmal Dinge einfach anpacken, auch in der Begegnung mit anderen Menschen, und dann diese Netzwerke bewusst wahrnehmen. Und das ist eine tolle Sache, dass wir heute Netzwerkerinnen und Netzwerker wahrgenommen haben, auf die wir mit Sicherheit zurückgreifen können.

Und noch ein anderer Aspekt: Wie schaffen wir in unserer Gesellschaft ein anderes Bewusstsein, ein anderes Bild vom Alter? Wir benötigen einen anderen, aber auch wahrhaftigen Zugang zum Alter, denn damit kommen auch Herausforderungen auf jeden Einzelnen und auf uns als Gesellschaft zu. Wie können wir gemeinsam in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen dafür eintreten, dass Geriatrie und Altersmedizin etwas ist, was in unserer Gesellschaft viel präsenter und selbstverständlicher diskutiert wird, auch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen? In unserer Gesellschaft wird die Arbeit mit und für alte(n) Menschen immer noch nicht genügend wertgeschätzt. Wir müssen uns dafür einsetzen, dass sich in der Pflege, in der Medizin, in den therapeutischen Berufen ein anderes Verständnis dafür entwickelt, sich um Menschen jeder Generation zu kümmern.

Es gibt sehr viele Ansätze und manches kann man mit relativ einfachen Mitteln umsetzen, z.B. Zuwendung. Das ist nicht so schwer, es muss nur mehr im Kopf sein und im Herzen. Jeder Mensch freut sich über Zuwendung. Daher ist das doch etwas, was selbstverständlich ist und was unsere Gesellschaft viel stärker mit ausmachen und prägen kann. Auch das wäre ein Thema: An den Orten, wo wir sind, das auch zu leben.

Wie wir die Information, die wir heute zusammengetragen haben, operationalisieren, das ist sicherlich auch eine Frage, die wir im Handlungsfeld 3 weiter zu bedenken haben. Was haben wir heute aufgenommen, was geben wir weiter aus dem Handlungsfeld 3, damit sich tatsächlich Innovationen, innovative Versorgungsformen aus dieser Zukunftswerkstatt heraus entwickeln? Es wäre schön, wenn wir Sie gewinnen könnten, da wo Sie bereit sind und es sich vorstellen können, an diesen Themen weiterzuarbeiten. Lassen Sie es uns wissen, wenn wir ein paar Gruppen haben, dann werden wir auch dafür Sorge tragen über das Handlungsfeld, dass es Frauen und Männer gibt, die verantwortlich diese Gruppen moderieren und dass wir daraus dann weitere Schlüsse ziehen.

Das ist mein Wunsch, dass wir heute nicht nur so einen Ballon haben steigen lassen, sondern dass wir versuchen, dies zu verstetigen und dafür Sorge zu tragen, dass Ihre fantastischen guten Ideen

auch in die Praxis umgesetzt werden können. Noch einmal herzlichen Dank! Es war eine tolle Runde heute, es war schön, so viele engagierte, überzeugte und überzeugende Menschen zu erleben.



9. Anhang

9.1	Ergebnisse des World Cafés: Stichworte zu den sechs Schlüsselthemen	52
9.2	Teilnehmerliste	67
9.3	Materialien zu den Vorträgen:	70
	Einleitung Dr. Jens Schick, MPH, Vorsitzender des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“, Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG	
	Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte Dirk van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie	
	Herausforderungen und Handlungsfelder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin Dr. Sabine Hermann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin	
	Havelland Kliniken – Beispiel für die Abbildung einer kompletten Versorgungskette Dr. Peter Thomaßen, Klinikleitender Arzt der Havelland Kliniken GmbH	
	Vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement – Professionelle Gestaltung des klinischen Entlassungsmanagements am Beispiel der Alexianer St. Hedwig-Kliniken Berlin Sibylle Kraus, Diplom-Sozialarbeiterin, Sozialmanagerin, Case Managerin (DGCC)	

9.1 Ergebnisse des World Cafés: Stichworte zu den sechs Schlüsselthemen

1. Prävention

Abbildung A1: Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Prävention



Abbildung A2: thematische Clusterung der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Prävention

Unterthema	Stichpunkte
Das gesellschaftliche Setting	<ul style="list-style-type: none"> • Settingansatz • Schul-Thema: Gesundheits- und Lebenskunde • Geriatriches Bewusstsein → Hospitationen in Geriatrie und Pflege • Leitbild Alter (Vorbilder) • Enttabuisierung der Altersmedizin • Wertschätzungsaktionen für demente Menschen
Wie erreicht man die Zielgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Wie erreiche ich die Zielgruppe, besonders den/ die Einzelnen? • Wo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Stadtteil- bzw. kieznahe Angebote ○ Barrieren abbauen stadtplanerisch (Infrastruktur, Bevölkerungsmix) ○ Bezahlbare Angebote ○ Präventionsangebote müssen auch mit ÖPNV erreichbar sein ○ Quartiersansätze „SONG“ (NRW) • Wer: <ul style="list-style-type: none"> ○ Erhöhung der altersmedizinischen Kompetenz der professionell und ehrenamtlich Handelnden ○ Möglichkeit zur Durchsetzung fachärztlicher Behandlungskompetenz in der kassenärztlichen Versorgung ○ AOK-Projekt PFIFF; KH und Schulung pflegende Angehörige ○ Beratungsbesuche nach §37 SGB IX nutzen ○ Kontinuierliche Verfügbarkeit von allgemeinmedizinischer Kompetenz in Pflegeheimen - §75 SGB V ○ Reduktion von Deliren durch Auswahl geeigneter Versorgungseinrichtungen ○ „Delierschwester“: (präoperative) Vermeidung von Deliren ○ Angehörige Selbsthilfe • Wie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontaktperson oder Stelle, die alle Angebote kennt und organisiert ○ Erweiterung der PSP zu Koordinierungsstellen „Rund um das Alter“ ○ Einsatz kommunaler „Lebensabschnittsberater (fließender Übergang Prävention/ Pflege)“ ○ Beratungsangebot mit regionaler Vermittlung im Rahmen der Renteninfo ab dem 50. Lebensjahr ○ Stärkere Publizierung von Präventionsangeboten wie „Gesundheitslotsen“ ○ Nachbarschaftshilfe, Ehrenamt (Bsp. Japan) • Was: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kommunikation ausbauen z.B. per Internet (Skype) ○ E-Health-Angebote erweitern (Senioren)
Kompetenz und Eigenverantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz stärken • Eigenverantwortung stärken • Seelische Gesundheit im Alter stärken (Resilienz) • Suchtsensible Pflegeberatung • U60, U65, U70 Untersuchungen • Anreize für gelungene Eigenverantwortung schaffen – finanzielle aber auch gesellschaftliche Belohnung • Schulungsangebot für „Menschen 60plus“: „Gesund und aktiv in den Ruhestand“ • Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Patiententestament als Pflicht
Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Vergabe mehrerer Medikamente durch mehrere Fachärzte Zwangsberatung durch Apotheker! • Regelmäßige pharmakologische Visiten durch beratende Apotheken/ Pharmakologen • Polypharmazie • Umgang mit Arzneimitteln • Verblisterung von Arzneimitteln in Pflegeheimen (KP) • Bundeseinheitlicher Medikamentenplan (reduziert UAW, sichert Therapien, Transparenz)

	<p>für Apotheken und alle behandelnden Ärzte)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung Evaluationen Apotheken zu Arzneimittelversorgung • Impfungen • Priorisierung von Arzneimitteln durch Arzt • Heilmittelkriterien Physio, Ergo, Logo • Angepasste Hilfsmittel: Rollatoren etc. auf Menschen anpassen; Aktionstage
<p>Themen und Angebote in der Prävention: Mobilität, Sturzprävention, Ernährung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege • Sturzprophylaxe/-prävention • Barrierefreies Wohnen • Bewegungsangebote für Ältere • Bewegungskurse in Pflegeheimen • Spaziergruppen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen • Ambulante Weiter-/ Nachsorge durch Physiotherapie (Krafterhalt) • Schweizer Modell zur Sturzprophylaxe • Ernährung • Zertifizierung von Caterern

2. Palliativmedizin und hospizliche Kultur

Abbildung A3: Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Palliativmedizin und hospizliche Kultur

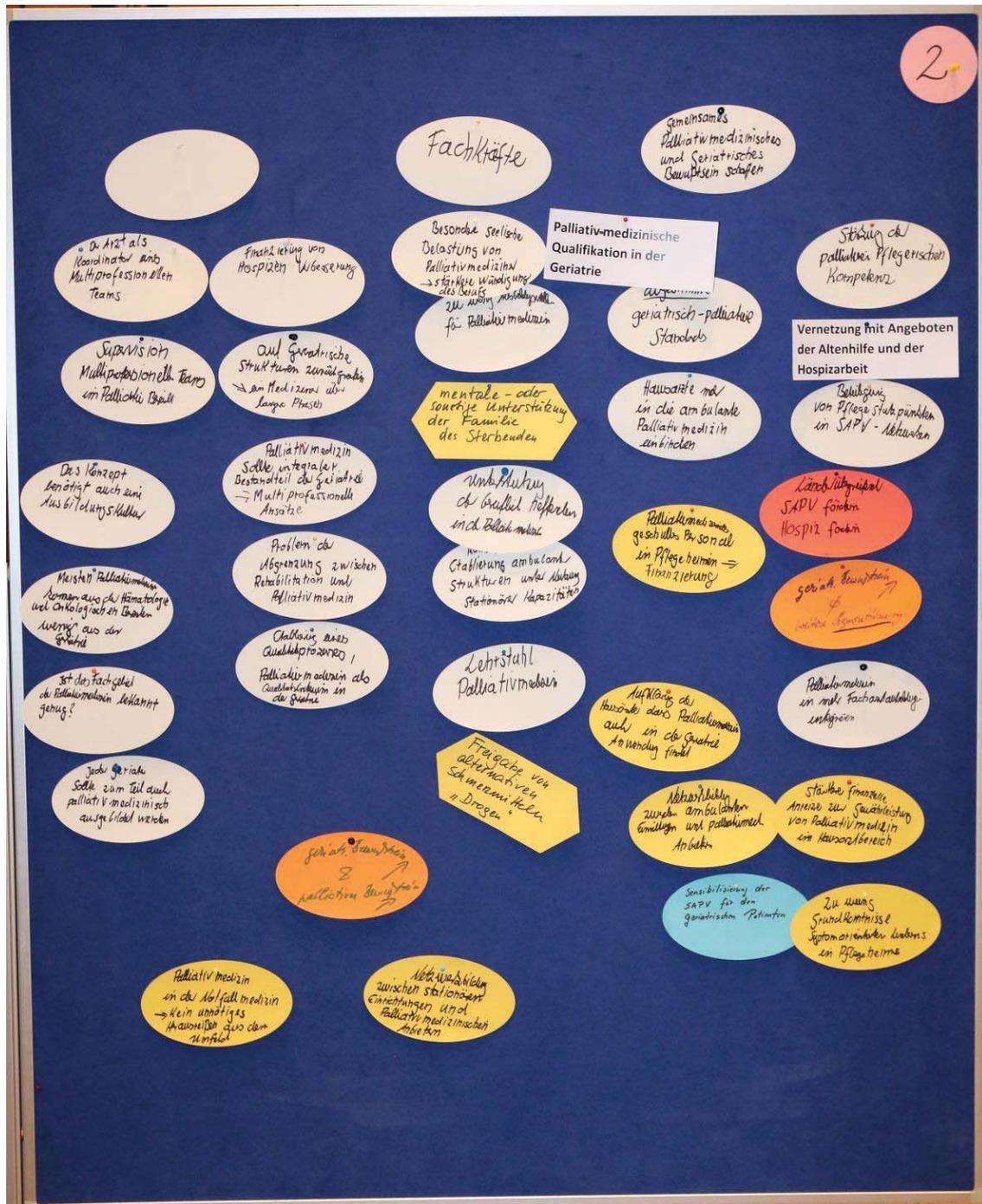


Abbildung A4: thematische Clusterung der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Palliativmedizin und hospizliche Kultur

Unterthema	Stichpunkte
Palliativversorgung, Hospiz und Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> • Der Arzt als Koordinator eines multiprofessionellen Teams • Jeder Geriater sollte zum Teil auch palliativmedizinisch ausgebildet sein • Auf geriatrische Strukturen zurückgreifen → ein Mediziner über lange Phasen • Palliativmedizin sollte integraler Bestandteil der Geriatrie sein → multiprofessionelle Ansätze • Problem der Abgrenzung zwischen Rehabilitation und Palliativmedizin • Übergang von der geriatrischen in die palliativmedizinische Komplexbehandlung
Palliativversorgung ins Bewusstsein bringen	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrisches Bewusstsein und palliatives Bewusstsein • Gemeinsames palliativmedizinisches und geriatrisches Bewusstsein schaffen • Ist das Fachgebiet der Palliativmedizin bekannt genug • Geriatrisches Bewusstsein vs. weitere Segmentierung • Spezialisierte ambulante Palliativversorgung • Besondere seelische Belastung von Palliativmedizinern → stärkere Würdigung des Berufs • Aufklärung der Hausärzte, dass Palliativmedizin auch in der Geriatrie Anwendung findet • Sensibilisierung der SAPV für den geriatrischen Patienten
Sicherstellung notwendiger Kompetenz und Qualität	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Palliativärzte nach Brandenburg • Meisten Palliativmediziner kommen aus dem hämatologischen oder onkologischen Bereichen, weniger aus der Geriatrie • Das Konzept benötigt auch eine Ausbildungskultur • Zu wenig Ausbildungsstellen für Palliativmediziner • Palliativmedizinische Qualifikation in der Geriatrie • Palliativmedizin in mehr Facharztbildungen integrieren • Lehrstuhl Palliativmedizin • Stärkung der palliativpflegerischen Kompetenz • Palliativmedizinisch geschultes Personal → Finanzierung • Supervision multiprofessioneller Teams im Palliativbereich • Abgestimmte geriatrisch-palliative Standards • Etablierung eines Qualitätsprozesses, Palliativmedizin als Qualitätskriterium in der Geriatrie • Zu wenig Grundkenntnisse symptomorientierten Linderns in Pflegeheimen
Ausgestaltung der Palliativversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Mentale und sonstige Unterstützung der Familie der Sterbenden • Unterstützung der beruflich Helfenden in der Palliativversorgung • Freigabe von alternativen Schmerzmitteln, „Drogen“ • Palliativmedizin in der Notfallmedizin → kein unnötiges Herausreißen aus dem Umfeld • Finanzierung von Hospizen verbessern • Etablierung ambulanter Strukturen unter Nutzung stationärer Kapazitäten • Allgemeine ambulante Palliativversorgung für Ältere
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung mit Angeboten der Altenhilfe und Hospizarbeit • Netzwerkbildung zwischen ambulanten Einrichtungen und palliativmedizinischen Anbietern • Netzwerkbildung zwischen stationären Einrichtungen und palliativmedizinischen Anbietern • Hausärzte mehr in die ambulante Palliativmedizin einbinden • Stärkere finanzielle Anreize zur Gewährleistung von Palliativmedizin im Hausarztbereich • Beteiligung von Pflegestützpunkten in SAPV-Netzwerken • Länderübergreifend SAPV fördern, Hospiz fördern

Abbildung A6: thematische Clusterung der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Entwicklung bzw. Ausbau sektorübergreifender Versorgungsketten

Unterthema	Stichworte
Bespiele sektorenübergreifender Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist gut in Berlin und Brandenburg? • Bestandsaufnahme sektorenübergreifender Ansätze Berlin (KV ȳ) und Brandenburg • Krankenhaus-Arzt-Projekt ȳ (Finanzierung durch alle Kassen, FA-Besetzung) • Ausbau Krankenhausprojekt Berlin und Übertragung auf Brandenburg • Berlin: gerontopsychiatrische Verbände • Notfallpraxen an KH • Projekt kann stationäre Einweisung verhindern • Einheitliches geriatrisches Assessment für Berlin und Brandenburg
Einbindung – wen und wie	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Partner im Boot (Land, KV, Kommune, Kassen, Krankenhaus, Pflegeträger) • Trägerübergreifende Organisationsformen • Herausforderung Zusammenführung bestehender Angebote • Datenschutzvorgaben im Verbund • Fallmanagement erleichtern durch elektronische Patientenakte (umstritten) • Verbindliche Einbindung ambulanter Strukturen • Wie werden Hausärzte eingebunden? • Ambulante geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen überhaupt (un)möglich? • Pflegeeinrichtungen ambulant – stationär einbeziehen • Bindeglied Kurzzeitpflege • Hausärzte informieren über Entlassmanagement • Akutgeriatrie vs. geriatrische Reha (mobil, ambulant) • Anbindung Pflegeeinrichtungen an ambulante ärztliche Versorgung verbessern • Entbürokratisierung gefordert • Sozialräumliche Ausrichtung stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen • Kommunen mit Beratungsangeboten einbinden • Sektorenübergreifende Prozessabstimmung incl. Evaluation
Verantwortlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt genügend Akteure – wer koordiniert? • Moderation und Projektmanagement • Kommune als möglicher Moderator • Steuerungsfunktion der Kommune ermöglichen (LPfIG Bbg) • Wer organisiert Fallkonferenzen? • GIA als flächendeckendes Instrument (Krankenhaus bei Entwicklung) • GIA-Aufgabe: Netzwerkkonferenz; Überblick über Angebot • KV vs. GIA • Sind geriatrische Zentren eine Lösung? Pflegedienst, mobile Reha, Krankenhaus • Idee: regionale Pflege- und Gesundheitskonferenzen • Rolle der Pflegestützpunkte
Finanzierung und Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzen • Finanzierung von teilstationären und ambulanten Therapiemöglichkeiten niedrigschwellig und weniger bürokratisch durch die Kassen sicherstellen • Regionalbudget und sektorenübergreifende Kooperation im Krankenhausplan • Patientenbudget über SGB-Grenzen • Budget aus einer Hand • Finanzierung komplementärer Strukturen • Finanzierte Koordinationsfunktion durch? Kommune, KV, GKV → QS-Struktur • Sektorale Finanzstrukturen grundsätzlich ändern • Kompetenzen entwickeln • Erweiterung der WB-Möglichkeiten für alle Berufsgruppen (Bonus?) • AGNES geriatrisch schulen • Geriatrische Kompetenz bei Hausärzten verbessern • Schulung des Rettungsdienstes im Umgang mit geriatrischen Patienten • Ambulante Kompetenz in die Notfallversorgung einbringen

4. Schnittstellen- und Entlassungsmanagement

Abbildung A7: Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Schnittstellen- und Entlassungsmanagement

4.

→ qualifizierte HA
→ Einsparungen

- gynäkische Post-Operative Betreuung abgeben
- Rettungsstelle
- Pflegekassen
- HA

↓ Notfall- bzw. Know-How

Koordinierungswirkung für geriatrische Pat. mit Ersatzpflege für 200.000 / p.a.

Maximale Schwierigkeiten bei Verlegung in Rehabilitation o.ä. bei Patienten mit ~~MSA~~ Koimbelastung

Beratung + Aufklärung

MSA- auch. Abrechnung möglich für HA

→ personelle + zeitl. Ressourcen?
→ durch wen?
→ pers. / elektron. Medien

Netzwerke vernetzen!
→ BV Geriatrie

Netzwerke vertikal vernetzen! ↑

• in der Regel Einbindung "adlige" kleiner Netz
- Campustreffen -

GPBV O&Ev

- ↳ Kassen
- ↳ Pflegeeinrichtungen amb./stet.
- ↳ Krankenkassen, Demenz/Alten
- ↳ Pflegeeinrichtungen

Netzwerke "Alter werden in Potsdam" etabliert!

- Krankenkassen
- Pflegekassen
- Sanierungsmaßnahmen
- Probleme: Jalousien, etc.

Qualitätszertifikat der AE für Geriatrie
→ Netzwerke

Pfiff (ADG) (Caremanagement)

• Geriatrie-psychiatrische Geriatrischen Verbände stärken

- + Verband Ch+U.
- Träger eigener MVE

SGB XIII

Gesetzgebung soll bereits sektoralübergreifend angelegt sein

verbundene SGB-Bereiche
Anlaufstellen für
fortgen SGB-übergreifend

Weg vom Sektor hin zum alters- oder indikations-/Stufen definierten Beh.-Ketten

- z.B. nicht-beruflicher mit angrenzende Fachgruppen

Kranken- und Pflegeversicherung wieder zusammenführen.
oder
finanzieller Ausgleich

Wer legt die Bestimmung der Pat. ein
→ Einwilligung

Beratung

Sozialdienst verpflichtend im KH
verantwortlich + Trägerschaft

- Qualität
- Selbstbestimmung
- int. Fallbesprechg.

Kooperation Sozialstat. / KH, arbeitsteilig mit Sozialdienst der KH + Therapieassistenten

Soziale Dienste der Kassen:

- Entlassungs-HA
- Pflege
- ...

→ bei anderen Pat. Anweisungen über Pflege über Halung's bogen Hinweis.

z.B. Betreuung auch nach Entlassung, wenn Widerspruch

guts. Öffnung des Entlassungsrechts d. KH für Pflegekassen (s.a. Urteil = 10.10.2011)

Abbildung A8: thematische Clustering der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Schnittstellen- und Entlassungsmanagement

Unterthema	Stichworte
Rettungsstellen	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrische Patienten rechtzeitig erkennen (Rettungsstelle, Pflegedienst, Hausarzt) • Notfall- bzw. Krisenstelle: Koordinierungsstelle für geriatrische Patienten mit Kurzzeitpflege für 20.000/ p.a. • Qualifizierte Mitarbeiter • Einsparungen • Beratung • Grundsätzliche Öffnung des Entlassungsmanagements des Krankenhauses für Pflegestützpunkte (soziale Umwelt = Lebensraum) • Schnittstellen vor der Krankenhausbehandlung wahrnehmen – Rettungsstellen vermeiden
Funktion und Stellung des Sozialdienstes	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialdienst verpflichtend im Krankenhaus verortet und Trägerschaft • Qualität, Selbstbestimmung, interne Fallbesprechung • Kooperation Sozialstation Krankenhaus arbeitsteilig mit Sozialdienst der KH + Hilfsmittelanbieter (optional) • Soziale Dienste der Kassen: Entlassungsmanagement, Rehaplätze, Pflege... • Z.B. Betreuung auch nach Entlassung, wenn Widerspruch • Bei dementen Patienten Abstimmung über Pflegeüberleitungsbogen hinaus
Netzwerke und deren Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Netzwerke vernetzen → BV Geriatrie • Netzwerke vertikal vernetzen! • Einbindung niedergelassener Ärzte – Campustreffen • GPGV OSL e.V. – Kliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulant/ stationär, Beratungsstellen Demenz, Bildungseinrichtungen • Netzwerk „Älterwerden in Potsdam“ etabliert! • PFIFF (AOK) Case-Management • Qualitätszirkel der Ärztekammer für Geriatrie → Netzwerk • Persönliche und zeitliche Ressourcen? Durch wen? Persönlich/ elektronische Medien • Krankenhäuser, Pflegestützpunkt, Senioreneinrichtungen, Alzheimer Gesellschaft, Ministerium etc. • Gerontopsychiatrische Verbände stärken + Ch.-W. (Charlottenburg-Wilmersdorf) Träger eigener MVZ • Stärkung der kommunalen Rolle bei der Etablierung/ Stellung nachsorgender Strukturen
Rahmenbedingungen zur optimalen Ausgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • SGB XIII • Gesetzgebung sollte bereits sektorübergreifend angelegt sein • Verbindliche Richtlinien, Qualitätsindikatoren festlegen SGB-übergreifend • Weg vom Sektor, hin zu alters- oder indikationsspezifischen Behandlungsketten z.B. nicht budgetiert für einzelne Patientengruppen • Kranken- und Pflegeversicherung wieder zusammenführen oder finanzieller Ausgleich • Wer holt Zustimmung der Patienten ein? → Einwilligung • Grundsätzliche Öffnung des Entlassungsmanagements des KH für Pflegestützpunkte • Einbeziehung des ÖGD für bestimmte Personengruppen • (Angehörigen)Kompetenzen erweitern/ familiäre Pflege • E-Management: Sicherstellung der Anschlussversorgung in Lebenswelt der Menschen → alle SGBs...
Patienten mit Keimbelastung	<ul style="list-style-type: none"> • Maximale Schwierigkeiten bei Verlegung in Rehabilitation o.ä. bei Patienten mit Keimbelastung • Beratung und Aufklärung • MRSA – ambulante Abrechnung möglich für Hausärzte

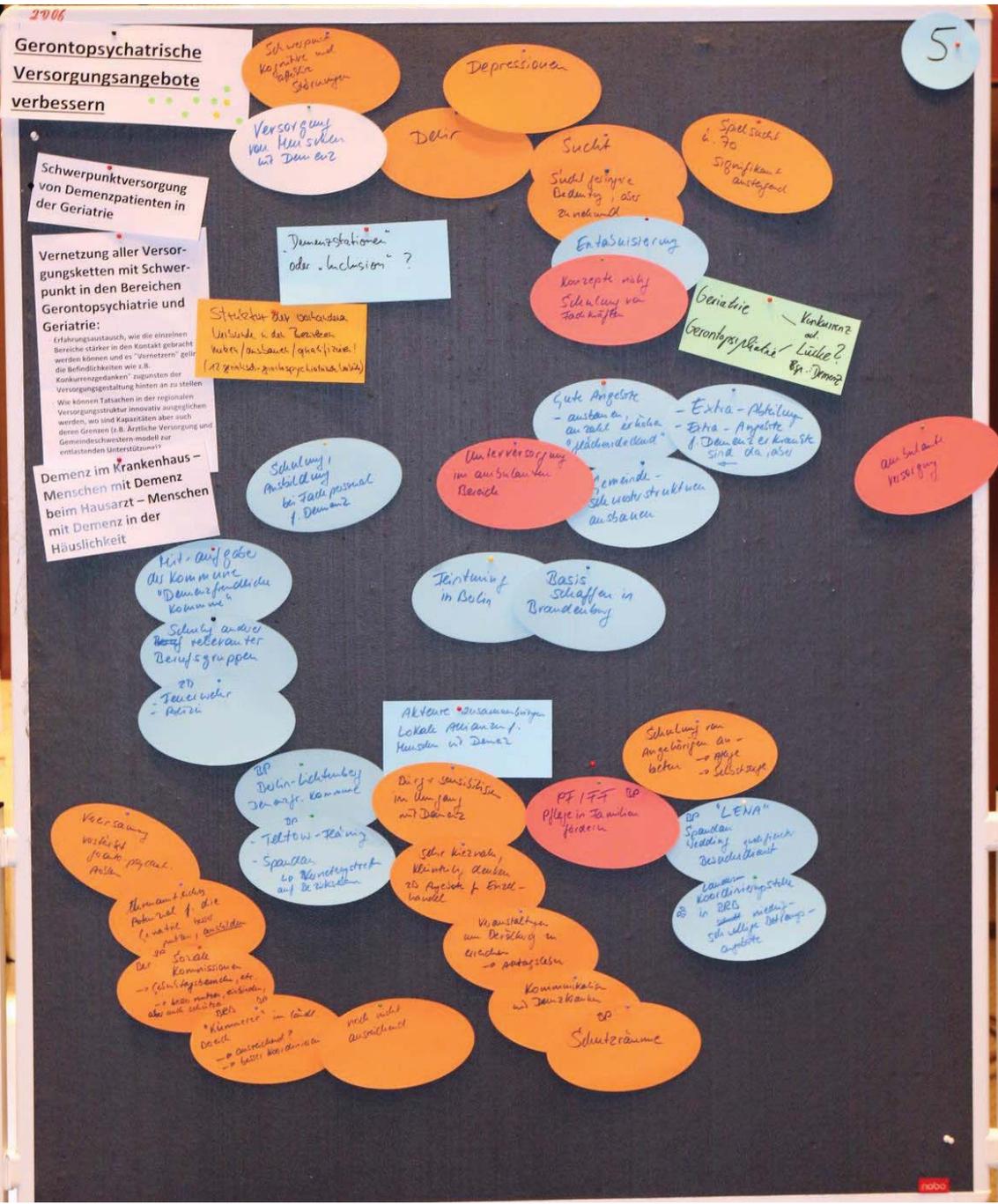


Abbildung A10: thematische Clusterung der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Gerontopsychiatrische Versorgungsangebote verbessern

Unterthema	Stichworte
Zielgruppen	<ul style="list-style-type: none"> • Schwerpunkt kognitive und affektive Störungen • Versorgung von Menschen mit Demenz • Depression • Delir • Sucht • Sucht geringe Bedeutung, aber zunehmend • Spielsucht Ü70 signifikant ansteigend • Enttabuisierung • Konzepte nötig; Schulung von Fachkräften • Schulung, Ausbildung bei Fachpersonal für Demenz • Demenz und Unfälle etc. weitere Erkrankungen • Spezielle Angebote für Spezialfälle: junge Menschen mit Demenz
Versorgung Demenzkranker im Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik • Versorgung Demenzkranker im Akutkrankenhaus • Demenzpatient „passt“ nicht in Strukturen im Krankenhaus • Zeittaktung im Krankenhaus demenzfreundlich anpassen • Demenzfreundliche Architektur • Spezialstation für Patienten mit herausforderndem Verhalten • „Demenzstationen“ oder „Inklusion“ • Stationäre Pflege • Selten: qualifiziert gerontopsychiatrisch aufgestellt • Entlastungsangebote an Kliniken im SGB V analog SGB XI 87b → Übertragbarkeit prüfen • Unterstützung des KH-Personals → Begleitdienste etc. • Schulungen für Personal im Krankenhaus im Umgang mit Menschen mit Demenz • Best Practice: Multiplikatoren schulen pro Station eine Person • Grenzen von Medikation – besser: Atmosphäre schaffen • Rechtzeitig in Pflegeeinrichtungen überweisen → soziale Integration
Prävention und Frühdiagnostik von Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Früherkennung → Informationskette → Hausarzt, Angehörige, Hilfsmittel • Umgang mit Frühdiagnostik verbessern • Best Practice: GB Safe Guarding Rechtsanspruch auf Assessment innerhalb von 28 Tagen → was wird benötigt? • Früherkennung in der Klinik → Angehörige unterstützen • Beratung zu Prävention • Assessment im hausärztlichen Bereich flächendeckend durchführen • Finanzierung von Prävention erleichtern • Präventionsangebote für Risikogruppen entwickeln
Gerontopsychiatrische Versorgung im ambulanten Bereich	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Versorgung • Unterversorgung im ambulanten Bereich • Gute Angebote: ausbauen, Anzahl erhöhen, flächendeckend • Festigung in Berlin, Basis schaffen in Brandenburg • Gemeindegewerbestrukturen ausbauen • Qualitätsdiskussion im ambulanten Bereich • Niedergelassener Arzt besser in IV-Verträge einbinden • Vermeidung von Drehtüreffekten • Geriatriische Institutsambulanzen + Tagesklinik zur Entlastung Hausarzt • Brandenburg: Tageskliniken defizitär, Entgelte zu niedrig • Struktur der vorhandenen Verbände nutzen/ ausbauen/ qualifizieren! (12 geriatrisch-gerontopsychiatrische Verbände)
Psychisch kranke, ältere Menschen im sozialen Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Vereinsamung verstärkt gerontopsychiatrisches Problem • Sehr kieznah, kleinteilig denken, z.B. Angebote für Einzelhandel • Akteure zusammenbringen – lokale Allianzen für Menschen mit Demenz • Bürger sensibilisieren im Umgang mit Demenz

	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit Demenzkranken • Veranstaltungen, um Bevölkerung zu erreichen → Alltagsleben • Schulung anderer relevanter Berufsgruppen, z.B. Feuerwehr, Polizei • Ehrenamtliches Potential für die Geriatrie nutzen/ ausbilden • Mit-Aufgaben der Kommune – „demenzfreundliche Kommune“ • Best Practice: Berlin-Lichtenberg Demenzfreundliche Kommune • Best Practice: LENA Spandau Wedding Qualifizierter Besucherdienst • Best Practice: Brandenburg „Kümmerer“ im ländlichen Bereich – ausreichend? Besser koordinieren • Koordinierungsstelle in Brandenburg – niedrighschwellige Betreuungsangebote • Best Practice: Teltow-Fläming, Spandau → Vernetzungstreffen auf Bezirksebene • Best Practice: Berlin Soziale Kommissionen → Geburtstagsbesuche etc. → besser nutzen, einbinden, aber auch schützen • Best Practice: Schutzräume • Best Practice: Japan: Kombination Pflegeheim für sozial schwierige Kinder (+Waisen) + Pflegeheim für Demenzkranke → „adoptieren“ Kinder • Best Practice: Kooperation Kindereinrichtung und Pflegeeinrichtung, z.B. Klettwitz z.B. Kunstprojekte • Schulung von Angehörigen anbieten: Pflege, Selbstvorsorge • Best Practice: PFIFF Pflege in Familie fördern • Noch nicht ausreichend
Schnittstellen und Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatrie – Gerontopsychiatrie: Konkurrenz oder Lücke? Bsp. Demenz • Kooperation zwischen Geriatrie und Gerontopsychiatrie • Vernetzung Gerontopsychiater mit z.B. Somatik • Sicherstellung der passgenauen verzahnte somatisch-psychiatrischen Behandlung bzw. vice versa • Engere Vernetzung zwischen Neurologen, stationären Geriater; neurologisch-geriatrische Kooperation • Solidarische Finanzierung geriatrischer Versorgung • IV-Verträge Kassen ambulant-stationär • IV-Verträge wettbewerbsneutral gestalten • PSG → wird finanzielle Ressourcen öffnen • Angebotspakete: qualitätsgesichert, wirtschaftlich, verhandelt • Einbeziehung der Pharma-Industrie • Problematik: geriatrischer Patient mit psychischem Problem oder psychiatrischer Patient mit Geriatrie • In der Psychiatrie werden gerontopsychiatrische Patienten oft nicht aufgenommen, sondern an Geriatrie übergeben • Stationär: Überprüfung, dass in angemessenem Umfang gerontopsychiatrische Versorgung in der Psychiatrie erfolgt • Geriatrisch-gerontopsychiatrische Komplexpauschalen • Heimarztmodell auf fachliche Versorgung übertragen • Gerontopsychiater geht durch Pflegeheime ½ Jahr → gab es Problem mit KV

Abbildung A12: thematische Clusterung der Pinnwand-Ergebnisse des Workshops Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Geriatrie

Unterthema	Stichworte
Begriff	<ul style="list-style-type: none"> • Berufspolitisch vs. Allgemeinverständnis • Begriffsklärung Geriatrie – Altersmedizin • Schulmedizin • Geriatrie = Qualität für sich • Geriatrie als Querschnittsdisziplin
Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung der Aus- und Weiterbildung in geriatrischer Kompetenz (Weiterbildungsordnung) • Wesentlicher Bestandteil der Geriatrie in allen Gesundheitsberufen • Altersmedizin als integraler Bestandteil (Querschnittswissen)
Planungsfragen	<ul style="list-style-type: none"> • Facharztstandard in der Geriatrie • Keine neuen Solitärgeriatrien • Gleiche Strukturvorgaben im Plan für Fach- und Allgemeinkrankenhaus (für Geriatrie) • Verbindlich vernetzte Strukturen • Hürden der Umsteuerung von vollstationär in teilstationär abbauen
Qualitätsstandards	<ul style="list-style-type: none"> • Indikatoren für Lebensqualität • Es geht um Lebensqualität! • Beschreibung von Strukturqualität • Strukturqualität verbindlich machen und nachhalten • Ergebnisqualität im Auge behalten (einschließlich follow up) • Qualitätsmerkmal: Wiederaufnahmequote • Zertifizierung von Prozessen • Einbindung von Ehrenamtlichen in den Qualitätsprozess • Personalschlüssel definieren und finanzieren • Ergebnisqualität definieren
Infrastruktur	<ul style="list-style-type: none"> • Qualität durch Versorgungsverbünde • Nachhaltigkeit durch ambulantes Netzwerk • Z.B. Institutsambulanz als Nukleus • Vernetzung als Qualitätsstandard • Länderübergreifendes Denken in Gesundheitsregionen • Schaffung von wirtschaftlichen Infrastrukturen (Erreichbarkeit sichern) • Mobile Strukturen berücksichtigen oder Zentren • Ärztlich-therapeutische Versorgung in Heimen ausbauen • Einschließlich SGB XI (Pflegestützpunkte, Wohnformen...) • Mitgliedschaft im BV für Geriatrie
Fachkräfte	<ul style="list-style-type: none"> • Fachpersonal auf neue Altersgruppe ausrichten (junge Alte) • Kontrovers diskutiert • Kompetenz und Arbeitskraft der älteren Fachkräfte länger erhalten • Erfahrungswissen konservieren • Raum für Zuwendung sichern in der Geriatrie • Pflegeroboter • Pflegeberuf „aufwerten“ • Schulung von Case-Managern (wenn keine 24h Präsenz eines Geriaters in der Notaufnahme möglich ist) • Geriatrische Zusatzausbildung von Hausärzten
Forschung	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsstudien für altersmedizinische Fragestellungen auf den Weg bringen • Mit Blick auf gemeinsame Krankenhausplanung Berlin Brandenburg • Wissenschaftliche Grundlagenforschung fordern und fördern • Wenn schon Forschung, dann Versorgungsforschung
Transparenz	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung über die Leistung der Geriatrie • Qualitätstransparenz für alle Beteiligten (u.a. Hausarzt, Angehörige, Krankenhaus)
Abrechnung Bund	<ul style="list-style-type: none"> • InEK Kodierrichtlinien qualitätsorientiert auf Geriatrie ausrichten

9.2 Teilnehmerliste

Abbildung A13: Teilnehmerliste Auftaktveranstaltung Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung, 5.12.2014

	Titel	Vorname	Name	Institution
1		Detlef	Albrecht	Verband Evangelischer Krankenhäuser und stationärer Pflegeeinrichtungen in Berlin-Brandenburg, Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V., Mitglied 90a Gremium, Expertenkreis Handlungsfeld 3
2		Sabine	Bartels	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
3		Chris	Behrens	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
4		Gerlinde	Bendzuck	Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V.
5		Wiltrud	Brändle	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
6	Senator	Mario	Czaja	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
7	Staatssekretärin	Emine	Demirbüken-Wegner	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
8	Dr.	Christine	Eichler	Evangelisches Zentrum für Altersmedizin Potsdam
9		Andrea	Gärtner	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
10	Ministerin	Diana	Golze	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
11		Klaus	Grimm	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
12	Dr. med.	Liane	Grützner	DRK-Krankenhaus Luckenwalde
13		Elke	Harms	Bezirksamt Mitte von Berlin
14	Dr.	Eric	Hilf	Sana Klinikum Lichtenberg
15		Margarete	Hoffmann	Knappschaft Bahn See, Mitglied 90a Gremium
16		Donald	Ilte	Landesamt für Soziales und Versorgung
17		Michael	Jacob	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
18		Meike	Jäger	ver.di Landesbezirk Berlin-Brandenburg, Expertenkreis Handlungsfeld 3
19		Marlies	Jensen	Seniorenrat des Landes Brandenburg e.V.
20		Gerald	Jüngling	Evangelisches Johannesstift Wichernkrankenhaus GmbH
21	Dr. med.	Rainer	Koch	Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe
22	Dr. Dr.	Claus	Köppel	Klinik für Geriatrie Bad Belzig, Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin
23		Enrico	Kreutz	IKK Brandenburg und Berlin, Mitglied 90a Gremium

24	Dr.	Bianca	Lehmann	Agenon Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH
25		Gabriele	Lukas	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
26		Annett	Lux	Deutsche Rentenversicherung Bund
27		Wiebke	Minowitz	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse
28		Katharina	Möhr	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
29		Petra	Pravemann	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
30	Dr. med.	Kathrin	Rosenberg	Evangelisches Krankenhaus Gottesfriede Woltersdorf
31		Dirk	Rothenpieler	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
32		Lutz-Peter	Sandhagen	Verband privater Kliniken und Pflegeeinrichtungen Berlin-Brandenburg e. V., Mitglied 90a Gremium
33	Dr.	Jens	Schick	Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, Vorsitzender Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft
34	Dr.	Karin	Schmidt	Landesverband Geriatrie der BAG Geriatrie, Klinikum Niederlausitz
35	Dr.	Jens-Uwe	Schreck	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e.V., Mitglied 90a Gremium, Expertenkreis Handlungsfeld 3
36		Andrea	Schütze	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
37	Dr. med.	Andreas	Schwitzke	Vitanas Klinik für Geriatrie Märkisches Viertel
38		Michael	Steinbach	BKK Landesverband Mitte
39	Dr. med.	Bettina	Steinmüller	Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau
40	Dr. med.	Christian	Stofft	Sankt Gertrauden-Krankenhaus GmbH
41	Prof. Dr.	Hans-Peter	Thomas	Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge
42	Prof. Dr.	Heinz	Völler	Klinik am See, Stiftungsprofessur Rehabilitationswissenschaften Universität Potsdam, Mitglied Expertenkreis Handlungsfeld 3
43	Dr.	Matthias	Voth	Ruppiner Kliniken Neuruppin
44		Cornelia	Wagner	Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Oberspreewald Lausitz e.V.
45		Ines	Westfahl	BIG direkt gesund
46		Andreas	Wieling	IKK Brandenburg und Berlin, Mitglied 90a Gremium
Referenten				
1		Lutz	Freiberg	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, Mitglied Expertenkreis Handlungsfeld 3
2	Dr.	Sabine	Hermann	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales

3		Sibylle	Kraus	St. Hedwigs-Kliniken
4	Dr.	Timo	Schöpke	Vivantes Klinikum am Urban
5	Dr.	Peter	Thomaßen	Havelland Kliniken
6		Dirk	van den Heuvel	Bundesverband Geriatrie
Moderation				
1		Elimar	Brandt	Borghardtstiftung zu Stendal, PflegeZukunfts-Initiative e. V., Mitglied Expertenkreis Handlungsfeld 3
2		Bastian	Kuhse	ZukunftsAgentur Brandenburg, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft
3	Dr.	Anke-Britt	Möhr	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, Mitglied 90a Gremium, stv. Vorsitzende Handlungsfeldes 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft
4		Harald	Mylord	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Handlungsfeldmanager Handlungsfeld 3 im Cluster Gesundheitswirtschaft
5		Jasmin	Russak	Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie, Verantwortliche Integrativthema Alternde Gesellschaft im Cluster Gesundheitswirtschaft
6		Katrin	Ulmer	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales
7		Michael	Zaske	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

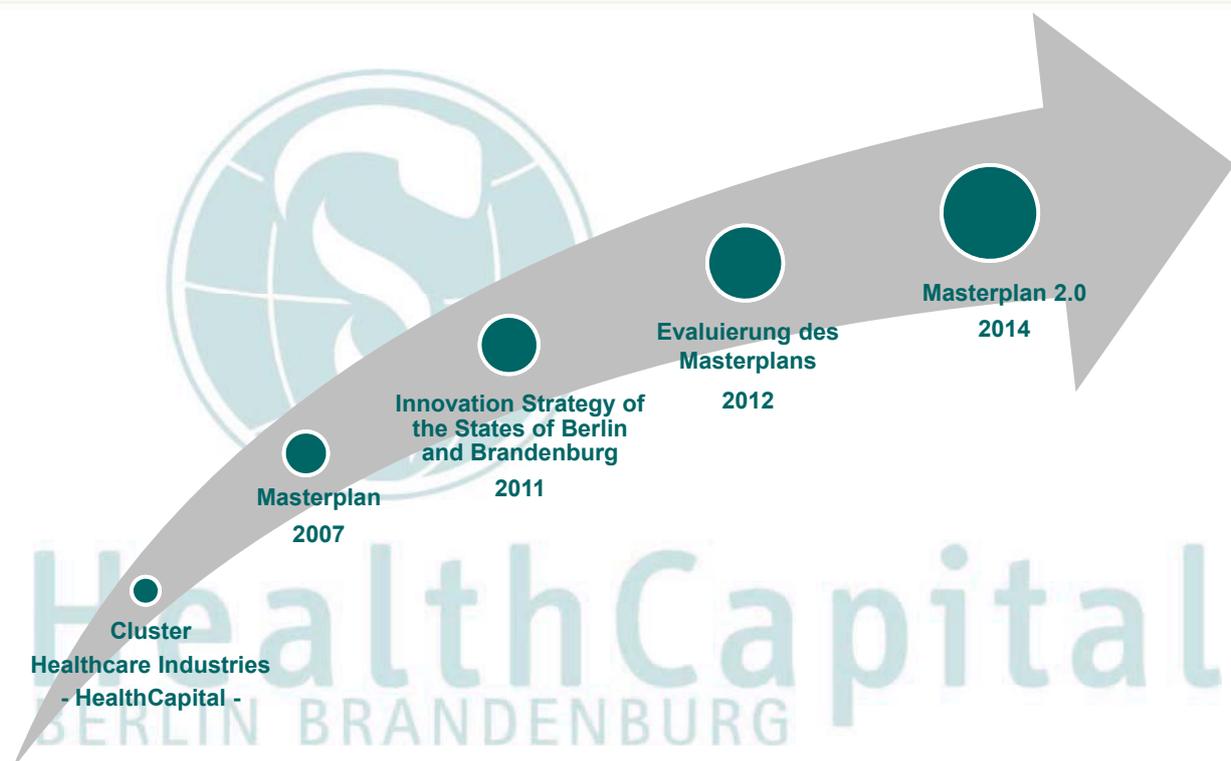
Auftaktveranstaltung „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ 2014 zum Thema Altersmedizin/Geriatrie

Dr. Jens Schick

Vorsitzender des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“
Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG



Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg – HealthCapital



Clustermanagement Team

HF 1

Biotechnologie und
Pharma

HF 2

Medizintechnik

HF 3

Neue
Versorgungsformen
und Rehabilitation

HF 4

Gesundheitsförderung,
Prävention und
Gesundheitstourismus

Integrativthema - Fachkräfte

Integrativthema – Ansiedlung und Bestandsentwicklung

Integrativthema - Internationalisierung

Integrativthema - E-Health

Integrativthema – Alternde Gesellschaft

Experten des HF3

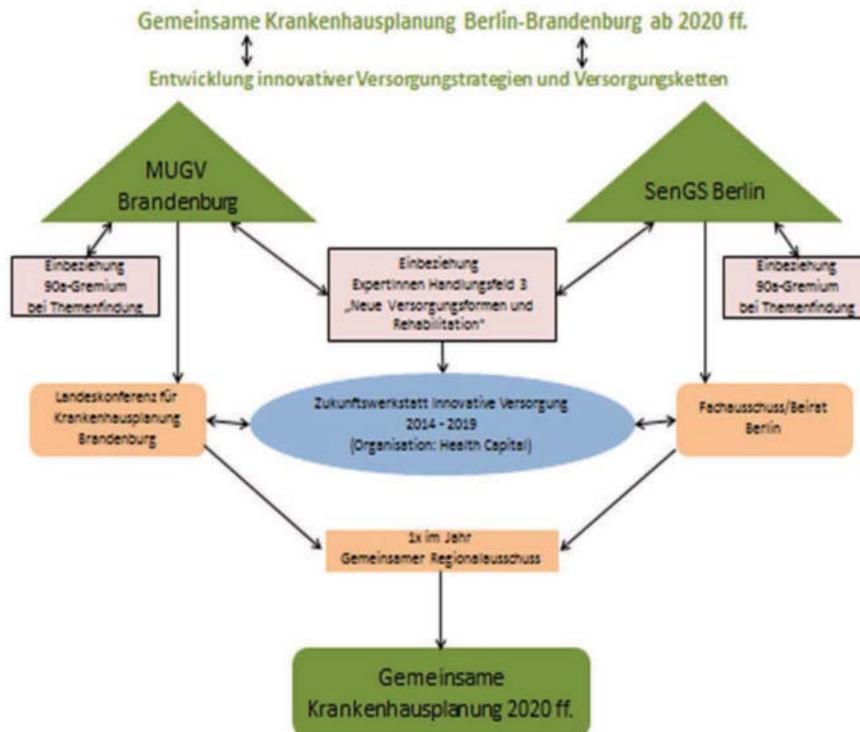
Name	Institution	Position
Albrecht	Verband Evangelischer Krankenhäuser und Borghardtstiftung zu Stendal,	Geschäftsführer
Brandt	Pflegezukunftsinitiative	Vorstand
Dr. Bronner	Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH	Leiterin der Stabsstelle Medizinstrategie, Qualitäts- und Prozessmanagement der Vivantes - Netzwerk für Gesundheit GmbH
Prof. Busse	Technische Universität Berlin	
Frau Rossbach	Deutsche Rentenversicherung Bund	
Freiberg	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg	Unternehmensbereichsleiter Verträge, Forschung und Entwicklung
Grebner	Klinikum Ernst von Bergmann	Vorsitzender der Geschäftsführung
Greuel	MVZ-Pinel gGmbH	Geschäftsführung
Hain	MEDIAN-Kliniken GmbH & Co. KG	Geschäftsführer (CEO)
Heese	Initiative Gesundheitswirtschaft Brandenburg e.V.	Vorstandsvorsitzender
Dr. Jäger	Ärztenez Südbrandenburg	
Jäger	Ver.di	Landesbezirksfachbereichsleiterin
Dr. Möhr	AOK Nordost - Die Gesundheitskasse	Geschäftsführerin
Nicodemus	RENAFAN GmbH	Prokuristin
Dr. Schick	Sana Kliniken	Vorstand
Dr. Schreck	Landeskrankenhausgesellschaft Brandenburg e. V.	Geschäftsführer
Stähler	DRK Kliniken Berlin	Geschäftsführer
Dr. Tropens	Oberhavel Kliniken	Geschäftsführer
Prof. Völler	Klinik am See	ÄD

Thematische Schwerpunkte	Im Masterplan benannte Maßnahmen/Methoden	Maßnahmen 2014/2015
Innovative Versorgungsformen aufbauen	<ul style="list-style-type: none"> Benennung einer Modellkommune für innovative Versorgungsformen Modelle neuer Sektor übergreifender Versorgungsansätze 	<ul style="list-style-type: none"> Modellprojekt Geriatrische Versorgung in Templin Ausrichtung „Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung „
Fachkräftemangel begegnen	<ul style="list-style-type: none"> Datenlage zur Fachkräftesituation weiter verbessern Transparenz schaffen um neue Maßnahmen und Projektansätze zu identifizieren länderübergreifende Initiativen anstoßen 	<ul style="list-style-type: none"> Einrichtungsbefragung zu Gesundheitsberufen Update Ausbildungsatlas Messe „Gesundheit als Beruf“ (jährlich) Aktualisierung Publikation „Studium Gesundheit“
IT-gestützte Optimierungsprozesse und Telemedizin-Projekte vorantreiben	<ul style="list-style-type: none"> Aufbau IT-gestützter Optimierungsprozesse in Versorgungseinrichtungen vorantreiben aufbauend auf der Expertise bestehender Modellprojekte in der Region – weitere Ansätze in der Telemedizin zu verfolgen 	<ul style="list-style-type: none"> Barcamp 2.0 ConHit Clusterkonferenz zum Thema Health-IT
Rehabilitation in neue Versorgungsformen integrieren	<ul style="list-style-type: none"> Einbindung der Rehabilitationseinrichtungen beim Aufbau Sektor übergreifender Kooperationsbeziehungen Modellprojekte identifizieren und unterstützen Transparenz schaffen 	<ul style="list-style-type: none"> Tele-Reha Projekt „Re-MoveIT“ Update Reha-Portal Messe Reha –Care

Zukunftswerkstatt

Querschnittsthemen für die sektorenübergreifende Versorgung (Werkstattgespräche)





Format der Veranstaltung:

- Einmal im Jahr (zunächst 2014-2020)
- Rund 50 Teilnehmer (nicht öffentlich)
- Veranstaltungsort alternierend zwischen Berlin und Brandenburg
- Ergebnisse werden aufbereitet und dokumentiert
- Vorbereitung der Werkstattgespräche durch HF-Manager und einer Steuerungsrunde
- Externe Kompetenz national wie international sollte eingebunden werden

Zielgruppen:

- Handlungsfeldexperten
- Kostenträger
- Themenspezifische Akteure
- Verwaltungen
- Vertreter der Bezirke bzw. Kommunen
- Leistungserbringer



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung

-

Bedeutung geriatrischer Versorgungskonzepte

05. Dezember 2014

RA Dirk van den Heuvel
Geschäftsführer des BV Geriatrie e.V.

Warum bedarf es einer innovativen Versorgung? Demografischer Effekt!



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Zusätzlicher Kapazitätsbedarf 2020:

Zusätzlicher Kapazitätenbedarf 2020	Krankenhaus	Rehabilitation	Geriatrie	Gesamt
Demografischer Effekt	3.205	1.837		5.043
Geriatrische Pat. anderer FA	9.654	1.548		11.202
Gesamt	12.859	3.385		16.244

Quelle: Weißbuch Geriatrie, Bundesverband Geriatrie (Hrsg), Stuttgart 2010

Das entspräche nahezu einer Verdoppelung der Geriatrie-Kapazitäten innerhalb von einem Dutzend Jahren!
(2007: 17.111 Geriatrie-Betten, davon 10.599 nach §109 und 6.512 nach §111 SGB V)

Warum bedarf es einer innovativen Versorgung? Aktuelle Fehlversorgung!

Woher kommt der Anstieg der geriatrischen Patienten? Nur zum kleineren Teil aus der demografischen Entwicklung. Die meisten sind heute schon im KH – nur nicht unbedingt in der Geriatrie!

Geriatritypisches Profil Akutkrankenhäuser Patienten >70 J.	>= 10 ND	Fallzahlen 2007	Fallzahl geriatrisches Profil	Szenario 1 (25%)	Szenario 2 (10%)
Allgemeine Chirurgie	10%	2.508.083	248.866	62.217	24.887
Augenheilkunde	0%	334.142	895	224	89
Dermatologie	1%	176.099	2.083	521	208
Innere Medizin	14%	6.474.457	915.284	228.821	91.528
Neurochirurgie	7%	220.029	16.410	4.102	1.641
Neurologie	19%	726.485	135.701	33.925	13.570
Orthopädie/Unfallchirurgie	6%	1.566.100	91.788	22.947	9.179
Urologie	3%	713.272	23.006	5.751	2.301
Gesamt				387.511	155.004

Quelle: Weißbuch Geriatrie, BV Geriatrie (Hrsg), 2010. Leseprobe: 10% aller allgemein-chirurgischen Patienten in Deutschland haben mind. zehn Nebendiagnosen und sind über 70 Jahre alt. Würden davon nur 10% in Geriatrien behandelt, wären das 24.887 Patienten... insgesamt mehr als 150.000!

Versorgungsumfeld

- ▶ **Wachsende Zahl** von Patienten mit alters-medizinischem Behandlungsbedarf (s.o.)
 - ▶ In der Geriatrie + in anderen Fachabteilungen
- ▶ Bei **weiter steigendem Alter** (multimorbid, gebrechlich, chronisch)
- ▶ Bei wachsenden Möglichkeiten zu **altersgemäßen schonenden interventionellen Behandlungen** in Akut-Abteilungen (minimal-invasive OPs, Katheter, Anästhesie) – immer ältere / kränkere Patienten
- ▶ Steigende **Fallzahlen** insbesondere bei
 - ▶ Herzinsuffizienz
 - ▶ Degenerative Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparats
 - ▶ Tumor und andere maligne Erkrankungen
- ▶ Insbesondere mit den **Ko-Morbiditäten**
 - ▶ Demenz und andere psychiatrische Erkrankungen (insbes. Depression)
- ▶ Mit dem Bedürfnis nach **wohntnaher Versorgung**, möglichst **außerhalb stationärer Einrichtungen**

Geriatric care is specialized on this need for care



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

Geriatric care

- is interdisciplinary
 - based on a multiprofessional team (Medical Service; Speech, Language and Swallow Therapy; Nursing; Psychological Service; Physiotherapy; Palliative Care; Physical Therapy; Nutrition Counseling; Ergotherapy; Social Service)
 - works cross-sectorally: sets up early rehab in the hospital, is its own rehab department and part of ambulatory care (also „downstream care“)
 - moves politically between GKV (SGB V) and Pflegeversicherung (SGB XI)
 - is network-oriented and structured (e.g. Discharge Management)
- these „requirements“ on the health system have been politically demanded for years
- represent a modern health care system
- Aber:** „Care approach/concept“ contrasts with the structure of the general care system in the German health system! (Budget- and sector boundaries, different financing methods and QS as well as federal regulations ...)

RA Dirk van den Heuvel

05. Dezember 2014 | Berlin

Care approaches



BUNDESVERBAND
GERIATRIE

- ▶ Akutisierung: Geriatric care begins with hospital admission
- ▶ Kombinierung: „Geriatric care + XX“, newer examples:
 - ▶ Geriatric care + Accident Surgery („Geriatric Traumatology“)
 - ▶ Geriatric care + (Interventional) Cardiology / Heart Surgery
 - ▶ Geriatric care + Neurology
 - ▶ and further cooperations
- ▶ Spezialisierung:
 - ▶ Special topic Cognitive Geriatric care
 - ▶ Special topic Palliative Geriatric care
- ▶ Vorbeugung: Prevention / Health Promotion
- ▶ Integrierung: The geriatric care network
- ▶ Ambulantisierung: Geriatric care „clearing station“ for frictionless transitions / targeted treatment path

RA Dirk van den Heuvel

05. Dezember 2014 | Berlin

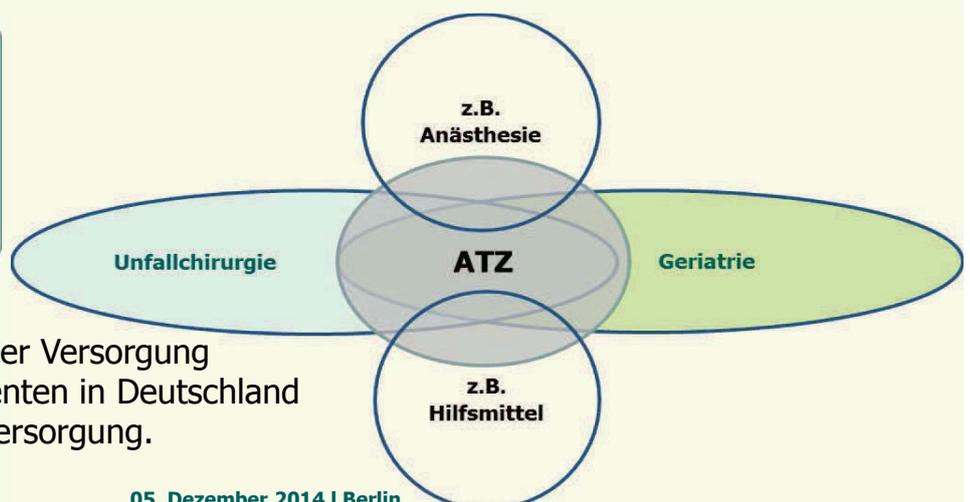
- ▶ Akutisierung: Geriatrie beginnt auf der Notaufnahme
- ▶ **Kombinierung**: „Geriatrie + XX“, neuere Beispiele:
 - ▶ Geriatrie + Unfall-Chirurgie („Alterstraumatologie“)
 - ▶ Geriatrie + (Interventionelle) Kardiologie / Herz-Chirurgie
 - ▶ Geriatrie + Neurologie
 - ▶ und weitere Kooperationen
- ▶ Spezialisierung:
 - ▶ Sonderthema Kognitive Geriatrie
 - ▶ Sonderthema Palliative Geriatrie
- ▶ Vorbeugung: Prävention / Gesundheitsförderung
- ▶ Integrierung: Der geriatrische Versorgungsverbund
- ▶ Ambulantisierung: Geriatriische ‚Abklärungsstelle‘ für reibungsfreie Übergänge / zielgerichtete Behandlungsbahnung

Beispiel: atz - Alterstraumatologisches Zentrum

- ⇒ Entwicklung und dauerhafte Umsetzung einer funktionalen und strukturellen Konzeption für die medizinisch-inhaltliche Kooperation im Sinne eines medizinischen Kompetenzzentrums
- ⇒ umfassende Reintegration des Alterstraumapatienten in sein soziales Umfeld
- ⇒ Ermöglichung und Sicherstellung der gesellschaftlichen Teilhabe



Eine Initiative zur Förderung und Sicherung der Qualität der Versorgung alterstraumatologischer Patienten in Deutschland im Bereich der stationären Versorgung.



- ▶ Akutisierung: Geriatrie beginnt auf der Notaufnahme
- ▶ Kombinierung: „Geriatrie + XX“, neuere Beispiele:
 - ▶ Geriatrie + Unfall-Chirurgie („Alterstraumatologie“)
 - ▶ Geriatrie + (Interventionelle) Kardiologie / Herz-Chirurgie
 - ▶ Geriatrie + Neurologie
 - ▶ und weitere Kooperationen
- ▶ **Spezialisierung**:
 - ▶ Sonderthema Kognitive Geriatrie
 - ▶ Sonderthema Palliative Geriatrie
- ▶ Vorbeugung: Prävention / Gesundheitsförderung
- ▶ Integrierung: Der geriatrische Versorgungsverbund
- ▶ Ambulantisierung: Geriatriische ‚Abklärungsstelle‘ für reibungsfreie Übergänge / zielgerichtete Behandlungsbahnung

Beispiel Spezialisierung Kognitive Geriatrie (Demenzversorgung)

- ▶ Sowohl als
 - ▶ Einweisungsdiagnose
 - ▶ Nebendiagnose
- ▶ Kern-Auftrag: Versorgung von Geriatrie-Patienten mit kognitiven Einschränkungen, insbes. Demenz-Kranken
- ▶ Geriatrie bietet strukturelle Vorteile
 - ▶ besonderes räumliches Setting („Wohnzimmer“, Therapieraum, Rundlauf, Licht-/ Farbkonzept)
 - ▶ besonderes medizinisches / therapeutisches Konzept (Behandlungsteam, „kein KH-Takt“)
- ▶ Keimzelle für ein demenzfreundliches Krankenhaus
- ▶ Anknüpfungspunkt für „Spezialstationen“

- ▶ Akutisierung: Geriatrie beginnt auf der Notaufnahme
- ▶ Kombinierung: „Geriatrie + XX“, neuere Beispiele:
 - ▶ Geriatrie + Unfall-Chirurgie („Alterstraumatologie“)
 - ▶ Geriatrie + (Interventionelle) Kardiologie / Herz-Chirurgie
 - ▶ Geriatrie + Neurologie
 - ▶ und weitere Kooperationen
- ▶ Spezialisierung:
 - ▶ Sonderthema Kognitive Geriatrie
 - ▶ Sonderthema Palliative Geriatrie
- ▶ Vorbeugung: Prävention / Gesundheitsförderung
- ▶ Integrierung: Der geriatrische Versorgungsverbund
- ▶ Ambulantisierung: Geriatriische ‚Abklärungsstelle‘ für reibungsfreie Übergänge / zielgerichtete Behandlungsbahnung

Geriatrischer Versorgungsverbund Ausgangsfrage ...

- Wie kann man, ...
 - ... ein stark sektoriertes Gesundheitssystem ...
 - ... mit unflexiblen Budgetgrenzen ...
 - ... und föderalen geriatrischen Versorgungskonzepten und Strukturen ...
 - ... mit regionalen Gewichtungen ...zu einem „Grundkonzept“ zusammenführen?
 - ohne bestehende und funktionierende Versorgungsstrukturen zu gefährden,
 - gleichzeitig jedoch Vernetzung und Interdisziplinarität fördern und
 - Raum für Weiterentwicklungen schaffen
 - und dabei den Patienten mit seinem individuellen, fachspezifischen Rehabilitationsbedarf nicht aus den Augen zu verlieren, sondern in den Mittelpunkt der Versorgung stellen?
- Zentrum + Vernetzung → Innovativer Ansatz!**

Geriatrischer Versorgungsverbund

Entwicklung der geriatrischen Strukturen

Anforderungen

- Patientenzentriertheit
- Versorgungsindividualität
- sektorenübergreifender Verbund
- hohe Komplexität
- modularer, flexibler Aufbau

Leistungen

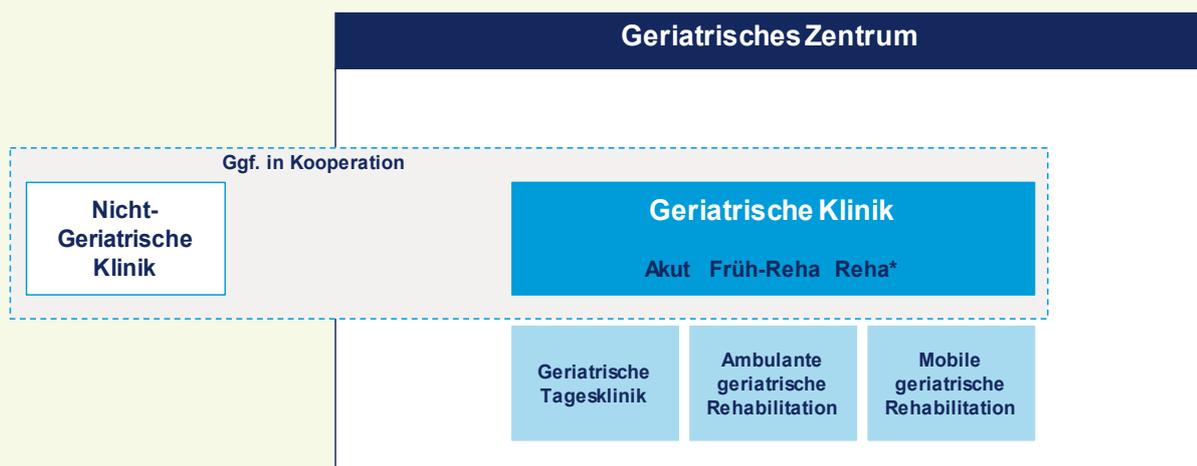
- Screening
- multidimensionales Assessment
- zeitnahe Versorgung
- Care-Management
→ Angebote vernetzen
- Case-Management
→ Koordinierte Bereitstellung



Kombination: Vorteile Geriatrisches Zentrum + Geriatrisches Netzwerk

Geriatrischer Versorgungsverbund

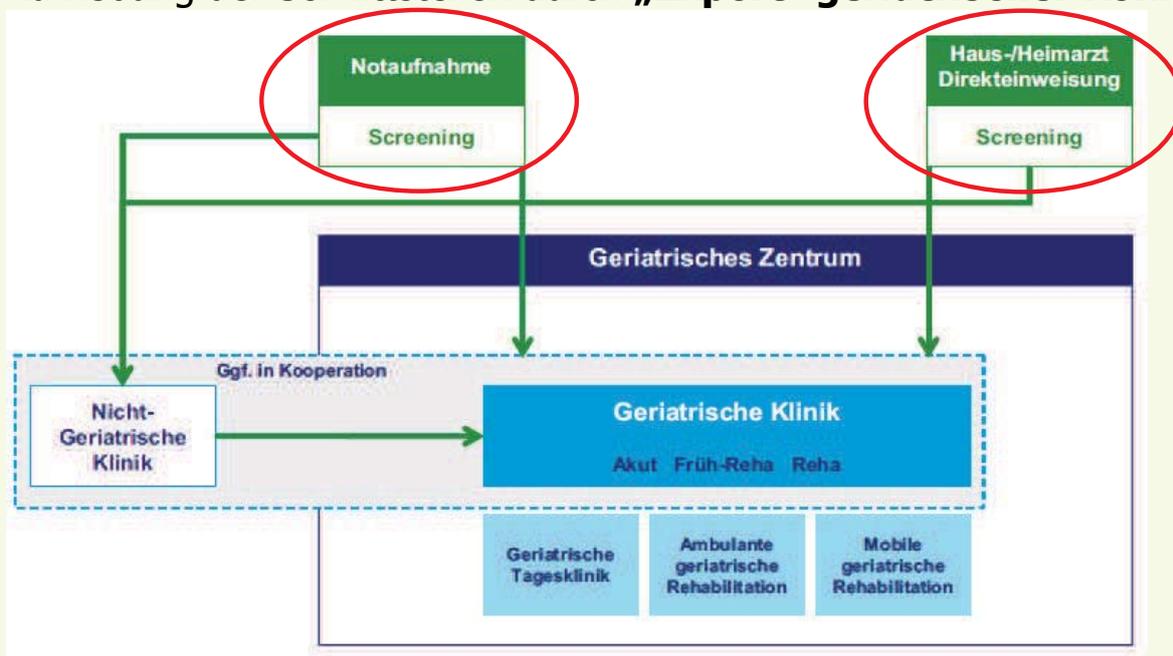
Entwicklung der geriatrischen Strukturen



Das Geriatrische Zentrum innerhalb des Versorgungsverbundes

- führt die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung durch
- kooperiert mit nicht-geriatrischen Kliniken
- koordiniert kollegial die geriatrische Behandlung mit den niedergelassenen Ärzten und anderen beteiligten Institutionen
- überwindet sektorale Schranken und stellt die Bedürfnisse des geriatrischen Patienten in den Mittelpunkt

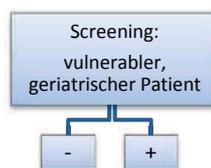
- **Screening** = Schlüsselstelle (Patientenaufnahme; Beginn des Behandlungsfalls) → nicht jeder alte Patient ist ein geriatrischer Patient
- Aufhebung der Schnittstellen durch „Export“ geriatrischer Kompetenz



RA Dirk van den Heuvel

05. Dezember 2014 | Berlin

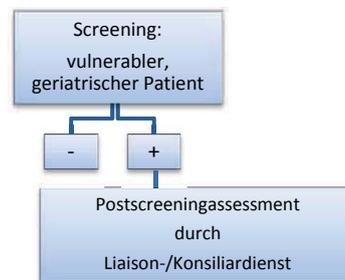
Geriatrischer Versorgungsverbund



ISAR* Notaufnahme-Screening

Hilfebedarf	<input type="checkbox"/> JA	1
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
Akute Veränderung des Hilfebedarfs	<input type="checkbox"/> JA	1
2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
Hospitalisation	<input type="checkbox"/> JA	1
3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
Sensorische Einschränkung	<input type="checkbox"/> JA	1
4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
Kognitive Einschränkung	<input type="checkbox"/> JA	1
5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
Multimorbidität	<input type="checkbox"/> JA	1
6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	0
	SUMME:	_____

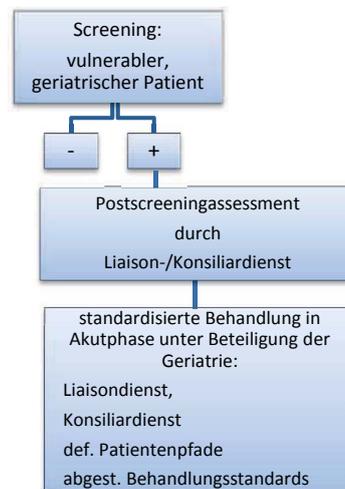
Geriatrischer Versorgungsverbund



- Geriatrisch Qualifizierte(r) Pflegemitarbeiter(in) (Zecur o. ä.) befindet sich regelmäßig (2 x wöchentlich ?) auf den Stationen der kooperierenden nichtgeriatrischen Klinikabteilung.
- Ihm (Ihr) werden alle neu aufgenommenen, positiv gescreenen Patienten vorgestellt.
- Mit ihrer (seiner) Expertise erfolgt die Weichenstellung für die geriatrische Weiterbehandlung.
- Bei Bedarf kann sie (er) dabei jederzeit den ärztlichen geriatrischen Konsiliardienst beteiligen.
- Ein(e) in der Geriatrie erfahrene(r) Arzt (Ärztin) steht der kooperierenden Klinik als Konsiliardienst zur Beratung oder Mitbehandlung der Patienten während der Behandlung in der nichtgeriatrischen Klinik zur Verfügung.

Der geriatrische Versorgungsverbund

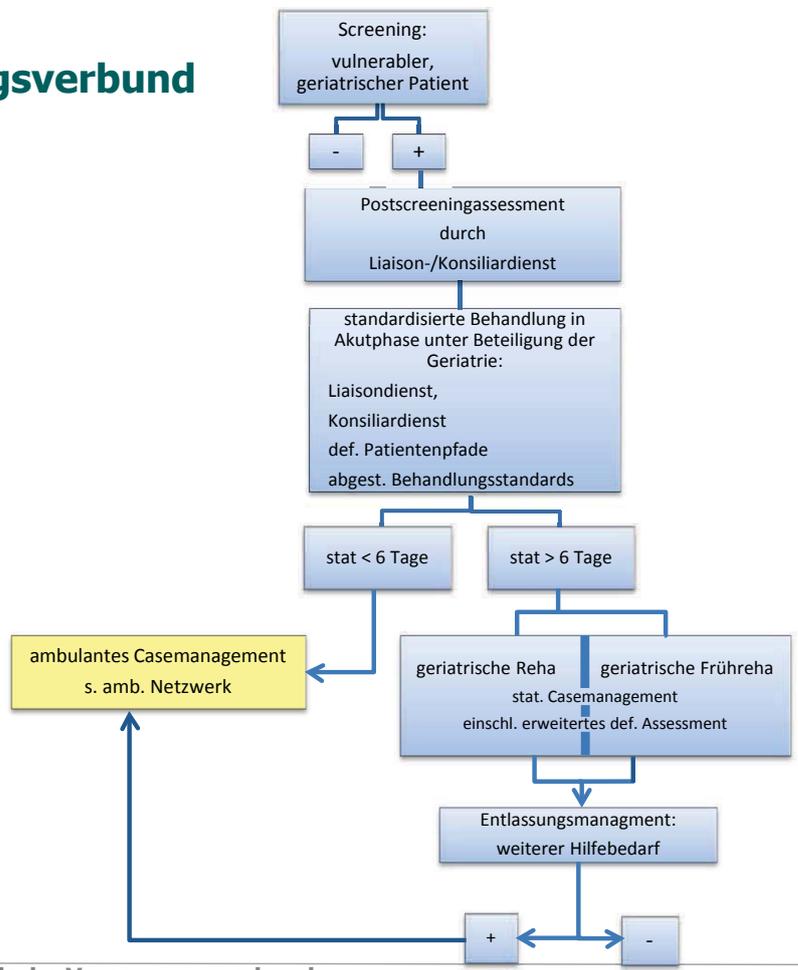
Geriatrischer Versorgungsverbund



- Im Dialog zwischen Geriatrie und nichtgeriatrischer Klinik werden Patientenfade und gemeinsame Behandlungsstandards abgestimmt.

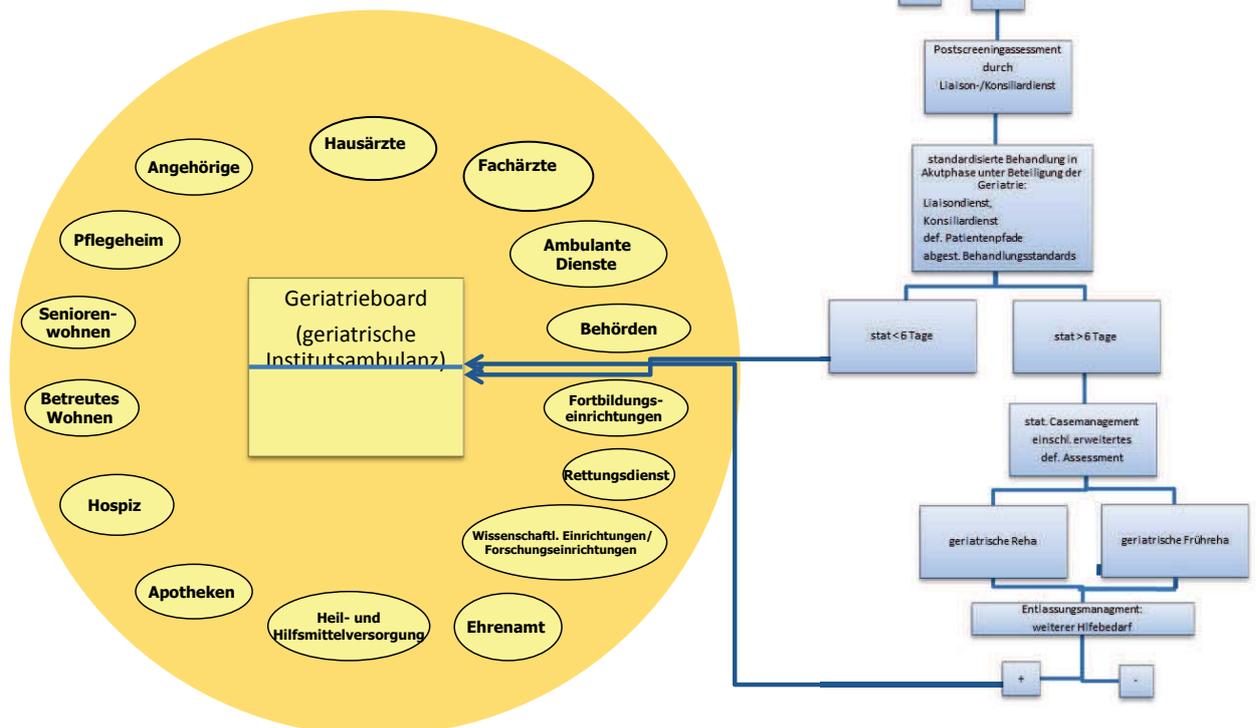
Der geriatrische Versorgungsverbund

Geriatrischer Versorgungsverbund



Der geriatrische Versorgungsverbund

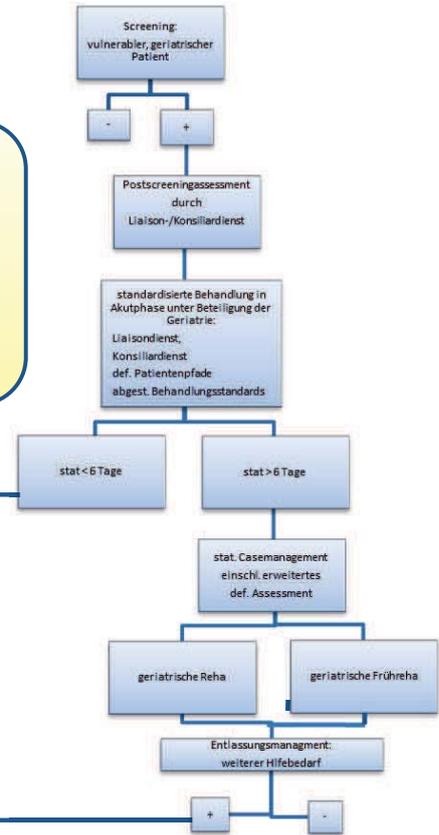
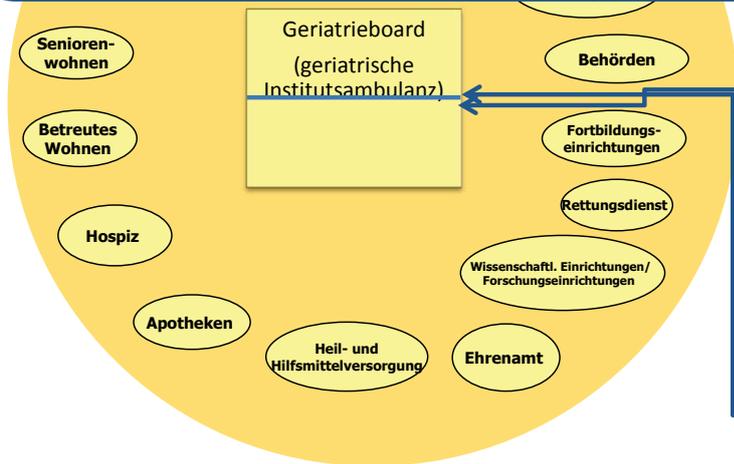
Geriatrischer Versorgungsverbund



Der geriatrische Versorgungsverbund

Geriatrischer Versorgungsverbund

Das geriatrische Zentrum errichtet das Geriatrieboard als Plattform für Fallbesprechungen (vergleichbar dem Tumorboard der Onkologie). Evtl. ist eine Teilnahme durch Videokonferenz möglich.



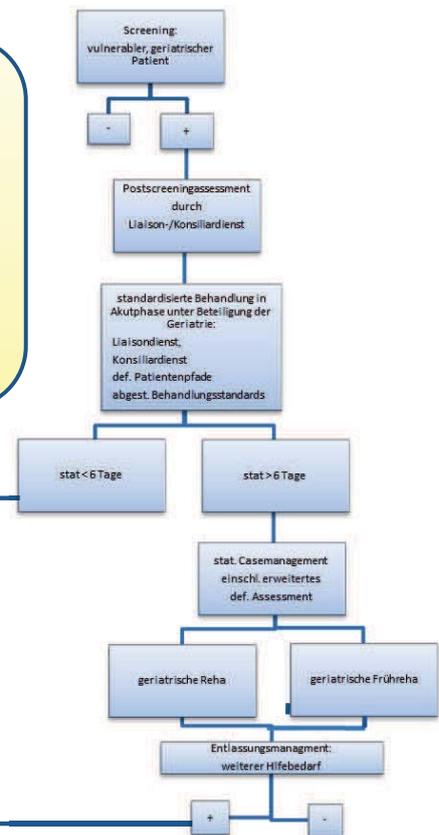
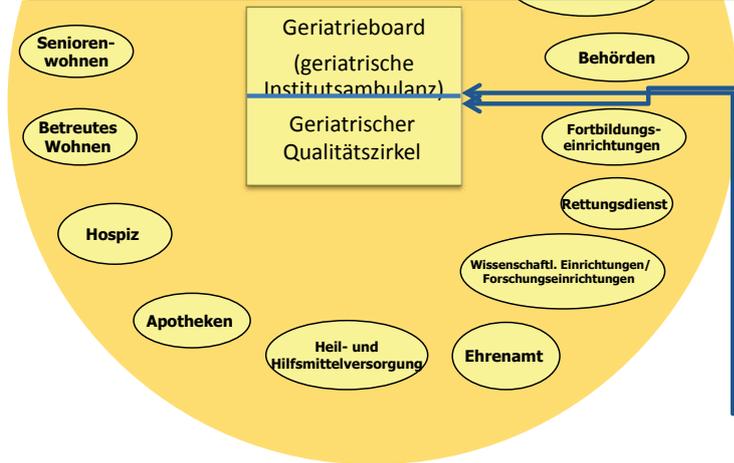
Der geriatrische Versorgungsverbund

Geriatrischer Versorgungsverbund

Das geriatrische Zentrum gründet mit seinen Kooperationspartnern einen regionalen Arbeitskreis zur Gesundheitsprävention, zur Verbesserung der Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge geriatrischer Patienten. (z.B. qualifizierte Angebote für Menschen mit Demenz)

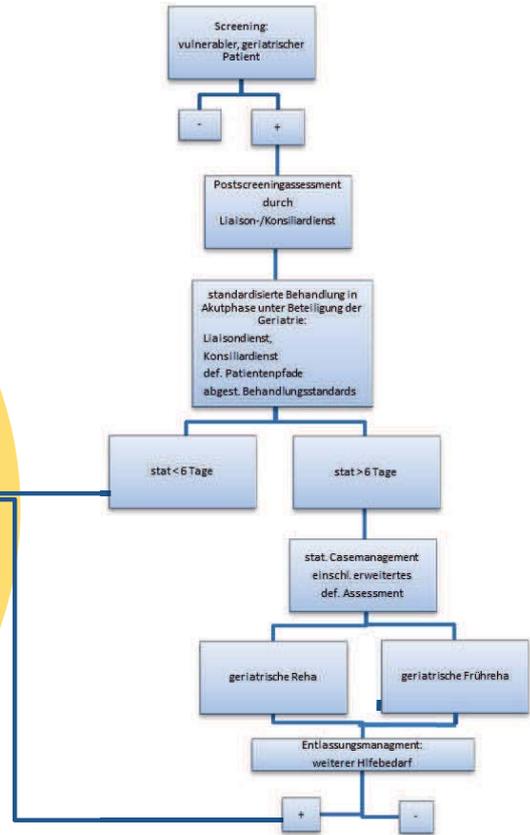
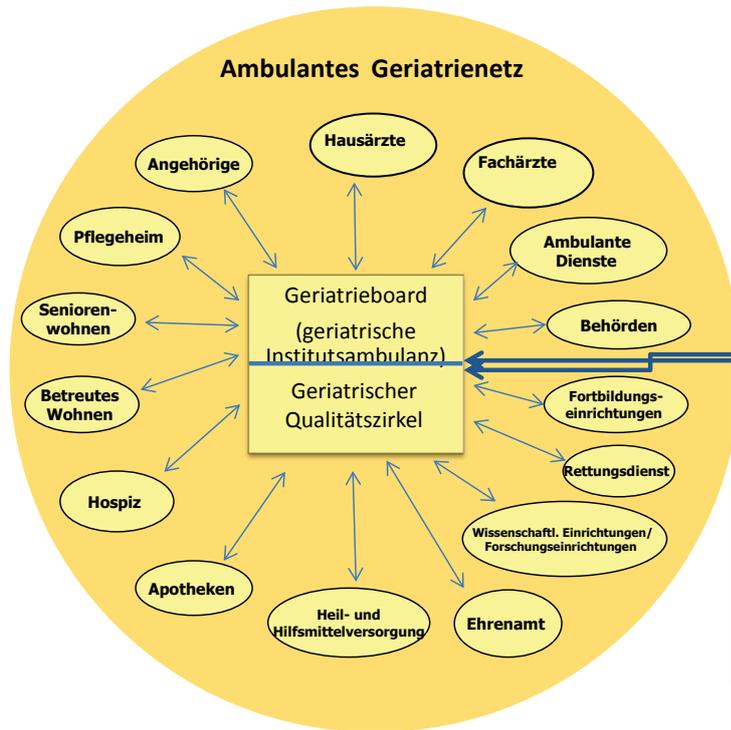
Zu den Aufgaben des Arbeitskreises gehören:

- Projektinitiierung orientiert an örtlichen Erfordernissen
- Abstimmung der Strukturen und Prozesse unter den beteiligten Partnern
- Anpassung des Projekts an erforderliche Veränderungen
- Festlegung von Qualitätsstandards
- Evaluation und Dokumentation

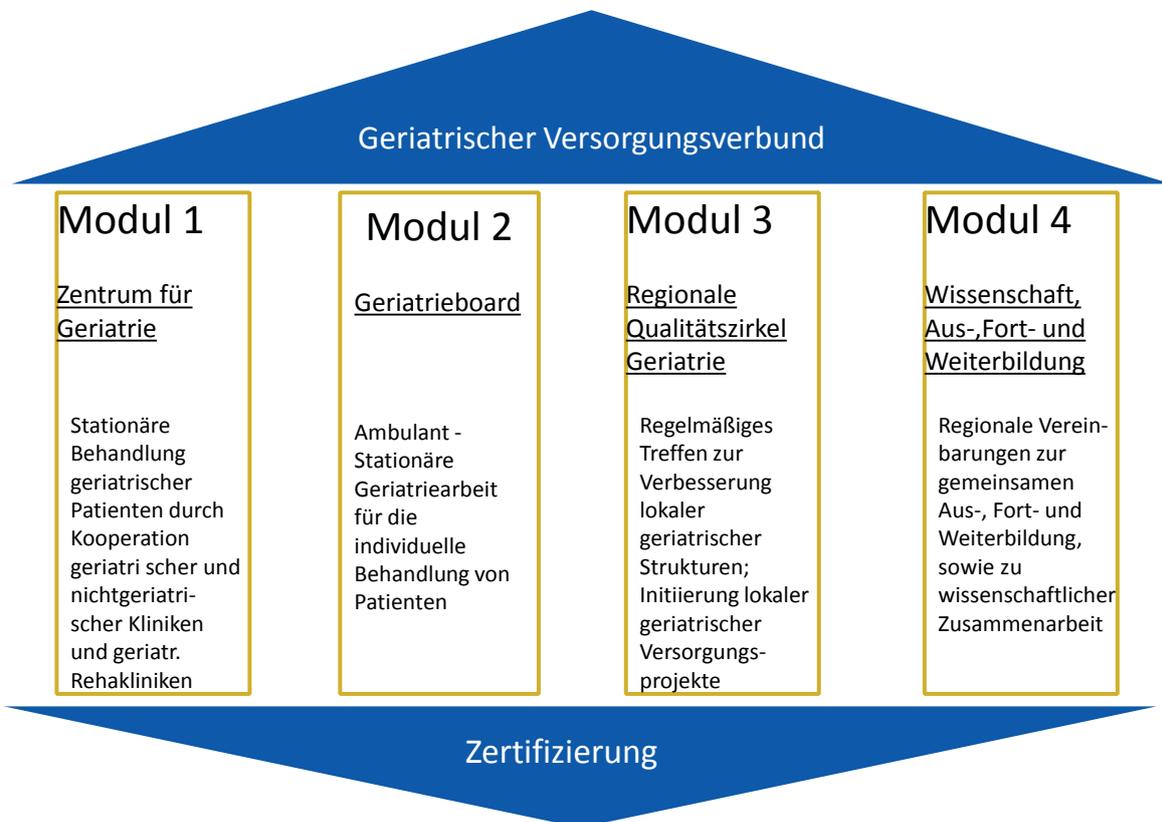


Der geriatrische Versorgungsverbund

Geriatrischer Versorgungsverbund



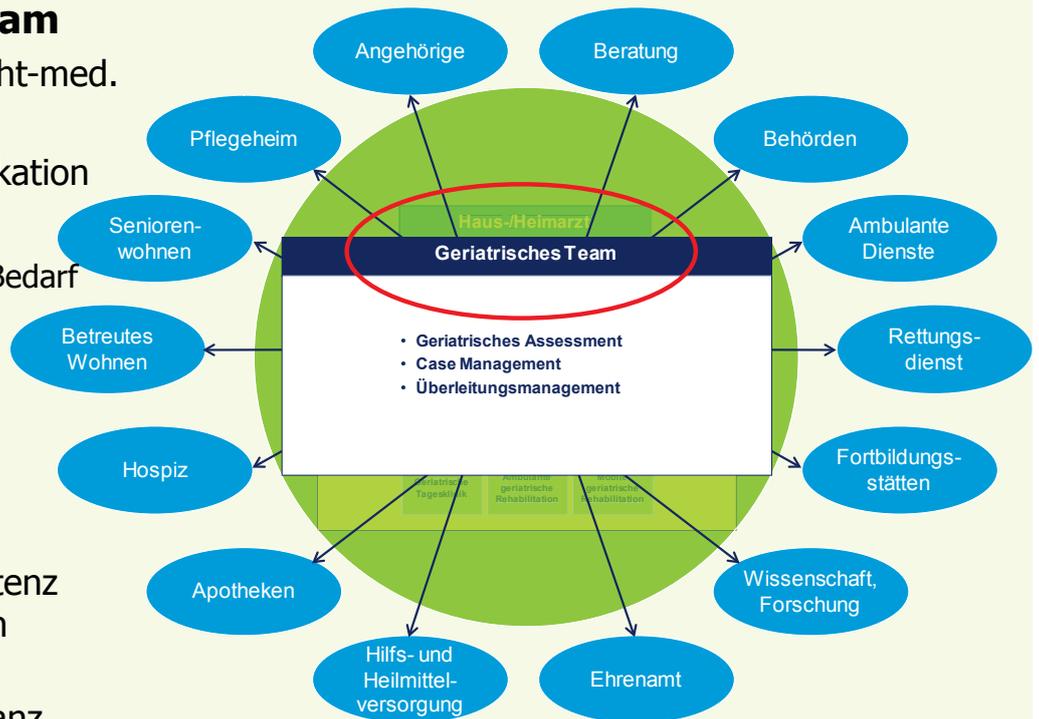
Der geriatrische Versorgungsverbund



Der geriatrische Versorgungsverbund

Geriatrisches Team

- Bindeglied zu nicht-med. Verbundpartnern
- Mitarbeiterqualifikation
- Projektarbeit
 - nach lokalem Bedarf
 - Qualität
 - Prozesse und Strukturen



Problembereiche:

- Zentrumszuschläge
- Geriatrische Kompetenz im niedergelassenen Bereich
- Ger. Institutsambulanz (GIA)

Versorgungsansätze

- ▶ Akutisierung: Geriatrie beginnt auf der Notaufnahme
- ▶ Kombinierung: „Geriatrie + XX“, neuere Beispiele:
 - ▶ Geriatrie + Unfall-Chirurgie („Alterstraumatologie“)
 - ▶ Geriatrie + (Interventionelle) Kardiologie / Herz-Chirurgie
 - ▶ Geriatrie + Neurologie
 - ▶ und weitere Kooperationen
- ▶ Spezialisierung:
 - ▶ Sonderthema Kognitive Geriatrie
 - ▶ Sonderthema Palliative Geriatrie
- ▶ Vorbeugung: Prävention / Gesundheitsförderung
- ▶ Integrierung: Der geriatrische Versorgungsverbund
- ▶ Ambulantisierung: Geriatrische ‚Abklärungsstelle‘ für reibungsfreie Übergänge / zielgerichtete Behandlungsbahnung

- Ganzheitlicher Versorgungsansatz:
im Gegensatz zu anderen Indikationen besitzt die Geriatrie einen ganzheitlichen Behandlungsansatz in der Patientenversorgung → dieser kommt gerade betagten und hochbetagten Menschen mit chronischen Erkrankungen zu Gute, indem die Lebensqualität erhalten, ggf. verbessert wird
- Reha vor Pflege / Entlastung der Pflegeversicherung:
durch eine geriatrische Behandlung können betagte und hochbetagte Menschen v. a. mit chronischen Krankheiten einer Unterbringung in einem Pflegeheim entgehen; ebenso können evtl. bereits vorhandene Pflegestufen erhalten bzw. eine Verschlimmerung dieser in eine nächst höhere Stufe vermieden werden
- geriatrischer Versorgungsverbund:
Umsetzung versorgungspolitischer Grundsätze, somit ist die Geriatrie durch den sich derzeitig und auch zukünftig vollziehenden Versorgungswandel hin zu einem Geriatrischen Versorgungsverbund „up to date“

Qualitätssicherung: Wo Geriatrie drauf steht muss Geriatrie drin sein

- Keine „Türschildgeriatrie“
- Geriatrie ist mehr als die einfache Addition von Einzelleistungen
- Vernetzung der Abläufe und Konzepte!
- ... auch in der Qualitätssicherung

... ein Beispiel ...

**Herzlichen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Herausforderungen und Handlungsfelder für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin

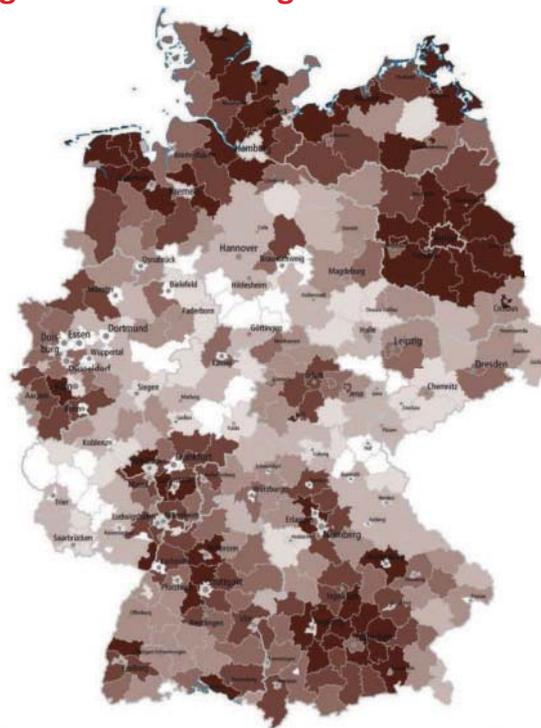
Dr. Sabine Hermann

„Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung“ 5.12.2014 zum Thema
Altersmedizin/Geriatrie

Gliederung

- 1. Schlaglichter zur soziodemografischen u. gesundheitlichen Lage Hochaltriger in Berlin (und Brandenburg)**
 - demografische Entwicklung
 - Potentiale und Defizite hochaltriger Menschen
- 2. Konzepte zur älter werdenden Gesellschaft**

Entwicklung der über 80-Jährigen bis 2030 in Deutschland (Veränderung zu 2009 in %)

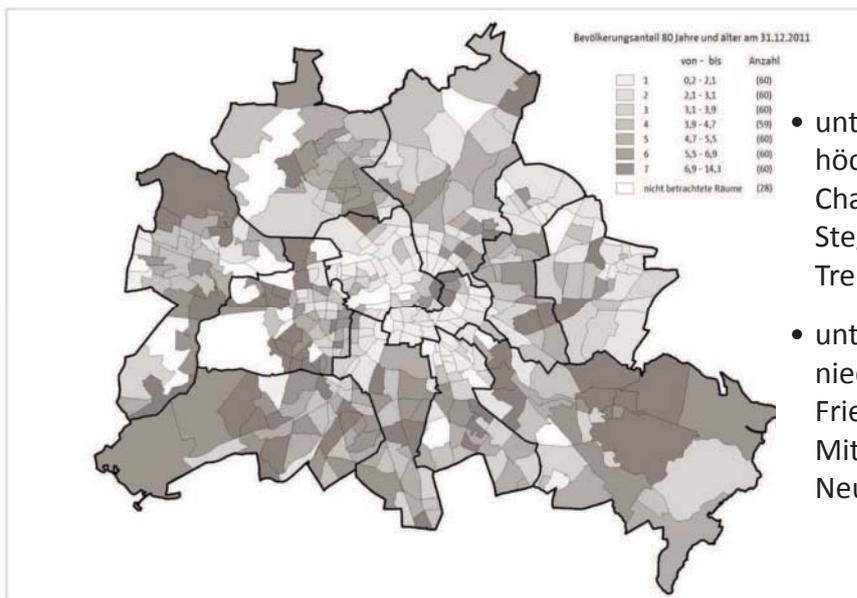


☐	unter	36
☐	36 bis unter	46
☐	46 bis unter	53
☐	53 bis unter	62
☐	62 bis unter	70
☐	70 bis unter	84
☐	84 und mehr	

- Zahl der hochaltrigen Menschen wird bis zum Jahr 2030 um 60 % zunehmen
- max: Brandenburg (93 %), Berlin (92 %)
- min: Hamburg (44 %), Bremen (42 %), Saarland (41 %)

Quelle: Bertelsmann

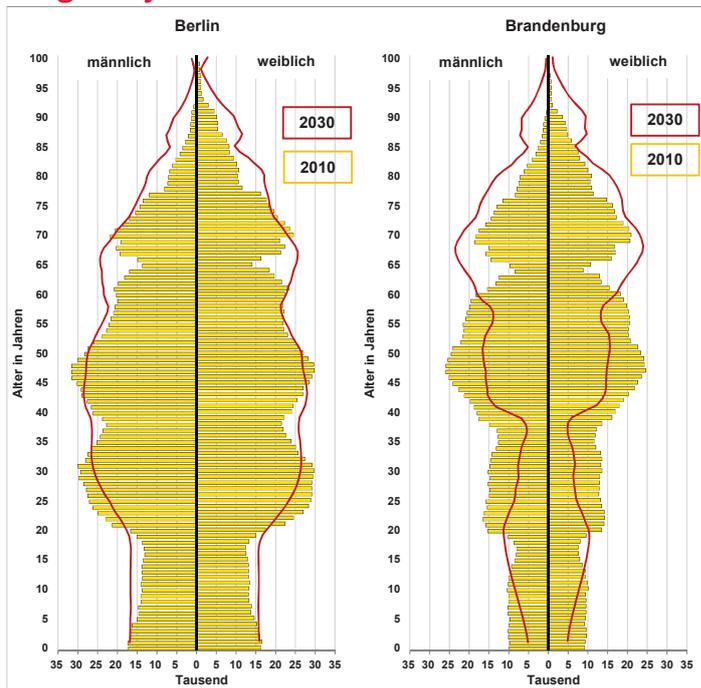
Anteil 80plus in Berlin auf Planungsraumebene am 31.12.2011 (in %)



- unter den 60 PL mit dem höchsten Anteil sind die BZ Cha-Wi mit 15 PL, Stegl-Zehl und Trep-Köp mit 9 PL vertreten
- unter den 60 PL mit den niedrigsten Anteil sind die BZ Fried-Kreuz mit 15 PL, Mitte mit 14 und Neukölln mit 8 PL vertreten

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

Altersaufbau der Bevölkerung in Berlin und Brandenburg aktuell sowie Prognosejahr 2030



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

- Altersaufbau B+BB weicht schon lange von der Idealform ab (stärkste Jahrgänge Kinder; Besetzungszahlen verringern sich allmählich aufgrund der Sterblichkeit)
- bevölkerungsstärkste Lebensjahre liegen derzeit in Berlin zwischen 45-48 J. mit jeweils rd. 30.000 M+F pro Altersjahr u. Geschlecht
- schaut man 20 Jahre voraus: werden auch 60- bis 70-Jährige mit jeweils 40.000 pro Jahrgang vertreten sein; 80+ verdoppelt sich
- in Brandenburg werden Jahrgänge 65-75 zukünftig am stärksten sein

Alterung in Berlin – auf dem Weg in die Seniorengesellschaft?

- bis zum Jahr 2030 wird die Zahl der Berliner/innen ab 50 Jahren voraussichtlich um 300 Tsd. auf 1,6 Mio. Personen (+20 %) steigen
 - etwa die Hälfte der Bevölkerung wird damit älter als 50 Jahre sein
- im Jahr 2030 werden doppelt so viele Menschen im Ruhestand (d. h. 65 Jahre und älter) sein als Kinder und Jugendliche in Berlin leben werden (Ältere: ca. 858.000; Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre: ca. 487.000)
- Zahl der über 80-Jährigen wird sich nahezu verdoppeln, von heute 140.000 auf 270.000
 - Anteil 80plus an Gesamtbevölkerung wird 2030 bei 7,4 % liegen (D 8,3 %)
- mit zunehmendem Alter steigt der Frauenanteil (50plus: 54 %, 80plus: 68 %) und der Anteil nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sinkt (8 %, 3 %)

Potentiale und Defizite hochaltriger Menschen (I)

- die Hälfte der über 65-Jährigen schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut ein („Gesundheit in Deutschland“ Robert Koch-Institut)
- Lebenserwartung: Berliner Frauen haben mit 83 Jahren eine um 5 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer (BB 82, 77 J.)
 - im Vergleich zu der Lebenserwartung vor 10 Jahren entspricht das einem Zugewinn von fast 3 Jahren bei Frauen und nahezu 4 Jahren bei Männern
 - 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

Quelle: SenGesSoz, I A

Potentiale und Defizite hochaltriger Menschen (II)

- mit steigendem Alter nimmt Risiko für 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 %)
 - derzeit sind in Berlin 108.000 Personen pflegebedürftig
 - die Zahl nahm in den letzten 10 Jahren bei Frauen um 20 % und bei Männern um 39 % zu
 - 50 % der Pflegebedürftigen sind 80plus; zwei Drittel Frauen

Quelle: SenGesSoz, I A

Potentiale und Defizite hochaltriger Menschen (III)

- Multimorbidität ist Hauptfaktor für ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter
- häufigste Behandlungsanlässe (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Altersdiabetes, Fettstoffwechselstörungen, Bronchialleiden, Rheuma/Arthrose, Demenz sowie Frakturen des Oberschenkelknochens) sind meist chronische Krankheiten
 - bei den über 80-jährigen waren unfall-, verletzungs- und vergiftungsbedingte Erkrankungen der zweithäufigste Einweisungsgrund ins Krankenhaus
 - Krankheiten sind häufig Folgeerscheinungen des Alters und auf langjähriges Einwirken von Risikofaktoren (z. B. Alkoholmissbrauch, Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsgewohnheiten mit daraus resultierenden Folgekrankheiten) zurückzuführen

Quelle: SenGesSoz, I A

Potentiale und Defizite hochaltriger Menschen (IV)

- als eine der großen Herausforderungen gelten Demenzen
 - in Berlin leben derzeit rd. 50.000 Demenzkranke - 2030 werden es bei der prognostizierten Zunahme hochaltriger Menschen über 70.000 sein (Demenz-Report 2011)
 - Demenz tritt zu über 90 Prozent ab 65 Jahren auf, mit dem 80sten Lebensjahr steigt das Erkrankungsrisiko steil an
 - in den vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen war 2011 die Hälfte der rd. 27.000 vollstationär betreuten pflegebedürftigen Personen demenzkrank (SenGesSoz, I A)

aktuelle Veranstaltungen: 16. Alzheimer Symposium am 7. Nov. 2014,
Regionalkonferenz Demenz am 3. Dez. 2014

Armutsrisiko von Menschen ab 65 Jahre in Berlin

- Armutsrisikoquote von Seniorinnen und Senioren liegt derzeit bei 8,1 % und damit deutlich unter dem Risiko in Berliner Gesamtbevölkerung (15,2 %) – aber: Altersarmutsrisiko gestiegen seit 2005 (5,5 %)
- höhere Armutsrisikoquote für die in das Rentenalter nachrückende Alterskohorte der 50- bis unter 65-Jährigen: 13,6 % (rd. 92.000)
- von den heutigen Berliner Rentnerinnen und Rentnern sind bereits mehr als 35.000 auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII (Sozialhilfe) angewiesen, da ihr Einkommen zur Deckung des Lebensunterhalts nicht ausreicht (5,5 % bzw. knapp jede/n Zwanzigste/n); Empfängerzahlen steigend

Quelle: SenGesSoz, I A

Weitere Informationen auf der Website und im GSI

www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/

www.gsi-berlin.info/



Auswirkungen des demografischen Wandels

- 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

Welche Konzepte zur älter werdenden Gesellschaft gibt es?!

Berliner Konzepte zur älter werdenden Gesellschaft

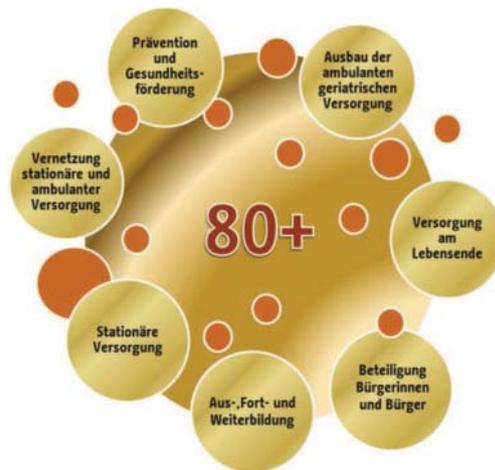
- Berlin hat in vielen Politikfeldern bereits umfangreiche Konzepte für die verschiedenen Versorgungsbereiche vorgelegt, die in Gesetzen, Rahmenempfehlungen oder Maßnahmenplänen (Fachplanungen) wesentliche Eckpunkte vorgeben:
 - Berliner Demographie-Konzept
 - Wachsende Stadt
 - Stadtentwicklungskonzept 2030
 - Leitlinien für die Seniorenpolitik
 - Landespflegeplan
 - Krankenhausplan
 - Gesundheitsziele der LGK „Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“
 - Infrastrukturkonzepte für wohnortnahe Versorgung (Pflegeunterstützung und Stadtteilzentren)
 - Hospizkonzept

Defizite trotz Konzepten

- große Defizite bestehen aus fachlicher Sicht nach wie vor im Bereich der sektorenübergreifenden, nachhaltigen Versorgung, die an die Lebens- und Alltagsbedingungen der Patientinnen und Patienten angepasst ist (vgl. dazu auch GMK-Beschluss 2014 „Gesundheit und Demografie)

- Konzept 80plus

zu Verbesserung von Schnittstellen und Übergängen in der Versorgung wurden von Experten der SenGesSoz 7 Handlungsfelder priorisiert



Bildung eines Netzwerks zur
Verbesserung der Lebensqualität
hochaltriger Menschen



Abbildung einer kompletten Versorgungskette älterer Mittmenschen

- Realität
- Planung



Geriatrische Strukturen im Havelland

...demographisches



Landkreis Havelland

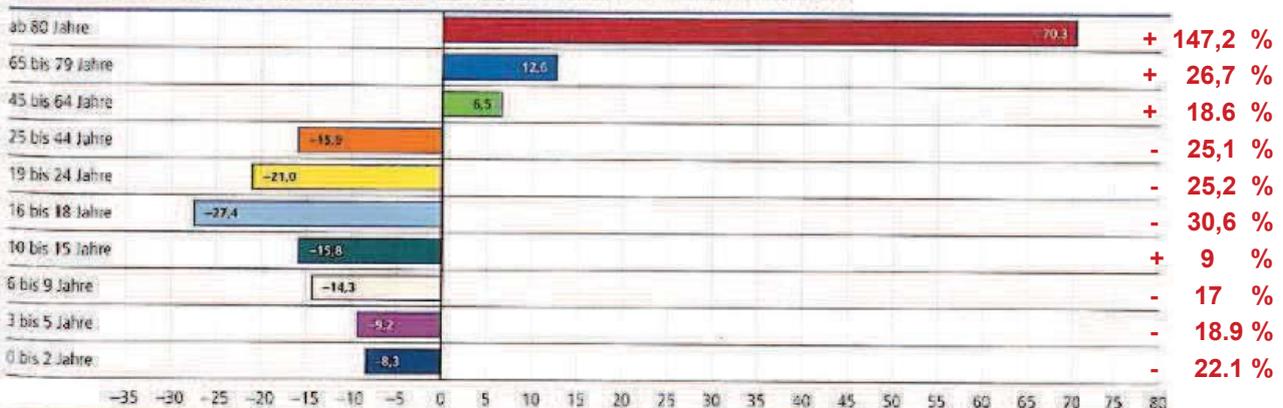
- **Einwohner:** 155.000
- **Kreisstadt:** Rathenow
- **Stationäre Versorgung:**
 - 2 Krankenhausstandorte (HVL-Kliniken) mit
 - insgesamt 507 Betten bzw. Plätzen
- **Ambulante Versorgung:**
 - 157 niedergelassene und angestellte Ärzte



Die demografische Entwicklung in Deutschland und dem Landkreis Havelland bis 2015

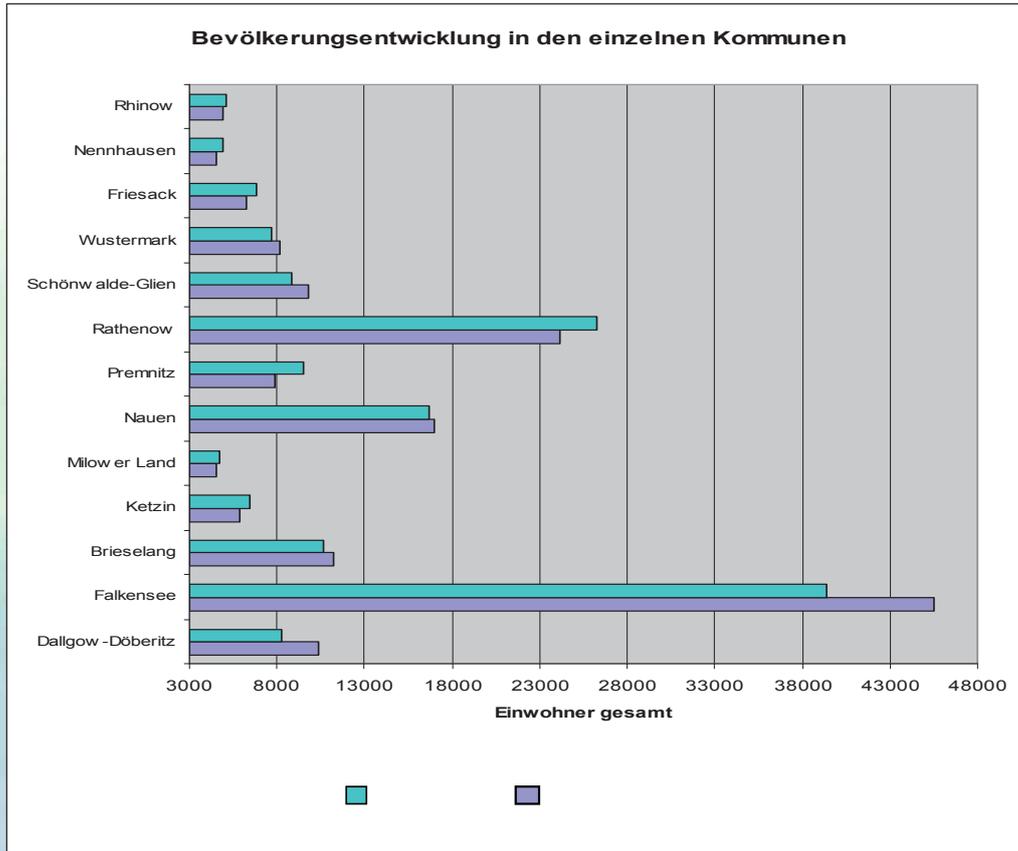
Landkreis
HVL

Relative Entwicklung der einzelnen Altersgruppen in Deutschland 2006 bis 2025

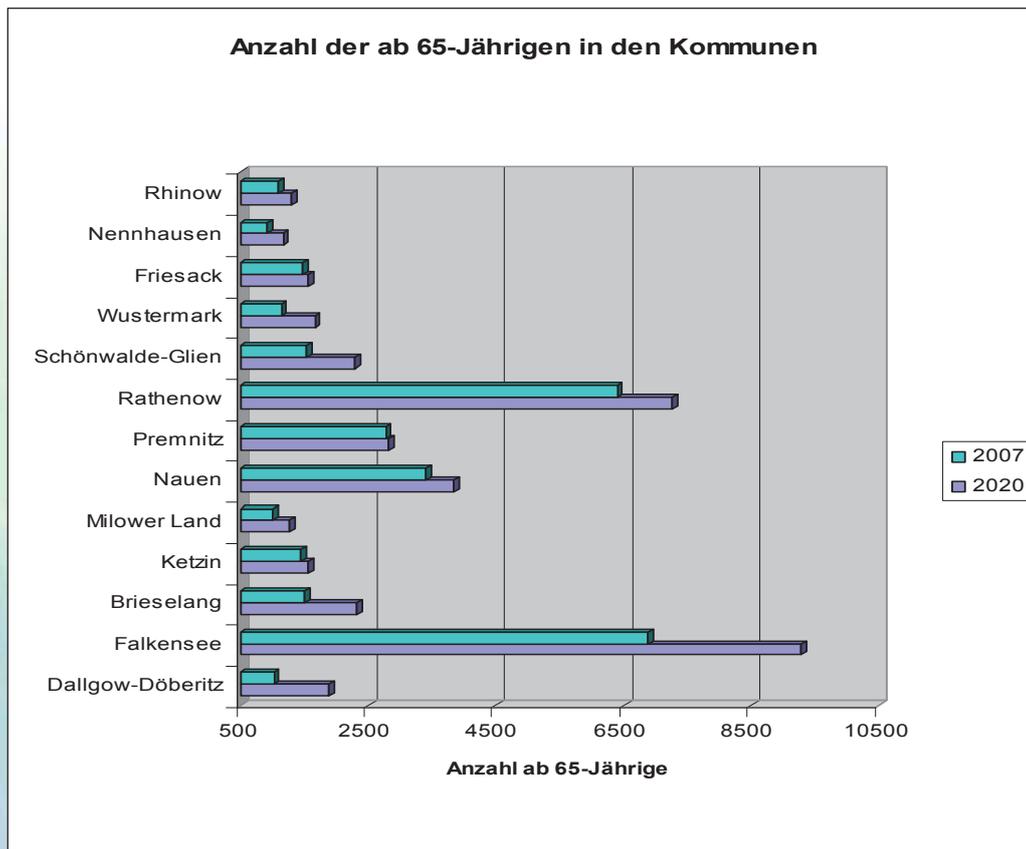




Demographie im Landkreis Havelland (Altenhilfeplan 2009)



Demographie im Landkreis Havelland (Altenhilfeplan 2009)





Demographie im Landkreis Havelland (Altenhilfeplan 2009)

- „Vornehmlich in den Kommunen des **westlichen Havellandes** ist der **Anteil der älteren Bevölkerung** im Vergleich zu den übrigen Kommunen **bereits überproportional groß und wird** den Vorausberechnungen nach in den kommenden Jahren **auch noch weiter ansteigen**. So wird der Anteil der ab 65-jährigen im Jahr 2020 in Rathenow voraussichtlich 30 Prozent, in Premnitz sogar 36 Prozent betragen. Im östlichen Havelland hingegen ist der Anteil der Älteren an der Gesamtbevölkerung mit durchschnittlich 21 Prozent deutlich geringer.“
- Deutlich wird, dass insbesondere im **östlichen Havelland** mit einem starken **Anstieg der absoluten Anzahl an ab 65-jährigen Einwohnern bis zum Jahr 2020 zu rechnen** ist. Für Dallgow-Döberitz wurde ein Zuwachs von 83 Prozent der Gesamtzahl an ab 65-jährigen Einwohnern zwischen den Jahren 2007 und 2020 vorausberechnet, in Brieselang ein Plus von 56 Prozent.“



- „Es gehört zu den Prinzipien der geriatrischen Medizin, Patienten **möglichst wohnortnah** zu behandeln, da sich der durch Krankheit veränderte Lebensrhythmus und die Entfremdung vom bisherigen Umfeld komplizierend auf den Krankheitsverlauf bzw. die Genesung auswirken können. „



- Bei Feststellung eines oder mehrerer solcher Symptomkomplexe sollte **möglichst frühzeitig** die Verlegung in die geriatrische Klinik erfolgen ...Dieses Vorgehen senkt die Verweildauer und damit auch die Kosten.
- Unbedingt vermieden werden sollte ein längerer Aufenthalt hochbetagter Patienten in organzentrierten Kliniken, in denen ein multiprofessioneller Therapieansatz nicht gewährleistet ist.



Geriatric-Konzept Brandenburg (2001/2010)

- im Auftrag des Landesministeriums -

- In einem modernen geriatrischen Konzept ist eine Tagesklinik unverzichtbar.
- Sie ist einer geriatrischen Klinik/Abteilung angegliedert und stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen der vollstationären und ambulanten Behandlung dar.



Geriatric Concept Brandenburg (2001/2010)

- im Auftrag des Landesministeriums -

- Für die primär vollstationär behandelten Patienten besteht der Vorteil dieser Therapieform im schrittweisen Übergang in das gewohnte Umfeld.
- Bei einer Einweisung durch den Hausarzt kann häufig ein stationärer Aufenthalt verhindert und eine drohende Pflegebedürftigkeit vermieden werden.



Geriatric Concept Brandenburg (2001/2010)

- im Auftrag des Landesministeriums -

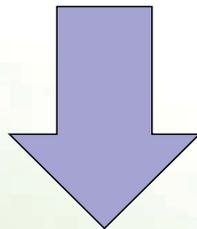
- Während des Aufenthaltes in der **Tagesklinik** steht dem Patienten das **gesamte diagnostische und therapeutische Angebot des Krankenhauses** zur Verfügung.



Die Geriatrie-Realität im Havelland 2014

- „Akuter Ärztemangel und die Überalterung der Ärzte beeinträchtigen bundesweit die optimale medizinische Versorgung. Brandenburg ist das Bundesland mit der geringsten Ärztedichte...Hausarztpraxen in ländlichen Regionen können nicht mehr ausreichen besetzt werden...“

Konsequenz für die Havelland- Kliniken GmbH



**Auf- und Ausbau der
geriatriischen Strukturen:
„gemeindenahe Geriatrie im
Havelland“**



Geriatrische Strukturen im Havelland

...was bisher geschah



- Feb. 2009: „Probelauf“ Geriatrische Station Rathenow
20 Betten
- Sept. 2009: Aufnahme in den Landeskrankenhausplan
- Okt. 2009: Erlösrelevanz geriatrischer Leistungen
- Juli 2011: Erweiterung 32 Betten Klinik für Geriatrie Rathenow
- Feb. 2012: Eröffnung der Geriatrischen Tagesklinik Rathenow mit 10 Plätzen
- Jan. 2014: Erweiterung 40 Betten Klinik für Geriatrie
Erweiterung der Geriatrischen Tagesklinik Rathenow auf 15 Plätze
- Nov. 2014: Eröffnung der geriatrischen Tagesklinik Nauen mit 10 Plätzen

Die Geriatrie-Realität im Havelland Herbst 2014

stationäre / teilstationäre geriatrische Versorgung

HVL Klinik Nauen

HVL Klinik Rathenow

Klinik für Geriatrie

Tagesklinik Geriatrie
Nov.2014

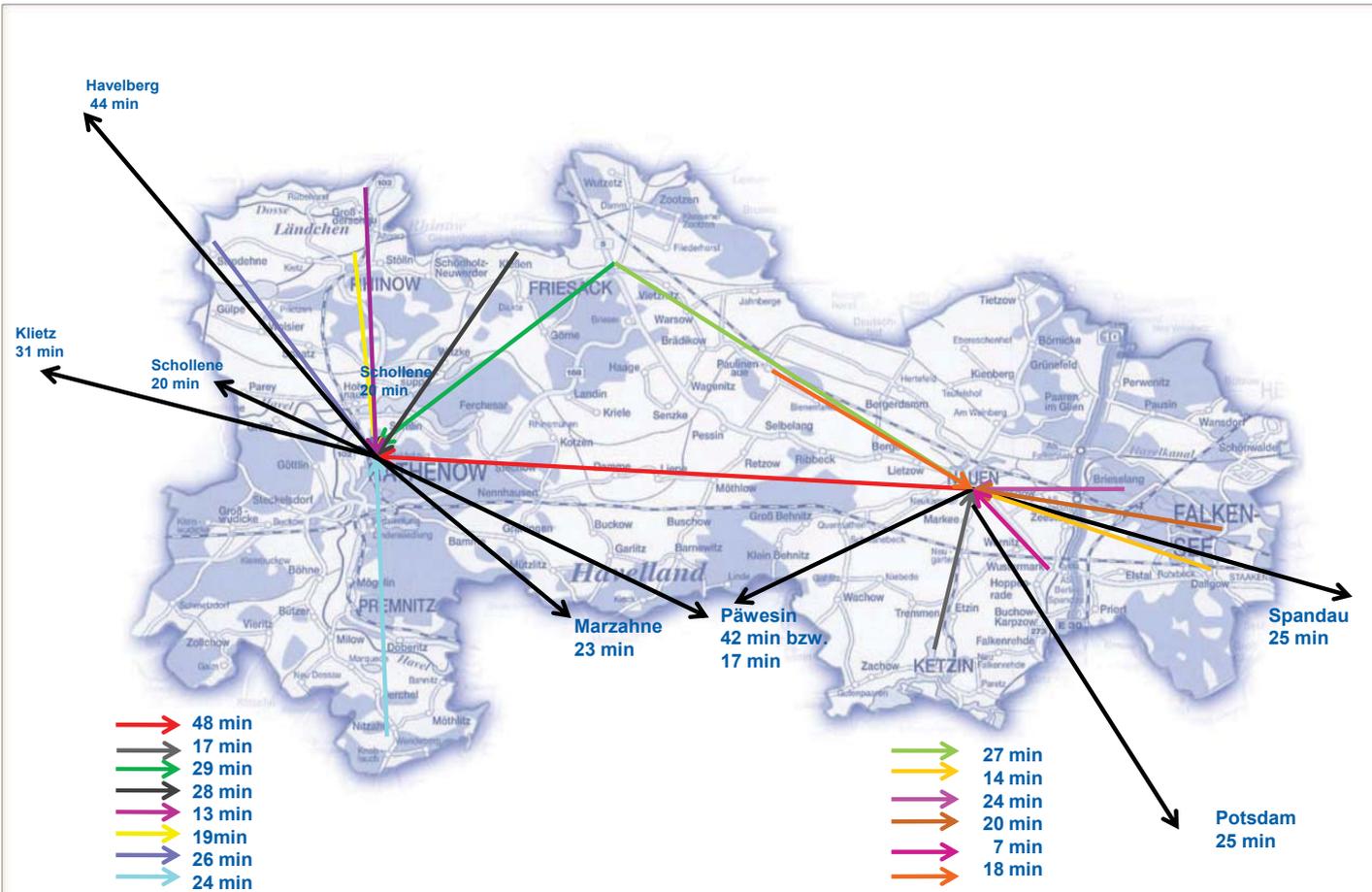
Tagesklinik Geriatrie

Geriatrie- Entwicklung im Havelland

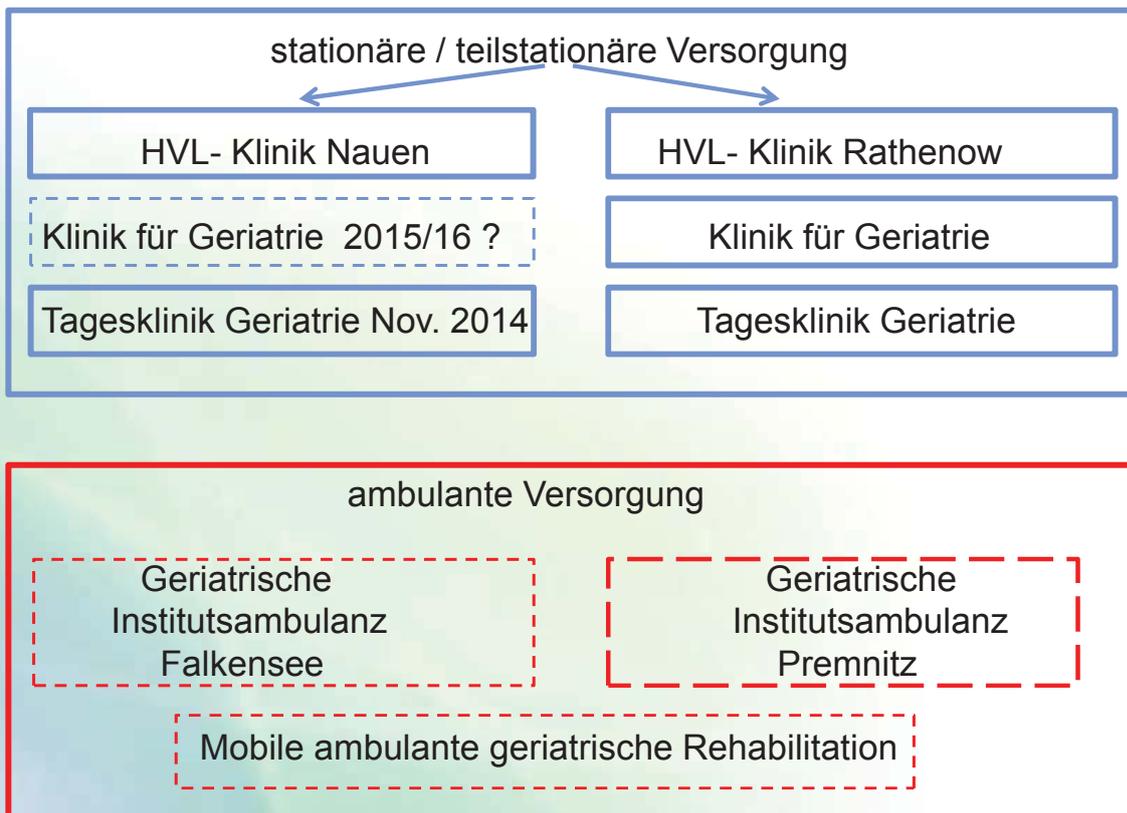
...wie wird es weiter gehen?



Geriatric-Distanzen im Havelland Herbst 2014



Projekt „Gemeindenahere Geriatrie im Havelland“





Geriatrische Institutsambulanz

- § 118a SGB V
- **strukturierte und koordinierte ambulante geriatrischen Versorgung**
- **solange sie notwendig ist, um eine ausreichende ambulante geriatrische Versorgung sicherzustellen.**
- **Patienten, die wegen Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einer Versorgung bedürfen,**
- **unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen**



Geriatrische Institutsambulanz

Gesetzeserläuterungstext

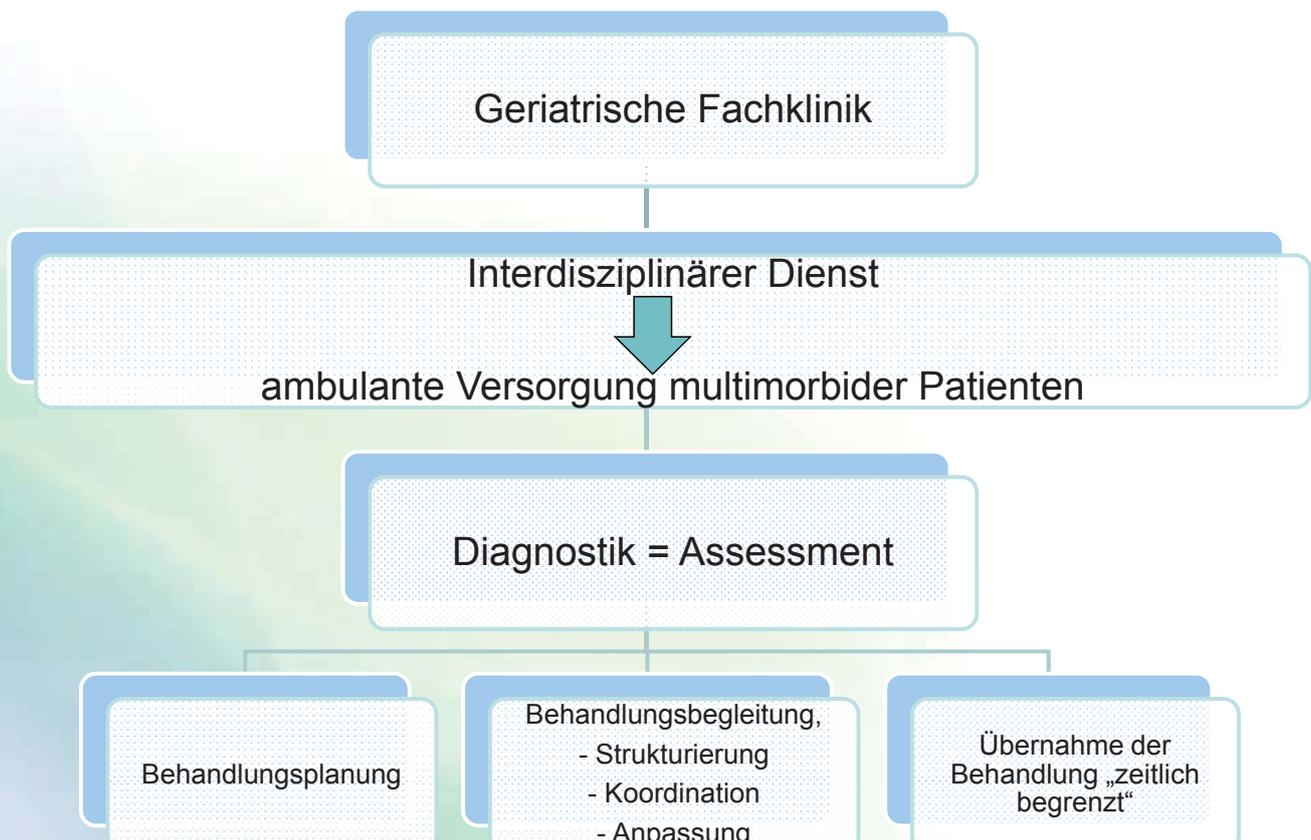
1. **bedarfsgerechte Versorgung älterer multimorbider und pflegebedürftiger Menschen (auch in Heimen)**
2. **Patientinnen und Patienten, die aufgrund ihrer geriatritypischen Multimorbidität einen dringenden ambulanten Versorgungsbedarf haben**
3. **Geriatrische Institutsambulanzen werden als berufsübergreifender geriatrischer Dienst angeboten**
4. **geriatrische, therapeutische und rehabilitative Angebote**

Geriatrische Institutsambulanz

Gesetzeserläuterungstext

1. Nutzung der geriatrischen Kompetenzen der Krankenhäuser zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung
2. um einen schweren geriatrischen Fall zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen
3. Behandlungsplan
4. – zeitlich begrenzt – die geriatrische Behandlung

Geriatrische Institutsambulanz – Organisation, Aufgaben





Geriatrische Institutsambulanz

„Sprechstunden“ zu bestimmten Problemkomplexen in Anpassung an den Bedarf (z.B. 1-2x/Woche):

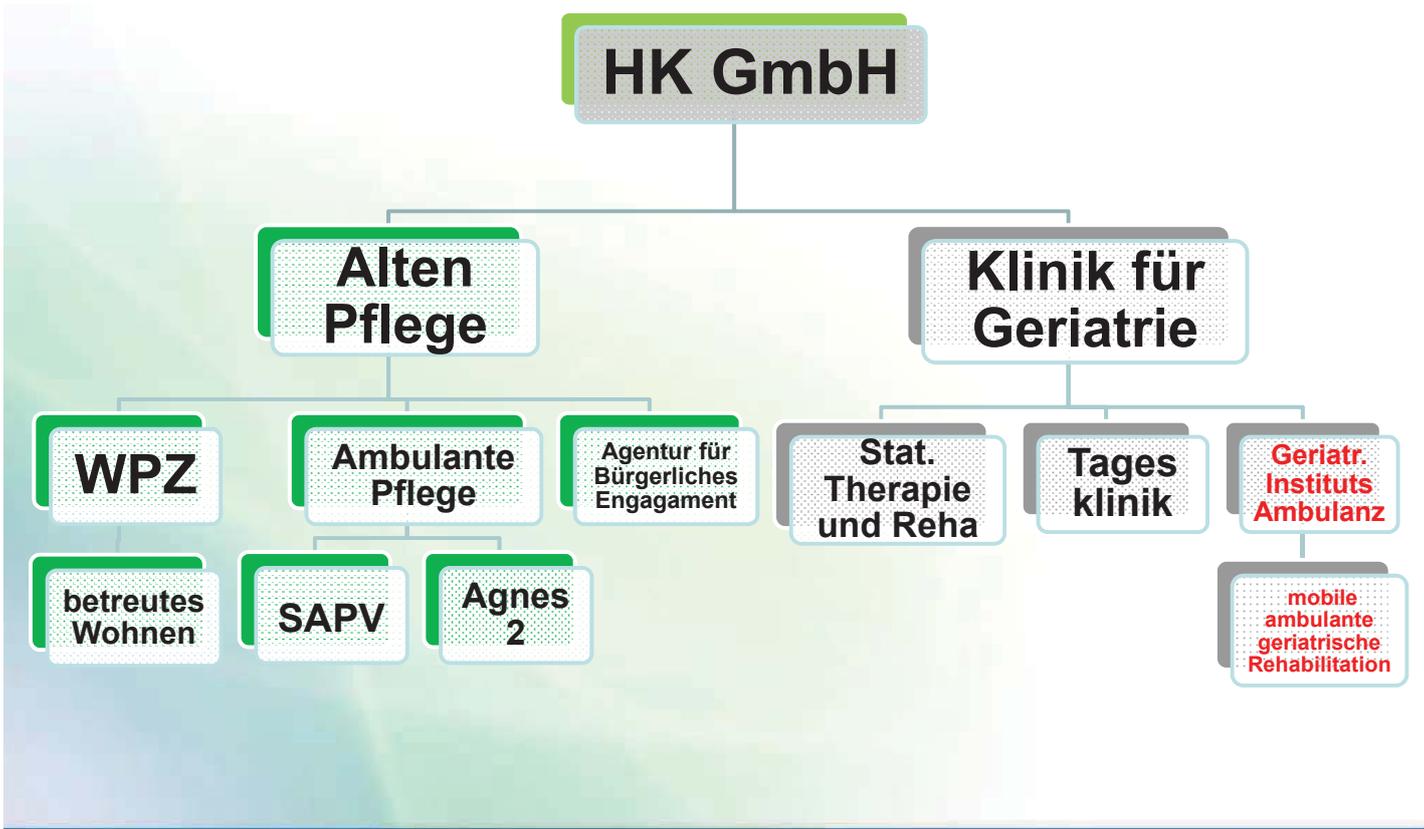
- „Sturzambulanz“:
Analyse und Behandlung von Gangstörungen und Mobilitätsproblemen
- „Schmerzambulanz“:
Auswertung und Synopsis bereits erfolgter Diagnostik von Schmerzzuständen, Veranlassung und/oder Durchführung von Ergänzungsuntersuchungen, entsprechende Modifikation der Therapie. Kooperation mit der SAPV könnte in diesem Zusammenhang sinnvoll sein.
- „Memoryklinik“:
Gedächtnissprechstunde; Diagnostik und Behandlung von kognitiven Einbußen



Geriatrische Institutsambulanz

- „Heimarzt“:
Angebot eines geriatrischen Konsils und/oder einer regelmäßigen geriatrischen Visite in Pflegeeinrichtungen in Kooperation mit den dort behandelnden Hausärzten
- „Gemeindeschwester“:
Ermittlung von Pflege- und Hilfsmittelbedarf, Unterstützung im Umgang mit Behörden/Versicherungsträgern, Wohnraumberatung, Vermittlung professioneller Hilfen; Bindeglied zu stationären Pflegeeinrichtungen

Altenversorgung im Havelland



„entwurzelt“

Hans Werner Sahlm

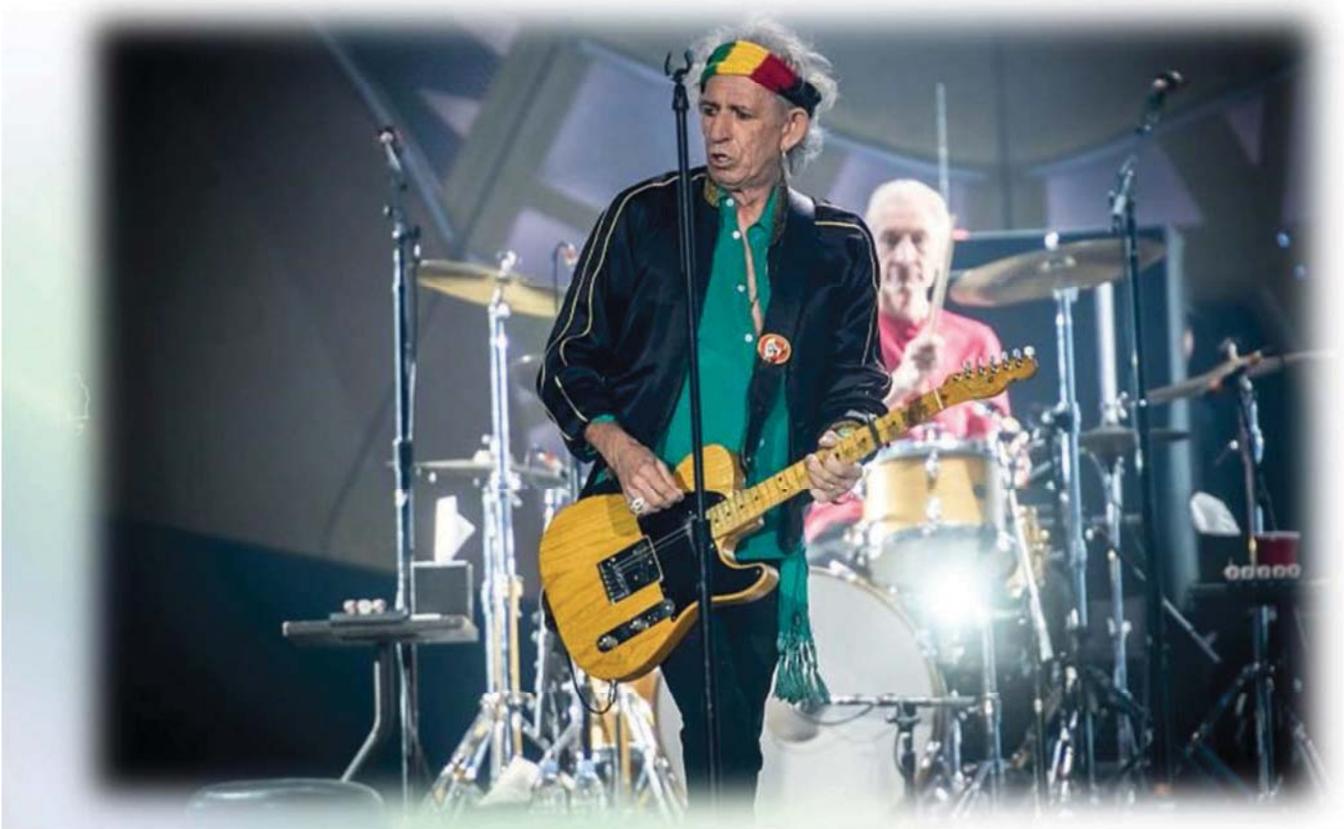


Therapieziel: Autonomie



Life is Rock 'n Roll

(19.6.2014, Düsseldorf)



Vom Entlassungsmanagement zum Versorgungsmanagement –

Professionelle Gestaltung des Entlassungsmanagements am Beispiel der Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin

S. Kraus; Leiterin Sozialdienst & Case Management

05.12.2014

Region

Alexianer St. Hedwig Kliniken Berlin GmbH

- ▶ Einer der 9 Hauptstandorte des Alexianerverbundes
- ▶ Bestehend aus zwei Schwester-Krankenhäusern:



Foto: Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus

St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin-Mitte mit

- ▶ MVZ am St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
- ▶ Poliklinik Große Hamburger Straße
- ▶ Alexius Pflegedienst
- ▶ Krankenpflegeschule



Foto: Roland Horn

Krankenhaus Hedwigshöhe, Treptow-Köpenick mit

- ▶ MVZ am Krankenhaus Hedwigshöhe
- ▶ MVZ im Plänterwald
- ▶ AOZ am Krankenhaus Hedwigshöhe
- ▶ Seniorenzentrum St. Michael

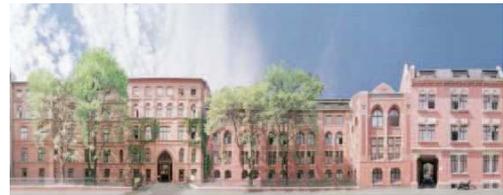
- ▶ Gesamt: 762 Betten

St. Hedwig-Krankenhaus

Kliniken und Zentren

- ▶ Anästhesie und Intensivmedizin
- ▶ Innere Medizin
- ▶ Psychiatrie und Psychotherapie
 - (Psychiatrischer Versorgungsauftrag für die Region Mitte und Wedding)
- ▶ Radiologie
- ▶ Schlaf- und Chronomedizin
- ▶ Urogynäkologie
- ▶ Urologie
- ▶ Viszeral- und Gefäßchirurgie – Minimal Invasive Chirurgie

- ▶ Deutsches Beckenbodenzentrum
- ▶ Prostata-Zentrum Berlin im St. Hedwig-Krankenhaus
- ▶ Bauchzentrum Berlin Mitte
- ▶ Diabetes- und Fußzentrum
- ▶ Schilddrüsenzentrum



3

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung; E-Management; S. Kraus 05.12.2014 3

Krankenhaus Hedwigshöhe

Kliniken und Zentren

- ▶ Allgemein- und Viszeralchirurgie - MIC
- ▶ Anästhesie und Intensivmedizin
- ▶ Endoprothetik
- ▶ Geriatrie
- ▶ Innere Medizin
- ▶ Kardiologie
- ▶ Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
 - (Psychiatrischer Versorgungsauftrag für die Region Treptow-Köpenick)
- ▶ Radiologie
- ▶ Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie

- ▶ Zertifiziertes Darmkrebszentrum am Krankenhaus Hedwigshöhe
- ▶ Zentrum für Altersmedizin
- ▶ Zentrum für Familiengesundheit



4

Zukunftswerkstatt Innovative Versorgung; E-Management; S. Kraus 05.12.2014 4

- ▶ „Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim **Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche**; dies umfasst auch die
- ▶ *fachärztliche Anschlussversorgung*. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine **sachgerechte Anschlussversorgung** des Versicherten und **übermitteln** sich gegenseitig die **erforderlichen Informationen**. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen.

- ▶ „..... In das Versorgungsmanagement sind die **Pflegeeinrichtungen** einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit mit den **Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen** gem. § 7 a SGB XI zu gewährleisten. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit **Einwilligung und nach vorheriger Information der Versicherten** erfolgen, ...“

Ergänzung in § 39 Abs. 1 SGB V:

„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.“

Grundsätze

- ▶ Entlassungsmanagement ist Bestandteil der ganzheitlichen multiprofessionellen Behandlung.
- ▶ Entlassungsmanagement ist ein Gesamtprozess aller Berufsgruppen.
- ▶ Die Rolle der Verantwortlichen und der Mitwirkenden variiert je nach Tätigkeitsschwerpunkt der einzelnen Professionen.
- ▶ Das Entlassungsmanagement beginnt bei, ggf. sogar vor der Aufnahme.
- ▶ Handlungsleitend ist jeweils der Wille des Patienten (= Selbstbestimmungsrecht)

Kernprozesse:

- ▶ Aufnahme – Diagnostik – Behandlung –Entlassung

- ▶ Entlassung mit Pflegebedarf
- ▶ Entlassung bei onkologischen Diagnosen
- ▶ Entlassung in stationäre Pflege
- ▶ Verlegung in Rehabilitation
- ▶ Gesetzliche Betreuung
- ▶ Vorgehen bei Nichtversicherten
- ▶ Erfolgs-Problem-Liste

Spezifische Prozesse:

- ▶ Hilfsmittelversorgung
- ▶ **Prozess Entlassmanagement Geriatrie**
- ▶ **Prozess Entlassmanagement neurologisch-geriatrische Patienten**
- ▶ Entlassungs-Prozesse im Rahmen der Zentren

EDV- Patientenüberleitungsbogen

(Pflege, Sozialarbeit, Physio-, ...)

Case Management auf Systemebene

Case Management Projekte auf Systemebene mit externen Partnern

Schwerpunkte:

- ▶ **Evaluation der (sektorenübergreifenden) Prozesse**
- ▶ Einsatz von **Screening- und Assessment-Verfahren** zur Erfassung komplexer Problemlagen
- ▶ Entwicklung von **Evaluationsinstrumenten** bei komplexen Problemlagen
- ▶ Entwicklung und Erprobung von **Verbesserungsmassnahmen**

Komplexität wird definiert aus Sicht Medizin, Pflege, Sozialarbeit (Versorgungslücken, Gesetzeslücken, widerstreitende Systemanreize,....), Medizin-Controlling, Kostensicherung, externe Partner,

- ▶ **Standardisierte Durchführung von Strukturteambesprechungen** - mittlere Leitungsebene (OÄ, Stat.Itg., Ltg. SD & CM,..): Analyse & Abstimmung von Maßnahmen)
- ▶ **Standardisierte Durchführung von Fallbesprechungen** - Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie, tlw. Kodierassistentin,...
- ▶ **Standardisierte Dokumentation** der Ergebnisse der Fallbesprechung in KIS
- ▶ **Zeitnahe Erfassung und Rückmeldung von Prozessbrüchen** bei Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus

Gerontopsychiatrisch-geriatrische Patienten:

Probleme:

- Sicherstellung der individuell passgenauen somatisch-psychiatrischen Behandlung
bzw. vice versa

Neurologisch/geriatrische Patienten:

Perspektive → Frührehabilitation

Probleme:

- Mangel an Frührehabilitationsplätzen
- Tlw. Probleme mit Kostenträgern bzgl. Kostenübernahme
- ggf. Probleme bei Direktverlegung, Verweildauer!

Geriatrisch-palliative Patienten:

Perspektive → stat./amb.Palliativ- bzw. Hospizversorgung

Probleme:

- Tlw. Mangel an Plätzen in stationären Hospizen
- Komplexe ambulante Versorgung erforderlich - tlw. schwierig, ausreichende und qualifizierte Angebote zu finden (Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung usw.)
- ggf. Probleme bei Direktverlegung, Verweildauer!

Patienten mit MRSA

- Maximale Schwierigkeiten bei Verlegung in Rehabilitation o.ä.
- ggf. Probleme bei Direktverlegung, Verweildauer!

Wichtig!

Verlässliche Information an nachstationäre Dienste und Einrichtungen

- Gesellschaften der Alexianer
www.alexianer.de
- Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)
www.dgcc.de
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG)
www.dvsg.org
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) www.wiso.hs-osnabrueck.de

Impressum

Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg - HealthCapital c/o
Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Geschäftsbereich Gesundheitswirtschaft
Fasanenstr. 85
10623 Berlin
www.healthcapital.de

Dokumentation und redaktionelle Bearbeitung

AGENON – Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH
Kaunstraße 21, 14163 Berlin

Fotos

goenz|com photography berlin
konstantin gastmann

Kontakt

Handlungsfeldmanagement des Handlungsfeldes 3 „Neue Versorgungsformen und Rehabilitation“:
Harald Mylord
Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH
Tel: 030 – 46302 526, harald.mylord@berlin-partner.de
Bastian Kuhse
ZAB ZukunftsAgentur Brandenburg GmbH
Tel: 0331 - 20029-257, bastian.kuhse@zab-brandenburg.de

© Alle Rechte vorbehalten Februar 2015



Dieses Vorhaben der Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH wird mit Mitteln der Investitionsbank Berlin sowie der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Forschung und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin und des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg gefördert, kofinanziert von der Europäischen Union.