



## **DOKUMENTATION**

**des 1. Fachdialoges im Rahmen des  
Dialogprozesses „80<sup>plus</sup> – Gesund-  
heitliche und pflegerische Versor-  
gung hochaltriger Menschen“**

**am 23. November 2015  
in der Neuen Mälzerei**

Am 23. November 2015 fand im Rahmen des Dialogprozesses „80<sup>plus</sup> - Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ in der Neuen Mälzerei ein erster Fachdialog statt.

Das Programm sah folgenden Ablauf vor:

<b>12.00 – 12.30 Uhr</b>	<b>Einführung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Grußwort von Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales Berlin</li><li>• Gemeinsamer Auftakt der drei beteiligten Handlungsfelder Stationäre Versorgung im Krankenhaus (HF 3), Nachsorge nach Krankenhausbehandlung (HF 4a) und Integrierte Versorgung (HF 4b)</li></ul>
<b>12.30 – 14.00 Uhr</b>	<b>Diskussionsphase I</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Getrennte Sitzungen der drei beteiligten Handlungsfelder</li><li>• Diskussion in thematischen Arbeitsgruppen</li></ul>
<b>14.00 – 14.45 Uhr</b>	<b>Pause mit kleinem Imbiss</b>
<b>14.45 – 16.15 Uhr</b>	<b>Diskussionsphase II</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gemeinsame Diskussion im jeweiligen Handlungsfeld: Zusammenführen der Ergebnisse der Arbeitsgruppen</li><li>• Finale Konsentierung der offenen Fragen und Verabredung eines Zeitplans für das jeweilige Handlungsfeld</li></ul>
<b>16.15 – 16.30 Uhr</b>	<b>Kaffeepause</b>
<b>16.30 – 17.00 Uhr</b>	<b>Gemeinsamer Abschluss der Handlungsfelder</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Vorstellung der Ergebnisse der drei beteiligten Handlungsfelder</li><li>• Diskussion zu den Schnittstellen zwischen den Handlungsfeldern</li><li>• Ausblick durch den Senator</li></ul>

Der Andrang war groß. Über 100 Expertinnen und Experten der Gemeinsamen Selbstverwaltung, der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sowie aus den Bezirksverwaltungen folgten der Einladung, um in den Handlungsfeldern „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“ (HF 3), „Nachsorge nach Krankenhausbehandlung“ (HF 4a) und „Integrierte Versorgung“ (HF 4b) ihre Perspektiven auszutauschen und gegensätzliche Standpunkte zu diskutieren. Immer wieder von Bedeutung war die Identifizierung von Schnittstellen zu bestehenden Prozessen bspw. zur Krankenhausplanung, zum Landesgremium nach § 90a SBG V oder zum Gesundheitszieleprozess der Landesgesundheitskonferenz „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“.

#### **Gesundheitssenator Czaja mit den Handlungsfeld-Verantwortlichen auf dem 1. Fachdialog**



Foto erste Reihe, v. l.: Sibylle Kraus, Michelle Ballin, Gabriele Lukas, Christa Matter, Dr. Frank Schieritz, Elke Schilling, Verena Vogt, Daniela Beyer-Klatt, Rosmarie Weise, hintere Reihe, v. l.: Prof. Dr. Hans-Peter Thomas, Prof. Dr. Torsten Kratz, Senator Mario Czaja, Dr. Eric Hilf, Stefan Pospiech, Dr. Nadine Wittmann, Michael Jacob, Dr. Sabine Hermann

Auf den kommenden Seiten werden die wichtigsten Ergebnisse der einzelnen Handlungsfelder vorgestellt.

## Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 3: Stationäre Versorgung im Krankenhaus

**Arbeitsgruppe I:** Welche Konsequenzen hat ein positives Demenz-Screening/Screening auf Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung bei der Aufnahme (in Notaufnahme oder bei elektiver Einweisung auf der Station) im Hinblick auf die folgenden Abläufe im Krankenhaus?

*Moderation: Herr Dr. Schieritz (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin) und Herr Prof. Dr. Kratz (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge)*

**Arbeitsgruppe II:** Sollte verpflichtend für jedes Krankenhaus ein/e Demenzbeauftragte/-r eingeführt werden und wenn ja, welche Aufgaben sollte diese/-r haben?

*Moderation: Herr Dr. Hilf (Sana Klinikum Lichtenberg / LV Geriatrie) und Frau Matter (Alzheimer-Gesellschaft Berlin)*

**Arbeitsgruppe III:** Wie muss ein Sozialdienst im Krankenhaus aufgestellt sein, um individuell angemessenes Entlassmanagement leisten zu können?

*Moderation: Frau Lukas und Frau Ballin (beide Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin)*

Expertinnen und Experten, u. a. aus Berliner Krankenhäusern, Krankenkassen und Fachverbänden führten eine intensive und lebhaft Diskussion im Handlungsfeld 3. Einig waren sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer darüber, dass die Versorgung Hochaltriger im Krankenhaus verbessert werden muss, insbesondere dann, wenn eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt. Dazu ist jedoch erst einmal notwendig, dass besondere Problemlagen, wie beispielsweise ein Delir-Risiko oder das Vorliegen einer dementiellen Beeinträchtigung überhaupt erkannt werden.

Mit einem verpflichtenden Risikoscreening in jeder Notaufnahme (max. 4 Fragen, die bereits von einer Pflegekraft im Rahmen der Aufnahme gestellt werden), können entscheidende Weichenstellungen für den weiteren Versorgungsablauf vorgenommen werden. Möglich ist es so, frühzeitig ein drohendes Delir zu vermeiden oder gezielte weitere Untersuchungen zur Abklärung vorliegender Risikofaktoren einzuleiten. Ein „Altersbegleiter“ als Mittler zwischen Krankenhaus und Patient kann in der Rettungsstelle für die notwendige Zuwendung und Information sorgen. Dem Sozialdienst des Krankenhauses

werden bereits in der Notaufnahme auch für Patientinnen und Patienten, die nicht stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden, sektorübergreifende Aufgaben zugeschrieben. Hierfür fehlt aber derzeit noch die gesetzliche Verankerung.



Die verpflichtende Implementierung einer/eines Delir-/Demenzbeauftragten (Stabstelle der Krankenhausleitung) wurde einhellig empfohlen. Diese/r soll die Krankenhausprozesse betreuen, die Fortbildung der Beschäftigten, das Qualitätsmanagement sowie die Netzwerkarbeit anleiten und am Konzept für die stationäre Aufnahme mitwirken. Die Optimierung des Belegungsmanagements, ein gezieltes Delir-/Demenzmanagement, eine altersspezifische Anpassung von Diagnostik und Therapie inklusive Medikations-Check sowie die Einbindung der Angehörigen und Freiwilligen sollen Bestandteile dieses Konzepts sein.

Eine deutliche personelle und strukturelle Stärkung (Gesetzesänderung/Kostenregelung) wurde zur Anpassung des Sozialdienstes im Krankenhaus an die gewachsenen gesetzlichen Anforderungen gefordert. Einvernehmen bestand auch darüber, dass ein Sozialdienst Pflicht für jedes Krankenhaus und dieser niedrigschwellig für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige erreichbar sein muss, und er teamintegriert - und zumindest bei Vorliegen besonderer Problemlagen fallbegleitend - arbeiten soll.

## Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 4: Ambulante und stationäre Versorgung – a) Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen

**Arbeitsgruppe I:** Wie muss das Entlassungsmanagement im Krankenhaus aussehen, um den Anforderungen gerecht zu werden?

*Moderation: Frau Kraus (Alexianer St. Hedwig Kliniken / Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen)*

**Arbeitsgruppe II:** Welchen Anforderungen muss die ärztliche Kommunikation zwischen Krankenhaus und Praxis gerecht werden? (inkl. Abstimmung zur Medikation)

*Moderation: Herr Prof. Dr. Thomas (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge)*

**Arbeitsgruppe III:** Wie muss die konkrete Überleitung zur Sicherstellung des Informationsflusses ausgestaltet werden?

*Moderation: Herr Jacob (VdEK Verband der Ersatzkassen)*

### Grundsätzliches

Die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und die Wahlfreiheit sind oberste Ziele bei der Versorgung und Behandlung hochaltriger Menschen. Voraussetzung ist die Befähigung des Betroffenen zur Selbstbestimmung und Teilhabe, was in Handlungsfeld 7 thematisiert wird. Inhaltliche Ziele bei der Versorgung und Behandlung hochaltriger Menschen sind das Ausschöpfen des Rehabilitationspotentials und die Wahrung der Grundsätze: „Reha vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“.

Eine Verbesserung in der Versorgung hochaltriger Menschen kann nur erzielt werden, wenn im Sinne der Patientinnen und Patienten über Standards mehr Verbindlichkeit in der sektorenübergreifenden Versorgung erzeugt wird. Handlungsoptionen bestehen durch einen entsprechend definierten gesetzlichen Rahmen mit eindeutiger Zuschreibung der Berechtigungen und Verantwortlichkeiten/Verpflichtungen sowie Festlegung von Indikatoren zur Prüfung der Umsetzung. Dies ließe sich z. B. durch ein sektorenübergreifendes Feedback-System inkl. Controlling mit zielgerichteten Konsequenzen erreichen.



## Ergebnisse AG 1: Anforderungen an das Entlassungsmanagement im Krankenhaus

### Patientenperspektive

Der/die Patient/in befindet sich der Institution Krankenhaus gegenüber in einer eher ohnmächtigen Position. Er/sie ist darauf angewiesen, dass er/sie jeweils auf Augenhöhe in Entscheidungen einbezogen wird, und niedrighschwellige und adressat/innengerechte Informationen (z. B. „Patientenbrief“) zur Verfügung stehen, bis hin zu „begleitete Überleitungen“ durch den Einsatz ehrenamtlicher oder professioneller Begleiterinnen und Begleiter u. ä.

### Einrichtungsperspektive

Krankenhäuser sind qua Gesetz verpflichtet, ein Entlassmanagement zu implementieren. Dies beinhaltet ein standardisiertes, multiprofessionell abgestimmtes Vorgehen unter Berücksichtigung der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten mit ihren ggf. pflegenden Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld sowie den Angeboten des vor- und nachstationären Versorgungssystems des Gesundheits- und Sozialwesens. Denkbar ist, die jeweiligen Protagonisten stärker z. B. in Fallkonferenzen einzubinden. Erforderlich sind ferner Indikatoren für die Einbindung der jeweils passenden Nachversorger.

Methodisch lässt sich dies durch ein sektorenübergreifendes multiprofessionelles, verbindliches Case Management auf System- und Fallebene erreichen. Probleme in der Sicherstellung der passgenauen Anschlussversorgung lassen sich so gemeinsam ermitteln, Ursachen analysieren und Lösungen auf den Weg bringen. Konkrete Verbesserungen sind ggf. durch die aktuellen gesetzlichen Änderungen auf Bundesebene insbesondere zu § 39 Abs. 1a und § 39c SGB V zu erzielen → siehe Perspektive.

Probleme bestehen neben fehlenden ausreichenden Kapazitäten in einzelnen Versorgungssegmenten (z. B. Kurzzeitpflegeeinrichtungen) insbesondere in der Sicherstellung der Kostenübernahme bei Transporten nach Krankenhausaufenthalt oder zur fachärztlichen Weiterversorgung<sup>1</sup>.

## **Versorgungsperspektive**

Voraussetzung zum Gelingen der sektorenübergreifenden Versorgung ist ferner die Kenntnis über und die Transparenz des Versorgungssystems sowie über die jeweils relevanten Systemanreize/-hindernisse.

Dies erfordert:

- Schulungen über Möglichkeiten des Gesundheits- und Sozialsystems
- Schulungen derer, die am Schnittstellenmanagement beteiligt sind, und der rechtlich Verantwortlichen, sowie der Kostenträger und „Expertinnen und Experten in eigener Sache“.

In einem durch Wettbewerb geprägten Versorgungssetting sind die Möglichkeiten und Grenzen zur Transparenz von Kooperationsbeziehungen zwischen Einrichtungen, wie auch zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vor dem Hintergrund der rechtlichen Vorgaben (u. a. Wettbewerbsrecht) zu prüfen.

## **Ergebnisse AG 2: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung über Sektorengrenzen hinaus**

Die Qualitätssicherung der sektorenübergreifenden ärztlichen Versorgung ließe sich durch Anreizsysteme für Hausärztinnen und -ärzte erreichen, indem z. B. die Vergütung an Qualitätsziele gekoppelt wird, durch ein abgestuftes Weiterbildungssystem (Basisqualifikation für Hausärzte und weitergehende Qualifikationen) u. ä.

---

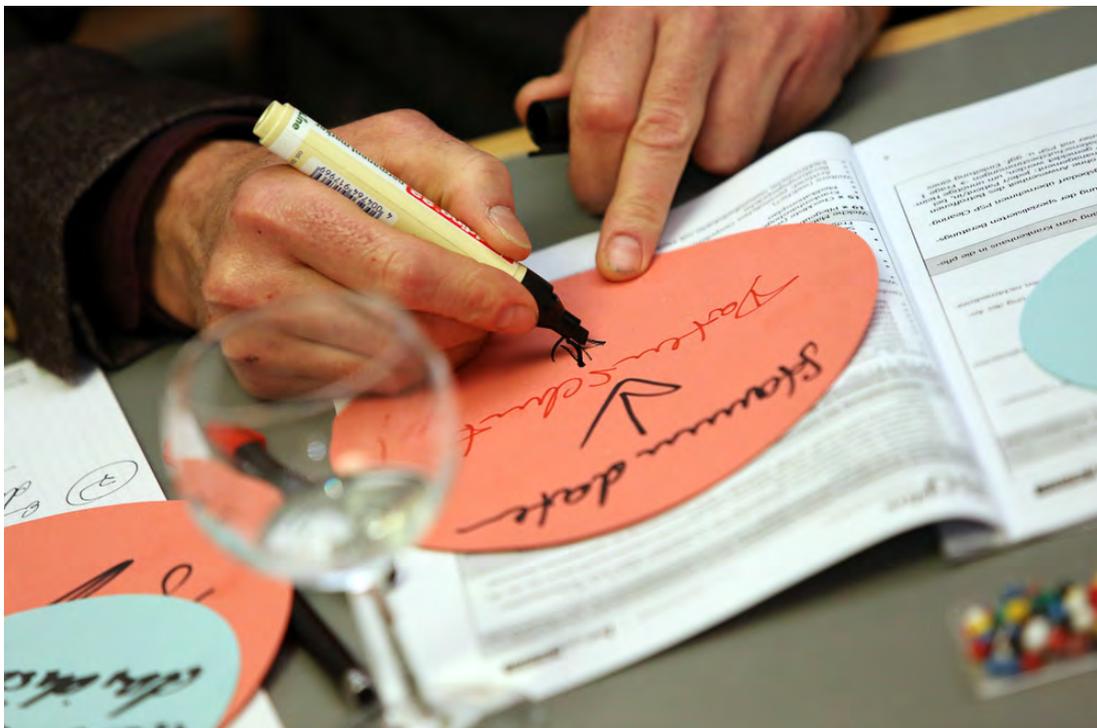
<sup>1</sup> Dieses Thema wurde leider nicht im Zuge der Aktualisierung des § 39 Abs. 1a SGB V aufgegriffen.

Die fachärztliche Versorgung hochaltriger Menschen ließe sich durch eine eindeutige rechtliche Verortung der Geriatrische Institutsambulanzen als fester konzeptioneller Bestandteil der Versorgung (unabhängig von Struktur im vertragsärztlichen Bereich) verbessern. Sie könnten Therapieangebote bei komplexen Bedarfen (und nicht nur Beratungsangebote) machen, eine Vorabstimmung zwischen Arzt-Arzt übernehmen, ein multiprofessionelles Team einbinden und die mobile geriatrische Rehabilitation koordinieren.

An der Schnittstelle Krankenhaus sind Aufnahmestandards zu vereinbaren. Die Harmonisierung der Medikationsregime könnte durch den verbesserten Arzt-Arzt-Kontakt (siehe auch AG 3) und ggf. auch durch die neuen Regelungen des § 39 Abs. 1a SGB V erzielt werden.

### Ergebnisse AG 3: Gestaltung der konkreten Überleitung

Ein standardisierter Datenaustausch ist zur Sicherstellung des Informationsflusses über Sektorengrenzen hinaus zwingend erforderlich. Möglichkeiten der Umsetzung sind im Rahmen einer virtuellen Plattform für Datenaustausch, z. B. auch durch die elektronische Gesundheitskarte (für Ärztinnen und Ärzte sowie andere Berechtigte) denkbar.



Wesentlich ist die Einwilligung der Patientinnen und Patienten zur Daten-Weitergabe über Sektorengrenzen hinaus unter zwingender Beachtung des Datenschutzes! Hier gilt es, praxistaugliche Lösungen zu finden.

Die Standardisierung der Überleitung beinhaltet ferner die Abstimmung der Begrifflichkeiten/ Informationsinhalte sowie die Sicherstellung des rechtzeitigen Informationsflusses. Es gilt, Prozesse in den Kliniken anzustoßen („Entlassung beginnt bei Aufnahme“) und den Fokus auch auf die Belange der externen Behandler und Versorger zu lenken.

Die Pflicht zur standardisierten Informationsweitergabe ist dabei keine „Einbahnstraße“; der Gesamtprozess zur Informationsweitergabe vom vorstationären Behandler/Versorger ins Krankenhaus zum nachstationären Behandler/Versorger ist sicherzustellen.

## **Perspektive**

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen auf Bundesebene ergeben sich ggf. in der Umsetzung des § 39 Abs. 1a und § 39c SGB V reale Verbesserungsmöglichkeiten zur Sicherstellung der sektorenübergreifenden Versorgung hochaltriger Menschen. Zwecks Bewertung und Analyse der damit einhergehenden Systemanreize gilt es - nach Verabschiedung - die Vorgaben im Rahmenvertrag nach § 39 SGB V sowie die aktualisierten G-BA-Richtlinien (Arzneimittel § 31, Heilmittel § 32, Hilfsmittel § 33, Häusliche Krankenpflege § 37, Soziotherapie § 37a und sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen § 137a SGB V) zu prüfen.

Im Nachgang bestünde dann ggf. auf Landesebene die Chance, die verbindliche Umsetzung konstruktiv zu begleiten und zu forcieren.

## Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 4: Ambulante und stationäre Versorgung – b) Integrierte Versorgung

**Arbeitsgruppe I:** Konkretisieren Sie - sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert - die Rahmenbedingungen, Instrumente und Standards welche für ein erfolgreiches Case Management unverzichtbar sind.

*Moderation: Frau Dr. Wittmann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin)*

**Arbeitsgruppe II:** Konkretisieren Sie - sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert - welche verbindlichen Kooperations- und Kommunikationsstrukturen auf bezirklicher und überbezirklicher Ebene geschaffen bzw. gestärkt werden müssen.

*Moderation: Frau Weise und Frau Beyer-Klatt (beide Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin)*

**Arbeitsgruppe III:** Entwickeln Sie - sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert - einen ersten Modellprojektentwurf für eine gelingende sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz.

*Moderation: Frau Vogt (TU Berlin)*

Im Handlungsfeld 4b des Dialogprozesses 80<sup>plus</sup> geht es um die Vernetzung in der sektorenübergreifenden medizinischen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen, sowohl auf der bezirklichen als auch der überbezirklichen Ebene. Ziel ist es, die medizinische und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen im Land Berlin in diesem Bereich weiter zu optimieren. In den Vorarbeiten zum ersten Fachdialog hat es sich als besonders wichtig herausgestellt, den Begriff der „integrierten Versorgung“ nicht (nur) im eingeschränkten Sinne des § 140a-d SGB V zu betrachten. Beim ersten Fachdialog sollten daher Ziele und Maßnahmen zur Konkretisierung unverzichtbarer und verbindlicher Rahmenbedingungen für eine gelingende sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen identifiziert werden, um diese im Anschluss in die Rahmenstrategie zum Konzept 80<sup>plus</sup> zu integrieren und umzusetzen. Innerhalb der drei einzelnen, parallel verlaufenden Arbeitsgruppen im HF 4b konnten hierfür wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Eine Kurzübersicht ausgewählter Ergebnisse aus dem ersten Fachdialog im Handlungsfeld 4b stellt sich dabei wie folgt dar:

In der AG I zu Rahmenbedingungen, Instrumente und Standards für ein erfolgreiches Case Management waren sich die Expertinnen und Experten einig, dass im ambulanten Sektor eine Beratung und Koordinierung (kurz CM für Case Management) im Krankheits-

fall für hochaltrige Patientinnen und Patienten für alle Beteiligten von großen Vorteil wäre, diese aber aktuell nicht existiert. Kürzere Wege und eine bessere Kommunikation zwischen den einzelnen Bereichen im ambulanten Sektor wären von großem Vorteil für alle Beteiligten, sowohl im Hinblick auf den Behandlungserfolg, d. h. die Effektivität der Gesundheitsleistungen, als auch bezüglich der Kosteneffizienz, d. h. der Kosten-Nutzen Bilanz.



Jedoch stellen sich bei der Umsetzung entscheidende Fragen, die aufgrund der systemimmanenten Heterogenität einen konstruktiven Diskurs erwachsen ließen:

Erstens, sollte eine, den gesamten Patientenpfad umspannende Beratungs- und Koordinierungsstelle etwa bei den Kostenträgern, dem/der Hausarzt/-ärztin, bei den Pflegestützpunkten oder aber bei einer ganz anderen Stelle verortet sein? Auch alle damit in Zusammenhang stehenden, möglichen Interessenskonflikte sowie datenschutzrechtlichen Aspekte müssen in Gänze bei der Umsetzung berücksichtigt und bedacht werden. D.h. wer sollte der Systemlotse sein? Kurz um: Wer ist die Ansprechperson und wo ist sie verortet? Wie und in welchem Umfang wird sie tätig und wer braucht sie überhaupt? Wie sind Beratungskompetenz und -ergebnis zu evaluieren? Verständigung und Verständlichkeit scheinen dabei beide aktuell noch verbesserungsfähig. Es gilt zudem Medienwahl, Inhaltsumfang und Nutzungstradition zu bedenken; etwa hinsichtlich der Beratungsgut-

scheine und der Frage wie kommt Information richtig an? Die Freiwilligkeit der Mitgliedschaft in den GGVen sollte zudem diskutiert werden. Fakt ist, es existiert aktuell de facto keine echte und verbindliche berufsgruppenübergreifende Vernetzungspflicht im ambulanten Sektor.

Zudem stellt sich zweitens die Frage wer genau wann und in welcher Form über ein solches Angebot informiert bzw. darin eingebunden werden soll – ist dies nur am Alter festzumachen oder sollten bestimmte Indikationen, wie etwa ein positiver Bescheid nach einem geriatrischen Basis-Assessment, dies auslösen?

Nicht zu vernachlässigen ist drittens auch der Umstand dass es aktuell keinerlei gesetzliche Vorgaben für ein ambulantes CM gibt. Es existiert eine große Anzahl an nicht thematisierten Schnittstellen im Patientenpfad. Auch sollte auf der Bundesebene eine Harmonisierung/ Zusammenführung von SGB V und SGB XI sowie von SGB IX und SGB XII angedacht werden, um neben Versorgungsklitten auch Finanzierungsklitten, welche beide zu großen Behandlungs- und Versorgungseffizienzen führen können, zu vermeiden.

In der AG II zu Kooperations- und Kommunikationsstrukturen auf bezirklicher und überbezirklicher Ebene ergab sich folgendes Bild: Zentrale Ziele sind eine effektive(re) Koordination der Versorgungsprozesse über die Leistungssektoren Gesundheit, Pflege und Soziales hinweg und eine stärkere Orientierung auf die hochaltrigen mehrfach und/oder psychisch erkrankten Menschen. Das erfordert mehr Verbindlichkeit in den vorhandenen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Versorgungspartner auf bezirklicher und überbezirklicher Ebene, z. B. in Form von Kooperationsverträgen. Das modellhafte Entwickeln und Ausprobieren neuer Wege zur Überwindung von Schnittstellendefiziten, besonders beim Übergang vom stationären in den ambulanten Sektor, bedeutet auch, gemeinsam Verantwortung für die Qualität der Übergänge zwischen gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen zu übernehmen.

Zwischen den Verwaltungsressorts Gesundheit und Soziales ist eine enge(re) Zusammenarbeit unverzichtbar. Auf Bezirksebene ist ein zentraler, koordinierender Verbund erforderlich, z. B. im Sinne von Verbänden „Rund ums Alter“<sup>2</sup> einschließlich bestehender gerontopsychiatrisch-geriatrischer Verbände (GGV). Dieser Verbund sollte über ein Budget und Managementkapazitäten verfügen, um Vernetzung und Austausch zwischen diver-

---

<sup>2</sup> in Weiterentwicklung der ehemaligen Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“

sen relevanten Versorgungspartnern zu steuern und mit Lotsen/Casemanagern zu agieren. Unabdingbar ist die Einbindung dieses Verbundes in kommunale Planungs- und Koordinationsprozesse und die Entwicklung von bezirklichen Feinkonzepten zur besseren Versorgung der Zielgruppe 80<sup>plus</sup>. In den Bezirksämtern bedarf es hierfür der personellen Verstärkung.



Die Mehrheit der Dialogteilnehmenden hält nachfolgende Schritte für erforderlich:

- die Einrichtung eines regelmäßigen, überbezirklichen Fachaustausches zu medizinischen und pflegerischen Defiziten und Bedarfen auf Bezirks- und Landesebene (mit Know-How-Transfer, gemeinsame Fachveranstaltungen etc.), die Begleitung einer Evaluation der bestehenden Kooperations- und Vernetzungsstrukturen (z. B. der GGVs) in den Bezirken mit dem Ziel der Ableitung von Standards sowie von tragfähigen Modellen der Finanzierung und Kooperation der einschlägigen Partner. Für die externe Evaluation sind Haushaltsmittel und personelle Ressourcen erforderlich.
- Stärkung der bezirklichen Koordinations- und Steuerungsfunktion zwischen den Bereichen Geriatrie (Gesundheit) und Altenhilfe/Pflege (Soziales) durch die Etablierung einer koordinierenden Stelle in allen Bezirksämtern und Schaffung feinkonzeptioneller Grundlagen auf Bezirks- und Stadtteilebene durch Entwicklung kontinuierlicher Versorgungsketten für gängige Alterserkrankungen unter Aufnahme guter Ansätze der Versorgungspraxis z. B. lokaler Allianzen.

In der AG III zu einem Modellprojektentwurf für eine gelingende sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz wurden der typische Versorgungsverlauf und dessen immanente Schnittstellen an den Sektorengrenzen diskutiert. Eine Status quo Analyse wurde begonnen. Hierbei wurden die an der Versorgung beteiligten Akteure - Patient/in, Angehörige, Krankenkasse, Hausarzt/-ärztin, Fachärzt/innen, Apotheke, ambulante und stationäre Pflege - ebenso thematisiert wie die Erörterung von Versorgungszielen als auch die Frage der Zuständigkeiten. Darüber hinaus wurden die Schnittstellen in der Kommunikation erörtert und diskutiert und die Vor- und Nachteile von Rabattverträgen angeschnitten.

Insgesamt besteht im Versorgungssystem eine Informationsfülle, die allerdings auch oft für die Betroffenen zu diffusen Verantwortlichkeitsstrukturen führt.

Es stellte sich in der Gruppe auch die Frage nach einer stärkeren Einbindung der Apotheken in den Beratungs- und Behandlungsprozess - insbesondere hinsichtlich Medikamentenplänen, Arzneimittelprüfung (Stichwort Medikamenteneinstellung, Polymedikation und mögliche resultierende Wechselwirkungen) sowie die Frage nach einer umfassenderen IT-gestützten Dokumentationsmöglichkeit (Health Records). Auch die Rolle der Pflegestützpunkte/ Schwerpunktpraxen wurde ebenso diskutiert wie die Rolle der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Adhärenz/ Compliance.

Im Detail ergab sich, dass die schnittstellenübergreifende Koordination im Versorgungsprozess, insbesondere an den Sektorengrenzen von großer Bedeutung ist, hier könnte es angeraten sein, innerhalb eines Modellprojekts, einen verbindlicheren Diskurs zwischen Pflegestützpunkten, Schwerpunktpraxen und Apotheken zu erproben. Des Weiteren ist hinsichtlich der Medikation besonderes Augenmerk auf Transparenz und Qualifikation im Umgang zu legen. Die Diskussion ergab zudem noch die Frage nach einer möglichen Reform im Sinne einer detaillierteren Ausgestaltung des bestehenden Altenhilfeparagraphen (§ 71 SGB XII).

Innerhalb der 90-minütigen Arbeitsgruppenrunde konnten Teilerfolge im Hinblick auf den Konsens der oben genannten Ziel- und Maßnahmenkataloge erzielt werden. In der anschließenden, ebenfalls 90-minütigen Schlussrunde ergab sich ein weiterer konstruktiver Diskurs, allerdings war aufgrund der Kürze der Zeit und der Komplexität der Fragestellung gepaart mit der dem deutschen Gesundheitssystem immanenten Heterogenität keine umfassende ad hoc Konsentierung erzielbar.

## Ausblick

Das Ziel ist, bis Sommer 2016 eine Rahmenstrategie zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochbetagter Menschen in Berlin vorzulegen. Dafür bilden die Diskussionen auf dem 1. Fachdialog eine solide Basis.

Nun gilt es, in weiteren Treffen die vielen aufgeworfenen Ideen und Anregungen aus jedem Handlungsfeld zu vertiefen. Ein Weg dahin ist die Qualifizierung der aus dem Fachdialog bekannten „Ziele-Matrix“. Das übernehmen die Sprecherinnen und Sprecher gemeinsam mit den Beauftragten eines jeden Handlungsfeldes. Zudem werden aktuell die Ergebnisse des 2. Fachdialoges, der am 11. Februar stattfand, zusammen getragen und ausgewertet. Zeitgleich werden ein 3. Fachdialog und eine „Konferenz der Älteren“ vorbereitet.

Mit diesem breit angelegten Dialogprozess ist es möglich, dass Träger und Verbände des Sozial- und Gesundheitswesens ihr Wissen und ihre Erfahrungen einbringen. Zugleich sind ältere Berlinerinnen und Berliner - als Expertinnen und Experten in eigener Sache - aufgefordert, den Dialogprozess durch ihre Alltagserfahrungen und Erkenntnisse aus der Praxis zu bereichern.

Im Juli 2016 gibt es eine Abschlussveranstaltung, auf der die entwickelte Rahmenstrategie zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin vorgestellt wird.

## **Impressum:**

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Fotos: Konstantin Gastmann