



80^{plus}-Rahmenstrategie
zur gesundheitlichen und pflegerischen
Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin
Ziele, Maßnahmen und Kooperationspartner

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

Koordinierung und redaktionelle Bearbeitung:
Dr. Sabine Hermann, Juliane Nachtmann
Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin

Organisatorische Unterstützung im Dialogprozess 80^{plus}:
Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin,
Trägerschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

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

Kontakt (ab 23.03.2017): Dr. Juliane Nachtmann
E-Mail: Juliane.Nachtmann@sengpg.berlin.de

Redaktionsschluss: August 2016

Online (ab 22.06.2017): <http://www.berlin.de/sen/pflege/grundlagen/80plus/>

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Verzeichnis der am Bericht Beteiligten

- Expertenbeirat 80^{plus}: Der Expertenbeirat 80^{plus} setzt sich zusammen aus den internen und externen Sprecherinnen und Sprechern der sieben Handlungsfelder sowie der Projektleitung (alphabetische Reihenfolge):
- Prof. Dr. med. Michael N. Berliner (Ärztekammer Berlin und Helios Klinikum Berlin-Buch), Dr. Sabine Hermann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Dr. Eric Hilf (Sana Klinikum Lichtenberg), Sibylle Kraus (Alexianer St. Hedwig Kliniken und Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen), Katharina Lücke (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Werner Mall (AOK Nordost), Juliane Nachtmann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Korkmaz Özman (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Wolfgang Pütz (Kassenärztliche Vereinigung), Bettina Rinne (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Regina Saeger (Landesseniorenbeirat Berlin), Dr. Frank Schieritz (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Karin Stötzner (Patientenbeauftragte des Landes Berlin), Verena Vogt (Technische Universität Berlin), Dr. Nadine Wittmann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Rebecca Zeljar (Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Berlin-Brandenburg)
- Weitere Beteiligte für das Kapitel 2: Greta Schabram und Sabrina Schönborn (beide Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales)
- Weitere Beteiligte für das Kapitel 3: Die insgesamt sieben Handlungsfelder haben als Handlungsfeld-Verantwortliche durch ihre Fachperspektive begleitet (alphabetische Reihenfolge):
- Gerlinde Bendzuck (Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V.), Daniela Beyer-Klatt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Simona Blankenburg (Home Care Berlin e. V.), Dr. Nicole Bührsch (Fliedner Kliniken Berlin), Florian Elsner (Kassenärztliche Vereinigung), Hans-Joachim Fritzen (AOK Nordost), Dr. Christina Fuhrmann (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Sabine Hochstadt (AOK Nordost), Franziska Hupke (Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus), Michael Jacob (Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Berlin), Dr. med. Angela Kloppenborg (Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie), Dr. med. Rainer Koch (Alexianer St. Hedwig Kliniken), PD Dr. Dr. Claus Köppel (Arbeitskreis Klinische Geriatrie der Ärztekammer Berlin), Prof. Dr. Torsten Kratz (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge), Franziska Krüger (Kassenärztliche Vereinigung), Werner Link (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Gabriele Lukas, (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Christa Matter (Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V.), Anne Morgenstern (Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V.), Stefan Pospiech (Gesundheit Berlin Brandenburg e. V.), Ulla Rose (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordost e. V.), Eckehard Schlauß (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisa-

beth Herzberge), Kay Wilke-Schultz (AOK Nordost), Dr. med. Michael Christian Schulze (Facharzt für Allgemeinmedizin, Geriatrie und Palliativmedizin), Dr. med. Christian Stofft (Sankt Gertrauden-Krankenhaus), Prof. Dr. Hans-Peter Thomas (Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge und Landesverband Geriatrie), Cornelia Wagner (Zentrum für Bewegungsförderung Berlin), Manja Wanke (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Hans-Joachim Wasel (Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V.), Rosmarie Weise (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales), Romy Winter (DOMICIL Senioren-Residenzen)

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Berlin wächst, wird vielfältiger und immer älter. Laut der aktuellen Bevölkerungsprognose wird bis zum Jahr 2030 die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner vermutlich um rund 266.000 ansteigen, das sind 7,5 %. Überproportional zunehmen werden in den kommenden 14 Jahren die Anzahl und der Anteil hochaltriger Menschen: Von derzeit 170 Tsd. wird die Zahl 80-Jähriger und Älterer um 55 %, d. h. auf 263 Tsd. anwachsen.



Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat sich daher das Ziel gesetzt, die bestehenden Strukturen so weiter zu entwickeln, dass sie den Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft noch besser gerecht werden und alte Menschen dabei unterstützen, möglichst lange aktiv und eigenständig zu leben. Hierfür hat die Senatsverwaltung das Projekt 80^{plus} auf den Weg gebracht.

Vor einem Jahr habe ich Ihnen erstmals das Projekt „Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ – kurz 80^{plus} – vorgestellt. Aufbauend auf einem Diskussionspapier wurde ein berlinweiter intensiver Dialogprozess gestartet. Es gab drei Fachdialoge, an denen sich über 250 Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten sowie (teil-)stationären medizinischen und pflegerischen Leistungsbereiche, der Krankenkassen, der Beratungsstellen, von Forschungseinrichtungen, Interessenverbänden, Netzwerken und Verbänden sowie Akteure der Bezirks- und der Landesebene beteiligt haben. Besonders freut mich, dass die älteren und hochaltrigen Menschen selbst sowie ihre Interessenvertretung – der Landessenorenbeirat und die Landessenorenvertretung – während des gesamten Prozesses aktiv dabei waren. Sie haben uns sensibilisiert für die Bedürfnisse und die Bedarfe hochaltriger Menschen im präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich. Allein durch eine bessere Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Sektoren im Gesundheitswesen können z. B. die Überleitung vom Krankenhaus zur Hausärztin und die Versorgung kognitiv beeinträchtigter Menschen vor allem in der Notaufnahme optimiert werden. Es bedarf aber auch landes- und bundesrechtlicher Gesetzesreformen, um z. B. eine bessere strukturelle Absicherung von Sozialdiensten in Krankenhäusern zu erzielen oder mehr Hausärztinnen und Hausärzte für die geriatrische Versorgung zu qualifizieren.

Im Verlauf des Dialogprozesses ist es gelungen, gemeinsam neue Perspektiven und Lösungsansätze für eine verbesserte gesundheitliche und pflegerische Versorgung von hochaltrigen Menschen zu entwickeln. Die vorliegende Rahmenstrategie stellt die in den Fachdialogen erarbeiteten Ziele und Maßnahmen für die Versorgung der Generation 80+ vor.

Ich blicke zurück auf einen intensiven und anregenden Dialogprozess. Zudem konnten in der Legislaturperiode wichtige Schritte, bspw. beim Krankenhaus-Plan, bei der Verteilung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte oder dem Landespflegeplan, gegangen werden! Nun beginnt die wichtige Umsetzungsphase von 80^{plus}. Deshalb bitte ich Sie: Bleiben Sie dem Thema gewogen und bringen Sie Ihre Expertise bei der Umsetzung der vielen guten Ideen ein! Es lohnt sich, für eine altengerechte Stadt zu arbeiten.

Ihr

A handwritten signature in black ink that reads "Mario Czaja". The signature is written in a cursive, slightly stylized font.

Mario Czaja

Kurzes Inhaltsverzeichnis für die eiligen Leserinnen und Leser

| | |
|---|------------|
| Vorwort | 5 |
| 1 Einleitung | 9 |
| 2 Aktuelle soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins | 11 |
| 3 Handlungsfelder | 29 |
| 3.1 Prävention und Gesundheitsförderung stärken (Handlungsfeld 1) | 30 |
| 3.2 Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung (Handlungsfeld 2) | 40 |
| 3.3 Stationäre Versorgung im Krankenhaus (Handlungsfeld 3) | 50 |
| 3.4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung (Handlungsfeld 4) | 57 |
| 3.5 Versorgung am Lebensende (Handlungsfeld 5) | 80 |
| 3.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung (Handlungsfeld 6) | 89 |
| 3.7 Selbstbestimmung und Teilhabe (Handlungsfeld 7) | 96 |
| 4 Ausblick | 106 |
| 5 Literaturverzeichnis | 109 |

Ausführliches Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 5 |
| 1 Einleitung | 9 |
| 2 Aktuelle soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins | 11 |
| 2.1 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur | 11 |
| 2.1.1 Altersstruktur | 11 |
| 2.1.2 Haushaltsstruktur und Lebensformen | 13 |
| 2.2 Soziale Lage | 14 |
| 2.2.1 Armutsgefährdungsquote | 14 |
| 2.2.2 Grundsicherung im Alter gemäß 4. Kapitel SGB XII | 15 |
| 2.2.3 Hilfe zur Pflege gemäß 7. Kapitel SGB XII | 16 |
| 2.3 Gesundheitliche Situation | 18 |
| 2.3.1 Lebenserwartung | 18 |
| 2.3.2 Krankheitsspektrum – Multimorbidität | 20 |
| 2.3.3 Krankenhausbehandlungen | 22 |
| 2.4 Medizinische und pflegerische Versorgungsstrukturen | 23 |
| 2.4.1 Stationäre Versorgung | 23 |
| 2.4.2 Ambulante Versorgung | 24 |
| 2.4.3 Pflegerische Versorgung | 25 |
| 2.5 Verwendete Datengrundlage | 28 |
| 3 Handlungsfelder | 29 |
| 3.1 Prävention und Gesundheitsförderung stärken (Handlungsfeld 1) | 30 |
| 3.1.1 Thematische Eingrenzung | 30 |
| 3.1.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 30 |
| 3.1.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 31 |
| 3.1.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 35 |
| 3.2 Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung (Handlungsfeld 2) | 40 |
| 3.2.1 Thematische Eingrenzung | 40 |
| 3.2.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 41 |
| 3.2.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 42 |
| 3.2.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 45 |
| 3.3 Stationäre Versorgung im Krankenhaus (Handlungsfeld 3) | 50 |
| 3.3.1 Thematische Eingrenzung | 50 |
| 3.3.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 50 |
| 3.3.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 51 |
| 3.3.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 54 |

| | |
|---|------------|
| 3.4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung (Handlungsfeld 4) | 57 |
| a) Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen | 57 |
| 3.4.1a Thematische Eingrenzung | 57 |
| 3.4.2a Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 58 |
| 3.4.3a Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 59 |
| 3.4.4a Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 62 |
| b) Integrierte Versorgung | 71 |
| 3.4.1b Thematische Eingrenzung | 71 |
| 3.4.2b Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 71 |
| 3.4.3b Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 72 |
| 3.4.4b Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 76 |
| 3.5 Versorgung am Lebensende (Handlungsfeld 5) | 80 |
| 3.5.1 Thematische Eingrenzung | 80 |
| 3.5.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 81 |
| 3.5.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 83 |
| 3.5.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 86 |
| 3.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung (Handlungsfeld 6) | 89 |
| 3.6.1 Thematische Eingrenzung | 89 |
| 3.6.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 90 |
| 3.6.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 91 |
| 3.6.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 93 |
| 3.7 Selbstbestimmung und Teilhabe (Handlungsfeld 7) | 96 |
| 3.7.1 Thematische Eingrenzung | 96 |
| 3.7.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte | 96 |
| 3.7.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen | 97 |
| 3.7.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen | 101 |
| 4 Ausblick | 106 |
| 5 Literaturverzeichnis | 109 |

1 Einleitung

Im Frühjahr 2015 legte die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales das **Diskussionspapier „80^{plus} – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“** vor. Ausgehend von einer fundierten Problemanalyse wurden darin sieben wichtige Handlungsfelder identifiziert: (1) Prävention und Gesundheitsförderung stärken, (2) Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung, (3) Stationäre Versorgung im Krankenhaus, (4) Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung, (5) Versorgung am Lebensende, (6) Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie (7) Selbstbestimmung und Teilhabe. Das erarbeitete Diskussionspapier, welches online unter <http://www.berlin.de/sen/pflege/80plus/> verfügbar ist, bildete die Grundlage für einen berlinweiten partizipativen Dialogprozess.

Vorstellung des Dialogprozesses 80^{plus}

Im Rahmen des mehrstufigen Dialogprozesses galt es, konkrete Lösungsansätze für die Versorgung hochaltriger Menschen sowie neue Wege der verbindlichen Zusammenarbeit zu entwickeln. Darin inbegriffene Unterziele waren die Klärung der im Diskussionspapier formulierten Fragen an die Akteure, die fachliche Konkretisierung der jeweiligen Handlungsfelder, die Identifizierung und Nutzung von Schnittstellen zu bestehenden Prozessen sowie die Verabredung eines Zeitplans für die konkrete Umsetzung im jeweiligen Handlungsfeld. Das geschah im Dialog mit Einrichtungen, Trägern und Verbänden des Sozial- und Gesundheitswesens sowie interessierten Bürgerinnen und Bürgern. Dabei sind unterschiedlichste Veranstaltungsformate zum Tragen gekommen: eine **Auftaktveranstaltung** im Mai 2015 und ein **Gesundheitsforum** im Oktober 2015 als offene Veranstaltungsformate sowie drei **Fachdialoge** im November 2015, Februar 2016 und April 2016 als geschlossene Veranstaltungen mit Workshop-Charakter.

Auf allen drei Fachdialogen waren Politik und Verwaltung (Landes- und Bezirksebene), Kliniken und Interessenverbände (darunter wurden etwa Kammern, ärztliche, pflegerische und therapeutische Berufsverbände sowie weitere Lobby-Gruppen und Fachvereinigungen zusammengefasst), Seniorenvertretungen, Beratungsstellen sowie die Kranken- bzw. Pflegekassen vertreten. Auf dem 2. Fachdialog, der sich den Themen Prävention und Teilhabe widmete, kamen insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Bereiche Sport und Bewegung, Mobilitätshilfe sowie Wohnen und Stadtentwicklung. Am 3. Fachdialog, der u. a. Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Versorgung am Lebensende thematisierte, beteiligten sich auch (Hoch-)Schulen, weitere Ausbildungseinrichtungen sowie der Hospiz- und Palliativbereich.

Insgesamt wurden mit den drei Fachdialogen über **250 verschiedene Personen** erreicht. Zu jedem Fachdialog konnte ein hoher Anteil von neuen Interessierten gewonnen werden. Es kann von einer sehr heterogenen Zusammensetzung der Teilnehmenden der Fachdialoge gesprochen werden: von der bezirklichen Seniorenvertretung bis zur Chefarztin, vom Koordinator eines Geriatrisch-Gerontopsychiatrischen Verbundes bis zur Beraterin im Pflegestützpunkt und vom Krankenkassen-Geschäftsführer bis zur Abteilungsleitung in der Kassenärztlichen Vereinigung.

Überdies strömten im Mai dieses Jahres mehr als 60 Frauen und Männer ins Käte-Tresenreuter-Haus. Der Anlass: eine **Konferenz der Älteren**. Die Gastgeber: das Sozialwerk Berlin e. V. und der Verband für sozial-kulturelle Arbeit e. V.. Die Teilnahmebedingung: Menschen ab dem 80. Lebensjahr. Das Format war ein voller Erfolg. Leidenschaftlich und kontrovers wurde an sieben Tischen diskutiert. Ein wiederkehrendes Thema war, dass sich ältere Menschen nicht ausreichend über ihre Möglichkeiten informiert fühlen. Zudem sind ihnen ein respektvoller Umgang und die Begegnung auf Augenhöhe wichtig.

Darüber hinaus wurde der Austausch mit zahlreichen **Gremien** und **Arbeitsgruppen** (AG), bspw. der AG „Chancen der älter werdenden Gesellschaft“, der AG „Seniorenpolitische Leitlinien“, der AG „Demenzfreundliche Initiativen“, der AG „Gesundheitsziele für Ältere“ der Landesgesundheitskonferenz sowie dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V, gesucht.

Auf der **Abschlussveranstaltung** im Juli 2016 konnten unter dem Motto „Wie können Menschen im hohen Alter optimal versorgt werden?“ rund 180 relevante Akteurinnen und Akteure sowie Entscheidungsträgerinnen und -träger begrüßt werden. Sie diskutierten und priorisierten die Ergebnisse des 80^{plus}-Dialogprozesses. Wie auch im Verlauf des gesamten Prozesses, war bei der Abschlussveranstaltung die Beteiligung von hochaltrigen Menschen ein wichtiges Anliegen. Es konnten der Landessenorenbeirat und die Landeseniorenvertretung sowie hochaltrige Menschen als Expertinnen und Experten in eigener Sache für die Veranstaltung gewonnen werden.

Insgesamt trugen die Teilnahme, das Engagement sowie der notwendige Austausch der unterschiedlichen Interessensgruppen zu einer Sensibilisierung für die Bedarfslage hochaltriger Menschen im präventiven, ambulanten, stationären als auch rehabilitativen Bereich bei. Die Vielfalt der Teilnehmenden des Dialogprozesses 80^{plus} repräsentierte die Mehrdimensionalität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von hochaltrigen Menschen in Berlin.

Aufbau und Ziele der Rahmenstrategie 80^{plus}

Die 80^{plus}-Rahmenstrategie fasst die zentralen Ergebnisse des eingangs beschriebenen Dialogprozesses zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin zusammen. Sie enthält konkrete Vorhaben, Kooperationspartner und Termine. Zur Erinnerung: Das im Mai 2015 vorgelegte 80^{plus}-Diskussionspapier benannte für die einzelnen Handlungsfelder jeweils Ziele und Teilziele. Dieser Ansatz wurde für die Rahmenstrategie aufgegriffen und präzisiert.

Jedes einzelne Handlungsfeld-Kapitel beginnt mit einer Begründung für die getroffene Schwerpunktsetzung (siehe „Thematische Eingrenzung“). Die Ausführungen werden durch ein Praxisbeispiel ergänzt. Zur Vorbereitung auf die Fachdialoge wurden Fragenbögen verschickt, die Erfahrungen und Modelle guter Praxis eruierten. Die teilnehmenden Akteure werden im Unterkapitel „Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte“ vorgestellt. Im Anschluss werden die im Rahmen der Fachdialoge erarbeiteten Ziele und Maßnahmen konkret beschrieben (siehe „Darstellung der Ziele und Maßnahmen“). Gibt es thematische Überschneidungen zwischen den sieben Handlungsfeldern, werden diese mit einem farbigen Hinweiskasten sichtbar gemacht.

Das jeweilige Handlungsfeld-Kapitel endet mit einem detaillierten Ziele-Maßnahmen-Indikatoren-Plan. Diese „Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen“ gibt Auskunft darüber, mit welchen Mitteln das jeweilige Ziel erreicht wird (siehe Spalten „Kurzbeschreibung der Maßnahme“ und „Finanzierung, Ressourcen“), welchem Personenkreis die Maßnahme zugutekommt (siehe Spalte „Zielgruppe“), welche Partner für die Umsetzung benötigt werden (siehe Spalte „Kooperationspartner unter Federführung von“), in welchem zeitlichen Horizont die Umsetzung erfolgt (siehe Spalte „Zeitrahmen“) und woran zu erkennen ist, dass ein Ziel erreicht ist (siehe Spalte „Indikatoren der Zielerreichung“).

Für eine wirkungsvolle und bedarfsgerechte Maßnahmenplanung ist es unerlässlich, Daten und Fakten über die lokalen Verhältnisse zu erfassen und auszuwerten. Damit sich abzeichnende Trends frühzeitig erkannt werden, muss eine solche Datensammlung regelmäßig fortgeschrieben werden. Das ermöglicht einen chronologischen Vergleich der Daten sowie die Etablierung von Zeitreihen. Vor diesem Hintergrund werden zum Einstieg in die Rahmenstrategie aktuelle soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins präsentiert.

2 Aktuelle soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins

Wohin man auch schaut: Berlin und seine Bevölkerung verändern sich rasant. Dabei wird die Stadt nicht nur immer vielfältiger, sondern auch immer älter.

Alter geht nicht automatisch mit Krankheit und Pflegebedürftigkeit einher. Doch die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden und auf Pflege angewiesen zu sein, nimmt im hohen Alter deutlich zu. Der steigende Anteil älterer und insbesondere hochaltriger Menschen an der Bevölkerung wird daher erhebliche Auswirkungen haben, bspw. auf den Bedarf an Pflegefachkräften, auf die Gesundheitsberufe und das Gesundheitswesen als Ganzes.

Neben den Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich sprechen die im Folgenden präsentierten Daten auch für beachtliche Veränderungen der sozialen Lage hochaltriger Menschen. Entwicklungen zeigen, dass künftig immer mehr Menschen der Altersgruppe 80+ auf Sozialleistungen angewiesen sein werden. Eine Tendenz, die gerade in Anbetracht der zudem steigenden Zahl von hochaltrigen Menschen auch mit finanziellen Belastungen Berlins verknüpft sein wird. In diesem Sinne wirken Veränderungen am Arbeitsmarkt und die Entstandardisierung von Erwerbsbiografien bis ins hohe Alter hinein und stellen die Gesellschaft vor neue Aufgaben.

Die Darstellung der wichtigsten Informationen über die soziodemografische, gesundheitliche und soziale Situation der hochaltrigen Berliner Bevölkerung, d. h. der Berlinerinnen und Berliner im Alter ab 80 Jahren, beinhaltet Daten zu folgenden Themen: die Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur (vgl. Kapitel 2.1), die soziale Lage (vgl. 2.2), die gesundheitliche Situation (vgl. 2.3) sowie die medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen (vgl. 2.4).

Hinweis: Nicht durchgängig lagen Daten zu hochaltrigen Menschen, d. h. 80-Jährigen und Älteren, vor. Daher wurden gegebenenfalls Daten etwas davon abweichender Altersgruppen betrachtet. Es wurde jeweils der aktuellste Datenstand ausgewertet. Genaue Angaben zum Erhebungszeitpunkt, zur Datenquelle und zum Datenhalter können in Unterkapitel 2.5 (vgl. Tabelle 2) eingesehen werden.

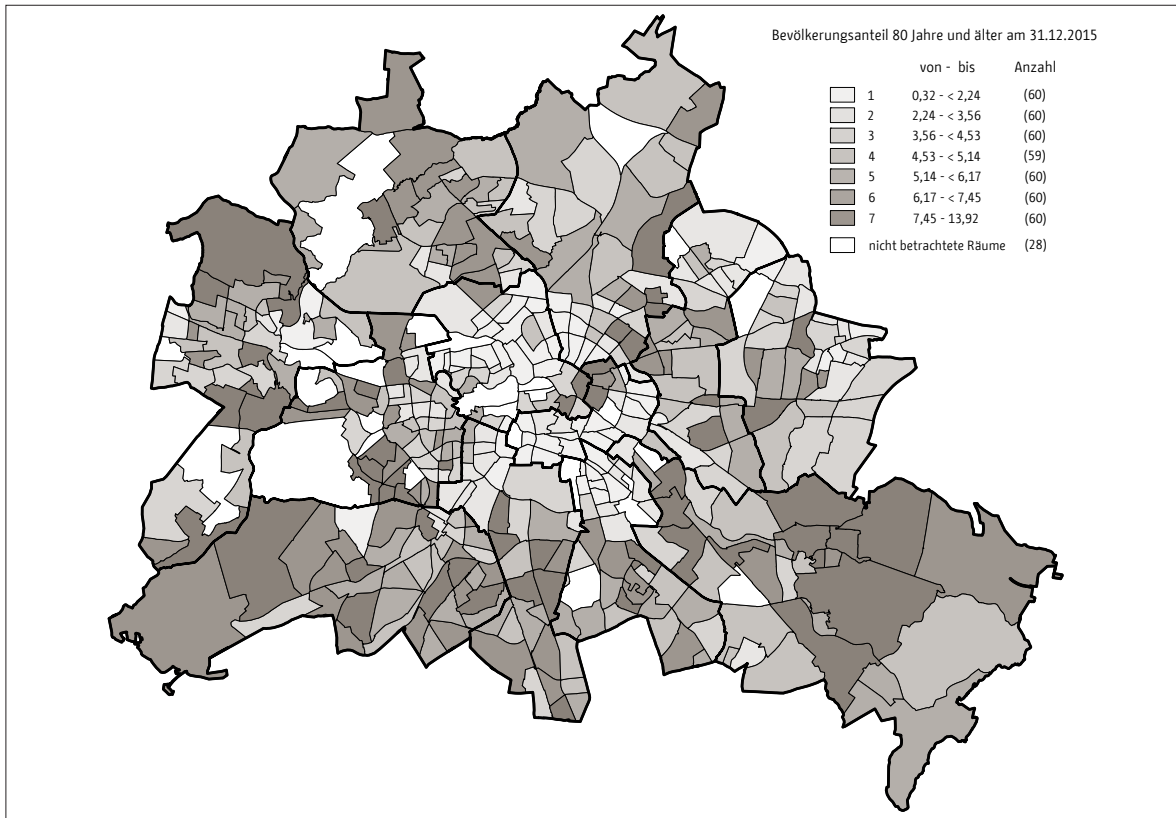
Weitere Informationen, mit detaillierten Ergebnissen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung, stehen in Form von Tabellen, Abbildungen und Karten sowie Ergebnisbeschreibungen und Analysen im Gesundheits- und Sozialinformationssystem unter <http://www.gsi-berlin.info> zur Verfügung.

2.1 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur

2.1.1 Altersstruktur

- In Berlin leben rund 3,6 Mio. Menschen. Knapp jede fünfte Person ist 65 Jahre oder älter (691 Tsd. bzw. 19,1 %) und **fast jede zwanzigste Person ist hochaltrig** (170 Tsd. bzw. 4,7 %).
- 1.000 Berlinerinnen und Berliner sind mindestens 100 Jahre alt, davon sind 85 % Frauen und 15 % Männer.
- Vor allem in den äußeren **Stadtgebieten** Berlins leben viele bzw. hohe Anteile von hochaltrige(n) Menschen. In den zentrumsnahen Bezirken hingegen stellen hochaltrige Berlinerinnen und Berliner nur eine Minderheit der dortigen Wohnbevölkerung dar (vgl. Abbildung 1).

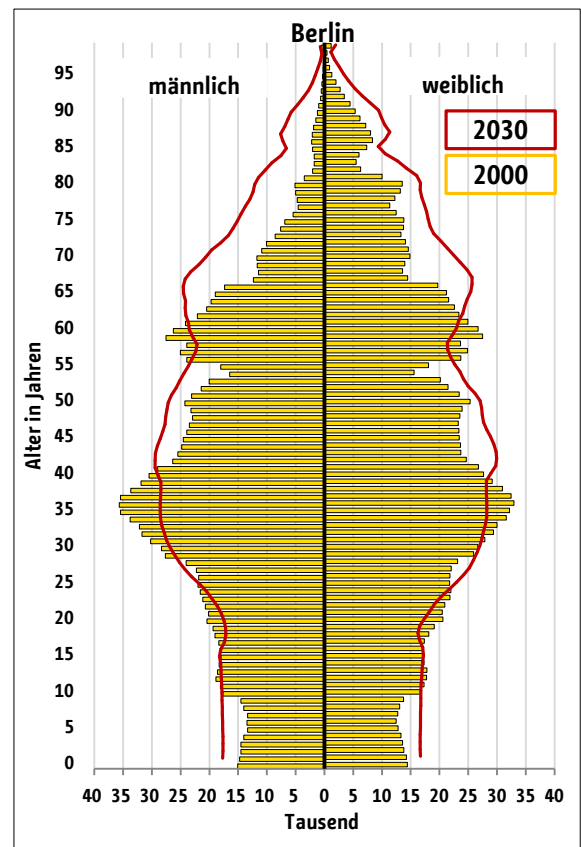
Abbildung 1:
Anteil der Bevölkerung ab 80 Jahren in Berlin auf Planungsraumebene am 31.12.2015, in Prozent



(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -. Aufgrund zu geringer Einwohnerzahlen werden 28 betrachtete Räume nicht ausgewiesen)

- Mit zunehmendem Alter steigt der **Frauenanteil** an der Berliner Bevölkerung (insgesamt: 50,7 %). Von den hochaltrigen Menschen sind knapp zwei Drittel Frauen (65,0 %).
- Während insgesamt 17,2 % der Berlinerinnen und Berliner nicht deutscher **Staatsangehörigkeit** sind, beträgt der Anteil in der Altersgruppe 80+ lediglich 4,5 %.
- Bis zum **Jahr 2030** wird sowohl die Anzahl als auch der Anteil der hochaltrigen Berliner Bevölkerung steigen: Von derzeit rund 170 Tsd. wird die Zahl hochaltriger Menschen um 55,0 % auf 263 Tsd. im Jahr 2030 zunehmen. Damit werden, statt gegenwärtig 4,7 %, im Jahr 2030 6,9 % der Berliner Bevölkerung 80 Jahre oder älter sein.
- Eine Veränderung der Berliner Bevölkerung lässt sich an der **Alterspyramide** in Abbildung 2 erkennen.¹ Deutlich mehr Menschen werden im Jahr 2030 ein hohes Lebensalter erreicht haben, als 30 Jahre zuvor. An der roten Linie lässt sich im Zeitvergleich der Jahre 2000 und 2030 eine Zunahme der älteren Bevölkerung konstatieren – hingegen werden es weniger 30- bis 40-Jährige

Abbildung 2:
Alterspyramide der Berliner Bevölkerung am 31.12.2000 und im Prognosejahr 2030, nach Altersjahren und Geschlecht



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

¹ Die Berliner Bevölkerung im Jahr 2000 wurde auf Basis der fortgeschriebenen Bevölkerung ermittelt. Die Prognosezahlen für das Jahr 2030 basieren hingegen auf Daten des Einwohnermelderegisters vom 31.12.2014.

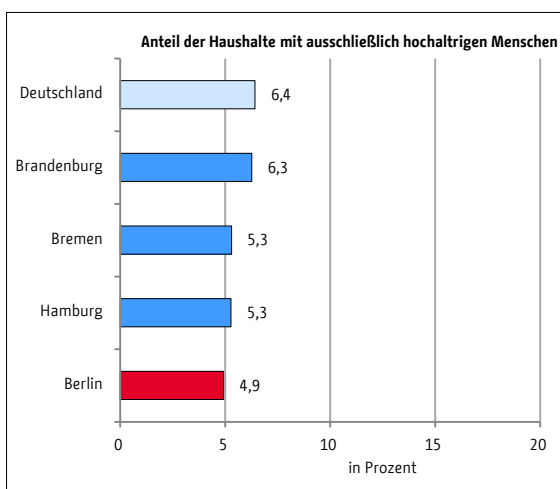
sein. Die beiden bevölkerungsstarken Gruppen der 30- bis 40-Jährigen und 57- bis 65-Jährigen aus dem Jahr 2000 führen dazu, dass im Jahr 2030 ein großer Anteil im oder kurz vor dem Renteneintritt ist und ebenso viele über 85 Jahre alt sein werden.

- Im Zeitvergleich nähern sich die Bevölkerungsanteile der jungen und älteren Menschen an. Im Jahr 2030 wird es beispielsweise ähnlich viele Neugeborene wie 75-Jährige geben.

2.1.2 Haushaltsstruktur und Lebensformen

- Nach derzeitiger Datenlage leben die rund 3,6 Mio. Berlinerinnen und Berliner in ca. zwei Mio. (1.963.184 Mio.) **Privathaushalten**. Knapp ein Drittel der Berliner Bevölkerung (1.057.744 Mio.) lebt

Abbildung 3:
Haushalte mit ausschließlich hochaltrigen Menschen in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg im Jahr 2014, nach Anteil an allen Haushalten



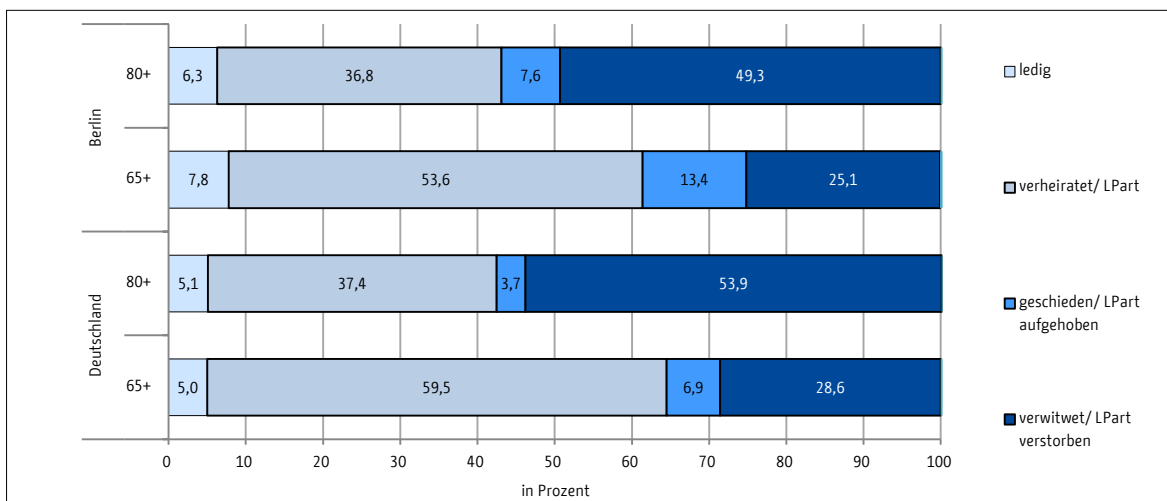
(Datenquelle: StBA, AFS Berlin-Brandenburg, Statistikamt Nord, Statistisches Landesamt Bremen / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

alleine. Damit liegt der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten bei 53,9 % und ist mithin deutlich höher als in Gesamtdeutschland (40,8 %).

- Unter der älteren Bevölkerung steigt der Anteil allein lebender Personen mit dem Alter deutlich an. Während von den 65- bis 75-Jährigen 36,0 % in einem **Einpersonenhaushalt** leben, sind es unter den 75- bis 85-Jährigen bereits 44,6 % und bei den 85-Jährigen und älteren 64,2 %.
- In knapp 5 % aller Berliner Haushalte leben ausschließlich hochaltrige Menschen. Dieser Wert ist etwas geringer als in anderen Stadtstaaten und Gesamtdeutschland (5,3 % bis 6,4 %, vgl. Abbildung 3).
- Beinahe zwei Drittel (63,2 %) der hochaltrigen Menschen in Berlin sind „alleine“ im Sinne eines als ledig, verwitwet oder geschieden registrierten **Familienstands**. Dieses Ergebnis geht im

Wesentlichen auf den großen Anteil verwitweter Personen im Alter von 80 Jahren oder älter zurück (49,3 %). Demgegenüber sind gut ein Drittel (36,8 %) verheiratet oder führen eine eingetragene Lebenspartnerschaft (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4:
Familienstand von Menschen der Altersgruppen 65+ und 80+ in Deutschland und Berlin in 2014



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

- Im Vergleich zur Altersgruppe 65+ sind rund doppelt so oft Ehe- oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner von hochaltrigen Menschen verstorben. Deutlich seltener als die etwas jüngere Altersgruppe der 65-Jährigen und älteren sind hochaltrige Berlinerinnen und Berliner geschieden.

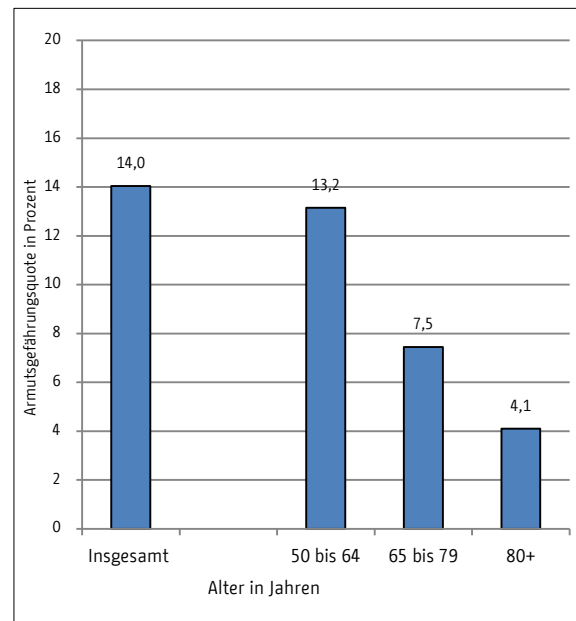
2.2 Soziale Lage

2.2.1 Armutsgefährdungsquote

Die Armutsgefährdungsquote ist ein zentraler Indikator der materiellen Wohlfahrt. Ein Armutsrisiko besteht per Definition dann, wenn das bedarfsgewichtete Pro-Kopf-Einkommen einer Person (bzw. Nettoäquivalenzeinkommen) weniger als 60 % des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens aller Personen einer bestimmten geografischen Einheit beträgt (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2015).²

- Gemessen am Bundesmaßstab mit einer Armutsgefährdungsschwelle von 917 Euro liegt die Armutsgefährdung der Berliner Bevölkerung ab 65 Jahren im Jahr 2014 mit 10,4 % niedriger als im Durchschnitt für Deutschland (14,4 %).
- Gemessen am Landesmaßstab mit einer Armutsgefährdungsschwelle von 842 Euro sind die **hochaltrigen Berlinerinnen und Berliner** (4,1 %) im Vergleich zur gesamten Berliner Bevölkerung (Armutsrisiko: Landesmaßstab 14,0 %) mit einem deutlich geringeren Armutsrisiko behaftet.
- Derzeit ist zwar ein vergleichsweise geringer Teil der Menschen ab 65 Jahren in Berlin armutsgefährdet (6,1 %), doch dürfte sich in einigen Jahren das Problem der **Altersarmut** verschärfen. Aller Voraussicht nach werden Menschen höherer Altersgruppen zukünftig verstärkt von Armut bedroht sein. Die derzeit 50- bis 64-Jährigen sind bereits heute mehr als dreimal so häufig armutsgefährdet (13,4 %) wie die 80-Jährigen und älteren und werden innerhalb der nächsten 15 Jahre das Renteneintrittsalter erreichen. Auch in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen liegt das Armutsrisiko mit 7,5 % bereits heute deutlich höher als bei den hochaltrigen Menschen (siehe Abbildung 5). Aufgrund geringerer Aussichten bereits im Alter ab 50 bzw. 65 Jahren armutsgefährdeter Menschen, im späteren hochaltrigen Lebensalter deutliche höhere Alterseinkünfte erzielen zu können, ist vor einer Tendenz zur „Mitnahme“ des Armutsrisikos dieser Bevölkerungsgruppen im weiteren Lebensverlaufs auszugehen.

Abbildung 5:
Armutsgefährdungsquoten (am Landesmaßstab) der Bevölkerung in Berlin, nach Altersgruppen in 2014



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

² Armutsrisikoquoten werden anhand der bedarfsgewichteten Nettoäquivalenzeinkommen ermittelt. Da dieses regional unterschiedlich ausfällt, ergeben sich abhängig vom gewählten regionalen Bezugsrahmen unterschiedliche Ergebnisse. Armutsrisikoquoten im Bundesmaßstab werden anhand des mittleren Nettoäquivalenzeinkommens von Deutschland berechnet, Armutsrisikoquoten im Landesmaßstab anhand des mittleren Äquivalenzeinkommens im jeweiligen Landesmaßstab. Somit sind treffende Vergleiche durch die Ausrichtung am Maßstab für Deutschland gesamt oder im engeren regionalen Bezug möglich. Da das Berliner Einkommen niedriger ist als das Einkommen für Deutschland insgesamt und innerhalb Berlins vergleichbarere Lebenshaltungskosten vorliegen, wird in der nachfolgenden Darstellung auf den Landesmedian abgestellt.

Die Bedarfsgewichtung bei der Berechnung des Nettoäquivalenzeinkommens einer Person berücksichtigt den Einspareffekt von Mehrpersonenhaushalten gegenüber Einpersonenhaushalten. Schließlich entstehen in Mehrpersonenhaushalten „Skalenvorteile“ bzw. geringere Lebenshaltungskosten pro Haushaltsmitglied durch gemeinsames Wirtschaften, wie z. B. durch geteilte Wohn- und Verpflegungskosten.

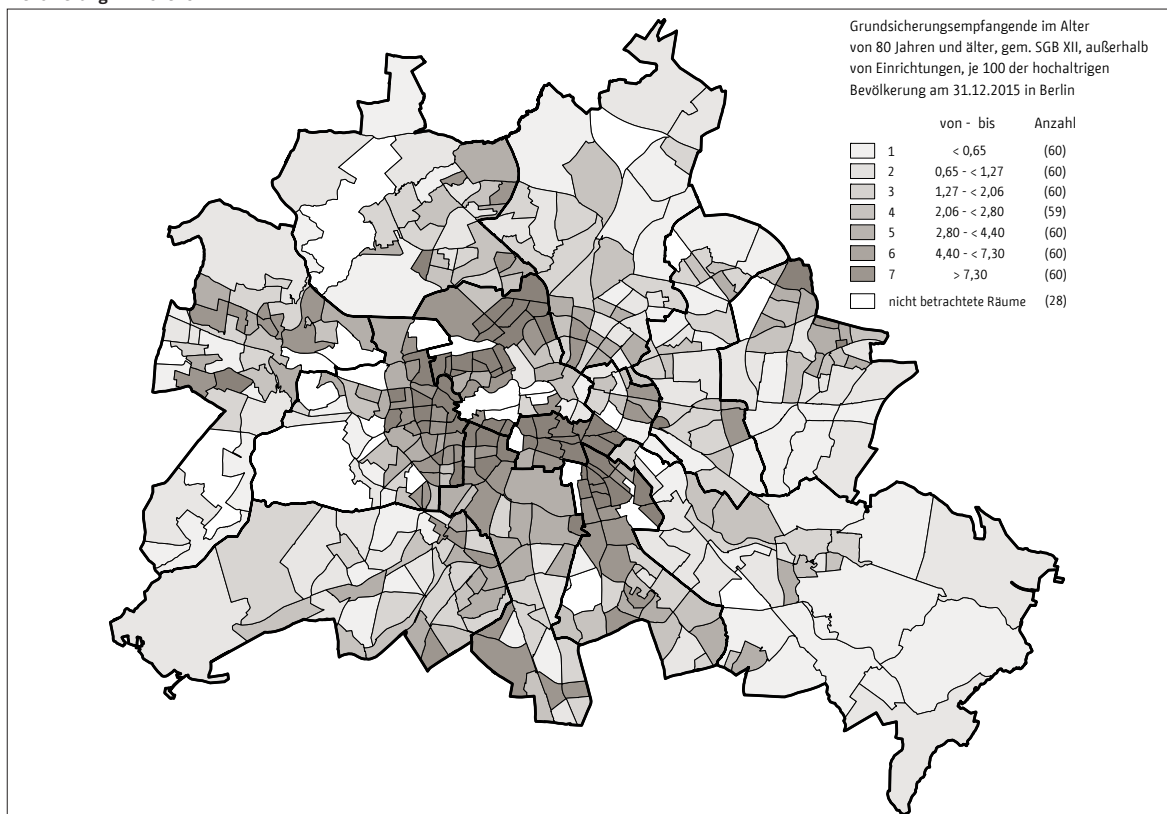
Weitere Informationen zu Konzept und Berechnung der Armutsrisikogrenze bzw. der Armutsrisikoquote kann im Handlungsorientierten Sozialstrukturatlas (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013: S. 168 ff.) nachgelesen werden.

2.2.2 Grundsicherung im Alter gemäß 4. Kapitel SGB XII

Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter sichert bei Bedürftigkeit den Lebensunterhalt, wenn Einkommen und Vermögen (häufig Renten- und Pensionsbezüge) nicht ausreichen.³ Grundsicherungsquoten und Empfangendenzahlen liefern damit nicht nur einen Hinweis auf bestehende Grundsicherungskosten und von Armut bedrohte Menschen, sondern stehen auch unmittelbar in Zusammenhang mit Entwicklungen am Arbeitsmarkt.

- Nach aktuellsten Daten empfangen 6.615 hochaltrige Berlinerinnen und Berliner **Grundsicherung im Alter** nach Kapitel 4 SGB XII. Damit gehört die Altersgruppe 80+ vergleichsweise selten zu den Grundsicherungsempfangenden (3,9 %), denn unter den 65-Jährigen und älteren liegt die Quote bei 6,1 % und bei der Altersgruppe 75+ sind es 4,4 %. Dieser **Alterstendenz** entsprechend beziehen die 85-Jährigen und älteren am seltensten Grundsicherungsleistungen (3,7 %).
- In den zentrumsnahen **Stadtgebieten** Berlins leben viele bzw. hohe Anteile von hochaltrigen Grundsicherungsempfangenden. Hingegen leben in den äußeren Stadtgebieten anteilmäßig seltener Grundsicherung im Alter beziehende Berlinerinnen und Berliner der Altersgruppe 80+ (siehe kartografische Abbildung 6). In Zusammenhang mit der kartografischen Abbildung 1 zu Bevölkerungsanteilen der 80-Jährigen und älteren lässt sich konstatieren, dass zentrumsnah einerseits vergleichsweise wenige hochaltrige Menschen leben, diese aber häufiger als die hochaltrige Bevölkerung in äußeren Stadtgebieten, Grundsicherung im Alter erhalten.

Abbildung 6:
Grundsicherungsempfangende nach SGB XII außerhalb von Einrichtungen, im Alter ab 80 Jahren in Berlin am 31.12.2015, Anteile an der hochaltrigen Bevölkerung in Prozent



(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -. Aufgrund zu geringer Einwohnerzahlen werden 28 betrachtete Räume nicht ausgewiesen)

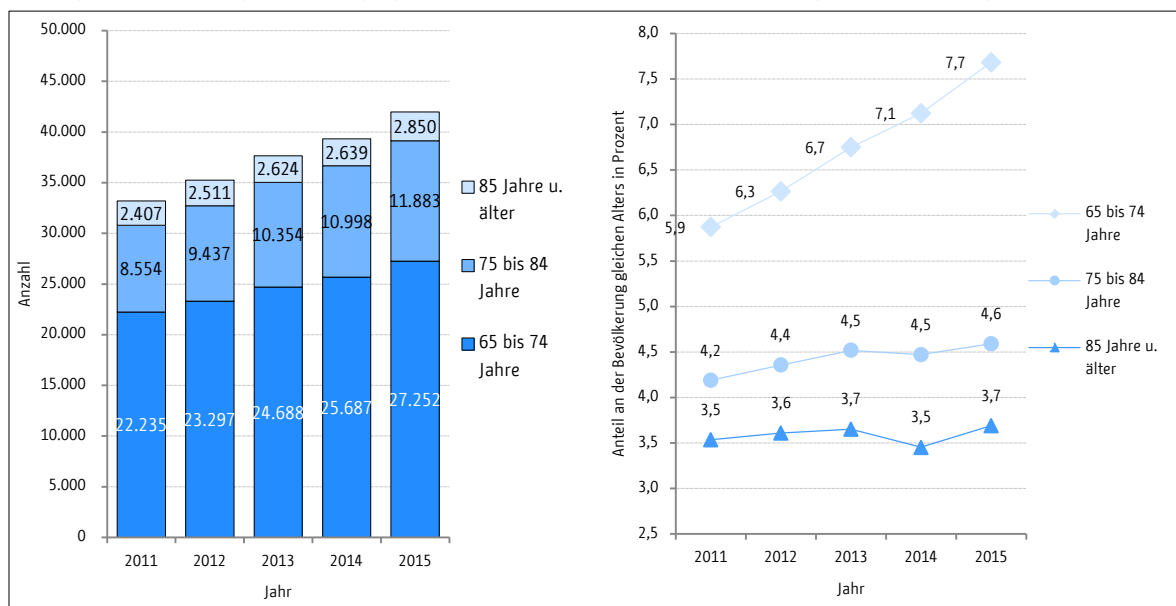
³ Personen über der Rentenaltersgrenze und volljährige dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland (vgl. § 41 Abs. 1 SGB XII), die den notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln decken können, haben Anspruch auf Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf alle Grundsicherungsempfangenden nach dem 4. Kapitel SGB XII ab 65 Jahren. Darunter sind zum 31.12.2015 545 Grundsicherungsbeziehende mit Bezug von Grundsicherung wegen voller Erwerbsminderung. Diese Differenz erklärt sich mit der Abweichung der Altersgruppe 65-Jährige und ältere von der Rentenaltersgrenze.

- Im Vergleich zu den Männern beziehen hochaltrige Frauen häufiger Grundsicherungsleistungen. Die Grundsicherungsquote hochaltriger Frauen liegt bei 4,4 % und die der gleichaltrigen Männer beträgt 3,0 %. Aufgrund des hohen Frauenanteils an der Berliner Bevölkerung im Alter von 80 Jahren oder älter drückt sich der **Geschlechterunterschied**, gemessen an allen hochaltrigen Grundsicherungsbeziehenden, noch deutlicher aus. 72,7 % aller Grundsicherungsbeziehenden der Altersgruppe 80+ sind Frauen und nur knapp über ein Viertel (27,3 %) sind Männer.
- Ca. 8 von 10 hochaltrigen Grundsicherungsempfängenden erhalten diese Leistung **außerhalb von Einrichtungen**. Männer der Altersgruppe 80+ beziehen Grundsicherung etwas häufiger außerhalb von Einrichtungen (84,4 %) als Frauen des gleichen Alters (79,6 %).
- Mehr als drei Viertel der hochaltrigen Grundsicherungsbeziehenden sind deutscher **Staatsangehörigkeit** (76,9 %), Dementsprechend haben 23,1 % eine andere Staatsangehörigkeit. Allerdings beziehen ausländische Personen der Altersgruppe 80+ deutlich häufiger Grundsicherungsleistungen nach dem 4. Kapitel SGB XII (20,1 %) als Deutsche (3,1 %).
- Im **Zeitvergleich** sind sowohl die Anzahl als auch die Quote der Grundsicherungsempfängenden der Altersgruppen 65 bis 74 Jahre, 75 bis 84 Jahre und der Altersgruppe 85+ gestiegen. Am stärksten ist der Anstieg unter den 65- bis 74-Jährigen. Dieses Ergebnis stützt die Annahme, dass die zukünftigen hochaltrigen Menschen, aufgrund diverser Veränderungen am Arbeitsmarkt und der Entstandardisierung von Berufsbiografien, deutlich häufiger Grundsicherungsempfängende sein werden als derzeit, wie auch von einer tendenziellen „Mitnahme“ des Grundsicherungsbezuges beim älter werden der bereits heute von staatlichen Transferleistungen abhängigen älteren Berlinerinnen und Berliner auszugehen ist (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 4. Kapitel SGB XII in Berlin 2011 - 2015 (Stichtag: 31.12.), nach Altersgruppen



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

2.2.3 Hilfe zur Pflege gemäß 7. Kapitel SGB XII

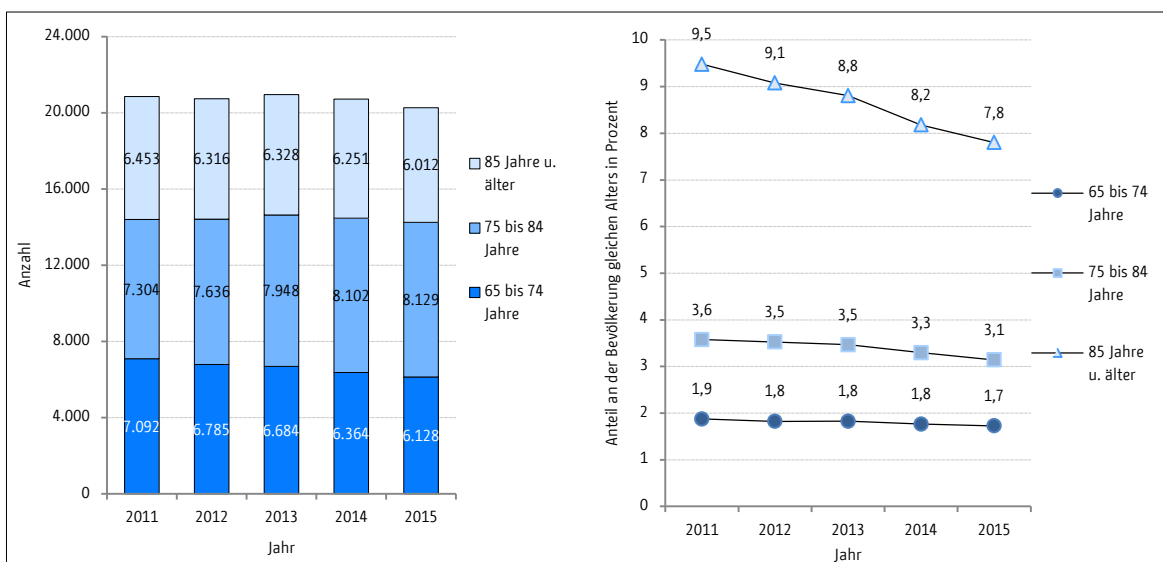
Leistungen der Sozialhilfe bei Bedarf an Pflege werden erbracht, wenn die vorrangigen Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) zur Deckung des Pflegebedarfs nicht ausreichen, kein Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI oder anderer vorrangiger Leistungen besteht und das vorhandene Einkommen und Vermögen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

die im Leistungskatalog des SGB XI nicht enthalten sind. Wegen der Einkommens- und Vermögensabhängigkeit der Leistung steht die Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel SGB XII in engem Zusammenhang mit der sozialen Lage.

- Aktuell benötigten 27.354 Personen Hilfe zur Pflege, darunter 56,6 % für **Pflege im häuslichen Umfeld**. Etwas häufiger sind Frauen auf solche Hilfeleistungen angewiesen, schließlich sind rund sechs von zehn Hilfeempfangenden Frauen.
- 9.577 und damit 35,0 % aller Hilfeempfangenden sind 80 Jahre oder älter und 10,9 % sind in der **Altersgruppe 90+**. Insgesamt sind damit etwa drei Viertel der Hilfeempfangenden (74,1 %) 65 Jahre alt oder älter.
- Die **Empfangendenquote** steigt mit fortschreitendem Alter an. Während innerhalb der Altersgruppe 65+ lediglich 2,9 % Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten, liegt die Quote bei der Altersgruppe 70+ bei 3,4 %, bei den hochaltrigen Menschen bereits bei 5,6 % und bei den 90-Jährigen und älteren bei 11,1 %.
- 8 von 10 hochaltrigen Hilfeempfangenden sind Frauen (Anzahl: 7.751) und nur 2 von 10 sind hochaltrige Männer (Anzahl: 1.826). Dieses Ergebnis ist einerseits auf den höheren **Frauenanteil** an der Bevölkerung der Altersgruppe 80+ zurückzuführen und andererseits auf die zudem höhere Hilfeempfangendenquote der hochaltrigen Frauen: 7,0 % aller Frauen im Alter von 80 Jahren und älter und vergleichsweise nur 3,1 % der gleichaltrigen Männer erhalten Hilfe zur Pflege nach dem 7. Kapitel des SGB XII.
- Die Mehrheit der hochaltrigen Berlinerinnen und Berliner bezieht diese Sozialleistung in Pflegeeinrichtungen (57,8 %) anstatt im häuslichen Umfeld. Frauen der Altersgruppe 80+ (59,3 %) beziehen diese Leistung häufiger als hochaltrige Männer (51,8 %) **innerhalb von Einrichtungen**.
- In Abbildung 8 werden die absoluten Zahlen der Hilfeempfangenden sowie entsprechende Quoten altersdifferenziert und im **Zeitvergleich** dargestellt. Insbesondere bei der Altersgruppe 85+ verzeichnet sich ein Rückgang der Hilfeempfangendenquote, während eine leicht sinkende Quote bei den 75- bis 84-Jährigen zu konstatieren ist und nahezu gleichbleibende Anteile bei der Bevölkerung zwischen 65 und 74 Jahren.

Abbildung 8:

Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen gemäß 7. Kapitel SGB XII in Berlin 2011 - 2015 (Stichtag: 31.12.), nach Altersgruppen



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

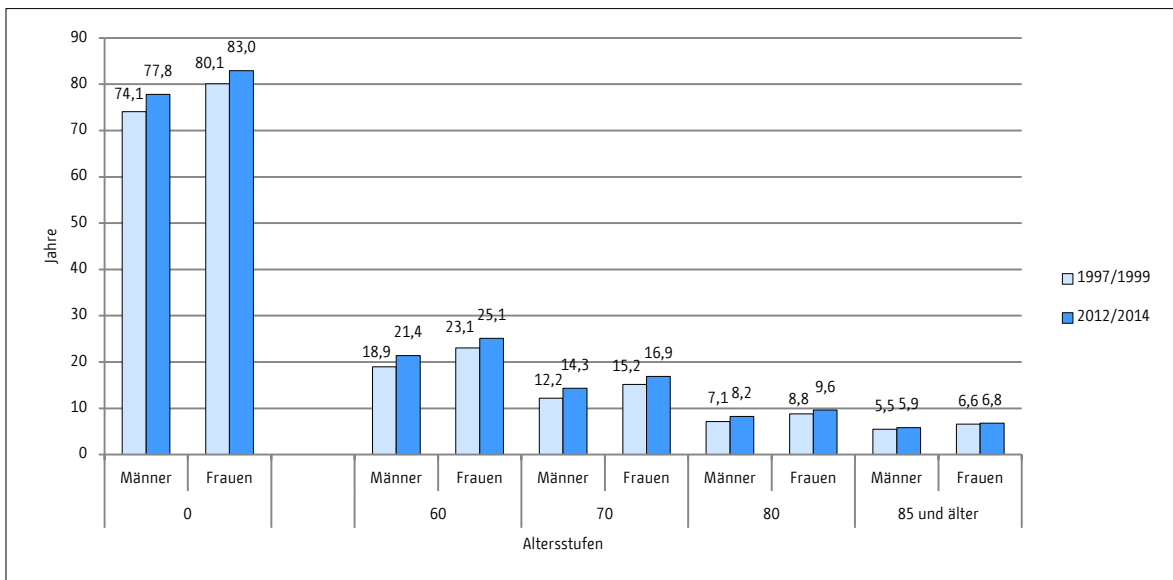
2.3 Gesundheitliche Situation

2.3.1 Lebenserwartung

Eine zentrale Kennziffer für den Gesundheitszustand ist die Lebenserwartung. Diese gibt die durchschnittliche Zahl von weiteren Jahren an, die ein Mensch in einem bestimmten Alter nach den geltenden Sterbewahrscheinlichkeiten noch leben könnte. Es wird von der durchschnittlichen oder auch mittleren Lebenserwartung bei Geburt (also im Alter von 0 Jahren) und von der ferneren Lebenserwartung in einem bestimmten Alter gesprochen.

- Derzeit haben neugeborene Berliner Mädchen mit 83,0 Jahren eine um rund 5 Jahre höhere **mittlere Lebenserwartung** als Jungen (77,8 Jahre). In den letzten 15 Jahren hat hier bei beiden Geschlechtern ein kontinuierlicher Anstieg stattgefunden. So wurden für Berlinerinnen Ende der 1990er Jahre eine durchschnittliche Lebenserwartung von 80,1 Jahren und für Berliner lediglich 74,1 Lebensjahre prognostiziert.
- Neben der mittleren nimmt auch die sogenannte **fernere Lebenserwartung** weiter zu. In Berlin haben derzeit 60-jährige Frauen im Durchschnitt noch rund 25 Jahre zu leben, während aktuell 80-jährige Berlinerinnen auf eine Gesamtlebenserwartung von über 89 Jahren kommen. Aktuell 60-jährige Männer haben noch 21 Jahre vor sich, 80-jährige Berliner werden durchschnittlich rund 88 Jahre alt (vgl. Abbildung 9). Wer aktuell 90 Jahre alt ist, hat unabhängig vom Geschlecht noch über 4 Jahre zu leben, 100-jährige Männer und Frauen haben noch knapp 2 Jahre vor sich. Begründung findet dies in der Berechnung der Lebenserwartung auf Grundlage der Sterbewahrscheinlichkeit aller auf ein bestimmtes Alter noch folgenden Altersstufen. Personen, die beispielsweise 70 Jahre alt sind, haben die Sterberisiken der vergangenen Altersjahre 0 bis 69 bereits hinter sich gelassen. Sie weisen deshalb höhere Werte für die (Gesamt-)Lebenserwartung auf als Neugeborene.

Abbildung 9:
Alters- und geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Berlin 1997 - 1999 und 2012 - 2014 (zusammengefasst)

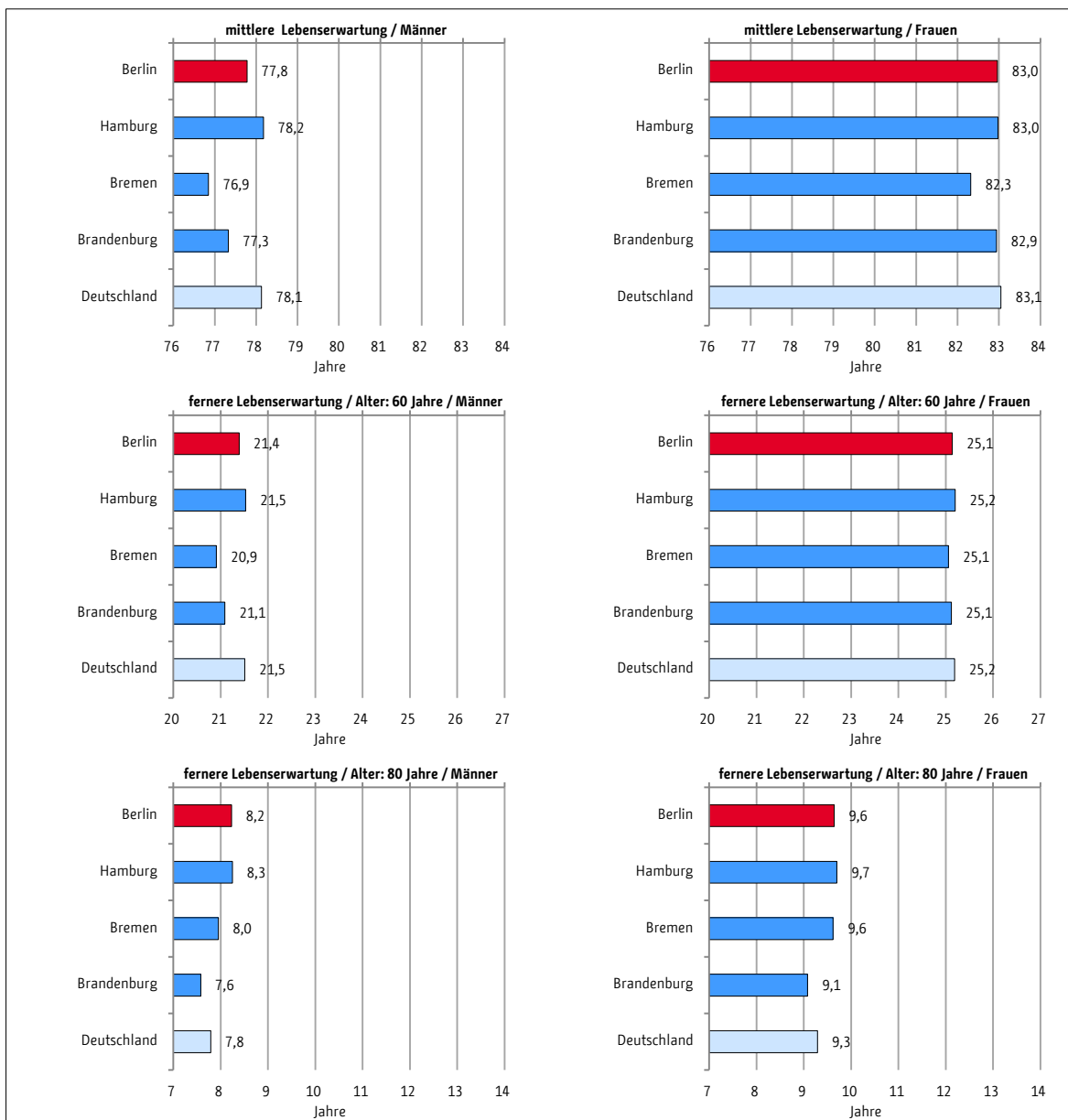


(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Im **Regionalvergleich** liegt die Lebenserwartung der Neugeborenen sowie der aktuell 60-jährigen Berlinerinnen und Berliner leicht unter dem Bundesdurchschnitt. Die fernere Lebenserwartung der aktuell 80-jährigen liegt in Berlin sowohl bei den Frauen (9,6 Jahre) als auch bei den Männern (8,2 Jahre) knapp über dem Bundesschnitt (Frauen: 9,3 Jahre, Männer: 7,8 Jahre).

- Bei einem Vergleich von Berlin mit den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie mit dem Land Brandenburg, werden Differenzen zwischen den Geschlechtern deutlich. Während die jeweiligen Lebenserwartungen der Frauen in allen drei ausgewählten Altersstufen sehr dicht beieinander liegen, sind bei den Männern Unterschiede erkennbar. Die Lebenserwartung der Berliner Männer liegt sowohl bei Geburt, als auch im Alter von 60 und 80 Jahren unter der Hamburgs, jedoch über der Lebenserwartung der Bremer und Brandenburger Männer (vgl. Abbildung 10).
- Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Erkrankungen und **Pflegebedürftigkeit**. Bei einer mittleren Lebenserwartung von rund 78 Jahren sind Berliner Männer etwa 2,6 Jahre von Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Berlinerinnen verbringen bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 83 Jahren 4,1 Jahre in Pflegebedürftigkeit.

Abbildung 10:
Geschlechtsspezifische mittlere und fernere Lebenserwartung in Deutschland, den Stadtstaaten und Brandenburg 2012-2014 (zusammengefasst) nach ausgewählten Altersgruppen



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

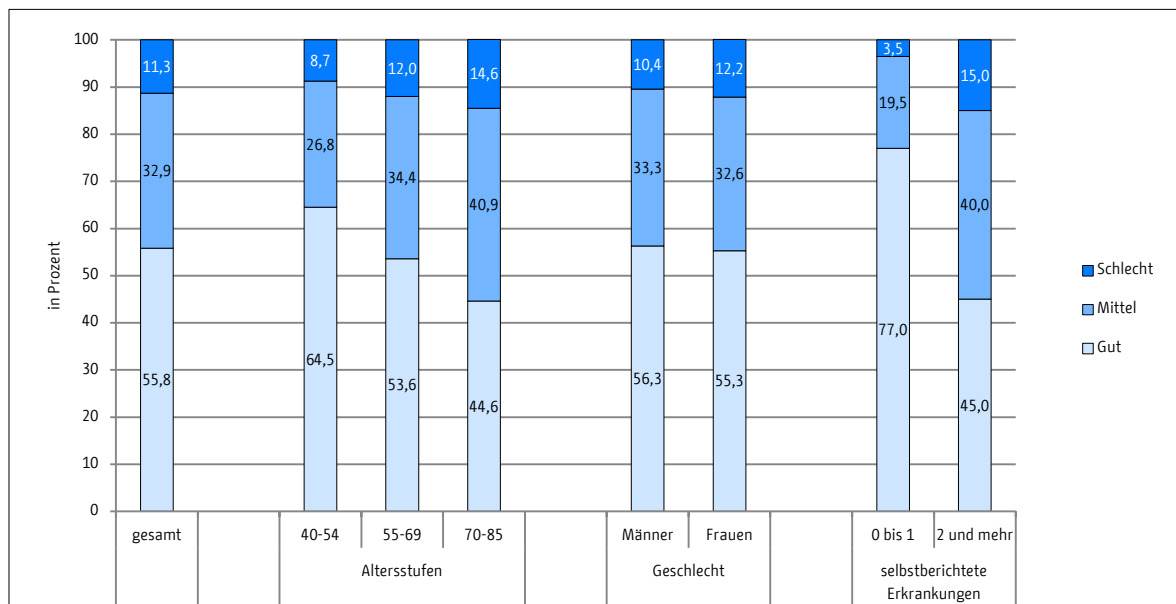
2.3.2 Krankheitsspektrum – Multimorbidität

Die subjektive Gesundheitsbewertung ist ein bedeutender Prädiktor für die Lebensqualität, da hier, zusätzlich zum körperlichen Befinden und möglichen diagnostizierten Erkrankungen, auch persönliche Einschätzungen zum individuellen Gesundheitszustand, der psychischen Verfassung oder des Wohlbefindens berücksichtigt werden. Wie gut oder schlecht eine Person die eigene Gesundheit einstuft, kann auch die Genesung nach einer Erkrankung beeinflussen.

Aufgrund fehlender Berliner Daten zur Selbsteinschätzung der Gesundheit und dem Krankheitsspektrum der Menschen werden nachfolgend stellvertretend Daten für Deutschland betrachtet.

- Im Verlauf des Alterns schätzen immer weniger Menschen ihre **subjektive Gesundheit** als gut ein. Laut des Deutschen Alterssurveys (DEAS), durchgeführt vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA), bewerten 44,6 % der 70- bis 85-Jährigen in Deutschland ihren Gesundheitszustand mit gut (vgl. Abbildung 11). Bei den 55- bis 69-Jährigen liegt der Anteil bei 53,6 %, in der Altersstufe der 40- bis 54-Jährigen schätzen 64,5 % der Personen ihren Gesundheitszustand als gut ein (vgl. DZA 2016: S. 161). Der Anteil der Personen mit einer schlechten Gesundheitsbewertung beträgt unter den 70- bis 85-Jährigen 14,6 %, bei den 55- bis 69-Jährigen sind es 12,0 % und von den 40- bis 54-Jährigen halten 8,7 % ihren Gesundheitszustand für schlecht (ebd. S. 165).

Abbildung 11:
Subjektive Gesundheit gesamt, nach Alter, Geschlecht und selbstberichteten Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2014



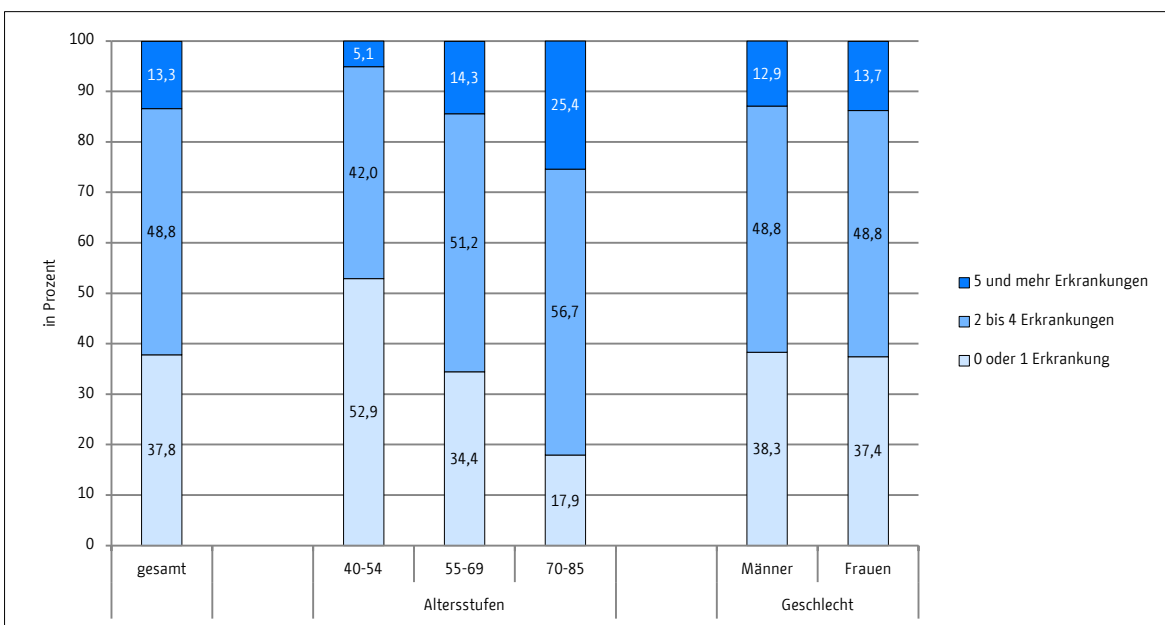
(Datenquelle und Berechnung: DZA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Sobald Personen von Krankheit(en) betroffen sind, verändert sich ihre subjektive Gesundheitsbewertung zum Negativen. Abbildung 11 zeigt, dass 77,0 % der Menschen, die keine oder eine **selbstberichtete Erkrankung** vorweisen, ihre Gesundheit als gut einschätzen. Im Gegensatz dazu bewerten multimorbide Personen ihren Gesundheitszustand deutlich seltener als gut (45,0 %). Der Anteil von Personen, die ihren Gesundheitsstatus als schlecht einstufen, liegt in der Gruppe der von Multimorbidität betroffenen Personen 11,5 Prozentpunkte über dem Anteil der Personen mit maximal einer Erkrankung (3,5 %).
- Zu den **häufigsten Behandlungsanlässen** älterer Menschen zählen chronische Erkrankungen, Demenzen und Depressionen. Aktuelle Untersuchungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zur „Gesundheit in Deutschland“ zeigen, dass sich die Häufigkeit der chronischen Erkrankungen mit zunehmendem Alter

erhöht. Während in Deutschland der Anteil der von kardiovaskulären Erkrankungen betroffenen Frauen im Alter von 75 Jahren und älter 35,1 % beträgt, liegt dieser bei 50- bis 64-Jährigen gerade einmal bei 6,9 %. Entsprechende Prävalenzen bei Männern der Altersgruppe 75+ sind 40,0 % im Vergleich zu 13,8 % unter den 50- bis 64-Jährigen. Im Falle von Krebserkrankungen und Diabetes Mellitus verhält es sich ähnlich (vgl. RKI 2015: S. 412).

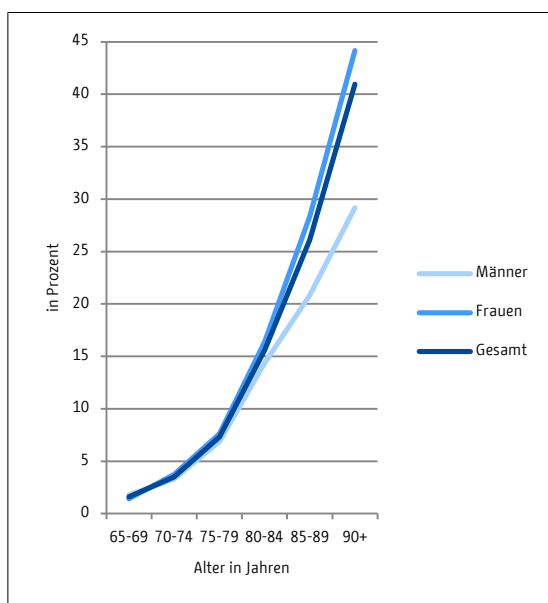
- Mit zunehmendem Alter steigt nicht nur die Häufigkeit dieser Krankheiten, sondern auch die Wahrscheinlichkeit, an mehreren Krankheiten gleichzeitig zu leiden. Die sogenannte **Multimorbidität** ist der Hauptfaktor für die ambulante und stationäre Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. Nach Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys leiden 62,1 % an zwei und mehr Erkrankungen gleich-

Abbildung 12:
Anzahl selbstberichteter Erkrankungen gesamt, nach Alter und Geschlecht in Deutschland im Jahr 2014



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

Abbildung 13:
Mittlere Prävalenzrate (nach EuroCoDe) nach Altersgruppen und Geschlecht



(Datenquelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

zeitig und sind somit als multimorbid zu bezeichnen (vgl. DZA 2016: S. 132-133). Demnach weisen 37,8 % keine oder eine Krankheit auf. Beim Vergleich der verschiedenen Altersgruppen werden deutliche Differenzen sichtbar. Während über die Hälfte (52,9 %) der 40- bis 54-Jährigen maximal eine Erkrankung angibt, sind es bei den 55- bis 69-Jährigen noch gut ein Drittel (34,4 %) und unter den 70- bis 85-Jährigen nur noch 17,9 %. Demzufolge steigen die Anteile der Personen mit zwei bis vier und fünf und mehr Krankheiten mit zunehmendem Alter. So berichten nur 5 von 100 Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren von fünf und mehr Erkrankungen, unter den 55- bis 69-Jährigen sind es 14,3 % und bei den 70- bis 85-Jährigen liegt der Anteil bereits bei einem Viertel (25,4 %). Im Gegensatz zu den verschiedenen Altersstufen gibt es zwischen den Geschlechtern kaum Unterschiede (vgl. Abbildung 12).

- Als eine der großen Herausforderungen gelten **Demenzen** (insbesondere die Alzheimer Krankheit). Ab einem Alter von 65 Jahren steigt die Prävalenzrate stark an. Sie beträgt bei den 65- bis 69-Jährigen 1,6 %, verdoppelt sich dann etwa alle 5 Jahre und liegt bei den ab 90-Jährigen bei 41,0 % (vgl. Abbildung 13). In nahezu allen Altersgruppen sind Frauen häufiger von Demenz betroffen als Männer. Mit zunehmendem Alter verstärken sich die Unterschiede. Bei den ab 90-Jährigen liegen 15 Prozentpunkte zwischen den Geschlechtern (Frauen: 44,2 %, Männer: 29,2 %).
- Bei Übertragung der Prävalenzrate auf die hiesige Altersstruktur leben nach Schätzungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG) in Berlin derzeit über 56.000 Demenzkranke der Altersgruppe 65+, von denen nahezu zwei Drittel bereits das 80. Lebensjahr vollendet haben (vgl. DAIzG 2016: S. 2).

2.3.3 Krankenhausbehandlungen

Hochaltrige Menschen haben mit anderen Gesundheitsproblemen zu kämpfen als jüngere. Daher ist bei einer Krankenseinweisung die eindeutige Zuordnung zu einem Fachgebiet oft schwierig. Multimorbidität sowie körperliche und kognitive Einschränkungen bedingen in vielen Fällen eine geriatrische Behandlung, um die Patientinnen und Patienten angemessen zu versorgen.

- Von den rund 690 Tsd. **vollstationären Patientinnen und Patienten**, die im Jahr 2014 in den Berliner Krankenhäusern behandelt wurden, gehörten 29,6 % der Altersgruppe 65- bis 79 Jahren an. 14,8 % waren 80 Jahre und älter.
- Bei Betrachtung der **Hauptdiagnosen** werden Differenzen zwischen den Altersgruppen deutlich. Während unter den 65- bis 79-jährigen Patientinnen und Patienten Krankheiten des Kreislaufsystems (23,1 %), bösartige Neubildungen (13,4 %) und Krankheiten des Verdauungssystems (10,1 %) dominieren, werden bei den ab 80-Jährigen die bösartigen Neubildungen (7,1 %) von der Krankheitsgruppe der Verletzungen und Vergiftungen (14,4 %), das sind bspw. Stürze oder Fehler bei der Medikamenteneinnahme, abgelöst (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1:

Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Berliner Krankenhäuser 2014 nach ausgewählten Hauptdiagnosen und Altersgruppen

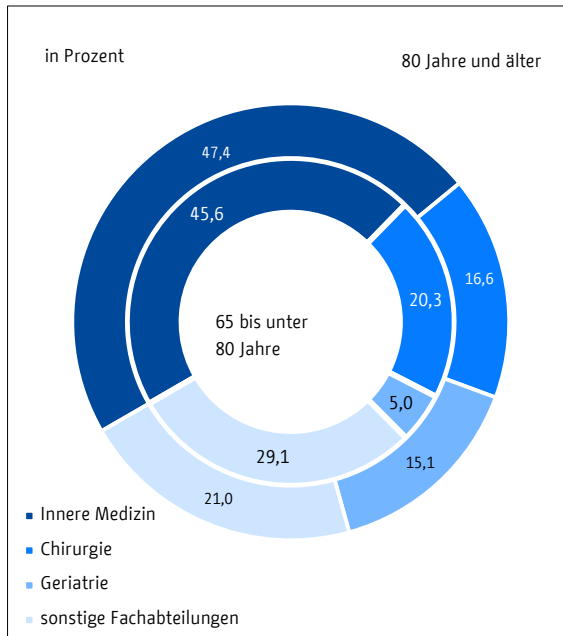
| Hauptdiagnose | 65 bis unter 80 Jahren | 80 Jahre und älter | 65 bis unter 80 Jahren | 80 Jahre und älter |
|---|---------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| | absolut | | je 100.000 | |
| C00-C97 Bösartige Neubildungen | 27.384 | 7.299 | 13.372,7 | 7.121,9 |
| I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems | 47.303 | 25.553 | 23.100,0 | 24.932,9 |
| J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems | 12.255 | 7.306 | 5.984,6 | 7.128,7 |
| K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems | 20.587 | 9.439 | 10.053,5 | 9.209,9 |
| M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 18.748 | 5.884 | 9.155,4 | 5.741,2 |
| S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 17.482 | 14.737 | 8.537,2 | 14.379,4 |

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

- Von den rund 102 Tsd. Berlinerinnen und Berliner der Altersgruppe 80 Jahre und älter, die 2014 in Berlin stationär versorgt wurden, waren 15,1 % der Geriatrie zugeordnet. In den meisten Fällen waren die **Abteilungen** der Inneren Medizin (47,4 %) und der Chirurgie (16,6 %) zuständig (vgl. Abbildung 14).
- Die **durchschnittliche Verweildauer** der 65- bis 79-jährigen Krankenhauspatientinnen in Berliner Krankenhäusern liegt bei 8,8 Tagen, die der gleichaltrigen männlichen Patienten bei 8,5 Tagen. Mit zunehmendem Alter steigt die Verweildauer: Ab 80-jährige Frauen verbringen durchschnittlich 10,6 Tage im Krankenhaus, hochaltrige Männer verbleiben vergleichsweise einen Tag kürzer bis zur Entlassung. Hier hat in den vergangenen 10 Jahren eine durchschnittliche Verkürzung bei den Frauen um 1,8 Tage sowie bei den Männern um 1,6 Tage stattgefunden.
- 19,9 % der durchschnittlich **belegten Betten** pro Tag werden von Personen der Altersgruppe 80+ beansprucht.

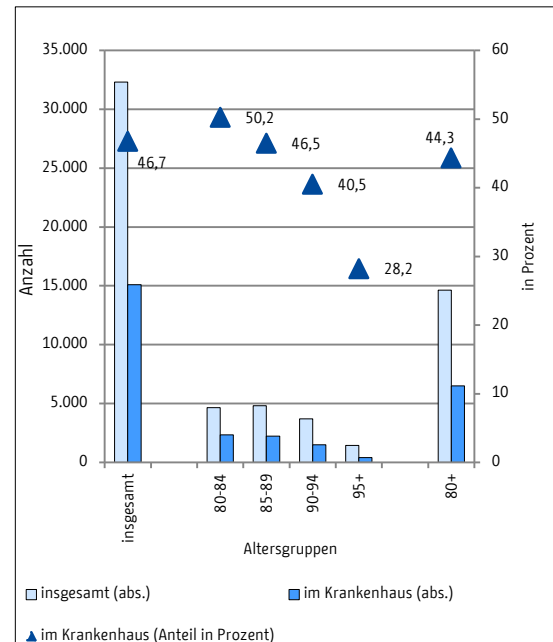
- Von den durchschnittlich 32.000 gestorbenen Berlinerinnen und Berlinern verstirbt nahezu die Hälfte (2014: 46,7 % bzw. 15.102 Personen) im Krankenhaus. Mit 44,3 % bzw. 6.488 ist dieser Anteil bei den ab 80-Jährigen etwas niedriger, bedingt dadurch, dass von den ab 90-Jährigen nur gut ein Drittel im Krankenhaus verstirbt (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 14:
Vollstationäre Patientinnen und Patienten der Berliner Krankenhäuser 2014 nach ausgewählten Fachabteilungen und Altersstufen



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

Abbildung 15:
Sterbefälle insgesamt und im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Stundenfälle) in Berlin (nur Berliner) 2014 insgesamt und nach ausgewählten Altersgruppen



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

2.4 Medizinische und pflegerische Versorgungsstrukturen

Wie in den vorangegangenen Abschnitten bereits beschrieben, wird die Einwohnerzahl Berlins weiterhin steigen. Vor allem die Altersgruppe der ab 80-Jährigen wird stark zunehmen. Der Anstieg von Anteil und Zahl der älteren Berliner Bevölkerung und ihre soziale und gesundheitliche Lage haben Auswirkungen auf die Versorgungsbedarfe und -angebote. Im Krankheitsfall besteht hier eine hohe Wahrscheinlichkeit einer Krankenhauseinweisung, was den Bedarf an stationären Kapazitäten weiter wachsen lassen würde.

2.4.1 Stationäre Versorgung

- Derzeit stehen in Berlin rund 50 **Plankrankenhäuser** mit insgesamt etwa 21.329 **Betten** zur (teil-)stationären Behandlung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung.
- Hochaltrige Menschen haben zumeist mit mehreren Erkrankungen gleichzeitig zu kämpfen, was eine **geriatriische Versorgung** erfordert. Des Weiteren benötigen sie mehr Zeit für die Genesung und verbleiben dementsprechend länger im Krankenhaus. So ergibt sich für die stationäre geriatriische Versorgung im Krankenhaus eine durchschnittliche Verweildauer von 17,0 Tagen im Vergleich zur allgemein für alle Fachabteilungen geltenden Verweildauer von 7,6 Tagen.
- An 23 Standorten der Berliner Krankenhäuser gibt es eine geriatriische Fachabteilung. Aktuell am 30.06.2016 stehen insgesamt 1.787 ordnungsbehördlich genehmigte Betten in Plankrankenhäusern bereit, die mehr als 30.000 vollstationäre Behandlungsfälle im Jahr versorgen. Der Bettenbedarf im Jahr 2020 wurde anhand des prognostizierten Pfl egetagevolumens in geriatriischen Abteilungen ermittelt und liegt bei 2.010 Betten. In den Krankenhausplan 2016 wurden 27 Krankenhausstandorte mit 2.042 Betten aufgenommen, was einem Zuwachs von 14,3 % entspricht.

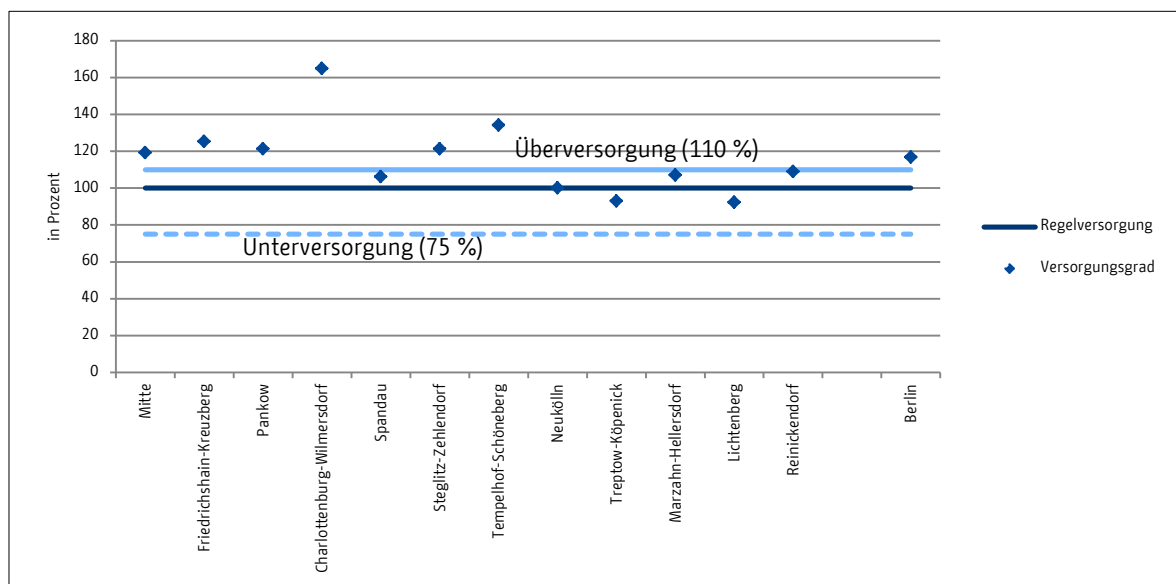
- Neben der geriatrischen spielt auch die **neurologische und psychiatrische Versorgung** eine wichtige Rolle bei der Behandlung hochaltriger Menschen. Derzeit liegt hier die durchschnittliche Bettenauslastung mit rund 87 % bzw. 98 % über der jeweilig vorgegebenen Normauslastung von 85 % bzw. 90 %. Der Krankenhausplan 2016 sieht daher in beiden Fachgebieten deutliche Erhöhungen vor (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2016b).

2.4.2 Ambulante Versorgung

Krankenhäuser sind – abgesehen von Hospizen – jedoch immer nur das letzte Glied in der Versorgungskette. Vorgeschaltet sind eine Reihe von ambulanten und komplementären Einrichtungen.

- Aktuell kümmern sich in Berlin 2.832 **Hausärztinnen und Hausärzte**⁴ um die hausärztliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten. Zuletzt sind am 01.07.2015 von der Kassenärztlichen Vereinigung 2.372,1 vollzeitäquivalente Hausarztsitze für Berlin gemeldet worden. Das entspricht, bei einer modifizierten Verhältniszahl von 1.687⁵ Einwohnerinnen und Einwohnern pro Ärztin oder Arzt, einem Versorgungsgrad von rund 117 %. Bei einem Versorgungsgrad von über 110 % liegt eine Überversorgung vor, bei unter 75 % kann von einer Unterversorgung gesprochen werden (in Abbildung 16 durch Linien kenntlich gemacht). Somit ist Berlin gesamtstädtisch betrachtet überversorgt, wobei es zwischen den einzelnen Bezirken starke Unterschiede gibt. Beispielsweise ist Charlottenburg-Wilmersdorf mit einem Versorgungsgrad von rund 165 % gegenüber Lichtenberg mit knapp 92 % stark überversorgt (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16:
Versorgungsgrad bei der hausärztlichen Versorgung in Berlin nach Bezirken
(fortgeschriebene Bevölkerung zum 31.12.2013 nach Zensus 2011, Arztzahlen zum Stichtag 01.07.2015)



(Datenquelle: Fortschreibung zum Letter of Intent (LOI) / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- In Berlin gibt es 11 Hausärztinnen und Hausärzte, die durch die **Zusatzbezeichnung Geriatrie** auf die Versorgung älterer Menschen spezialisiert sind. Darunter sind sieben der Allgemeinmedizin zuzuordnen.

⁴ Hausärztinnen und Hausärzte sind eine eigene Arztgruppe, die aus Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern, Ärztinnen und Ärzten (ohne Fachbezeichnung), Praktischen Ärztinnen und Ärzten sowie Internistinnen und Internisten besteht, die sich für die hausärztliche Versorgungsfunktion entschieden haben. Kinderärztinnen und Kinderärzte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe.

⁵ Im Zuge der freiwilligen Absichtserklärung zur bezirklichen Versorgungssteuerung durch den Letter of Intent (LOI) wird zur Modifikation der Verhältniszahl auf Bezirksebene, zusätzlich zum Demografiefaktor, auch der Sozialindex I berücksichtigt. Dem gegenüber beträgt die modifizierte Verhältniszahl (VHZ) für den Planungsbereich Berlin 1.704,52, da hier die allgemeine VHZ lediglich mittels eines Demografiefaktors angepasst wird.

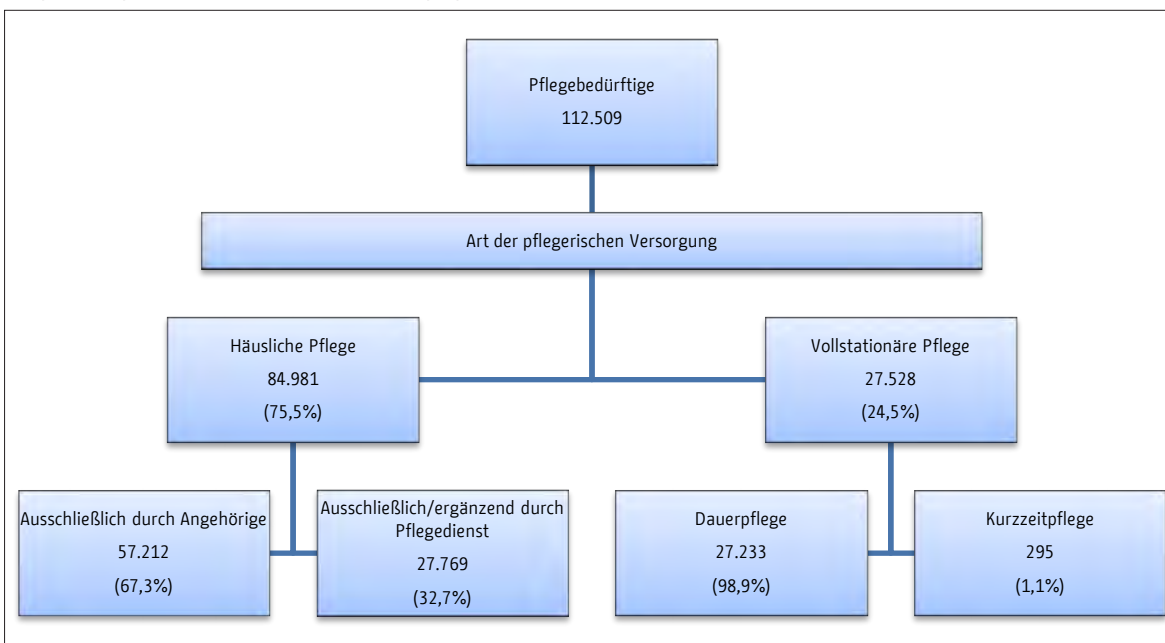
- In der Palliativmedizin ist Berlin etwas stärker aufgestellt. 82 Ärztinnen und Ärzte (darunter 40 Hausärztinnen und Hausärzte) haben die **Zusatzweiterbildung Palliativmedizin** erfolgreich absolviert und helfen nun schwerstkranken Menschen dabei, die Zeit vor dem Tod so schmerzfrei und selbstbestimmt wie möglich zu verbringen.

2.4.3 Pflegerische Versorgung

Neben der ambulanten Versorgung und der Versorgung in einem Krankenhaus, spielt für immer mehr Menschen auch das Thema Pflegebedürftigkeit⁶ eine Rolle.

- Aktuell leben in Berlin 112.509 **pflegebedürftige Personen** im Sinne des SGB XI, wovon 52.598 Menschen hochaltrig sind.
- 75,5 % der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Mehr als zwei Drittel davon ausschließlich durch Angehörige. Bei rund einem Drittel kommt ausschließlich oder ergänzend ein Pflegedienst nach Hause. Für diese Versorgung stehen insgesamt 567 **Pflegedienste** und 21.408 **Beschäftigte** in Berlin zur Verfügung.
- Etwas weniger als ein Viertel (24,5 %) der Berliner Pflegebedürftigen wird in 378 stationären **Pflegeeinrichtungen** mit insgesamt 33.854 Plätzen vollstationär gepflegt, 98,9 % in der Langzeitpflege und 1,1 % in der Kurzzeitpflege. Die Auslastung bei der vollstationären Dauerpflege beträgt 85,4 %. In den Berliner Pflegeeinrichtungen sind 20.632 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

Abbildung 17:
Pflegebedürftige in Berlin am 15.12.2013 nach Versorgungsart



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

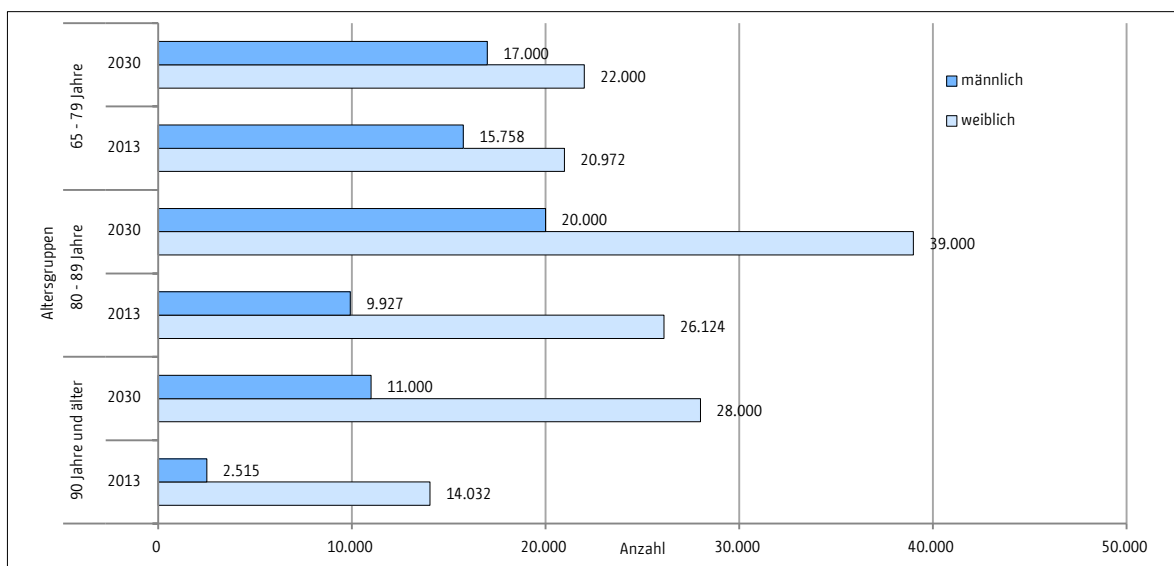
- **Im Jahr 2030⁷** werden in Berlin schätzungsweise 162 Tsd. Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen sein. Darunter sind voraussichtlich **98 Tsd. hochaltrige Pflegebedürftige** und 39 Tsd. Pflegebedürftige, die das 90. Lebensjahr überschritten haben.

⁶ Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten „Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

⁷ Auf Grundlage der Bevölkerungsprognose für das Jahr 2030 können unter gleichbleibenden Anteilen von Pflegebedürftigen im Jahr 2013 pro Altersgruppe die Anzahl und Quote von Pflegebedürftigen im Jahr 2030 geschätzt werden. Bislang liefert die Pflegestatistik von 2013 den aktuellsten Datenstand zu pflegebedürftigen Berlinerinnen und Berlinern. Für Männer und Frauen wurden Quoten aus den vorliegenden absoluten Zahlen von Pflegebedürftigen nach Art der Pflege (ambulant, stationär, Pflegegeld) und für 5 Altersjahre zusammenfassende Altersgruppen berechnet. Grundlage der ermittelten Quoten für 2013 ist das Einwohnermelderegister. Die Bevölkerungsprognose für das Jahr 2030 basiert auf Bevölkerungszahlen des Einwohnermelderegisters vom 31.12.2014.

- 37 % aller Berlinerinnen und Berliner der **Altersgruppe 80+** werden in 2030 pflegebedürftig sein. Unter diesen voraussichtlich von Pflegebedürftigkeit betroffenen hochaltrigen Menschen werden der Prognose zufolge 69 % Frauen und 31 % Männer sein.
- Der Bedarf an Pflege wird aller Voraussicht nach auch in Zukunft **mit zunehmendem Alter** stark ansteigen, sodass im Jahr 2030 22 % der 80- bis 84-Jährigen, 39 % der 85- bis 89-Jährigen und ca. zwei Drittel (64 %) der Altersgruppe 90+ zukünftig ein geeignetes Pflegesetting⁸ finden müssen.
- Ab einem Alter von 70 Jahren sind Frauen häufiger pflegebedürftig als gleichaltrige Männer. Im Alter von 65 bis 79 Jahren werden im Jahr 2030 ein Viertel mehr Frauen als Männer pflegebedürftig sein. Der **Geschlechterunterschied** wird sich voraussichtlich bei der Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen verdoppeln und erhöht sich künftig weiter (255 %) bei den Pflegebedürftigen der Altersgruppe 90+ (vgl. Abbildung 18).
- Im **Zeitvergleich** wird die Anzahl von Pflegebedürftigen bis zum Jahr 2030 schätzungsweise stark zunehmen. Während die Anzahl von Pflegebedürftigen der Altersgruppe 65 bis 79 Jahren leicht ansteigt, werden im Vergleich zu 2013 mehr als doppelt so viele Männer zwischen 80 und 89 Jahren im Jahr 2030 pflegebedürftig sein. Auch bei den Frauen wird die Zahl um die Hälfte steigen. Bei den 90-Jährigen und Älteren sind der Prognose zufolge gut fünfmal so viele Männer und doppelt so viele Frauen im Jahr 2030 pflegebedürftig (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18:
Anzahl pflegebedürftiger Personen nach SGB XI in Berlin im Jahr 2013 und 2030 (gerundet auf 1.000), nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

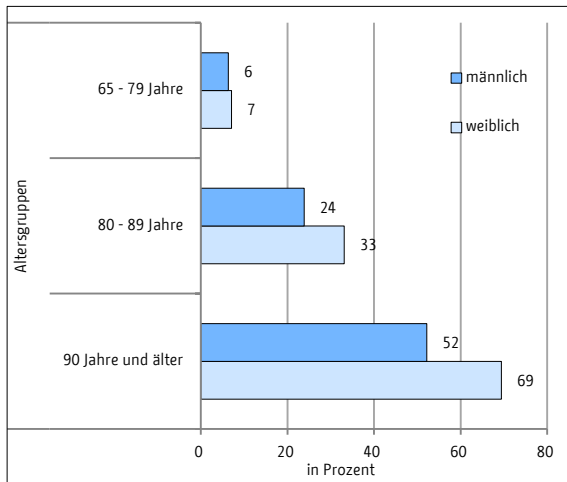


(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

- Der Anteil von Pflegebedürftigen wird bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter deutlich steigen. Der **Geschlechterunterschied** – gemessen an der Differenz in Prozentpunkten – nimmt mit dem Alter ebenso zu (vgl. Abbildung 19).
- Knapp zwei von drei hochaltrigen Pflegebedürftigen werden im häuslichen Wohnumfeld versorgt (65 %) werden und gut ein Drittel (35 %) wird sich im Jahr 2030 in der **(voll-)stationären Pflege** befinden. Pflegebedürftige der Altersgruppe 80+ werden zukünftig damit häufiger (voll-) stationär gepflegt werden im Vergleich zu allen Pflegebedürftigen in Berlin (27 %).
- Hochaltrige Männer (44 % aller männlichen Pflegebedürftigen im Alter ab 80 Jahren) werden in 2030 häufiger als Frauen (35 % aller weiblichen Pflegebedürftigen im Alter ab 80 Jahren) **ausschließlich von**

⁸ Der hier Verwendung findende „Setting“-Begriff bezeichnet grundsätzlich diejenigen Lebensbereiche, in denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben.

Abbildung 19:
Prognose zum Anteil pflegebedürftiger Personen nach SGB XI in Berlin im Jahr 2030, nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



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

Angehörigen gepflegt. Zudem kommt im Prognosejahr bei 26 % der pflegebedürftigen Männer und 27 % der pflegebedürftigen Frauen ab 80 Jahren ausschließlich oder ergänzend ein **Pflegedienst** nach Hause. Dauerhaft in **Pflegeeinrichtungen** werden schätzungsweise 38 % der hochaltrigen pflegebedürftigen Frauen und 29 % der gleichaltrigen pflegebedürftigen Männer leben. In Zusammenhang mit dem höheren Anteil von Frauen in der Bevölkerung ab 80 Jahren erklärt sich das Ergebnis, dass entsprechend der Prognose drei Viertel aller hochaltrigen Pflegebedürftigen in der (voll-)stationären Pflege Frauen sein werden (74 %) und nur ein Viertel Männer (26 %).

- Der Bedarf an Pflege und damit die Zuerkennung einer höheren **Pflegestufe** nimmt mit dem Alter

stark zu. Insofern überrascht es nicht, dass im Jahr 2030 in Berlin jede fünfte (3 Tsd. bzw. 20 %) Person mit Pflegestufe III in einem Alter von 65 bis 79 Jahren sein wird und voraussichtlich 6 von 10 schwerstpflegebedürftigen Personen hochaltrig sein werden (9 Tsd. Personen bzw. 59 %).

2.5 Verwendete Datengrundlage

Tabelle 2 gibt einen abschließenden Überblick über die verwendeten Daten des Kapitels „ Aktuelle soziodemografische und gesundheitliche Eckdaten Berlins“. Darin werden jeweils die Datenquelle und der Datenhalter benannt. Darüber hinaus werden Angaben zum Erhebungszeitpunkt gemacht.

Tabelle 2:
Datenmaterial

| Abschnitt | Datenquelle | Datenhalter | Stand |
|--|-----------------------------------|--|------------------------|
| 2.1 Bevölkerungs- und Haushaltsstruktur | Einwohnerregisterstatistik | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2014, 2015 |
| | Fortgeschriebene Bevölkerung | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2000 |
| | Bevölkerungsprognose | Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt | Prognose 2030 |
| | Mikrozensus | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistisches Bundesamt, Statistikamt Nord, Statistisches Landesamt Bremen | 2014 |
| 2.2 Soziale Lage | Mikrozensus | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Statistisches Bundesamt | 2014 |
| | Einwohnerregisterstatistik | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2011 - 2015 |
| | PROSOZ | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | 2015 |
| 2.3 Gesundheitliche Situation | Bevölkerungsstatistik | Statistisches Bundesamt / Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 1997/1999 2012/2014 |
| | DEAS | Deutsches Zentrum für Altersfragen | 2014 |
| | GEDA | Robert-Koch-Institut | 2009 |
| | EuroCoDe | Alzheimer Europe | 2013, 2014 |
| | Krankenhausdiagnosestatistik | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2014 |
| | Todesursachenstatistik | Statistisches Bundesamt / Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2014 |
| 2.4 Medizinische und pflegerische Versorgungsstruktur | Krankenhausplan des Landes Berlin | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | 2016 |
| | Onlinedienst Arztsuche | Kassenärztliche Vereinigung Berlin | 2015, 2016 |
| | Letter of Intent | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | 2015 |
| | Pflegestatistik | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2013 |
| | Einwohnerregisterstatistik | Amt für Statistik Berlin-Brandenburg | 2013 |
| | Bevölkerungsprognose | Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt | Prognose 2030 |

(Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3 Handlungsfelder

Ausgehend von einer fundierten Problemanalyse wurden im Diskussionspapier „80^{plus} – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ sieben wichtige Handlungsfelder identifiziert: (1) Prävention und Gesundheitsförderung stärken, (2) Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung, (3) Stationäre Versorgung im Krankenhaus, (4) Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung, (5) Versorgung am Lebensende, (6) Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie (7) Selbstbestimmung und Teilhabe (vgl. Abbildung 20).

Die sieben Handlungsfelder richten ein besonderes Augenmerk auf Schnittstellen und Übergänge in der Versorgung. Sie sind nicht abschließend gemeint. Exemplarisch steht dafür das Thema Pflege, auf das in der Rahmenstrategie punktuell verwiesen, aber nicht umfassend eingegangen wird. Berichte und Konzepte, auf denen dieser Fokus liegt, sind u. a. der Landespflegeplan (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2016) sowie der Maßnahmenplan für pflegende Angehörige (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015b). Dort können bspw. Aspekte zur Sicherung der haus- und fachärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen nachgelesen werden.

Abbildung 20:
Die sieben Handlungsfelder



(Quelle: SenGesSoz)



3.1 Prävention und Gesundheitsförderung stärken (Handlungsfeld 1)

3.1.1 Thematische Eingrenzung

Viele hochaltrige Menschen wünschen sich, möglichst lange mobil zu bleiben (vgl. Mollenkopf und Flaschenträger 2001). Wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass regelmäßige Bewegung einen wesentlichen Beitrag dazu leisten kann, Selbstständigkeit und Lebensqualität zu erhalten (vgl. BMG 2012, RKI 2005). Gleichzeitig ist die Angst zu stürzen ein wesentlicher Grund für hochaltrige Menschen, ihre Aktivitäten einzuschränken (vgl. Zijlstra, van Haastregt, van Eijk et al. 2007). Bewegungsförderung und Sturzprävention sind damit auch ein Weg, die soziale Einbindung hochaltriger Menschen zu fördern. Denn wer darin unterstützt wird, mobil und in Bewegung zu sein, hat auch bessere Möglichkeiten, am Leben in der Nachbarschaft teilzuhaben oder den Alltag selbstbestimmt zu gestalten.

Das Thema **Bewegungsförderung und Sturzprävention** ist vor diesem Hintergrund **beispielhaft als Schwerpunkt** für das Handlungsfeld 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ ausgewählt. Anhand dieses Beispiels geht es darum, **Schnittstellen und Potenziale** für ressort- und fachübergreifendes Handeln zu identifizieren, die sich wiederum auch auf andere Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention, wie Mundgesundheit oder Ernährung, transferieren lassen.

PRAXISBEISPIEL *Frau Fiedler ist 82 Jahre alt und verwitwet. Sie kommt im Haushalt gut alleine zurecht. Beim Einkaufen und bei Arztbesuchen wird sie abwechselnd von ihren beiden Kindern unterstützt. Frau Fiedler ist in letzter Zeit manchmal etwas unsicher zu Fuß. Vor einiger Zeit ist sie gestürzt, hat sich dabei jedoch nicht verletzt. Sie hat jetzt Sorge, das Haus alleine zu verlassen, da sie fürchtet, unterwegs ernsthaft zu stürzen. Sie verlässt das Haus nur noch selten und bewegt sich auch in ihrer Wohnung immer weniger. Wie kann Frau Fiedler ihre Mobilität erhalten?*

3.1.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ wurde im Februar 2016 auf dem 2. Fachdialog diskutiert. Es gab zwei thematisch separate Arbeitsgruppen. Diese beschäftigten sich jeweils mit einer der nachfolgenden Fragen:

- **Sozialraumorientierte Netzwerke:** Wie können sie Aufbau von und Zugang zu Angeboten der Bewegungsförderung und Sturzprävention fördern?
- **Transparenz, Kompetenzaufbau, Qualifizierung:** Wie kann Handlungskompetenz hinsichtlich Bewegungsförderung und Sturzprävention weiterentwickelt werden?

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **48 Institutionen und Verbände** beteiligt. Mit Hilfe des Fragenkatalogs sollten sie ihre Rolle im Kontext von Gesundheitsförderung und von (Sturz-) Prävention mit hochaltrigen Menschen reflektieren (in alphabetischer Reihenfolge):

- Ärztekammer Berlin, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH, Berliner Turn- und Freizeitsport-Bund e. V., die Bezirksämter Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg (zwei Abteilungen), Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Pankow (zwei Abteilungen), Steglitz-Zehlendorf (zwei Abteilungen), Tempelhof-Schöneberg, BIG direkt gesund, Charité Universitätsmedizin Berlin, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, Deutsche Rheuma-Liga Berlin e. V., Fachstelle für pflegende Angehörige, Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund im Bezirk Neukölln, Geschäftsstelle des Steuerungsgremiums Berliner Pflegestützpunkte, Institut für Gerontologische Forschung e. V., Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Kompetenz-

zentrum Pflegeunterstützung, elf Kontaktstellen PflegeEngagement (Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Lichtenberg, Lichtenberg, Mitte, Neukölln, Pankow, Reinickendorf, Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick), Koordinationsstelle Berliner Mobilitätshilfedienste, Landeselektrohilfverband Schlaganfall- und Aphasiebetreffender und gleichartig Behinderter Berlin e. V., Landessportbund Berlin, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V., Mittelhof e. V., Mobilitätshilfedienst Mitte, Nachbarschaftshaus Urbanstraße e. V., Netzwerkagentur GenerationenWohnen, Pflegewohnzentrum Wuhlepark, Senatsverwaltung für Inneres und Sport, SeniorInnenvertretung Mitte, vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Zahnärztekammer Berlin.

Nachfolgend werden die konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ vorgestellt. Sie basieren auf den gebündelten Ergebnissen der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden.

Abbildung 21:
Ergebnissicherung einer Arbeitsgruppe auf dem 2. Fachdialog



Foto: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

3.1.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Bewegungsförderung und Sturzprävention können an vielen Orten stattfinden, z. B. in Stadtteilzentren, Nachbarschafts- und Mehrgenerationenhäusern, Seniorenbegegnungsstätten, Kontaktstellen PflegeEngagement, Einrichtungen der Selbsthilfe, Volkshochschulen oder Sportvereinen. Trainingskonzepte, die auch für hochaltrige Menschen geeignet sind, liegen vor. Das Spektrum reicht vom Kraft-, Balance-, und Funktionstraining über Spaziergangs- und Wandergruppen bis hin zur Sitzgymnastik.

Ziel 1 im Handlungsfeld 1 (HF1_Z1)

Bewegung und Mobilität bei hochaltrigen Menschen ist durch vernetzte Arbeit im Sozialraum gefördert.

Auf dem Fachdialog wurde diskutiert, wie über die vernetzte Arbeit im Sozialraum Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung – mit dem Schwerpunkt der Bewegungsförderung – etabliert und Zugänge für hochaltrige Menschen ermöglicht werden können. Dabei lag der Fokus weniger auf der Entwicklung

neuer, gegebenenfalls paralleler Strukturen. Vielmehr ging es um Fragen der besseren Vernetzung zwischen den relevanten Akteuren im Sozialraum. Besondere Bedeutung wurden der Wohnortnähe der Angebote und der Senkung von Zugangsbarrieren beigemessen.

Die Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz heben die Bedeutung der Kommunen für die Gesundheitsförderung besonders hervor (vgl. NPK 2016). Hier können Zielgruppen, wie hochaltrige Menschen, besonders gut erreicht werden. Als ein Instrument der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren auf kommunaler Ebene wurden im Fachdialog **Kooperationsvereinbarungen** identifiziert. Im Zuge des neuen **Präventionsgesetzes** eignen sie sich, die personellen, fachlichen und finanziellen Ressourcen von unterschiedlichen Akteuren auf gemeinsame Ziele und Maßnahmen zu bündeln.

Voraussetzung für die Entstehung solcher Kooperationsvorhaben ist es, die entsprechenden Akteure zusammenzubringen und Fragen der Ressourcenverteilung (Personalressourcen, Zugänge, Ehrenamtliche, Informationen etc.) zu klären. Die Kooperationsvereinbarung regelt, welche Bausteine durch welchen Partner übernommen werden können. Auf die Bedeutung der Bezirksämter im Rahmen der Steuerung und Koordination wurde hingewiesen. Den Zugang zu hochaltrigen Menschen bieten bspw. die Mobilitätshilfedienste und Stadtteilzentren bzw. Nachbarschaftshäuser. Die gesetzlichen Krankenversicherungen können auf Grundlage des Leitfadens Prävention finanzielle Ressourcen in die Kooperation einbringen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Kooperatives Modellprojekt

Die Umsetzung des Modellprojektes verlangt nach mehreren Teilschritten bzw. Teilzielen.

Teilziel 1 im Handlungsfeld 1 (HF1_Z1_TZ1)

Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Wohnortnaher und niedrigschwelliger Zugang zu Bewegungsangeboten für hochaltrige Menschen

Der Ablauf sieht vor, zunächst zu analysieren, was geeignete Angebote sind, damit besonders isoliert lebende ältere Menschen erreicht werden können. Es muss überlegt werden, wie sich die Zugänge gestalten und welche Qualifizierungsanforderungen bei den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bestehen.

So wird eine Herausforderung sein, geeignete Übungsleiterinnen und Übungsleiter, welche die Bedürfnisse von hochaltrigen Menschen mit gegebenenfalls multiplen Einschränkungen berücksichtigen, auszubilden und die Einsätze zu finanzieren. Für den Aufbau entsprechender Gesundheitsangebote werden die Träger von Lebenswelten unterstützt.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Qualifizierung für die Durchführung von Bewegungsangeboten

(2) Materialien und Öffentlichkeitsarbeit für Bewegungsangebote

(3) Unterstützung von Trägern im Aufbau von Kooperationen und Beratung bzgl. Fördermöglichkeiten für den Aufbau von Bewegungsangeboten

Teilziel 2 im Handlungsfeld 1 (HF1_Z1_TZ2)

Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Hochaltrige Menschen sind über Bewegungsangebote informiert und ermuntert, daran teilzunehmen.

Hochaltrige Menschen müssen um die Bewegungsangebote bspw. zur Sturzprävention im Wohnumfeld wissen und ermuntert werden, daran teilzunehmen. Der Zugang zu Informationen kann über Medien-

partnerschaften sichergestellt werden, z. B. regelmäßige Kurzfilm-Formate im Rundfunk Berlin-Brandenburg rbb. Gleichzeitig braucht es Kommunikation von „Mensch zu Mensch“. Eine Maßnahmenidee liegt darin, Kompetenz hinsichtlich Bewegungsförderung und Sturzprävention bei Lotsinnen und Lotsen auszubauen, die bspw. in Koordinierungs- und Beratungsstellen, Begleit-, Besuchs- und Mobilitätshilfediensten tätig sind.

Im Ergebnis beraten und vermitteln die Lotsinnen und Lotsen hochaltrige Menschen zu passenden Angeboten. Dabei präsentieren sie Bewegungs- und Mobilitätsangebote so, dass sie die oft primäre Motivation hochaltriger Menschen, nämlich die Fähigkeit zu sozialen Kontakten und zur Interaktion, unterstützen. Für einsame oder sozial isolierte Menschen, die sich vorwiegend in der eigenen Häuslichkeit aufhalten, ist z. B. die Vermittlung via Telefon denkbar. Zur Umsetzung der Maßnahme kann an bereichsspezifische Aus- und Fortbildungscurricula angeknüpft werden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Qualifizierung von Fachkräften als Lotsinnen und Lotsen (Kompetenzaufbau zu Bewegungsförderung und Sturzprävention)

Teilziel 3 im Handlungsfeld 1 (HF1_Z1_TZ3)

Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Netzwerkpartner kennen die (Bewegungs-)Angebote von Einrichtungen und Anlaufstellen in der Modellregion und stellen Synergien durch Zusammenarbeit her.

Der Bedarf an Transparenz bei Fachkräften, besonders hinsichtlich Kooperationspartnern, Berliner Angebotslandschaft sowie Beispielen guter Praxis, ist groß. Im Rahmen des kooperativen Modellprojektes sollte dieser Bedarf stärker aufgegriffen werden und effizienter zu Wissen übereinander und Kooperation führen. Als Format werden regelmäßige Netzwerktreffen vorgeschlagen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Finanzierung und Koordination von Netzwerktreffen

Teilziel 4 im Handlungsfeld 1 (HF1_Z1_TZ4)

Austausch, Vernetzung und Kooperation zum Thema Bewegungsförderung und Sturzprävention bei hochaltrigen / älteren Menschen ist gefördert.

Darüber hinaus unterstützt eine gute Vernetzung von koordinierenden Akteurinnen und Akteuren auf Landesebene die zielgerichtete Ansprache von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. Ärzteschaft, Mitarbeitende von Pflegestützpunkten). Für den Aufbau von Kooperationen können einerseits die bestehenden Gremien der Landesgesundheitskonferenz sowie der internen Interventionsberichterstattung (im Handlungsfeld Bewegung / Gesundheitsziele für Ältere) genutzt werden. Andererseits können themenspezifische Fachdialoge den fachlichen Austausch auf Landesebene verbessern.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Fachdialoge (auf Landesebene)

(2) Nutzung der Gremien der Landesgesundheitskonferenz sowie der internen Interventionsberichterstattung (im Handlungsfeld Bewegung / Gesundheitsziele für Ältere) für Vernetzung und Kooperationsaufbau

Das Handlungsfeld 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ wurde repräsentiert von:

- Herrn Werner Mall, AOK Nordost (externer Handlungsfeld-Sprecher) und
- Frau Bettina Rinne, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interne Handlungsfeld-Sprecherin).

Lesehilfe Ziele-Matrix

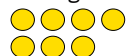
Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.1.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 3). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.1.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

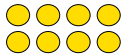


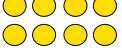
Tabelle 3 (Teil 1 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 1

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|-------------------------------|---|---|---|---|--|
| Ziel 1 (HF1_Z1) | Bewegung und Mobilität bei hochaltrigen Menschen ist durch vernetzte Arbeit im Sozialraum gefördert.  | Kooperatives Modellprojekt | Hochaltrige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben | AOK Nordost, Gesundheit Berlin-Brandenburg, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Gesetzliche Krankenkassen, Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Bezirksamt (in Modellregion), Freie Träger | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Gesetzliche Krankenkassen, Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Bezirksamt (in Modellregion) | Formulierung und Start der Kooperationsvereinbarung vsl. im III. Quartal 2016 | In 2 Modellregionen wurde ein kooperatives Modellprojekt durchgeführt. |

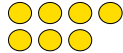
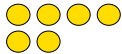
Fortsetzung Tabelle 3 (Teil 2 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 1

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|--|--|---|--|---|--|---|
| Teilziel 1 (HF1_Z1_TZ1) | <p>Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Wohnortnaher und niedrigschwelliger Zugang zu Bewegungsangeboten für hochaltrige Menschen</p>  | <p>(1) Qualifizierung für die Durchführung von Bewegungsangeboten </p> <p>(2) Materialien und Öffentlichkeitsarbeit für Bewegungsangebote </p> <p>(3) Unterstützung von Trägern im Aufbau von Kooperationen und Beratung bzgl. Fördermöglichkeiten für den Aufbau von Bewegungsangeboten </p> | <p>(1) Ehrenamtliche, Kursleitende, Übungsleitende</p> <p>(2-3) Lokale, koordinierende Fachkräfte / Träger von Lebenswelten hochaltriger Menschen</p> | <p>(1) Durchführung der Qualifizierung: Externe Partner</p> <p>(2) Koordination: Bezirksamt (in Modellregion)</p> <p>(3) Beratung und Unterstützung: Zentrum für Bewegungsförderung Berlin, AOK Nordost</p> <p>(1-3) Kooperationspartner und Federführung siehe HF1_Z1</p> | <p>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Finanzierung Zentrum für Bewegungsförderung Berlin), Gesetzliche Krankenkassenversicherungen (Qualifizierung, Materialien), Senatsverwaltung für Inneres und Sport (Teilhabeprogramm), Bezirksamt (Koordination)</p> | <p>(1-3) III. Quartal 2016, ggf. I. Quartal 2017</p> | <p>(1-3) In mind. 4 Stadtteileinrichtungen in der Modellregion findet ein wöchentliches Bewegungsangebot statt.</p> |




Fortsetzung Tabelle 3 (Teil 3 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 1

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|--|--|--|---|--|---|--|
| Teilziel 2 (HF1_Z1_TZ2) | Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Hochaltrige Menschen sind über Bewegungsangebote informiert und ermuntert, daran teilzunehmen.  | Qualifizierung von Fachkräften als Lotsinnen und Lotsen (Kompetenzaufbau zu Bewegungsförderung und Sturzprävention)  | Mitarbeitende von Pflegestützpunkten, Kontaktstellen PflegeEngagement, Mobilitätshilfedienste, Besuchs- und Begleitedienste, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V., SEKIS Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle, Seniorenvertretung | Durchführung der Qualifizierung: Externe Partner, Koordination: Bezirksamt, Kooperationspartner und Federführung siehe HF1_Z1 | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Finanzierung Zentrum für Bewegungsförderung Berlin), Gesetzliche Krankenversicherungen (Qualifizierung), Bezirksamt (Koordination) | III. Quartal 2016, ggf. I. Quartal 2017 | Mind. 15 Personen in der Modellregion haben mit der Qualifizierung ihre Kompetenz ausgebaut, hinsichtlich Bewegungsförderung eine Lotsenfunktion wahrnehmen zu können. |


Fortsetzung Tabelle 3 (Teil 4 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 1

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|---|---|---|---|--|------------------|---|
| Teilziel 3 (HF1_Z1_TZ3) | <p>Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Netzwerkpartner kennen die (Bewegungs-) Angebote von Einrichtungen und Anlaufstellen in der Modellregion und stellen Synergien durch Zusammenarbeit her.</p>  | <p>Finanzierung und Koordination von Netzwerktreffen</p>   | <p>Fachkräfte im Bezirk, z.B. aus Stadtteil-einrichtungen, Anlaufstellen, Koordinierungsstellen</p> | <p>Bezirksamt, Gesetzliche Krankenversicherungen, Kooperationspartner und Federführung siehe HF1_Z1</p> | <p>Bezirksamt, Gesetzliche Krankenversicherungen</p> | <p>Jahr 2017</p> | <p>Mind. 1 Netzwerktreffen im Jahr wurde unterstützt.</p> |

Fortsetzung Tabelle 3 (Teil 5 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 1

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|---|---|--|--|--|------------------------------------|--|
| Teilziel 4 (HF1_Z1_TZ4) | Teilziel des kooperativen Modellprojektes: Austausch, Vernetzung und Kooperation zum Thema Bewegungsförderung und Sturzprävention bei hochaltrigen / älteren Menschen ist gefördert.  | (1) Fachdialoge (auf Landesebene) (2) Nutzung der Gremien der Landesgesundheitskonferenz sowie der internen Interventionsberichterstattung (im Handlungsfeld Bewegung / Gesundheitsziele für Ältere) für Vernetzung und Kooperationsaufbau | (1) Fachkräfte (ressort- und bereichsübergreifend) (2) Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin | (1) Zentrum für Bewegungsförderung Berlin (2) Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin, Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin | (1) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Finanzierung Zentrum für Bewegungsförderung Berlin) (2) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Finanzierung Fachstelle Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin), Mitglieder der Landesgesundheitskonferenz Berlin | (1) Jahr 2017 (2) Ab sofort | (1) Mind. 1 Fachdialog im Jahr wurde durchgeführt. |



3.2 Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung (Handlungsfeld 2)

3.2.1 Thematische Eingrenzung

Wie bereits im Diskussionspapier 80^{plus} festgehalten, findet die gesundheitliche Primärversorgung hochaltriger Menschen zum überwiegenden Teil im ambulanten Bereich statt (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2015). Eine wohnortnahe Versorgung wird umso bedeutsamer, je stärker die Mobilität eingeschränkt ist.

In den letzten Jahren haben sich in Berlin zahlreiche, explizit auf die Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten ausgerichtete, Krankenhausabteilungen etabliert. Diese Entwicklung basiert auf den Vorgaben des Krankenhausplanes (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2016b). Ein vergleichbarer Trend im ambulanten medizinischen Bereich lässt sich bisher nicht feststellen. Laut Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gibt es nur **elf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte**, welche die **Zusatzbezeichnung Geriatrie** tragen.⁹ Vor diesem Hintergrund ist eine geriatrische Versorgung im Sinne eines multiprofessionellen und interdisziplinären Case-Managements die Ausnahme.

Darüber hinaus haben geriatrische Patientinnen und Patienten oftmals Schwierigkeiten, im Bezirk eine Hausärztin oder einen Hausarzt zu finden. Ältere, multimorbide und versorgungsintensive Patientinnen und Patienten werden im ambulanten Bereich nicht selten v. a. als **Praxis- und Budgetbelastung** wahrgenommen (vgl. Kloppenborg und Schulze 2014). Hinzu kommt, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte oftmals **keine Haus- und Heimbefuche** durchführen.¹⁰

Die Ursache für die mangelnde „Attraktivität“ geriatrischer Patientinnen und Patienten liegt zum einen in der zurzeit geltenden **Abrechnungssystematik** begründet. Zum anderen spielen geriatrische **Weiterbildungsinhalte** weder im Studium noch in den Facharztweiterbildungen eine nennenswerte Rolle (siehe Handlungsfeld 6 Aus-, Fort- und Weiterbildung).

Entsprechend dieser Herausforderungen liegt im Handlungsfeld 2 der **Fokus auf der ambulanten geriatrischen Versorgung**; insbesondere im medizinischen Bereich. Der nicht-medizinische Bereich wurde in seiner Bedeutung nicht vollumfassend diskutiert. Das lässt sich mit der Zusammensetzung der im Handlungsfeld Mitwirkenden begründen.

PRAXISBEISPIEL *Herr Wolkow ist 86 Jahre alt. Nach dem Tod seiner Frau bewohnt er alleine die Wohnung im 3. Stock eines Altbaus. Sein Sohn lebt mit Familie am Stadtrand, die Beziehung ist herzlich. Mit nachbarschaftlicher und familiärer Hilfe versorgt er sich selbständig und pflegt freundschaftliche Kontakte. Die Rente ist schmal. Mit der Gesundheit ist er zufrieden, der Blutdruck ist gut eingestellt und so sucht er nur gelegentlich die Hausarztpraxis auf. Der Rücken macht Probleme, aber dann geht es eben etwas langsamer. Beim Überqueren der Straße wird er von einem Auto angefahren. Die Hüfte muss operiert werden, der Rücken ist verrenkt, das Herz erschöpft. Drei Wochen Krankenhaus, ein Monat Rehabilitation und dann nach Hause. Für kurze Wege in der Wohnung reicht es, aber es bleiben die Unsicherheit, die Schmerzen, die Schwäche. Für alle Alltagsverrichtungen ist Hilfe nötig, die Tabletten sind mehr geworden, der Blutdruck schwankt und zur Bank gehen kann er nicht mehr. Für alles müsste nun gesorgt werden. Mit welcher Hilfe kann Herr Wolkow seitens der Hausarztpraxis rechnen?*

⁹ Für die Arztgruppe Hausärztinnen und Hausärzte existieren in Berlin zum Stichtag 01.07.2015 insgesamt 2.372,10 Vollzeitstellen (vgl. Landesgremium § 90a SGB V 2015: Anlage 1.7).

¹⁰ Trotz des gesetzlichen Auftrages nach § 17 Abs. 4, 6 und 7 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) führen etwas über 10 % aller Berliner Hausärztinnen und Hausärzte keine Hausbesuche durch (vgl. Landesgremium § 90a SGB V 2016: S. 6).

3.2.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 2 „Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung“ wurde auf dem 3. Fachdialog diskutiert. Dieser fand im April 2016 statt. Dort gab es drei Arbeitsgruppen, die sich alle mit den folgenden Fragen beschäftigten:

- Wer versorgt zurzeit in Berlin geriatrische Patientinnen und Patienten medizinisch? Was hat sich bewährt? Was fehlt? Was kann perspektivisch geändert werden?
- Welche Erwartungen gibt es an die ambulanten medizinisch-geriatrischen Versorger?
- Welche Strukturen brauchen wir in Zukunft?

Abbildung 22:
Arbeitsgruppe auf dem 3. Fachdialog



Foto: Ernst Fessler

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **19 Institutionen und Verbände** aus dem ambulanten medizinischen und pflegerischen Leistungsbereich, Forschungseinrichtungen, Interessenverbände und politisch Verantwortliche auf Bezirks- und Landesebene beteiligt (alphabetische Reihenfolge):

- Ärztekammer Berlin, AOK Nordost, Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf, BIG direkt gesund, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Deutscher Verband für Physiotherapie, Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Fachstelle für pflegende Angehörige, Gerontopsychiatrisch-Geriatrischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e. V., Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e. V., Institut für Gerontologische Forschung, Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Kompetenz-Centrum Geriatrie, Landesverband Geriatrie, Netzwerk im Alter Marzahn-Hellersdorf, St. Joseph Krankenhaus, vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Vitanas Klinik für Geriatrie.

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 2 „Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung“.

3.2.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Die beteiligten Expertinnen und Experten beurteilen die bestehenden Strukturen der ambulanten, medizinisch geriatrischen Versorgung in Berlin unterschiedlich. Die Institutionen und Krankenkassen beschreiben das Versorgungsangebot in Berlin als sehr umfangreich. Die mit der unmittelbaren Patientenversorgung befassten Personen und Interessengruppen weisen darauf hin, dass keine ausreichende geriatrische Versorgung vorhanden ist.

Ziel 1 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z1)

Für die Planung einer bedarfsgerechten, ambulanten geriatrischen Versorgung stehen voraussichtlich bis Dezember 2016 belastbare Zahlen zur Verfügung.

Für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung älterer Menschen werden zunächst belastbare epidemiologische Daten benötigt. Die gibt es bislang für Berlin nicht. Aussagen zur Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten bzw. Prognosen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zahlen in den nächsten Jahren fehlen. Hierfür müssen verschiedene Daten zusammengeführt werden, z. B. der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der Kranken- und Pflegekassen. Denn nur auf der Basis belastbarer Daten lässt sich eine Versorgungsplanung realisieren.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Aus- und Bewertung bestehender Daten (bspw. Pflegestatistik), ggf. Erhebung benötigter Daten, Entwicklung eines Kennzahlensystems:

(1) Analysen zur Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten

(2) Analysen zur Anzahl benötigter Hausärztinnen und Hausärzte mit einer geriatrischen Basisqualifikation

(3) Analysen zur Anzahl benötigter Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen

Ziel 2 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z2)

Verbesserung geriatrischer Kompetenzen von Hausärztinnen und Hausärzten in Berlin bis Dezember 2016

ACHTUNG: Überschneidung zu Handlungsfeld 6

Hausärztinnen und Hausärzte decken die medizinische Basisversorgung ab. Sie sind für ältere Menschen häufig die erste Anlaufstelle. Als „Generalisten“ im System haben Hausärztinnen und Hausärzte eine koordinierende Funktion, insbesondere in medizinischen Fragen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen formulierte bereits 2009 in seinem Sondergutachten: „Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll verzahnt werden“ (SVR 2009: S. 93).

Aktuell gibt es bei dieser „basisgeriatrischen Versorgung“ große Defizite. Zum einen mangelt es an Zeit für die aufwändigere Betreuung. Zum anderen werden deutlich zu wenige Hausbesuche durchgeführt. Außerdem fehlt es oftmals an expliziter geriatrischer Kompetenz. Diesbezügliche Fortbildungen, wie etwa das 60 Stunden umfassende Basiscurriculum „Geriatrische Grundversorgung“, werden nur zögerlich angenommen. Eine curriculare Fortbildung sollte für Hausärztinnen und Hausärzte, die definierte geriatrische Leistungen abrechnen, verpflichtend sein.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Entwicklung eines abgestimmten Fortbildungscurriculums für Hausärztinnen und Hausärzte

Ziel 3 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z3)

Stärkung der ambulanten geriatrischen Strukturen bis Juli 2017

Mangelnde Vergütungsanreize spielen sowohl für die suboptimale Versorgung als auch für die diesbezüglich zurückhaltende Fortbildungsbereitschaft eine wichtige Rolle. Hier braucht es Nachbesserungen, denn eine gute ambulante geriatrische Versorgung kann zu Einsparungen von Krankenhauskosten bspw. durch vermeidbare Einweisungen aus Pflegeeinrichtungen und zur Reduzierung von kostenintensiven Doppeluntersuchungen und Polypharmazie beitragen. Allgemeine hausärztliche Leistungen sind von spezifisch geriatrischen Leistungen abzugrenzen, die wiederum nur bei Vorliegen einer geriatrischen Mindestqualifikation honoriert werden.

Abhängig von den belastbaren Daten ist eine bestimmte Mindestanzahl von Hausärztinnen und Hausärzten mit einer geriatrischen Zusatzqualifikation pro bezirkliche Einwohnerzahl vorzuhalten, die dann auch entsprechend vergütet werden und einer Qualitätssicherung unterliegen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Niederlassung geriatrischer Schwerpunktpraxen

(2) Sicherung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit durch Einführung neuer vertragsärztlicher Leistungen; Abrechnungsgrundlage bildet der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)

Ziel 4 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z4)

Zur Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung werden sofort bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen geschaffen.

Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzeptes braucht es darüber hinaus niedergelassene Geriaterinnen und Geriater in geriatrischen Schwerpunktpraxen. Diese müssen verpflichtend vernetzt sein, z. B. mit der Hausärzte- und Fachärzteschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, Pflegestützpunkten, Gerontopsychiatrisch-Geriatrischen Verbänden usw. Solche geriatrischen Schwerpunktpraxen, die es bislang nicht gibt, müssen neben der reinen Diagnostik behandeln, betreuen und verordnen können.

Zwischenzeitlich soll die bestehende Versorgungslücke durch die „neuen“ Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) geschlossen werden. Allerdings stehen die GIAs vor der Herausforderung, dass dort entlang der Vereinbarung nach § 118a SGB V keine Therapien bzw. Behandlungen durchgeführt werden dürfen. GIAs sind somit auf Diagnostik, Behandlungspläne und Beratung begrenzt. Dieser eingeschränkte Leistungskatalog reduziert deren „Attraktivität“. Für die Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen werden, abhängig von der Datengrundlage, Bedarfszahlen pro bezirkliche Einwohnerzahl festgelegt.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Etablierung eines abgestuften Versorgungssystems

(1) Vorhaltung einer Mindestanzahl von basisqualifizierten Hausärztinnen und Hausärzten

(2) Vorhaltung einer Mindestanzahl von Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen

Ziel 5 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z5)

Stufenweiser Ausbau ambulanter rehabilitativer Angebote

In Berlin fehlen, als Teil eines abgestuften Versorgungskonzeptes, ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote. Bislang finden rehabilitative Behandlungen zumeist stationär bzw. außerhalb Berlins statt. Unter diesen Umständen können die rehabilitativen Potenziale von hochaltrigen Menschen nicht konsequent ausgeschöpft werden. Damit aber ältere Menschen ihre Mobilität, ihre Selbstständigkeit und ihre Selbsthilfefähigkeiten wiedererlangen oder stärken können, ist ein qualitativer und quantitativer Ausbau von ambulanten rehabilitativen Angeboten notwendig.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Analysen zur Anzahl benötigter ambulanter Rehabilitationsangebote bis Dezember 2016

(2) Lockerung des Indikationsbereiches für die mobile Rehabilitation bis Juli 2017

(3) Ausweitung ambulanter Rehabilitationsangebote bis Juli 2017

Ziel 6 im Handlungsfeld 2 (HF2_Z6)

Auf individueller Falebene existiert bis Juli 2017 eine verbindliche sektorenübergreifende Versorgung

ACHTUNG: Überschneidung zu Handlungsfeld 4b

Unter den hochaltrigen Menschen gibt es eine besonders vulnerable Gruppe mit einem erhöhten Unterstützungsbedarf. Das sind multimorbide Frauen und Männer ohne Angehörige vor Ort, die sich in komplexen Lebenssituationen bzw. sozialen Problemlagen befinden. Für sie sollen fallbegleitende Selbständigkeitshelferinnen und Selbständigkeitshelfer etabliert werden. Darunter sind hauptamtliche Case-Managerinnen und Case-Manager zu verstehen, die eine entsprechende lokale multiprofessionelle Vernetzung und ein koordiniertes Handeln für die Zielgruppe sicherstellen. Die existierenden Pflegestützpunkte bieten sich zur Verortung an.

Im Handlungsfeld 4b „Integrierte Versorgung“ wurde ebenfalls ein Bedarf an individueller Unterstützung identifiziert. Die dortigen Ausführungen gehen noch einmal stärker auf den Kompetenzbereich und das Aufgabenprofil dieser neuen fallbegleitenden Selbständigkeitshelferinnen und Selbständigkeitshelfer ein. Sie tragen im Handlungsfeld 4b den Namen Gesundheitsbegleiterinnen bzw. Gesundheitsbegleiter.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Etablierung von fallbegleitenden Selbständigkeitshelferinnen und Selbständigkeitshelfern für hochaltrige Menschen

Das Handlungsfeld 2 „Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung“ wurde repräsentiert von:

- Herr Wolfgang Pütz, Kassenärztliche Vereinigung (externer Handlungsfeld-Sprecher) und
- Frau Juliane Nachtmann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interne Handlungsfeld-Sprecherin).

Lesehilfe Ziele-Matrix

Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 2 „Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.2.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 4). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.2.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

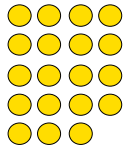

Tabelle 4 (Teil 1 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 2

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|--|-----------------------------|--|--|---|---|
| Ziel 1 (HF2_Z1) | Für die Planung einer bedarfsgerechten, ambulanten geriatrischen Versorgung stehen belastbare Zahlen zur Verfügung. ●●●● | Aus- und Bewertung bestehender Daten (bspw. Pflegestatistik), ggf. Erhebung benötigter Daten, Entwicklung eines Kennzahlensystems: (1) Analysen zur Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten (2) Analysen zur Anzahl benötigter Hausärztinnen und Hausärzte mit einer geriatrischen Basisqualifikation ● (3) Analysen zur Anzahl benötigter Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen | (1-3) Menschen ab 65 Jahren | (1-3) <u>Kassenärztliche Vereinigung</u> , Krankenkassen, Expertinnen und Experten aus Handlungsfeld 2, dem Qualitätszirkel ambulante Geriatrie sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | (1-3) Keine zusätzlichen Mittel erforderlich (Mit den Krankenkassen sind weitere Absprachen erforderlich.) | (1-3) Voraussichtliche Fertigstellung bis Dezember 2016 | (1-3) Datenanalysen zur ambulanten geriatrischen Versorgung liegen vor. Ein- bzw. Ausschlusskriterien sind definiert. |

Fortsetzung Tabelle 4 (Teil 2 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 2

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|-----------------------|--|--|---|--|
| Ziel 2 (HF2_Z2) | Verbesserung geriatrischer Kompetenzen von Hausärztinnen und Hausärzten (ACHTUNG: Überschneidung zu HF 6)  | Entwicklung eines abgestimmten Fortbildungscurriculums für Hausärztinnen und Hausärzte in Berlin  | Menschen ab 65 Jahren | <u>Landes- und Bundesärztekammer</u> , Kassenärztliche Vereinigung, Landesverband Geriatrie, Hausärzteverband, Qualitätszirkel ambulante Geriatrie | Selbstkostenbeitrag für Kursteilnehmende zwischen 2.000 und 4.000 Euro | Voraussichtliche Fertigstellung bis Dezember 2016 | Ein Curriculum existiert. Das entsprechende Kursangebot wird in Anspruch genommen. |

Fortsetzung Tabelle 4 (Teil 3 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 2

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|--|-----------------------------|---|--|--------------------------------|--|
| Ziel 3 (HF2_Z3) | Stärkung der ambulanten geriatrischen Strukturen ●●●● ●●● | (1) Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen für die Niederlassung geriatrischer Schwerpunktpraxen ● (2) Sicherung der wirtschaftlichen Tragfähigkeit durch Einführung neuer vertragsärztlicher Leistungen ; Abrechnungsgrundlage bildet der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ●● | (1-2) Menschen ab 65 Jahren | (1-2) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Bundesärztekammer | (1-2) Keine zusätzlichen Mittel erforderlich | (1-2) Einführung bis Juli 2017 | (1-2) Eine Neuregelung der ärztlichen Zulassung liegt vor. Die erweiterten Leistungen werden adäquat vergütet. |

Fortsetzung Tabelle 4 (Teil 4 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 2

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|---|---|-------------------------------|--------------|--|
| Ziel 4 (HF2_Z4) | Zur Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung werden bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen geschaffen. ● ● ● ● | Etablierung eines abgestuften Versorgungssystems (1) Vorhaltung einer Mindestanzahl von basisqualifizierten Hausärztinnen und Hausärzten ● ● ● (2) Vorhaltung einer Mindestanzahl von Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen ● ● | (1-2) Menschen ab 65 Jahren bzw. komplexe geriatrische Patientinnen und Patienten | (1-2) <u>Kassenärztliche Vereinigung</u> , Ärztekammer, Hausarztverband, Krankenkassen, Landesverband Geriatrie, Qualitätszirkel ambulante Geriatrie, Pflegestützpunkte | (1-2) Extrabudgetäre Leistung | (1-2) sofort | (1-2) Entlang der Datenanalysen existiert ein abgestuftes Versorgungssystem. Die Teams der Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen zeichnen sich durch Interdisziplinarität aus. |

Fortsetzung Tabelle 4 (Teil 5 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 2

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|---|---|--|---|--|--|
| Ziel 5 (HF2_Z5) | <p>Stufenweiser Ausbau ambulanter rehabilitativer Angebote</p>  | <p>(1) Analysen zur Anzahl benötigter ambulanter Rehabilitationsangebote</p> <p>(2) Lockerung des Indikationsbereiches für die mobile Rehabilitation</p> <p>(3) Ausweitung ambulanter Rehabilitationsangebote</p> | <p>(1-3) Ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen</p> | <p>(1-3) <u>Kostenträger (Krankenkassen)</u>, Bundesverband Geriatrie</p> | <p>(1-3) Gesetzliche Krankenversicherung</p> | <p>(1) Dezember 2016</p> <p>(2) Juli 2017</p> <p>(3) Juli 2017</p> | <p>(1-3) Die Angebotsvielfalt für die ambulante Rehabilitation ist erhöht.</p> |
| Ziel 6 (HF2_Z6) | <p>Auf individueller Fallebene existiert eine verbindliche sektorenübergreifende Versorgung</p> <p>(ACHTUNG: Überschneidung zu HF 4b)</p>  | <p>Etablierung von fallbegleitenden Selbständigkeitshelferinnen und Selbständigkeitshelfern für hochaltrige Menschen</p>  | <p>Hochaltrige Menschen ohne Angehörige vor Ort</p> | <p><u>Kranken- und Pflegekassen, Land Berlin</u>, angebunden am Pflegestützpunkt</p> | <p>Kranken- und Pflegekassen, Land Berlin</p> | <p>Einführung bis Juli 2017</p> | <p>Ein entsprechendes Angebot für die Zielgruppe existiert.</p> |



3.3 Stationäre Versorgung im Krankenhaus (Handlungsfeld 3)

3.3.1 Thematische Eingrenzung

Der Fokus im Handlungsfeld 3 „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“ liegt auf **Patientinnen und Patienten mit Demenz** im Krankenhaus. Diese Gruppe stellt wegen ihrer hohen Vulnerabilität, der schwierigen Identifizierung ihrer Erkrankung und der anspruchsvollen Therapie und Pflege eine besondere Herausforderung für die Krankenhäuser dar.

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird diese Krankheitsentität im stationären Krankenhaussektor zunehmend an Bedeutung gewinnen. Daher sind **Lösungen** erforderlich, welche helfen, die **Patientengruppe** eindeutig **zu identifizieren**. Das betrifft nicht nur die mit der Erkrankung vertrauten Spezialstationen wie Geriatrie, Neurologie oder Gerontopsychiatrie, sondern auch alle anderen medizinischen Bereiche des Krankenhauses.

Das Ziel ist, demenzerkrankten Menschen eine **angepasste medizinische Behandlung** zukommen zu lassen. Neben dem individuellen Nutzen für die Patientinnen und Patienten profitieren hiervon auch die Krankenhäuser.

PRAXISBEISPIEL *Herr Reinhardt ist 81 Jahre alt und verheiratet. Frau Reinhardt stellt seit längerer Zeit fest, dass ihr Mann weniger konzentriert ist und die Nachbarn auf der Straße nicht mehr erkennt. Sie vermutet, dass die fortschreitenden Gedächtnisverluste auf eine demenzielle Erkrankung hinweisen. Eine Diagnose liegt bislang aber nicht vor. Beim gemeinsamen Einkaufen stürzt Herr Reinhardt und erleidet eine schmerzhafte Beckenprellung. Auf dem Weg in die Notaufnahme des Krankenhauses kann ihn seine Frau nicht begleiten. Dort angekommen, reagiert Herr Reinhardt auf die Fragen der behandelnden Ärztin aggressiv und desorientiert. Nach der Erstdiagnose wird er auf eine unfallchirurgische Station verlegt. Die fremde Umgebung lässt Herrn Reinhardt nachts keine Ruhe finden. Er läuft umher und betritt unaufgefordert die Zimmer anderer Patientinnen und Patienten. Was hätte bei der initialen Behandlung in der Rettungsstelle und der anschließenden Aufnahme ins Krankenhaus berücksichtigt werden müssen?*

3.3.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 3 „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“ wurde auf dem 1. Fachdialog diskutiert. Dieser fand im November 2015 statt. Es gab drei thematisch separate Arbeitsgruppen, die sich jeweils mit einer der nachfolgenden Fragen beschäftigten:

- Welche Konsequenzen hat ein positives **Demenz-Screening** bei Vorliegen einer kognitiven Beeinträchtigung bei der Aufnahme (in Notaufnahme oder bei elektiver Einweisung auf der Station) im Hinblick auf die folgenden Abläufe im Krankenhaus?
- Sollte verpflichtend für jedes Krankenhaus **eine Demenzbeauftragte bzw. ein Demenzbeauftragter** eingeführt werden und wenn ja, welche Aufgaben sollte diese Person haben?
- Wie muss ein **Sozialdienst im Krankenhaus** aufgestellt sein, um ein individuell angemessenes Entlassmanagement leisten zu können?

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **19 Institutionen und Verbände** aus dem (teil-)stationären Leistungsbereich, Forschungseinrichtungen, Interessenverbände und Krankenkassen beteiligt (alphabetische Reihenfolge):

- Alexianer St. Hedwig Kliniken, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V., AOK Nordost, Berliner Krankenhausgesellschaft, BIG direkt gesund, Charité Universitätsmedizin Berlin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Deutsches Zentrum für Geriatrie (in Gründung), DRK Kliniken Berlin-Köpenick, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord, Reha-Steglitz gGmbH, Sana-Klinikum Lichtenberg, vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus GmbH gemeinsam mit Vivantes Klinikum Neukölln, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH.

Abbildung 23:
Arbeitsgruppe auf dem 1. Fachdialog



Foto: Konstantin Gastmann

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 3 „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“.

3.3.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Die Versorgung hochaltriger Menschen im Krankenhaus muss verbessert werden, insbesondere dann, wenn eine kognitive Beeinträchtigung vorliegt. Dazu müssen allerdings besondere Problemlagen, wie beispielsweise ein Delir-Risiko oder eine dementielle Beeinträchtigung, überhaupt erkannt werden.

Ziel 1 im Handlungsfeld 3 (HF3_Z1)

Identifizierung der besonders vulnerablen Patientengruppe mit kognitiven Defiziten

Mit Hilfe eines verpflichtenden validierten **Risikoscreenings** in jeder Notaufnahme lassen sich entscheidende Weichenstellungen für den weiteren Versorgungsablauf vornehmen. Das Screening umfasst **maximal vier Fragen**, die bereits bei der Aufnahme, z. B. von einer Pflegekraft, gestellt werden. So ist es möglich, frühzeitig ein drohendes Delir zu vermeiden oder gezielte weitere Untersuchungen zur Abklärung vorliegender Risikofaktoren einzuleiten.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Durchführung eines „PreScreenings Demenz“ in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und auf den Stationen als Hinweis für eine spätere Diagnostik auf den Stationen

Ziel 2 im Handlungsfeld 3 (HF3_Z2)

Beachtung der besonderen Versorgungsbelange kognitiv beeinträchtigter Menschen

Im Ergebnis des Dialogprozesses wird darüber hinaus empfohlen, der Krankenhausleitung verpflichtend **eine Demenzbeauftragte bzw. einen Demenzbeauftragten** als Stabstelle zu unterstellen. Das Aufgabenprofil dieser Stelle umfasst u. a. die Betreuung von Krankenhausprozessen, die Fortbildung der Beschäftigten, das Qualitätsmanagement, die Anleitung der Netzwerkarbeit sowie die Mitwirkung an Behandlungskonzepten für die stationäre Aufnahme. Bestandteil solcher **Behandlungskonzepte** sind die Optimierung des Belegungsmanagements, die (Weiter-)Entwicklung eines gezielten Delir-/Demenzmanagements, eine altersspezifische Anpassung von Diagnostik und Therapie inklusive Medikations-Check sowie die Einbindung der Angehörigen und Freiwilligen.

Mittlerweile erging auf der Grundlage des aktuellen Krankenhausplans an alle Berliner Krankenhäuser ein Feststellungsbescheid (vgl. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2016b). Darin heißt es, dass die Versorgung von kognitiv beeinträchtigten Patientinnen und Patienten während des gesamten Krankenhausaufenthaltes auf der Grundlage eines spezifischen Konzeptes erfolgen soll. Das schließt Regelungen zur Verfahrensweise bei der Krankenhausaufnahme (Screening) sowie zum Belegungs- und Entlassungsmanagement ein (ebd. S. 71 ff.).

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Implementierung einer Demenzbeauftragten bzw. eines Demenzbeauftragten im Krankenhaus (übergreifend tätig und daher angesiedelt bei der Krankenhausleitung)

(2) Erstellung von Behandlungskonzepten zum Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen

Ziel 3 im Handlungsfeld 3 (HF3_Z3)

Rechtliche Voraussetzungen zur Verbesserung des Entlassmanagements schaffen

ACHTUNG: Überschneidung zu Handlungsfeld 4a

Eine weitere Herausforderung wird darin gesehen, dass hochaltrige Patientinnen und Patienten im Krankenhaus einen **vermehrten Bedarf** an Unterstützung durch den **Sozialdienst** aufweisen. Aufgrund der Vorhaltung eines hochdifferenzierten ambulanten Versorgungsangebotes in Berlin ist hier eine entsprechende Expertise erforderlich. Empfohlen wird, den Sozialdienst im Krankenhaus personell und strukturell deutlich zu stärken.

Um die gewachsenen gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen, ist ein Sozialdienst für jedes Krankenhaus verpflichtend. Für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige ist ein niedrighwelliger Zugang, teamintegriertes Arbeiten und bei Vorliegen besonderer Problemlagen Fallbegleitung zu gewährleisten.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Die Sozialdienste der Berliner Krankenhäuser werden über Änderungen des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) strukturell besser abgesichert. Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, eigene Sozialdienste vorzuhalten.

Das Handlungsfeld 3 „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“ wurde repräsentiert von:

- Herrn Dr. Eric Hilf, Sana Klinikum Lichtenberg (externer Handlungsfeld-Sprecher) und
- Herrn Dr. Frank Schieritz, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interner Handlungsfeld-Sprecher).

Lesehilfe Ziele-Matrix

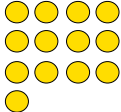
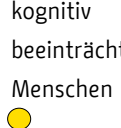
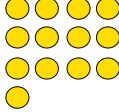
Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 3 „Stationäre Versorgung im Krankenhaus“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.3.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 5). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.3.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

Tabelle 5 (Teil 1 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 3

| (Kurzformel) Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung | |
|--------------------|---|--|---|--|---|--------------------------------|---|
| Ziel 1 (HF3_Z1) | Identifizierung der besonders vulnerablen Patientengruppe mit kognitiven Defiziten  | Durchführung eines „PreScreenings Demenz“ in den Notaufnahmen der Krankenhäuser und auf den Stationen als Hinweis für eine spätere Diagnostik auf den Stationen | Patientinnen und Patienten der Notfallaufnahme sowie die Mitarbeitenden des Krankenhauses | Krankenhäuser, Berliner Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen (evtl. Landesverband Geriatrie und Ärztekammer) | Leistungserbringer (Krankenhäuser), Kostenträger (Krankenkassen und Versicherungen) | Ende 2016 | In allen Berliner Rettungsstellen ist ein „PreScreening Demenz“ eingeführt. |
| Ziel 2 (HF3_Z2) | Beachtung der besonderen Versorgungsbelange kognitiv beeinträchtigter Menschen  | (1) Implementierung eines Demenzbeauftragten im Krankenhaus (übergreifend tätig und daher angesiedelt bei der Krankenhausleitung)  | (1) Mitarbeitende des Krankenhauses | (1) Krankenhäuser, Krankenkassen | (1) Leistungserbringer (Krankenhäuser), Kostenträger (Krankenkassen und Versicherungen) | (1) Bis 2017 | (1) Demenzbeauftragte sind modellhaft in Krankenhäusern eingeführt. |

Fortsetzung Tabelle 5 (Teil 2 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 3

| (Kurzformel) Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|---------------------------------|---|---|--|--|------------|---|
| weiterhin Ziel 2 (HF3_Z2) | Beachtung der besonderen Versorgungsbelange kognitiv beeinträchtigter Menschen ● | (2) Erstellung von Behandlungskonzepten zum Umgang mit kognitiv beeinträchtigten Menschen: • Belegungsmanagement • Diagnose stellen und sichern • Vermeiden von Komplikationen • demenzsensible Maßnahmen (z. B. zielgerichtete Patientensteuerung im Zusammenhang mit dem Belegungsmanagement zur Vermeidung von Veränderungen, Verlegungen, Drehtüreffekten); (Vermeidung von Betreuungswechsel; Sicherstellung der Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr) • Abstimmung der Krankenhausbehandlung auf die diagnostizierte Beeinträchtigung, Vermeidung nicht zwingend erforderlicher Diagnostik • Soziales Umfeld: Einbindung von Angehörigen und Hausärzten • frühzeitiges und angepasstes Entlassungsmanagement ● ● ● ● ● | (2) Krankenhäuser | (2) <u>Demenzbeauftragte der Krankenhäuser</u> (sofern etabliert), alle Krankenhausabteilungen und die Leitung unter Einbeziehung der Alzheimer Gesellschaft | (2) intern | (2) Bis 2017 (2) Es liegen für alle Krankenhäuser entsprechende Behandlungskonzepte vor. |

Fortsetzung Tabelle 5 (Teil 3 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 3

| (Kurzformel) Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung | |
|--------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|--|
| Ziel 3 (HF3_Z3) | Rechtliche Voraussetzungen zur Verbesserung des Entlassungsmanagements schaffen (ACHTUNG: Überschneidung HF 4a) | Die Sozialdienste der Berliner Krankenhäuser werden über Änderungen des Landeskrankenhausgesetzes (LKG) strukturell besser abgesichert. Die Krankenhäuser sollen verpflichtet werden, eigene Sozialdienste vorzuhalten. | Krankenhäuser | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Berliner Krankenhausgesellschaft, Kostenträger (Krankenkassen und Versicherungen) | Leistungserbringer (Krankenhäuser), Kostenträger (Krankenkassen und Versicherungen) | Bis 2017 | Auf Basis der Gesetzesänderung existieren in allen Berliner Krankenhäusern eigene Sozialdienste. |



3.4 Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung (Handlungsfeld 4)

a) Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen

3.4.1a Thematische Eingrenzung

Trotz aller Anstrengungen treten bei der **nachstationären Versorgung** nach einem Krankenhausaufenthalt immer wieder **erhebliche Probleme** auf (vgl. Braun & Müller 2003). Bis zu 60 Prozent der Patientinnen und Patienten **verlieren** in der ersten Zeit nach der Entlassung weiter an **Selbstständigkeit** (vgl. Bender 2012). Hiervon sind hochaltrige Menschen besonders betroffen (ebd.).

Ein **standardisiertes Entlassungsmanagement**, welches die Komplexitäten der Prozesse und Versorgungsbedarfe sowie die Anforderungen eines funktionierenden Schnittstellenmanagements erfüllt, ist die Voraussetzung für die Unterstützung von Patientinnen bzw. Patienten und Angehörigen bei der Bewältigung des Übergangs in eine andere Versorgungssituation.

Im Rahmen des Dialogprozesses 80^{plus} wurde herausgearbeitet, welche Standards, Instrumente und Kooperationsformen im Entlassungsmanagement für eine verbesserte Überleitung hochaltriger Menschen in die Anschlussversorgung bereits existieren und welche Lösungen zukünftig in Berlin umgesetzt werden sollen.

PRAXISBEISPIEL Frau Kaiser, 79 Jahre, verwitwet, lebt allein in einer 2 Zimmer-Wohnung im 4.OG (mit Fahrstuhl) eines Mehrfamilienhauses. Frau Kaiser versorgt sich selbst; die Bekannte ihrer Nachbarin putzt einmal wöchentlich die Wohnung gegen Bezahlung. Frau Kaiser war früher als Fürsorgerin im Tuberkulose-Dienst eines Gesundheitsamtes tätig. Diese Arbeit hat ihr viel Freude bereitet. Auch jetzt noch erzählt sie ihrer Putzfrau beim gemeinsamen Kaffeetrinken von Erlebnissen aus dieser Zeit. Frau Kaiser hat drei Kinder (zwei Töchter und einen Sohn). Diese sind alle berufstätig und haben selbst Familien. Deshalb besuchen sie ihre Mutter nicht allzu häufig, erledigen aber größere Einkäufe für sie.

Im Supermarkt bricht Frau Kaiser plötzlich zusammen. Sie kann nicht mehr richtig sprechen, alles verschwimmt vor ihren Augen, ihr linker Arm und ihr linkes Bein fühlen sich taub an. Der herbeigerufene Notarzt reagiert sofort und überweist sie in die nächstgelegene sogenannte „Stroke Unit“ in der Klinik. Dort beginnt die sofortige medizinische und intensivtherapeutische Behandlung. Ein Schlaganfall (Apoplex) mit Halbseitenlähmung und Schädigung des Sprachzentrums wird diagnostiziert.

Dank der weiteren intensiven physio- und ergotherapeutischen sowie logopädischen Behandlung sind bereits nach den ersten Tagen leichte Verbesserungen in der Mobilisation (Bewegung) und der Sprache festzustellen. Nach fünf Tagen ist Frau Kaiser das erste Mal mit der Physiotherapeutin aufgestanden. Vorher konnte sie ausschließlich im Bett mobilisiert werden. Sie benötigt noch viel Hilfe und schafft es gerade, sich Hände und Gesicht an der Waschschiüssel zu waschen. Ihre Mobilisation geht sehr langsam voran. Vertraute Personen verstehen, wenn sie sehr geduldig sind, was Frau Kaiser zu einfachen Sachverhalten jeweils sagen möchte. Zeitlich und örtlich ist sie allerdings nicht orientiert. Komplexere Zusammenhänge, wie z. B. Anträge, versteht Frau Kaiser derzeit nicht. Es ist unklar, inwieweit sich dieser Zustand verbessern wird.

Die Angehörigen haben im Krankenhaus mit den Stationsärzten und dem Sozialdienst über die weitere Perspektive gesprochen. Zwei der Kinder halten es nicht für möglich, dass Frau Kaiser zuhause versorgt

werden kann und möchten, dass sie in ein Heim kommt. Sie haben gehört, dass das vom Krankenhaus aus schneller gehe. Die jüngste Tochter ist skeptisch und möchte ihrer Mutter die Rückkehr in die eigene Wohnung ermöglichen, zumal diese sich vehement gegen eine Heimunterbringung ausgesprochen hat. Welche Unterstützung kann der Sozialdienst bieten?

3.4.2a Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 4a „Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen“ wurde im November 2015 auf dem 1. Fachdialog behandelt. Diskutiert wurde in drei thematisch separaten Arbeitsgruppen, die sich jeweils mit einer der nachfolgenden Fragen beschäftigten:

- Wie muss das **Entlassungsmanagement im Krankenhaus** aussehen, um den Anforderungen gerecht zu werden?
- Welchen **Anforderungen** muss die **ärztliche Kommunikation** zwischen Krankenhaus und Praxis gerecht werden? (inkl. Abstimmung zur Medikation)
- Wie muss die konkrete Überleitung zur **Sicherstellung des Informationsflusses** ausgestaltet werden?

Abbildung 24:
Ergebnissicherung einer Arbeitsgruppe auf dem 1. Fachdialog

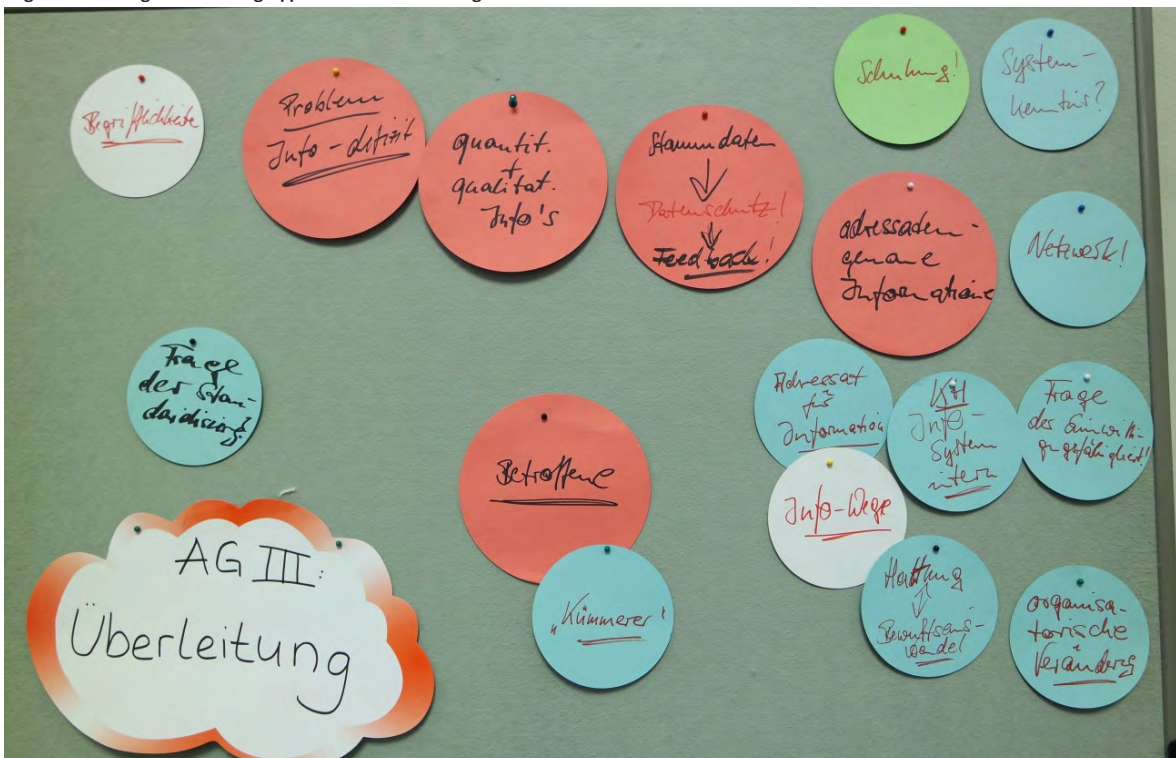


Foto: Konstantin Gastmann

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **38 Institutionen** aus dem ambulanten und stationären Leistungsbereich, Beratungsstellen, Krankenkassen, Interessenverbände sowie Forschungseinrichtungen beteiligt (alphabetische Reihenfolge):

- Alexianer St. Hedwig Kliniken, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V., AOK Nordost, Berliner Krankenhausgesellschaft, BIG direkt gesund, BKK Landesverband Mitte, Charité Universitätsmedizin Berlin, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, DRK Kliniken Berlin | Köpenick, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Fachstelle für pflegende Angehörige, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Hausarztpraxis an der Passage, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nord, Landesverband Geriatrie, die Pflegestützpunkte der Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf (zwei Pflegestützpunkte), Friedrichshain-Kreuzberg (zwei Pflegestützpunkte), Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf (zwei Pflegestützpunkte), Mitte (zwei Pflegestützpunkte), Pankow

(zwei Pflegestützpunkte), Reinickendorf, Spandau, Steglitz-Zehlendorf (zwei Pflegestützpunkte), Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick (zwei Pflegestützpunkte), Seniorenstiftung Prenzlauer Berg, vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Verbund Lichtenberger Seniorenheime (Seniorenheim „Am Tierpark“), Vivantes Ida-Wolff-Krankenhaus GmbH, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH.

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 4a „Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen“.

3.4.3a Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Krankenhäuser sind qua Gesetz verpflichtet, ein Entlassmanagement zu implementieren (vgl. Sozialgesetzbuch V, Landeskrankenhausgesetz). Dies erfordert ein standardisiertes, multiprofessionell abgestimmtes Vorgehen unter Berücksichtigung der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten mit ihren gegebenenfalls pflegenden Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld sowie den Angeboten des vor- und nachstationären Versorgungssystems des Gesundheits- und Sozialwesens. Dafür sind Indikatoren für die Einbindung des jeweils passenden Nachversorgers erforderlich.

Ziel 1 im Handlungsfeld 4a (HF4a_Z1)

Standardisierung des Entlassmanagements

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

Probleme bestehen, neben fehlenden ausreichenden Kapazitäten in einzelnen Versorgungssegmenten (bspw. Kurzzeitpflegeeinrichtungen), insbesondere in der Sicherstellung der Kostenübernahme bei Transporten nach Krankenhausaufenthalt oder zur fachärztlichen Weiterversorgung.

Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen auf Bundesebene ergeben sich gegebenenfalls 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 gegebenenfalls auf Landesebene die Chance, die verbindliche Umsetzung konstruktiv zu begleiten und zu forcieren.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

- (1) *Umsetzung SGB V Gesetzgebung und G-BA Richtlinien*
- (2) *Festlegung von Indikatoren der spezifischen nachstationären Versorgung*
- (3) *Sicherstellung der Anschlussversorgung für eine Woche nach dem Krankenhausaufenthalt durch die Krankenhäuser*
- (4.1) *Transparenz über das Versorgungssystem*
- (4.2) *Transparenz über Versorgungsstrukturen*
- (5) *Sicherstellung der Kostenübernahme bei Transporten nach dem Klinikaufenthalt*

(6) *Berücksichtigung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes: Frühzeitige Einbindung von Angehörigen und Vertrauten in den Entlassprozess. Dazu muss ein Kriterienkatalog erstellt und Infomaterial über das Versorgungssystem verfügbar sein (vgl. Punkt 4).*

(7) *Patientenselbststeuerung*

Ziel 2 im Handlungsfeld 4a (HF4a_Z2)

Qualitätssicherung der sektorenübergreifenden ärztlichen Versorgung

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 Hausärztinnen bzw. Hausärzte und weitergehende Qualifikationen) u. ä.

Die fachärztliche Versorgung hochaltriger Menschen ließe sich durch eine eindeutige rechtliche Verortung der Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) 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 Aufnahme-standards zu vereinbaren. Die Harmonisierung der Medikationsregime könnte durch den verbesserten Arzt-Arzt-Kontakt und gegebenenfalls auch durch die neuen Regelungen des § 39 Abs. 1a SGB V erzielt werden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) *Anreizsysteme für Hausärzteschaft*

(2) *Vergütung an Qualitätsziele koppeln*

(3) *Abgestufte Weiterbildung*

(4) *Harmonisierung der Medikationsregime*

(5) *Fachärztliche Versorgung verbessern*

(6) *Etablierung und Koordination mobile geriatrische Rehabilitation*

(7) *Rechtliche Verortung der Geriatrischen Institutsambulanzen verbessern*

Ziel 3 im Handlungsfeld 4a (HF4a_Z3)

Standardisierung der 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 Datenweitergabe 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.

Eine Verbesserung in der Versorgung hochaltriger Menschen kann nur erzielt werden, wenn im Sinne der Patientinnen und Patienten über einheitliche 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 bspw. durch ein sektorenübergreifendes Feedback-System inkl. Controlling mit zielgerichteten Konsequenzen erreichen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Abstimmung der Begrifflichkeiten / Informationsinhalte

(2) Sicherstellung des rechtzeitigen Informationsflusses / Datenaustauschs

(3) Feedbacksysteme

Das Handlungsfeld 4a „Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen“ wurde repräsentiert von:

- Frau Sibylle Kraus, Alexianer St. Hedwig Kliniken und Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit (externe Handlungsfeld-Sprecherin) und
- Herrn Dr. Frank Schieritz, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interner Handlungsfeld-Sprecher).

Lesehilfe Ziele-Matrix

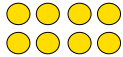
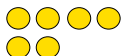
Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 4a „Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.4.4a). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 6). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen. In einigen Feldern fehlen Informationen. Dafür wird das übliche Zeichen ‚...‘ für „die Angabe fällt später an“ verwendet.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.4.4a Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

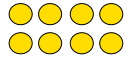
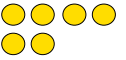
Tabelle 6 (Teil 1 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|---|--|--|--------------------------|--------------|--|
| Ziel 1 (HF4a_Z1) | Standardisierung des Entlassungsmanagements  | (1) Umsetzung SGB V Gesetzgebung und G-BA Richtlinien • Konkretisierung auf Landesebene bei evtl. bestehenden Regelungslücken nach Abschluss des Rahmenvertrages und Überprüfung der G-BA-Richtlinien • Implementierung in die Organisation des Krankenhausalltags • Fokus: sektorenübergreifende Versorgung im Sozial- und Gesundheitswesen | (1) Krankenhausträger, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen | (1) Berliner Krankenhausgesellschaft, Krankenhausträger, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Netzwerke und Netzwerkpartner | (1) Leistungsanbieter | (1) Bis 2017 | (1) Vgl. Indikatoren AQUA-Konzeptskizze bzgl. § 137 SGB V sektorenübergreifende Qualitätssicherung |
| | | (2) Festlegung von Indikatoren der spezifischen nachstationären Versorgung  | (2) Berliner Krankenhausgesellschaft, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Ärztekammer | (2) Kassenärztliche Vereinigung, Berliner Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer, Krankenkassen | ... | (2) Bis 2017 | (2) Evaluation |

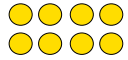
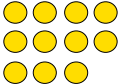
Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 2 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|--|---|---|--|--|----------------|--|
| weiterhin Ziel 1 (HF4a_Z1) | Standardisierung des Entlassungsmanagements  | (3) Sicherstellung der Anschlussversorgung für eine Woche nach dem Krankenhausaufenthalt durch die Krankenhäuser • Umsetzung der §§ 39 c, 37 Abs. 1a und 38 Abs. 1 SGB V (Leistung auch bei fehlender Pflegebedürftigkeit); hierzu Schulungen in den Krankenhäusern als Verordnende und Leistungsanbieter  | (3) Krankenhäuser, Kostenträger, Leistungsanbieter | (3) Kostenträger, Krankenhäuser, Leistungsanbieter | (3) Krankenkassen | (3) 2016 | (3) Evaluation im Zusammenhang mit den Sozialdiensten |
| | | (4.1) Transparenz über das Versorgungssystem: • Schulungen für Schnittstellenverantwortliche über Versorgungsangebote • Schnittstellenmanagement/begleitete Überleitungen • niedrigschwellige Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige | (4.1) Schnittstellenmanager, Patientinnen und Patienten, Angehörige | (4.1) Leistungsanbieter und Kostenträger | (4.1) Leistungsanbieter und Kostenträger | (4.1) Bis 2018 | (4.1) Schulungen (angebotene und absolvierte), Publikationen (Faltblätter; Filme etc.) |

Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 3 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-------------------------------|--|---|---|--|--|---|---|
| weiterhin Ziel 1 (HF4a_Z1) | Standardisierung des Entlassungsmanagements  | (4.2) Transparenz über Versorgungsstrukturen: • Transparenz für die Versicherten über Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Nachversorgern bzw. Krankenkassen und Anbietern (5) Sicherstellung der Kostenübernahme bei Transporten nach dem Klinikaufenthalt: • Abbau von Bürokratie, Verschlan- kung des Verfahrens zum Abbau von Kosten und zur Entlastung der Betroffenen • Aktualisierung G-BA-Richtlinie zur Entlastung der betroffenen Hochaltrigen (6) Berücksichtigung der Angehörigen u. des sozialen Umfeldes: Frühzeitige Einbindung von Angehörigen und Vertrauten in den Entlassprozess. Dazu muss ein Kriterienkatalog erstellt und Infomaterial über das Versorgungssystem verfügbar sein (vgl. Punkt 4).  | (4.2) Schnittstellen- manager, Patientinnen und Patienten, Angehörige (5) Leistungspartner (6) Sozialdienst, Angehörige | (4.2) Leistungsanbieter und Kostenträger (5) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Bundes- ministerium für Gesundheit, Gemein- samer Bundesaus- schuss, Kostenträger, Krankentransport- dienste (6) Berliner Krankenhausgesell- schaft, Krankenhäuser, Patientenbeauftragte, Kostenträger | (4.2) Leistungsan- bieter und Kostenträger (5) Kassenleistung (6) Keine zusätzlichen Mittel erforderlich | (4.2) Bis 2018 (5) Bis 2018 (6) Nach und nach bis 2019 | (4.2) Schulungen (angebotene und absolvierte), Publikationen (Faltblätter; Filme etc.) (5) Patienten- zufriedenheit, Leistungszahlen Kostenträger (6) Patienten- zufriedenheit, Feedbacksysteme |

Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 4 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-------------------------------|---|--|-------------------|---|-----------------------------|------------|---|
| weiterhin Ziel 1 (HF4a_Z1) | Standardisierung des Entlassungs- managements ● ● ● ● ● ● ● ● | (7) Patientenselbststeuerung <ul style="list-style-type: none"> • Information der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen über die absolvierte Krankenhausbehandlung und nötige Anschlussversorgung, z. B. mittels „Patientenbrief“ • Ehrenamtliche Begleiter im Krankenhaus • Begleiteter Übergang vom Krankenhaus in die Nachsorge ● ● ● ● ● ● ● ● ● | (7) Krankenhäuser | (7) Berliner Krankenhausgesell- schaft, Ärzteschaft, Sozialdienste | ... | (7) 2017 | (7) Statistik über Patientenbriefe, Feedbacksysteme |

Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 5 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|--|---|---|--------------------------|------------|--------------------------------|
| Ziel 2 (HF4a_Z2) | Qualitätssicherung der sektorenübergreifenden ärztl. Versorgung ● ● ● | (1) Anreizsysteme für Hausärzteschaft: Anreize für die Kontaktpflege des Hausarztes mit Patienten und Krankenhaus sowohl für eine Einweisung und Überleitung ins Krankenhaus als auch für die Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt im häuslichen Umfeld (Hausbesuche) (ACHTUNG: Überschneidung HF 2) | (1) Hausärzteschaft, Kostenträger | (1) Kostenträger, Kassenärztliche Vereinigung | (1) ggf. Innovationsfond | (1) 2017 | ... |
| | | (2) Vergütung an Qualitätsziele koppeln: Dazu müssen Qualitätsindikatoren aufgestellt und überprüft werden (klarer Kriterienkatalog für Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte und Kostenträger) ● | (2) Patientinnen und Patienten, Ärzteschaft, Kostenträger | (2) Kostenträger, Kassenärztliche Vereinigung, Patientenbeauftragte | ... | ... | ... |
| | | (3) Abgestufte Weiterbildung: Hausärztinnen und Hausärzte müssen (ACHTUNG: Überschneidung HF 2 und HF 6) ● | (3) Ärztekammer | (3) Ärztekammer | ... | ... | ... |



Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 6 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|----------------------------|--|--|---|---|--------------------------|------------|---|
| weiterhin Ziel 2 (HF4a_Z2) | Qualitätssicherung der sektorenübergreifenden ärztl. Versorgung ● ● ● | (4) Harmonisierung der Medikationsregime: Umsetzung Verordnung Arzneimittel durch Krankenhäuser i.R. § 39 Abs. 1a SGB V gem. Rahmenvertrag ● (5) Fachärztliche Versorgung verbessern: • Vorab-Arzt/Arzt-Kontakt • Multiprofessionelle Teameinbindung | ... | ... | ... | ... | ... |
| | | (6) Etablierung und Koordination mobile geriatrische Rehabilitation: Mobile geriatrische Rehabilitation ist ein klassisches Bindeglied zur Schnittstellenüberwindung zwischen den Sektoren, aber kaum in Berlin etabliert. (ACHTUNG: Überschneidung HF 2) ● ● ● ● | (5) Kassenärztliche Vereinigung, Berliner Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer (6) Kostenträger, Leistungsanbieter | (5) Kassenärztliche Vereinigung, Berliner Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer (6) Kostenträger, Anbieter, Krankenhäuser | ... | (6) 2017 | (6) Etablierung von Geriatrischen Institutsambulanzen |



Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 7 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-------------------------------|--|---|---|--|--|--------------|--|
| weiterhin Ziel 2 (HF4a_Z2) | Qualitätssicherung der sektorenübergreifenden ärztl. Versorgung  | (7) Rechtliche Verortung der Geriatrischen Institutsambulanzen verbessern: Die Gesundheitsministerkonferenz bittet das Bundesministerium für Gesundheit, eine Novellierung von § 118 a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen-GIA) zu initiieren (Beschluss 89. GMK am 29. und 30. Juni 2016). (ACHTUNG: Überschneidung HF 2)  | (7) Bundesministerium für Gesundheit, Krankenkassen | (7) Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Krankenkassen, Andere Bundesländer | (7) Keine zusätzlichen Mittel erforderlich | (7) Bis 2017 | (7) Rechtliche Änderungen, Etablierung von Geriatrischen Institutsambulanzen in Berlin |



Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 8 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|--|---|--|-----------------------------|----------------|--|
| Ziel 3 (HF4a_Z3) | Standardisierung der Überleitung  | (1) Abstimmung der Begrifflichkeiten/Informationsinhalte: Datenschutz ist zu beachten (2) Sicherstellung des rechtzeitigen Informationsflusses / Datenaustausch: Unter Einbindung des Datenschutz- beauftragten muss eine Informations- plattform für alle an der Versorgung Beteiligten (Haus- und Fachärzte, Krankenhaus, Apotheken, Therapeuten, Pflegedienste, etc. und Patienten / Angehörige) über geleistete und geplante Versorgung sowie Medikation aufgebaut werden. Auch entsprechende Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte kann zielführend sein.  | (1-3) Krankenhausträger, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, Netzwerkpartner | (1-3) Kassenärztliche Vereinigung, Daten- schutzbeauftragter | (1-3) Leistungserbringer | (1-3) Bis 2018 | (1-3) Die Überleitung ist standardisiert (siehe Standards „Netzwerk im Alter Pankow“, siehe Case Management- Projekte St. Hedwig Kliniken) |

Fortsetzung Tabelle 6 (Teil 9 von 9):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4a

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-------------------------------|--|--|------------|---|-----------------------------|------------|-----------------------------------|
| weiterhin Ziel 3 (HF4a_Z3) | Standardisierung der Überleitung  | (3) Feedbacksysteme: Durch Rückkopplung über eine gelungene (oder misslungene) Organisation der nachstationären Versorgungsangebote und deren reibungslosen Vermittlung inkl. Sicherstellung der Informationsweitergabe an die jeweiligen Schnittstellenverantwortlichen wird Transparenz über Probleme / Potentiale geschaffen, Lernfähigkeit ermöglicht und Verbesserungspotenzial erschlossen. (Modellprojekt denkbar)  | | | | | |

b) Integrierte Versorgung

3.4.1b Thematische Eingrenzung

In Anlehnung an Müller (2014) geht integrierte Versorgung von übergreifenden, evaluierten Versorgungszielen und -abläufen, abgestimmten Aufgaben und Zuständigkeiten sowie einem gemeinsamen Qualitäts- und Kostenmanagement in einem Netzwerk aus.

Das Handlungsfeld 4b „Integrierte Versorgung“ beschäftigte sich mit den Übergängen zwischen ambulanten, häuslichen und (teil-)stationären Strukturen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich. Im Rahmen des Dialogprozesses 80^{plus} wurde der Begriff der „integrierten Versorgung“ weder auf den gesetzlichen Rahmen nach § 140a SGB V noch auf einzelne Krankheitsbilder, wie etwa Herzinsuffizienz oder Demenz, reduziert.

Vielmehr wurde die Gruppe hochaltriger Menschen mit ihren jeweils spezifischen individuellen Behandlungs-, pflegerischen und sozialen Unterstützungsbedarfen in ihrer Gesamtheit betrachtet. Der Fokus lag neben den speziellen Bedürfnissen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung auf der fallbezogenen und strukturellen Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen bzw. Handlungsfelder im Interesse der Zielgruppe 80+.

PRAXISBEISPIEL *Herr Boyaci ist mit dem Notarzt in die Klinik gekommen. Verdacht auf Apoplex! Herr Boyaci lebt mit seiner Frau, die an Demenz leidet, gemeinsam in einer Wohnung. Frau Boyaci hat seit 11 Monaten die Pflegestufe 1 und erhält von der Pflegekasse eine Kombination aus Sachleistung und Pflegegeld. Frau Boyaci wurde bisher von einer Sozialstation und ihrem Mann zuhause betreut und gepflegt. Da Frau Boyaci nicht allein in der Wohnung bleiben kann, stellt die Sozialstation umgehend den Kontakt zu einer stationären Pflegeeinrichtung her. Dafür ist die Verhinderungspflege vorgesehen. Die Hausärztin von Frau Boyaci stellt ein „ärztliches Gutachten“ für die aufnehmende Pflegeeinrichtung aus. Die Sozialstation faxt alle erforderlichen Unterlagen (z. B. Medikationsplan, Pflegeüberleitungsbogen und die Stammdaten) der Pflegeeinrichtung zu und fordert einen Krankentransport für Frau Boyaci an. Die persönlichen Dinge (Kleidung, Hygieneartikel, Medikamente, Heil- und Hilfsmittel etc.) werden von der Sozialstation mitgegeben. Der Sozialdienst der Pflegeeinrichtung setzt sich mit der Pflegekasse in Verbindung und unterstützt Frau Boyaci bei der Beantragung der Leistungen für die Verhinderungspflege. Da sich der bevollmächtigte Ehemann zurzeit im Krankenhaus befindet, wendet sich der Sozialdienst an die unterbevollmächtigte Tochter, die den Antrag der Verhinderungspflege und den Pflege- und Betreuungsvertrag unterschreibt. Damit ist Frau Boyaci gut versorgt.*

3.4.2b Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 4b „Integrierte Versorgung“ wurde im November 2015 auf dem 1. Fachdialog erörtert. Die Diskussion wurde in drei thematisch separaten, jedoch inhaltlich verbundenen Arbeitsgruppen geführt, die sich jeweils mit einem der nachfolgenden Anliegen beschäftigten:

- Konkretisieren Sie – sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert – die Rahmenbedingungen, Instrumente und Standards, welche für ein **erfolgreiches Case Management** unverzichtbar sind.
- Konkretisieren Sie – sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert – welche verbindlichen **Kooperations- und Kommunikationsstrukturen** auf **bezirklicher und überbezirklicher Ebene** geschaffen bzw. gestärkt werden müssen.
- Entwickeln Sie – sowohl inhaltlich als auch umsetzungsorientiert – einen ersten **Modellprojektentwurf** für eine gelingende sektorenübergreifende medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Herzinsuffizienz.

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **29 Institutionen und Verbände** beteiligt. Diese sind in ambulanten und stationären, medizinischen und pflegerischen Leistungsbereichen sowie auf Verwaltungsebenen im Pflege- und Sozialbereich, in Interessenverbänden und auf Bezirks- und Landesebene tätig (alphabetische Reihenfolge):

- AOK Nordost, die Bezirksamter Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg, Mitte, Spandau (zwei Abteilungen), Steglitz-Zehlendorf (zwei Abteilungen), BIG direkt gesund, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie, Fachstelle für pflegende Angehörige, Geriatrich-Gerontopsychiatrischer Verbund Schöneberg, Gerontopsychiatrisch-Geriatricher Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e. V., Gerontopsychiatrisch-Geriatricher Verbund Tempelhof, Gerontopsychiatrischer Verbund Spandau, Landessenorenbeirat Berlin, Landessenorenvertretung Berlin, Landesverband Geriatrie, Netzwerk im Alter Marzahn-Hellersdorf, Pflegestützpunkte der Bezirke Mitte, Pankow, Spandau, Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick, Premio, Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e. V. – QVNIA e. V., Reha-Steglitz gGmbH, Stiftung Unionhilfswerk Berlin.

Abbildung 25:
Handlungsfeld 4b auf dem 1. Fachdialog



Foto: Konstantin Gastmann

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 4b „Integrierte Versorgung“.

3.4.3b Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Im Rahmen des Dialogprozesses 80^{plus} waren sich die Expertinnen und Experten einig, dass im ambulanten Sektor ein qualifiziertes Case-Management, welches u. a. Beratung und Koordinierung umfasst, für alle Beteiligten vorteilhaft ist.

Ziel 1 im Handlungsfeld 4b (HF4b_Z1)

Stärkung der direkten Begleitung hochaltriger Menschen mit komplexen medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungsbedarfen an den Schnittstellen des Fünften Sozialgesetzbuches, des Elften Sozialgesetzbuches sowie des Zwölften Sozialgesetzbuches

ACHTUNG: Überschneidung zu Handlungsfeld 2 und Handlungsfeld 7

Ein Case-Management dient dazu, dass die medizinische und pflegerische Versorgung bei Menschen mit sektorenübergreifenden, komplexen Hilfebedarfen sichergestellt ist. Es führt für alle Beteiligten zu kürzeren Wegen und einer besseren Kommunikation zwischen den einzelnen Leistungsbereichen. Das wirkt sich positiv auf den Behandlungserfolg, d. h. die Effektivität der Gesundheitsleistungen sowie die Kosteneffizienz, d. h. der Kosten-Nutzen Bilanz aus. Problematisch bewerten die Expertinnen und Experten, dass es aktuell hierzu keinerlei gesetzliche Vorgaben gibt.

Bei der konkreten Umsetzung stellen sich aufgrund der systemimmanenten Heterogenität entscheidende Fragen in Bezug auf mögliche Interessenskonflikte, datenschutzrechtliche Aspekte und die räumliche Verortung. Wer ist die Ansprechperson? Wie und in welchem Umfang wird sie tätig? 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.

Verschiedene Modelle gelingender Praxis sind denkbar und auch machbar. Eine Option ist, das Leistungsspektrum der Pflegestützpunkte um Aufgaben einer „Gesundheitsbegleiterin“ bzw. eines „Gesundheitsbegleiters“ zu erweitern. Das beinhaltet, hochaltrige Menschen mit komplexen Versorgungsbedarfen durch die Versorgungssysteme zu lotsen und zu begleiten, beim Antrags- und Terminmanagement, z. B. medizinischer, sozialer und pflegerischer Akteure, behilflich zu sein und die individuellen Leistungsansprüche entlang der relevanten Sozialgesetzbücher und den darüber hinaus erforderlichen Hilfemix zu koordinieren.

Aufschluss über das Aufgabenprofil, die strukturelle Verankerung und Ressourcenfragen der mehrfach im Dialogprozess geforderten „Systemlotsen“ kann ein vorgeschaltetes Gutachten geben. Dabei sind Schnittstellen zum Handlungsfeld 7 zu bearbeiten (siehe Stärkung der aufsuchenden sozialen Arbeit für Hochaltrige) und für alle relevanten Handlungsfelder eine Gesamtleitung für Berlin zu treffen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Einbringen des verbindlichen Verweises durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, mittels eines in Zusammenarbeit mit Ärztevertreterinnen und -vertretern und Pflegestützpunkten zu entwickelnden Informationsblattes

(2) Mögliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegestützpunkte um Aufgaben der „Gesundheitsbegleiterin“ bzw. des „Gesundheitsbegleiters“

Ziel 2 im Handlungsfeld 4b (HF4b_Z2)

Schaffung verbindlicher, berufsgruppenübergreifender Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf Bezirks- und Landesebene

Auf bezirklicher und überbezirklicher Ebene sind eine effektive(re) Koordinierung der Versorgungsprozesse über die Leistungssektoren Gesundheit, Pflege und Soziales hinweg und eine stärkere Orientierung auf die hochaltrigen mehrfach und/oder psychisch erkrankten Menschen zentrale Ziele. Das erfordert mehr Verbindlichkeit in den vorhandenen Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen Versorgungspartnern, 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.

Im Rahmen des Dialogprozesses 80^{plus} wurde angeregt, Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünde (GGV) als bezirkliche Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie zu stärken. Diese Verbünde, welche zum Teil in den 1990er Jahren gegründet wurden, sind in allen Berliner Bezirken etabliert und fester Bestandteil der lokalen sektorenübergreifenden Versorgungslandschaft. Vor diesem Hintergrund ist eingangs die Ist-Situation der Verbundarbeit in den Berliner Bezirken zu analysieren (z. B. Art und Umfang der lokalen Vernetzung, die jeweils spezifische Arbeitsweise, die personellen und finanziellen Ressourcen). Darauf aufbauend gilt es, unter Bezugnahme auf die relevante Ebene der Versorgungslandschaft sowohl rechtliche als auch strukturimmanente Potenziale der Verbundarbeit zu identifizieren und im Anschluss Ziele und Standards für eine verbindliche, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung zu entwickeln. Die Einrichtung eines bezirksübergreifenden Gremiums, das sich mit den Verbänden zu medizinischen und pflegerischen Defiziten und Bedarfen fachlich regelmäßig austauscht, ist unverzichtbar.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Bestands- und Potentialanalyse der Verbünde und Netzwerkstrukturen

(2) Schaffung eines bezirksübergreifenden Gremiums – zum Fachaustausch zwischen dem Land Berlin und den Verbänden

Ziel 3 im Handlungsfeld 4b (HF4b_Z3)

Stärkung der Steuerungs- und Koordinationsfunktion in den Bezirksämtern

Um die Versorgung der Zielgruppe 80+ zu verbessern, ist die Einbindung der Verbünde und Netzwerkstrukturen in kommunale Planungs- und Koordinationsprozesse unabdingbar. In den Bezirksämtern bedarf es hierfür der personellen Verstärkung in den Planungs- und Koordinierungsstellen. Die bezirkliche Koordinations- und Steuerungsfunktion zwischen den Bereichen Geriatrie/Gerontopsychiatrie (Gesundheit) und Altenhilfe/Pflege (Soziales) ist durch die Etablierung einer koordinierenden Stelle in allen Bezirksämtern zu stärken. Damit verbunden ist die Entwicklung feinkonzeptioneller Grundlagen auf Bezirks- und Stadtteilebene und die Entwicklung kontinuierlicher Versorgungsketten für gängige Alterserkrankungen unter Aufnahme guter Ansätze der Versorgungspraxis, wie z. B. Lokale Allianzen für Demenz oder die Initiative Demenzfreundliche Kommune.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Dauerhafter Einsatz einer bezirklichen Geriatrie- bzw. Altenhilfekordinatorin oder eines -koordinators sowie einer Geriatrie- bzw. Altenhilfeplanerin oder eines -planers

(2) Entwicklung von bezirksspezifischen Feinkonzepten mit gesteuertem Versorgungsmanagement auf Basis von klar definierten Versorgungspfaden für gängige Alterserkrankungen

Ziel 4 im Handlungsfeld 4b (HF4b_Z4)

Beseitigung von Finanzierungs- und Versorgungsklappen im Gesundheitssystem

Auch sollte auf der Bundesebene eine Harmonisierung bzw. Zusammenführung vom Fünften und Elften Sozialgesetzbuch als auch vom Neunten und Zwölften Sozialgesetzbuch angedacht werden, um neben Versorgungsklappen auch Finanzierungsklappen, welche beide zu großen Behandlungs- und Versorgungssineffizienzen führen können, zu vermeiden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Bestands- und Potentialanalyse hinsichtlich möglicher Harmonisierungsansätze vom Fünften und Elften Sozialgesetzbuch als auch vom Neunten und Zwölften Sozialgesetzbuch

Das Handlungsfeld 4b „Integrierte Versorgung“ wurde repräsentiert von:

- Frau Verena Vogt, Technische Universität Berlin, Fachgebiet Management im Gesundheitswesen (externe Handlungsfeld-Sprecherin) und
- Frau Dr. Nadine Wittmann, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interne Handlungsfeld-Sprecherin).

Lesehilfe Ziele-Matrix


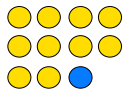
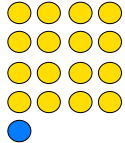
Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 4b „Integrierte Versorgung“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.4.4b). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 7). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.4.4b Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

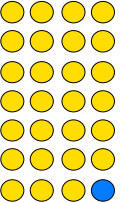

Tabelle 7 (Teil 1 von 4):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4b

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|--|---|---|---|--------------------------------------|---|
| Ziel 1 (HF4b_Z1) | Stärkung der direkten Begleitung hochaltriger Menschen mit komplexen medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgungsbedarfen an den Schnittstellen des Fünften Sozialgesetzbuches, des Elften Sozialgesetzbuches sowie des Zwölften Sozialgesetzbuches (ACHTUNG: Überschneidung HF 2 und HF 7)  | (1) Einbringen des verbindlichen Verweises durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt, mittels eines in Zusammenarbeit mit Ärztenvertreterinnen und -vertretern und Pflegestützpunkten zu entwickelnden Informationsblattes  (2) Mögliche Erweiterung des Leistungsspektrums der Pflegestützpunkte um Aufgaben der „Gesundheitsbegleiterin“ bzw. des „Gesundheitsbegleiters“  | (1) Hochaltrige Menschen, Ärztinnen und Ärzte mit Abrechnungen nach Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Ziffern 03360 bzw. 30984 (2) Pflegestützpunkte | (1) <u>Gemeinsamer Bundesausschuss</u> (G-BA), Pflegestützpunkte, Hausärzterverband (2) <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Kranken- und Pflegekassen, Pflegestützpunkte, Organe der Selbstverwaltung, Kassenärztliche Vereinigung | (1) Erste Auflage des Informationsblattes: Ggf. 80plus-Projektmitteln (2) Gutachten ggf. aus 80plus-Projektmitteln; Erprobung ggf. über den Innovationsfonds nach § 92a SGB V oder 80plus-Projektmitteln | (1) Ab 2016/17 (2) Ab 2016/17 | (1) Verhandlungen: Ja/Nein Informationsblatt: Ja/Nein (2) Ein Gutachten liegt vor. Darauf basierend sind die Gesundheitsbegleiterinnen und -begleiter etabliert. Kontakt und Umfang der Inanspruchnahme sind evaluiert. |

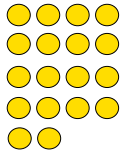
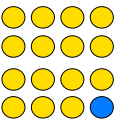

Fortsetzung Tabelle 7 (Teil 2 von 4):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4b

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeiträumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|---|--|--|--|--------------------------|---------------------------|---|
| Ziel 2 (HF4b_Z2) | <p>Schaffung verbindlicher, berufsgruppenübergreifender Kooperations- und Vernetzungsstrukturen auf Bezirks- und Landesebene</p>  | <p>(1) Bestands- und Potentialanalyse der Verbände und Netzwerkstrukturen</p> <p>(2) Schaffung eines bezirksübergreifenden Gremiums zum Fachaustausch zwischen dem Land Berlin und den Verbänden</p>  | (1-2) Verbände, Institutionen der Medizin, Pflege, Altenhilfe etc. | (1-2) <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbände, Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Kassenärztliche Vereinigung, Berliner Krankenhausesgesellschaft, Verbände und Zusammenschlüsse von Leistungsanbietern, Krankenkassen und Pflegekassen, Stadtteilzentren, Wohnungsunternehmen, ggf. Senatsverwaltung für Finanzen | (1) 80plus-Projektmittel | (1) 2016/2017 (2) 2017 | (1) Evaluation durchgeführt: Ja/Nein (2) Fachaustausch findet statt: Ja/Nein |

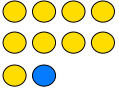

Fortsetzung Tabelle 7 (Teil 3 von 4):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4b

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|---|---|--|--|--|--|
| Ziel 3 (HF4b_Z3) | Stärkung der Steuerungs- und Koordinationsfunktion in den Bezirksämtern  | (1) Dauerhafter Einsatz einer bezirklichen Geriatrie- bzw. Altenhilfekordinatorin oder eines koordinators sowie einer Geriatrie- bzw. Altenhilfeplanerin oder eines -planers  (2) Entwicklung von bezirksspezifischen Feinkonzepten mit gesteuertem Versorgungsmanagement auf Basis von klar definierten Versorgungspfaden für gängige Alterserkrankungen  | (1-2) Bezirke, Geronto- psychiatrisch- Geriatriische Verbünde | (1-2) <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksstadträte für Gesundheit und Soziales, Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Senatsverwaltung für Finanzen, Gerontopsychiatrisch- Geriatriische Verbünde, weitere Netzwerk | (1-2) Zwei Vollzeit- äquivalente (VZÄ) je Bezirk | (1-2) 2016 Anforderungsprofil erstellen, Kosten- Nutzen- Analyse, Politische Konsentierung, 2017 Verankerung im Haushalt 2018/2019 | Zwei Vollzeitäquivalente (VZÄ) je Bezirk für Koordination /Planung Altenhilfe /Geriatrie eingerichtet: Ja/Nein |

Fortsetzung Tabelle 7 (Teil 4 von 4):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 4b

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------|--|---|--|--|---|------------|---|
| Ziel 4 (HF4b_Z4) | Beseitigung von Finanzierungs- und Versorgungsklitten im Gesundheitssystem  | Bestands- und Potentialanalyse hinsichtlich möglicher Harmonisierungsansätze vom Fünften und Elften Sozialgesetzbuch als auch vom Neunten und Zwölften Sozialgesetzbuch  | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Partei welche den Zuschlag zur Erstellung des Gutachtens erhält; weitere Interessierte Partner der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen, z. B. Deutsches Rotes Kreuz | 80plus Projektmittel sowie ggf. anteilige Finanzierung des sowie Zuarbeit zu den Gutachten durch beteiligte Kooperationspartner, z. B. Deutsches Rotes Kreuz | Ab 2016 | Bewertung der Empfehlungen aus dem Gutachten. Erfolg der Bundesratsinitiative : Ja/Nein |



3.5 Versorgung am Lebensende (Handlungsfeld 5)

3.5.1 Thematische Eingrenzung

„Sterbenden ein menschenwürdiges Leben bis zuletzt zu ermöglichen, ist wesentliches Element einer humanen Gesellschaft und fester Bestandteil der Berliner Sozial- und Gesundheitspolitik“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2011: S. 63). Anlässe, sich mit der eigenen Endlichkeit und möglicher Vorsorge für die letzte Lebensphase auseinanderzusetzen, sind meist der Tod von nahestehenden Menschen oder eine persönliche Erkrankung.

Obwohl die Versorgung am Lebensende ein Querschnittsthema ist und alle konzipierten Handlungsfelder des Dialogprozesses 80^{plus} tangiert, wurde mit dem eigenen Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“ ein besonderer Schwerpunkt gesetzt. Der Fokus lag auf der Verbesserung der allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung, insbesondere durch Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegedienste, um im Ergebnis Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Es sind notwendige Übergänge bei der Versorgung sterbender hochaltriger Menschen optimaler zu gestalten, indem zum einen das Wissen um die bestehenden Möglichkeiten einer guten Hospiz- und Palliativversorgung bei allen involvierten Akteuren erhöht und die Kooperation und Vernetzung, der an der Versorgung hochaltriger Menschen Beteiligten, verbessert wird.

„Ausgehend von den Bedürfnissen der Menschen, die am liebsten zu Hause im Kreise der Angehörigen, möglichst schmerzfrei sterben möchten, sind alle Maßnahmen darauf zu richten, dieses zu ermöglichen. Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ gilt deshalb selbstverständlich auch für die Hospiz- und Palliativversorgung“ (ebd. S. 68). Bisher sprechen die Zahlen eine andere Sprache. In Berlin stirbt nahezu jede zweite bzw. jeder zweite (48,8 %) ab 65 Jahren im Krankenhaus (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015). Im Vergleich der Bundesländer ist das die höchste Quote (Deutschland 45,7 %). Als Einflussfaktoren gelten (1) die Anzahl ambulant tätiger Palliativmedizinerinnen und -mediziner, (2) die Anzahl von Krankenhaustagen sowie (3) die palliativmedizinische Behandlung im Krankenhaus (ebd.). Bei zwei dieser Faktoren nimmt Berlin hintere Plätze ein. So kommen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner lediglich 3,2 ambulant tätige Ärztinnen bzw. Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin (Deutschland 10,8). Zugleich weist Berlin bei den ab 85-Jährigen die höchste Anzahl an Krankenhaustagen auf (ebd.). Diese Versorgungsstrukturen erschweren das Sterben in der eigenen Häuslichkeit. Ein Wunsch, den laut einer repräsentativen Umfrage 76 % der Deutschen äußern (vgl. Bertelsmann Stiftung 2015b: S. 2).

In den letzten Jahren wurde im Zusammenhang mit einer guten Kultur des Sterbens der Begriff „Palliative Geriatrie“ geprägt (vgl. Kojer und Schmidl 2011, Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie und Unionhilfswerk 2012). Sie zielt darauf ab, hochaltrigen Menschen bis zuletzt ein beschwerdefreies und würdiges Leben zu ermöglichen. Die Wünsche und Bedürfnisse Schwerstkranker und Sterbender werden in den Mittelpunkt gestellt. Palliative Geriatrie geht dabei von einem ganzheitlichen Betreuungskonzept für Betroffene und Betreuende aus, das sowohl kurative als auch palliative Maßnahmen umfasst und die Zusammenarbeit verschiedener Berufs- und Helfergruppen mit den Sterbenden und deren Nahestehenden voraussetzt.

PRAXISBEISPIEL Die verwitwete Frau Schreiner (86 Jahre) lebt trotz ihrer wachsenden Pflegebedürftigkeit noch zu Hause. Die Kinder leben nicht in Berlin. Sie erhält Essen auf Rädern und Hilfe durch einen ambulanten Pflegedienst. Bis vor vier Monaten kam ihre langjährige Freundin sie dreimal pro Woche besuchen. Dann ist die Freundin schwer erkrankt und verstorben. Frau Schreiner hat Gedanken an ihr eigenes

Lebensende seit dem Tod ihres Gatten verdrängt. Sie hat bislang keine Patientenverfügung oder weitere vorsorgende Maßnahmen getroffen. Sie sorgt sich, wie es in der nächsten Zeit weitergeht. Viele Fragen stehen im Raum. Doch wo kann sie sich beraten lassen? Wer hilft ihr, ihrem Wunsch entsprechend, ohne Schmerzen zu Hause sterben zu können?

3.5.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“ wurde im April 2016 auf dem 3. Fachdialog diskutiert. Es gab zwei thematisch separate Arbeitsgruppen. Die erste beschäftigte sich mit den bestehenden Beratungsangeboten. Eine zweite konzentrierte sich auf Hospiz- und Palliativnetzwerke. Folgende Fragenstellungen lagen der Diskussion zugrunde:

- Welche Möglichkeiten sehen Sie, den Betroffenen und deren Angehörigen eine eindeutige Beratungsstruktur mit konkreten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern zu benennen und damit auch Verantwortlichkeiten in der Beratung festzulegen? Wie kann für die Betroffenen und deren Angehörige die Transparenz der Angebote verbessert werden?
- Wie können Netzwerke multiperspektivisch ausgerichtet werden? Welche Art von Kooperation vorhandener Netzwerke ist sinnvoll? Werden neue Netzwerke benötigt? Wenn ja, welche?

Abbildung 26:
Arbeitsgruppe auf dem 3. Fachdialog



Foto: Ernst Fessler

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **20 Institutionen** aus dem ambulanten und (teil-)stationären Leistungsbereich, Krankenkassen, Beratungsstellen und Interessenverbände beteiligt (alphabetische Reihenfolge):

- Ärztekammer Berlin, AOK Nordost, Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., BIG direkt gesund, BKK Landesverband Mitte, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V, compass private pflegeberatung GmbH, Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Home Care Berlin e. V., Hospiz- und Palliativverband Berlin e. V., Landessenorenbeirat, Landesverband Geriatrie Berlin, Paul Gerhardt Diakonie (Hospiz, Evangelisches Krankenhaus Hubertus, Pflgewohnhaus am Waldkrankenhaus),

Sozialdienste der Volkssolidarität Berlin gGmbH, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof GmbH, vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg, Vitanas GmbH & Co. KGaA., Zentrale Anlaufstelle Hospiz / Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie / UNIONHILFSWERK / Fachgesellschaft Palliative Geriatrie.

Die Auswertung der Antworten ergab, **über die Schwerpunktsetzung für den geplanten Fachdialog hinaus**, eine Vielzahl von Erkenntnissen und Anregungen:

- Die Bedürfnisse von sterbenden Menschen sind vorrangig.
- Pflegende Angehörige spielen bei der ambulanten Versorgung am Lebensende eine wichtige Rolle.
- Ausbau / Stärkung / Weiterentwicklung von bestehenden Strukturen stehen vor dem „Ruf nach Neuem“; Ausbau aufsuchender Beratung
- Es braucht ein abgestuftes, abgestimmtes Beratungssystem (allgemeine und spezialisierte Beratung).
- Beratungen sind vornehmlich durch Personen zu realisieren, denen hochaltrige Menschen vertrauen, z. B. der eigene Hausarzt, ein Pflegedienstmitarbeiter etc.
- Ausbau Beratung im Kontext gesundheitlicher Versorgungsplanung bei Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen in Verbindung mit der Notfallplanung
- Ausbau der Beratungsprozesse im Krankenhaus mit gleichzeitiger Kommunikation an die weiterbehandelnden Akteure; Modellkooperation mit Pflegestützpunkten
- Sensibilisierung im Krankenhaus für das Thema Palliativ und Geriatrie fachübergreifend
- Grundsätzlich Klärung der Voraussetzungen, Qualitätskriterien, Qualitätssicherung und strukturelle Einbindung der Beratung, Abkehr von der eher zufälligen Beratung hin zu einer koordinierten, abgestimmten, individuellen Beratung
- Notwendigkeit einer Kampagne zu Fragen des Altern (Normalität von degenerativen Erscheinungen)
- Stärkung der Aktivitäten niedergelassener Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Palliativversorgung durch das Erreichen einer höheren Attraktivität der APV-Versorgung, inklusive Bereitschaft und Durchführung der 24 Stunden Erreichbarkeit und Durchführung von Hausbesuchen, über höhere Bezahlung gekoppelt an besondere Qualitätsanforderungen/ Leistungsbeschreibungen, der Aufbau zusätzlicher AAPV – Teams (Ärztenschaft, Pflege, Sozialarbeit) gegebenenfalls angebunden an SAPV-Dienste, die Zulassung von mehr SAPV-Ärzten (für Unterstützung von Pflegeheimen), eine verpflichtende Basisqualifikation für Hausärztinnen und Hausärzte (angelehnt an SAPV Basisqualifikation), ein regelhafter kollegialer Austausch
- Um unnötige Behandlungen oder Notfallverlegungen ins Krankenhaus zu vermeiden, ist an allen Aufenthaltsorten sterbender hochaltriger Menschen, ein angemessenes Agieren in Krisensituationen bzw. eine passende Notfallversorgung zu sichern. Dazu gehören die Gewährleistung einer entsprechenden Beratung, Vorsorgeplanung, -verfügungen, -absprachen mit allen Beteiligten, praktikable Kommunikationsinstrumente (bspw. Notfallbogen) und eine gesicherte Erreichbarkeit einer Ärztin bzw. eines Arztes, möglichst mit näheren Kenntnissen zum Fall.

Einzelne Befragte beschrieben ein oder mehrere konkrete Ansätze, Projekte, Ideen, wie:

- die Etablierung von Palliative Care Teams/-Einheiten in den Krankenhäusern
- ein Modellprojekt zur gesundheitlichen Versorgungsplanung in Pflegeheimen
- die Bildung von palliativgeriatrischen Konsiliardiensten
- die Bildung von ambulanten Palliativteams im Sinne AAPV a la Westphalen-Lippe
- die regelhafte Bildung von SAPV-Teams aus Pflege, Ärzteschaft und Sonstigen
- die Verzahnung des Curriculums Palliative Praxis (40h) mit der Zusatzqualifikation Palliative Care (160h)
- die Bildung regionaler hausärztliche Kooperationsverbände
- die Einrichtung einer Jobbörse für spezialisierte Palliativkräfte
- die Einführung eines Qualitätszuschlag für ambulante Palliativdienste

- die Errichtung von Tageshospizen für hochaltrige Menschen
- die Bildung von palliativmedizinischen Institutsambulanzen
- die Beseitigung der restriktiven Versorgungsmöglichkeiten Hochaltriger über die ASV nach § 116b SGB V (BKG).

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse insbesondere des Fachdialoges vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“.

3.5.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Ein wesentliches Element der Beratung ist die Sicherstellung der notwendigen **Transparenz** über die bestehenden Versorgungselemente in Verbindung mit der Kenntnis über die Rahmenvorgaben in den einzelnen Sektoren.¹¹

Ziel 1 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z1)

Transparenz der Beratungsstellen erreichen

Eine unabhängige aber auch zielgerichtete Beratung muss Betroffenen und Angehörigen über die vielfältigen Möglichkeiten und Angebote informieren und bei Bedarf auch die entsprechenden Kontakte herstellen. Im Sinne der Ratsuchenden ist auf eine stärkere **Vernetzung der Beratungsangebote** zu fokussieren. Um das Interesse stärker zu befördern, ist eine gemeinsame **Öffentlichkeitsoffensive** für die vorhandenen Pflegestützpunkte in Verbindung mit den bestehenden Beratungsangeboten in die Wege zu leiten.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Öffentlichkeitsoffensive der vorhandenen Beratungsstellen wie z. B. Pflegestützpunkte

Ziel 2 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z2)

Information, Beratung und Betreuung durch die Bezirksamter stärken und erweitern

Frühzeitiges Kümern wird gerade beim Thema Lebensende versäumt. Wichtig ist daher, dass im Bedarfs- und Notfall bekannte Personen und Strukturen schnell zu den spezialisierten Ansprechpartnerinnen und -partnern übermitteln können. Hier rückt die Hausärztin bzw. der Hausarzt in den Blickpunkt. Auch Veröffentlichungen in regionalen Wochen- und Abendblättern sind ein sinnvolles Mittel, um auf entsprechende Informationsveranstaltungen, z. B. der Pflegestützpunkte, der Kontaktstellen PflegeEngagement oder der Bezirksamter, hinzuweisen.

Ein gutes Modell stellen die Veranstaltungsinserate der Polizei zu Sicherheitsfragen dar. Eine weitere Idee ist, dass die Krankenkassen allen älteren Versicherten wichtige Informationen zu den Themen Alter, Pflege und Sterben zukommen zu lassen. Auch hier gibt es Beispiele guter Praxis: die Elternbriefe vom Arbeitskreis Neue Erziehung e. V. oder die Versichertenanschreiben gesetzlicher Krankenkassen zu Themen wie Vorsorge und Früherkennung.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Auf- bzw. Ausbau von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern

¹¹ Die Beratungspraxis offenbart, dass durch die Vorgaben des Datenschutzes Hemmnisse auftreten. Beispielsweise dürfen Beraterinnen und Berater nicht direkt zu Betroffenen Kontakt aufnehmen, auch wenn es dafür wichtige Gründe geben kann.

Ziel 3 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z3)

Kooperation der vorhandenen Beratungsstellen stärken

Beim Thema Vernetzung standen Fragen in Bezug auf Größe bzw. Einzugsbereich, Selbstverständnis (Kooperationsverbund, -team) sowie Art der Spezialisierung (Palliativversorgung, Langzeit- bzw. geriatrisch-gerontopsychiatrische Versorgung, hochaltrige Menschen, alle Sterbende etc.) im Raum. Deutlich wurde, dass es eine bessere Verzahnung von bestehenden Netzwerken braucht und Verantwortlichkeiten geklärt werden müssen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Vernetzung von Beratungsangeboten

Ziel 4 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z4)

Hausärztinnen und Hausärzte einbeziehen

In der Diskussion wurde hervorgehoben, dass sowohl bei der Umsetzung der Maßnahmen als auch der genannten Ziele die **Zusammenarbeit** mit den **Hausärztinnen und Hausärzten** unabdingbar ist.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Kompetenzen erweitern, Kooperationen ausbauen, sensibilisieren

Ziel 5 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z5)

Kapazitäten für Beratung ausbauen

Mit dem Ziel, den Versicherten, den Betroffenen, den Angehörigen und auch den Versorgern eine adäquate Beratungsvielfalt anbieten zu können, wird ein **zentrales Beratungstelefon** mit Lotsenfunktion vorgeschlagen. Durch diese Bündelung der Kompetenzen und Erfahrungen ist die Erwartung verbunden, die Interessen und die Anforderungen an eine hochwertige und qualifizierte Beratung besser umsetzen zu können.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Zentrales Beratungstelefon

Ziel 6 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z6)

Qualifikation der Beraterinnen und Berater verbessern

Zugleich sind die **Qualifikationen** und Kompetenzen der **Beraterinnen und Berater** fortwährend zu verbessern, bspw. durch Schulungen zu relevanten Themen. Ein Beispiel: Hochaltrige Menschen scheinen häufig für eine Patientenverfügung Vordrucke zu verwenden, die durch Ankreuzen auszufüllen sind. Vertiefende Gespräche mit qualifizierten Fachkräften und frei formulierte Willenserklärungen sind eher selten. Das ist ein konkreter Ansatzpunkt für die Beratung.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Erweiterung Schulungsangebot über die AOK Pflege Akademie

Ziel 7 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z7)

Regionale Palliativnetzwerke stärken

Im Rahmen des Dialogprozesses 80^{plus} haben sich die Expertinnen und Experten für eine **Stärkung der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke** ausgesprochen. Eine multiperspektivische, sektorenübergreifende

de Ausrichtung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen orientiert, sollte gefördert werden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Berlinweit/trägerunabhängige regionale Koordinierungsstellen Palliativ/Hospiz

Ziel 8 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z8)

Transparenz zu Netzwerken und Angeboten schaffen

Gefordert wird eine Koordinierungsstelle Hospiz/Palliativ, die berlinweit und trägerunabhängig über bestehende Netzwerke, Versorgungsangebote und Ansprechpartner bzw. informiert. Die **Transparenz** soll mit einer virtuellen Landkarte, in der Akteure und Institutionen in den Bezirken verzeichnet sind, erhöht werden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Digitale Landkarte der Netzwerke und Versorgungsangebote

Ziel 9 im Handlungsfeld 5 (HF5_Z9)

Niedrigschwelligen Zugang zu Versorgungsangeboten sichern

Um den Zugang zur Hospiz- und Palliativversorgung und die Übergänge zwischen den Versorgungsformen im Sinne der Patientinnen und Patienten zu gestalten, sollten in allen Krankenhäusern **Palliativ Care-Beauftragte** etabliert werden.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Palliativ-Care Beauftragte in Krankenhäusern

Das Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“ wurde repräsentiert von:

- Frau Rebecca Zeljar, Verband der Ersatzkassen e. V., Landesvertretung Berlin-Brandenburg (externe Handlungsfeld-Sprecherin) und
- Frau Katharina Lücke, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interne Handlungsfeld-Sprecherin).

Lesehilfe Ziele-Matrix


















Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 5 „Versorgung am Lebensende“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.5.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 8). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.5.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

Tabelle 8 (Teil 1 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 5

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|--|---|---|------------|--|
| Ziel 1 (HF5_Z1) | Transparenz der Beratungsstellen erreichen  | Öffentlichkeitsoffensive der vorhandenen Beratungsstellen wie z.B. Pflegestützpunkte       | Betroffene und Angehörige, Nahestehende | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter, Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Pflegestützpunkte und Home Care | Pflegekassen, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Ggf. 80plus-Projektmittel) und Sondermittel | 2017 | Aktionen im Rahmen der Woche der Pflegenden Angehörigen, Faltblatt |
| Ziel 2 (HF5_Z2) | Information, Beratung und Betreuung durch die Bezirksämter stärken und erweitern  | Auf- bzw. Ausbau von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern | Betroffene und Angehörige, Nahestehende | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter (Gesundheitsämter/ÖGD) und Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz und Pflegestützpunkte | Bezirksämter | 2018 | Festlegung von Zuständigkeiten des speziellen Beratungsauftrages und Schulung der Mitarbeitenden |
| Ziel 3 (HF5_Z3) | Kooperation der vorhandenen Beratungsstellen stärken          | Vernetzung von Beratungsangeboten | Trägerorganisationen der Beratungsangebote | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter, Kassenärztlicher Vereinigung und Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz | Trägerorganisationen der Beratungsangebote | 2018 | Regelmäßiger Austausch / regelmäßige Treffen |

Fortsetzung Tabelle 8 (Teil 2 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 5

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|---|---|---|--|------------|---|
| Ziel 4 (HF5_Z4) | Hausärztinnen und Hausärzte einbeziehen ●●●●● ●●●●● | Kompetenzen erweitern, Kooperationen ausbauen, sensibilisieren | Hausärztinnen und Hausärzte | <u>Hausärzteverband</u> , Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztekammer Berlin | Hausärzteverband | 2017 | Berichterstattung an die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales |
| Ziel 5 (HF5_Z5) | Kapazitäten für Beratung ausbauen | Zentrales Beratungstelefon ●●●●● ●●● | Betroffene und Angehörige, Nahestehende | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter, Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Pflegestützpunkte und Home Care | Pflegekassen, Senatsverwaltung für Gesundheit (Ggf. 80plus-Projektmittel) und Sondermittel | 2018 | Zentrale Hotline |
| Ziel 6 (HF5_Z6) | Qualifikation der Beraterinnen und Berater verbessern ●●●●● | Erweiterung Schulungsangebot über die AOK Pflege Akademie ●● | Beraterinnen und Berater | <u>AOK Nordost</u> , Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz | AOK Nordost | 2017 | Durchgeführte Schulungen |

Fortsetzung Tabelle 8 (Teil 3 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 5

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|--|---|--|--|------------|--|
| Ziel 7 (HF5_Z7) | Regionale Palliativnetzwerke stärken | Berlinweit/trägerunabhängige regionale Koordinierungsstellen Palliativ/Hospiz ●●●●● ●● | Regionale Palliativnetzwerke | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter, Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Pflegestützpunkte und Home Care | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Ggf. 80plus-Projektmittel) | 2018 | Übersicht zu regionalen Palliativnetzwerken zur Erarbeitung der digitalen Landkarte; Instrumente/Arbeits-hilfen für Palliativnetzwerke |
| Ziel 8 (HF5_Z8) | Transparenz zu Netzwerken und Angeboten schaffen | Digitale Landkarte der Netzwerke und Versorgungsangebote ●●●●● ●●●●● ● | Betroffene und Angehörige, Nahestehende, Regionale Palliativnetzwerke, Trägerorganisationen der Beratungsangebote | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Bezirksämter, Fachstellen wie z.B. Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Pflegestützpunkte und Home Care | Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Ggf. 80plus-Projektmittel) | 2018 | Digitale Landkarte |
| Ziel 9 (HF5_Z9) | Niedrigschwelligen Zugang zu Versorgungsangeboten sichern | Palliativ-Care Beauftragte in Krankenhäusern ●●●●● ●●●●● ●●●●● ●●●●● | Krankenhäuser | <u>Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales</u> , Berliner Krankenhausgesellschaft | Krankenhäuser | 2020 | Zahl der Palliativ-Care Beauftragten, Berichterstattung Berliner Krankenhausgesellschaft an Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales |



3.6 Aus-, Fort- und Weiterbildung (Handlungsfeld 6)

3.6.1 Thematische Eingrenzung

Mit der demografischen Entwicklung steigen die Anforderungen an das Gesundheitswesen. Insbesondere bei geriatrischen Patientinnen und Patienten, die sich durch langwierige Pflege- und Versorgungssituationen auszeichnen, ist die Einbindung multiprofessioneller Teams und eine bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Leistungen, Akteuren und Kostenträgern höchst bedeutsam. Dafür braucht es seitens der relevanten Fachkräfte ein umfassendes Wissen, u. a. aus den Bereichen Medizin, Pflegewissenschaften, Gerontologie und Pädagogik.

Das Aus-, Fort- und Weiterbildungsgeschehen unterscheidet sich im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich deutlich voneinander. Bei Ärztinnen und Ärzten ist die universitäre Ausbildung bundeseinheitlich geregelt (vgl. Approbationsordnung, Bundesärzteordnung). Die Weiterbildung und die Anerkennung als Fachärztin bzw. Facharzt unterliegen den Kammer- bzw. Heilberufsgesetzen der Länder und den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern.

In Berlin wurde 2010 durch eine Änderung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer die Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatrie“ eingeführt (vgl. Ärztekammer Berlin 2010: S. 19). Bislang ist diese Spezialisierung nicht niederlassungsfähig. Eine entsprechende Arztgruppe ist in der aktuellen Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) nicht vorgesehen. Für Fachärztinnen und Fachärzte einer niederlassungsfähigen Arztgruppe besteht die Möglichkeit, eine Zusatz-Weiterbildung Geriatrie zu absolvieren (vgl. Ärztekammer Berlin 2014).

In den Pflegeberufen ist eine neue generalistische berufliche Ausbildung mit einem einheitlichen Berufsabschluss geplant (vgl. BMG 2016). Das Ziel ist, die bisher eigenständigen Ausbildungen in der Altenpflege, in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zusammenzuführen, um den sich verändernden Anforderungen an die pflegerische Versorgung der Bevölkerung Rechnung zu tragen.

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

PRAXISBEISPIEL In einer vollstationären Berliner Pflegeeinrichtung absolvieren aktuell 10 Personen ihre Ausbildung. Darunter sind sieben in der Erstausbildung und drei in der Umschulung. Bei einer Kapazität von 85 Plätzen bildet die Einrichtung über ihren eigenen Bedarf hinaus aus. Die Auszubildenden sind verpflichtet, an den hausinternen Fortbildungsreihen, u. a. zu den Themen Delir, Morbus Parkinson, Zahngesundheit und Polypharmazie, teilzunehmen. Wenn nötig werden die Auszubildenden dafür von den Schulen freigestellt. Die Einrichtung achtet darauf, dass die Auszubildenden in der täglichen Arbeit nicht überfordert werden. Schon heute arbeiten dort mehr weitergebildete Fachkräfte als gefordert. Das wirkt sich positiv auf die Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner sowie das Betriebsklima aus.

3.6.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 6 „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ wurde im April 2016 auf dem 3. Fachdialog diskutiert. Es gab drei Arbeitsgruppen, die sich mit den Berufsgruppen (1) Ärztinnen und Ärzte (2) Pflegekräfte sowie (3) Therapeutinnen und Therapeuten auseinandersetzten. Folgende Fragenstellungen lagen der Diskussion zugrunde:

- Wo werden Verbesserungsbedarfe und -möglichkeiten hinsichtlich der Einbeziehung geriatrischer Inhalte in die Weiterbildung gesehen?
- Für welche Zielgruppe sollen die Angebote erstellt werden, und wie kann die Ausbildung verändert werden?
- Welche speziellen Kompetenzen werden für die spezielle Zielgruppe der Hochaltrigen benötigt, und wie kann die Umsetzung erfolgen?

An der im Vorfeld durchgeführten **Fragebogenaktion** haben sich **11 Institutionen** aus dem (teil-)stationären Leistungsbereich, Bildungsträger, Forschungseinrichtungen und Interessenverbände beteiligt (alphabetische Reihenfolge):

- Ärztekammer Berlin, Akademie der Gesundheit Berlin/Brandenburg e. V., Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., Charité Universitätsmedizin Berlin (zwei Abteilungen), Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Landespflegerat Berlin Brandenburg, Landesverband Geriatrie Berlin, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH.

Abbildung 27:
Arbeitsgruppe auf dem 3. Fachdialog



Foto: Ernst Fessler

Nachfolgend werden die gebündelten Ergebnisse der Fragebogenaktion, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt. Das geschieht entlang von konkreten Zielen und geplanten Maßnahmen für das Handlungsfeld 6 „Aus-, Fort- und Weiterbildung“.

3.6.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Ziel 1 im Handlungsfeld 6 (HF6_Z1)

Aufnahme der Fachärztin bzw. des Facharztes Innere Medizin und Geriatrie in die Musterweiterbildungsordnung des Bundes

Die Weiterentwicklung der geriatrischen Kompetenz muss im ärztlichen Bereich den unterschiedlichen Phasen der Aus-, Fort- und Weiterbildung angepasst werden. Die Ausbildung liegt in der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers. Hier sind breite fachübergreifende Inhalte in der Approbationsordnung notwendig. Für die Weiterbildung ergibt sich die Notwendigkeit der Einführung der Fachärztin und des Facharztes Innere Medizin und Geriatrie in allen Ärztekammern (bisher erst drei).

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Input durch Fachgesellschaften und Verbände

Ziel 2 im Handlungsfeld 6 (HF6_Z2)

Etablierung einer standardisierten einheitlichen Weiterbildung, als Voraussetzung zur Abrechnung definierter ambulanter Leistungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM]); etwa 10 % der Hausärztinnen und Hausärzte sollten mindestens nach dem Curriculum „Geriatrische Versorgung“ der Bundesärztekammer qualifiziert werden

ACHTUNG: Überschneidung zu Handlungsfeld 2

Für die Verbesserung geriatrischer Kompetenz im vertragsärztlichen Sektor ist eine Qualifizierung von etwa 10 % der Hausärztinnen und Hausärzte nach dem Curriculum „Geriatrische Versorgung“ der Bundesärztekammer zu fordern, wie auch fachgeriatrische EBM-Ziffern für die fachgeriatrische Tätigkeit. Dies schließt auch Bedarfsplanung und Qualitätssicherung mit ein.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Schaffung entsprechender EBM-Ziffern, die eine definierte Qualifikation zur Voraussetzung haben, im Rahmen eines abgestuften Modells (Ärztinnen und Ärzte ohne geriatrische Weiterbildung/mit definierter Weiterbildung/Schwerpunktgeriaterinnen und -geriater)

Ziel 3 im Handlungsfeld 6 (HF6_Z3)

Landesweite Qualifizierung der Pflege und Therapie durch eine staatlich anerkannte geriatrische Fachweiterbildung

Von Seiten der Pflegeberufe wird eine strukturierte Weiterbildung (fakultatives Studium) gefordert, um die Qualität der Versorgung zielgruppenorientiert optimieren zu können. In der Folge soll der pflegerische Handlungsrahmen einschließlich einer Behandlungsentscheidungskompetenz eine deutliche Aufwertung erfahren.

Auf dem Fachdialog regten die Therapeutinnen und Therapeuten eine standardisierte Basisqualifikation im Rahmen der Ausbildung an. Ein Pflichtmodul „Geriatrie“ könnte auch eine interdisziplinäre Ausbildung voranbringen. Gefordert sind hier die Senatsverwaltung (Rahmenkompetenz) und die jeweiligen Schulen. Eine spezielle Geriatrie-Fachweiterbildung mit staatlicher Anerkennung für Therapeutinnen und Therapeuten böte eine adäquate Qualifikation für die zukünftige Versorgung. Um die Sicherstellung von qualifiziertem Nachwuchs zu fördern, sollte eine schulgeldfreie Ausbildung verstärkt in Erwägung gezogen werden.

Auch veränderte Personalbemessungsverfahren sowie eine höhere Fachkraftquote für Weitergebildete in der stationären Behandlung werden gefordert, um die Versorgungsqualität auf Dauer zu verbessern. Die

Zuständigkeit für die notwendigen Anpassungen sowie für eine mögliche Änderung der Ausbildungsfinanzierung liegt beim Gesetzgeber.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) *ggf. Anpassung des Weiterbildungsgesetzes 1995*

(2) *Entwicklung einer Geriatrie-Basisweiterbildung für Pflege und Therapie (interdisziplinär)*

(3) *Darauf aufbauend Entwicklung einer Geriatrie-Fachweiterbildung jeweils für Pflege und Therapie*

Ziel 4 im Handlungsfeld 6 (HF6_Z4)

Qualität, Patientensicherheit, Sicherstellung Refinanzierung

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

Kurzbeschreibung der Maßnahme

Gesetzlich geregelte Personalbemessung für verantwortliche Stellen im geriatrischen Bereich

Das Handlungsfeld 6 „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ wurde repräsentiert von:

- Herrn Prof. Dr. med. Michael N. Berliner, Ärztekammer Berlin und Helios Klinikum Berlin-Buch (externer Handlungsfeld-Sprecher) und
- Herrn Korkmaz Özman, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (interner Handlungsfeld-Sprecher).

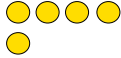
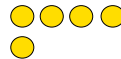
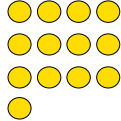
Lesehilfe Ziele-Matrix

Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 6 „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.6.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 9). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen. In einigen Feldern fehlen Informationen. Dafür wird das übliche Zeichen ‚...‘ für „die Angabe fällt später an“ verwendet.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.6.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen

Tabelle 9 (Teil 1 von 3):
Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 6

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|--|--------------------------------------|--|--|------------|---|
| Ziel 1 (HF6_Z1) | Aufnahme der Fachärztin bzw. des Facharztes "Innere Medizin und Geriatrie" in die Musterweiterbildungsordnung des Bundes  | Input durch Fachgesellschaften und Verbände | Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung | Bundesärztekammer | entfällt, da satzungsgemäße Aufgabe | Zwei Jahre | Eine entsprechende Spezialisierung ist etabliert. |
| Ziel 2 (HF6_Z2) | Etablierung einer standardisierten einheitlichen Weiterbildung, als Voraussetzung zur Abrechnung definierter ambulanter Leistungen (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM]); etwa 10% der Hausärztinnen und Hausärzte sollten mindestens nach dem Curriculum „Geriatrische Versorgung“ der Bundesärztekammer qualifiziert werden (ACHTUNG: Überschneidung zu HF 2)  | Schaffung entsprechender EBM Ziffern, die eine definierte Qualifikation zur Voraussetzung haben, im Rahmen eines abgestuften Modells (Ärztinnen und Ärzte ohne geriatrische Weiterbildung/mit definierter Weiterbildung/Schwerpunktgeriaterinnen und -geriater)  | Vertragsärztinnen und Vertragsärzte | Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung | EBM der vertragsärztlichen Honorierung | 12 Monate | Ein spezifisches EBM-Kapitel ist etabliert. |

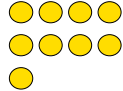
Fortsetzung Tabelle 9 (Teil 2 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 6

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|---|---|--------------------------|------------|---|
| Ziel 3 (HF6_Z3) | Landesweite Qualifizierung der Pflege und Therapie durch eine staatlich anerkannte geriatrische Fachweiterbildung ● | (1) ggf. Anpassung des Weiterbildungsgesetzes 1995 (2) Entwicklung einer Geriatrie-Basisweiterbildung für Pflege und Therapie (interdisziplinär) (3) Darauf aufbauend Entwicklung einer Geriatrie-Fachweiterbildung jeweils für Pflege und Therapie ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● | Fachkräfte der Pflege- und Therapieberufe | Landesgesetzgeber, Konzeptionelle Erarbeitung durch Fachexperten (DBfK, Bundesverband Geriatrie), Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Verbandsvertreter von Pflege und Therapie sowie Bundesverband Geriatrie | ... | 2017-2019 | Eine entsprechende Weiterbildung ist entwickelt und an Bildungsinstituten im Land Berlin flächen-deckend etabliert. |

Fortsetzung Tabelle 9 (Teil 3 von 3):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 6

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter Federführung von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|---------------------------------|--|--------------------------|------------|--|
| Ziel 4 (HF6_Z4) | Qualität, Patientensicherheit, Sicherstellung Refinanzierung | Gesetzlich geregelte Personalbemessung für verantwortliche Stellen im geriatrischen Bereich  | Arbeitgeber im Gesundheitswesen | Gesetzgeber | ... | 2017-2019 | Mindestpersonalbemessung für weitergebildete Fachpersonen für den geriatrischen Bereich ist festgeschrieben. Stellenausschreibungen mit dem Anforderungsprofil steigen signifikant an. Die Zahl der Arbeitgeber, die für die Teilnahme an der Weiterbildungsmaßnahme freistellen und Kosten übernehmen, steigt an. |



3.7 Selbstbestimmung und Teilhabe (Handlungsfeld 7)

3.7.1 Thematische Eingrenzung

Hochaltrige Menschen sind oft noch sehr aktiv und nehmen nicht selten noch rege am sozialen Leben teil (vgl. Generali Zukunftsfonds 2014). Aber je älter Menschen werden, umso kleiner kann, etwa

durch den Verlust von Kontaktpersonen oder durch gesundheitliche Einschränkungen, ihr Mobilitätsradius werden. Das direkte Wohnumfeld, der Kiez, die Nachbarschaft und wohnortnahe Hilfen gewinnen dann an Bedeutung für die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft wie bspw. spazieren gehen, Veranstaltungen besuchen, Kontakte pflegen oder schlicht den Einkauf bewältigen.

Will man die Teilhabemöglichkeiten für alte Menschen verbessern, gilt es vor allem, die älteren Menschen in den Fokus zuzunehmen, die in ihrer privaten Lebensführung zurückgezogen leben und wenig in lokale Beziehungsnetze eingebunden sind. Sie brauchen die Informationen, die Angebote und die Unterstützung der Nachbarschaft oder der Altenhilfe in besonderem Maße.

Der Dialogprozess 80^{plus} hatte im Handlungsfeld 7 „Selbstbestimmung und Teilhabe“ das Ziel, Impulse zur stärkeren Vernetzung vorhandener Angebote mit der sozialräumlichen Infrastruktur und Dienstleistungsanbietern zur Förderung von Selbsthilfe, Familien- und Nachbarschaftshilfe sowie sozialem Ehrenamt zu geben.

PRAXISBEISPIEL *Frau Konrad ist 80 Jahre alt und hat viele ihrer Bekannten und Verwandten schon verloren. Das hat zu einem Rückzug in ihre Wohnung geführt, in der sie versucht, möglichst viel alleine zu erledigen. Das gelingt ihr zunehmend weniger. Von einem Nachbarn erfährt sie von einem Besuchsdienst, bei dem sie sich anmeldet. Nach kurzer Zeit wird sie von Frau Jordan besucht. Die erkennt schnell, dass die ältere Dame weitere Hilfe benötigt. Frau Konrads Einschränkungen beim Sehen führen bspw. dazu, dass ihr die Reinigung der Wohnung schwer fällt. Frau Jordan stimmt sich mit der Koordinatorin des Besuchsdienstes ab, an wen Frau Konrad vermittelt werden kann, um ihre Situation zu verbessern.*

3.7.2 Dialogprozess: Diskutierte Fragen und Beteiligte

Das Handlungsfeld 7 wählte, im Gegensatz zu allen anderen Handlungsfeldern, einen **beteiligungorientierten Ansatz**. Im Rahmen mehrerer Treffen haben sich zahlreiche Akteure aus Selbsthilfeorganisationen, Interessenvertretungen sowie der Bezirks- und Landesebene mit dem Thema „Selbstbestimmung und Teilhabe“ auseinandergesetzt. Dazu zählten im Einzelnen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Alexianer St. Hedwig-Krankenhaus, Alzheimer-Gesellschaft Berlin e. V., Berliner Krankenhausgesellschaft e. V., Bezirksamt Pankow, Caritasverband für das Erzbistum Berlin e. V., Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Berliner Rotes Kreuz e. V., Diakoniewerk Simeon gGmbH, DorfwerkStadt e. V., DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH Mobilitätshilfedienst Friedrichshain-Kreuzberg, Fraktion Bündnis 90/Die Grünen im Abgeordnetenhaus von Berlin, Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e. V., Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Humanistischer Verband LV Berlin e. V. Mobilitätshilfedienst Mitte, Institut für Gerontologische Forschung e. V., Johanniter-Unfallhilfe e. V. Mobilitätshilfedienst Tempelhof-Schöneberg, Kompetenzzentrum Pflegeunterstützung, Kontaktstelle PflegeEngagement Charlottenburg-Wilmersdorf, Kontaktstelle PflegeEngagement Tempelhof-Schöneberg, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V., Qualitätsverbund Netzwerk im Alter Pankow e. V. – QVNIA e. V., Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, SeniorInnenvertretung Mitte von Berlin, Verband für sozial-kulturelle Arbeit e. V.

Sie haben gemeinsam für den 2. Fachdialog im Februar 2016 bei diesem zu diskutierende Themenschwerpunkte entwickelt:

- Der Einsamkeit vorbeugen – Wie erreicht man besonders vereinsamte Hochbetagte? Die Rolle aufsuchender Dienste und Sozialkommissionen
- Mobilität ist die Voraussetzung für Teilhabe: Verbesserung der Besuchs-, Begleit- und Mobilitätshilfendienste
- Wie kann man alltagsnahe Unterstützungsnetzwerke im Wohnumfeld aufbauen?

Abbildung 28:
Teilnehmende des 2. Fachdialoges



Foto: Agentur elsweyer+hoffmann

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Beteiligungsphase, des Fachdialoges und weiterer Treffen der im Handlungsfeld Mitwirkenden vorgestellt.

3.7.3 Darstellung der Ziele und Maßnahmen

Die sozialrechtlichen Grundlagen für die Entwicklung kommunaler Altenhilfestrukturen bilden u. a. der „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“ (vgl. § 14 SGB XII), der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (vgl. § 3 SGB XI, § 13 SGB XII), „Beratung und Unterstützung, Aktivierung“ (vgl. § 11 SGB XII) sowie die Hilfen in anderen Lebenslagen (vgl. §§ 70 bis 74 SGB XII). Die „Altenhilfe“ nach § 71 SGB XII ist darunter von besonderer Bedeutung. Sie „[...] soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen“ (ebd.). Damit sollen sozialer Isolation, Rückzugstendenzen und Ausgliederung älterer Menschen entgegen gewirkt werden. Die Aufgaben nach § 71 SGB XII stehen in enger Verbindung mit der kommunalen Aufgabe der sozialen Daseinsvorsorge nach Art. 28 Abs. 2 GG. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklungen brauchen die Berliner Bezirke einen klaren gesetzlichen Auftrag zur Gestaltung der kommunalen Senioren- (und Pflegepolitik). Nur so können verschiedenen Infrastrukturangebote und Maßnahmen entwickelt sowie individuelle Hilfen für Menschen im (hohen) Alter bereitgestellt werden.

Ziel 1 (HF7_Z1)

Teilhabe ermöglichen und fördern: Ansprache und Aktivierung von hochaltrigen Menschen in ihrer Häuslichkeit

Ältere Menschen, die ihre Wohnung nur noch selten verlassen und zurückgezogen leben, nutzen kaum die Angebote der Altenhilfe und sind durch klassische Informationen (Broschüren, Informationsblätter) auch schwer zu erreichen. Will man für sie Unterstützung für mehr Teilhabe anbieten, sind besondere aufsuchende Hilfen notwendig. Dafür muss mit „Fingerspitzengefühl“ das Misstrauen gegen „Fremdbesuche“ überwunden werden.

In Berlin gibt es eine Vielzahl von Angeboten: Stadtteilzentren, Pflegestützpunkte, Betreuungsangebote und Selbsthilfzentren, die sich als generationenübergreifende Orte gelebter Nachbarschaft verstehen. Seniorenfreizeitstätten bieten aktivierende Angebote, und es gibt eine breit gefächerte Beratungsinfrastruktur. Oftmals fehlt aber das Wissen darüber, gerade auch bei denjenigen, die sie besonders brauchen. Das ist zum Teil auf Kooperationsdefizite zwischen Wohlfahrtseinrichtungen, niedrigschwelligen Angeboten und freien Trägern in den Stadtteilen zurück zu führen. Um diese Defizite auszugleichen und die Aktivierung von vereinsamten Hochbetagten zu ermöglichen, wird eine bessere Vernetzung der aufsuchenden Dienste und ehrenamtlichen Strukturen im Wohnumfeld diskutiert, mit denen persönliche und verlässliche Kontakte für eine Ansprache auf Augenhöhe möglich wird.

Beispiele Guter Praxis sind „Präventive Hausbesuche“, praktiziert bspw. in München, Kassel sowie an drei Modellstandorten im Land Baden-Württemberg oder die „Gemeindeschwesterplus“, ein Modellprojekt des Landes Rheinland-Pfalz.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

- (1) *Stärkung der aufsuchenden sozialen Arbeit für Hochaltrige*
- (2) *Mobilisierung von „jüngeren“ Ehrenamtlichen für die offene aufsuchende Altenarbeit*
- (3) *Erhöhung der Zahl Engagierter mit Migrationshintergrund in den Sozialkommissionen*
- (4) *Bedarfsgerechte Informationsmaterialien für Seniorinnen und Senioren ermöglichen einen transparenten Überblick und erleichtern den Zugang zu Versorgungs- und Hilfsangeboten.*

Ziel 2 (HF7_Z2)

In Berlin sind Mobilitätshindernisse abgebaut. Für hochaltrige Menschen stehen zielgenaue und bedarfsgerechte Angebote von Mobilitätshilfen zur Verfügung.

Mobilität ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Teilhabe am sozialen Leben. Daher ist der Abbau von Mobilitätshindernissen ein zentrales Anliegen für die Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung. Hilfreich sind Gelegenheitsstrukturen im öffentlichen Raum. Dazu gehören barrierefrei öffentlich zugängliche Orte, an denen ein Aufenthalt ohne Diskriminierung und finanzielle Überforderung möglich ist, z. B. Treffpunkte, günstige Bäckereien, Cafés und Kiezkantinen.

Sitzgelegenheiten im öffentlichen Raum können eine niedrigschwellige Gelegenheit zum Austausch und zur Kontaktaufnahme bieten. Aber auch Grünflächen mit aktivierenden Angeboten motivieren zum Aufenthalt. Beleuchtete Wege vermitteln alten Menschen Sicherheit. Bänke sowie öffentliche Toiletten entlang der für Ältere wichtigen Wege, erleichtern die Bewegung durch das Quartier.

Hochbetagte Menschen mit Mobilitätseinschränkungen benötigen flexible, verlässliche und bezahlbare Mobilitätshilfe- und Begleitsdienste. Sie sind entscheidende Voraussetzung, müssen aber eng mit den Bedürfnissen der alten Menschen korrespondieren. Bislang unterliegen Fahrdienste, Begleit- und Besuch-

sangebote bestimmten Zugangsvoraussetzungen und sind nicht per se für ältere Menschen verfügbar. Hier wird eine Flexibilisierung gewünscht.

Förderung und Flexibilisierung der Mobilitätshilfen brauchen eine zentrale Koordinierung im Bezirk und ein gut ausgebautes Unterstützungsnetzwerk. Abstimmungen dazu können über „Runde Tische“ der beteiligten Akteure möglich gemacht werden. Hilfreich zur Verbesserung der Mobilität von Hochbetagten sind auch ergänzende Angebote zur Prävention von Stürzen. Es besteht die Notwendigkeit, die Angebote regelmäßig zu überprüfen und den sich verändernden qualitativen und quantitativen Bedarfen anzupassen. Zugleich sind ähnliche Angebote zusammenzuführen und zu ergänzen.

Die Aufstockung der für die landesweit im Integrierten Sozialprogramm (ISP) geförderten 13 Mobilitätshilfedienste um 2 Millionen Euro pro Jahr stabilisiert dieses für die wohnortnahe Mobilität wesentliche Angebot und macht die Mobilitätshilfedienste unabhängiger von den Beschäftigungsmaßnahmen der JobCenter. Pro Bezirk kann der Sockelförderbetrag dadurch um rd. 166 Tsd. Euro erhöht werden. Aus diesen Mitteln werden zusätzliche Stellen in den Mobilitätshilfediensten finanziert, um deren bisheriges Angebot zu erhalten bzw. wenn möglich auszuweiten.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Ein Barrierefreies Umfeld, barrierefreie Zugänge sowie weitere (z. B. bauliche) altersgerechte Hilfen / Unterstützungen im Wohnumfeld sind geschaffen.

(2) Mobilitätshilfen: Angebote für eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme der Hilfen sind flexibel und werden ggf. bedarfsgerecht erweitert.

(3) Fahrdienste sind als flächendeckendes Angebot verfügbar.

(4) In den Bezirken bestehen Koordinierungsstellen.

(5) Zur Förderung der Kooperationen und zum zentralen Informationsaustausch bestehen „Runde Tische“, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit

(6) Mobilitätshilfen werden durch Angebote zur Sturzprophylaxe ergänzt.

(7) Die Angebote werden hinsichtlich Qualität und Quantität regelmäßig überprüft

Ziel 3 (HF7_Z3)

Hochbetagte können so lange wie möglich in ihrem Kiez wohnen und die Ressourcen der Nachbarschaft nutzen

Die Mehrzahl alter Menschen möchte „das Alter“ möglichst lange in der gewohnten Umgebung, der eigenen Wohnung verbringen. Das eigene Zuhause steht für Vertrautheit, Sicherheit und Geborgenheit. Unterstützungsangebote für Menschen ab 80 Jahren brauchen deswegen vor allem wohnortnahe Hilfen für ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zwischen vertrauter Nachbarschaft und Freundeskreis.

Die Planung von nachbarschaftlichen Hilfenetzen sollte sich daher an „Lebensweltorientierten Räumen“ orientieren. Gebraucht werden Konzepte für kleinräumige und dezentrale Altenhilfenetze, die einen niedrigschwiligen Zugang in das professionelle Hilfesystem bieten. Eine steuernde Struktur auf kommunaler und auf Quartiersebene ist erforderlich.

In diesem Zusammenhang wird vorgeschlagen, die bestehenden Angebote auf kommunaler Ebene, z. B. Besuchsdienste, Sozialkommissionen, Kontaktstellen PflegeEngagement oder Pflegestützpunkte besser aufeinander abzustimmen, eine gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit der Träger zu initiieren und hochaltri-

gen Menschen Möglichkeiten der Beteiligung, bspw. im Rahmen regelmäßiger „Konferenzen der Älteren“, zu bieten. Für das Ziel, gemeinsam mit hochaltrigen Menschen auf Augenhöhe zu planen und sie als Expertinnen und Experten in eigener Sache einzubinden, gilt es, lokale Strukturen zu schaffen.

Kurzbeschreibung der Maßnahme

(1) Planung, Koordination und Steuerung der Angebote nach „Lebensweltorientierten Räumen“, Träger z. B. von Besuchsdiensten, Sozialkommissionen, Kontaktstellen PflegeEngagement oder Pflegestützpunkte stimmen sich auf kommunaler Ebene ab

(2) Die Träger der offenen Altenhilfe verständigen sich auf eine zielführende Öffentlichkeitsarbeit

(3) Durchführung regelmäßiger „Konferenzen der Älteren“ in Kooperation mit den Seniorenvertretungen

Das Handlungsfeld 7 „Selbstbestimmung Teilhabe“ wurde repräsentiert von:

- Frau Regina Saeger, Landesseniorenbeirat Berlin (externe Handlungsfeld-Sprecherin) und
- Frau Karin Stötzner, Patientenbeauftragte des Landes Berlin (interne Handlungsfeld-Sprecherin).

Lesehilfe Ziele-Matrix

Abschließend werden alle konkreten Ziele und geplanten Maßnahmen des Handlungsfeldes 7 „Selbstbestimmung und Teilhabe“ tabellarisch dargestellt (vgl. 3.7.4). Dabei sind in der Übersicht Angaben zur Zielgruppe, zu den Kooperationspartnern, zur Federführung, zur Finanzierung und zu Ressourcen, dem Zeitrahmen sowie den Indikatoren der Zielerreichung ergänzt (vgl. Tabelle 10). Bei den aufgelisteten Kooperationspartnern handelt es sich um bereits beteiligte bzw. noch zu beteiligende Stellen. In einigen Feldern fehlen Informationen. Dafür wird das übliche Zeichen ‚...‘ für „die Angabe fällt später an“ verwendet.

Die farbigen Punkte haben die Teilnehmenden der Abschlussveranstaltung vergeben. Damit konnten sie die Ziele und Maßnahmen priorisieren. Im Rahmen der Umsetzungsphase werden das Votum der Fachwelt (gelbe Punkte) sowie der Expertinnen und Experten in eigener Sache (blaue Punkte, welche nicht durchgängig vergeben wurden) für das jeweilige Handlungsfeld berücksichtigt.

3.7.4 Tabellarische Übersicht aller Ziele und Maßnahmen


Tabelle 10 (Teil 1 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 7

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|--|---|---|--------------------------|--|---|
| Ziel 1 (HF7_Z1) | Teilhabe ermöglichen und fördern: Ansprache und Aktivierung von hochaltrigen Menschen in ihrer Häuslichkeit | (1) Stärkung der aufsuchenden sozialen Arbeit für Hochaltrige (2) Mobilisierung von „jüngeren“ Ehrenamtlichen für die offene aufsuchende Altenarbeit (Sozialkommissionen) in den Bezirken mittels Nachbarschaftsdialogen, die über die Bedeutung von Hilfenetzen im Wohnumfeld informieren. | (1) Hochaltrige Menschen, die in der eigenen Häuslichkeit leben, die durch bestehende Angebote aber wenig erreicht werden. (2) Potentielle Ehrenamtliche | <u>Verantwortliche in den Bezirken</u> (Stadträtinnen und Stadträte, Amt für Soziales, Koordinatorinnen und Koordinatoren für das Ehrenamt), Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Stadtteilzentren, Träger der offenen Altenarbeit, Kontaktstellen PflegeEngagement (2) <u>Amt für Soziales, Koordinatorinnen und Koordinatoren für das Ehrenamt</u> , Stadtteilzentren, Träger der offenen Altenhilfe, Freiwilligenbörsen | | (1) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 (2) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | Zahl der Nachbarschaftsinitiativen, Besuche in Besuchsdiensten (2) In der aufsuchenden Arbeit für hochaltrige Menschen (bspw. Sozialkommissionen) sinkt das Durchschnittsalter der ehrenamtlich Engagierten. |

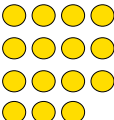

Fortsetzung Tabelle 10 (Teil 2 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 7

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeiträumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------------------|--|--|--|---|---|------------------------------------|---|
| weiterhin Ziel 1 (HF7_Z1) | Teilhabe ermöglichen und fördern: Ansprache und Aktivierung von hochaltrigen Menschen in ihrer Häuslichkeit  | (3) Erhöhung der Zahl Engagierter mit Migrationshintergrund in den Sozialkommissionen durch gezielte Werbung auf Bezirksebene und der Arbeitsgruppe ‚Migration‘ des Landesseniorenbeirates | (3) Berlinerinnen und Berliner mit Migrationshintergrund | (3) <u>Bezirke</u> (als unmittelbar Verantwortliche für die Sozialkommissionen), Landesseniorenbeirat, Landesseniorenvertretung, Kompetenz Zentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe, Stadtteilzentren | ... | (3) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (3) Verfügbarkeit von mehrsprachigen Informationen, Zahl der Migrantinnen und Migranten in den Sozialkommissionen steigt |
| | | (4) Bedarfsgerechte Informationsmaterialien für Seniorinnen und Senioren ermöglichen einen transparenten Überblick und erleichtern den Zugang zu Versorgungs- und Hilfsangeboten. | (4) Hochaltrige Menschen | (4) <u>Bezirke</u> , alle Ansprechpartner, die derartige Angebote im Bezirk vorhalten | (4) Notwendig: Personalressourcen in den Bezirken | (4) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (4) z. B. bei den Sozialkommissionen werden Informationen bspw. zu Veranstaltungen, Aktivitäten im Stadtteil, Gesundheits- und Pflegefragen ausreichend. Auf eigenen Webseiten werden die Angebote digital präsentiert. |

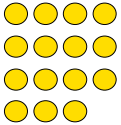

Fortsetzung Tabelle 10 (Teil 3 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 7

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|---|---|---|---|--------------------------|------------------------------------|---|
| Ziel 2 (HF7_Z2) | In Berlin sind Mobilitätshindernisse abgebaut. Für hochaltrige Menschen stehen zielgenaue und bedarfsgerechte Angebote von Mobilitätshilfen zur Verfügung.  | (1) Ein Barrierefreies Umfeld, barrierefreie Zugänge sowie weitere (z. B. bauliche) altersgerechte Hilfen / Unterstützungen im Wohnumfeld sind geschaffen.  | (1) Hochaltrige Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen | (1) Bezirke, Senatsverwaltungen, Verkehrsträger, Wohnungsbaugesellschaften, Landesbeirats für Menschen mit Behinderung, AG Barrierefreiheit | ... | (1) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | ... |
| | | (2) Mobilitätshilfen: Angebote für eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme der Hilfen sind flexibel und werden ggf. bedarfsgerecht erweitert. | (2) Hochaltrige Menschen, deren Teilhabe am sozialen Leben erschwert oder verhindert ist. | (2) Bezirke, Senatsverwaltungen, Träger von Mobilitätshilfediensten (siehe Integriertes Sozialprogramm), Fahrdienste | ... | (2) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (2) Die Zugangsvoraussetzungen zu den Mobilitätshilfediensten sind erleichtert. |
| | | (3) Fahrdienste sind als flächendeckendes Angebot verfügbar. | (3) Hochaltrige Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen | (3) Bezirke, Senatsverwaltungen, Verkehrsträger, Landesbeirats für Menschen mit Behinderung | ... | (3) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | ... |

Fortsetzung Tabelle 10 (Teil 4 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 7

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|------------------------------|---|---|------------------------|---|--------------------------|------------------------------------|--|
| weiterhin Ziel 2 (HF7_Z2) | In Berlin sind Mobilitätshindernisse abgebaut. Für hochaltrige Menschen stehen zielgenaue und bedarfsgerechte Angebote von Mobilitätshilfen zur Verfügung.  | (4) In den Bezirken bestehen Koordinierungsstellen (z. B. Mhd im Integrierten Sozialprogramm als Ansprechpartner), Auf- bzw. Ausbau von Unterstützungsnetzwerken  | ... | (4) Träger von Mobilitätshilfediensten (siehe Integriertes Sozialprogramm), Bezirke | ... | (4) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | ... |
| | | (5) Zur Förderung der Kooperationen und zum zentralen Informationsaustausch bestehen „Runde Tische“, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit (Broschüren, Medien-Informationen, Verteilung u.a. Arztpraxen, Apotheken) | (5) Träger der Dienste | (5) Senatsverwaltungen, Bezirke, Medien, Träger der Dienste | ... | (5) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (5) „Runde Tische“ existieren. |
| | | (6) Mobilitätshilfen werden durch Angebote zur Sturzprophylaxe (im Sinne der Verhältnisprävention) ergänzt. | ... | (6) Fachorganisationen, Wohnbaugesellschaften, Anbieter von Kursen zu Prophylaxe, Krankenkassen, Landessportbund, Ehrenamtliche | ... | (6) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (6) Angebote zur Sturzprophylaxe stehen zur Verfügung. |
| | | (7) Die Angebote werden hinsichtlich Qualität und Quantität regelmäßig überprüft. | (7) Träger der Dienste | (7) Senatsverwaltungen, Bezirke | ... | (7) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | ... |

Fortsetzung Tabelle 10 (Teil 5 von 5):

Konkrete Ziele und geplante Maßnahmen im Handlungsfeld 7

| (Kurzformel) | Ziele | Kurzbeschreibung der Maßnahme | Zielgruppe | Kooperationspartner unter <u>Federführung</u> von | Finanzierung, Ressourcen | Zeitraumen | Indikatoren der Zielerreichung |
|-----------------|--|--|--|---|---|------------------------------------|--|
| Ziel 3 (HF7_Z3) | <p>Hochbetagte können so lange wie möglich in ihrem Kiez wohnen und die Ressourcen der Nachbarschaft nutzen</p> <p>●●●●● ●●●●●</p> | (1) Planung, Koordination und Steuerung der Angebote nach „Lebensweltorientierten Räumen“, Träger z. B. von Besuchsdiensten, Sozialkommissionen, Kontaktstellen PflegeEngagement oder Pflegestützpunkte stimmen sich auf kommunaler Ebene ab | (1) Stadtteilzentren und Träger der offenen Altenhilfe | (1) <u>Bezirkliche Altenhilfeplanung</u> , Stadtteilzentren, Vertreterinnen und Vertreter von hochaltrigen Menschen | (1) 2 Stellen in der bezirklichen Altenhilfe-koordination | (1) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (1) Es existieren abgestimmte Planungsziele. Ein Steuerungskreislauf ist etabliert. Eine Dopplung von Angeboten ist vermieden. Die Angebote werden regelmäßig evaluiert. |
| | | (2) Die Träger der offenen Altenhilfe verständigen sich auf eine zielführende Öffentlichkeitsarbeit | (2) Stadtteilzentren und Träger der offenen Altenhilfe | (2) <u>Bezirkliche Altenhilfeplanung</u> , Stadtteilzentren, Vertretungen von hochaltrigen Menschen | (2) 2 Stellen in der bezirklichen Altenhilfe-koordination | (2) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (2) Die Inanspruchnahme der Angebote steigt. |
| | | (3) Durchführung regelmäßiger „Konferenzen der Älteren“ in Kooperation mit den Seniorenvertretungen | (3) Hochaltrige Menschen ab 80 Jahren | (3) Stadtteilzentren, Kontaktstellen PflegeEngagement, Vertreterinnen und Vertreter von hochaltrigen Menschen | (3) 2 Stellen in der bezirklichen Altenhilfe-koordination | (3) 18. Wahlperiode; 2016 bis 2021 | (3) In den Bezirken finden entsprechende Konferenzen statt. Die vorgetragenen Anliegen werden aufgenommen. |

4 Ausblick

Der gesamte Dialogprozess 80^{plus} ist durch eine breite fachübergreifende Beteiligung gekennzeichnet. Nun heißt es, den Prozess auf mehreren Ebenen fortzuführen. Doch wie kann es gelingen, die aufbereiteten Handlungsfelder nachhaltig zu verfolgen?

Erste konkrete Umsetzungsschritte sind möglich, weil in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales für den neuen thematischen Schwerpunkt 2016/2017 Haushaltsmittel zur Verfügung stehen und auch einige, der am Prozess beteiligten Akteure, bereits Ressourcenzusagen gemacht haben. Was heißt das konkret?

Für den Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung (Handlungsfeld 4b) wurde angeregt, **Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbände** (GGV) als bezirkliche Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe und Psychiatrie zu stärken. Diese Verbände sind in allen Berliner Bezirken etabliert und fester Bestandteil der lokalen Versorgungslandschaft. Sie bringen wichtige Akteure der pflegerischen, gesundheitlichen und gerontopsychiatrischen Versorgung zusammen. Dieses Potenzial soll nun genauer analysiert und ausgebaut werden.

Zu diesem Zweck hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine **Bestands- und Potenzialanalyse** der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände ausgeschrieben. Das konkrete Vorhaben „Analyse der Ist-Situation und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände“ wird voraussichtlich von Oktober 2016 bis September 2017 realisiert. Es sollen sowohl rechtliche als auch strukturimmanente Potenziale der Verbundarbeit identifiziert werden. Im Anschluss gilt es, gemeinsam Ziele und Standards für eine verbindliche, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung zu entwickeln.

Für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (Handlungsfeld 1) ist ein **kooperatives Modellprojekt** geplant, das Bewegungsförderung und Sturzprävention für hochaltrige Menschen anbietet. Das Vorhaben stellt einen Lösungsansatz dar, wie über die vernetzte Arbeit im Sozialraum Angebote der Bewegungsförderung und Sturzprävention etabliert und Zugänge dazu für hochaltrige Menschen ermöglicht werden können. Daran beteiligen sich, neben der Senatsverwaltung für Inneres und Sport und der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die AOK Nordost, mehrere Bezirke sowie das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin. Mit der Umsetzung kann zeitnah begonnen werden.

Zudem werden die in der Rahmenstrategie festgehaltenen Ziele und Maßnahmen, die eine inhaltliche Schnittstelle zu den Gesundheitszielen der **Landesgesundheitskonferenz** (LGK) für Ältere bilden, in die LGK-Ziele aufgenommen und damit verstetigt. Vor Allem jedoch sollen nun die zahlreichen, von den Handlungsfeldern erarbeiteten und in der Rahmenstrategie dargestellten Ziele und Maßnahmen, von den Akteuren, die als Verantwortliche in der Rahmenstrategie genannt sind, auf Umsetzbarkeit geprüft und zügig realisiert werden. Hierzu werden in den kommenden Wochen erste Abstimmungen zwischen den jeweils benötigten Akteuren und künftigen Kooperationspartnern geführt.

Das **Thema Wohnen**, als wichtige Dimension für Gesundheit im Alter, wurde an zahlreichen Stellen des Dialogprozesses 80^{plus} aufgegriffen. Beispielsweise verwiesen Teilnehmende auf die Bedeutung einer adäquaten Quartiersgestaltung. In diesem Zuge wird die Einbeziehung des Ressorts Stadtentwicklung in den 80^{plus}-Prozess als notwendig angesehen. Es wird angestrebt, die entsprechende Senatsverwaltung in die Landesgesundheitskonferenz aufzunehmen, um Schnittstellen zwischen den Bereichen Gesundheit/

Soziales und Wohnen/Stadtentwicklung noch zielgerichteter anzugehen. Insgesamt erscheint es wichtig, gesundheitliche Aspekte im spezifischen urbanen Kontext von Berlin zu identifizieren, um dadurch einen nachhaltigen positiven Beitrag zu einer interdisziplinär ausgerichteten Stadtentwicklung zu leisten (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt 2016).

Auch hat der Dialogprozess 80^{plus} gezeigt, dass es wichtig ist, die Perspektive von hochaltrigen Menschen zu berücksichtigen. Die bestehenden Versorgungsstrukturen müssen sich, stärker als bislang, an den Bedürfnissen der Zielgruppe 80+ orientieren. Da gibt es demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten, die sich orientierungslos in der Notaufnahme bewegen oder geriatrische Patientinnen und Patienten, denen der Hausbesuch verweigert wird. Neben materiellen Anreizen sind landes- und bundesrechtliche Gesetzesreformen, z. B. zur besseren strukturellen Absicherung der Sozialdienste in den Berliner Krankenhäusern oder Neuregelungen der ärztlichen Zulassung, notwendig. Für die erforderlichen Anpassungen, bspw. den Ausbau geriatrischer Kompetenzen bei Hausärztinnen und -ärzten, wird eine valide Datengrundlage benötigt. Eine solche Planungsgrundlage wird durch die Kassenärztliche Vereinigung geschaffen.

Abbildung 29:
Teilnehmende der Abschlussveranstaltung



Foto: Ernst Fessler

Gezielt weitergedacht werden muss auch die Frage nach den **Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem**. Im Rahmen des Dialogprozesses wurden viele Vorschläge unterbreitet: die Sozialkommissionen in den Bezirken, die Hausärztinnen und Hausärzte, die Apotheken im Kiez oder der Pflegestützpunkt. Allerdings konnten Fragen zum Aufgabenprofil, der strukturellen Verankerung und Ressourcenfragen nicht abschließend diskutiert werden. Aufschluss darüber kann ein vorgeschaltetes Gutachten geben. Dabei sind Schnittstellen zwischen den Handlungsfeldern (vgl. Handlungsfeld 2 Selbständigkeithelferinnen und Selbständigkeithelfer, Handlungsfeld 4b Gesundheitsbegleiterinnen und Gesundheitsbegleiter, vgl. Handlungsfeld 7 Stärkung der aufsuchenden sozialen Arbeit für Hochaltrige) zu bearbeiten und für alle relevanten Handlungsfelder eine Gesamtleitung für Berlin zu treffen.

Auf bundespolitischer Ebene wird sich Berlin aktiv am Schwerpunktthema 2017 „Gesundheit und Demografie“ der **Gesundheitsministerkonferenz der Länder** (GMK) einbringen. Den Ausgangspunkt bildet der Bericht „Gesundheit und Demografie“ der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Darauf aufbauend sollen auf der 90. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2017 die spezifischen Erfordernisse und Anforderungen für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung von älteren Menschen konkretisiert werden. Die Perspektive älterer Menschen soll dabei im Mittelpunkt stehen und die Möglichkeiten einer verstärkten Patientenbeteiligung ausgelotet werden.

Zur Umsetzung der vorgenannten Ziele bedarf es auch einer vertiefenden Abstimmung über die Ressourcenallokation zusammen mit allen Kostenträgern der angesprochenen Handlungsfelder. Daher wird zudem eine Arbeitsgruppe mit den Kostenträgern aufgesetzt, die die Einnahmeseite ebenso berücksichtigt wie die finanziellen Auswirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen. Gleichzeitig wird mit dieser Arbeitsgruppe das Ziel verfolgt, sektor- und rechtskreisübergreifende Optimierungsvorschläge zu erhalten.

5 Literaturverzeichnis

Ärzttekammer Berlin (2014). Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin, am 18. Februar und am 16. Juni 2004 beschlossen, zuletzt geändert durch den 10. Nachtrag vom 11. Juni 2014 (in Kraft getreten am 11. Oktober 2014). Online verfügbar unter https://www.aerztekammer-berlin.de/10arzt/15_Weiterbildung/10Weiterbildungsordnung/00_WbO_2004_inkl_1_bis_10_Nachtrag.pdf.

Ärzttekammer Berlin (2010). Geriatriekonzept Berlin 2010. Online verfügbar unter https://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/10_Pressemitteilungen/900_Archiv/788_pak03_2010_Geriatriekonzept/788_Geriatriekonzept_Berlin_2010.pdf.

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2015). 25 Jahre Deutsche Einheit Berlin in Zahlen. Online verfügbar unter https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/faltblatt_brochure/Berlin-in-Zahlen_25-Jahre-Deutsche-Einheit.pdf.

Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die durch Artikel 5 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

Bender, T. (2012). Kritische Analyse aus Sicht des Patienten/Angehörigen. In: Deimel, D.; Müller, M.-L. (Hrsg.). Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Stuttgart: Thieme Verlag, S. 12-14.

Bertelsmann Stiftung (2015): Faktencheck „Palliativversorgung“ Faktenblatt Berlin. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Faktencheck_Gesundheit/Faktenblatt_Berlin-Palliativversorgung_20151102.pdf.

Bertelsmann Stiftung (2015b): Palliativversorgung Leistungsangebot entspricht (noch) nicht dem Bedarf – Ausbau erfordert klare ordnungspolitische Strategie. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SPOTGes_VV_Palliativversorgung_2015.pdf.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes. Online verfügbar unter http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/Eckpunkte_APrVO.pdf.

BMG, Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de. Berlin.

Braun, B.; Müller, R. (2003). Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung, GEK-Edition/26, Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Online verfügbar unter http://forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/kh-patienten-report_1.pdf.

Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die durch Artikel 4 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886) geändert worden ist.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz (2016). Informationsblatt 1. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Online verfügbar unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf.

DGG, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (2013): BÄK votiert für das Curriculum Geriatrie – Facharzt Geriatrie bleibt das Ziel. Online verfügbar unter <http://www.dggeriatrie.de/home/aktuelle-meldungen/41-aktuelle-meldungen/518-baek-votiert-fuer-das-curriculum-geriatrie-facharzt-geriatrie-bleibt-das-ziel.html>.

DZA, Deutsches Zentrum für Altersfragen (2016). Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS). Katharina Mahne, Julia K. Wolff, Julia Simonson & Clemens Tesch-Römer (Hrsg.). Online verfügbar unter: https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS_Bericht_2014.pdf.

Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) und Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg (2014). Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds. Köln.

gesundheitsziele.de. (2012). Nationales Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Online Verfügbar unter http://gesundheitsziele.de//cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf.

Gesundheitszielprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ der Landesgesundheitskonferenz (LGK) Berlin: <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/gesundheitsfoerderung-und-praevention/landesgesundheitskonferenz-berlin/gesundheitsziele/>.

Kloppenborg, A.; Schulze, M. C. (2014). Wie werde ich in Berlin weiter geriatrisch ambulant versorgt? Berliner Ärzte; Ausgabe 2: S. 20-21.

Kojer, M.; Schmidl, M. (2011): Demenz und Palliative Geriatrie. Heilsame Behandlung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien: Springer.

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie; Unionhilfswerk (2012): Palliative Geriatrie – Alte Menschen am Lebensende begleiten und betreuen. Online verfügbar unter http://www.palliative-geriatrie.de/fileadmin/downloads/Materialien/20121221_kpg_broschuere_web.pdf.

Landesgremium § 90a SGB V (2016). Bericht der AG Bedarfsplanung zum Letter of Intent: Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Verwaltungsbezirke im Rahmen der Bedarfsplanung auf Landesebene auf der Grundlage des Bedarfsplans 2013. Online verfügbar unter http://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/ambulante-versorgung/2016-06-14_bericht_loi_bedarfsplanung.pdf.

Landesgremium § 90 a SGB V (2015). Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung - Fortschreibung gemäß Protokollnotiz zum Letter of Intent (LOI). Anpassung der Tabellen zur Versorgungssteuerung mit bezirklichen Versorgungsgraden (Datenstand: 01.07.2015). Online verfügbar unter http://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/ambulante-versorgung/2015-12-02_fortschreibung_loi.pdf.

Landeskrankenhausgesetz (LKG) Vom 18. September 2011. Online verfügbar unter <http://gesetze.berlin.de/jportal/portal/page/bsbeprod.psml>.

MDS, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2007). Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation 01.05.2007. Online verfügbar unter https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Rehabilitation/RE_MoGeRe_070501_1_.pdf.

Mollenkopf, H.; Flaschenträger, P. (2001). Erhaltung von Mobilität im Alter: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.

Müller, K. (2014): Alternde Bevölkerung und gesundheitliche Versorgung: Zehn Herausforderungen und ihre Konsequenzen für Prävention, Rehabilitation und das Versorgungsmanagement in Deutschland und der Schweiz. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

NPK, Nationale Präventionskonferenz (2016). Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20d Abs. 3 SGB V. Online verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2016/Praevention_NPK_BRE_verabschiedet_am_19022016.pdf.

RKI, Robert Koch-Institut (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS: Gesundheit in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile.

RKI, Robert Koch-Institut (2005). Körperliche Aktivität: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 26. Berlin: Robert Koch-Institut.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016). Gut gepflegt! Pflege- und pflegeunterstützende Angebote in Berlin. Landespflegeplan 2016. Online verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/berichte-und-statistik/landespflegeplan/>.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2016b). Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/>.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015). 80^{plus} Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen. Schnittstellen, Ziele und Handlungsbedarf. Diskussionspapier. Online verfügbar unter http://www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/80plus/80plus_netz.pdf.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015b). Maßnahmenplan pflegende Angehörige. Weiterentwicklung des Berliner Unterstützungssystems. Online verfügbar unter: <https://www.berlin.de/sen/soziales/themen/pflege-und-rehabilitation/pflege-zu-hause/pflegende-angehoerige/#ma%C3%9Fnahme>.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2013). Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Online verfügbar unter <https://www.berlin.de/sen/gessoz/service/publikationen/index.php/detail/297>.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2011). 3. HOSPIZ- und PALLIATIVKONZEPT für das Land Berlin. Online verfügbar unter: http://www.hospiz-aktuell.de/uploads/media/3_Hospiz-_und_Palliativkonzept_fuer_das_Land_Berlin_2010__Wuerde_in_der_letzten_Lebensphase_.pdf.

Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt (2016). BerlinStrategie 2.0. Berlin wächst! Wie wollen wir wachsen?

Sozialgesetzbuch V: Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Mai 2016 (BGBl. I S. 1254) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch IX: Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 452 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch XI: Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das durch Artikel 3 Absatz 3 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) geändert worden ist.

Sozialgesetzbuch XII: Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das durch Artikel 3 Absatz 8 des Gesetzes vom 18. Juli 2016 (BGBl. I S. 1824) geändert worden ist.

SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Online verfügbar unter <http://www.svr-gesundheit.de>.

Zijlstra, G. A. Rixt; van Haastregt, Jolanda C. M.; van Eijk, Jacques T. M.; van Rossum, Erik; Stalenhoef, Paul A.; Kempen, Gertrudis I. J. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*; 36(3): S. 304-309.

ZQP, Zentrum für Qualität in der Pflege (2014): Bevölkerungsbefragung „Palliativversorgung und Sterbehilfe“. Online verfügbar unter <https://www.zqp.de/upload/content.000/id00382/attachment02.pdf>.

Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



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