



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

Bericht zum Umsetzungsstand

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

Stand: 22. Juli 2019

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund	3
1.1 Demografische Relevanz	3
1.2 Hochaltrige Menschen – Eine besonders vulnerable Gruppe	3
1.3 Anforderungen an ein nutzerorientiertes Versorgungssystem	3
2 Die 80plus Rahmenstrategie – Der Berliner Weg zur vernetzten Versorgung für hochaltrige Menschen	4
2.1 Problemanalyse, Dialogprozess und Handlungsfelder	4
2.2 Projektstruktur und Arbeitsweise im 80 ^{plus} -Prozess	6
3 Zentrale Maßnahmen und Ergebnisse des 80plus-Prozesses (Zeitraum 2016-2019)	7
3.1 Maßnahmen zur Strukturbildung und -förderung	10
3.1.1 Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbünde (Handlungsfeld 4b)	10
3.1.2 Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem (Handlungsfelder 2, 4b, 5, 7)	13
3.1.3 Altenhilfe-/Geriatricoordination – Beschreibung des Aufgabenkreises (Handlungsfelder 4b, 7)	15
3.2 Maßnahmen zur Angebots(weiter-)entwicklung	16
3.2.1 Altenhilfe-/Geriatricoordination – Auftragsweise Bewirtschaftung (Handlungsfelder 4b, 7)	16
3.2.2 Bewegung, Mobilität und Teilhabe älterer Menschen (Handlungsfeld 1)	17
3.3 Maßnahmen zur Vernetzung, Transparenz und Qualifizierung	18
3.3.1 Beteiligung von Hausärztinnen und Hausärzten (Handlungsfeld 5)	18
3.3.2 Beratung am Lebensende (Handlungsfeld 5)	19
3.3.3 Schulung zur Hospiz- und Palliativberatung (Handlungsfeld 5)	19
3.3.4 Fortbildung zur/zum „Demenz-und Palliativbeauftragten im Krankenhaus“ (Handlungsfelder 3, 5)	20
4 Information, Austausch und Kommunikation	21
5 Ausblick	22
5.1 Präventive Hausbesuche	23
5.2 Mobile geriatrische Rehabilitation	23

1 Hintergrund

1.1 Demografische Relevanz

Berlin hat sich in den vergangenen Jahren zunehmend zu einer Metropole entwickelt, die Menschen aus allen Teilen der Welt anzieht. Die Stadt wächst, sie wird vielfältiger und bunter. Gerade bei jüngeren Menschen ist Berlin beliebt, was sich wiederum positiv auf die Altersstruktur der Berliner Bevölkerung auswirkt. Die Zuwanderung insbesondere jüngerer Menschen und die Geburtenzahl sind die eine Seite der demografischen Entwicklung. Die Zunahme der Zahl hochaltriger Menschen in unserer Stadt ist die andere.

Bis zum Jahr 2030 ist in Berlin ein deutlicher Anstieg von Frauen und Männern ab 80 Jahren zu erwarten. In absoluten Zahlen bedeutet dies einen prognostizierten Anstieg von derzeit rund 203.000 auf zukünftig ca. 263.000 Personen im Jahr 2030 (vgl. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt - Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2015-2030 (mittlere Variante)). Damit wird die Gruppe der ab 80-Jährigen laut Prognose bis zum Jahr 2030 um rund 30 % zunehmen.

1.2 Hochaltrige Menschen – Eine besonders vulnerable Gruppe

Heutzutage erfreuen sich immer mehr Menschen, auch im hohen Lebensalter, bester Gesundheit. Dennoch steigt mit dem Alter die Wahrscheinlichkeit, chronisch und mehrfach zu erkranken. Zudem nehmen altersbedingte Funktionseinbußen und/oder Behinderungen zu, welche die Teilhabemöglichkeiten und den Grad der Selbstständigkeit verringern (können). Mit zunehmendem Alter steigt ebenfalls die Wahrscheinlichkeit, in einem Ein-Personen-Haushalt, also allein, zu leben. Das wiederum ist vielfach verbunden mit einem geringeren Haushaltseinkommen und geringerer sozialer Unterstützung. Speziell bei hochaltrigen Menschen kommt es dann häufig zu einer Kumulation gesundheitlicher, pflegerischer, sozialer und finanzieller Herausforderungen, die in ihrem Zusammenwirken die besondere Vulnerabilität der Zielgruppe ausmachen, wengleich sich die Ausprägungen nach Geschlecht, Einkommens- und Bildungsgrad unterscheiden.

1.3 Anforderungen an ein nutzerorientiertes Versorgungssystem

Die dargestellte komplexe Lebenssituation vieler hochaltriger Menschen wirft unweigerlich die Frage auf, ob das gesundheitliche und pflegerische Versorgungssystem insgesamt und im Besonderen in Berlin darauf eingestellt ist. Eine Vielzahl gleichzeitig auftretender Problemlagen erfordert meist die gleichzeitige Inanspruchnahme vieler verschiedener Hilfen und Leistungsangebote. Damit steigt automatisch der Koordinierungsaufwand im Versorgungsprozess, der für die betroffenen Menschen nicht selten zu Überforderung, Versorgungsbrüchen oder zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt.

Ein Versorgungssystem, das im Sinne hochaltriger Menschen nutzer- und bedarfsorientiert ausgestaltet ist, setzt zwangsläufig Vernetzung, Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen unterschiedlichsten Versorgungsbereichen voraus. Es impliziert ein sektoren-, institutions- und berufsgruppenübergreifendes Arbeiten.

Doch die Trennung der Sektoren hat im deutschen Gesundheitswesen eine lange Tradition. Bis heute unterscheiden sich beispielsweise die „ambulante Versorgung“ und die „stationäre Versorgung“ hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen, der Finanzierung, aber auch hinsichtlich der angebotenen Leistungen und vor allem der Vergütung dieser Leistungen erheblich voneinander. Hinzukommen der Konkurrenzdruck der Leistungserbringenden und gegensätzliche Institutions- und Berufsgruppenlogiken.

2 Die 80^{plus} Rahmenstrategie – Der Berliner Weg zur vernetzten Versorgung für hochaltrige Menschen

Um die gesundheitliche und pflegerische Versorgung künftig an den besonderen Bedarfslagen hochaltriger Menschen auszurichten, wurde 2014 der Prozess 80^{plus} initiiert. Beispielhaft war die Beteiligung aller relevanten Akteurinnen und Akteure im Rahmen eines Dialogprozesses. Dazu gehörten Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten und (teil-) stationären medizinischen sowie pflegerischen Leistungsbereiche, der Krankenkassen, Beratungsstellen, Forschungseinrichtungen, Interessenverbände, Netzwerke und Verbände, der Bezirks- und Landesebene sowie ältere Menschen als Expertinnen und Experten in eigener Sache.

Diese frühe Einbindung einer breiten Fachöffentlichkeit hat den 80^{plus}-Prozess befruchtet und bis heute legitimiert. Das Interesse an und die Bereitschaft zur Umsetzung der gewonnenen Erkenntnisse besteht bei den Beteiligten ungebrochen fort.

Ziel des 80^{plus}-Prozesses ist es, wichtige Weichen für die Versorgungsoptimierung der Zielgruppe in Berlin zu stellen, die perspektivisch in eine grundlegende Regelstruktur münden und im Bewusstsein der Akteurinnen und Akteure als selbstverständlich fest verankert sein soll.

Die gemeinsame Auseinandersetzung mit den analysierten Problemen, die gemeinsame Entwicklung von realisierbaren Lösungsansätzen sowie die Verantwortungsübernahme für deren Umsetzung auf verschiedensten Ebenen und in verschiedenen Versorgungsbereichen, hat von Beginn an den Vernetzungs- und Kooperationsgedanken gestärkt. Hiermit wurde die zentrale Grundlage für das Ziel einer verzahnten Versorgung der Zielgruppe geschaffen.

2.1 Problemanalyse, Dialogprozess und Handlungsfelder

Im Jahr 2015 legte die ehemalige Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales das Diskussionspapier „80^{plus} – Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“

vor. An die Veröffentlichung des Diskussionspapiers schloss sich ein einjähriger, berlinweiter Dialogprozess mit mehr als 250 Personen und Institutionen an.

Die bei den verschiedenen Veranstaltungsformaten erarbeiteten Ergebnisse flossen im Jahr 2016 in die **80^{plus}-Rahmenstrategie**. Darin werden für insgesamt **sieben Handlungsfelder** (siehe Abbildung 1) neue Lösungsansätze vorgestellt, u. a. für den präventiven, ambulanten, stationären und rehabilitativen Bereich, verbindliche Verabredungen über die künftige Zusammenarbeit getroffen und Anstöße zu landes- und bundesrechtlichen Gesetzesreformen gegeben.

Abbildung 1:
Die sieben Handlungsfelder



Quelle: SenGG

Handlungsfeld 1: Prävention und Gesundheitsförderung stärken umfasst u. a. die Themen wohnortnaher und niedrigschwelliger Bewegungsförderung und Sturzprävention.

Handlungsfeld 2: Ausbau der ambulanten geriatrischen Versorgung thematisiert im Schwerpunkt die haus- und fachärztliche Versorgung bei altersbedingten Erkrankungen und Beschwerden.

Handlungsfeld 3: Stationäre Versorgung im Krankenhaus umfasst primär die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz im Krankenhaus.

Handlungsfeld 4: Vernetzung ambulanter und stationärer Versorgung untergliedert sich in das Handlungsfeld 4a Nachsorge nach Krankenhausbehandlungen und Handlungsfeld 4b Integrierte Versorgung. Im Zentrum stehen einerseits die Entwicklung von Standards, Instrumenten und Kooperationsformen im Entlassmanagement (Handlungsfeld 4a) sowie andererseits Übergänge zwischen ambulanten, häuslichen und (teil-)stationären Strukturen im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich (Handlungsfeld 4b).

Handlungsfeld 5: Versorgung am Lebensende. Hier liegt der Fokus auf der Verbesserung der allgemeinen ambulanten palliativen Versorgung. Durch die Weiterentwicklung von Beratungs- und Vernetzungsstrukturen kann die letzte Lebensphase selbstbestimmter und bestmöglich begleitet verbracht werden.

Handlungsfeld 6: Aus-, Fort- und Weiterbildung. In diesem Handlungsfeld werden notwendige Anpassungen und Optimierungen im Aus-, Fort- und Weiterbildungsgeschehen im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich avisiert.

Handlungsfeld 7: Selbstbestimmung und Teilhabe. Das Ziel ist es, Teilhabemöglichkeiten für alte Menschen zu verbessern. Das heißt, insbesondere der Einsamkeit hochaltriger Menschen vorzubeugen, Mobilitätshindernisse abzubauen und alltagsnahe Unterstützungsnetzwerke im Wohnumfeld aufzubauen.

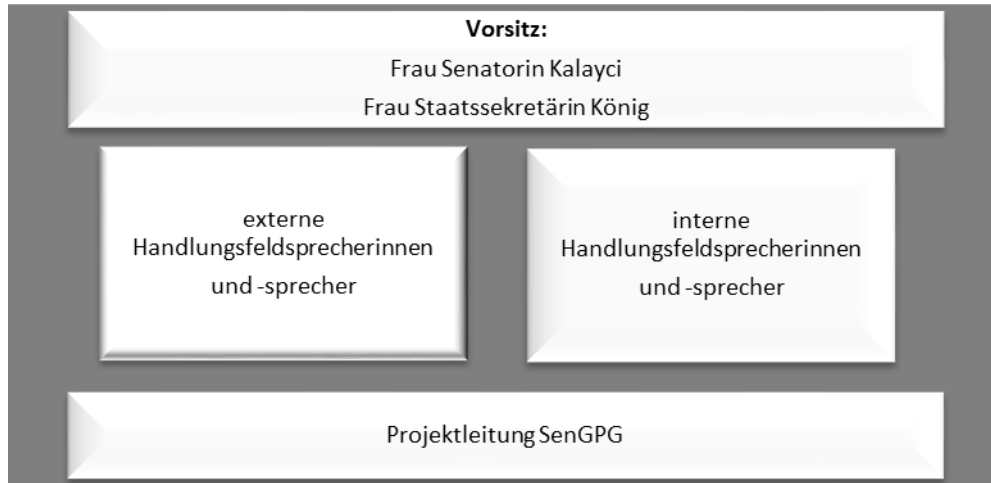
Für die sieben Handlungsfelder liegen insgesamt ca. vierzig Ziele und relevante Maßnahmen vor. Alle diese Maßnahmen, die in der 80^{plus}-Rahmenstrategie inklusive der Beschreibung von Teilzielen aufgeführt sind, zielen darauf, Menschen im hohen Alter nach ihren speziellen Bedürfnissen gesundheitlich und pflegerisch zu versorgen und gleichzeitig ihre Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben zu ermöglichen, so lange es geht.

2.2 Projektstruktur und Arbeitsweise im 80^{plus}-Prozess

Die Überwindung bestehender und hinderlicher Versorgungsgrenzen und Akteurslogiken hin zu einem kooperierenden vernetzten Handeln zum Wohle hochaltriger Menschen erfordert einen Paradigmenwechsel. Bis sich dieser Wandel real und sichtbar in den Versorgungsstrukturen und Arbeitsweisen abbildet, bedarf es eines Begleitungs- und Moderationsprozesses sowie der Förderung von Vorhaben, die beispielgebend für eine vernetzte Versorgung hochaltriger Menschen sind.

Zur Begleitung des 80^{plus}-Prozesses wurde ein Beirat gebildet. Frau Senatorin Kalayci und Frau Staatssekretärin König (beide Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, kurz: SenGPG) moderieren und leiten diesen (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: PROJEKTSTRUKTUR 80^{plus}



Quelle: SenGPG

Die organisatorische Grundstruktur des 80^{plus}-Prozesses sieht vor, dass es für jedes der sieben Handlungsfelder (verwaltungs-)interne und externe Sprecherinnen bzw. Sprecher gibt. Für die Steuerung des Gesamtprozesses gibt es eine Projektleitung. Alle zusammen verfolgen das Ziel, die herausgearbeiteten Maßnahmen in den Handlungsfeldern schrittweise umzusetzen.

Die Mitglieder des Beirates treffen sich regelmäßig (drei Mal jährlich), um sich über den aktuellen Projektstand sowie die Fortschritte bei der Umsetzung auszutauschen und Absprachen zum weiteren Vorgehen zu treffen.

Darüber hinaus arbeiten in den Handlungsfeldern anerkannte Fachleute mit, die ein hohes Interesse an der Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden medizinischen und pflegerischen Versorgungsstrukturen für hochaltrige Menschen haben. Sie gestalteten in der Vergangenheit insbesondere die Fachdialoge aktiv mit und bringen weiterhin ihre Fachperspektive ein.

3 Zentrale Maßnahmen und Ergebnisse des 80^{plus}-Prozesses (Zeitraum 2016-2019)

Grundlage für den Umsetzungsprozess bilden die ca. 40 Ziele und Maßnahmen, die in der 80^{plus}-Rahmenstrategie beschrieben werden.

In der ersten Planungs- und Umsetzungsphase standen v. a. strukturbildende Prozesse (siehe Kapitel 3.1 „Maßnahmen zur Strukturbildung und -förderung“) im Mittelpunkt, die grundlegend für eine integrierte bzw. sektorenübergreifende Versorgung sind, wie die Förderung von Verbundstrukturen und Lotsenansätze. Zu beiden Themen wurden Expertisen in Auftrag gegeben. Diese sollten einen Überblick über den Stand der Entwicklung in Berlin sowie über Herausforderungen und Potenziale der Weiterentwicklung bestehender Ansätze geben.

Darüber hinaus wurden in den einzelnen Handlungsfeldern weitere Maßnahmen angestoßen. Die lassen sich den übergeordneten Kategorien „Angebots(weiter-)entwicklung“ der bezirklichen Altenhilfe- und Geriatriekoordination und bei der Bewegung, Mobilität und Teilhabe älterer Menschen (siehe Kapitel 3.2) sowie „Vernetzung, Transparenz und Qualifizierung“, vor allem in der Versorgung am Lebensende (siehe Kapitel 3.3) zuordnen. Alle Maßnahmen werden zunächst in chronologischer Reihenfolge tabellarisch dargestellt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Umgesetzte Maßnahmen aus der 80^{plus}-Rahmenstrategie

Maßnahme	Maßnahme im Handlungsfeld (HF)	Inhalt	Umsetzungszeitraum (Monat/Jahr)	Ergebnisse
Studie zur Arbeit der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände (GGV) durch die Prognos AG	HF 4b	Analyse der IST-Situation und Weiterentwicklung der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände (GGV)	10/16-09/17	Qualitätsgeleitete Förderung und Begleitung der Verbundarbeit durch die Senatsverwaltung auf Grundlage der insgesamt 21 Empfehlungen des Abschlussberichtes
Gutachten zu Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem durch das IGES Institut	HF 2, 4b, 5, 7	Analyse zum Potenzial von Lotsinnen und Lotsen in den Bereichen Gesundheit/Pflege/Soziales, Übersicht internationaler, bundesweiter und lokaler Ansätze	04/17-12/17	Weiterentwicklung digitaler und analoger Angebote
Jährliche Gesamttreffen zur „Beratung am Lebensende“	HF 5	Fachlicher Austausch relevanter Akteurinnen und Akteure, die zur Versorgung am Lebensende beraten	fortlaufend	Empfehlung der Weiterentwicklung der Beratungsqualität und -inhalte
Neue Schulung zur Hospiz- und Palliativberatung	HF 5	Entwicklung einer Qualifizierungsmaßnahme zur Vermittlung von Kernkompetenzen im Bereich	fortlaufend	Ausweitung der Fachkompetenz an der Schnittstelle zur Gesundheits-,

Maßnahme	Maßnahme im Handlungsfeld (HF)	Inhalt	Umsetzungszeitraum (Monat/Jahr)	Ergebnisse
		Palliative Care und Hospiz, Etablierung eines jährlichen Schulungsangebots		Pflege- und Sozialberatung
Projekt zur Teilhabe- und Bewegungsförderung älterer Menschen	HF 1	Vernetzung von Akteurinnen und Akteuren in den Bezirken zur gemeinsamen Gestaltung bewegungs- und teilhabeförderlicher Lebenswelten	07/17-12/19	Nach Abschluss der Begleitevaluation Transfer auf weitere bezirkliche Standorte denkbar
Stärkung der bezirklichen Altenhilfe-/Geriatricoordinat	HF 4b, 7	Erstellung einer Musterbeschreibung des Aufgabenkreises durch Bezirke, beteiligte Senatsverwaltungen und Landesseniorenmitwirkungsgruppen	01/18-04/18	Kooperative Beschreibung der Aufgabenschwerpunkte und Schnittstellen künftiger Koordinatorinnen und Koordinatoren für Altenhilfe und Geriatrie
Auftragsweise Bewirtschaftung zur Stärkung der Altenhilfe-/Geriatricoordinat	HF 4b, 7	Initiierung bzw. Konkretisierung bezirkliche Planungsprozesse	10/18-12/19	Finanzielle Unterstützung der Bezirke bei konzeptionellen (Vor-)Arbeiten und Qualifizierungsmaßnahmen
Zusatzqualifikation (ZQ) Demenz- und Palliativbeauftragte im Krankenhaus	HF 3, 5	Konzeption, Entwicklung Curriculum und Schulungsmaterialien, Durchführung und Evaluation	05/18-02/20	Zweistufige ZQ, Modul 1 (2018, 2019): Demenz im Krankenhaus, Modul 2 (2019, 2020): Palliativversorgung im Krankenhaus

Im nächsten Schritt werden die Maßnahmen detaillierter vorgestellt und an ausgewählten Stellen mit konkreten Praxis-Beispielen bzw. Schaukästen („Was hat die Zielgruppe davon?“) anschaulich illustriert.

3.1 Maßnahmen zur Strukturbildung und -förderung

3.1.1 Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbände (Handlungsfeld 4b)

Berlin verfügt im Gegensatz zu anderen Kommunen und Ländern mit den Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbänden in den Bezirken bereits über eine Vernetzungsstruktur im Bereich der Versorgung älterer Menschen. In der 80plus-Rahmenstrategie wurde angeregt, Gerontopsychiatrisch-Geriatriische Verbände (GGV) als bezirkliche Netzwerkträger an den Schnittstellen zwischen Geriatrie, Altenhilfe, Psychiatrie und Pflege zu stärken. Zur Vermeidung von Doppelstrukturen galt es zunächst, den Entwicklungsstand und die realen Potenziale der vorhandenen Verbände zu analysieren.

Die Prognos AG untersuchte im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung zwischen Oktober 2016 und September 2017 die Ist-Situation der sektorenübergreifenden Verbundarbeit und leitete Potenziale für eine verbindlichere, berufsgruppen- und trägerübergreifende Zusammenarbeit ab.

Der ausführliche Projektbericht sowie eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse stehen auf der [Internetseite zum 80plus-Prozess](#) zur Verfügung.

Ergebnisse:

Die Verbundarbeit ist je Bezirk unter sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen gewachsen, wodurch sich auch unterschiedliche Strukturen herausgebildet haben. Laut Prognos AG leben die Verbände, ausgestattet mit knappen Ressourcen, vom freiwilligen Engagement der Verbundmitglieder. Der Anteil der Akteurinnen und Akteure aus der Pflege überwiegt in allen Verbänden. Koordinierungsverantwortliche, Verbundmitglieder und Bezirksämter sind sich einig, dass Pflegestützpunkte aufgrund ihres gesetzlich verankerten Beratungs-, Vernetzungs- und Informationsauftrages und die Bezirksämter aufgrund ihrer strategischen Bedeutung für die politische Positionierung wichtige Partnerinnen und Partner in der Verbundarbeit sind. Insbesondere in enger Kooperation mit den Bezirksämtern haben die Verbände als Seismographen der bezirklichen Versorgungssituation die Chance, sich aktiv in die Versorgungsplanung einzubringen und ihr Potenzial weiter zu entwickeln. Die Prognos AG kommt zu dem Ergebnis, dass an vielen Stellen derzeit finanzielle und personelle Ressourcen, bspw. für die Öffentlichkeitsarbeit, die Planung und die Strategiefindung fehlen. Vor diesem Hintergrund lauten die zentralen Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Verbände:

- Netzwerkzusammenhalt braucht neben der Partizipation eine planerische Vorbereitung und Strukturierung der Ziele und Ideen. Das erhöht das Identifikationspotential für die Mitglieder.
- Die Verbundziele sollten u. a. direkt die verschiedenen Zielgruppen adressieren. Das erhöht den wahrgenommenen Nutzen und die Wirkung der Verbundarbeit. Zudem sollten die Ziele in einer handlungsleitenden Verbundstrategie gebündelt werden.
- Mit einer möglicherweise kostenfreien Beratung können Verbünde, die eine Geschäftsform für ihren Verbund (z. B. Verein oder Stiftung) anstreben, bei Bedarf sehr wirkungsvoll unterstützt werden.
- Die Prognos-Studie empfiehlt, „für die Koordinierungsaufgaben in den Verbänden möglichst feste und ausreichend finanzierte Stellenanteile vorzusehen“.
- Um eine langfristige und unabhängige Finanzierung sicherzustellen, sollten die Verbünde Finanzierungsmodelle aus mehreren Finanzquellen entwickeln und für die interne Funktionsfähigkeit, die Einführung von Mitgliedsbeiträgen prüfen.
- Es werden eine gezielte Mitgliederakquise sowie der Aufbau von weiteren Kooperationen empfohlen, um eine passende Verbundzusammensetzung und Vernetzung mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Sektoren Pflege, Gesundheit und Soziales zu erreichen.
- Das Wissen und die Expertise der Verbünde für die (Fort-)Entwicklung der bezirklichen Alten(hilfe)planung sollte umfassend genutzt werden.
- Es sollten feste Gremien in den Bezirksämtern für die strukturierte und kontinuierliche Zusammenarbeit mit den Verbänden gebildet werden.
- Die geplanten Geriatrie- und Altenhilfekoordinatorinnen und -koordinatoren sollten für eine ressortübergreifende Zusammenarbeit der Bezirksämter mit den Verbänden genutzt werden.
- Ein regelmäßiger politisch initiiertes Dialog mit den Verbänden kann dazu beitragen, dass die relevanten Themen und Handlungsansätze berlinweit in den Verbänden Rückhalt finden und zugleich die öffentliche Wahrnehmung der Verbundarbeit fördern.
- Ein Lernnetzwerk kann die Erfahrung und Expertise aus allen Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbänden für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nutzbar machen.

Die Senatsverwaltung hat die Ergebnisse des Prognos-Gutachtens ernst genommen und erkennt die Potenziale der Verbünde an. Damit diese Potenziale freigesetzt werden können, wurden auf der Grundlage dieser Empfehlungen die bezirklichen Verbünde auch finanziell mit dem Doppelhaushalt 2018 und 2019 gestärkt.

Schlussfolgerung:

Zur Förderung der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände (GGV) stellt das Land Berlin für das Jahr 2018 insgesamt 330.000 Euro und für das Jahr 2019 nochmal 180.000 Euro Fördermittel zur Verfügung.

Ziel der Förderung ist, in den Berliner Bezirken:

- die nachhaltige, sektorenübergreifende Vernetzung auszubauen. Dabei gilt es, Akteurinnen und Akteuren aus dem medizinischen und gesundheitlichen Bereich stärker an der bezirklichen Verbundarbeit zu beteiligen. Dies können beispielsweise die Haus- bzw. Fachärzteschaft und/oder deren Verbände, Krankenhäuser, psychiatrische Einrichtungen, Einrichtungen zur Rehabilitation, Krankenkassen etc. sein.
- Standards für die verbindliche Zusammenarbeit (weiter) zu entwickeln. Dazu gehören Ansätze und Instrumente zum Abbau von Schnittstellen und Sektorengrenzen.

Seit 2018 werden 10 von insgesamt 14 bezirklichen Verbänden gefördert. Welche Vorhaben sind das? Verbände mit bisher informellen Strukturen legen ihren Schwerpunkt eher auf die Findung geeigneter, verbindlicher Organisationsformen. Verbände mit bereits gut ausgeprägten strukturellen Organisationsformen (z. B. Vereine) erproben sich eher in der Weiterentwicklung von Ansätzen und Instrumenten zur Schnittstellenverbesserung (bspw. die Implementierung von Versorgungspfaden, Runde Tische, Fachtagungen, gemeinsame Fortbildungen). Für einige ist damit auch ein Zielfindungsprozess bezüglich der Ausrichtung und Wirkungsweise des GGV verbunden.

Ein Beispiel:

Der Gerontopsychiatrische Verbund Spandau hat sich 2003 auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung und einer Geschäftsordnung gegründet. Ziel des Verbundes ist die Sicherstellung einer möglichst lückenlosen Versorgung im gerontopsychiatrischen Bereich im Bezirk. Heute hat der Verbund 26 Mitglieder aus den ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsbereichen des Bezirks. Alle Mitglieder engagieren sich ehrenamtlich, und es werden keine Beiträge erhoben. Aus Sicht der Geschäftsführung des Verbundes ist das die Achillesferse des Verbundes. Denn um die Arbeit innovativ aufzustellen, braucht es Kontinuität und personelle Ressourcen. Dafür werden die Fördermittel der Senatsverwaltung eingesetzt.

Bei vielen eingereichten Vorhaben spielt die verbesserte Einbindung des medizinisch-gesundheitlichen, therapeutischen und rehabilitativen Bereichs eine wichtige Rolle. Die Einbindung der Bezirksamter ist dabei Voraussetzung, um ein gemeinschaftlich, zielgerichtetes Wirken zu garantieren.

Begleitend zur Förderung fanden auf Initiative der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung seit 2018 drei überbezirkliche Netzwerktreffen statt, welche die Senats-

verwaltung moderierte. Daran beteiligten sich auch zwei der nicht geförderten Verbände. Die Treffen dienen dem gegenseitigen Austausch und der Bearbeitung übergreifender Fragestellungen, wie beispielsweise Finanzierungsmöglichkeiten oder Gewinnung neuer Netzwerkpartnerinnen und -partner (siehe Prognos-Empfehlung zum „Lernnetzwerk“).

Was hat die Zielgruppe davon?

Alte und hochaltrige Menschen profitieren von einer vernetzten Versorgungsstruktur. Verschiedene Leistungen können besser aufeinander abgestimmt werden, Leistungen können empfohlen werden, Versorgungsbrüche werden minimiert, Versorgungslücken können identifiziert und geschlossen werden u. v. m. Langfristig kann diese Form der ineinandergreifenden Versorgung zu Kostensenkungen, bspw. durch die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen, führen. Sie erhöht zudem die Sicherheit für die Einzelne und den Einzelnen, auf ein umfassendes Versorgungsangebot zurückgreifen zu können.

3.1.2 Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem (Handlungsfelder 2, 4b, 5, 7)

Die Bedeutung von Lotsinnen und Lotsen im Versorgungssystem wird seit vielen Jahren in Fachkreisen diskutiert. Besonders dort, wo Versorgungsbedarfe und -anforderungen sehr komplex sind, und viele Menschen an der Versorgung beteiligt sind, wird die Notwendigkeit von Lotsinnen und Lotsen als Bindeglied zwischen den Versorgungsbereichen und Akteurinnen bzw. Akteure betont.

Vor diesem Hintergrund erstellte das IGES Institut im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Zeitraum von April bis Dezember 2017 ein Gutachten zu Lotsinnen und Lotsen im gesundheitlichen, pflegerischen und sozialen Versorgungssystem inklusive eines Überblicks über international, bundesweit und lokal existierende Ansätze. Darüber hinaus entwickelte das Institut Ideen für Modellprojekte.

Der ausführliche Projektbericht sowie eine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse stehen auf der [Internetseite zum 80plus-Prozess](#) zur Verfügung.

Ergebnisse:

Im Ergebnis der umfangreichen Recherchen und Analysen wurde deutlich, dass es in Deutschland eine Reihe von sozialrechtlichen Vorgaben und Leistungsansprüchen für Versicherte gibt, die ein umfassendes Versorgungsmanagement auch und gerade bei komplexen Bedarfslagen älterer Menschen sicherstellen sollen. Gleichzeitig zeigt die Praxis und die vielen Bemühungen um die Etablierung von Versorgungslotsinnen und -lotsen in Modellprojekten, dass der demografisch bedingte wachsende Bedarf an Versorgungssteuerung durch die Leistungserbringer noch nicht gedeckt werden kann.

Das gilt auch für Berlin, wo es vielfältige Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Bürgerinnen und Bürger in allen Bezirken gibt, die aber bei der Zielgruppe und den beteiligten Akteurinnen und Akteuren (insb. Leistungserbringer) z. T. zu wenig bekannt sind. Daher kommt es insbesondere an der Schnittstelle stationär-ambulant (nach Krankenhausaufenthalt) bei älteren, multimorbiden Patientinnen und Patienten zu Versorgungsbrüchen mit entsprechenden negativen Folgen für die Gesundheit und die gesamte Lebenssituation (Verlust von Selbstständigkeit).

Empfehlungen für die (Weiter-)Entwicklung von Lotsenansätzen in Berlin

Die Wissenschaftlerinnen identifizierten drei Ansatzpunkte für konkrete Modellprojekte in Berlin. Diese liegen auf unterschiedlichen Ebenen und adressieren unterschiedliche Teilgruppen hochaltriger Menschen:

- Stärkung der Prävention: Niedrigschwelliger Zugang zu alleinlebenden Hochaltrigen mit dem Ziel der frühzeitigen Feststellung von Unterstützungsbedarfen
- Schaffung eines „Dachportals“: Bündelung der Berliner Internetangebote für die Zielgruppe der Seniorinnen und Senioren
- Umfassendes Fallmanagement bei chronisch Kranken: Versorgungsmanagement für Personen mit komplexem Versorgungsbedarf auf Struktur- und Fallebene.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass es nicht „die“ Versorgungslotsin bzw. „den“ Versorgungslotsen gibt, die/der die vielfältigen Schnittstellenprobleme und Bedarfe der Hochaltrigen lösen bzw. decken kann. Hervorzuheben ist die Erkenntnis, dass ein punktuell ergänzender Einsatz von Versorgungslotsinnen und -lotsen einhergehen muss mit der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen im Sinne einer besseren und verbindlichen Kooperation der Leistungserbringer und auch der Verantwortlichen in den Bezirken.

Schlussfolgerung:

Die Senatsverwaltung prüft derzeit, wie bereits vorhandenen Strukturen mit Ansätzen von Lotsenfunktionen weiterentwickelt oder neue innovative Ansätze für Berlin pilotiert werden können (siehe Kapitel 5 Ausblick).

Was hat die Zielgruppe davon?

Lotsinnen und Lotsen können u. a. Unterstützung bei der Orientierung im Versorgungssystem geben, sie können in den verschiedenen Bereichen (Gesundheit, Pflege, Soziales) auf sinnvolle Hilfen verweisen, Isolation und Einsamkeit verringern, frühzeitig auf Problemlagen reagieren, Hilfe zur Selbsthilfe bieten und zur Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung beitragen.

3.1.3 Altenhilfe-/Geriatríekoordination – Beschreibung des Aufgabenkreises (Handlungsfelder 4b, 7)

Gemäß der Richtlinien der Regierungspolitik sowie der 80^{plus}-Rahmenstrategie sind in allen Berliner Bezirksämtern Stellen für die bezirkliche Altenhilfe-/Geriatríekoordination zu etablieren. Um für dieses Aufgabenfeld ein abgestimmtes Stellenprofil zu entwickeln, wurde auf Basis eines Beschlusses des Rats der Bürgermeister eine bezirks- und ressortübergreifende Arbeitsgruppe „Profil bezirkliche Altenhilfe-/Geriatríekoordination“ eingesetzt (siehe RdB-Beschluss Nr. R-265/2017). Diese tagte im Januar, März und April 2018. Daran haben sich Vertreterinnen und Vertreter der Bezirke, der Landesseniorenmitwirkungsgrémien sowie der relevanten Senatsverwaltungen beteiligt. Gemeinsam wurden im Rahmen eines **Muster-Beschreibung des Aufgabenkreises** (BAK) Anforderungen, Ziele, Aufgaben und Schnittstellen der bezirklichen Altenhilfe-/Geriatríekoordination erarbeitet. Um den jeweiligen bezirklichen Besonderheiten Rechnung zu tragen, umfasst diese Muster-BAK sowohl Inhalte der Altenhilfe- als auch der Geriatríekoordination.

Die Stärkung der bezirklichen Altenhilfe-/Geriatríekoordination ist in enger Verbindung zu den Verbundstrukturen zu betrachten. Das Zusammenspiel beider kann effektiv zu einer koordinierten, vorausschauenden wie auch nachhaltigen Versorgungsstruktur für hochaltrige Menschen im Bezirk beitragen.

Was hat die Zielgruppe davon?

Mit der Altenhilfe-/Geriatríekoordination existiert eine Planungsstelle in den Bezirken, die sich mit dem Aufbau einer altersgerechten Lebens-, Wohn und Versorgungsstruktur befasst und entsprechende Planungsprozesse zum Wohle der Zielgruppe anstößt. Die Qualität ihrer Arbeit hängt in hohem Maße von einer guten Vernetzung mit den Akteurinnen und Akteuren im Bezirk ab.

Ein Beispiel: Vielerorts wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen steigen. Sich abzeichnende Bedarfe sind durch die Planungsstellen möglichst frühzeitig zu identifizieren, bspw. die benötigte Anzahl von Kurzzeitpflegeplätzen. Auf der Basis statistischer Kennzahlen (demografische Entwicklung, Pflegestatistik etc.) lässt sich das berechnen. Im Anschluss daran braucht es den engen Kontakt zu Trägern, die auf dieser Grundlage Angebote entwickeln können.

Für die Einrichtung entsprechender Stellen für Altenhilfe-/Geriatríekoordination stehen den Berliner Bezirken Mittel aus dem Bezirksplafond zur Verfügung. Um die Finanzausstattung den Herausforderungen der Wachsenden Stadt gerecht zu werden und den Bezirken Handlungsspielräume für eigene politische Entscheidungen eröffnen zu können, wird der Bezirksplafond bis zum Ende der Legislatur um zusätzliche 360 Mio. Euro über alle Bezirke erhöht. In diesem Zusammenhang werden unter anderem insgesamt 818,5 Vollzeitäquivalente zur Verfügung gestellt, die von den Bezirken in eigener Verantwortung, unter Beachtung der Richtlinien der Regierungspolitik, zu besetzen sind. Ein ausdrücklich genannter Aufgabenbe-

reich ist die Koordination der Altenhilfe. In einigen Bezirken wurden diese Stellen bereits eingerichtet, andere Bezirke befinden sich im Besetzungsverfahren und einige planen die Ausschreibung solcher Stellen im Laufe des Jahres.¹

3.2 Maßnahmen zur Angebots(weiter-)entwicklung

3.2.1 Altenhilfe-/Geriatriekoordination – Auftragsweise Bewirtschaftung (Handlungsfelder 4b, 7)

Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Landes- und Bezirksebene, wie bspw. beschrieben im Zusammenhang mit der Erarbeitung der Muster-BAK für die bezirklichen Altenhilfe-/Geriatrieko-ordination, wird im Rahmen der sogenannten **auftragsweisen Bewirtschaftung** fortgeführt. Das Ziel dieser Förderung ist es, die bezirkliche Altenhilfe-/Geriatriekoordination weiter auszubauen. Dafür standen bzw. stehen den Bezirken für das Jahr 2018 max. 10.000 Euro und für das Jahr 2019 max. 5.000 zur Verfügung. Die Verwendung der Haushaltsmittel ist an definierte Förderschwerpunkte gebunden. Die geförderten Maßnahmen teilen sich in die zwei Förderschwerpunkte:

(1) Konzeptionelle Grundlagen zur fachlichen Stärkung der bezirklichen Altenhilfe-/Geriatriekoordination. Damit sind z. B. Datenanalysen, Bürgerbefragungen oder Zukunftswerkstätten gemeint.

(2) Qualifizierung und Vernetzung zur fachlichen Stärkung der Altenhilfe-/Geriatriekoordination. Hierzu zählen u. a. Schulungen und Fortbildungen für ehrenamtliche Mitarbeitende im Bereich der Altenhilfe.

Sechs Bezirke (Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Pankow, Lichtenberg, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg) nahmen in 2018 die auftragsweise Bewirtschaftung in Anspruch. 11 Bezirke haben für das Jahr 2019 einen Antrag gestellt. Die geförderten Maßnahmen reichen von Bedarfsanalysen, Haushaltsbefragungen über Weiterbildungen und die Etablierung einer Online-Plattform.

Ein Beispiel:

Um Schwerpunktthemen der Altenplanung zu benennen und Versorgungslücken zu identifizieren, wurde vom Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg u. a. ein moderierter Workshop mit der bezirklichen Seniorenvertretung geplant. Das Ziel war es, Klarheit zu schaffen, welche Themen in den Fokus genommen werden müssen und welche Daten hierzu ggf. noch erforderlich sind. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit übernimmt die bezirkliche Seniorenvertretung eine aktive und gestaltende Aufgabe.

¹ Der konkrete Umsetzungsstand zur Altenhilfekoordination in den 12 Berliner Bezirken ist in der Schriftlichen Anfrage Nr. 18/20051 dokumentiert.

3.2.2 Bewegung, Mobilität und Teilhabe älterer Menschen (Handlungsfeld 1)

Im Juli 2017 startete das Modellprojekt „Bewegung, Mobilität und soziale Teilhabe älterer Menschen im Rahmen vernetzter Arbeit im Sozialraum fördern“. Daran beteiligt sind die AOK Nordost, die für Gesundheit und Sport zuständigen Senatsverwaltungen, Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. sowie der Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg und das Nachbarschaftshaus Urbanstraße e. V. (NHU). Das Zentrum für Bewegungsförderung Berlin (ZfB Berlin), in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg, unterstützt den kooperativen Prozess. Die lokale Trägerschaft und Koordination der Umsetzung liegt federführend beim Nachbarschaftshaus Urbanstraße e. V.

Ausgehend vom Handlungsfeld 1 „Prävention und Gesundheitsförderung stärken“ des Dialogprozesses 80^{plus}, greift das kooperative Modellprojekt die Gesundheitszielbereiche „Bewegung“ und „sozialraumorientierte Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe“ unter dem Berliner Gesundheitszieleprozess „Selbstständigkeit und Lebensqualität im Alter erhalten“ auf.

Gemeinsames Ziel ist die Förderung und der Erhalt von Bewegung und Mobilität sowie die Stärkung der sozialen Teilhabe bei älteren Menschen durch die Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern vor Ort.

Die bisherigen Aktivitäten umfassen:

- eine Informationsveranstaltung „Älter werden in Kreuzberg“,
- der Start der Kampagne „Ziemlich beste Nachbarn“,
- die Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- die Umsetzung der „Qualifizierungsreihe Alltagsaktivierung“,
- die Erarbeitung eines Handbuchs mit niedrigschwelligen Bewegungsübungen,
- die Durchführung von Kiezspaziergängen „Älterwerden im Kiez“.

Was hat die Zielgruppe davon?

Alte und hochaltrige Menschen profitieren von diesen bewegungs- und teilhabefördernden Leistungen. Durch die Bewegungsangebote werden nicht nur die Mobilität erhalten und der Bewegungsapparat gestärkt. Die Angebote bringen Menschen zusammen und leisten damit einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung sozialer Isolation und Einsamkeit, die nachweislich Risikofaktoren für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit sind. Gleichzeitig können diese Angebote auch Angehörige entlasten und Freiräume schaffen. Die Stärkung der Nachbarschaften ist zudem ein Gewinn für das Zusammenleben der Menschen in ihrem Quartier und fördert, ganz im Sinne des siebten Altenberichtes der Bundesregierung, die Sorge und Mitverantwortung der Menschen vor Ort.

Der Projektzeitraum erstreckt sich bis Dezember 2019. Es ist geplant, das Modellprojekt wissenschaftlich zu evaluieren. Nach Abschluss der Begleitevaluation ist der Transfer auf weitere bezirkliche Standorte denkbar.

3.3 Maßnahmen zur Vernetzung, Transparenz und Qualifizierung

In diesem Bereich werden überwiegend Vorhaben aus dem Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“ umgesetzt. Nachfolgend wird auf eine Auswahl zentraler Veranstaltungen und besonderer Projekte näher eingegangen.

3.3.1 Beteiligung von Hausärztinnen und Hausärzten (Handlungsfeld 5)

Eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung am Lebensende nehmen Hausärztinnen und Hausärzte ein. Bei Netzwerktreffen auf berlinweiter Ebene wurde die Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband Berlin und Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin in den letzten beiden Jahren wesentlich intensiviert. So fand beispielsweise das 4. Berliner Hospizforum am 16.11.2018, das sich dieses Mal mit der ambulanten Palliativversorgung beschäftigte, unter maßgeblicher Beteiligung von Vertreterinnen und Vertreter dieser beiden Organisationen statt (siehe Abbildung 3). Sie sind seit 2017 auch aktiv am Runden Tisch Hospiz- und Palliativversorgung in Berlin bzw. seinen themenbezogenen Arbeitsgruppen vertreten.

Abbildung 3: Impulsvortrag Kassenärztliche Vereinigung



Quelle: SenGPG

3.3.2 Beratung am Lebensende (Handlungsfeld 5)

Im Juni 2017 begrüßte Frau Senatorin Kalayci die Teilnehmenden zum „1. Gesamttreffen aller relevanten Berliner Strukturen, die zur Versorgung am Lebensende beraten“ in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Rund 60 Personen, darunter ca. die Hälfte Vertreterinnen und Vertreter aus bezirklichen Beratungsstellen, bearbeiteten hier acht von neun Zielstellungen aus dem Handlungsfeld 5 „Versorgung am Lebensende“. Diskutiert wurden die Themen:

- Transparenz und Kooperation der Beratungsstellen,
- Zentrale Beratungshotline Hospiz- und Palliativversorgung sowie
- Schulungs- und Konsultationsbedarfe.

Wichtige Anliegen der Beratungsstellen, wie die Frage nach bedarfsorientierter Ausstattung, einer zeitnahen Schaffung von Transparenz über eine zentrale Internetseite und der Wunsch nach weiterem Austausch und Vernetzung, kamen zur Sprache.

Im September 2018 fand das 2. Gesamttreffen statt. Diesmal mit den beiden Schwerpunkten Transparenz zu Beratungsangeboten und Schnittstellen zum Krankenhausbereich. Beim ersten Schwerpunkt wurde direkt an das vorjährige Treffen angeknüpft und über zwischenzeitliche Entwicklungen (Stand Datenbank, aktualisierte Senatsbroschüre) informiert. Es erfolgten konkrete Abstimmungen zu Infoblättern und Internetauftritten. Beim zweiten Schwerpunkt standen insbesondere Fragen der Vorsorge für plötzlich notwendige Krankenhausaufenthalte bzw. der Notfallvorsorge sowie das Entlassmanagement bei schwerstkranken und sterbenden Menschen mit dem Blick auf die Kooperation der Krankenhaussozialdienste mit den ambulanten Stellen, die beraten oder Hilfen vermitteln bzw. organisieren, im Vordergrund.

Das 3. Gesamttreffen soll im November 2019 stattfinden.

3.3.3 Schulung zur Hospiz- und Palliativberatung (Handlungsfeld 5)

Im Ergebnis einer Kooperation der AOK Pflege Akademie, des Berliner Kompetenzzentrums Palliative Geriatrie, der Zentralen Anlaufstelle Hospiz, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes entstand das neue Fortbildungsangebot „Hospiz- und Palliativberatung für Sozial- und Pflegeberaterinnen bzw. -berater der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte nach §39b SGB V“. Es handelt sich um eine 16-stündige Qualifizierungsmaßnahme zur Vermittlung von Kernkompetenzen in Palliative Care und Hospizarbeit mit vierstündiger Hospitation bei einem lokalen Anbieter.

Nach erfolgreicher Pilotierung erfolgten 2017 weitere fünf Schulungen Berliner Sozial- und Pflegeberaterinnen und -berater der Krankenkassen, Pflegekassen und Pflegestützpunkte an

der AOK Pflege Akademie. Seit 2018 wird der Kurs jeweils einmal jährlich von der AOK Pflege Akademie angeboten.

Darüber hinaus offerierte am 19./20.11.2018 erstmals die Verwaltungsakademie Berlin die Fortbildung „Hospiz- und Palliativberatung für bezirkliche Sozial- und Gesundheitsberaternde“, angelehnt an das Curriculum zu §39b SGB V Hospiz- und Palliativberatung für Sozial- und Pflegeberaternde der Kranken-/Pflegekassen und Pflegestützpunkte. Die Fortbildung wird nunmehr mindestens einmal pro Jahr angeboten.

3.3.4 Fortbildung zur/zum „Demenz- und Palliativbeauftragten im Krankenhaus“ (Handlungsfelder 3, 5)

Die demografischen Entwicklungen wirken sich wie überall, auch in Berlin auf die Abläufe, Behandlungen und die Arbeitssituation von Mitarbeitenden in den Kliniken aus. Vulnerable Patientinnen- und Patientengruppen, wie Menschen mit demenziellen Veränderungen oder Sterbende, gehören zunehmend zum Behandlungsspektrum der Kliniken und stellen diese vor besondere Herausforderungen. Zum einen mangelt es nicht selten an ausreichend Zeit zur adäquaten Versorgung der Zielgruppen. Zum anderen ist das Wissen im Umgang mit diesen besonderen Lebens- und Erkrankungssituationen oft nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

Ziel der Zusatzqualifikation ist es, Demenz- und Palliativbeauftragte auszubilden, die im Krankenhaus abteilungsübergreifend für die Belange der genannten Zielgruppen sensibilisieren sowie als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ihr vertieftes Fachwissen weitergeben. Hierzu gehört auch die Vermittlung des Wissens über Akteurinnen- und Akteursgruppen und Institutionen, die in der Begleitung dieser anspruchsvollen Versorgung zusätzlich unterstützen können.

Was hat die Zielgruppe davon?

Hochaltrige Menschen erkranken häufiger an Demenz als andere Altersgruppen. Vor allem im Fall schwerer Erkrankungen stehen sie zudem in größerer Nähe zum Tod. Die Qualifizierungsmaßnahmen sollen dazu beitragen, dass patientennahe Berufsgruppen im Krankenhaus für die besonderen Wünsche, Belastungen und Bedarfe der Zielgruppe sensibilisiert werden. Das ist umso wichtiger, je weniger sterbende oder demenziell veränderte Menschen ihre Wünsche eigenständig formulieren können.

Die Zusatzqualifikation zur/zum Demenz- und Palliativbeauftragten umfasst zwei Module mit je 40 Unterrichtsstunden. Das erste Modul legt den Schwerpunkt auf das wichtige Thema „Demenz im Krankenhaus“. Das zweite Modul beschäftigt sich mit Fragen der „Palliativversorgung im Krankenhaus“.

Das Institut für Fort- und Weiterbildung der Alexianer wurde von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung damit beauftragt, das erste Modul „Demenz

im Krankenhaus“ der Zusatzqualifikation zur/zum Demenz- und Palliativbeauftragten zu erarbeiten und durchzuführen. Das geschah in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des St. Hedwig Krankenhauses / Standort Hedwigshöhe und der Alzheimer Gesellschaft Berlin e. V. Anfang 2019 schlossen 65 Personen aus 23 Krankenhäusern das 1. Modul erfolgreich ab. Der Großteil der Teilnehmenden kam aus dem Pflegebereich, vereinzelt sind auch andere Berufsgruppen vertreten.

Das 2. Modul wird von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG Bildung) und der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie konzipiert und durchgeführt. Dieser zweite Teil wird voraussichtlich bis spätestens Februar 2020 abgeschlossen sein.

Um die Teilnehmenden der Zusatzqualifikation bei ihrer derzeitigen Arbeit als Demenz- und Palliativbeauftragte zu unterstützen bzw. die Zeit für erste konkrete Umsetzungsschritte zu nutzen, begleitet sie eine Supervisorin. Diese führt pro Krankenhaus ein Gespräch, bei dem die Ziele, Probleme und Ressourcen visualisiert werden sollen.

4 Information, Austausch und Kommunikation

Weitere Neuigkeiten, aktuelle Entwicklungen und konkrete Vorhaben aus dem 80^{plus}-Prozess werden über einen **Infobrief** verbreitet, der 1- bis 2-mal im Jahre erscheint. Zudem sind auf der Internetseite die Abschlussberichte und Kurzzusammenfassungen der Studie zur Verbundarbeit (Prognos AG) sowie der Lotsen-Studie (IGES Institut) als barrierefreie Dokumente eingestellt.

Um darüber hinaus den Austausch der an der Versorgung beteiligten Akteurinnen und Akteure weiter zu fördern, ist perspektivisch eine Veranstaltung geplant, auf der innovative Projekte oder Projektideen in bzw. aus den Berliner Bezirken vorgestellt werden. Mit dieser Veranstaltung sollen gute Ideen und Ansätze in die Breite getragen und die Möglichkeit eröffnet werden, von- und miteinander zu lernen.

Da Daten und Fakten zur Zielgruppe der älteren Menschen für die Entwicklung einer bedarfs- und nutzerorientierten Versorgung in Berlin grundlegend sind, wird das **Faktenblatt** zu den „Soziodemografischen und gesundheitlichen Eckdaten der älteren Bevölkerung Berlins“ kontinuierlich aktualisiert und ebenfalls auf der oben aufgeführten Internetseite zur Verfügung gestellt.

Ein zentrales Thema der 80^{plus}-Rahmenstrategie, welches hochaltrige Menschen, ihre Angehörigen und beruflich damit befasste Akteurinnen und Akteure gleichermaßen stark beschäftigt, ist das Entlassmanagement vom Krankenhaus in die Häuslichkeit bzw. in die Nachsorge. Um Herausforderungen und Lösungsansätze mit allen Beteiligten zu diskutieren, hatte der **Landespflegeausschuss** in Kooperation mit der Senatsverwaltung am 24. Oktober 2018 zu einer **Sonderveranstaltung** mit dem Titel „Zusammenwirken von Krankenhaus und Nachsor-

gern – ein optimiertes Entlassmanagement“, eingeladen. Rund 100 Interessierte, darunter Vertreterinnen und Vertreter aus dem Krankenhauswesen, der Pflegepraxis, den Bezirksämtern, der Wissenschaft sowie Kostenträger haben sich über die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben im Klinikalltag ausgetauscht. In Workshops und auf dem Podium wurden u. a. Fragen der Kommunikation, des Patientenwillen, des Datenschutzes sowie der Zusammenarbeit diskutiert.

Auf der 15. **Landesgesundheitskonferenz** am 26. November 2018 mit dem Titel „Wachsende Stadt – Gesunde Stadt: Alterung und Zuwanderung in Berlin“ wurde ein zentrales Thema des 80^{plus}-Prozesses in einem vertiefenden Workshop thematisiert „Älter werden im Quartier – (Wie) Funktioniert das im wachsenden Berlin?“. Hier wurden sowohl das Problem der wachsenden Flächenkonkurrenzen und Verdrängungsprozesse, die viele ältere Menschen direkt oder indirekt betreffen, die Notwendigkeit von Vernetzung auf Sozialraumebene als auch die Notwendigkeit der Gleichzeitigkeit von digitalen und analogen Angeboten für Ältere diskutiert.

Derzeit werden unter Federführung der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales die **seniorenpolitischen Leitlinien** des Landes Berlin überarbeitet. Aus den bisher 17 Leitlinien werden zukünftig die vier Handlungsfelder (1) Gesellschaftliche und politische Teilhabe fördern, (2) Gleichberechtigte und vielfältige Teilhabe fördern, (3) Räumliche Bedingungen für Teilhabe schaffen sowie (4) Gesundheitliche und pflegerische Bedingungen für Teilhabe schaffen. Im Sinne der Richtlinien der Regierungspolitik (siehe Drucksache 18/0073, S. 32) gibt es bei der Vereinbarung von Maßnahmen im Handlungsfeld 4 sowie der Begleitung einer Fachtagung am 01.10.2019 eine enge Verzahnung mit dem 80^{plus}-Prozess.

5 Ausblick

Die vorgestellten Maßnahmen im Kontext des 80^{plus}-Prozesses sind erste, aber elementare Bausteine, um Defizite und Hürden in der gesundheitlichen und pflegerischen Unterstützung und Versorgung hochaltriger Menschen abzubauen. Damit wurde der Grundstein gelegt, um das Hauptziel einer auf Vernetzung und Kooperation basierenden, nutzerorientierten Versorgung zu erreichen. Doch ein Grundstein ist noch kein ausreichendes Fundament. Die 80^{plus}-Rahmenstrategie, wie auch die in Auftrag gegebenen Studien bzw. Gutachten, bestätigen, dass die eingeschlagene Richtung stimmt. Sie zeigen jedoch noch immer bestehende Defizite und bieten weitere Impulse, um die Versorgungsstruktur gewinnbringend für die Gruppe hochaltriger Menschen zu gestalten. In diesem Sinne geht es zum einen um die Weiterentwicklung des Systems an den Stellen, an denen sich noch klar Lücken identifizieren lassen. Es geht zum anderen aber auch im Sinne der Nachhaltigkeit um die Stabilisierung dessen, was aufgebaut wurde. Vor diesem Hintergrund werden nachfolgend weitere Planungen skizziert.

5.1 Präventive Hausbesuche

Zugehende Beratungsstrukturen helfen insbesondere hochaltrigen Menschen, sich im komplexen Unterstützungs- und Versorgungssystem zurecht zu finden. Sie können dazu beitragen, Isolation und Einsamkeit zu verringern. In einer Millionenstadt wie Berlin, in der 56 Prozent der Zielgruppe in Ein-Personen-Haushalten leben, ist dies ein vielzitiertes Problem.

Vor-Ort existieren bereits eine Reihe von aufsuchenden Strukturen mit unterschiedlicher Anbindung, Kompetenz und Schwerpunktsetzung, bspw. aufsuchende Angebote der Gesundheits- und Sozialämter in den Bezirken. Doch die sind mehrheitlich „anlassbezogen“. Wünschenswert ist ein niedrigschwelliges vorpflegerisches Angebot für hochaltrige Menschen ohne Krise, Erkrankung oder Gefährdung, das auf vorhandene Unterstützungsangebote „Rund ums Alter“ aufmerksam macht.

Die von der Senatsverwaltung in Auftrag gegebene Studie zu vorhandenen Potenzialen von Lotsenansätzen in Berlin im Kontext der 80^{plus}-Rahmenstrategie hebt einen Ansatz besonders hervor: Präventive Hausbesuche. Sie stellen nachweislich eine große Unterstützung für diese Zielgruppe dar. Präventive Hausbesuche tragen zu einem längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit bei und können durch frühzeitige Hilfen den Eintritt von Pflegebedürftigkeit abmildern und damit Kosten sparen.

Im Jahr 2020 sind – vorbehaltlich verfügbarer Haushaltsmittel² – vorbereitende Maßnahmen geplant. Die Entwicklung eines berlinspezifischen Konzeptes für präventive Hausbesuche, das die Besonderheiten einer vielfältigen, multikulturellen Großstadt berücksichtigt, stünde am Beginn. Zahlreiche Bundesländer liefern dafür gute Beispiele (Hamburg, Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen, Bayern). Während einer Erprobungsphase könnte die Umsetzung präventiver Hausbesuche in ausgewählten Berliner Bezirken (2 bis 3) realisiert und begleitend evaluiert werden. In den darauffolgenden Jahren (2022/2023) stünde der Transfer auf weitere bezirkliche Standorte aus.

5.2 Mobile geriatrische Rehabilitation

In der 80^{plus}-Rahmenstrategie wurde u. a. das Handlungsfeld 2 „Ambulante geriatrische Versorgung“ identifiziert. Aufgrund der in diesem Handlungsfeld ausgetauschten Informationen wurde deutlich, dass die geriatrische Versorgungssituation in Berlin nicht adäquat ist, insbesondere im Hinblick auf den hohen Anteil an älteren und hochaltrigen Bürgerinnen und Bürgern.

Vorbehaltlich verfügbarer Haushaltsmittel³ wird die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung im Jahr 2019 ein Förderprogramm entwickeln und ab 2020 umsetzen.

² Der Haushaltsentwurf für die Periode 2020/2021 wurde am 18. Juni 2019 beschlossen.

³ ebd.

Dieses soll sich voraussichtlich an Träger richten, die den Aufbau einer Versorgungsstruktur zur mobilen geriatrischen Rehabilitation beabsichtigen.

Wodurch zeichnet sich das Angebot aus? Die mobile geriatrische Rehabilitation (siehe § 40 Abs. 1 Satz 1 2. Variante SGB V) ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation. Maßnahmen der mobilen geriatrischen Rehabilitation werden durch ein multidisziplinäres Team von Spezialtherapeutinnen und -therapeuten unter kontinuierlicher ärztlicher Verantwortung durchgeführt. Empfängerinnen und Empfänger dieser Maßnahme sind geriatrische Patientinnen und Patienten, die sowohl eine geriatritypische Multimorbidität aufweisen und sich im Lebensalter ab 70 Jahren befinden. Die mobile geriatrische Rehabilitation ist sowohl für physisch, als auch für psychisch stark eingeschränkte Menschen geeignet. Sie wird im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden erbracht. Vorteile dieser zugehenden Versorgung sind u. a. die Versorgung im vertrauten Umfeld des bzw. der Rehabilitanden unter Einbezug vertrauter Personen, die Unterstützung von Alltagsroutinen und die Nutzung des persönlichen Wohnumfelds zur Wiederherstellung und Verstetigung von Alltagskompetenzen.

Dank an die Kooperationspartnerinnen und -partner

Es zeigt sich: Ohne sektoren- und akteursübergreifende Kooperation und Vernetzung können Zukunftsthemen wie Digitalisierung, Vernetzung, Sozialraumorientierung und vieles andere mehr nicht realisiert werden. Die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sieht in der Fortsetzung des 80^{plus}-Prozesses eine zentrale Grundlage für die zwingend notwendige Zusammenarbeit aller Beteiligten und damit für die Weiterentwicklung der Berliner Versorgungs- und Unterstützungsstrukturen. Denn die Fülle an Themen, deren Relevanz weit über die Jahre 2018/2019 hinausreicht, kann nur gemeinsam bearbeitet werden. Den vielen Berliner Akteurinnen und Akteuren, die seit September 2016 kontinuierlich an der Umsetzung der 80^{plus}-Rahmenstrategie beteiligt sind, gilt an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön.