



## **DOKUMENTATION**

**des 3. Fachdialoges im Rahmen des  
Dialogprozesses „80<sup>plus</sup> – Gesund-  
heitliche und pflegerische Versor-  
gung hochaltriger Menschen“**

**am 08. April 2016**

**im Hotel Aquino,**

**Tagungszentrum Kath. Akademie**

Am 8. April 2016 fand im Rahmen des Dialogprozesses „80<sup>plus</sup> - Gesundheitliche und pflegerische Versorgung hochaltriger Menschen“ im Hotel-Aquino ein dritter Fachdialog statt. Rund 110 Expertinnen und Experten der Gemeinsamen Selbstverwaltung, der Seniorenvertretungen sowie aus den Senats- und Bezirksverwaltungen folgten der Einladung, um in den Handlungsfeldern „Ambulante geriatrische Versorgung“ (HF 2), „Versorgung am Lebensende“ (HF 5) und „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (HF 6) ihre Perspektiven auszutauschen und gegensätzliche Standpunkte zu diskutieren.

### Gesundheitssenator Czaja mit den Handlungsfeld-Verantwortlichen auf dem 3. Fachdialog



Foto erste Reihe, v. l.: Senator Mario Czaja, Wolfgang Pütz, Prof. Dr. Michael Berliner, Elke Schilling, Rebecca Zeljar, Christa Matter, zweite Reihe, v. l.: Dr. Sabine Hermann, Dr. Claus Köppel, Juliane Nachtmann, Ulla Rose, Dr. Rainer Koch, Dr. Christian Stofft, Dr. Angela Kloppenborg, Dr. Michael Christian Schulze, Katharina Lücke, dritte Reihe, v. l.: Dr. Christina Fuhrmann, Stefan Pospiech, Korkmaz Özman

Die Verantwortlichen der Handlungsfelder haben intensiv an der Vorbereitung des 3. Fachdialoges gearbeitet. Vorab wurden von jedem Handlungsfeld Fragebögen entwickelt. Deren Antworten wurden zur Auswertung gebündelt und in relevante Themen geclustert. Auf Grundlage dieser Fragebogen-Auswertung wurden in jedem Handlungsfeld zwei bis drei Arbeitsgruppen gebildet. Auf den kommenden Seiten werden die wichtigsten Ergebnisse der jeweiligen Arbeitsgruppen vorgestellt.

## Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 2: Ambulante geriatrische Versorgung

Das Handlungsfeld 2 „Ambulante geriatrische Versorgung“ diskutierte auf dem 3. Fachdialog in drei Arbeitsgruppen. Diese unterschieden sich thematisch nicht. Alle drei Arbeitsgruppen fragten danach:

- 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?



Nachfolgend werden ausgewählte Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

### 1. Datengrundlage

Für die Planung einer bedarfsgerechten Versorgung älterer Menschen werden zunächst belastbare Daten benötigt. Die gibt es bislang nicht. Aussagen zur Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten bzw. Prognosen zur voraussichtlichen Entwicklung der Zah-

len 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.

## **2. Geriatrische Basisversorgung**

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. Aktuell gibt es bei dieser „basisgeriatrischen Versorgung“ große Defizite. Zum einen fehlt oftmals die Zeit für die aufwändige 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. Mangelnde Vergütungsanreize spielen sowohl für die suboptimale Versorgung als auch für die diesbezüglich zurückhaltende Fortbildungsbereitschaft eine wichtige Rolle. Abhängig von den belastbaren Daten sollte eine bestimmte Mindestanzahl von Hausärztinnen und Hausärzten mit einer geriatrischen Zusatzqualifikation pro Bezirk oder Einwohnerzahl vorgehalten werden, die dann auch entsprechend vergütet werden und einer Qualitätssicherung unterliegen.

## **3. Geriatrische Spezialversorgung**

Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzeptes braucht es darüber hinaus niedergelassene Geriaterinnen und Geriater in geriatrischen Schwerpunktpraxen. Diese müssen hinreichend 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 aber auch behandeln, betreuen und verordnen können.

Zwischenzeitlich könnte die bestehende Versorgungslücke vorübergehend durch die „neuen“ Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) geschlossen werden, die dann ebenso behandeln, betreuen und verordnen können sollten, wie die angedachten Schwerpunktpraxen.

Auch für die Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen sollen, abhängig von der Datengrundlage, Bedarfszahlen pro Bezirk oder Einwohnerzahl festgelegt werden.

Für alle Neuerungen, die das abgestufte geriatrische Versorgungskonzept betreffen, ist es erforderlich, dass die bundesrechtlichen Rahmenbedingungen angepasst werden, so dass sich beispielsweise qualifizierte Geriaterinnen und Geriater überhaupt in eigener Praxis niederlassen können.

## **Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 5: Versorgung am Lebensende**

### **Ergebnisse AG I: Ausbau der Beratung „Versorgung am Lebensende“**

Anhand der zur Diskussion stehenden Fragen hat ein konstruktiver Austausch mit den Arbeitsgruppenmitgliedern stattgefunden. Da die Teilnehmenden aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen stammten, war die Arbeitsgruppe ausgewogen und heterogen besetzt. So konnte eine vielfältige Diskussion des Themas „Beratung“ gewährleistet werden. Das Interesse und der Austausch der Beteiligten im System, insbesondere in Bezug auf die vorhandenen Beratungsangebote, hat eine positive Dynamik in der Diskussion eingenommen. Interessant war, dass trotz der Tatsache, dass die Arbeitsgruppenmitglieder Teil des Systems sind, sie nicht von allen vorhandenen Beratungsangeboten Kenntnis hatten. Damit wurde ersichtlich, dass das Thema Transparenz weiter auf der Agenda stehen wird.

Aus der Praxis der Beratung zeigt sich, dass die Vorgaben des Datenschutzes in großen Teilen dazu führen, dass im Interesse einer ausgewogenen und angemessenen Beratung von Versicherten, Angehörigen oder Weiteren, Hemmnisse auftreten. So dürfen zum Beispiel Beraterinnen und Berater nicht von sich aus zu Betroffenen Kontakt aufnehmen, auch wenn es dafür wichtige Gründe gibt. Die Arbeitsgruppenmitglieder können keine Änderung der Regelungen des Datenschutzes bewirken, die Diskussion über diesen Themenbereich ist jedoch von großer Bedeutung.

Die letzten Jahre haben gezeigt, dass Berlin in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch die Zusammenarbeit aller Akteure zugunsten der Betroffenen/Angehörigen ein positives Beispiel darstellt. Für den Bereich der allgemeinen Palliativversorgung wäre der Bereich der SAPV demnach eine positive Blaupause, die durch

Engagement der beteiligten Akteure zu einem Erfolg führen kann. Im Sinne der Ratsuchenden hält die Arbeitsgruppe fest, dass auf eine stärkere Vernetzung der Beratungsangebote zu fokussieren ist. Um das Interesse stärker zu befördern, sollte parallel dazu eine gemeinsame Öffentlichkeitsoffensive für die vorhandenen Pflegestützpunkte in Verbindung mit den bestehenden Beratungsangeboten in die Wege geleitet werden.



Mit dem Ziel, den Versicherten, den Betroffenen, den Angehörigen und auch den Versorgern eine adäquate Beratungsvielfalt anbieten zu können, wird ein zentrales Beratungstelefon vorgeschlagen. Durch diese Bündelung der Kompetenzen und Erfahrungen können die Interessen und die Anforderungen an eine hochwertige und qualifizierte Beratung umgesetzt und in einem zentralen Beratungstelefonangebot zur Verfügung gestellt werden. In der Diskussion wird hervorgehoben, dass sowohl bei der Umsetzung der Maßnahmen als auch der genannten Ziele die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten unabdingbar sei.

### **Ergebnisse AG II: Hospiz- und Palliativnetzwerke**

Beginnend mit einer Analyse der Ist-Situation, fand ein Austausch über vorhandene Hospiz- und Palliativnetzwerke in Berlin, deren Strukturen und Beteiligte statt. Anschließend

wurden die Anforderungen an eine konstruktive Netzwerkarbeit erörtert und Verbesserungspotenziale diskutiert.



Die Arbeitsgruppe hat sich für eine Stärkung der regionalen Hospiz- und Palliativnetzwerke ausgesprochen. Eine multiperspektivische, sektorenübergreifende Ausrichtung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen und Angehörigen orientiert, sollte gefördert werden. Gefordert wird eine Koordinierungsstelle Hospiz/Palliativ, die berlinweit und trägerunabhängig über bestehende Netzwerke, Versorgungsangebote und Ansprechpartner informiert. Die Transparenz soll mit einer virtuellen Landkarte, in der Akteure und Institutionen in den Bezirken verzeichnet sind, erhöht werden. 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.

## Zusammenfassende Ergebnisse Handlungsfeld 6: Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Weiterentwicklung der geriatrischen Kompetenz muss im ärztlichen Bereich den unterschiedlichen Phasen der Aus-, Weiter- und Fortbildung 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). 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.



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. Auch veränderte Personalbemessungsverfahren sowie eine höhere Fachkraftquote für Weitergebildete in der stati-



onären 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.



Im Fachdialog regen die Therapeutinnen und Therapeuten eine standardisierte Basisqualifikation im Rahmen der Ausbildung an. Ein Pflichtmodul „Geriatric“ könnte auch eine interdisziplinäre Ausbildung voranbringen. Gefordert sind hier Senat (Rahmenkompetenz) und jeweilige Schule. Eine spezielle Geriatric-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.

## Fazit aus Sicht der Seniorenvertretung

*Elke Schilling, SeniorInnenvertretung Mitte und Landesseniorenbeirat*

Wichtig scheint mir zunächst und vor allem der Blick auf das, was hier nicht benannt wird: Selbstbestimmung und Teilhabe als Mensch (80<sup>plus</sup>) auch in den hier diskutierten Aspekten dieser letzten Lebensphase. Das heißt, für über 80-Jährige muss in allen Ziel-

setzungen und Maßnahmen auf eine gute Balance zwischen Fürsorge und Versorgung versus deren Selbstbestimmung und Teilhabe geachtet werden.

## *Handlungsfeld 2: Ambulante geriatrische Versorgung*

Je nach Stellung im System klaffen die Sichten in der Vorbereitungsgruppe auf Strukturen der ambulanten Versorgung radikal auseinander: Von „sehr umfangreichen Versorgungsangebot“, als Einschätzung der Vertreterinnen und Vertreter von Institutionen und Krankenkassen, bis zu „nicht vorhanden“ seitens der unmittelbar mit der Versorgung Befassten. Naturgemäß schaue ich als Interessenvertreterin der „Versorgten“ sehr besorgt auf die Wahrnehmungen der unmittelbar Versorgenden. Die gefundenen guten Beispiele zeigen vor allem eines – die in Berlin vorhandenen guten punktuellen Projekte von Trägern, Institutionen und Bezirken scheinen im Vergleich mit Strategien andernorts nach berlinweit verbindenden Netzwerken und einer Landesstrategie für die ambulante Versorgung zu rufen. Wobei es scheint, dass die Vernetzung per se als ungenügend eingeschätzt wird und Rahmenbedingungen dafür noch geschaffen werden müssen. Der festgestellte Mangel an Heim- und Hausbesuchen ist angesichts der schwindenden Mobilität in den letzten Lebensjahren und des sich für viele Menschen über 80 Jahren rapide einschränkenden Aktionsradius schlichtweg besorgniserregend. Angesichts der Tatsache, dass die meisten Menschen über 80 Jahren zuhause leben wollen und dort gute Versorgung brauchen könnten, bin ich froh, dass hier und jetzt versucht wird, eine Gesamtschau auf kurzfristig mögliche und hoffentlich auch nachhaltige Lösungen zu erarbeiten und hoffe sehr, dass das auch gelingt.

## *Handlungsfeld 5: Versorgung am Lebensende*

Im Handlungsfeld deutet die Zusammenfassung der Arbeitsgruppenergebnisse auf Entwicklungsbedarf von vorhandenen Angeboten und deren Vernetzung hin. Demzufolge bin ich sehr gespannt darauf, was in diesem Handlungsfeld neben der Ist-Analyse, der Angebote an Vorstellungen zu Kooperationen und Netzwerken sowie eindeutigen und transparenten Beratungsstrukturen, entwickelt wird. Und natürlich frage ich mich auch hier angesichts des Wunsches der meisten alten Menschen, in Frieden zuhause sterben zu dürfen, inwieweit das dann auch „gut versorgt“ und weitgehend selbstbestimmt geschehen kann.

## *Handlungsfeld 6: Aus, Fort- und Weiterbildung*

Es scheinen Anreize zur fachspezifischen Qualifizierung auf allen Ebenen und in allen beteiligten Disziplinen notwendig. „Bundesrechtliche Vorgaben“, „Föderale Besonderheiten“, „Wissenschaftsfreiheit“, „Selbstverwaltung“, „Aufgabe von Kammern und Arbeitgebern“ sind Stichworte für unterschiedliche Zuständigkeiten und Regelungsebenen, welche rasche Regelungen multisektoraler Lösungsansätze erheblich zu erschweren scheinen. Insbesondere scheint mir der festgestellte Mangel an geriatrisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich, den Wünschen und Bedürfnissen der älteren Menschen diametral entgegen zu stehen.

## *Meine Vision für das Jahr 2030*

2030 ist die Mehrzahl der heute mit mir im Interesse der älteren Bewohnerinnen und Bewohner dieser Stadt freiwillig Agierenden selbst schon seit einiger Zeit Teil der Zielgruppe. Was ist in 14 Jahren (2 ½ Legislaturperioden oder 3 bis 5 Ausbildungsjahrgängen) an Veränderungen möglich? Wie weit darf meine Vision reichen, um nicht zur Illusion mit nachfolgender Ent-Täuschung zu geraten? Optimistisch gesehen, zeigt meine Vision:

- Die Lotsenfunktion liegt in einer Hand, deren Arbeit von den Interessen der Zielgruppe, der Menschen 80<sup>plus</sup>, bestimmt wird.
- Es gibt transparente und vernetzte Strukturen, in deren Mittelpunkt die angemessene, bedürfnisgerechte Versorgung des in seinen Möglichkeiten selbstbestimmten und wohlinformierten Menschen in seiner letzten Lebensphase und der ihn oder sie versorgenden Angehörigen stehen.
- Zu transparenten Angeboten gibt es niedrigschwellig verfügbare Informationen, die den mittelbar und unmittelbar Beteiligten – also den Alten und ihren Angehörigen – ermöglichen, die für den alten Menschen passenden, sachgerechten Leistungen zu wählen.
- Es gibt ausreichend Personal auf allen Ebenen, also Beratung, Pflege, Therapie und Medizin, das fachspezifisch gut aus- und fortgebildet ist, um neben der notwendigen Versorgung auch wertschätzend und respektvoll mit alten Menschen und deren Besonderheiten und Bedürfnissen umgehen zu können.
- Insbesondere sind Haus- und Heimbefuche unkompliziert und selbstverständliche Praxis im Umgang mit Menschen 80<sup>plus</sup>.

## *Meine Sicht auf die Ergebnisse dieses Tages*

Für die Statistikerin ist es Basiswissen – ohne valide Datenbasis gibt es keine validen Schlussfolgerungen und vor allem keine treffsicheren Maßnahmen. Das Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) kennt kaum geriatrische Erkrankungen. Das Nachlassen von Alltagskompetenzen wird nicht als Krankheit klassifiziert. Die Statistiken der Krankenkassen beruhen jedoch auf fallbezogenen ICD-Codes. Folglich gibt es keine verlässlichen geriatrischen Fallzahlen. Auch die mit der neuen Pflegegesetzgebung einbezogenen Einschätzungen eingeschränkter Alltagskompetenzen ergeben (noch) keine validen Daten zu solchen Fallzahlen.

- Wie will man angesichts der nicht abschätzbaren Dunkelziffern Bedarfe ableiten?
- Ist angesichts dieses gravierenden Mangels die Fragestellung des HF 2 als „ambulante geriatrische Versorgung“ überhaupt sachgerecht und ergebnisorientiert zu bearbeiten?
- Werden damit möglicherweise gesundheitliche und pflegerische Bedarfe von Menschen 80<sup>plus</sup> reduziert auf die von Menschen mit nachlassenden Alltagskompetenzen?
- Wie groß ist diese Gruppe?
- Und geraten damit Menschen 80<sup>plus</sup> mit vorhandenen Alltagskompetenzen möglicherweise permanent in die ermüdende Notwendigkeit, sich zunächst als selbstkompetent beweisen zu müssen gegenüber dem versorgenden Personal, bevor sie angemessen und ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechend versorgt werden? Das erscheint mir als abschreckende Perspektive.

Ich habe heute gelernt, dass in Berlin die Pflicht zu Hausbesuchen gesetzlich verankert ist. Wie werden solche Pflichten durchgesetzt? Das öffentliche System der Pflichterfüllung kennt m. E. die Wege Sanktionierung oder Anreizsetzung. Dazu gehören informierte Subjekte, die diese Pflichterfüllung einfordern können und im Falle der Verweigerung angemessen und wirksam reagieren können. Was ist eigentlich mit den Arztpraxen, wo man schon auf dem Schild „Keine Hausbesuche“ lesen kann?

Ein Grundthema schwang in fast allen Arbeitsgruppen mit – das der allgemein und unkompliziert abrufbaren Information über Angebote, Leistungen, Möglichkeiten. Die Hotline mit der einen zentralen Rufnummer, wo jegliche Information abgerufen oder zumindest in die richtige Richtung weiter vermittelt werden kann, wo aktuell Träger und Anbieter übergreifend diese Informationen zusammenlaufen und weitergegeben werden kön-

nen, sowohl an Fachleute als auch an Menschen 80<sup>plus</sup> und deren Angehörige. Es gibt in allen Gebieten dieser Handlungsfelder in Berlin viele Angebote und die Kenntnis darüber ist kaum verfügbar. Erst recht nicht für die, denen das unmittelbar nutzen sollte – den Menschen 80<sup>plus</sup> und ihren Angehörigen und Unterstützenden. Auch das zweite Thema erschien ebenso in fast allen Arbeitsgruppen – das der Synergien und Potenziale anzustrebender Vernetzungen innerhalb der spezifischen Angebotsstrukturen und Disziplinen wie auch der aneinander angrenzenden Leistungsbereiche.

*Ob ich zufrieden bin mit den Ergebnissen dieses Tages?*

Auf jeden Fall in einer Hinsicht: In allen Arbeitsgruppen habe ich Menschen erlebt, die freimütig und an der jeweiligen Sache interessiert miteinander geredet haben. Menschen aus unterschiedlichen Institutionen und Arbeitsebenen, durchweg sehr interessiert daran, gemeinsam Lösungsansätze zu finden, ausgehend von den unterschiedlichen Erfahrungen und Sichten. Da fand Kennenlernen, Vernetzung und Kontakt statt, was Entwicklungschancen auf den unterschiedlichen Ebenen sichtbar machte. Meine Hoffnung ist, dass der hier angeschobene Dialog der Versorgenden weitergeht. Unabhängig von Wahlergebnissen und neuen und möglicherweise anderen Koalitionären, Vereinbarungen und Schwerpunktsetzungen auf politischer Ebene, im Interesse der Beteiligten auf beiden Seiten, Versorgenden und Versorgten.

## Ausblick

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

Nun gilt es, in weiteren Treffen die vielen aufgeworfenen Ideen und Anregungen aus jeder Arbeitsgruppe zu vertiefen. Ein Weg dahin ist die Qualifizierung der aus dem Fachdialog bekannten „Ziele-Matrix“. Das übernehmen die Sprecherinnen und Sprecher gemeinsam mit den Beauftragten eines jeden Handlungsfeldes.

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

## **Impressum:**

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin

Fotos: Ernst Fessler