



17. Landesgesundheitskonferenz NRW.

Entschießung "Gesundheit im Alter -
Neue Wege in der Versorgung".

Dezember 2008



17. Landesgesundheitskonferenz

„Gesundheit im Alter – Neue Wege in der Versorgung“

I. Einleitung:

Stärkung der bürgernahen Gesundheitsversorgung und dezentralen Verantwortung

Angesichts der demografischen und sozialen Veränderungen unserer Gesellschaft hat die Stärkung der regionalen und kommunalen Strukturen eine besondere Bedeutung. Insbesondere für eine älter werdende Bevölkerung ist Wohnortnähe in der Gesundheitsversorgung elementar.

Ausmaß und Qualität der Kooperationen unter den Akteuren im Gesundheitswesen spielen gerade für die Versorgung älterer Menschen eine entscheidende Rolle. Die Erfahrungen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass sich eine für die Menschen wirksame Kooperation vor allem in überschaubaren sozialen Bezügen realisieren lässt.

Die Aktivierung des Gemeinwesens und des sozialen Nahraums wie Familien, Nachbarschaft oder Quartiere wird für die Gesundheit einer sich demografisch verändernden Bevölkerung an Bedeutung gewinnen. Diese Aktivierung gelingt besonders in regionalen Kontexten, bedingt aber, dass sich die Gesundheitsversorgung weiterhin am Ziel der „Bürger- und Patientenorientierung“ ausrichtet.

Eine bürgerorientierte gesundheitliche Versorgung erfordert die Partizipation der Länder, Regionen und Kommunen an den Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen.

Die LGK hält es daher für geboten, die politische Gestaltungskraft des Landes Nordrhein-Westfalen so zu stärken, dass in den Regionen die individuellen Besonderheiten erkannt und darauf Versorgungsangebote ausgerichtet werden. Dazu gehören auch der Erfahrungsaustausch und die Zusammenarbeit mit grenznahen Regionen.

II. Anforderungen an Versorgungsstrukturen für ältere Menschen

Um ihr Leben bis zum Lebensende möglichst gesund zu gestalten, sind auch ältere Mitbürger in Eigenverantwortung und Selbstbestimmung gefordert, ihre Gesundheit zu erhalten.

Altersspezifische Präventionsangebote können dazu beitragen, frühzeitig das Risiko von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu reduzieren und langfristig mehr Lebensqualität zu ermöglichen.

Um die Lebenslagen älterer Menschen in den Versorgungsstrukturen besser zu berücksichtigen, sind neue Versorgungskonzepte entsprechend auszurichten. Gerade weil es sich bei der Gruppe älterer Menschen nicht um eine homogene Gruppe, sondern um unterschiedliche Zielgruppen mit jeweils spezifischen Bedürfnissen und Anforderungen handelt, ist diese Zielgruppenausrichtung so entscheidend.

Hier erweist sich die noch immer auf vielen Ebenen vorhandene Segmentierung des Gesundheitswesens als problematisch. Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung setzt Kooperationen sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen und mit den Kranken-/Pflegekassen sowie eine klar geregelte Verantwortlichkeit voraus.

Die sich ausdifferenzierende Versorgungslandschaft führt zudem zu einem wachsenden Informations- und Beratungsbedarf bei Patientinnen und Patienten. Entsprechende – insbesondere zugehende - Beratungsangebote sind mitentscheidend für eine anforderungsgerechte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch kranke Menschen und ihre Angehörigen.

In diesem Sinne hat sich ebenfalls die 81. Gesundheitsministerkonferenz am 2./3. Juli 2008 auf Antrag Nordrhein-Westfalens ausgesprochen.

Die LGK greift nach 2007 erneut dieses bedeutsame Thema auf und bringt zum Ausdruck, dass die gesundheitliche Versorgung älterer und hochbetagter Menschen eine der vordringlichsten Zukunftsaufgaben ist. Sie macht zugleich deutlich, dass alle Verantwortlichen des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen gefordert sind, eine effektive und effiziente Versorgung sicher zu stellen. Auf die in der Entschließung der 16. Landesgesundheitskonferenz beschriebene Ausgangslage sowie die Handlungsempfehlungen wird zur Vermeidung von Redundanzen ausdrücklich Bezug genommen.

III. Umsetzung der 16. Landesgesundheitskonferenz

1. Prävention und Gesundheitsförderung

Sachstand

Die verschiedenen Landesinitiativen des Präventionskonzepts Nordrhein-Westfalen bilden einen guten Ansatzpunkt in Form eines trägerübergreifenden Handlungsrahmens.

So wird z. B. die Landesinitiative „Prävention von Sturz und sturzbedingter Verletzung bei Senioren zur Förderung von Sicherheit, Selbstständigkeit und Mobilität“ nach Empfehlung der 16. LGK weiter ausgebaut. In diesem Kontext wurde das Vorhaben „Landesbutton-Sturzpräventives Heim und Prämierung von Best-Practice-Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen“ beschlossen. Das Projekt ist auf drei Jahre angelegt und wird seit Herbst 2008 gemeinsam von den gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein-Westfalen, dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe, der Ärztekammer Nordrhein und dem MAGS Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Die Kooperationspartner verfolgen mit dem Projekt das Ziel, in drei Jahren 20 % der Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen zu motivieren, einen qualitätsgesicherten Landesbutton „Sturzpräventives Heim Nordrhein-Westfalen“ zu erlangen. Außerdem sollen Pflegeheime dazu angehalten werden, Fortbildungen zur Sturzprävention durchzuführen und eine externe Begleitung hierzu anzufragen.

Darüber hinaus werden in diesem Projekt vorhandene Beispiele von Angeboten, die die Senioren in ihrem häuslichen Umfeld erreichen, gesammelt, ggf. auch neu entwickelt, um auch im ambulanten Bereich zur Vermeidung von Stürzen beitragen zu können.

Neue Impulse zur verbesserten landesweiten Koordination und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsförderung bewirken außerdem die engere Anbindung des „Regionalen Knotens Nordrhein-Westfalen“ an die nordrhein-westfälischen Landesstrukturen und die Übertragung an das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit Nordrhein-Westfalen (LIGA). Der „Regionale Knoten Nordrhein-Westfalen“ hat als Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ die Vernetzung bei der Soziallagen bezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene zu unterstützen, zur Weiterentwicklung der Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung beizutragen und das Thema gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sind auch weiterhin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstärkt in den Focus der Akteure zu stellen.

Die LGK begrüßt den gelungenen Aufbau abgestimmter Strukturen zur Stärkung der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene. Sie tritt dafür ein, diese Strukturen weiter zu stärken und auszubauen sowie als Chance zur besseren Vernetzung aller Akteure landesweit zu nutzen.

Die LGK gibt hierzu insbesondere folgende Empfehlungen:

- Zielgerichteter Ausbau der vorhandenen Angebote sowie Anpassung der Präventionsangebote an die Zielgruppen .
- Unterstützung des „Regionalen Knotens Nordrhein-Westfalen“
- Ausbau der Rolle des Hausarztes als Case-Manager. Der Hausarzt koordiniert alle Versorgungsschritte und stimmt sich mit den anderen Leistungserbringern wie z. B den stationären Einrichtungen, den Fachärzten und Heilmittelerbringern ab. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit mit Apothekern insbesondere im Sinne einer qualitätsgesicherten Pharmakotherapie.
- Prüfung des neuen beruflichen Handlungsfeldes „Familiengesundheitspflege“, das in Anlehnung an die Empfehlungen der WHO zur Family Health Nurse konzipiert wurde. Schwerpunkte der Familiengesundheitspflege sind die Prävention und Gesundheitsförderung und Unterstützung insbesondere vulnerabler Gruppen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Sozial- und Gesundheitswesens durch speziell geschulte Pflegekräfte.

2. Besondere Versorgungsformen und Bedarfslagen

2.1 Zusammenarbeit von Pflege- und Gesundheitskonferenzen forcieren - Kooperationen im Gesundheitsbereich intensivieren

Sachstand

Eine gute Zusammenarbeit von Pflege- und Gesundheitskonferenzen kann im besonderen Maße zu einer regionalspezifischen und zielorientierten Gesundheitsversorgung von älteren und hochbetagten Menschen beitragen. Ausgewählte modellhafte Praxisbeispiele gelungener Kooperationen sind in der Landesinitiative „Gesundes Land Nordrhein-Westfalen“ und in der Gesundheitsberichterstattung des Landes dokumentiert¹.

Eine vom LIGA durchgeführte explorative Abfrage bei den Geschäftsstellen der Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) zur Zusammenarbeit mit den

¹ Projektdatenbank und www.gesundheitspreis.nrw.de und MAGS Nordrhein-Westfalen (Hg.) Gesundheitsberichte Spezial, Band 4: Gesundheit und Alter, 2007.

Pflegekonferenzen ergab, dass zurzeit in neun Kommunen die Pflege- und Gesundheitskonferenzen ein gemeinsames Gremium bilden. Von den übrigen 45 Kreisen und kreisfreien Städten mit getrennten Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen konstatierten allerdings ca. 40% der Befragten, keine Themen aus dem Bereich Pflege zu bearbeiten und/oder überhaupt nicht mit den Pflegekonferenzen zusammenzuarbeiten. Nur ca. ein Drittel bezeichnete die Zusammenarbeit als gut oder sehr gut. Als Kooperationsformen wurden u.a. wechselseitige Informationen, Präsenz von Vertretern in der jeweils anderen Konferenz, fachspezifische oder themenbezogene Zusammenarbeit sowie gemeinsame Maßnahmenentwicklung und -umsetzung genannt. Die Befragung ergab eine Reihe von qualitativen und quantitativen Einflussfaktoren, die sich auf die Zusammenarbeit der beiden Konferenzen in der Praxis auswirkten.

Ein sehr gutes Praxisbeispiel stellt z.B. die Patienten-Überleitungsvereinbarung in Essen dar. Dort analysierten die Kommunale Gesundheitskonferenz und die Pflegekonferenz bisherige Instrumente und Erfahrungen. Sie entwickelten gemeinsam einen Standard für die Patientenüberleitung im Rahmen des Projektes „Patientenüberleitung in Essen – Kommunikation und Kooperation an den Schnittstellen“. Mit dem „Essener Leitfaden Patientenüberleitung“ wird die Verständigung zwischen Arztpraxen, Pflegediensten, Krankenhäusern, Pflegeheimen und Reha-Einrichtungen erleichtert und beschleunigt. Der Leitfaden bietet als wichtiges Hilfsmittel für den Einsatz eine Checkliste zum Entlassungsmanagement und einen Patientenüberleitungsbogen mit integriertem ärztlichem Kurzbrief. Das MAGS hat in Zusammenarbeit mit dem LIGA einen Erfahrungsaustausch über den Stand der Entwicklung von Patientenüberleitungen und die grundsätzlichen Anforderungen an ein solches Verfahren durchgeführt. Auf der Basis der Ergebnisse hat LIGA eine Planungshilfe für die Kommunen erarbeitet. Einzelne Kommunen sind derzeit dabei, den Leitfaden auch in ihren Gesundheitseinrichtungen zu implementieren.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Die Überbrückung von Schnittstellen und die Weiterentwicklung integrierter Versorgung sind Daueraufgaben, die einen „langen Atem“ und großes Engagement aller Verantwortlichen im Gesundheitswesen erfordern. In einer Gesellschaft des längeren Lebens, in der chronische Krankheiten und Multimorbidität zunehmen, werden Kooperation und Koordination der Akteure im Gesundheitswesen immer wichtiger.

- Zur Nutzung von Synergieeffekten appelliert die LGK erneut an alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, auch ihrerseits Zusammenarbeit stärker zu praktizieren und ihre Bemühungen im Sinne einer

Überwindung der sektoralen Trennung und nachhaltigen Etablierung integrierter Strukturen zu intensivieren.

- Die LGK plädiert zudem für eine systematische Überprüfung der bisher bearbeiteten Themen und eingerichteten Arbeitsgruppen der kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen unter dem Blickwinkel der besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Menschen vor Ort. Die Kooperation von Pflege- und Gesundheitskonferenzen kann durch strukturelle oder organisatorische Maßnahmen im bestehenden System gut unterstützt werden.
- Die LGK empfiehlt erneut das von der Kommunalen Gesundheitskonferenz Essen entwickelte Projekt der Patientenüberleitung und regt auf dieser Basis für alle Regionen in Nordrhein-Westfalen die Vernetzung und Zusammenarbeit zum verbesserten Versorgungsmanagement an.

2.2 Ambulante Versorgung sicherstellen

Sachstand

Demografische Entwicklungen werden im Versorgungsalltag der ambulanten geriatrischen Versorgung durch Veränderungen in Ausmaß und Struktur des Patientenklientels und im Morbiditätsgeschehen unmittelbar erfahrbar. Die verantwortlichen Akteure nehmen die anstehenden Versorgungsherausforderungen einer alternden, und durch zunehmende ethnische und kulturelle Vielfalt gekennzeichneten Gesellschaft in der Regel sensibel wahr und reagieren auf unterschiedlichen Handlungsebenen.

Insbesondere bei Menschen in Pflegeeinrichtungen wird auf regionaler Ebene eine Verbesserung der Versorgungssituation durch Kosten- und Leistungsträger modellhaft erprobt. Durch ein Netz von Hausärzten bzw. hausärztlich tätigen Internisten wird dort sichergestellt, dass Pflegeheimbewohner – auch außerhalb der üblichen Sprechstunden – von einem in der Behandlung älterer Menschen erfahrenen Arzt betreut werden. Vor allem durch eine intensivierete Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegeheimen und Krankenhäusern auch außerhalb der regulären Sprechzeiten wird eine Schnittstellenprobleme vermeidende Versorgungsverbesserung realisiert. Aktuell sind regionale Ausweitungen dieses erfolgreich angelaufenen Ansatzes geplant.

Im Rahmen ihrer Versorgungsverträge beraten Apotheker auch Heimbewohner und die für die Verabreichung oder Anwendung der gelieferten Produkte Verantwortlichen, weisen auf die sachgerechte Lagerung von Arzneimitteln hin,

informieren über Risiken und weisen das Heimpersonal in den Gebrauch von Applikations- und Dosierhilfen ein.

Das steigende Durchschnittsalter der Hausärzte, die zunehmenden Versorgungsmehrbedarfe, aber auch die gewachsenen Belastungen von Ärzten, etwa in ländlichen Regionen, bergen Risiken eines künftigen Arztmangels. Um dem wirksam zu begegnen, führen Landesregierung, Kassenärztliche Vereinigungen und die Ärztekammer Westfalen-Lippe ein breit gefächertes Maßnahmenpaket zur Steigerung der Attraktivität der Hausarztfunktion durch.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Schwachstellen in der ambulanten geriatrischen Versorgung sind konsequent aufzugreifen. Die aktuelle und prognostizierte Entwicklung vor allem der hausärztlichen Versorgung erfordert eine konzertierte Aktion aller verantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen. Das Ziel jedes der Beteiligten muss sein, in Kooperation mit den Partnern geeignete Maßnahmen im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten einzuleiten und ihre Umsetzung verantwortlich mitzugestalten.

Die LGK spricht sich daher insbesondere für folgende Maßnahmen aus:

- Gewährleistung eines flächendeckenden Angebots geriatrischer Leistungen. Dies erfordert die Kooperation der Leistungserbringer und die Koordination der Behandlung in Form integrierter Versorgungskonzepte. Entsprechende Modelle (wie z.B. das Herner Modell „pro senior“) sind auf ihre Übertragbarkeit in die Fläche zu prüfen. Grundsätzlich ist jenen Versorgungsformen der Vorzug zu geben, die allen geriatrischen Menschen gleichermaßen angeboten werden und keine Insellösungen für bestimmte Gruppen in Abhängigkeit von Region und Kassenzugehörigkeit darstellen.
- Verbesserung des Übergangs zwischen Akutversorgung und ambulanter und stationärer Pflege. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Geeignete Ansätze, z.B. zur Bildung von ärztlichen Netzwerken im Umfeld der Heime, sind hinsichtlich ihrer Überlegenheit zur Etablierung von Heimärzten zu prüfen und je nach regionalen Gegebenheiten umzusetzen.

Der mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte § 119b SGB V, der mit dazu beitragen soll, dass die ambulante Behandlung in Pflegeheimen verbessert wird, bietet in diesem Zusammenhang neue Möglichkeiten.

- Um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auch in Zukunft zu garantieren, ist angesichts des steigenden Versorgungsbedarfs alter Menschen und dem auch in Nordrhein-Westfalen in einigen Gemeinden drohenden Hausärztemangel ein Bündel von Maßnahmen zu konzipieren und umzusetzen. Es sollte u.a. folgende Schwerpunkte haben:
 - Entwicklung eines umfassenden Programms zur Förderung des Facharztes für Allgemeinmedizin. Exemplarische Bausteine im Hochschulbereich sind:
 - ▶ Initiative zur Einführung der Allgemeinmedizin als viertes Pflichtfach im Praktischen Jahr;
 - ▶ Ausbau der Lehrbereiche für Allgemeinmedizin an den Medizinischen Fakultäten, unter anderem durch Stiftungsprofessuren;
 - ▶ Fortentwicklung des Zulassungsverfahrens an den Hochschulen;
 - Ausbau der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. Beispiele:
 - ▶ Delegation von Leistungen an Fachkräfte mit besonderen Kompetenzen durch den Hausarzt;
 - ▶ Verbesserung der sektoren- und berufsübergreifenden Koordination durch stärkere Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case-Management.
 - Entwicklung eines Portfolios für regionale Versorgungslagen:
 - ▶ Programme durch Bund, Länder und Kommunen für den Aufbau von Praxen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten und Schaffung geeigneter infrastruktureller Rahmenbedingungen;
 - ▶ Schaffung von Anreizen zur Übernahme hausärztlicher Funktionen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten (z.B. Verknüpfung von Zuwendungen während der Weiterbildungszeit an die Bedingung der hausärztlichen Tätigkeit; Schaffung von Honoraranreizen für die Förderung der hausärztlichen Versorgung; Vereinbarung flexibler Lösungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie).

2.3 Krankenhausversorgung anpassen

Sachstand

Der Bedarf an stationären Versorgungsleistungen wird wesentlich durch die sich kontinuierlich verändernden Rahmenbedingungen beeinflusst. Krankenhausversorgung und -planung müssen diese Veränderungen berücksichtigen.

Viele ältere multimorbide Menschen haben eine geringere Anpassungsfähigkeit an ungewohnte Umgebungen und damit auch an die ungewohnten Abläufe im Krankenhaus. Bei einer stationären Behandlung älterer multimorbider Patienten, insbesondere Demenzerkrankter, ist zu berücksichtigen, dass ein Krankenhausaufenthalt häufig zu einem Verlust von funktionellen und geistigen Ressourcen führt. Folge ist oftmals eine Zunahme von Pflegebedürftigkeit und Pflegeheimweisungen. Insbesondere bei notfallmäßiger Einweisung aufgrund eines Unfalls oder einer akuten Erkrankung treten nicht selten weitere unerwartete körperliche und psychische Erkrankungen, bei zuvor selbstständigen und gesunden älteren Menschen, zu Tage. Zusätzlich ist angesichts dieser Umstände eine deutlich höhere Infektionsanfälligkeit zu beobachten. Erkrankungen wie Demenzen, Depressionen und Verwirrtheitszustände erschweren zudem die Kommunikation und Kooperation der Patienten insbesondere mit den Ärzten und dem Pflegepersonal.

Der erfolgreiche Umgang mit dieser Patientengruppe setzt eine hohe Pflege- und Behandlungsexpertise sowie besondere Maßnahmen der Infektionsvermeidung bei dem betreuenden Personal voraus. Die Patienten benötigen oftmals mehr Zeit, gezieltere Hilfestellungen und eine individuellere Betreuung, um sich im System Krankenhaus zurechtzufinden. Bei der Fort- und Weiterentwicklung des DRG-Systems ist darauf zu achten, dass solch eine individuelle Betreuung auch in Zukunft hinreichend abgebildet wird.

Benötigt wird eine nach klaren Kriterien strukturierte Versorgungslandschaft, die es ermöglicht, multimorbide, behinderte, psychisch kranke und ältere Patienten möglichst schnell und effektiv nach altersmedizinischen Konzepten zu behandeln und palliativmedizinische Aspekte in die Versorgung einzubeziehen. Dem Grundsatz ambulant vor stationär kommt im Hinblick auf die beschriebenen Probleme für ältere Menschen eine ganz besondere Bedeutung zu.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

In der stationären Versorgung sind geriatrische Fragestellungen stärker in den Blick zu nehmen. Die LGK rät daher zur:

- Schaffung einer besonderen Aufmerksamkeit bei allen Beteiligten für die Belange älterer Menschen im Krankenhaus, z.B. durch Informationsveranstaltungen und Workshops;
- Verbesserung der multidisziplinären und sektorübergreifenden Versorgung, um
 - ▶ Krankenhausaufenthalte zu vermeiden,
 - ▶ ein verbessertes Überleitungsmanagement zu erreichen und
 - ▶ die Informationsübermittlung zwischen Krankenhäusern, ambulanten Leistungserbringern und Pflegeeinrichtungen zu verbessern;
- Steigerung der Qualität aller Professionen im Rahmen von Aus- und Fortbildung;
- Ausrichtung der Abläufe im Krankenhaus auf die Belange älterer Menschen durch
 - ▶ altengerechte Anpassung bestehender Akutabteilungen,
 - ▶ individuelle Betreuung und Beschäftigung;
- Gezielte Einbeziehung geriatrischer, neurologischer, psychiatrischer Expertise in die Routineversorgung durch
 - ▶ vermehrte Beschäftigung geriatrisch ausgebildeter Ärzte in den Krankenhäusern,
 - ▶ Einführung interdisziplinärer Fallkonferenzen,
 - ▶ vermehrte Nutzung von Konsiliar- und Liaisondiensten,
 - ▶ gezielte Zusammenarbeit mit entsprechenden Stationen, Fachabteilungen und Schwerpunktkliniken;
- Krankenhausplanerisch sollen weiterhin auf Kreisebene Behandlungsangebote für Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliativmedizin vorgehalten werden.

Die LGK erwartet, dass in den Krankenhäusern vor Ort vor allem mit Unterstützung durch Krankenkassen, niedergelassene Ärzte, Pflegedienste und Pflegeheime individuelle Projekte und Netzwerke entwickelt werden, die die Versorgung älterer Patienten fördern und verbessern.

Die LGK weist an dieser Stelle beispielhaft auf folgende wegweisende Modellprojekte hin und empfiehlt deren konzeptionelle Übernahme:

- „Verbesserung der Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus“, Projekt der Gemeinnützigen Gesellschaft für soziale Projekte.
- „Maßnahmen zur Verhinderung des „perioperativen Altersdelirs“, Modellprojekt des St. Franziskus Hospitals Münster.

- Integriertes Versorgungsmodell „Hochbetagte Patienten in Herne – pro senior“, durchgeführt vom Marien-Hospital Herne, dem Herner Ärztenetz und der Knappschaft Bahn See.

2.4 Palliativmedizinische und –pflegerische Versorgung weiterentwickeln

Sachstand

In Kooperation aller relevanten Akteure wurde 2005 ein „Rahmenprogramm zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen“ verabschiedet. Die Umsetzung dieses Programms ist zwischenzeitlich deutlich fortgeschritten. Das Ziel einer Flächendeckung wird konsequent vor dem Hintergrund verfolgt, dass die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen sich nicht für den Wettbewerb im Sinne konkurrierender Insellösungen eignet, sondern jede Bürgerin und jeder Bürger in Nordrhein-Westfalen unabhängig von Region und Kassenzugehörigkeit eine qualitätsgesicherte ambulante Palliativversorgung kurzfristig in Anspruch nehmen kann.

In Nordrhein-Westfalen sind seit Verabschiedung des Rahmenprogramms in 51 Regionen insgesamt 67 Netzwerke auf Basis der Verträge zwischen den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und regionalen Arztnetzen entstanden. Aktuell nehmen über 1.700 Ärztinnen und Ärzte an den Palliativverträgen teil, davon fast 400 als Qualifizierte Palliativärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung unter Inanspruchnahme der vereinbarten Übergangsregelungen und über 1.300 Haus- und Fachärzte auf der primären Versorgungsebene. Die Zahl der betreuten Patientinnen und Patienten hat mit wachsender Anzahl der Netzwerke und der teilnehmenden Ärzte zugenommen, sie liegt derzeit bei rund 2.800 pro Quartal.

Zur Bewertung der Implementierung und zur Sicherung der Prozessqualität werden in Nordrhein halbjährlich Treffen mit Netzwerkkoordinatorinnen und -koordinatoren durchgeführt. Von einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe wurde in enger Abstimmung mit der HOPE-Koordinierungsgruppe (Hospiz- und Palliativfassung) der HOPE-Basisbogen überarbeitet. Der Dokumentationsbogen soll probeweise in den bestehenden Netzwerken implementiert und durch die Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin der Universität zu Köln evaluiert werden. Geplant ist, die Ergebnisse in die auf Bundesebene von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV) geplante einheitliche Dokumentation einfließen zu lassen.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Hinsichtlich der Weiterentwicklung der ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein-Westfalen spricht sich die LGK für die folgenden Maßnahmen aus:

- Die Aktivitäten zum weiteren Auf- und Ausbau von Netzwerken im ambulanten Bereich sind konsequent fortzuführen.
- Eine qualitätsgesicherte allgemeine Palliativversorgung ist unabhängig von den Aktivitäten zur Etablierung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch weiterhin zu gewährleisten. Dazu werden bereits bestehende Verträge zur Palliativversorgung entsprechend an die SAPV-Richtlinie und die Empfehlungen nach §132 d SGB V angepasst.
- Mit dem GKV-WSG und einer im März 2008 in Kraft getretenen Richtlinie über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV, § 37b SGB V) wurde erstmals die Unterscheidung von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung sozialrechtlich aufgegriffen. Von großer Bedeutung ist, dass die allgemeine Palliativversorgung auch weiterhin eine eigenständige Stellung behält. Bei der Umsetzung und Implementation der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist dafür Sorge zu tragen, dass bereits vorhandene Strukturen berücksichtigt und ausgebaut bzw. stabilisiert werden.

3. Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe anpassen

Sachstand

Die Betreuung von alten, multimorbiden und chronisch kranken Patienten wird in Zukunft den Alltag der Gesundheitsberufe stärker als bisher bestimmen. Es ist daher von grundlegender Bedeutung, diesen Aspekt bereits während der Aus-, Fort- und Weiterbildung hinreichend zu berücksichtigen.

Im ärztlichen und pharmazeutischen Bereich sollten die Studenten schon während ihres Studiums für dieses Thema sensibilisiert und möglichst früh an die Geriatrie herangeführt werden. Die Medizin des Alterns und des alten Menschen ist daher auch als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung aufgenommen worden.

Darüber hinaus bietet die ärztliche Weiterbildungsordnung die Möglichkeit, die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ zu erwerben. In Nordrhein-Westfalen verfügen

inzwischen ca. 700 Ärztinnen und Ärzte über diese Zusatzbezeichnung. Ergänzend werden von den Akademien für Ärztliche Fortbildung der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen kontinuierlich zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen zu geriatrischen Themen angeboten. Dazu gehören auch Fachveranstaltungen, z.B. der KVWL, um Ärztinnen und Ärzten die im Versorgungsalltag erforderlichen interkulturellen Kompetenzen zu vermitteln.

Im Rahmen der Umsetzung der Entschließung der 16. LGK hat die Ärztekammer Westfalen-Lippe zwei neue Qualifikationen in das Fortbildungsangebot mit aufgenommen. Seit 2008 gibt es für Hausärzte das Zertifikat „Hausärztliche Geriatrie“ sowie für Medizinische Fachangestellte und ärztliches Assistenzpersonal ein Curriculum „Ambulante Versorgung älterer Menschen“. Damit wird einem nachweislich erhöhten Bedarf an geriatrischer Versorgung im hausärztlichen Bereich Rechnung getragen.

Von den Zahnärztekammern wurde ein flächendeckendes Konzept zur umfassenden zahnmedizinischen Betreuung von Senioren in stationären Pflegeeinrichtungen und im ambulanten Pflegedienst entwickelt. Mit diesem Konzept soll sichergestellt werden, dass jeder ältere Patient die notwendige zahnärztliche Betreuung erhält. Ergänzt wird das Konzept durch zahnmedizinische Schulungen für das Pflegepersonal und ein strukturiertes Fortbildungsangebot für die teilnehmenden Zahnärzte. Zusätzlich ist die Kommission für Alterszahnheilkunde, der zahlreiche Hochschullehrer und Wissenschaftler der nordrheinischen Hochschulen, aber auch erfahrene Praktiker angehören, dabei die Diagnostik und Therapie der oralen Erkrankungen auf die geriatrischen Erfordernisse zu beschreiben und einzustellen.

Einmalig in ganz Deutschland haben die beiden Apothekerkammern in Nordrhein-Westfalen die „Geriatrische Pharmazie“ als Weiterbildungs-Bereich in ihre Weiterbildungsordnung aufgenommen. Über 24 Monate dauert diese Weiterbildung für die Zusatzqualifikation in geeigneten Einrichtungen einschließlich des Besuchs von mindestens 100 Seminarstunden, die als Blockseminare angeboten werden. Die Akzeptanz ist außerordentlich hoch.

Darüber hinaus kommt auch den Medizinischen Fachangestellten bzw. Arzthelferinnen und den Pflegekräften eine Schlüsselstellung bei der Versorgung alter Menschen zu. Westfalen-Lippe bietet das 60-Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ an. Diese Zusatzqualifikation soll die Arzthelferin in die Lage versetzen, den Arzt bei der Motivation, Beratung und Beobachtung der Patienten, der Beratung von Ange-

hörigen, bei Hausbesuchen, beim Wundmanagement und der Koordination und Organisation qualifiziert zu unterstützen. Die KV Nordrhein veranstaltet zudem in Kooperation mit dem Demenz-Servicezentrum des Alexianer-Krankenhauses Köln Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte zu Demenzerkrankungen. Neu konzipiert wurden im Bereich der Pflege zudem Qualifikationen zum Umgang mit schwierigem Verhalten bei Demenzkranken sowie eine Fortbildung zum Schmerzmanagement.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Die Zusammenarbeit der verschiedenen medizinischen und nicht-medizinischen Fachberufe muss im Sinne einer qualitätsgesicherten Behandlung alter Menschen vorangetrieben werden. Gerade bei der Behandlung alter Menschen ist ein interdisziplinäres Handeln zwingend notwendig. Insbesondere im Bereich Arzneimittelversorgung älterer Menschen kommt es darauf an, dass ausreichende Kenntnisse der Pharmakotherapie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden, um eine gesundheitsgefährdende Überversorgung zu vermeiden.

Die LGK empfiehlt, die Fortbildungsangebote in diesem Bereich bei allen Gesundheitsberufen weiter auszubauen und auch berufsübergreifend anzubieten. Diesem Anliegen kann auch die vom Land Nordrhein-Westfalen geplante Fachhochschule für Gesundheitsberufe Rechnung tragen. Denkbar wäre zudem die Etablierung einer Netzwerkkonferenz Demenz, die einen Austausch aller an der Behandlung Demenzkranker Beteiligten ermöglicht.

4. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Sachstand

Die 16. LGK hat die zunehmende Bedeutung des gesetzlichen Koordinierungsauftrages des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bei der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen betont.

Die aus der Umsetzung der 16. Entschließung resultierenden Handlungsnotwendigkeiten, z.B.:

- Förderung von Gesundheitsvorsorge/Prävention zur Vermeidung bzw. zeitlichem Hinauszögern von Pflegebedürftigkeit,
- Unterstützung von medizinischer Betreuung und Pflege in der eigenen Häuslichkeit,
- Auf- und Ausbau von alternativen Wohn- und Versorgungsmöglichkeiten im vorstationären Bereich,
- Einbindung und Unterstützung der Selbsthilfe/Ehrenamtlichkeit

tangieren auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dies gilt konsequenterweise auch für weite Teile der mit dieser EntschlieÙung formulierten Perspektiven und Handlungsempfehlungen.

Der ÖGD übernimmt im Rahmen des ihm übertragenen Koordinierungsauftrages eine zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung der institutionen- und disziplinenübergreifenden Kooperation und Entwicklung von gemeinsamen Konzepten. Mit Blick auf die Bedeutung der regionalen und lokalen Ebene gilt dies in besonderem Maße für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Auf Landesebene wurde flankierend zur 16. LGK-EntschlieÙung am Jahresende 2007 ein „Gesundheitsbericht Spezial“ zum Thema „Gesundheit und Alter - Grundlagen und präventive Ansätze“ vom LIGA herausgegeben. Dieses Thema wird demnächst mit einem Folgebericht fortgesetzt.

Perspektiven/Handlungsempfehlungen

Die LGK spricht sich nachhaltig dafür aus, dass der ÖGD seine Steuerungsfunktion künftig noch stärker nutzt, um

- Handlungsbedarfe über die Möglichkeiten der kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu belegen,
- Strategien zur zielgruppenspezifischen Information, zum „Empowerment“ und zur Nutzung vorhandener Potenziale auch im Hinblick auf das gesundheitliche Selbstmanagement zu entwickeln und umzusetzen,
- Projekte des Care-Managements zu initiieren sowie
- an den Übergängen von Versorgungs- und Betreuungssystemen die Bündelung, Weitergabe und umfassende Berücksichtigung von Informationen unter ausdrücklicher Einbeziehung des Betroffenen und seiner Umfeldpersonen in anstehende Entscheidungsprozesse sicherzustellen.

IV. Neues Schwerpunktthema Gesundes Land und Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen 2009

Die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg wird in der EntschlieÙung an mehreren Stellen für die gesundheitliche Versorgung ältere Menschen als besonders wichtige Voraussetzung beschrieben. Die LGK schlägt daher vor, das Thema „Kooperation im Gesundheitswesen – Sektorenübergreifende Projekte“ für den Gesundheitspreis 2009 auszuloben, damit gute Beispiele bekannt gemacht und verbreitet werden.

